

Vergaderjaar 2017–2018

**33 654**

**Kostenbeheersing in de zorg**

**Nr. 32**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 22 mei 2018

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister voor Medische Zorg over de brief van 19 februari 2018 over de Kabinetsreactie op het rapport van de Commissie Transparantie en Tijdigheid (Kamerstuk 33 654, nr. 31).

De vragen en opmerkingen zijn op 4 april 2018 aan de Minister voor Medische Zorg voorgelegd. Bij brief van 18 mei 2018 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,  
Bakker

Inhoudsopgave	blz.
I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	1
II. Reactie van de Minister	6

## I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

### Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie vinden het belangrijk dat zorggeld rechtmatig wordt besteed. Zorggeld moet immers zoveel mogelijk aan zorg worden besteed. Daarnaast vinden deze leden het belangrijk dat de informatie over de zorguitgaven tijdig beschikbaar is, zodat eventueel ook tijdig bijgestuurd kan worden. Het streven moet er dus op gericht zijn om de realisatiecijfers te vervroegen. Het is goed dat door eerdere maatregelen aan het einde van het jaar het deel van de jaarschade, waarvoor de zorgverzekeraar nog geen declaratie heeft ontvangen, is gedaald van rond de 50% naar rond de 30%.

De leden van de VVD-fractie ondersteunen de keuzes van het kabinet als het gaat om het opvolgen van de aanbevelingen van de Commissie Transparantie en Tijdigheid. Kan de Minister in meer algemene zin een planning van de uitvoering van de aanbevelingen geven en ook aangeven hoe de Tweede Kamer over de voortgang wordt geïnformeerd?

De leden van de VVD-fractie lezen dat de Minister zich zal 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. Hoe gaat de Minister dat doen? En wanneer is dat zichtbaar in de begroting en het jaarverslag? Hoe verhoudt dit zich tot de reeds genomen maatregelen, om meer inzicht te geven in het gevoerde en geplande beleid in het jaarverslag en de begroting?

De Minister wil kijken hoe de definitieve vereveningsronde kan worden vervroegd en het aantal vereveningsrondes kan worden verminderd. Wanneer kan de Tweede Kamer hiervoor nadere voorstellen krijgen? Wat zijn de gevolgen van een dergelijke exercitie voor zorgverzekeraars en het goed aansluiten van de vereveningssystematiek bij de werkelijkheid?

Daarnaast is met name in de medisch-specialistische zorg (MSZ) en de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) sprake van een zeer late informatievoorziening. De definitieve omvang van de schade is daardoor pas halverwege het derde jaar na afloop van het desbetreffende kalenderjaar bekend. Ziet de Minister mogelijkheden om de declaratietermijnen verder te verkorten, zodat de definitieve schade eerder bekend is? Op welke wijze kan het deel van de jaarschade waarvoor verzekeraars nog geen declaratie hebben ontvangen, verder worden teruggedrongen dan de huidige 30%? Kan bijvoorbeeld het aantal dagen na het beëindigen van de behandeling worden verlaagd en de uiterlijke sluittermijn van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) worden verkort? Welke mogelijkheden ziet de Minister om afspraken over maximale declaratietermijnen mee te nemen in de nieuwe bekostigingssystematiek voor de GGZ? Is het tijdig declareren en belonen daarvan onderdeel van de nog te sluiten hoofdlijnenakkoorden?

De leden van de VVD-fractie zijn in principe voorstander van meer horizontaal toezicht, omdat dit ervoor kan zorgen dat het registratie-, declaratie- en controlproces efficiënter en effectiever kan worden ingericht. Welke afspraken kunnen hierover gemaakt worden en wanneer

kan dit plaatsvinden? In hoeverre wordt dit ook meegenomen in de nog te sluiten hoofdlijnenakkoorden?

De leden van de VVD-fractie willen graag weten wat de gevolgen zijn van het meer ruimte bieden aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders als het gaat om het begrip «rechtmatigheid». Kunnen daarvan enkele concrete voorbeelden gegeven worden?

De leden van de VVD-fractie vinden de invulling van de aanbeveling om innovatieve resultaatafspraken uit te voeren in de vorm van het bekostigen op gezondheidswinst en uitkomsten, nog mager en passief. Het belang van de zorgprofessionals moet gericht zijn op de uitkomst van de behandeling in plaats van de omzet. In het Regeerakkoord is een stevige inzet op de ontwikkeling van uitkomstindicatoren opgenomen, bij voorkeur aansluitend bij internationale initiatieven (bijlage bij Kamerstuk 34 700, nr. 33). Hoe wil het kabinet deze inzet vormgeven? En hoe wil het kabinet toewerken naar meer uitkomstbekostiging binnen het stelsel? Wanneer is meer duidelijk over de doorontwikkeling van de bekostiging van de medisch-specialistische zorg en GGZ door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)? En hoe wordt uitkomstbekostiging daarin meegenomen?

De leden van de VVD-fractie lezen dat de Minister het verplicht periodiek aanleveren van onderhandenwerkinformatie een belangrijke aanbeveling vindt. Partijen krijgen nog een laatste kans om vrijwillig goede leveringen te realiseren. Hoe lang krijgen die partijen nog de tijd van de Minister? Wat zijn de voor- en nadelen van het vastleggen van deze verplichting in de wet- en regelgeving?

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de kabinetsreactie op het rapport van de Commissie Transparantie en Tijdigheid. Deze leden vinden het belangrijk om sneller goede informatie over de zorguitgaven beschikbaar te krijgen en zien daarom met grote tevredenheid dat hier een kundige commissie mee aan de slag is gegaan. Op een aantal aanbevelingen van de commissie vinden de leden van de CDA-fractie dat de Minister iets meer duidelijkheid kan geven. Deze leden hebben daarom enkele vragen bij deze kabinetsreactie.

De leden van de CDA-fractie vragen de Minister op welke wijze in het jaarverslag op een andere manier aandacht besteed zal worden aan de informatie over wat burgers en bedrijven zelf bijdragen aan de zorg.

De leden van de CDA-fractie vragen waar de verwachting van de Minister op gebaseerd is dat het vaststellen van de definitieve verevening naar verwachting maximaal een jaar verkort kan worden. Op welke termijn is de Minister van plan om de verkorting van het vereveningstraject met het Zorginstituut te bespreken?

De Minister geeft aan dat dat in de praktijk de deadline van 1 januari voor het vaststellen van de prijslijsten nog niet gehaald wordt, maar dat er wel een versnelling te zien is ten opzichte van eerdere jaren. De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister dit cijfermatig kan onderbouwen. Deze leden vragen tevens waarom de Minister er de voorkeur aan geeft om het realiseren van deze versnelling aan de betrokken partijen zelf over te laten. Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over het overleg met de NZa over hoe de bekendmaking van prijslijsten in de praktijk op tijd gaat gebeuren? De leden van de CDA-fractie vragen daarnaast of het klopt dat ook de contracteringsdeadline van 12 november vaak niet gehaald wordt,

en dat zelfs op 31 december nog vaak niet de gehele contractering volledig is afgerond. Is de Minister bereid te komen tot een verplichting voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om hun onderlinge contractering per 12 november af te ronden en daarmee verzekeren zekerheid te bieden voor het nieuwe verzekeringsjaar? Wanneer komt de NZa met een regeling voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om de tussen hen gecontracteerde tarieven openbaar te maken? Is de Minister van mening dat deze tarieven dan ook per 12 november, voorafgaand aan het nieuwe verzekeringsjaar, bekend moeten zijn? Zo nee, waarom niet?

De leden van de CDA-fractie vragen op welke wijze het kabinet ondersteuning zal bieden aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om sectorbrede invoering van horizontaal toezicht te bevorderen.

De leden van de CDA-fractie vragen op welke wijze de wensen en inzichten van (organisaties van) patiënten en/of cliënten bij de invulling van de vrije regelruimte worden betrokken.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom partijen, wat de Minister betreft, een laatste kans krijgen om vrijwillige levering van onderhanden-werk informatie te realiseren. Welke deadline en bijbehorende doelstelling hanteert de Minister hierbij? Waarom kiest de Minister er niet voor om een verplichting in de regelgeving op te nemen?

### **Vragen en opmerkingen van de D66-fractie**

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de reactie van de Minister voor Medische Zorg op het rapport van de Commissie Transparantie en Tijdigheid. Deze leden hebben hierover enkele vragen.

De leden van de D66-fractie lezen dat de commissie het perspectief van de burger in het rapport een centrale plaats heeft gegeven. De Minister kiest er niet voor het centrale begrip in de verantwoording van de zorguitgaven te veranderen, zoals de commissie voorstelt, maar wil zich 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. Graag horen deze leden op welke manier de Minister dit wil doen. En ziet hij hiertoe ook nog andere mogelijkheden dan het hierop aanpassen van de begroting en het jaarverslag?

De leden van de D66-fractie merken op dat de commissie adviseert om het proces om te komen tot definitieve verevening te versimpelen, wat zij een mooi streven vinden. Het aantal vereveningsrondes kan uiteindelijk zelfs worden teruggebracht van drie naar één ronde, zo meent de commissie. De Minister verwacht dat binnen het huidige stelsel niet anderhalf jaar maar een jaar tijdswinst te behalen is. Kan de Minister er nog nader op ingaan waarom hij anderhalf jaar niet mogelijk acht? Wil de Minister de aanbeveling ter sprake brengen tijdens de gesprekken met betrokken partijen, en in overleg bezien wat mogelijk is, waarbij een zo groot mogelijke tijdswinst het streven is?

De leden van de D66-fractie lezen dat de Minister in overleg met de NZa zal bekijken hoe de bekendmaking van de prijslijsten tegelijk kan plaatsvinden met de bekendmaking van de contractafspraken. Op welke termijn zou dit mogelijk zijn? En kan de Minister ook reageren op de opmerking van de Consumentenbond, dat de deadline van 12 november slechts het bekendmaken van de huidige stand van zaken betreft, maar dat het consumenten geen definitieve duidelijkheid biedt over de contractering?

De leden van de D66-fractie lezen dat de Minister in reactie op het advies van de commissie om nieuwe manieren van financieren mogelijk te maken, met positieve prikkels als het gaat om gezondheidswinst of uitkomsten van zorg, aangeeft dat dit momenteel al mogelijk is en dat hiervan al gebruik gemaakt wordt. Graag horen deze leden hoe vaak hiervan gebruik gemaakt wordt. Ook willen deze leden weten of deze mogelijkheid momenteel voldoende bekend is en of dit meer kan worden gestimuleerd.

De leden van de D66-fractie lezen dat de Minister rond het einde van 2018 een rapportage zal sturen over de voortgang van de acties en over de tijdige beschikbaarheid van goede cijfers. Deze genoemde leden vragen of dat betekent dat consumenten dus niet meer duidelijkheid zullen hebben voor het nieuwe polisjaar, bijvoorbeeld met betrekking tot de prijslijsten.

### **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

De SP-fractie heeft met interesse kennisgenomen van de brief van de Minister voor Medische Zorg, waarin hij reageert op het rapport van de Commissie Transparantie en Tijdigheid. De leden van de fractie hebben nog de volgende opmerkingen en vragen.

De Minister stelt dat de Commissie Transparantie en Tijdigheid aantoont dat het op dit moment zonder grote stelselwijzigingen mogelijk is om verbeteringen te realiseren die van belang zijn vanuit het perspectief van de burger. Welke concrete verbeteringen is de Minister voornemens te realiseren? Ziet de Minister in dat het klopt dat zonder stelselwijziging verbetering mogelijk is, maar het altijd zal blijven bij reparaties, omdat het stelsel gebaseerd is op marktwerking, waarbij het geld en niet de patiënt centraal staat?

De Minister stelt voornemens te zijn om vast te houden aan het macrobeheersinstrument om macrobudgettaire overschrijdingen van de uitgavenkaders terug te halen. Welk instrument heeft de Minister in handen om zorgverzekeraars te dwingen binnen de uitgavenkaders meer geld uit te geven, wanneer de zorgplicht in het gedrang komt? Erkent de Minister dat dit nodig is, aangezien de impasse tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders op dit moment niet adequaat doorbroken kan worden door de NZa?

Hoe verklaart de Minister dat de definitieve verevening anderhalf tot een jaar eerder vastgesteld kan worden dan nu het geval is?

De Minister stelt dat hij samen met de NZa na zal gaan of, en zo ja hoe, zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer ruimte kunnen krijgen om het begrip rechtmatigheid van declaraties samen nader in te vullen. Op welke wijze neemt de Minister hierin het verlichten van administratiedruk mee?

Hoe is de Minister van plan om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars zich aan de afspraken uit de zorgakkoorden houden? Wie houdt toezicht op de uitvoering van de zorgakkoorden en wie grijpt in, wanneer de afspraken niet na worden gekomen?

De leden van de SP-fractie herkennen in het rapport van de Commissie Transparantie en Tijdigheid de observatie dat DBC financiering onwenselijk is. In het rapport wordt gesteld dat de administratieve lasten van dit systeem hoog zijn, de prikkels in het systeem niet in het belang van de patiënt werken en ook nog eens productie-opdrijvend zijn. Kan de Minister toelichten waarom hij nog vasthoudt aan dit bekostigingssysteem?

Voorts vragen de leden van de SP-fractie wat de Minister vindt van de praktijk in ziekenhuizen, waar DBC's vooral dienen ter vulling en verrekening van bulkafspraken, lumpsums en plafonds?<sup>1</sup> Bent u het ermee eens dat DBC's in de praktijk geen knip voor de neus waard zijn? Wat zegt dit over de toegevoegde waarde van DBC's?

De NZa is bezig met een doorontwikkeling van de DBC's. Kan de Minister aangeven wat er precies nodig is om het niet functioneren van de DBC's ten goede te keren? Is het niet veel beter om deze vorm van prestatiebekostiging, met alle slechte prikkels van dien, los te laten? Is de Minister bereid om serieus te kijken naar nieuwe vormen van bekostiging, waarbij lessen uit het verleden en uit andere landen in Europa worden meegenomen?

Deelt de Minister de analyse van de SP-fractie dat het DBC-systeem in plaats van transparantie juist onduidelijkheid creëert over de zorgkosten, aangezien de duur van DBC's erg lang kan zijn waardoor zorgverzekeraars vaak pas veel later een declaratie ontvangen?

Voorts vragen de leden van de SP-fractie zich af of de Minister zich herkent in het beeld dat het op dit moment erg moeilijk te begrijpen is hoe het eigen risico zich vertaalt naar DBC's. Begrijpt de Minister dat het eigen risico in de medisch-specialistische zorg tot veel frustratie leidt bij patiënten, gezien de hoogte van het bedrag? Ziet de Minister in dat mensen helemaal niet geïnteresseerd zijn in transparantie van prijzen, maar goede zorg willen krijgen, zonder hiervoor te veel geld kwijt te zijn?

De Minister stelt in de reactie per aanbeveling dat door het loskoppelen van het eigen risico van de DBC-systematiek het kostenbewustzijn van verzekerden af kan nemen, omdat de eigen bijdragen bij alle zorgaanbieders hetzelfde zijn. Kan de Minister verduidelijken wat het doel van het kostenbewustzijn van de patiënt is ten aanzien van het eigen risico? Verkeert de Minister in de overtuiging dat patiënten denken dat zorg gratis is?

## **II. Reactie van de Minister**

Ik heb met genoeg geconstateerd dat het rapport van de commissie Transparantie en Tijdigheid en de kabinetsreactie daarop door de leden van de fracties van de VVD, het CDA, D66 en de SP met interesse is gelezen.

De leden van deze fracties hebben naar aanleiding van de kabinetsreactie vragen en opmerkingen naar voren gebracht waarop ik hieronder zal ingaan.

De leden van de VVD-fractie en de leden van de SP-fractie vragen naar de planning van de uitvoering van de aanbevelingen.

In het onderstaande overzicht is aangegeven hoe de activiteit die in de kabinetsreactie is opgenomen, uitgevoerd of geconcretiseerd wordt. Over de verdere invulling van de aanpak en de tijdsplanning zal in de tweede helft van 2018 meer duidelijk worden. Ter toelichting verder nog het volgende.

In de kabinetsreactie heb ik bij een aantal aanbevelingen aangegeven dat ik die belangrijk vind, maar dat ik van andere partijen actie verwacht. Ik heb aangekondigd daar met hen over te zullen spreken en duidelijk te zullen maken dat ik bereid ben om bij te dragen aan de voortgang als zij dat willen. Ook heb ik aangegeven dat als partijen er niet in slagen de gewenste voortgang zelf te realiseren, ik dan zal bezien welke aanvullende

<sup>1</sup> Rapport Commissie Transparantie en Tijdigheid, blz. 55.

acties ik kan ondernemen. Bij verschillende gelegenheden vindt er op verschillende niveaus overleg plaats met veldpartijen. In algemene zin wordt deze boodschap bij de verschillende overleggen gedeeld met veldpartijen.

De versnelling van het bekendmaken van prijslijsten is in eerste instantie een aangelegenheid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Zij hebben hierover al afspraken gemaakt. Ik wil hun eerst de kans geven zelf de voorgenomen verbeteringen te realiseren. En ook daarbij geldt dat als partijen er niet in slagen de gewenste voortgang zelf te realiseren, ik dan zal bezien welke aanvullende acties ik kan ondernemen.

Op een aantal aanbevelingen van de commissie heb ik aangegeven dat ik, met betrokken partijen, actie onderneem. Voor sommige aanbevelingen is eerst nader onderzoek nodig. Over de nadere uitwerking zal in de tweede helft van 2018 meer duidelijk worden.

Bij diverse onderwerpen heb ik aangekondigd samen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan de slag te gaan. In overleg met de NZa wordt besproken hoe deze activiteiten worden opgepakt. Ook hier is het uitgangspunt dat in de tweede helft van 2018 meer duidelijk wordt.

	<b>Kabinetsreactie</b>	<b>Hoe</b>
A.	De informatie over wat burgers en bedrijven bijdragen aan zorg verbeteren. In het jaarverslag 2017 zal hier aandacht aan besteed worden.	Uitgevoerd vanaf jaarverslag 2017.
B.	Met betrokken partijen aan de slag om tijdswinst te realiseren in de verevening.	Onderzoek
C.	Versnelling bekendmaken van prijslijsten en de monitoring daarvan betrekken bij de hoofdlijnenakkoorden.  In overleg met NZa bekijken hoe de bekendmaking van prijslijsten in de praktijk ook op tijd gaat plaatsvinden.	Hierover zijn al eerder afspraken gemaakt. Boodschap delen met veldpartijen. Bespreken met NZa.
D.	In overleg met veldpartijen zal ik kijken of er aanvullende landelijke afspraken gemaakt kunnen worden over professionalisering van de afspraken over tijdig declareren.	Boodschap delen met veldpartijen.
E.	Voornemen van het kabinet is om nieuwe hoofdlijnenakkoorden te sluiten.	Over hoofdlijnenakkoorden/bestuurlijke afspraken vinden gesprekken met veldpartijen plaats. Boodschap delen met veldpartijen.
F.	Bespreken met partijen wat zij aanvullend nodig hebben voor het realiseren van horizontaal toezicht.	Bespreken met NZa.
G.	Met de NZa nagaan of, en zo ja hoe, het formaliseren van regelruimte kan worden uitgevoerd.	-
H.	Loskoppelen van het eigen risico van de DBC-systematiek wordt niet uitgevoerd.	-
I.	Waar er belemmeringen zijn in wet- of regelgeving om te bekostigen op gezondheidswinst en uitkomsten, die samen met de NZa oplossen.	Meegenomen in programmaplan (naar verwachting voorjaar 2018 naar de Tweede Kamer)
J.	De NZa vragen de aanbevelingen over de ontwikkeling van nieuwe vormen van bekostiging en declaratie expliciet mee te nemen in de doorontwikkeling van de bekostiging MSZ en GGZ waarmee de NZa nu bezig is.	Is besproken met NZa.
K.	Partijen krijgen nog een laatste kans om vrijwillig goede onderhandenwerkleveringen te realiseren. Lukt dit niet, dan kijken hoe een verplichting in de regelgeving is op te nemen.	Boodschap delen met veldpartijen.
L.	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.	Onderzoek
M.	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.	In uitvoering.

Kabinetsreactie	Hoe
Onderzoeken of en hoe een bijdrage tot een betere toegang tot informatie kan worden gerealiseerd door in de zorgwetten een soortgelijke passage op te nemen als voor het jeugdbeleid in de Jeugdwet staat.	Onderzoek
Onderzoeken hoe SBR, of elementen daarvan, binnen het beleid ingezet kan worden. In het Informatieberaad worden afspraken gemaakt over informatie-uitwisseling.	Onderzoek

De Tweede Kamer zal over de voortgang van alle activiteiten rond het einde van 2018 worden geïnformeerd. Ook daarna zal ik de Kamer bij gelegenheid blijven informeren over de voortgang. Als er aanleiding toe is zal de voortgang van sommige activiteiten al eerder worden toegelicht. Dit mede in antwoord op vragen van de leden van de D66-fractie.

De leden van de VVD-fractie vragen hoe de Minister zich zal inspannen om de presentatie van de cijfers, bijvoorbeeld in de begroting en het jaarverslag, beter te laten aansluiten bij de beleving van de burger en ook vragen zij wanneer het resultaat zichtbaar zal zijn in begroting en jaarverslag. Ook de leden van de CDA-fractie en de leden van de D66-fractie vragen hiernaar.

In de jaarverslagen van VWS zal, met ingang van het jaarverslag over 2017, een tabel staan waarin wordt vermeld welke bedragen burgers en bedrijven aan zorg hebben betaald in het verslagjaar en hoe die bedragen zijn gewijzigd sinds de stand ontwerpbegroting van dat verslagjaar. Ook in de begrotingen, met ingang van de begroting voor 2019, zal een tabel staan die informatie geeft over de verwachte bijdragen van burgers en bedrijven in het begrotingsjaar.

De leden van de VVD-fractie vragen ook hoe dit zich verhoudt tot de reeds genomen maatregelen om meer inzicht te geven in het gevoerde en geplande beleid in het jaarverslag en de begroting. Ik ga ervan uit dat hier bedoeld wordt op de wens die het kabinet en de Kamer delen om de kwaliteit van het jaarverslag te verbeteren, onder andere door meer SMART te formuleren. Het opnemen van deze aanvullende informatie sluit goed aan bij het streven om de kwaliteit van de verantwoording over het VWS-beleid te verbeteren. Deze aanvullende informatie geeft een aspect weer van de uitkomst van het gevoerde beleid. De waarden in de nieuwe tabel zijn niet alleen het resultaat van het gevoerde beleid, maar worden ook bepaald door autonome ontwikkelingen en (voor zover het de nominale zorgpremies betreft) door het beleid van zorgverzekeraars.

De leden van de VVD-fractie vragen zich af op welke wijze de Minister de Tweede Kamer informeert over zijn voorstellen hoe de definitieve vereveningsronde kan worden vervroegd en het aantal vereveningsrondes kan worden verminderd.

Ik zal in overleg met de belangrijkste stakeholders onderzoeken of en op welke wijze de vaststelling van de risicoverevening kan worden versneld. Op basis van de resultaten van dit onderzoek zal ik de Kamer (periodiek) informeren over de mogelijke voorstellen om het vaststellingstraject te verkorten.

De leden van de VVD-fractie vragen zich af wat de gevolgen zijn van een dergelijke versnelling voor zorgverzekeraars en voor het goed aansluiten van de vereveningssystematiek bij de werkelijkheid.

Met de versnelling van de vaststelling heeft de zorgverzekeraar sneller duidelijkheid over de kosten en mogelijke risico's in een bepaald vereveningsjaar. De gevolgen van de versnelling van de vaststelling van het risicovereveningsmodel zal tijdens het onderzoek (verder) in kaart gebracht worden.



De leden van de VVD-fractie vragen welke mogelijkheden er nog meer zijn om de declaratietermijnen te verkorten, zodat de definitieve schade eerder bekend is en hoe het deel van de jaarschade waarvoor aan het einde van het jaar verzekeraars nog geen declaratie hebben ontvangen, verder kan worden teruggedrongen dan de huidige 30%, waarbij deze leden als voorbeeld noemen het verlagen van het aantal dagen na behandeling en verkorting van de sluittermijn van de DBC.

In de voorbereiding van het besluit tot verkorting van de maximale DBC-duur in de medisch-specialistische zorg, die vanaf 2015 is doorgevoerd, heeft de NZa onderzocht wat de gevolgen op onder andere medische herkenbaarheid en kostenhomogeniteit zouden zijn bij een aantal varianten. Op basis daarvan is gekozen voor een verkorting van de maximale DBC-duur van 365 naar 120 dagen. Bij de uitvoering hiervan is gebleken dat een dergelijke wijziging in de productstructuur ingrijpend is voor de sector. Een verdere verkorting van de maximale DBC-duur of wijziging van de afsluitregels is voor mij dan ook niet aan de orde. Het verkorten van de termijnen van declareren na sluiting van de DBC is wel een goede optie om tijdwinst te realiseren. Dit is echter een zaak van zorgverzekeraars en zorgaanbieders, waarbij diverse andere maatregelen die de Commissie heeft voorgesteld (bijvoorbeeld het sneller vaststellen van prijslijsten per prestatie) kunnen helpen.

De leden van de VVD-fractie vragen daarnaast naar mogelijkheden om afspraken om maximale declaratietermijnen mee te nemen in de nieuwe bekostigingssystematiek voor de GGZ. Het sneller beschikbaar komen van informatie is een van de doelen die de NZa bij de opdracht voor de ontwikkeling van de nieuwe bekostiging heeft meegekregen. Hiervoor geldt bovendien wat ik hierboven voor de MSZ, heb aangegeven. Het tijdig declareren is een zaak van zorgverzekeraars en zorgaanbieders, waarbij diverse maatregelen die de Commissie heeft voorgesteld een aanzienlijke bijdrage kunnen leveren.

De leden van de VVD-fractie vragen of het tijdig declareren en belonen daarvan onderdeel zullen zijn van de nog te sluiten hoofdlijnenakkoorden. In het onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg is sneller declareren niet opgenomen. Dit is al een lopende afspraak en hoeft niet herhaald te worden in dit akkoord.

De leden van de VVD-fractie vragen welke afspraken gemaakt kunnen worden over het realiseren van een sectorbrede invoering van horizontaal toezicht, wanneer dit kan plaatsvinden en in hoeverre dit ook nog wordt meegenomen in de nog te sluiten hoofdlijnenakkoorden. Horizontaal toezicht is een initiatief vanuit de sector zelf. Partijen zijn hier reeds actief en op eigen initiatief mee aan de slag, nieuwe afspraken in de hoofdlijnenakkoorden zijn niet nodig. VWS heeft geen actieve rol, maar kan ondersteunen waar nodig. Zo is initiatiefpartijen op onder meer het congres Rechtmatige Zorg op 19 april 2018 een podium geboden om – via meerdere workshops – aandacht te vragen voor het gedachtegoed en voor praktijkervaringen van horizontaal toezicht binnen zowel de MSZ als de GGZ. Ook het programmaplan «Rechtmatige Zorg; Aanpak van fouten en fraude 2018–2021», dat op 19 april 2018 naar de Tweede Kamer is gestuurd (Kamerstuk 28 828, nr. 108) verwijst meermalen naar de invoering van horizontaal toezicht. Daarnaast geeft VWS, net als andere partijen, desgevraagd reactie op (tussen)producten over horizontaal toezicht die vanuit het platform horizontaal toezicht worden opgesteld. Dit met het oog op de samenhang met het bredere, landelijke beleid. Dit is tevens een antwoord op de vraag van de CDA-fractie.

De leden van de VVD-fractie vragen naar de gevolgen van meer ruimte bieden aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders als het gaat om het begrip rechtmatigheid, met enkele voorbeelden.

De gedachte bij het bieden van meer formele regelruimte is dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid krijgen afspraken te maken in plaats van of in aanvulling op de huidige regels. Door deze afspraken formeel toe te staan, komt door uitvoering ervan de rechtmatigheid niet in het geding. Zoals in (de bijlage bij) de kabinetsreactie al is aangegeven, zijn er wel randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan. Zo moeten controle en toezicht op de naleving van de Zorgverzekeringswet (Zvw) mogelijk zijn. De patiënt moet daadwerkelijk de zorg ontvangen waarop deze redelijkerwijs is aangewezen, in overeenstemming met de stand van wetenschap en praktijk. Verder moet, in het belang van patiënt en premiebetaler, een correcte uitvoering van eigen betalingen en van de risicoverevening mogelijk blijven. Een concreet voorbeeld van formele regelruimte is het huidige max-max-tarief. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen voor een aantal prestaties een tarief afspreken dat (maximaal 10%) hoger is dan het door de NZa vastgestelde maximumtarief. Omdat de afspraak die door beide partijen is gemaakt, is toegestaan onder de geldende regelgeving, komt de rechtmatigheid van de uitvoering niet in gevaar.

De leden van de VVD-fractie vragen hoe het kabinet de inzet op de ontwikkeling van uitkomstindicatoren vorm wil geven en hoe het kabinet wil toewerken naar uitkomstbekostiging binnen het stelsel. Ik ben voornemens dit voorjaar een programmaplan naar de Kamer te sturen waarin wordt aangegeven hoe ik deze inzet zal vormgeven.

De leden van de VVD-fractie vragen wanneer meer duidelijk is over de doorontwikkeling van de bekostiging van de MSZ en de GGZ door de NZa en hoe daarin uitkomstbekostiging wordt meegenomen.

Voor de MSZ is de NZa op dit moment bezig met een advies over de doorontwikkeling voor de lange termijn. De NZa consulteert hiervoor branchepartijen, individuele instellingen en zorgverzekeraars om input te krijgen voor de inhoudelijke strekking van dit advies. Het bevorderen van waardegedreven zorg zal hierbij een van de belangrijkste uitgangspunten zijn. Daarbij is de zorgvraag van de patiënt van belang en is de insteek te faciliteren dat de zorgsector ruimte moet hebben om te kunnen innoveren en maatwerk te leveren. De NZa levert het advies naar verwachting in de zomer op.

In de huidige bekostiging van de MSZ is het al mogelijk om innovatieve afspraken tussen verzekeraars en aanbieders te maken en deze mogelijkheden worden ook al benut. Indien sprake is van belemmeringen in de bekostiging van innovatieve afspraken tussen verzekeraars en aanbieders zal ik bezien of en op welke wijze hier oplossingen voor kunnen worden gevonden.

De inhoudelijke contouren waarlangs de nieuwe GGZ-bekostiging nu wordt ontwikkeld zijn toegelicht in de voortgangsrapportage van de NZa die de vorige Minister van VWS op 12 september 2017 naar de Tweede Kamer heeft gestuurd (Kamerstuk 25 424, nr. 371).

De Staatssecretaris zal de Kamer naar verwachting rond de zomer nader informeren over de voortgang. Het nieuwe bekostigingsmodel is een model waarin, beter dan in de huidige DBC-systematiek, een koppeling wordt gelegd tussen de zwaarte van de zorgvraag van de patiënt en de geleverde zorg. Hiermee wordt beoogd zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliënten te ondersteunen bij het sturen op «gepast gebruik» van zorg. Hoewel de door de NZa vast te stellen prestaties in het nieuwe model niet zijn gebaseerd op uitkomstmetingen, vinden in het model wel verplicht periodieke evaluaties plaats van de geleverde zorg met als doel te bepalen of nog de goede zorg wordt geleverd en of de behandeling moet worden

opgeschaald, afgeschaald, ongewijzigd moet worden voortgezet of gestopt. Ook dit weer met als doel de betrokkenen te ondersteunen bij het sturen op «gepast gebruik».

De leden van de VVD-fractie en de leden van de CDA-fractie vragen naar de overwegingen om partijen nog een kans te geven om goede leveringen van onderhandenwerkinformatie te realiseren. Deze aanlevering is juist iets wat tussen partijen speelt, ook al is er een publiek belang om het op te lossen. Ik wil dit jaar nog bekijken of de ontwikkeling van de aanlevering rechtvaardigt om de aanlevering aan partijen over te laten. Voordeel van vastleggen in regelgeving is dat het afdwingbaar wordt, dat zou tenminste het uitgangspunt moeten zijn van vastlegging. Nadeel is dat het zich niet bij uitstek leent voor vastlegging in regelgeving, omdat het juist iets is wat tussen partijen speelt. De onderhandenwerkinformatie wordt immers geleverd door aanbieders aan verzekeraars. De verzekeraars kunnen de informatie onder andere benutten voor hun raming van de jaarschade. Dat heeft ook gevolgen voor het afdwingen door de overheid van de levering en de handhaving.

Op de vraag van de leden van de CDA-fractie hoe in het jaarverslag op een andere manier aandacht besteed zal worden aan de informatie over wat burgers en bedrijven zelf bijdragen aan de zorg, verwijs ik naar het antwoord op de vraag van de leden van de VVD-fractie.

De leden van de CDA-fractie en de leden van de D66-fractie hebben vragen gesteld over mijn inschatting van de maximaal haalbare versnelling van de definitieve verevening.

De vaststelling van de risicoverevening is een complex en grotendeels volgtijdelijk proces. Het proces kent verschillende aspecten die de lange definitieve vaststellingstermijn bepalen. Ten eerste wordt de lange tijd die nodig is om jaar t definitief voor de verevening af te sluiten (1 april t+4) veroorzaakt door lange doorloop- en declaratietijden: zowel de schade als de zorginhoudelijke registraties zijn nodig voor de vaststelling. Met name de GGZ en de wijkverpleging kennen lange doorlooptijden. Ten tweede zijn naast de zorgverzekeraars ook Wlz-uitvoerders, de Belastingdienst, het UWV en DUO betrokken bij de aanlevering van relevante gegevens. Deze partijen dienen de gegevens met de hoogst mogelijke kwaliteit (volledigheid en juistheid) aan te leveren en zijn daarbij ook weer afhankelijk van andere partijen. Ook spelen de formele en materiële controles op rechtmatigheid en het toezicht door de NZa een belangrijke rol. Tot slot vergt ook de feitelijke vaststelling door het Zorginstituut de nodige tijd.

Ik heb aangegeven de vereenvoudiging en verkorting van het traject binnen het huidige stelsel te willen realiseren. Daarmee zijn de mogelijkheden voor verkorting van het vereveningstraject te zoeken in operationele en administratieve versnellingen.

Zoals ik heb aangegeven zal ik dit jaar in overleg met de belangrijkste stakeholders onderzoeken of en op welke wijze de vaststelling van de risicoverevening kan worden versneld. Dit lijkt mij de logische stap.

De leden van de CDA-fractie vragen naar een cijfermatige onderbouwing van de versnelling in het vaststellen van de prijslijsten. Enkele weken geleden heeft de NZa uitgevraagd wat de stand van zaken is met betrekking tot de prijzen voor het jaar 2018. Peildatum van deze vragenlijst was half februari 2018. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen hebben aangegeven te verwachten op 1 april in ruim 90% van de gevallen een akkoord te hebben met de ziekenhuizen over de prijzen. Met zbc's verwachten verzekeraars op 1 april een akkoord over prijzen te hebben in vrijwel alle gevallen.

Zbc's gaven aan op 1 april in circa 90% van de gevallen een akkoord te hebben over de prijzen. Een vergelijking met 2017 is niet exact te maken,

aangezien de peildatum anders is. Maar uit de monitor contractering 2017 bleek dat in december 2016 er voor de ziekenhuizen voor minder dan 10% een prijslijst was afgesproken en voor de zbc's ruim 40% volgens verzekeraars (en ruim 50% volgens zbc's).

De leden van de CDA-fractie vragen tevens waarom het kabinet er de voorkeur aan geeft om het realiseren van deze versnelling aan de betrokken partijen zelf over te laten en wanneer de Kamer geïnformeerd wordt over het overleg met de NZa over hoe de bekendmaking van prijslijsten in de praktijk op tijd gaat gebeuren.

De contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders is een private aangelegenheid op grond waarvan de behandel prijzen door partijen worden vastgesteld en een versnelling van dat proces is dan ook primair aan hen. Ten aanzien van de informatievoorziening aan verzekerden over reeds tot stand gekomen tarieven van gecontracteerde zorg heeft mijn ambtvoorganger de NZa verzocht om een traject te starten om het inzicht van verzekerden in deze tarieven te vergroten. Zoals ik tijdens het Algemeen Overleg over medisch-specialistische zorg van 4 april 2018 heb gezegd, streeft de NZa ernaar mij dit voorjaar over dit traject en het vervolg te informeren en zal ik deze brief aan de Kamer toesturen.

De leden van de CDA-fractie vragen daarnaast of het klopt dat ook de contracteringsdeadline van 12 november vaak niet gehaald wordt, en dat zelfs op 31 december nog vaak niet de gehele contractering volledig is afgerond. Daarbij vragen zij naar de bereidheid om te komen tot een verplichting voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om hun onderlinge contractering per 12 november af te ronden en daarmee verzekerden zekerheid te bieden voor het nieuwe verzekeringsjaar. Ook vragen deze leden wanneer de NZa komt met een regeling voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om de tussen hen gecontracteerde tarieven openbaar te maken en of deze tarieven dan ook per 12 november, voorafgaand aan het nieuwe verzekeringsjaar, bekend zouden moeten zijn.

Er is geen contracteringsdeadline op 12 november. Bestuurlijk is twee jaar geleden afgesproken om te proberen zo ver mogelijk te zijn met de contractering op het tijdstip waarop het overstapseizoen start (tegenwoordig 12 november), maar dit houdt niet in dat alle contracten dan ook gesloten moeten zijn (Kamerstuk 29 689, nr. 695). Wat vooral belangrijk is, is de informatievoorziening naar verzekerden. Verzekerden moeten helderheid hebben als ze een zorgverzekeraar kiezen of die verzekeraar zorg van een aanbieder wel of niet vergoedt. Daarvoor is het niet nodig dat het contract ook al daadwerkelijk is gesloten.

Ik wil geen verplichting opleggen om op 12 november gereed te zijn met contractering. Contractering is een private aangelegenheid. Het is aan verzekeraars en aanbieders om al dan niet over te gaan tot contractering. Wel zal ik met partijen in gesprek blijven over de contractering en met name over de informatieverstrekking aan verzekerden.

Ten aanzien van het inzicht in de tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders gecontracteerde tarieven, wacht ik ook de hiervoor genoemde brief van de NZa af.

Ik verwacht dat de NZa daarbij ook aandacht besteedt aan de tijdigheid van de informatievoorziening aan verzekerden. Zoals hiervoor gemeld zal ik zodra ik de brief van de NZa heb ontvangen, deze aan de Kamer toesturen.

De leden van de CDA-fractie vragen op welke wijze het kabinet ondersteuning zal bieden om sectorbrede invoering van horizontaal toezicht te bevorderen. Zie hiervoor het antwoord op de vraag over horizontaal toezicht van de leden van de VVD-fractie.

De leden van de CDA-fractie vragen op welke wijze de wensen en inzichten van (organisaties van) patiënten en/of cliënten bij de invulling van de vrije regelruimte worden betrokken. De commissie Transparantie & Tijdigheid heeft op dit punt geadviseerd om zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer ruimte te geven om samen het begrip «rechtmatigheid» van declaraties nader in te vullen waar het gaat om zorg die voldoet aan de basiscriteria van de Zorgverzekeringswet. De Kamer heeft eerder vragen gesteld over dit onderwerp in het kader van het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met aanpassingen van de tarief- en prestatieregulering en het markttoezicht op het terrein van de gezondheidszorg (Kamerstuk 34 445, nrs. 5 en 8).

Op dit moment wordt samen met de NZa verkend wat de mogelijkheden zijn om zorgverzekeraars en zorgaanbieders zelf in te vullen declarabele prestaties te laten afspreken. Het vergroten van de ruimte voor verzekeraar en aanbieder om afspraken te maken over de te leveren zorg, maakt dat beter bij verzekerden passende prestaties kunnen worden overeengekomen. Het biedt patiënten en cliënten ook zelf meer ruimte om met zorgaanbieders afspraken te maken over de zorg die zij nodig hebben. Daarbij is van belang dat zorg voldoende transparant en vergelijkbaar is. Het eerder genoemde wetsvoorstel bevat daar voorwaarden voor.

Daarnaast werkt het kabinet aan een programma met als doel het beschikbaar stellen van uitkomstinformatie voor ten minste 50% van de ziektelast, zodat patiënten/cliënten beter geïnformeerde keuzes kunnen maken.

Hoewel in eerste instantie zorgaanbieders en zorgverzekeraars de ruimte krijgen om samen prestaties af te spreken, worden op deze manier ook (organisaties van) patiënten en/of cliënten beter in de positie gebracht om hun wensen met de zorgaanbieders in te vullen.

Op de vragen van de leden van de CDA-fractie over de levering van onderhandenwerkinformatie, verwijs ik naar het antwoord op de vraag van de leden van de VVD-fractie.

Op de vraag van de leden van de D66-fractie hoe in de begroting en in het jaarverslag op een andere manier aandacht besteed zal worden aan de informatie over wat burgers en bedrijven zelf bijdragen aan de zorg, verwijs ik naar het antwoord op de vraag van de leden van de VVD-fractie. De leden van de D66-fractie vragen of ik ook nog andere mogelijkheden zie om het perspectief van de burger een meer centrale plaats te geven dan het aanpassen van de begroting en het jaarverslag. Naar mijn mening zijn juist de begroting en jaarverslag het meest geschikt hiertoe, omdat juist in deze stukken de vooruitblik en de terugblik op het beleid integraal wordt gepresenteerd.

De leden van de D66-fractie vragen zich af waarom een versnelling van anderhalf jaar niet mogelijk wordt geacht. Tevens hebben de leden van de D66-fractie gevraagd of de aanbeveling tot versnelling ter sprake wordt gebracht tijdens de gesprekken met betrokken partijen, en in overleg bezien wat mogelijk is, waarbij een zo groot mogelijke tijdswinst het streven is.

Deze vragen zijn beantwoord bij de antwoorden op de vragen van de leden van de CDA-fractie.

De leden van de D66-fractie vragen op welke termijn het mogelijk zou zijn dat prijslijsten gelijk met contractafspraken bekend worden gemaakt. Daarnaast vragen deze leden te reageren op de opmerking van de Consumentenbond, dat de deadline van 12 november slechts het bekendmaken van de huidige stand van zaken betreft, maar dat het consumenten geen definitieve duidelijkheid biedt over de contractering.

De datum van 12 november van jaar t-1 is een streefdatum voor wat betreft de contractering. Op dat moment hoeft de contractering niet afgerond te zijn. Na 12 november t-1 mag er ook nog gecontracteerd worden, dat is ook zeker gewenst als er bijvoorbeeld nieuwe toetreders komen of innovatieve zorg in de loop van het jaar komt, die aanvullend gecontracteerd kan worden.

Op dat moment moet er wel duidelijkheid zijn voor verzekerden hoe het staat met de vergoeding van zorg. Een verzekeraar kan, ook als er nog geen contract is, aangeven dat de zorg vergoed wordt als ware er wel een contract. Een verzekeraar kan echter ook aangeven dat het nog niet bekend is welke vergoeding er plaats zal vinden of dat er wordt vergoed als ongecontracteerde zorg als een verzekerde van een bepaalde zorgaanbieder zorg ontvangt. Met name de categorie «nog niet bekend» levert inderdaad geen definitieve duidelijkheid op voor verzekerden.

Bestuurlijk is afgesproken ernaar te streven om deze categorie zo klein mogelijk te houden (zie ook de antwoorden op de vragen van de leden van de CDA-fractie). Zoals ik ook heb aangegeven in mijn brief over het overstapeseizoen, is op 18 december gekeken hoe de informatievoorziening was. Op dat moment was de categorie «nog niet bekend» enkele procenten.

Op het moment dat de contractering is afgerond, kunnen verzekeraars verzekerden ook inzicht bieden in de tarieven van de gecontracteerde zorg. Zoals ik in antwoord op vragen van de leden van de CDA-fractie heb toegelicht, is de NZa door mijn voorgangster gevraagd om het inzicht van verzekerden in gecontracteerde tarieven te vergroten, en streeft de NZa ernaar mij in het voorjaar per brief te informeren over de stand van zaken en vervolgstappen. Ik verwacht dat de NZa daarbij ook aandacht besteedt aan de tijdigheid van de informatievoorziening aan verzekerden. Zodra ik de brief van de NZa heb ontvangen, zal ik deze ook aan de Kamer toesturen.

De leden van de D66-fractie vragen hoe vaak al gebruik wordt gemaakt van financiering van zorg met positieve prikkels voor gezondheidszorg of uitkomsten van zorg. Ook willen deze leden weten of deze mogelijkheden voldoende bekend zijn en meer kunnen worden gestimuleerd.

Nieuwe manieren van financieren, gericht op gezondheidswinst of uitkomsten van zorg, sluiten aan bij de ambities van dit kabinet om het belang van alle betrokken partijen in de zorg meer te richten op de uitkomst van de zorg in plaats van omzet en om kwaliteit meer centraal te laten staan in de zorginkoop. Dit gebeurt al op verschillende plaatsen via de contractering door zorgverzekeraars. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn vrij om hier afspraken over te maken. Het is mij daardoor niet bekend hoe vaak hier al gebruik van gemaakt wordt. Wel heb ik in mijn reactie op het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) over de rol van zorginkoop in het zorgstelsel enkele voorbeelden benoemd.<sup>2</sup>

Ik ondersteun deze beweging, volg de initiatieven met interesse en ik ga met initiatiefnemers in gesprek. Daarbij deel ik graag de goede voorbeelden, zodat anderen hier ook van kunnen leren en deze beweging gestimuleerd wordt. Mochten er belemmeringen zijn in wet- of regelgeving, dan kijk ik, samen met de NZa, of deze opgelost kunnen worden door regels aan te passen of eventueel door het starten van een experiment.

Op de vraag van de leden van de D66-fractie of het verschijnen van een voortgangsrapportage rond het einde van 2018 betekent dat consumenten voor het nieuwe polisjaar dus niet meer duidelijkheid zullen hebben, bijvoorbeeld met betrekking tot de prijslijsten, kan ik antwoorden dat de

<sup>2</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 884

acties die in de kabinetsreactie zijn aangekondigd in gang worden gezet, zoals is aangegeven bij het antwoord op de vragen van de leden van de VVD-fractie. Over de voortgang informeer ik de Kamer rond het einde van 2018. Ik hoop dat ik in die rapportage al voortgang kan melden op een aantal onderdelen. Uiteraard zullen acties die op korte termijn effect kunnen sorteren niet hoeven te wachten op de voortgangsrapportage eind 2018.

De SP-fractie vraagt naar de concrete verbeteringen die het kabinet voornemens is te realiseren die vanuit het perspectief van de burger van belang zijn. De concrete acties zijn vermeld bij het antwoord op de vragen van de leden van de VVD-fractie. Zoals het rapport van de Commissie toelicht zijn de verschillende thema's van belang vanuit het perspectief van de burger.

Op de vraag van de leden van de SP-fractie of het kabinet inziet dat het klopt dat zonder stelselwijziging verbetering mogelijk is, maar het altijd zal blijven bij reparaties, wil ik antwoorden dat het zorgstelsel juist gericht is op het stimuleren van aanbieders en verzekeraars om hun klanten (patiënten en verzekerden) zo goed mogelijk te bedienen.

De leden van de SP-fractie vragen welk instrument het kabinet in handen heeft om zorgverzekeraars te dwingen binnen de uitgavenkaders meer geld uit te geven, wanneer de zorgplicht in het gedrang komt. Daarbij vragen deze leden te erkennen dat dit nodig is, aangezien de impasse tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders op dit moment niet adequaat doorbroken kan worden door de NZa. Zorgverzekeraars dwingen om meer geld uit te geven is niet mogelijk. Dit lijkt mij ongewenst. Ik wil zorgverzekeraars niet verplichten om meer geld uit te geven. Waar het om gaat is dat verzekerden de zorg krijgen die nodig is. Daar kan extra geld voor nodig zijn, maar dat hoeft niet. Daarvoor ligt een zorgplicht bij zorgverzekeraars. En daarop worden zorgverzekeraars ook aangesproken. De NZa houdt hier ook toezicht op en kan zo optreden richting verzekeraars.

De leden van de SP-fractie vragen zich af hoe verklaard kan worden dat de definitieve verevening anderhalf tot een jaar eerder vastgesteld kan worden dan nu het geval is.

Zoals ik heb aangegeven in antwoord op de vragen van de leden van de VVD-fractie, zal ik eerst in overleg treden met de belangrijkste stakeholders. Met hen zal ik onderzoeken of en op welke wijze de vaststelling van de risicoverevening kan worden versneld. Of versnelling plaats kan vinden, en onder welke voorwaarden, moet dus nog blijken.

De SP-fractie vraagt hoe het kabinet het verlichten van de administratieve druk meeneemt bij het nagaan of de zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer ruimte kunnen krijgen om het begrip rechtmatigheid van declaraties samen nader in te vullen.

Het formaliseren van regelruimte geeft rust, omdat hiermee de declaratieregelgeving, en daarmee een stuk invulling van wat rechtmatig is, beter kan aansluiten bij de zorg die in een concrete situatie nodig is en bij innovatieve ontwikkelingen die goed zijn voor de kwaliteit van zorg. Daardoor hoeft er achteraf minder discussie te ontstaan over de rechtmatigheid van de declaratie van zorg die nodig en goed was voor de cliënt, omdat niet aan bepaalde formele regels werd voldaan. Een ander doel van het formaliseren van regelruimte is om de administratieve lasten te verminderen.

Waar de afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zouden uitmonden in extra administratieve lasten, bijvoorbeeld omdat voldaan zou moeten worden aan gedetailleerde eisen die ook nog verschillend zijn

tussen zorgverzekeraars, zou dit zijn doel voorbij schieten. Ik wil dan ook bij het uitwerken van de mogelijkheden met de sector in overleg hoe we hiermee niet alleen meer rust en zekerheid maar ook een daling van de administratieve lasten kunnen bereiken.

De leden van de SP-fractie vragen wie toezicht houdt op de uitvoering van de zorgakkoorden en wie ingrijpt wanneer de afspraken niet worden nagekomen.

De uitvoering van de zorgakkoorden, het houden van toezicht op dat proces en zo nodig bijsturen ligt in handen van de partijen van het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord. De voortgang van de uitvoering wordt periodiek besproken in diverse bestuurlijke overleggen.

De leden van de SP-fractie vragen naar de toegevoegde waarde van de DBC-financiering en naar de bereidheid om te kijken naar nieuwe manieren van bekostiging.

De NZa heeft voor een eerder plan van aanpak doorontwikkeling productstructuur<sup>3</sup> veldpartijen geconsulteerd en doet dat voor het lopende traject doorontwikkeling MSZ ook. Uit deze consultaties met het veld komt naar voren dat rust en stabiliteit in de bekostigingssystematiek worden gewaardeerd. Grote wijzigingen in de bekostigingssystematiek worden op dit moment niet wenselijk geacht. Daarbij is ook relevant dat de huidige bekostigingssystematiek voldoende ruimte biedt om in de contractering tussen zorgverzekeraars en aanbieders tot afspraken te komen waarbij uitkomsten in plaats van verrichtingen meer het uitgangspunt zijn. Bijvoorbeeld via meerjarencontracten, door een gezamenlijke toekomstvisie, is het makkelijker om afspraken te maken over kwaliteit, zorg beschikbaar te houden en de kosten te beheersen. Met de invoering van de DBC-systematiek en de doorontwikkeling naar DOT in 2012 is overigens bereikt dat een meer gedetailleerd inzicht in de productie van ziekenhuizen is ontstaan. Daarnaast leveren de declaratiegegevens meer eenduidig en vergelijkbaar gegevens op patiëntniveau. Daarnaast bevat de systematiek informatiehandvatten voor benchmarking en wordt de informatie uit DBC's ook gebruikt voor de risicoverevening en de verrekening van het eigen risico. Zonder meer deze systematiek los laten, vind ik daarom niet wenselijk. Indien sprake is van belemmeringen in de bekostiging van innovatieve afspraken tussen verzekeraars en aanbieders zal ik bezien of en op welke wijze hier oplossingen voor kunnen worden gevonden.

Voor de doorontwikkeling van de bekostiging MSZ zijn onder andere waardegedreven zorg en het vereenvoudigen en verminderen van administratieve lasten thema's die de NZa hierbij meeneemt. De aanbeveling van de commissie over nieuwe vormen van bekostiging en declaratie heb ik ook aan de NZa meegegeven ten behoeve van het doorontwikkeltraject.

De SP-fractie vraagt of het kabinet haar analyse deelt dat het DBC-systeem in plaats van transparantie juist onduidelijkheid creëert over de zorgkosten, aangezien de duur van DBC's erg lang kan zijn waardoor zorgverzekeraars vaak pas veel later een declaratie ontvangen. In de aanbeveling over nieuwe vormen van bekostiging en declaratie geeft ook de Commissie een voorkeur aan voor een declaratiesysteem met prestaties die per dag kunnen worden afgerekend in plaats van de huidige DBC's.

In de kabinetsreactie is al aangegeven dat ik de NZa zal verzoeken de aanbevelingen van de Commissie expliciet te (blijven) betrekken bij de verdere (door)ontwikkeling van de tarief- en prestatiesystemen voor de

<sup>3</sup> Kamerstuk 34 300 XVI, nr. 160



MSZ en GGZ en hier expliciet op in te gaan bij hun advisering over deze systemen. Een kanttekening is hierbij op zijn plaats. Van zorgverzekeraars en zorgaanbieders krijg ik signalen dat zij wel degelijk prijs stellen op de informatie die ze met het DBC-systeem ontvangen. Een nieuw bekostigingssysteem zou dus ten minste evenveel informatie voor deze partijen moeten opleveren.

De leden van de SP-fractie vragen naar het beeld dat het kabinet heeft van de beleving van de patiënten als het gaat om de relatie tussen DBC en eigen risico, de hoogte van het eigen risico en de transparantie van de prijzen, goede zorg en zelf te dragen lasten.

Van belang is hoe de prijzen van DBC's neerslaan in het eigen risico en niet hoe het eigen risico zich vertaalt naar DBC's. Immers, de kosten van de verleende zorg – in dit geval de prijs van een DBC – bepalen de hoogte van het eigen risico dat een verzekerde verschuldigd is. Bij de DBC's leidt de hoogte van het in rekening gebrachte eigen risico in de MSZ en GGZ bij een deel van de patiënten tot vragen. Meer transparantie van de echte (DBC-)prijzen zal leiden tot meer duidelijkheid en daarmee tot minder vragen van verzekerden.

Om ervoor te zorgen dat gedurende deze kabinetsperiode de kosten van het eigen risico voor verzekerden die relatief veel zorg gebruiken beperkt blijven, is in het regeerakkoord 2017–2021 afgesproken het verplicht eigen risico tot en met 2021 te bevriezen op € 385. Het daartoe strekkende wetsvoorstel is op 9 april jl. bij de Tweede Kamer ingediend (Kamerstuk 34 929).

De leden van de SP-fractie vragen toe te lichten waarom door het loskoppelen van het eigen risico van de DBC-systematiek het kostenbewustzijn van verzekerden af kan nemen, aangezien de eigen bijdragen bij alle zorgaanbieders hetzelfde zijn, en wat het doel van het kostenbewustzijn van de patiënt is ten aanzien van het eigen risico.

Deze aanbeveling van de commissie houdt in dat, anders dan bij de huidige DBC-systematiek, de eigen bijdragen die voor het eigen risico meetellen bij alle zorgaanbieders hetzelfde zijn. Hierdoor kan het kostenbewustzijn van verzekerden afnemen. Ik vind het echter van belang dat verzekerden inzicht hebben in kostenverschillen tussen zorgaanbieders en – naast andere overwegingen zoals kwaliteit – die verschillen kunnen betrekken bij hun keuze voor een bepaalde zorgaanbieder. Dat is een van de redenen dat mijn beleid gericht blijft op het vergroten van de transparantie van echte prijzen.