

29 248 Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)

Nr. 336 Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 juni 2022

Hierbij informeer ik u over de monitor medisch specialistische zorg (mzs) 2022 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De monitor en bijlage treft u bij deze brief aan.

Naar aanleiding van de aanbevelingen van de NZa is de boodschap van deze brief de volgende:

- De afgelopen jaren is de aandacht uitgegaan naar de COVID-19 pandemie. De collectieve regelingen die in die tijd zijn afgesloten in de medisch specialistische zorg hebben grote waarde gehad. Maar het is nu tijd om de focus te verleggen.
- De waarde van het binnenkort aflopende hoofdlijnenakkoord mzs wordt door partijen verschillend beoordeeld. 43% van de ziekenhuizen vindt dat het hoofdlijnenakkoord (HLA) een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan het realiseren van landelijke doelstellingen t.o.v. 36% die vindt dat dit niet het geval is. Van de klinieken vindt maar 6% dat het HLA een bijdrage heeft geleverd t.o.v. 64% die vindt dat het niet zo is. Alle zorgverzekeraars vinden dat het HLA een belangrijke bijdrage heeft geleverd. In het aan u toegestuurd het SiRM rapport over de evaluatie van de hoofdlijnenakkoorden (Tweede Kamer 31765 nr. 613) was opgenomen dat partijen adviseren om HLA's in gewijzigde vorm in te zetten om ze hiermee effectiever te maken. De ervaringen van de afgelopen jaren zullen worden meegenomen in het nog af te sluiten Integrale Zorgakkoord (IZA). De komende jaren moet, ook in de contractering, worden ingezet op het maken van concrete inhoudelijke afspraken over passende zorg.
- Ik ben mij bewust van de uitgavenontwikkelingen op het terrein van de (intramurale) geneesmiddelen. Het is niet wenselijk dat de uitgaven aan dure geneesmiddelen zoveel druk leggen op de rest van de mzs. Ik blijf mij daarom inzetten om met behulp van onder andere financiële arrangementen en gepast gebruik afspraken om de groei van de uitgaven aan dure geneesmiddelen te beheersen.

Inhoud monitor

Kernboodschap

De kernboodschap van de NZa is dat in de periode van het Hoofdlijnenakkoord msz (2018-2022) in de contractering tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars een dominante focus is geweest op het maken van prijs- en volumeafspraken. De NZa vindt dit niet voldoende.

De uitgaven aan medisch-specialistische zorg stijgen hard, mede door stijgende uitgaven aan dure geneesmiddelen. Het is daarom belangrijk dat alle betrokken partijen zich inzetten voor passende zorg en hierover inhoudelijke afspraken met elkaar maken in de contractering.

Ook constateerde de NZa dat in de periode 2018 – 2020 het aantal (meerjarige) afspraken over het realiseren van passende zorg is gegroeid, maar het tempo waarmee dit gebeurde lag laag. Vanaf 2020 heeft de COVID-19 pandemie een onmiskenbaar grote invloed op de zorg. In 2021 en 2022 lag de nadruk van de afspraken op het waarborgen van de (financiële) continuïteit van zorgaanbieders. Als gevolg hiervan was er minder aandacht voor de afspraken over passende zorg. De NZa heeft hier begrip voor. Tegelijkertijd vindt de NZa het belangrijk om nu, in een nieuwe fase, weer meer in te zetten op de transitie naar (meer) passende zorg.

Ook geeft de NZa aan dat binnen de beweging naar passende zorg het stimuleren van gepast gebruik een belangrijk onderdeel is. Gepast gebruik houdt kortgezegd in: zet alleen zorg in die werkt én tegen een aanvaardbare prijs. Dit geldt ook voor geneesmiddelen.

De NZa constateert dat geneesmiddelen voor hoge prijzen in het verzekerde pakket worden opgenomen en volumevrij worden betaald. Ondanks dat de werkzaamheid van de nieuwe geneesmiddelen steeds vaker onzeker is en het effect achteraf kleiner lijkt te zijn dan voorgespiegeld. Dit leidt tot verdringing van andere, potentieel meer kosteneffectieve, zorg. Om dit te stoppen moeten keuzes worden gemaakt, waarbij actief wordt toegewerkt naar een situatie waarin de collectieve middelen aan goed werkende zorg worden besteed tegen redelijke prijzen. Om de betaalbaarheid van de zorg te garanderen, is het noodzakelijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars met elkaar afspraken maken over het realiseren van passende zorg. Hierbij moet integraal gekeken worden naar dure geneesmiddelen binnen het geheel van de msz. Dit vraagt niet alleen een andere kijk op de inhoud van afspraken, maar ook op de onderlinge relatie en de wijze waarop afspraken tot stand komen.

Kernbevindingen

1. De totale uitgaven aan msz (inclusief verrekeningen en exclusief COVID-19 regelingen) zijn in 2020 4,7% lager dan in 2019. Dit is het gevolg van een daling van het aantal behandelde patiënten door vraaguitval, het verdampen van zorgvraag of het uitstellen van zorg. Echter, inclusief de COVID-19 regelingen (meerkosten- en continuïteitsbijdragen COVID-19) is er sprake van een groei van totale msz uitgaven van 4,9%.

2. De uitgaven aan add-on geneesmiddelen zijn in 2020 gemiddeld 7,7% hoger dan in 2019. Deze stijging wordt vooral veroorzaakt door het gebruik van nieuwe geneesmiddelen. In combinatie met een beperkte groei ruimte in het HLA en de separate en volume vrije contractering van geneesmiddelen, verdringen

geneesmiddelen andere medisch-specialistische zorg. Dit betekent dat patiënten medisch specialistische zorg onthouden wordt.

3. De COVID-19 pandemie heeft ook in 2022 een sterke stempel gedrukt op de contractering van msz. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben de financiële continuïteit van de zorgaanbieders gewaarborgd door een collectieve COVID-19 regeling met elkaar af te spreken.

4. De brancheverenigingen lijken, ten opzichte van voorgaande jaren, een grotere invloed te hebben gehad op het verloop en de inhoud van contractonderhandelingen door de totstandkoming van de collectieve COVID-19 regeling. Dit wordt niet door alle partijen als positief ervaren vanwege de vertraging van en inmenging in het contracteerproces, minder ruimte voor het maken van maatwerkafspraken en de complexiteit van de regeling. Alle partijen geven aan dat de collectieve afspraken wel nuttig zijn geweest, maar dat een snelle terugkeer naar de reguliere contractering gewenst is.

5. Onderhandelingen waren sterk gericht op het beperken van het eigen financieel risico (extra aandacht voor prijsindexering; als gevolg van inflatie, overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (OVA), ziekteverzuim) en niet of beperkt gericht op het realiseren van gemeenschappelijke doelstellingen. Hierdoor zijn in een aantal gevallen de onderhandelingen tussen partijen verhard en is de beweging naar passende zorg vertraagd.

6. In 2022 zijn vrijwel geen nieuwe meerjarencontracten gesloten, partijen beschouwen 2022 niet als een goed basisjaar voor een meerjarencontract. Er zijn relatief veel éénjarige omzetplafonds afgesproken.

7. Meerdere zorgverzekeraars gaven aan dat de ziekenhuizen afgelopen jaar een sterke onderhandelingspositie hadden. Ook wezen de zorgverzekeraars erop dat ze in sommige gevallen werden geconfronteerd met negatieve berichtgeving over het contracteerproces. Alle geïnterviewde zorgverzekeraars geven het signaal af dat de marktmacht van een aantal zelfstandige klinieken en universitair medisch centra (umc's) toeneemt. Tegelijkertijd geven ook enkele zelfstandige klinieken aan dat ze ontevreden zijn over de afwachtende houding van zorgverzekeraars bij uitgestelde zorg.

8. Financiële afspraken over juiste zorg op de juiste plek zijn extra complex, omdat dit ook vraagt om een doorvertaling in het bedrijfs- en verdienmodel van ziekenhuizen. Afspraken gaan met name over de inzet van innovatieve zorgvormen en digitalisering van zorg. Regiobeelden spelen vrijwel geen rol in de contractering. Dit geldt ook voor de uitkomsten van zorg. Een aandachtspunt vormt ook de beperkte mate van congruent gedrag onder een aantal zorgverzekeraars.

9. Dit jaar zijn er minder transformatiegelden ingezet dan in 2020. Op kleine schaal nemen ziekenhuizen, samen met zorgverzekeraars, het initiatief om de zorg anders te organiseren. Het blijft lastig om hierover goede financiële afspraken te maken, mede omdat de impact op de kosten niet op de korte termijn zichtbaar is.

Reactie

De NZa heeft een vijftal aanbevelingen gedaan. Mijn reactie op het rapport en deze aanbevelingen is als volgt:

1: Zet collectieve regeling zorgvuldig en proportioneel in

De afgelopen jaren is de aandacht vanzelfsprekend uitgegaan naar omgaan met de COVID-19 pandemie. Er zijn door zorgverzekeraars bijzondere afspraken gemaakt met zorgaanbieders van medisch specialistische zorg, om zo de continuïteit van de zorg te borgen. Nu we in andere tijden zijn beland, is het van belang te kijken hoe we hier in de toekomst mee omgaan. Ik vind, net als andere partijen, dat COVID onderdeel moet worden van de reguliere onderhandelingen en contractering. Eventuele collectieve afspraken komen pas in beeld wanneer er echt sprake is van een nieuwe pandemische crisissituatie. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen hierover het gesprek aangaan met elkaar. Ik verwijs u verder naar mijn brief van 13 juni 2022 (Kamerstuk 25 295, nr. 1883).

2. Handel congruent als zorgverzekeraars

Zoals de NZa aangeeft, dient passende zorg centraal te staan in het inkoopbeleid van alle zorgverzekeraars. Ik ben voornemens om hierover in het kader van het IZA verdere afspraken met partijen over te maken. Elementen als (meerjaren)afspraken, de vertaling van regiobeelden in concrete afspraken in de contractering en congruent handelen bij onder meer het toekennen van transformatiegelden, kunnen onderdeel worden van afspraken in het IZA. Maar de exacte vormgeving van dergelijke afspraken kan ik nu nog niet aangeven.

3. Zet (nog meer) in op passende zorg en meerjarencontracten

Ik ben het eens met de NZa dat de tijd rijp is om meer afspraken te maken over passende zorg. Wat mij betreft kunnen niet alleen ziekenhuizen, maar ook zorgverzekeraars, het initiatief pakken bij het doorzetten van positieve trends, zoals de inzet van digitale zorg en het innoveren van zorg. Ook hier ben ik voornemens in het kader van het IZA afspraken te maken. Passende zorg zal wat mij betreft het leidend principe zijn van het IZA.

Nu de contractering na corona weer normaliseert zetten zorgverzekeraars en zorgaanbieders hopelijk weer stevig in op het sluiten van meerjarencontracten om daarmee bij te kunnen dragen aan passende zorg. Hoewel het sluiten van meerjarencontracten geen doel op zich is, kunnen ze een goede bijdrage leveren om (lange termijn) investeringen in passende zorg mogelijk maken en getuigen ze ook van vertrouwen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In het kader van het IZA wil ik samen met partijen verder verkennen welke belemmeringen zij nog ervaren in het sluiten van meerjarencontracten en hierover afspraken richting de toekomst te maken.

4. Stel geen apart kader voor geneesmiddelen in, maar behandel geneesmiddelen binnen de contractering hetzelfde als de overige msz.

Ik constateer, net als de NZa, dat de druk op het msz-kader voor een groot deel veroorzaakt wordt door de stijging van de geneesmiddelenuitgaven. De oproep tot het instellen van een apart geneesmiddelenkader hoor ik ook. Ik ben het echter ook eens met de NZa dat een apart geneesmiddelenkader niet zal leiden tot meer grip op de geneesmiddelenuitgaven. Ik ben dan ook niet voornemens een apart (intramuraal) geneesmiddelenkader in te stellen.

Het is aan zorgverzekeraars om te bepalen hoe zij afspraken maken met zorgaanbieders over de geneesmiddelen binnen het totaal van de msz-afspraken. Of verzekeraars volumevrije afspraken maken, is aan hen. Ik ben niet voornemens in te grijpen in het type afspraken dat gemaakt wordt. Wel vind ik het belangrijk dat verzekeraars en voorschrijvers ervoor zorgen dat de tijdlijnen en criteria die zij in de open instroom hanteren duidelijk en zo transparant mogelijk zijn.

5. Bepaal vanuit de politiek de juiste balans tussen toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen in relatie tot andere msz en stel partijen in staat om deze balans te bewaren

De algemene oproep van de NZa om werk te maken van alle aanbevelingen die er al zijn gedaan, doelen te stellen aan de uitgavenontwikkeling, balans te creëren tussen de toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen en daarmee de zorg als geheel, neem ik ter harte. Ik hecht grote waarde aan goede en toegankelijke zorg. Tegelijkertijd kiezen wij nadrukkelijk ervoor om de zorguitgaven te beheersen door maatregelen te nemen. Ik ben op vele terreinen al met partijen aan de slag om de

zorg beter, betaalbaarder en toegankelijker te maken. Afspraken in het IZA zullen hier ook aan bij moeten dragen. Ik verwijs u daarnaast naar mijn reactie op het WRR-rapport, waar ik in mijn reactie (brief dd 3 juni 2022, Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 192) de maatregelen op hoofdlijnen heb beschreven.

Specifiek ten aanzien van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen ben ik voornemens om de criteria voor het plaatsen van geneesmiddelen in de sluis te verlagen, waardoor ik verwacht dat over meer dure geneesmiddelen een beoordeling door het Zorginstituut en een daaropvolgende onderhandeling plaatsvindt. Voor de geneesmiddelen die niet in de sluis komen (open instroom) is het aan verzekeraars en voorschrijvers om te bezien of deze tot het basispakket moeten behoren. Daarnaast ben ik samen met de NZa, het Zorginstituut en de Autoriteit Consument en Markt (ACM) een werkagenda aan het opstellen rondom het thema dure geneesmiddelen.

Concluderend

De inhoud monitor en de aanbevelingen die de NZa doet, leveren een waardevolle bijdrage aan de verdere beleidsvorming voor de msz en de zorg in den brede. De focus op een meer integrale aanpak en op passende zorg binnen de msz, maar ook breder, onderschrijf ik. Ik neem de ervaringen van de afgelopen jaren mee in het opstellen van een Integraal Zorgakkoord.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers