

**Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.**

---

**Inleiding**

Overheid (VWS), Zorgaanbieders (NFU, NVZ, ZKN) en Zorgverzekeraars (ZN) hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om bij te dragen aan een beheerste kostenontwikkeling van de ziekenhuiszorg. Met dit akkoord geven zij invulling aan deze verantwoordelijkheid door afspraken te maken voor de periode 2012 tot 2015. Over de in dit akkoord vervatte afspraken zullen partijen in overleg treden met patiëntenorganisaties, teneinde het patiëntenperspectief te waarborgen.

De Minister heeft inmiddels besluiten genomen over de bekostiging van de ziekenhuiszorg vanaf 2012 en de risicodragendheid van verzekeraars (brief aan de Tweede Kamer: "*Zorg die loont*"). Hierbij gaat het specifiek om de besluiten tot invoering van volledige prestatiebekostiging met DOT per 1 januari 2012, de uitbreiding per die datum van het B-segment naar 70% en de afbouw van de ex post risicovereveningsmechanismen. De Minister heeft gekozen voor een licht transitie-model om systeemrisico's bij de overgang naar DOT te mitigeren. Dure- en weesgeneesmiddelen worden in het transitie-model meegenomen. Bekostiging zal vanaf 2012 via zogenaamde add-ons plaatsvinden. Omdat er nog geen informatie voor de ex ante risicoverevening beschikbaar is, kunnen zorgverzekeraars dan nog geen risico over de dure- en weesgeneesmiddelen lopen. Daarom zullen voor deze add-ons in 2012 nog maximumtarieven met een afslag gelden. Na de transitieperiode als er voldoende informatie is verzameld voor de ex ante verevening, zullen verzekeraars ook over de dure- en weesgeneesmiddelen risico dragen en zullen de tarieven worden vrijgegeven. Tevens heeft de Minister gekozen voor de invoering van een macrobeheersingsinstrument om onverhoopte overschrijdingen van het uitgavenkader te kunnen beheersen.

De afspraken in dit hoofdlijnenakkoord zijn overeengekomen in het licht van de hierboven genoemde besluiten van de Minister over ziekenhuiszorg per 1 januari 2012. Partijen hebben gezamenlijk de intentie om de uitgavengroei structureel te beheersen door het uitwerken van een gezamenlijke inhoudelijke agenda. Die agenda is nodig om goede, toegankelijke en betaalbare patiëntenzorg ook voor de toekomst te garanderen. Partijen zullen dat ook gezamenlijk uitdragen.

De reeds gemaakte beheersafspraken tussen de NVZ, de Orde van Medisch Specialisten en VWS met betrekking tot de vrijgevestigde medisch specialisten passen binnen dit akkoord. Het akkoord over de beheersing van uitgaven voor honoraria voor vrijgevestigde medisch specialisten en dit bestuurlijk akkoord moeten uitdrukkelijk als over en weer ondersteunend aan elkaar worden gezien. Op dit moment vindt de uitwerking van het akkoord over de vrijgevestigde specialisten bij de NZa plaats, waarbij de gewenste mobiliteit, groei en nieuwe toetreders in de medisch specialistische zorg zoveel als binnen de financiële kaders mogelijk is worden geaccommodeerd.

## **Rollen en verantwoordelijkheden**

Partijen hebben ieder een specifieke rol te spelen in het zorgstelsel:

Zorgaanbieders (ziekenhuizen, ZBC's en specialisten) zijn verantwoordelijk voor het leveren van doelmatige en gepaste zorg en zullen hierover transparant zijn richting patiënten, zorgverzekeraars en overheid.

Zij zijn hierbij gedreven door een wens de kwaliteit, veiligheid en innovatiekracht van de ziekenhuiszorg steeds op een hoger niveau te brengen.

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk om hun zorgplicht jegens hun verzekerden na te komen. Zij zullen dat zo doelmatig mogelijk doen. Voor in ieder geval de zorg die onder naturapolissen valt zullen ze dat doen door bij de zorginkoop te letten op doelmatige en gepaste zorg en die zoveel mogelijk te vertalen in een beheerste uitgavenontwikkeling. Verzekeraars zien toe op de naleving van de bij de inkoop gemaakte afspraken. Hoe in dit verband moet worden omgegaan met restitutiepolissen wordt nader bezien. Zorgverzekeraars sturen op een doelmatige inrichting van het zorglandschap waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid uitgangspunten zijn.

De overheid is op systeemniveau verantwoordelijk voor betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit en schept vanuit die verantwoordelijkheid randvoorwaarden zodat zorgaanbieders en zorgverzekeraars als private partijen hun rol in het zorgstelsel kunnen spelen en ziet toe op de naleving van de spelregels. Zij ziet daarom af van ingrijpen bij individuele casuïstiek zolang het handelen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars past binnen het opgezette stelsel. De betrokken ZBO's dragen bij door het maken van tijdige en heldere regelgeving en het stellen van duidelijke normen.

## **De gezamenlijke ambitie**

De gezamenlijke ambitie is om de uitgavengroei in de ziekenhuizen en de ZBC's die de laatste jaren op nominaal 6 á 7% per jaar lag terug te brengen naar een significant lager niveau. Een significant lager groeiniveau is niet minder dan een trendbreuk en daarom een enorme opgave voor partijen. Een opgave die alleen door een samenstel van maatregelen vanuit de verschillende verantwoordelijkheden gerealiseerd kan worden. De overheid heeft de mogelijkheid en de verantwoordelijkheid om maatregelen te nemen in de sfeer van tariefmaatregelen, pakket en eigen betalingen. Ook bij het toelaten van nieuwe behandelmethoden en medicijnen tot en de uitstroom van behandelingen en medicijnen uit het verzekerde pakket heeft de overheid de mogelijkheid en de verantwoordelijkheid rekening te houden met deze taakstelling. Veldpartijen hebben de mogelijkheid om zowel door verbetering van efficiency de kostenontwikkeling te beheersen als door een scherpere toepassing van het wettelijke beginsel van "gepast gebruik" het volume te beheersen. Op die manier kan van twee kanten de uitgavenontwikkeling worden beheerst.

De ambitie daarbij is om op een structurele uitgavengroei uit te komen van 2,5% exclusief loon en prijsbijstelling. Naar de huidige inzichten komt dat indicatief neer op ca. 5,25% nominaal, te vergelijken met de gerealiseerde nominale groei de afgelopen jaren van 6 á 7%. De grondslag waarop het geambieerde groeicijfer wordt toegepast bedraagt

voor 2011 16.392 miljard euro. In deze reeks zijn tevens de kosten van dure- en weesgeneesmiddelen verwerkt.<sup>1</sup>

2011	2012	2013	2014	2015 <sup>2</sup>
16.392 mrd.	17.264 mrd.	18.182 mrd.	19.149 mrd.	20.168 mrd. <sup>3</sup>

*Exclusief loon- en prijsbijstelling in prijzen 2011:*

16.392 mrd.	16.801 mrd.	17.221 mrd.	17.652 mrd.	18.093 mrd.
-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

De jaar-op-jaarstijging bedraagt hiermee naar schatting 5,3% inclusief de veronderstelde loon- en prijsbijstelling<sup>4</sup>. Cursief is de reeks opgenomen exclusief loon- en prijsbijstelling in prijzen 2011. Deze reeks zal in de begroting van VWS voor 2012 worden opgenomen. Indien in de loop van 2011 door de ziekenhuizen en de ZBC's onvoldoende maatregelen worden genomen om de overschrijding die uit de junicijfers voortvloeien te redresseren (zie de paragraaf 'omgang met overschrijdingen'), kan het feitelijk referentieniveau voor de ziekenhuizen in 2011 265 mln. hoger liggen. In dat geval is de nominale groei van 2011 op 2012 3,6%. Daarna is de groei weer op het niveau van 5,3% bij de aanname over loon- en prijsbijstelling.

