Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2012–2013

29 248 Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBCs)

Nr. 256

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 juli 2013

Vorig jaar rond deze tijd stuurde ik u het rapport van de onafhankelijke commissie Baarsma, die ik gevraagd had om mij te adviseren over een alternatief voor het zogenaamde «macrobeheersinstrument», zoals dat op dit moment is vormgegeven in de medisch-specialistische zorg en met ingang van dit jaar ook in de geestelijke gezondheidszorg en de geriatrische revalidatiezorg.[1] Ik gaf u toen ook een eerste reactie op dit rapport.[2] Vanwege de demissionaire status van het toenmalige kabinet betrof dit echter nog een reactie op hoofdlijnen, waarbij ik aangaf de reactie op bepaalde voorstellen van de commissie Baarsma over te laten aan een volgend kabinet.

Met deze brief informeer ik u graag over mijn voornemens met betrekking tot het macrobeheersinstrument (mbi) voor het jaar 2014 in relatie tot het advies van de commissie Baarsma, waarbij ik ook mijn reactie zal geven op het integrale advies van de commissie.

Advies van de commissie Baarsma

De commissie Baarsma heeft een vierstappenplan opgesteld dat is gericht op het zo veel mogelijk voorkomen van macrobudgettaire overschrijdingen, zodat de eventuele inzet van een macrobeheersinstrument (achteraf) ook echt een «ultimum remedium» wordt en de kans dat het achteraf daadwerkelijk moet worden ingezet, wordt geminimaliseerd. Zoals ik u in mijn reactie van vorig jaar al aangaf, kan ik mij op hoofdlijnen zeer vinden in deze benadering. Ik heb het mbi altijd gezien als een laatste «slot op de deur» waarvan de daadwerkelijke inzet zo veel mogelijk moet worden voorkomen.

[1] Kamerstuk 29 248, nr. 232.
[2] Kamerstuk 29 248, nr. 236.

kst-29248-256
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2013

De eerste drie stappen die de commissie voorstelt, zijn stappen die in sterke mate aansluiten bij de huidige praktijk en/of op dit moment doorgaans al plaatsvinden. Zo stelt de commissie dat een onafhankelijke partij, zoals het Centraal Planbureau (CPB), een geobjectiveerde raming van de zorguitgaven moet maken (stap 1) en dat met inachtneming van deze raming door de coalitiepartijen in het regeerakkoord het Budgettair Kader Zorg (BKZ) voor een gehele kabinetsperiode moet worden vastgesteld (stap 2). De commissie zegt dat wanneer het BKZ krapper is dan de uitgavenraming uitwijst, er bij de kabinetsformatie op een transparante manier moet worden aangegeven welk beleid daaraan ten grondslag ligt, waarbij de verwachte opbrengst van de voorgestelde maatregelen, moet worden getoetst door het CPB. Dit alles gebeurt op dit moment doorgaans al in de praktijk. De commissie geeft ook aan dat vervolgens op een transparante manier moet worden aangegeven hoe het BKZ wordt doorvertaald naar de specifieke uitgavenkaders voor medisch-specialistische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg. Als derde stap (stap 3) beveelt de commissie aan om het macrokader dat voor de medisch-specialistische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg beschikbaar is, jaarlijks, vooraf, aan de verschillende zorgverzekeraars toe te bedelen met behulp van het (al bestaande) risicovereveningsmodel.

De vierde stap die de commissie beschrijft, betreft de feitelijke contractering door verzekeraars. De commissie doet bij deze stap een aantal aanbevelingen, die erop gericht zijn om vooraf meer zekerheid te verkrijgen dat de contractafspraken die verzekeraars maken, binnen het macrobudgettaire kader passen. In het regeerakkoord zijn diverse maatregelen aangekondigd die hierop aansluiten.

Zo doet de commissie op dit onderdeel ten eerste de aanbeveling om voor zorg die tot de basisverzekering behoort, het een vereiste te maken dat er overeenkomsten worden gesloten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en om – bij het sluiten van een overeenkomst – het sluiten van omzetcontracten verplicht te stellen. Ten tweede adviseert de commissie om het contracteerproces ver naar voren te halen door verzekeraars te verplichten om zes weken voor 1 januari (half november) contracten te hebben gesloten: verzekeraars moeten uiterlijk half november naar de buitenwereld duidelijkheid verschaffen welke aanbieders van medisch-specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg zij voor het volgende jaar hebben gecontracteerd en welke objectieve criteria zij bij hun inkoopbeleid hebben gehanteerd.

Om met de tweede aanbeveling te beginnen: een vroegere afronding van de contractering vereist dat de contractonderhandelingen eerder dan nu het geval is beginnen en dat bijvoorbeeld de mutaties in de DOT-productstructuur en de (wijzigingen in de) beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit eerder bekend zijn. Over deze en andere noodzakelijke verschuivingen in het tijdpad ben ik in gesprek met veldpartijen. Daarnaast heb ik bij de Tweede Kamer een wetsvoorstel ingediend om sneller contracteren te stimuleren. Het gaat om de wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) die onder meer bepaalt dat zorgverzekeraars voor de in natura verzekerde zorg uiterlijk zes weken voor de aanvang van het nieuwe verzekeringsjaar openbaar moeten maken met welke aanbieders zorgcontracten zijn afgesloten. Doen ze dit niet dan heeft de verzekerde die naar een aanbieder gaat waarvan hij niet kon weten dat die niet gecontracteerd was, recht op volledige vergoeding van de gemaakte zorgkosten en vervalt de mogelijkheid van de verzekeraar om een lagere vergoeding te geven.

De aanbeveling van de commissie dat de Zvw alleen nog dekking zou moeten bieden aan zorg die gecontracteerd is, is inmiddels een

voornemen geworden in het regeerakkoord. Vanwege het aspect keuzevrijheid, is er een interactie ontstaan tussen dit voornemen uit het regeerakkoord en de hierboven beschreven wijziging van artikel 13. Als deze interactie is uitgekristalliseerd bij de behandeling van het wetsvoorstel van artikel 13, zal ik u informeren over mijn voorstellen met betrekking tot het voornemen uit het regeerakkoord om onder de Zvw alleen nog in natura verzekerde zorg toe te staan.

Een derde aanbeveling die de commissie doet in relatie tot het contracteerproces, is om de resultaten van de contractonderhandelingen te laten toetsen door de NZa. Deze aanbeveling van de commissie sluit aan bij het voornemen uit het regeerakkoord om de NZa voortaan vooraf te laten toetsen of het door de verzekeraars gecontracteerde volume past binnen het beschikbaar gestelde deelkader medisch-specialistische zorg of ggz (binnen het BKZ). De commissie koppelt deze aanbeveling overigens niet aan een *verbod* voor verzekeraars om meer te contracteren dan het aan hen toebedeelde deel van het macrokader. De commissie adviseert om zo'n wettelijk vastgestelde contracteerruimte pas te overwegen als zou blijken dat de zorgverzekeringsmarkt onvoldoende werkt, maar ziet hier op dit moment geen aanleiding toe. De facto betekent dit dat er van de bepleite toetsing door de NZa, alleen een signalerende werking uitgaat: deze moet ervoor zorgen dat in een zeer vroeg stadium informatie beschikbaar komt over hoe de hoeveelheid gecontracteerde zorg zich verhoudt tot het beschikbare budgettaire kader.

Ik heb invulling gegeven aan deze aanbeveling van de commissie en het daarop aansluitende voornemen uit het regeerakkoord, door de NZa de opdracht te geven om (voor zowel de medisch-specialistische zorg als de geestelijke gezondheidszorg) informatie bij verzekeraars op te vragen over het gecontracteerde zorgvolume en deze informatie te analyseren. Deze uitvraag is zowel in het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg als in het Bestuurlijk Akkoord GGZ met betrokken partijen afgesproken. De NZa heeft inmiddels informatie bij zorgverzekeraars opgevraagd over de totale waarde van de inkoop, vermeerderd met de inschatting van de zorgverzekeraars van de waarde van de (nog) niet gecontracteerde zorg. Deze informatie komt binnenkort voor de medisch-specialistische zorg voor het eerst beschikbaar, voor de ggz had de NZa deze informatie ook vorig jaar al opgevraagd. Hierna kan ik bepalen of deze gegevensuitvraag de gewenste informatie heeft opgeleverd. Mijn verwachting is dat na verloop van tijd betere informatie zal worden opgeleverd en dat deze informatie na verloop van tijd ook beter kan worden geïnterpreteerd. Dit is ook een aspect van mijn beleid dat gericht is op versnelling van de informatievoorziening. Ik geef meer toelichting over dit onderwerp in een separate brief over de versnelling van de informatievoorziening in de zorg, die ik rond deze tijd naar de Tweede Kamer stuur.
De commissie Baarsma heeft naast de aanbevelingen die gericht zijn op de implementatie van het hiervoor genoemde vierstappenplan, ook nog een aantal andere aanbevelingen gedaan. Deze zijn gericht op het wegnemen van factoren die een effectieve kostenbeheersing bemoeilijken. In dat kader pleit de commissie in het bijzonder voor een snelle afbouw van de transitiebekostiging in de medisch-specialistische zorg en de geestelijke gezondheidszorg, het verder verbeteren van de ex ante risicoverevening tussen verzekeraars en het zo snel mogelijk beëindigen van de ex post compensaties in de risicoverevening, en de invoering van integrale tarieven[3] in de medisch-specialistische zorg.

[3] Bij integrale tarieven omvat de vergoeding die een zorgaanbieder afspreekt met de zorgverzekeraar ook de beloning van de vrijgevestigde specialisten.

In al deze drie laatstgenoemde aanbevelingen zie ik een ondersteuning van het ingezette beleid. Zowel in de medisch-specialistische zorg als in de geestelijke gezondheidszorg loopt de transitiebekostiging dit jaar af. Over de afbouw van de ex post compensaties voor verzekeraars heb ik de Tweede Kamer in een separate brief geïnformeerd.[4] In de concept-AMvB die ik op 7 juni jl. ter voorhang aan uw Kamer gestuurd heb,[5] is vastgelegd dat er in de somatische zorg vanaf 2015 en in de geestelijke gezondheidszorg vanaf 2017 geen ex post compensaties meer zijn. Ook heb ik in deze concept-AMvB tussenstappen in het afschaffen van de ex post compensaties vastgelegd. Over de invoering van integrale tarieven is in het regeerakkoord afgesproken, dat de onder het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg afgesproken route van invoering van kracht blijft, in lijn met de zienswijze van de commissie Meurs. Zoals ik al aan de Tweede Kamer heb gemeld zal de NZa vóór 1 juli 2013 een advies aan mij opleveren over de invoering van integrale tarieven in de medisch-specialistische zorg. Na de zomer zal ik met een uitgebreide reactie komen op het NZa-advies.

Implicaties voor het macrobeheersinstrument 2014

Ik verwacht dat het geheel aan voornoemde maatregelen een matigende invloed zal hebben op de kans dat er in de genoemde sectoren een macrokostenoverschrijding plaatsvindt. Deze matigende invloed zal steeds sterker worden. De risicodragendheid van verzekeraars neemt steeds verder toe, er zal steeds meer ervaring worden opgedaan met het vroeg contracteren, en naarmate de tijd vordert kan de door de NZa beschikbaar gestelde informatie over de contractering ook steeds beter worden geïnterpreteerd. Dit laat evenwel onverlet dat de uitgavenmatigende effecten van de genomen maatregelen zich nog wel eerst moeten bewijzen en dat deze in 2014 al wel deels, maar nog niet op volle sterkte aanwezig zijn. Dat betekent dat er de komende periode ook nog steeds behoefte zal zijn aan een macrobeheersinstrument, waarmee macrokostenoverschrijdingen die zich desondanks onverhoopt voordoen, achteraf kunnen worden teruggehaald. Daarom blijf ik het van belang vinden dat er ook in 2014 – als ultimum remedium – een macrobeheersinstrument beschikbaar blijft.

Eerder heb ik al aangegeven dat – als het macrobeheersinstrument als ultimum remedium wordt ingezet – een gerichte toepassing daarvan op de veroorzakers van de overschrijding mijn voorkeur verdient boven een «generiek mbi» (waarbij zorgaanbieders worden gekort naar rato van marktaandeel). De commissie Baarsma heeft deze voorkeur in haar advies onderschreven, maar noemt tegelijkertijd de vormgeving van zo'n gedifferentieerde variant «uiterst complex». De commissie laat ook de mogelijkheid open dat «een dergelijke toepassing van het mbi dermate duur en complex is om te ontwerpen en het dermate lang duurt voordat het kan worden ingevoerd, dat de kosten van een gedifferentieerd mbi niet opwegen tegen de baten ervan.»

Tegen deze achtergrond heeft mijn ministerie met veldpartijen een inventarisatie gemaakt van de belangrijkste resterende, nog openstaande vragen rond de vormgeving van het gedifferentieerd mbi. Omdat hieruit naar voren kwam dat veel vormgevingsvraagstukken met betrekking tot het gedifferentieerd mbi, met juridische vragen samenhangen, zijn eerst (eind 2012 en voorjaar 2013) met behulp van externe juridische experts de juridische randvoorwaarden waaraan een gedifferentieerd mbi moet voldoen, nader in beeld gebracht. Dit heeft geleid tot een trechtering en

[4] Brief aan de Tweede Kamer met kenmerk 124084–105236-Z.
[5] Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, 29 689, nr. 447.

aanscherping van resterende vormgevings- en uitvoeringsvraagstukken. In die zin is een stap vooruit gezet, maar helaas heeft dit nog niet geleid tot een vereenvoudiging of beantwoording van die vragen. In het bestuurlijke overleg met de ondertekenende partijen van het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg (op 13 juni jl.) is daarom geconcludeerd dat per 2014 de invoering van een juridisch solide, gedifferentieerd mbi nog niet mogelijk is. Ook in de GGZ acht ik dit per 2014 nog niet mogelijk. Ik ben voornemens de komende periode samen met veldpartijen te bekijken hoe en in hoeverre een oplossing voor de belangrijkste resterende, complexe uitvoerings- en vormgevingsvragen op zo kort mogelijke termijn binnen bereik kan komen.

Het voorgaande betekent dat in de medisch-specialistische zorg en de geriatrische revalidatiezorg per 2014 een generiek mbi van toepassing zal zijn. In de ggz zal eveneens worden teruggevallen op generiek toe te passen kortingsinstrumentarium. Ik laat u tegen het eind van de zomer weten, of – indien er over 2014 een macrobudgettaire overschrijding plaatsvindt in de ggz en het kabinet zou besluiten tot een korting – ik gebruik zal maken van een generiek mbi of van een tariefkorting.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers