

Vergaderjaar 2017–2018

**33 654**

## **Kostenbeheersing in de zorg**

**Nr. 31**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 februari 2018

Met deze brief reageer ik, mede namens de Minister en de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, op het rapport van de Commissie Transparantie en Tijdigheid (Kamerstuk 33 654, nr. 29). De commissie heeft aanbevelingen gedaan om eerder goede informatie over de zorguitgaven beschikbaar te krijgen.

#### **Kernboodschap**

Op een aantal aanbevelingen van de commissie zal ik, met betrokken partijen, actie ondernemen. Zo zal ik aan de slag gaan om tijdwinst te realiseren door de verevening te vervroegen. Het vervroegen van de definitieve verevening betekent dat de zorguitgaven ook eerder definitief worden vastgesteld. Met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal ik nagaan of, en zo ja hoe, zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer ruimte kunnen krijgen om het begrip «rechtmatigheid» van declaraties samen nader in te vullen. Ook zal ik de NZa vragen bij de doorontwikkeling van de bekostiging van de medisch-specialistische zorg (MSZ) en van de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) de aanbevelingen van de commissie op het gebied van bekostiging, declaratie en informatie expliciet mee te nemen. Als de doorontwikkeling leidt tot een declaratiesysteem dat eenvoudig is en gebaseerd is op prestaties die per dag afrekenbaar zijn, is een grote tijdwinst in de beschikbaarheid van goede cijfers over de zorguitgaven mogelijk. Verder zal ik onderzoeken of en op welke wijze in de zorgwetten een passage kan worden opgenomen, vergelijkbaar met de passage die voor het jeugdbeleid in de Jeugdwet staat, waarmee betere toegang tot informatie kan worden verkregen om een zorgvuldig en samenhangend zorgbeleid te voeren.

Er zijn ook aanbevelingen die ik belangrijk vind, maar waarbij ik van andere partijen actie verwacht. Ik zal daar met hen over spreken. Daarbij zal ik duidelijk maken dat ik bereid ben om bij te dragen aan de voortgang als zij dat willen. Mochten de partijen er niet in slagen de gewenste

voortgang zelf te realiseren, dan zal ik bezien welke aanvullende acties ik kan ondernemen.

Enkele adviezen neem ik niet over, omdat in het regeerakkoord andere keuzes zijn gemaakt. Enkele andere zijn al onderdeel van het beleid en vragen geen aanvullende actie.

### **Algemene Inleiding**

De zorguitgaven nemen binnen de collectieve uitgaven een bijzondere plaats in. Voor het grootste deel van de collectieve sector staat aan het eind van het jaar vast hoe hoog de uitgaven zijn geweest en kan daarover in het jaarverslag verantwoording worden afgelegd. De zorguitgaven zijn gebaseerd op de jaarschade van de zorgverzekeraars en die hebben te maken met relatief lange doorlooptijden van de declarabele prestaties (DBC's), lange declaratietermijnen, afrekening van contractafspraken en na-ijleffecten van controles. Gevolg is dat de zorguitgaven pas tweeënhalf jaar na afloop van het jaar definitief zijn. De ramingen die daarvoor beschikbaar zijn, blijven met onzekerheid omgeven. De meest recent afgesloten realisatiejaren (2012 t/m 2014) laten zien dat in het laatste jaar voor definitieve vaststelling nog mutaties plaatsvinden die kunnen oplopen tot enkele honderden miljoenen. Dat betreft voornamelijk de MSZ en de GGZ. Hoewel het om minder dan 1% van de totale zorguitgaven gaat, zijn die bijstellingen in euro's aanzienlijk.

Het kabinetsbeleid is erop gericht de beschikbaarheid van realisatiecijfers te vervroegen en voor zover geen realisatiecijfers beschikbaar zijn, de gevolgen daarvan te beperken door goed bij te schatten. Ook mijn ambtsvoorganger hechtte veel belang aan dit onderwerp en heeft verschillende maatregelen genomen. Een belangrijke maatregel was bijvoorbeeld het verkorten van de maximale duur van de DBC in de MSZ, zodat ook eerder informatie beschikbaar komt over het totaal van de zorguitgaven. Verder is het inzicht in het onderhanden werk verbeterd en is aan het begin van het jaar contractinformatie beschikbaar gekomen. In de komende jaren moeten de effecten van deze maatregelen nog in volle omvang blijken. Wel is al duidelijk dat aan het einde van het jaar het deel van de jaarschade waarvoor de zorgverzekeraar nog geen declaratie heeft ontvangen afneemt van rond de 50% naar rond de 30%.

Uw Kamer deed de suggestie om een commissie van financieel experts nog eens te laten kijken naar het probleem van de late beschikbaarheid van betrouwbare financiële zorgcijfers. Deze suggestie heeft het vorige kabinet overgenomen en in mei 2016 is de Commissie Transparantie en Tijdigheid ingesteld (Kamerstuk 33 654, nr. 19).

Als opdracht heeft de commissie meegekregen om mogelijke verbeteringen aan te dragen voor wat betreft transparantie en tijdigheid van informatie over de uitgaven voor de curatieve zorg. Daarbij diende de commissie zich in het bijzonder te richten op de MSZ en de GGZ, zonder in het huidige stelsel in te grijpen.

Het rapport van de commissie is op 12 september jl. aan mijn ambtsvoorganger aangeboden, die het naar uw Kamer heeft gestuurd (Kamerstuk 33 654, nr. 29). Met deze brief ontvangt u mijn reactie op het rapport.

Namens het kabinet wil ik mijn dank uitspreken voor het werk dat de Commissie Transparantie en Tijdigheid heeft verricht.

In haar aanpak heeft de commissie ervoor gekozen met het veld en andere betrokkenen op te trekken. Het resultaat is een rapport met dertien

aanbevelingen op vijf thema's. De commissie laat zien dat het op dit moment zonder grote stelselwijzigingen mogelijk is om verbeteringen te realiseren die van belang zijn vanuit het perspectief van de burger.

De commissie heeft het perspectief van de burger in het rapport een centrale plaats gegeven. Belangrijk punt dat daarbij naar voren komt is dat het begrip dat we nu hanteren om de zorguitgaven te verantwoorden niet goed aansluit bij de beleving van de burger. De burger is vooral geïnteresseerd in de hoogte van de premie en het eigen risico. Er zijn diverse redenen waarom ik er niet voor kies het centrale begrip in de verantwoording van de zorguitgaven te veranderen, zoals de commissie voorstelt. Ik zal me wel inspannen om bij de presentatie van de cijfers, bijvoorbeeld in de begroting en het jaarverslag, beter aan te sluiten bij de beleving van de burger.

## **Reactie rapport**

Hieronder volgt mijn reactie op het rapport volgens de indeling die de commissie hanteert. Mijn reactie is hier op hoofdlijnen opgenomen. De bijlage geeft per aanbeveling mijn reactie uitvoeriger weer<sup>1</sup>.

### ***Thema 1: Verantwoording en rolvastheid***

#### ***A. Definiëring van de zorguitgaven: gebruik een methodiek die past bij het doel***

*Advies: Gebruik als definitie van de zorguitgaven niet meer de «schade» van de zorgverzekeraars maar de «opbrengsten» van de zorgverzekeraars, in ieder geval voor de verantwoording over de zorguitgaven door de Minister aan de Tweede Kamer. Bij de sturing op «opbrengsten» van de zorgverzekeraars past het beter de nominale premie te begrenzen dan het macrobeheersinstrument in te zetten als de uitgaven het uitgavenkader overschrijden.*

Reactie: Het kabinet zal blijven werken met een vast uitgavenplafond en lastenkader, maar grijpt het advies van de commissie aan om de informatie over wat burgers en bedrijven bijdragen aan zorg te verbeteren. In het jaarverslag 2017 zal hier aandacht aan besteed worden. Het kabinet houdt vast aan het generieke macrobeheersinstrument, waarmee – als ultimatum remedium – macrobudgettaire overschrijdingen van de uitgavenkaders kunnen worden teruggehaald.

### ***Thema 2: Administratieve processen***

#### ***B. Vervroeg de definitieve vereveningsronde en verminder het aantal vereveningsrondes***

*Advies: Breng het aantal vereveningsrondes terug. Dat kan nu al van drie naar twee, in de toekomst mogelijk naar één. De definitieve verevening kan anderhalf jaar eerder vastgesteld worden, in de toekomst mogelijk nog een jaar eerder.*

Reactie: Ik vind dit een interessante aanbeveling. Ik verwacht dat door diverse factoren<sup>2</sup> binnen het huidige stelsel niet anderhalf jaar, maar maximaal een jaar tijdswinst te behalen is in de verevening. Met betrokken partijen ga ik aan de slag om deze tijdswinst te realiseren.

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>2</sup> Het gaat daarbij om de lange doorloop- en declaratietijden van DBC's in de GGZ, de gegevensverstrekking door verschillende partijen, de formele en materiële controles op rechtmatigheid en het toezicht door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

### **C. Pas de contracteringsdeadline ook toe voor prijslijsten**

*Advies: Laat dezelfde deadline die nu geldt voor het afronden van contractafspraken (12 november) ook van toepassing zijn op de prijslijsten per prestatie.*

Reactie: Ik ben het eens met de commissie dat prijslijsten eerder bekend moeten zijn. Naast het feit dat er daardoor eerder inzicht is in de totale zorguitgaven, vind ik dat patiënten er recht op hebben om te weten wat de prijs van de behandeling is. Ik wil deze versnelling van het bekendmaken van prijslijsten en de monitoring daarvan betrekken bij de hoofdlijnenakkoorden. In overleg met de NZa zal ik bekijken hoe de bekendmaking van prijslijsten in de praktijk ook op tijd gaat plaatsvinden.

### **D. Verbind consequenties aan declaratieafspraken**

*Advies: Professionaliseer afspraken over tijdig declareren, zodat facturen op tijd aan zorgverzekeraars verzonden worden. Stimuleer afspraken hierover vanuit de overheid in meerjarenakkoorden met zorgaanbieders en zorgverzekeraars.*

Reactie: Het is aan partijen hier afspraken over te maken. In overleg met veldpartijen zal ik kijken of er aanvullende landelijke afspraken gemaakt kunnen worden.

### **Thema 3: Werking van het stelsel**

#### **E. Benut hoofdlijnenakkoorden voor versnelling en verbetering**

*Advies: Sluit ook in de komende jaren hoofdlijnenakkoorden af. Geef daarmee zekerheid over de beschikbare plafonds voor de komende jaren en verbeter de condities voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om samen te werken op de thema's kwaliteit, gepast gebruik en doelmatigheid en om daarover meerjarige afspraken te maken.*

Reactie: Deze aanbeveling ondersteunt het voornemen van het kabinet om nieuwe hoofdlijnenakkoorden te sluiten, zoals opgenomen in het regeerakkoord.

#### **F. Ondersteun sectorbrede invoering van Horizontaal Toezicht**

*Advies: Ondersteun de verdere ontwikkeling van Horizontaal Toezicht zodat een sectorbrede toepassing binnen de hele curatieve zorg kan worden gerealiseerd.*

Reactie: Ik ben voorstander van de verdere ontwikkeling van Horizontaal Toezicht. Het initiatief daarvoor ligt bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Waar nodig kan het kabinet ondersteunen. Ik zal met partijen bespreken wat zij hiervoor aanvullend nodig hebben.

#### **G. Formaliseer regelruimte**

*Geef zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer ruimte om het begrip «rechtmatigheid» van declaraties samen nader in te vullen waar het gaat om zorg die voldoet aan de basiscriteria van de Zorgverzekeringswet.*

Reactie: Ik ga met dit advies aan de slag en zal met de NZa nagaan of, en zo ja hoe, dit kan worden uitgevoerd.

### **Thema 4: Bekostiging en eigen risico**

#### **H. Koppel het eigen risico los van de DBC-systematiek**

*Advies: Koppel het eigen risico los van de DBC-systematiek. Voor het eigen risico kunnen forfaitaire bedragen gehanteerd worden.*

Reactie: Hoewel dit voorstel op het eerste gezicht aantrekkelijk lijkt vanwege de ogenschijnlijke eenvoud, neem ik het niet over. Er kleven diverse bezwaren aan. Zo zou dit voorstel leiden tot een (aanzienlijk) lagere opbrengst van het eigen risico. Dat betekent dat ter compensatie ofwel het maximumbedrag van het eigen risico moet worden verhoogd, waarbij met name chronisch zieken de extra lasten dragen, ofwel de premie omhoog moet. Daarnaast is dit voorstel van een vast bedrag tegengesteld aan mijn streven om transparantie van echte prijzen te bewerkstelligen. Met forfaitaire bedragen raken we verder af van dit doel. In het huidige regeerakkoord 2017–2021 is er bewust voor gekozen het huidige systeem van het eigen risico te handhaven en het verplicht eigen risico tot en met 2021 te bevriezen op € 385.

### **I. Stimuleer innovatieve resultaatafspraken**

*Advies: Maak nieuwe manieren van financieren beter mogelijk, met positieve prikkels als het gaat om gezondheidswinst of uitkomsten van zorg. Waar regelgeving als belemmerend wordt ervaren, zou de NZa deze kunnen aanpassen om deze afspraken te stimuleren.*

Reactie: Ik ben het eens met de commissie dat bekostigen op gezondheidswinst en uitkomsten de toekomst is. Gelukkig zijn innovatieve afspraken tussen verzekeraars en aanbieder al mogelijk en worden deze mogelijkheden ook al benut. Waar er belemmeringen zijn in wet- of regelgeving, wil ik die samen met de NZa oplossen.

### **J. Ontwikkel nieuwe vormen van bekostiging en declaratie**

*Advies: Maak onderscheid tussen het declaratiesysteem, het bekostigingsstelsel en de informatie-uitwisseling bij de doorontwikkeling in de MSZ en GGZ. Houd het declaratiesysteem eenvoudig en baseer het op prestaties die per dag afrekenbaar zijn. Maak informatie-uitwisseling mogelijk op basis waarvan zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar afspraken maken over de vergoeding voor zorg (bekostiging).*

Reactie: Op dit moment is de NZa bezig met de doorontwikkeling van de bekostiging van de MSZ en GGZ. Ik vraag de NZa deze aanbeveling expliciet mee te nemen in deze doorontwikkeling.

### **Thema 5: Monitoren en ramen**

#### **K. Verplicht de periodieke aanlevering van onderhandenwerk-informatie**

*Laat zorgverzekeraars de bevoorschotting strikter koppelen aan een goede aanlevering van de informatie over onderhanden werk. Neem eventueel verplichte aanlevering in de regelgeving op.*

Reactie: Ik vind dit een belangrijke aanbeveling. Dit punt speelt al lang, waarbij op vrijwillige basis nog te weinig resultaat is geboekt. Partijen krijgen wat mij betreft nog een laatste kans om vrijwillig goede leveringen te realiseren. Lukt dit niet, dan zal ik kijken hoe ik een verplichting in de regelgeving kan opnemen.

#### **L. Standaardiseer waar mogelijk de ramingen van zorgverzekeraars**

*Advies: Zorg voor standaardisering van de raming die zorgverzekeraars voor de jaarschade aanleveren aan ZiNL. Zorg er daarbij voor dat zorgverzekeraars de beschikbare informatie, waaronder het onderhanden werk, maar ook eigen expertise optimaal benutten voor de raming.*

Reactie: Ik zal met ZN, Vektis en ZiNL bespreken hoe we meer standaardisatie in aanlevering aan ZiNL kunnen bewerkstelligen waarbij ook

aandacht is voor het beperken van de administratieve lasten voor verzekeraars.

### **M. Creëer toegang tot aanwezige zorggegevens**

*Advies: Doorgaan op het pad dat is ingeslagen met het memorandum van overeenstemming over informatievoorziening over de zorguitgaven dat afspraken bevat tussen VWS, IGZ, NZa, ZiNL, Vektis en ZN om zo goede toegang mogelijk te maken tot de aanwezige zorggegevens.*

Reactie: Ik zie deze aanbeveling als ondersteuning van het beleid.

*Advies: Zorg voor toegang tot informatie door in de zorgwetten een soortgelijke passage op te nemen als voor het jeugdbeleid in de Jeugdwet staat.*

Reactie: Ik zal onderzoeken of en op welke wijze een dergelijke passage in de zorgwetten kan bijdragen aan betere toegang tot informatie.

*Advies: Zorg voor een snellere en betere vormgeving van informatie-uitwisseling op langere termijn met minder administratieve lasten.*

*Onderzoek hoe met Standard Business Reporting (SBR) stappen gezet kunnen worden naar een gestandaardiseerde informatie-uitwisseling.*

Reactie: Ik zal onderzoeken hoe SBR, of elementen daarvan, binnen het beleid ingezet kan worden. In het Informatieberaad worden afspraken gemaakt over informatie-uitwisseling.

Rond het einde van 2018 kunt u een rapportage verwachten over de voortgang van de acties en over de (tijds) beschikbaarheid van goede cijfers. Op de onderdelen waar het aan andere partijen is om actie te ondernemen is dat ook het moment om aan te geven waar aanvullende actie van mijn kant aan de orde is.

De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins