

Vergaderjaar 2016–2017

33 060

Uitgavenbeheersing in de zorg

Nr. 9

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 11 april 2017

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het rapport van de Algemene Rekenkamer van 6 december 2016 inzake «Rapport Zorgakkoorden; Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4» (Kamerstuk 33 060, nr. 8).

De Staatssecretaris heeft deze vragen beantwoord bij brief van 10 april 2017. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

Vraag 1

Kunt u aangeven welke andere/nieuwe (inhoudelijke) voorwaarden u mee wilt nemen in de (nieuwe) gesprekken over (mogelijke) hoofdlijnaakkoorden?

Antwoord

De bestuurlijke akkoorden voor de medisch-specialistische zorg en de eerste lijn lopen eind 2017 af. Een beslissing over het afsluiten van nieuwe meerjarige bestuurlijke akkoorden is aan het volgende kabinet. Daar komt bij dat de zorgakkoorden het resultaat zijn van een bestuurlijk proces met partijen en een nieuwe ronde zorgakkoorden eveneens een gedegen bestuurlijke basis vergt. Ik wil daarop niet vooruitlopen en neem ook enige terughoudendheid in acht als het gaat om aanbevelingen die een nieuwe ronde van meerjarige akkoorden betreffen.

Ik ben aan het verkennen of voor het jaar 2018 akkoorden met partijen kunnen worden afgesloten. Ik zal daarbij de aanbevelingen van de Rekenkamer, voor zover mogelijk en relevant voor een dergelijk akkoord, betrekken.

Vraag 2

Op welke wijze hebben de inhoudelijke afspraken uit de zorgakkoorden bijgedragen aan de verbetering van doelmatigheid van de zorg?

Antwoord

De inhoudelijke afspraken hebben eraan bijgedragen dat alle partijen zich hebben gecommitteerd aan de gemaakte afspraken, ook in financieel opzicht. Een bestuurlijk akkoord over beperking van de groei van de zorguitgaven zonder inhoudelijke agenda was hoogstwaarschijnlijk niet mogelijk geweest. In die zin zijn financiële en inhoudelijke afspraken onlosmakelijk met elkaar verbonden. Door de inhoudelijke afspraken is bovendien een basis gecreëerd om met partijen in overleg te blijven over belangrijke onderwerpen als gepast gebruik, verbetering van de contractering, toename van kwaliteit in de zorg, de ontwikkeling van dure geneesmiddelen, concentratie van complexe zorg en deconcentratie van eenvoudige medisch-specialistische zorg.

Vraag 3

Welke maatregelen kunnen de effectiviteit van de inhoudelijke afspraken gemaakt in de zorgakkoorden waarborgen?

Antwoord

Regelmatig vinden bestuurlijke overleggen plaats over de voortgang van de inhoudelijke afspraken, waarbij partijen elkaar scherp houden op het naleven van de afspraken. Deze werkwijze past ook in de geest van de akkoorden die uitgaan van gezamenlijke inspanningen van alle partijen. In de akkoorden zijn geen harde afspraken gemaakt over maatregelen ter waarborging van de effectiviteit van de inhoudelijke afspraken.

Vraag 4

Hoe vaak zijn in zorgakkoorden afspraken gemaakt over de beperking van wachtlijsten?

Antwoord

Zowel in de oorspronkelijke hoofdlijnenakkoorden voor de ziekenhuiszorg uit 2011 en de geestelijke gezondheidszorg uit 2012, als in de zgn. onderhandelaarsresultaten voor de medisch-specialistische zorg van

medio 2013 is afgesproken dat partijen zich tot het uiterste inspannen om de zorg binnen de Treeknormen te blijven leveren om zo te voorkomen dat wachtlijsten ontstaan of oplopen.

Vraag 5

Wat heeft het Ministerie van VWS wanneer gedaan om het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord uit te kunnen voeren?

Antwoord

Teveel om op te noemen. De partijen hebben afgesproken dat zij gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de afspraken. In veel gevallen hebben zij een «trekker» benoemd voor het uitwerken van de afspraken in concrete acties. Na het sluiten van de zorgakkoorden hebben de partijen een overlegstructuur opgezet waar hun vertegenwoordigers elkaar regelmatig treffen op ambtelijk en bestuurlijk niveau. In deze overleggen werken de partijen afspraken uit, voeren zij technische discussies en bespreken zij de voortgang. Het Ministerie van VWS vervult daarbij een faciliterende rol doordat het de voorzitters- en de secretarisfunctie op zich heeft genomen van de bestuurlijke en ambtelijke overleggen met de eerste lijn en met de MSZ.

Vraag 6

Door welke partij is het opzeggen van het bestuurlijk akkoord GGZ 2014–2017 geïnitieerd?

Antwoord

Diverse GGZ-partijen hebben een brief danwel manifest ondertekend dat Eerste-Kamerleden oproep om het wetsvoorstel over artikel 13 niet te aanvaarden. In het Onderhandelaarsresultaat GGZ 2014–2017 stond een passage over aanpassen artikel 13; deze passage was onderdeel van het akkoord. Met het ondertekenen van de brief danwel het manifest hebben desbetreffende GGZ-partijen daarmee feitelijk het akkoord opgezegd.

Vraag 7

Hoeveel gesprekken tussen de deelnemende partijen zijn vooraf gegaan aan het opzeggen van het Bestuurlijk akkoord GGZ 2014–2017?

Antwoord

Er zijn geen gesprekken vooraf gegaan aan het opzeggen van het Onderhandelaarsresultaat GGZ 2014–2017.

Vraag 8

Wat was de directe aanleiding voor het opzeggen van het bestuurlijk akkoord GGZ 2014–2017?

Antwoord

Zie het antwoord op vraag 6.

Vraag 9

Hoe groot zou volgens u de besparing op de uitgaven in de zorg zijn geweest, indien de inhoudelijke afspraken uit de zorgakkoorden door de betreffende partijen waren nagekomen?

Antwoord

Ik deel de conclusie van de Rekenkamer dat de afspraken uit de zorgakkoorden zeer waarschijnlijk een sterke dempende invloed uitoefenen op de feitelijke uitgavenontwikkeling en dat de financiële afspraken over het algemeen zijn nagekomen. Zoals ik eerder aangaf, hebben de inhoudelijke afspraken ertoe bijgedragen dat alle partijen zich hebben gecommitteerd aan de gemaakte afspraken, ook in financieel opzicht.

Vraag 10

Op welke wijze hebben de afspraken in de zorgakkoorden effect gehad op de ruimte om te innoveren in de zorg? Is dit nog van invloed geweest op de uitkomsten van de gewenste substitutie? Kunnen hieruit lessen worden getrokken voor toekomstige zorgakkoorden?

Antwoord

Binnen de gemaakte inhoudelijke afspraken, zoals ten aanzien van de agenda kwaliteit- en doelmatigheidsopgave, is ruimte voor innovatie ter verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Dat kan inderdaad vorm krijgen via substitutie, bijvoorbeeld door het gebruik van e-health waardoor zorg in de tweede lijn kan verschuiven naar zorg thuis of zorg in de eerste lijn. De precieze vormgeving zal echter in de regio moeten worden bepaald. In alle akkoorden zijn afspraken gemaakt over substitutie. In het huisartsenkader is extra groei ruimte opgenomen voor substitutie, innovatie en het belonen van uitkomsten. In het medisch-specialistische zorgkader is de groei ruimte beperkt tot 1%. Hierdoor zijn zorgverzekeraars gestimuleerd om ziekenhuiszorg waarbij dat mogelijk is in te kopen in de eerste lijn. Uit de substitutiemonitor 2015 en 2016 blijkt dat zorgverzekeraars extra substitutieafspraken hebben gemaakt over deze jaren. Of dit ook daadwerkelijk veroorzaakt wordt door de afspraken in de akkoorden, is lastig te meten.

Vraag 11

Wat bent u voornemens te doen aan het beteugelen van de zorguitgaven nu de Algemene Rekenkamer (ARK) heeft aangegeven dat de zorguitgaven lastig te beheersen zijn?

Antwoord

Mede dankzij de hoofdlijnenakkoorden is groei van de zorguitgaven – zoals die zich tot 2012 voordeed – afgeremd, zoals ook in het rapport van de Algemene Rekenkamer wordt onderkend. Maar van achterover leunen kan geen sprake zijn. Omdat we steeds ouder worden en er medisch gezien steeds meer mogelijk is, blijft de druk op de gezondheidszorg groot en geeft de overheid nog steeds elk jaar meer geld uit aan zorg. Het is cruciaal om op de kosten te blijven letten, vol in te zetten op preventie en daadwerkelijk gebruik te maken van de mogelijkheden die innovaties bieden om mensen tegen lagere kosten de zorg te bieden die bij hen past en die tegemoet komt aan wat zij in hun individuele situatie nodig hebben. Met de huidige akkoorden is een basis gelegd om de zorguitgaven ook in de toekomst te beheersen.

Vraag 12

Welke beheersmaatregelen wenst u nog voor te bereiden en mee te geven aan uw opvolger om te voorkomen dat in 2018 de zorgkosten exploderen?

Antwoord

Zoals gezegd ben ik bereid te verkennen of voor het jaar 2018 akkoorden met partijen kunnen worden afgesloten.

Vraag 13

Wat is uw reactie op de bevinding dat u weinig inzicht heeft in de ontwikkelingen in de zorguitgaven en in de instrumenten om deze te beteugelen? Welke nieuwe instrumenten acht u noodzakelijk om de beheersbaarheid te blijven beïnvloeden?

Antwoord

De bevinding dat ik weinig inzicht heb in de ontwikkelingen in de zorguitgaven en in de instrumenten om deze te beteugelen stamt uit het eerste onderzoek van de Algemene Rekenkamer op het gebied van uitgavenbeheersing in de zorg uit 2011. In de reactie op het conceptrapport die in het uiteindelijke rapport is opgenomen heeft de Minister van VWS de conclusie van de Rekenkamer onderschreven dat de informatievoorziening verbetering behoeft en aangegeven dat zij bezig is de informatievoorziening te versnellen en te verbeteren. Sindsdien zijn verschillende verbeteringen gerealiseerd, zoals de verkorting van de maximale doorlooptijd van dbc's in de medisch-specialistische zorg. De door de Minister van VWS ingestelde Commissie transparantie en tijdigheid zal concrete voorstellen doen voor verdere verbetering van de informatievoorziening met betrekking tot de zorguitgaven.

Wat betreft de conclusie dat VWS niet afdoende mogelijkheden heeft om de zorguitgaven te beheersen en de mogelijkheden niet optimaal benut, gaf de Minister van VWS in haar reactie op het conceptrapport aan dat zij afdoende mogelijkheden heeft om haar rol op te pakken. Het beleid is erop gericht om de prikkels in het systeem op de juiste plaats te leggen en waar nodig te versterken. Daarnaast is het mogelijk om tarief- en pakketmaatregelen te nemen en eigen bijdragen te vragen.

Vraag 14

Kan inzichtelijk worden gemaakt waar precies de afvlakking van de zorgvraag zit, gezien de onderschrijdingen van het budget, bewerkstelligd door de financiële afspraken uit de zorgakkoorden?

Antwoord

Aan de beschouwing van de Algemene Rekenkamer over de afvlakking van de zorgvraag heb ik weinig toe te voegen. De Rekenkamer wijst met name op de verhoging van het eigen risico, de stagnerende koopkracht van burgers als gevolg van de financiële en economische crisis. De zorgakkoorden gaan niet zozeer over beïnvloeding van de vraag naar zorg, maar over hoe in de zorgvraag kwalitatief, betaalbaar en toegankelijk kan worden voorzien.

Vraag 15

Kan inzichtelijk worden gemaakt in hoeverre de onderschrijdingen van het budget, bewerkstelligd door financiële afspraken uit de zorgakkoorden, terugvloeien naar de premiebetaler?

Antwoord

Op grond van de hoofdlijnenakkoorden heeft VWS zijn raming van de zorguitgaven neerwaarts bijgesteld. Die bijstelling leidt automatisch tot lagere ramingen van de zorgpremies. Omdat de Zorgverzekeringswet eist dat de inkomensafhankelijke bijdrage evenveel oplevert als de nominale premie plus het eigen risico en de rijksbijdrage voor kinderen, leidt de lagere uitgavenraming tot een neerwaartse bijstelling bij zowel de nominale premie als de inkomensafhankelijke bijdrage. Bij hun premiestelling kunnen verzekeraars afwijken van de uitgavenraming van VWS. De eerste jaren na het sluiten van de hoofdlijnenak-

koorden zijn de verzekeraars voor zover bekend in hun premiestelling maar in beperkte mate afgeweken van de in de akkoorden afgesproken kaders (die VWS heeft verwerkt in zijn premieraming).

Meevallers die achteraf bleken bij de hoofdlijnenakkoordsectoren, leiden vanwege de afbouw van de nacalculatie in belangrijke mate tot positieve resultaten bij verzekeraars. Dit soort meevallers hebben verzekeraars de laatste jaren in overwegende mate in een volgend jaar teruggegeven via lagere premie. Daarnaast houden verzekeraars bij de premievaststelling rekening met de doorwerking van uitgavenmeevallers in het verleden.

Vraag 16

Hoeveel mensen hebben door het verhogen van het verplicht eigen risico medisch specialistische zorg gemeden?

Antwoord

Het Nivel heeft in 2015 objectieve data, zoals registratiegegevens en declaratiecijfers, gebruikt om de feiten over zorgmijding helder te krijgen. Uit het onderzoek komt naar voren dat de stijging van het eigen risico in de afgelopen jaren niet gepaard is gegaan met een stijging van het aantal zorgmijders. Ook niet-financiële redenen blijken een rol te spelen. Zie Kamerstuk 29 689, nr. 664.

Vraag 17

Is zorgmijding, veroorzaakt door het eigen risico, een onderdeel van het beleid omtrent afvlakken van de zorgvraag?

Antwoord

Zie het antwoord op vraag 16.

Vraag 18

Klopt het dat er afgelopen jaren minder mensen naar het ziekenhuis gingen maar de verdien capaciteit gelijk is gebleven?

Antwoord

Zie het antwoord op vraag 19.

Vraag 19

Hoe heeft de prijs per patiënt zich in de afgelopen jaren ontwikkeld ten opzichte van de verdien capaciteit van het ziekenhuis?

Antwoord

Omdat er geen registratie plaatsvindt van kosten per behandelde patiënt, is de vraag alleen bij benadering te beantwoorden.

De Zvw-uitgaven voor tweedelijnszorg stegen in de periode 2006 – 2014 van € 15,3 miljard naar € 21,9 miljard. Laatstgenoemd bedrag is exclusief de uitgaven voor geriatrische revalidatiezorg die vanaf 2013 onder de Zvw vallen, maar inclusief de overheveling van dure geneesmiddelen naar het ziekenhuiskader vanaf 2012 (oplopend tot € 0,8 miljard per jaar). In het in juni 2016 verschenen rapport van Performance «Trendanalyse productiviteit Nederlandse Ziekenhuiszorg» wordt een belangrijke ontwikkeling blootgelegd, namelijk dat ziekenhuizen in 2015 ten opzichte van 2012 aan minder patiënten complexere zorg leveren.

Om een inschatting te maken van het aantal behandelde patiënten, is het percentage van het aantal verzekerden dat gebruik maakt van medisch-specialistische zorg (bron: www.10jaarzvw.nl) afgezet tegen het aantal verzekerden (volgens opgave van het Zorginstituut Nederland).

Op basis van deze gegevens kan de volgende ontwikkeling worden geschetst:

Jaar	Aantal verzekerden	Percentage van aantal verzekerden dat gebruik maakt van MSZ-zorg	Uitgaven tweede-lijnszorg x € 1 miljoen	Uitgaven tweede-lijnszorg per patiënt x € 1
A	B	C	D	$E=D/(B*C)$ x € 1 miljoen
2006	16.232.048	49,5%	15.311,3	1.906
2007	16.320.748	53,5%	15.376,7	1.761
2008	16.371.627	55,3%	16.820,4	1.858
2009	16.444.969	56,4%	18.240,0	1.967
2010	16.519.089	56,8%	19.252,6	2.052
2011	16.615.239	57,9%	19.314,1	2.008
2012	16.694.574	57,7%	20.728,9	2.152
2013	16.751.863	56,2%	21.852,0	2.321
2014	16.793.515	56,5%	21.892,1	2.307
2015	16.855.609		21.601,8	
2016	16.910.920		22.537,3	

Vraag 20

Wanneer verwacht u het aangekondigde standpunt van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over indexeringsbeleid?

Antwoord

De NZa komt niet meer met een separaat standpunt over indexeringsbeleid. Begin 2016 heeft de NZa namelijk de beleidsregel (BR/CU-5149) «Algemeen kader tariefprincipes curatieve zorg» vastgesteld. Deze beleidsregel trad in werking per 1 januari 2017 en verving de voorliggende beleidsregel (BR/CU-5127) «Tariefprincipes curatieve zorg». Uit deze beleidsregel blijkt dat de NZa ernaar streeft de tarieven periodiek te herijken en in de tussenliggende jaren indexeert conform de reguliere systematiek. De NZa kan besluiten met hogere of lagere frequentie een kostenonderzoek uit te voeren, afhankelijk van de sectorale ontwikkelingen. De toepassing van de indexatie doet daar niets aan af. Hiermee is het standpunt van de NZa de facto bekend en vastgelegd in een werkwijze waarbij doelmatigheid door periodieke herijkingsmomenten wordt meegenomen.

Vraag 21

Motiveert het niet nakomen van de doelstellingen, over het doelmatig voorschrijven door huisartsen en medisch specialisten, u om in een nieuw zorgakkoord de doelstellingen naar beneden bij te stellen?

Antwoord

De bestuurlijke akkoorden voor de medisch-specialistische zorg en de eerste lijn lopen eind 2017 af. Een beslissing over het afsluiten van nieuwe meerjarige bestuurlijke akkoorden en daarin te maken afspraken is aan het volgende kabinet. Dat geldt ook voor eventuele afspraken over doelmatig voorschrijven.

Vraag 22

Wat is volgens u het potentieel van uitgavenbeheersing door substitutieafspraken?

Antwoord

Er zijn vele geslaagde voorbeelden van substitutie van zorg, maar een eenduidig beeld over het potentieel ervan is er niet. Op basis van wat ik in de praktijk zie denk ik dat er veel winst te behalen valt door substitutie van zorg naar de juiste plek. Ik kan hier echter geen getal aan koppelen.

Vraag 23

Is het volgens u mogelijk om kosten in de tweede lijn te laten dalen door zorgaanbieders in de eerste lijn meer zorg te laten leveren?

Antwoord

Ja, de gedachte achter substitutie is dat eenvoudige tweedelijnszorg in de eerste lijn tegen lagere kosten kan worden geleverd dan in de tweede lijn.

Vraag 24

Op welke wijze moeten substitutieafspraken volgens u worden vormgegeven, opdat deze afspraken wel een bijdrage kunnen leveren aan het realiseren van financiële afspraken?

Antwoord

Substitutie moet in de regio worden vormgegeven. Daar moet de zorg aansluiten op de wens van de patiënt en de regionale omstandigheden. Landelijk kan hieraan worden bijgedragen door afspraken te maken over welke vormen van zorg naar de eerste lijn kunnen, en door budgettaire ruimte voor substitutie te creëren. Bijvoorbeeld door budget van de kaders medisch-specialistische zorg of GGZ te verschuiven naar de kaders huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

Vraag 25

Kunt u inzichtelijk maken hoe de besparing van meer dan € 30 miljoen (€ 68,3 miljoen – € 33,2 miljoen) via substitutie uit de financiële kaders van de tweede lijn door zorgverzekeraars is ingezet?

Antwoord

Dit is niet bekend. Dit is geen onderdeel van de substitutiemonitor. Zorgverzekeraars hebben er belang bij dit geld zo efficiënt en doelmatig mogelijk in te zetten. Een logische bestemming voor een deel van dit geld zou zijn dat ziekenhuizen en GGZ infrastructuur/capaciteit moeten afbouwen op het moment dat zij zorg overhevelen, en dat dit zorgvuldig moet gebeuren.

Vraag 26

Kunt u inzichtelijk maken wat het effect van € 28 miljoen, besteed aan substitutieprojecten in de eerste lijn, is geweest op verminderde uitgaven-groei in de tweede lijn?

Antwoord

Ik beschik niet over deze specifieke informatie.

Vraag 27

Kunt u inzichtelijk maken welke projecten ten grondslag liggen aan de € 61,2 miljoen besteed aan substitutieprojecten eerste lijn in 2015?

Antwoord

Ik beschik niet over de gevraagde gegevens. De onderzoekers hebben in de substitutiemonitor geen gegevens opgenomen over de bedoelde projecten. De verzekeraars hebben deze gegevens vertrouwelijk aan de onderzoekers verstrekt.

Vraag 28

Hoe beoogt u de samenhang tussen de zorgakkoorden te vergroten?

Antwoord

Zie het antwoord op vraag 21. Dat geldt ook voor de wijze waarop de samenhang tussen de zorgakkoorden wordt bevorderd.

Vraag 29

Op welke wijze denkt u te waarborgen dat in zorgakkoorden voortaan niet langer verscheidene waarborgen ontbreken voor de effectiviteit van convenanten? Welke stappen/afspraken zijn hiervoor noodzakelijk?

Antwoord

Zie het antwoord op vraag 21. Dat geldt ook voor het opnemen van waarborgen voor de effectiviteit van convenanten.

Vraag 30

Is ingrijpen door u nodig om naleving van de inhoudelijke afspraken uit de zorgakkoorden te realiseren?

Antwoord

Nee. De voortgang van de inhoudelijke afspraken wordt reeds periodiek besproken met betrokken partijen van het bestuurlijk akkoord. Het is mede aan de inhoudelijke agenda te danken dat de bestuurlijke akkoorden een succes zijn.

Vraag 31

Hoe wilt u betrokken actoren verbinden aan de zorgakkoorden?

Antwoord

De akkoorden hebben, zoals ook de Algemene Rekenkamer constateert, eraan bijgedragen dat de partijen elkaar regelmatig treffen, gemeenschappelijke uitdagingen benoemen en in overleg gaan over mogelijke oplossingen. Het lijkt ook mij de moeite waard te pogen deze constructieve bestuurlijke samenwerking in de komende periode te behouden.

Vraag 32

Tonen de bevindingen van de Algemene Rekenkamer aan dat de inzet op kwaliteitsverbetering als instrument voor uitgavenbesparing in de zorg niet geschikt is?

Antwoord

Nee, de bevindingen tonen hooguit aan dat het lastig is het effect van kwaliteitsverbetering op de hoogte van de uitgaven te kwantificeren.

Vraag 33

Hoe vaak is er met de deelnemende partijen overlegd voordat het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord (2012–2015) is afgesloten?

Antwoord

Er is diverse malen met deelnemende partijen gesproken. Ik beschik niet over een overzicht van alle overleggen die hebben plaatsgevonden voorafgaand aan het genoemde akkoord.

Vraag 34

Hoe vaak is er met de deelnemende partijen overlegd voordat het hoofdlijnen bekostiging vrij gevestigd medisch specialisten transitie akkoord (2012–2014) is afgesloten?

Antwoord

Zie het antwoord op vraag 33.

Vraag 35

Hoe vaak is er met de deelnemende partijen overlegd voordat het convenant huisartsenzorg (2012–2013) is afgesloten?

Antwoord

Zie het antwoord op vraag 33.

Vraag 36

Hoe vaak is er met de deelnemende partijen overlegd voordat het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ (2013–2014) is afgesloten?

Antwoord

Zie het antwoord op vraag 33.

Vraag 37

Hoe vaak is er met de deelnemende partijen overlegd voordat het onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg (2014–2017) is afgesloten?

Antwoord

Zie het antwoord op vraag 33.

Vraag 38

Hoe vaak is er met de deelnemende partijen overlegd voordat het onderhandelaarsresultaat eerste lijn (2014–2017) is afgesloten?

Antwoord

Zie het antwoord op vraag 33.

Vraag 39

Hoe vaak is er met de deelnemende partijen overlegd voordat het bestuurlijke akkoord geestelijke gezondheidszorg (2014–2017) is afgesloten?

Antwoord

Zie het antwoord op vraag 33.

Vraag 40

Hoe vaak heeft er na het sluiten van de zorgakkoorden, overleg plaatsgevonden tussen de partijen die deel hebben genomen aan de zorgakkoorden?

Antwoord

Sinds de inwerkingtreding van het Onderhandelaarsresultaat medisch-specialistische zorg 2014–2017 zijn er tot nu toe 18 bestuurlijke overleggen geweest.

Voor de eerste lijn geldt dat er sinds de inwerkingtreding van het Onderhandelaarsresultaat voor de eerste lijn 17 bestuurlijke overleggen zijn geweest.

Sinds het sluiten van het Onderhandelaarsresultaat GGZ 2014–2017 zijn er 9 bestuurlijke overleggen geweest en diverse overleggen op directeursniveau.

Vraag 41

Welke inhoudelijk zaken zijn er besproken tijdens deze overleggen, die plaatsvonden na het sluiten van de zorgakkoorden?

Antwoord

In de zorgakkoorden zijn vele inhoudelijke afspraken gemaakt over thema's als kwaliteit, gepast gebruik, transparantie, substitutie, doelmatig voorschrijven, zorginkoop en bekostiging. Tabel 8 van het rapport van de Algemene Rekenkamer geeft een handzaam overzicht van de gemaakte afspraken. In algemene zin kan worden aangegeven dat de gemaakte afspraken alle inzet van overleg zijn geweest.

Vraag 42

Waarom bent u van mening dat de inhoudelijke afspraken moeten leiden tot een cultuuromslag en in hoeverre hebben deze inhoudelijke afspraken bijgedragen tot het beheersen van de zorgkosten?

Antwoord

De inhoudelijke afspraken zijn ook bedoeld voor een cultuuromslag om effecten ook na afloop van de akkoorden te laten beklijven. Van meet af aan was de insteek dat inhoudelijke afspraken voor kwaliteitsverbetering moesten zorgen en een bijdrage zouden leveren aan de lagere uitgaven-groei. In die zin zijn financiële en inhoudelijke afspraken onlosmakelijk met elkaar verbonden. Voor een uitgebreidere toelichting op dit punt verwijs ik u naar de bestuurlijke reactie die is opgenomen in het rapport van de Algemene Rekenkamer.

Vraag 43

Kunt u ingaan op de stellingname van de Algemene Rekenkamer dat er meer samenhang tussen de verschillende akkoorden had moeten zijn, zoals investeren in de eerste lijn en desinvesteren in de medisch specialis-tische zorg (MSZ)?

Antwoord

Het is achteraf moeilijk te beoordelen of de bestuurlijke afspraken anders hadden kunnen worden vormgegeven. Ik ben van mening dat op verschillende onderdelen wel degelijk samenhang tussen de akkoorden bestaat. Zo zijn ten aanzien van de in de vraag geschetste substitutie gedifferentieerde groeipercentages afgesproken en zijn afspraken

gemaakt over de monitoring van substitutie tussen de verschillende sectoren.

Vraag 44

Op welke wijze wordt geëvalueerd of de inhoudelijke afspraken op langere termijn tot een cultuuromslag leiden?

Antwoord

De voortgang op de inhoudelijke en de financiële afspraken wordt periodiek besproken in de bestuurlijke overleggen rond de hoofdlijnenakkoorden. Er is geen concrete evaluatie gepland inzake het al dan niet bereiken van een cultuuromslag.

Vraag 45

Hoe vaak en op welke momenten heeft er constructieve bestuurlijke samenwerking plaatsgevonden tussen de verschillende partijen die deel hebben genomen aan de zorgakkoorden?

Antwoord

Zie het antwoord op vraag 40.

Vraag 46

Bestaan er mogelijkheden in de opzet van zorgakkoorden om onderlinge samenhang van deze akkoorden te vergroten?

Antwoord

Zie het antwoord op vraag 28.

Vraag 47

Is het mogelijk om gericht afspraken te maken over substitutie/zorg op afstand?

Antwoord

Substitutie moet in de regio plaatsvinden. We kunnen het landelijk nog zo goed regelen, maar als de eerste lijn de capaciteit niet heeft om bepaalde zorg in een regio aan te bieden en de zorgverzekeraar dit niet inkoopt, komt het alsnog niet van de grond. Landelijk kunnen we substitutie stimuleren en faciliteren, onder andere door hiervoor de budgettaire kaders aan te passen en landelijk duidelijkheid te creëren/afspraken te maken over vormen van zorg die van de tweede lijn of de ggz naar de eerste lijn of de nulde lijn kunnen.

Vraag 48

«Afgesproken werd daarom dat zorgverzekeraars het initiatief zouden nemen tot het oprichten van een herstructureringsfonds. Uiteindelijk is deze afspraak niet gerealiseerd». Is hiervoor een verklaring te geven en waarom is op een later tijdstip niet op deze afspraak teruggekomen?

Antwoord

Partijen hebben besloten dat het oprichten van een herstructureringsfonds niet de geëigende weg was, maar dat afspraken over afbouw van capaciteit onderdeel moeten zijn van lokale onderhandelingen.

Vraag 49

«Tot slot moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat de bindende werking van akkoorden jegens de individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de loop van de tijd zal afnemen». Waar is deze conclusie op gebaseerd en wat kan er worden gedaan om de bindende werking te laten gelden voor de hele looptijd van het akkoord?

Antwoord

De geciteerde conclusie is een inschatting van de Algemene Rekenkamer.

Vraag 50

Kan worden toegelicht welke concrete aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer u meeneemt bij het sluiten van het nieuwe akkoord (transitie-akkoord) met onder andere ziekenhuizen, verzekeraars en huisartsen dat ertoe leiden dat de zorgkosten de komende tijd binnen de perken blijven?

Antwoord

Zie het antwoord op vraag 1.