

Antwoorden op kamervragen van de Kamerleden van de CDA-fractie en de PvdA-fractie over voorgenomen aanwijzing ziekenhuizen in verband met convenanten.
(VWS-05-319)

Vragen CDA-fractie

1.

Is over de zakelijke inhoud van uw voornemen tot het geven van de aanwijzing aan het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting ook overleg geweest met de bij het opstellen van de twee documenten betrokken partijen? Zo ja, kan de zakelijke inhoud van de aanwijzing op instemming rekenen van deze partijen? Zo neen, waarom niet? Op welke punten hebben de betrokken partijen bezwaar gemaakt?

1.

Ja, er is overleg geweest met partijen. Op verzoek van partijen zelf is gekozen voor het instrument van de aanwijzing om de in de twee documenten (prestatiecontract NVZ/ZN c.q. convenant NFU/ZN) opgenomen korting te realiseren. De zakelijke inhoud kan op instemming rekenen van NVZ, NFU en ZN. Partijen hebben dit schriftelijk bevestigd.

2.

Welke maatregelen hebt u overwogen te treffen indien u met de bij het opstellen van de documenten betrokken partijen geen overeenstemming had kunnen bereiken over de getroffen beleidsregel?

2.

Ik ben er vanuit gegaan dat overeenstemming mogelijk zou zijn omdat partijen zich ook bewust waren van de problematiek en zich mede verantwoordelijk voelen.

3

Strekken de structurele macrokortingsbedragen zich ook uit tot na 2007 (de tabel op pagina 2 lijkt dit te suggereren)?

3.

Ja. In de tabel is opgenomen 'vanaf 2007', waarmee bedoeld wordt dat dit structureel is. De oorzaak van de te verwerken kortingsbedragen, te weten de geconstateerde overschrijdingen op het kader voor ziekenhuiscare over de jaren 2003 en 2004, heeft een structureel karakter waardoor eveneens een structurele oplossing noodzakelijk is.

4.

Hoe verhoudt de beleidsregel zich tot het door u ingezette beleid om voor een deel van de behandelingen vrije prijsvorming toe te staan (segment B)? Bent u van mening dat ziekenhuizen voldoende in staat zijn complexe en dure zorg te leveren? Wilt u de door partijen overeengekomen en in het prestatiecontract neergelegde afspraken zorgvuldig begeleiden en de Kamer daarover informeren?

4.

Het Budgettair Kader zorg omvat zowel segment A als segment B. De korting heeft dan ook betrekking op het totaal van segment A en segment B. De kortingsbedragen zijn berekend op basis van de stand van de budgetten 2003/2004, dus vóórdat de budgetten gesplitst zijn in segment A en segment B. De kortingsbedragen worden als kortingen op de budgetten geregistreerd in de rekenstaten van de ziekenhuizen. Aangezien de budgetsystematiek alleen nog van toepassing is op segment A, worden de

volledige kortingsbedragen via deze beleidsregel geregistreerd in segment A. Voor segment B leidt dit derhalve niet tot een (aanpassing in een) beleidsregel. Er vindt dus geen splitsing plaats van de kortingsbedragen in een deel dat in segment A in mindering op de budgetten moet worden gebracht en een deel dat in segment B via onderhandelingen tussen verzekeraars en ziekenhuizen moet worden gerealiseerd.

Op dit moment zijn er mij geen signalen bekend dat er bij het maken van de productieafspraken over 2005 vanwege de afgesproken korting grote problemen zijn ontstaan op het gebied van de complexe en dure zorg.

Er zijn wel enkele specifieke knelpunten bij mij bekend en die ook door partijen worden genoemd, die echter niet door deze korting zijn veroorzaakt. Deze worden in CTG/ZAio-verband besproken, en bekeken wordt of dit moet leiden tot aanpassingen in de (FB-)systematiek.

Ik begeleid de afspraken die in het convenant zijn opgenomen vanzelfsprekend zorgvuldig en zal de Kamer daarover informeren. Ik zal hiervoor zoveel mogelijk reeds bestaande procedures en afspraken gebruiken.

5.

Welke toezeggingen hebt u in het prestatiecontract met de veldpartijen gedaan met betrekking tot de bekostiging van de complexe en dure zorg? Hoe verhouden deze afspraken zich met het door u toegezegde onderzoek naar de bekostiging van intramuraal toegediende dure geneesmiddelen?

In het prestatiecontract is afgesproken dat ten aanzien van de beschikbaarheidsfunctie (bijvoorbeeld met betrekking tot acute zorg), de complexe en dure zorg en onderwijs en opleidingen partijen voor 1 juli 2005 afspraken maken over inhoud en financiering. Tijdens een werkconferentie op 12 april a.s. spreek ik met partijen over de toekomst van de ziekenhuiszorg vanuit het perspectief van DBC's. Partijen worden bij de voorbereiding van deze werkconferentie betrokken. Gezien de breedte van de conferentie zullen deze onderwerpen hier naar verwachting op hoofdlijnen besproken kunnen worden en kunnen afspraken worden gemaakt over de verdere definiëring van de uitgangspunten. Ondertussen is aan het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting een uitvoeringstoets gevraagd over de bekostiging van de ziekenhuiszorg, waarin gemeld wordt dat rekening moet worden gehouden met deze nog nader te bepalen uitgangspunten. Het vraagstuk van de bekostiging van intramuraal toegediende dure geneesmiddelen maakt onderdeel uit van de discussie over de toekomst van de ziekenhuiszorg vanuit het perspectief van de DBC's.

Vragen PvdA-fractie

6.

De doelstelling van het convenant is in 2005 een productiestijging van 1,15% bij gelijkblijvende kosten. Uw aanpak garandeert naar onze mening niet de beoogde productiestijging. Hoe coördineert u op macroniveau? Bestaat de mogelijkheid dat verzekeraars gemiddeld meer (of minder) dan 1,15% productiestijging afspreken? Zal het budgettair kader daardoor alsnog worden overschreden? Welke garanties heeft u hiervoor? Welke aanpak staat u voor als gemiddeld een te hoge productiestijging wordt afgesproken?

6.

Verzekeraars zijn in overleg met de aanbieders op lokaal niveau verantwoordelijk voor het maken van produktieafspraken. Het convenant is een afspraak op macro-niveau dat het veld er alles aan zal doen om de produktiestijging gemiddeld beperkt te houden tot 1,15%. Er is vooraf geen harde garantie te geven dat de gemiddelde produktiestijging werkelijk op gemiddeld 1,15% uit zal komen. Dit is namelijk mede afhankelijk van de vraag of partijen erin slagen om op lokaal niveau beleidsrijk te contracteren, dat wil zeggen zodanig gerichte afspraken te maken dat de volumegroei bij niet-knelpunten wordt gematigd ten gunste van een hogere groei bij bijvoorbeeld ingrepen met problematische wachttijden.

Met de voorgenomen aanwijzing wordt wél gegarandeerd dat het macrokortingbedrag daadwerkelijk beschikbaar komt en voor extra produktiestijging kan worden ingezet.

Als blijkt dat de werkelijke produktiestijging groter is dan afgesproken, dan is in het convenant opgenomen dat overleg met de convenantpartijen zal plaatsvinden om te komen tot het realiseren van een oplossing.

7.

Deze leden zien twee gewenste gronden voor een afwijking van het gemiddelde bij een individueel ziekenhuis: er wordt op dit moment relatief ondoelmatig gewerkt, of er is relatief veel extra vraag in het adherentiegebied. Deelt u de mening dat dit de gronden moeten zijn voor extra productie? In hoeverre verwacht u dat op microniveau de juiste ziekenhuizen extra gaan produceren? Wat is in dit kader uw mening over de Differentiatie-Indicator? Levert deze een extra productieprikkel aan de juiste ziekenhuizen?

7.

Ondoelmatig werken is geen grond voor extra productie. Integendeel, met de voorgenomen differentiatie-indicator worden ondoelmatig werkende instellingen relatief meer gekort dan doelmatig werkende instellingen. Overigens wordt de differentiatie-indicator in deze vorm alleen voor 2005 toegepast. Voor 2006 en latere jaren wordt de mogelijkheid van een andere doelmatigheidsindicator onderzocht.

Indien er meer vraag naar bepaalde vormen van zorg is, dan kan dit wel een legitieme reden zijn om meer productie af te spreken. Het is niet zo dat het bij een instelling vrijgekomen kortingsbedrag via het maken van produktieafspraken per definitie weer in dezelfde omvang naar dezelfde instelling terugvloeit. Een en ander is mede afhankelijk van de vraag of er bij de betreffende zorgvormen sprake is van knelpunten in relatie tot wachttijden. Het is immers juist de bedoeling dat er beleidsrijk wordt gecontracteerd. En dus zouden er zeker verschillen kunnen optreden in de produktiestijgingen tussen instellingen.

8.

Hoe worden instellingen die in het verleden doelmatiger zijn gaan werken ontzien en hoe wordt geregeld dat deze instellingen extra budget ontvangen om méér en nieuwere zorg te kunnen leveren? Kunt u dit op instellingsniveau onderbouwen of illustreren?

8.

Bij algemene ziekenhuizen en revalidatiecentra, zoals hiervoor aangegeven, wordt het kortingsbedrag per individuele instelling verhoogd of verlaagd op basis van een indicator die als maatstaf voor doelmatigheid is vastgesteld. Dit betekent er eerst een korting plaats vindt en vervolgens een beperkte herallocatie tussen instellingen. Voor 2005 zal dit maximaal 12% van het gekorte bedrag zijn. Het –op basis van de DI 2005- meest doelmatig werkende ziekenhuis krijgt dus 12% van de korting terug. Het minst doelmatig werkende ziekenhuis moet 12% van de korting extra inleveren.

Op lokaal niveau maken verzekeraars en zorgaanbieders afspraken over productie en budget (segment A). En op individuele basis over productie en vrije prijzen (segment B). Zoals ook in de beantwoording van vraag 7 is aangegeven, vloeit uit deze systematiek voort dat niet op

voorhand kan worden geregeld dat het vrijgekomen kortingsbedrag via het maken van productieafspraken per definitie weer in dezelfde omvang naar dezelfde instelling terugvloeit. Wel kan in z'n algemeenheid worden gesteld dat het voor een verzekeraar aantrekkelijk zal zijn om met een doelmatig werkend ziekenhuis productieafspraken te maken omdat deze beter presteren op volume, prijs en kwaliteit.

9.

Welke doelstellingen van het kabinet worden precies bedoeld?

9.

In het kader van het stabiliteitspact zijn afspraken gemaakt waarbij de regering er voor zorg zal dragen dat een overschrijding op de begroting wordt teruggedrongen tot de – binnen dit pact- overeengekomen norm van 3%. Binnen de regering is besloten dat ieder departement een bijdrage moet leveren aan de oplossing van de overschrijding. Over 2004 is geconstateerd dat de groei van de zorguitgaven hoger was dan in het regeerakkoord was voorzien en dat zonder maatregelen er een structurele overschrijding van de norm van 3% zou plaats hebben.

10.

Waarom wordt in het hoofdlijnenakkoord gesteld dat "er ernstig rekening mee gehouden moet worden dat de uitgaven voor zorg nog verder zullen doorgroeien dan nu reeds in de meerjarenramingen is voorzien", terwijl de meerjarenramingen niet zijn aangepast en in juli 2004 is geconstateerd dat de tekorten kunnen en moeten worden opgelost via doelmatigheidsvergroting?

10.

Op basis van de realisaties van de uitgaven in het verleden is in het hoofdlijnenakkoord aangegeven dat bij ongewijzigd beleid er ernstig rekening moet worden gehouden dat de uitgaven meer zullen groeien dan de 2,5% groei waerop de meerjarenraming is gebaseerd. Met het oog op die hogere uitgavengroei heeft het kabinet een extra bedrag uitgetrokken dat oploopt tot € 1 mld in 2007. Daarnaast zijn in het hoofdlijnen akkoord diverse maatregelen afgesproken, zoals de ombuigingsbijdrage en terugdringen ziekteverzuim. Overschrijdingen uit het jaar 2002 zijn ook verwerkt en meegenomen in de ramingen. Na het sluiten van het hoofdlijnenakkoord is gebleken dat de uitgaven in 2003 en 2004 opnieuw hoger zijn dan geraamd. Dit is gebaseerd op de geactualiseerde realisatiecijfers 2003 en de verwachte productieontwikkeling 2004. Om dit op te vangen zijn nieuwe maatregelen nodig. Door middel van het convenant wordt hieraan invulling te geven en wordt tevens getracht overschrijdingen in de toekomst te voorkomen.

11.

Hoe kan worden beweerd dat ziekenhuizen door deze convenanten méér en nieuwere zorg kunnen leveren, terwijl ze gezien de volumegroei relatief minder budget ontvangen?

11.

Dit kan doordat de ziekenhuizen hebben aangegeven dat ze met het lagere, gekorte, budget het productieniveau 2004 kunnen handhaven, ondermeer door doelmatiger te werken. Het met de korting vrijgespeelde bedrag blijft voor de ziekenhuiszorg beschikbaar. Daar bovenop is er nog een macrobedrag voor groei beschikbaar. Dit totaalbedrag moet worden ingezet voor beleidsrijk contracteren waarbij het mogelijk moet zijn om daar waar nodig ook afspraken te maken over de nieuwere vormen van zorg indien die duurder zijn. Nieuwere vormen van zorg hoeven niet per definitie duurder te zijn.

12.

Kan worden gegarandeerd dat de kostendaling per eenheid product voldoende is om de noodzakelijke productiestijging te bekostigen?

12.

Nee, zo'n garantie is niet te geven. Wel is een goede inschatting gemaakt van de financiële ruimte die nodig is om via beleidsrijk contracteren de noodzakelijke productiestijgingen op te vangen. Vooralsnog ga ik er dus vanuit dat de beschikbare ruimte voldoende is.

13.

Hoe is de verantwoordelijkheid ten aanzien van onderwijs en opleidingen precies verdeeld? Welke gevolgen hebben extra kortingen om het opleidingsfonds te vullen voor de beschikbare ruimte voor méér en nieuwere zorg?

13.

Het prestatiecontract en convenant wijzigen niets in de verantwoordelijkheden ten aanzien van onderwijs en opleidingen.

In prestatiecontract met NVZ/ZN is wel opgenomen dat voor 1 juli 2005 afspraken worden gemaakt over inhoud en financiering van ondermeer onderwijs en opleidingen.

De kortingen zijn in mindering gebracht op het totaalbudget, niet op specifieke onderdelen daarvan. Bij het vullen van het opleidingsfonds wordt uitgegaan van de bedragen die op grond van de beleidsregels van het College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting in de budgetten zijn verwerkt.

14.

Worden medisch specialisten betrokken bij het vergroten van de doelmatigheid? Klopt het dat zij financieel wel kunnen profiteren van de productiestijging en zorginnovatie? Acht u dit een wenselijke ontwikkeling?

14.

Deze vragen kunnen bevestigend worden beantwoord.

Alhoewel specialisten geen partij zijn in de convenanten, hebben zij vanzelfsprekend een grote rol in het vergroten van de doelmatigheid. Zoals in de begroting 2005 is gemeld, is met de specialisten reeds eerder een structurele korting van 2,5% overeengekomen.

Ook specialisten kunnen vervolgens –net zoals de ziekenhuizen- profiteren van productiestijgingen.

15.

Hoe wordt gecontroleerd of het gekorte bedrag geheel wordt gebruikt voor productieafspraken c.q. innovatie?

15.

Op gebruikelijke wijze rapporteert CTG/ZAio over de productieafspraken, budgetontwikkelingen e.d. En ik geef u via de gebruikelijke verantwoordingsprocedures ook inzicht in dergelijke gegevens.

Overigens zijn er ook andere mogelijkheden dan de twee in de vraag genoemde bestedingen mogelijk, bijv. verhoging lokale produktiegebonden component of verhogen vergoedingspercentage dure geneesmiddelen in de richting van 75%.

16.

Hoe verhoudt de doelstelling van 1,15% zich tot de korting van gemiddeld 1,19% bij de algemene en categorale ziekenhuizen?

16.

De doelstelling was een nominaal kortingsbedrag en niet een bepaald kortingspercentage. In eerste instantie was er, uitgaande van een bepaalde grondslag, inderdaad 1,15% berekend. Maar in de technische uitwerking is op basis van een hernieuwde berekening, waarbij een geschoonde grondslag is gehanteerd, het percentage van 1,19% berekend om de doelstelling van het kortingsbedrag te bereiken. De hernieuwde grondslag heeft te maken met de basis waarop het percentage berekend is (budgetten met of zonder kapitaallasten en met of zonder loonkosten medisch specialisten/agio's. Maar het structurele kortingsbedrag is vanaf het begin hetzelfde gebleven.

17.

Wat verwacht u van de aanpassing van de Differentiatie-Indicator per 2006? Wordt de Kamer hierover nog aanvullend geïnformeerd? Hoe denkt u de indicator een betere waardering van de daadwerkelijke doelmatigheid te laten worden? Wat zijn de gevolgen als hierdoor bij ziekenhuizen de opgelegde korting sterk fluctueert?

17.

Voor 2006 en latere jaren wordt de mogelijkheid van een andere doelmatigheidsindicator onderzocht. Ik verwacht dat een andere doelmatigheidsindicator per 2006 op één of andere manier zal gebaseerd worden op DBC-systematiek. Verder zijn hierover nog geen concrete afspraken gemaakt. Ik zal de Tweede Kamer hierover informeren.