Dat partijen een inspanningsverplichting aangaan in plaats van een resultaatverplichting vloeit voort uit het feit dat deze afspraken partijen niet kunnen vrijwaren van de wettelijke zorgplicht.

Over het tempo waarin de ambitie voor bovenstaand groeicijfer daadwerkelijk gerealiseerd kan worden lopen de inschattingen uiteen. Dit neemt niet weg dat partijen zich tot het uiterste zullen inspannen voor het realiseren van de doelstelling ten aanzien van een lagere macrogroei. Zorgverzekeraars streven er daarbij naar om in hun contracteerbeleid vanaf 2012 uit te komen op een gemiddelde uitgavengroei van 2,5% exclusief loon- en prijsbijstelling. Zorgaanbieders werken mee aan de totstandkoming van dergelijke afspraken en spannen zich tot het uiterste in om de zorg binnen de Treeknormen te blijven leveren waarmee wordt voorkomen dat wachtlijsten ontstaan of zullen oplopen.

<sup>1</sup> Bij de toevoeging aan het kader voor dure- en weesgeneesmiddelen is uitgegaan van het (voorlopig)realisatieniveau 2010 van 360 mln euro. Voor 2011 is uitgegaan van een groeiprognose van 16%. Dat resulteert in een bedrag van 418 mln in 2011. Tevens wordt rekening gehouden met een inkoopkorting van 10%, waardoor het grondslagbedrag op 376 mln uitkomt in 2011. Om de som over 4 jaar bij veronderstelde groeipercentages van respectievelijk 12%, 8%, 4% en 4% gelijk te laten zijn aan de som bij een constant groeipercentage van 2,5%, is de grondslag in 2011 verhoogd naar 439 mln.

<sup>2</sup> Het effect van pakketmaatregelen zoals in het regeerakkoord zijn opgenomen met betrekking tot stringent pakketbeheer, rechtmatigheid conform ZVW, IVF, lage ziektelast kan tot aanpassingen van deze reeks leiden. Dat geldt ook voor eventuele andere pakketmaatregelen. Daar staat dan echter ook tegenover dat ten aanzien van de betreffende zorg de zorgplicht komt te vervallen. Via de aanvullende verzekering kunnen aanpassingen als gevolg van pakketmaatregelen wel tot de omzet van de ziekenhuizen blijven behoren.

<sup>3</sup> Vanaf 2015 gelden conform het akkoord tussen de NVZ, VWS en de OMS integrale tarieven. Het bedrag moet dan worden verhoogd met het alsdan voor de vrijgevestigd medisch specialisten bepaalde budget. In de jaren 2012-2014 is nog sprake van een afzonderlijk budget voor de vrijgevestigd medisch specialisten, waarop het akkoord dat is gesloten tussen de OMS, NVZ en VWS van toepassing is. De daarin opgenomen aanname van het aandeel loondiensters dat destijds in 2007 onder de lumpsum viel wordt nog nader onderzocht door de NZa en kan tot aanpassing leiden in de verhouding tussen het budgettair kader ziekenhuizen en het kader voor medisch specialisten. Voor de omzet van de instellingen maakt dat niet uit omdat beide componenten daar deel van uitmaken.

<sup>4</sup> Aan de hier veronderstelde loon- en prijsbijstelling kunnen geen rechten worden ontleend. Jaarlijks wordt de werkelijke loon- en prijsbijstelling bepaald. In de begroting van VWS worden de bedragen exclusief loon en prijsbijstelling opgenomen. In de begroting 2012 is dat op basis van prijsniveau 2011.

### **De inspanningen van partijen**

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars gaan een inspanningsverplichting aan om in de periode 2012-2015 de geambieerde trendbreuk ten aanzien van de huidige uitgavengroei te realiseren. Om de uitgavenontwikkeling vanaf 2012 om te buigen naar een substantieel lager percentage spreken partijen het volgende af:

1. Zorgverzekeraars zullen de selectieve inkoop van zorg sterk uitbreiden, te beginnen bij de zorginkoop voor 2012:
  - contracteren op basis van prijs, kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik;
  - terugdringen van ongewenste praktijkvariatie;
2. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties bewerkstelligen daar waar dit vanuit kwaliteit, doelmatigheid en innovatie wenselijk is.
3. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars substitueren op basis van kwaliteit, doelmatigheid en innovatie tussen zelfzorg, eerste lijn (zorg in de buurt), tweede en derde lijn<sup>5</sup>.
4. Overbodig geworden (ziekenhuis)capaciteit wordt afgebouwd. Alleen dan leiden de eerder genoemde activiteiten tot een herschikking van het zorglandschap en wordt zowel kwaliteits- als doelmatigheidswinst gerealiseerd.
5. Partijen sturen op doelmatig geneesmiddelen gebruik. Doelmatig voorschrijven wordt door alle partijen gestimuleerd, en wat betreft de dure- en weesgeneesmiddelen draagt de overheid zorg voor een streng toelatingsbeleid, onder andere via voorlopige en voorwaardelijke opname in het verzekerd pakket<sup>6</sup> en het tijdig opschonen van de lijst dure- en weesgeneesmiddelen waarvoor aparte bekostiging (add ons) noodzakelijk wordt geacht.
6. Zorgaanbieders en verzekeraars committeren zich voor zover relevant aan de verdere ontwikkeling van veiligheidsmanagementsystemen.

### **Wat daar voor nodig is**

Hiervoor is nodig dat:

- a. Partijen over voldoende en juiste informatie beschikken;
- b. Herinrichting van het zorglandschap wordt gefaciliteerd;
- c. De transitie naar volledige prestatiebekostiging verantwoord plaatsvindt;
- d. Partijen tot een nadere concretisering komen.

#### *Ad a. Informatie, kwaliteit en veiligheid*

Het is noodzakelijk dat zorgaanbieders aan patiënten/verzekerden, zorgverzekeraars en overheid inzicht geven in de kwaliteit van de geleverde zorg. Hiervoor is het ook noodzakelijk dat normen beschikbaar zijn voor minimale kwaliteit (selectieve inkoop) en

---

<sup>5</sup> Wanneer substitutie leidt tot daadwerkelijke verschuiving van productie naar de eerste lijn, kan aanpassing van het financiële ziekenhuiskader plaatsvinden. Hierover zal vooraf overleg met de sector worden gevoerd. Dat laat onverlet dat die eerstelijnszorg geleverd kan worden door de ziekenhuisorganisatie (functionele benadering) en dus via de financiële kaders voor eerstelijnszorg tot de omzet van ziekenhuizen kan worden gerekend.

<sup>6</sup> Voorlopige en voorwaardelijke opname impliceert dat geneesmiddelen na de periode van voorwaardelijke opname kunnen uitstromen als ze niet blijken te voldoen aan de pakketcriteria.

gepast gebruik (terugdringen praktijkvariatie en overbehandeling). Partijen maken daarom afspraken over het verbeteren van de transparantie in de kwaliteit van de geleverde zorg.

Om sturing door verzekeraars mogelijk te maken is het noodzakelijk dat zorgaanbieders ook eenmalig conversietabellen (op ziekenhuisniveau) leveren waarmee historische DBC informatie omgezet kan worden naar DOT informatie als referentie bij het monitoren en ten behoeve van de contractering in 2012.

Voor monitoring van de productieontwikkeling geven zorgaanbieders minimaal per kwartaal inzicht in:

- DOT zorgproducten die zijn gesloten en gefactureerd,
- DOT zorgproducten die zijn gesloten en nog niet gefactureerd en
- het onderhanden werk.

Dat inzicht wordt binnen een maand na afsluiting van het kwartaal aangeleverd. Partijen maken voor 1 januari 2012 nadere afspraken over de wijze waarop een en ander invulling krijgt. Het project voor de verbetering van de informatievoorziening dat partijen gezamenlijk (laten)uitvoeren, is ondersteunend bij het tot stand komen hiervan.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken in dit kader ook afspraken over de bevoorschotting van het onderhanden werk op basis van inzicht bij verzekeraars van de reeds uitgevoerde werkzaamheden voor haar verzekerden. Verzekeraars en aanbieders zullen zich daarbij inspannen om zo snel mogelijk, bij voorkeur voorafgaand aan een jaar en in principe vóór 1 april, tot afronding van de contractering (inclusief afspraken over bevoorschotting) te komen. Zorgverzekeraars zullen daarom jegens zorgaanbieders tijdig voor aanvang van het te contracteren jaar maximale transparantie bieden over hun contracteervoorwaarden.

#### *Ad b. Facilitering herinrichting zorglandschap*

De herinrichting van het zorglandschap is noodzakelijk om de trendbreuk te realiseren. Hierbij gaat het ook om het zonedig afbouwen van capaciteit en het specialiseren en spreiden van zorg. Bij deze herinrichting zullen zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten acteren binnen de ruimte die de mededingingswetgeving geeft voor samenwerking. Die ruimte behoeft mogelijk wel verduidelijking. De Minister zal daartoe, mede tegen de achtergrond van al lopende informele zienswijzeverzoeken, in overleg treden met de NMa (en zo nodig de NZa).

De overheid zal, in samspraak met veldpartijen, tijdig (uiterlijk vóór 1 januari 2012) normen vaststellen voor bereikbaarheid van cruciale zorg, in het bijzonder acute zorg en verloskundige zorg.

Soms zullen maatregelen pijnlijk kunnen zijn in lokale situaties. Voor het welslagen van het akkoord is het echter van groot belang dat alle betrokken partijen met begrip voor de moeilijke situatie toch de rug recht houden en consequent en consistent doorpakken in de lijn met deze afspraken.

Partijen gaan na welke mogelijkheden er zijn en welke maatregelen aanvullend nodig zijn om effectief te sturen op het zonedig afbouwen van capaciteit. Hiervoor is het onder andere noodzakelijk dat het mogelijk wordt bepaalde desinvesteringen (financieel) te accommoderen. Zorgverzekeraars zullen daarom het initiatief nemen tot de oprichting van een herstructureringsfonds, dat in gevallen met een bewezen maatschappelijke meerwaarde over kan gaan tot overname, dan wel de compensatie van versnelde afschrijving van productiecapaciteit die door bovengenoemde herinrichting overbodig is geworden. Randvoorwaarde daarbij is wel dat cruciale zorgfuncties binnen de daarvoor geldende normen bereikbaar blijven en dat de met het fonds gemoeide uitgaven niet

leiden tot BKZ-relevante uitgaven. Zorgverzekeraars geven voor 1 september 2011 inzicht in de opzet en (globale) omvang van het fonds.

Partijen gaan er van uit dat het beheersmodel voor de honoraria van de medisch specialisten zodanig wordt vormgegeven dat bovenstaande gewenste herinrichting wordt gefaciliteerd.

#### *Ad c. Transitie*

Een aantal belangrijk zaken moet nog worden uitgewerkt en/of doorontwikkeld:

- Bij het wegvallen van het FB in 2012 wordt vrijwel de gehele bekostiging op basis van DOT producten berekend. De (nieuwe) DOT systematiek is een grote verbetering ten opzichte van de huidige DBC's. Er zitten nog enkele onvolkomenheden in de nieuwe productstructuur. Deze zullen worden gerepareerd. Het gaat in ieder geval om de volgende onderdelen:
  - De productstructuur en tarieven moeten op een aantal onderdelen worden verbeterd.
  - Het vaste segment zal goed worden gedefinieerd en bekostigd.
  - Er moet sprake zijn van een goede systematiek voor de bekostiging van zorgzwaarte en outliers (uitschieters die qua zorgzwaarte en kosten ver buiten het gemiddelde liggen).
  - Het wordt mogelijk gemaakt nieuw ontwikkelde en innovatieve producten te declareren, dit stimuleert creativiteit en innovatiekracht. Dit laat overigens het uitgangspunt van een stringent pakketbeheer onverlet.
- De Minister zal de NZa die met betrokkenheid van DBC onderhoud en de zorgverzekeraars en aanbieders, al is gestart met de voorbereiding van de doorontwikkelagenda, opdracht geven hierbij rekening te houden met bovenstaande punten. Het zwaartepunt van de doorontwikkelagenda ligt op de activiteiten die daadwerkelijk in 2012 en 2013 gerealiseerd moeten zijn. Dit vanwege de duur van het transitieproces van twee jaar. Mede gelet op de grote financiële effecten wordt de impactanalyse voor de zomer 2012 opnieuw gemaakt. De uitkomst daarvan wordt gebruikt voor de evaluatie van de werking van de transitiebekostiging. Uitgangspunt daarbij is dat de systeemwijziging niet is bedoeld als een kortingsmaatregel. In het geval de doorontwikkelagenda buiten de verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen niet tijdig is afgerond, zullen partijen in overleg treden over de transitie. Daarbij kunnen zo nodig afwijkende afspraken worden gemaakt over de duur van de transitie en het bijbehorende verrekenpercentage indien het risico van de systeemwijziging buiten aanvaardbare proporties komt te liggen. Zo nodig worden de impactanalyse en evaluatie in de jaren na 2012 herhaald. Het transitieproces zal op korte termijn worden uitgewerkt door de NZa.

Ook voor verzekeraars zullen wijzigingen als gevolg van de systeemverandering die zich bij de overgang van FB met DBC's naar prestatiebekostiging met DOT voordoen met maatregelen in het ex ante en ex post risicovereeningssysteem gemitigeerd worden. De vormgeving hiervan zal voor de zomer worden uitgewerkt.

*Ad d Nadere concretisering en monitoring afspraken.*

Partijen komen mede tegen de achtergrond van de moties die zijn ingediend naar aanleiding van het algemeen overleg in de Tweede Kamer over de brief "Zorg die loont" (Dijkstra en Smilde) voor 1 september 2011 tot een gezamenlijk programma voor de in punt 1 tot en met 6 genoemde punten. Partijen vinden het belangrijk dat de Orde van Medisch Specialisten aansluit bij het opstellen en uitvoeren van dit programma. Partijen zullen hierover in overleg treden met de Orde van Medisch Specialisten. Dit programma zal ingaan op de volgende aspecten:

- de wijze waarop parallel aan de oprichting en opstart van een kwaliteitsinstituut verder gewerkt kan worden aan landelijke richtlijnen en kwaliteitsindicatoren
- de mogelijkheden (in de vorm van best practices) om in het kader van de contractering concreet handen en voeten te geven aan gepast gebruik, doelmatig geneesmiddelengebruik, verplaatsing van zorg en terugdringen van praktijkvariatie.
- de mogelijkheden voor spreiding en specialisatie van zorg en het optimaliseren en zo nodig afbouwen van de bestaande (seh)-capaciteit.
- het slim gebruik van gegevensbronnen (en het combineren daarvan), waaronder bij verzekeraars beschikbare declaratiegegevens over zowel de eerste, de tweede als de derde lijn.
- de wijze waarop de resultaten gemonitord kunnen worden.

In vervolg op het reeds geïmplementeerde VMS veiligheidsprogramma committeren partijen zich aan verdere doorontwikkeling van het veiligheidsmanagement. In concreto betekent dat onder meer dat alle ziekenhuizen ultimo 2012 over een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem beschikken en dat de verbeteringen op de tien veiligheidsthema's -voor zover relevant- aantoonbaar volledig en ziekenhuisbreed in de werkprocessen en de cultuur zijn verankerd. Voorts zullen partijen medewerking verlenen aan de totstandkoming van kwaliteitsindicatoren in het kader van het programma ZichtbareZorg.

### **Omgang met overschrijdingen**

De sterk gevoelde gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het terugdringen van de uitgavengroei vloeit mede voort uit het feit dat de huidige wijze van redresseren van overschrijding middels generieke kortingen tot een voor de ziekenhuizen moeilijk hanteerbare en instabiele financiële omgeving leidt die averecht kan werken voor het nemen van structurele maatregelen. De ad hoc kortingen worden door veel ziekenhuizen en ZBC's ook als onrechtvaardig beschouwd. Met de invoering van prestatiebekostiging en het het voor 70% vrijlaten van de tarieven is de huidige kortingensystematiek via het ziekenhuisbudget overigens niet langer mogelijk.

#### *Overschrijdingen uit de jaren van de transitiefase 2012-2014*

Zorgverzekeraars streven er naar om vanaf 2012 in hun contracteerbeleid een gemiddelde uitgavengroei van maximaal 2,5% exclusief loon- en prijsbijstelling te realiseren. Bovencontractuele groei wordt in beginsel niet meer vergoed, tenzij uit hoofde van de wettelijke zorgplicht aanvullende contractering noodzakelijk is gebleken.

Voor macro-overschrijdingen in de jaren 2012-2014 geldt het volgende.

De minister introduceert een nieuw instrument om mogelijke overschrijdingen terug te vorderen in de vorm van een achteraf opgelegde omzetheffing; het zogenaamde

macrobeheersingsinstrument. Het instrument kent ontegenzeggelijk ook nadelen. In de Tweede Kamer (motie Mulder) is gevraagd te bezien of een verfijndere toepassing van het instrument mogelijk is. Partijen zien dit als een gemeenschappelijk vraagstuk dat ook gezamenlijk moet worden beantwoord. Zij gaan hierover met elkaar in overleg en zullen, om een eventuele aanpassing voor 2012 te kunnen realiseren, zo mogelijk voor 1 september 2011 met een voorstel komen. Hierbij wordt ook de mogelijkheid tot het gedifferentieerd korten van aanbieders in relatie tot de oorzaken van de overschrijding onderzocht. Lukt het onverhoopt niet om tijdig een werkbaar alternatief binnen de kaders van een aangepaste WMG te formuleren, dan zal de minister van VWS het macrobeheersingsinstrument zoals eerder besloten ongedifferentieerd invoeren per 2012. Jaarlijks in het voorjaar zal overleg plaatsvinden tussen partijen over de prijs- en volumeontwikkelingen in het inkoopbeleid voor het lopende jaar. In het eventuele onverhoopte geval van overschrijdingen zal de minister daarover met partijen nader in overleg treden. Naast het (gedifferentieerd) korten van aanbieders kunnen daarbij ook maatregelen in de sfeer van pakket en eigen bijdragen worden overwogen, waarbij gekeken zal worden naar aard en oorzaak van de overschrijdingen. Naar de mate waarin de te verwachten uitgavenontwikkeling in lijn is met de ambities zoals overeengekomen in dit convenant, hebben partijen een gezamenlijke verantwoordelijkheid om een deel van de (eventuele) problematiek te dragen. Indien echter hierover geen tijdige<sup>7</sup> en volledige overeenstemming wordt bereikt, zal de minister van VWS als ultimatum remedium haar verantwoordelijkheid met gebruikmaking van het macrobeheersingsinstrument eenzijdig maar in de geest van dit akkoord nemen.

#### *Overschrijdingen uit de jaren 2010 en 2011*

Uit de junicijfers van het CVZ en de NZa is gebleken dat naar verwachting over het jaar 2010 een overschrijding ontstaat van 405 miljoen euro.<sup>8</sup> De minister van VWS is bereid hiervan 140 mln voor haar rekening te nemen door een structurele ophoging van de grondslag. Voor 265 mln euro zullen instellingen voor medisch specialistische zorg en verzekeraars zodanige maatregelen nemen in prijzen en volume, dat de uitgavenontwikkeling binnen het herziene opgehoogde kader blijft. Indien in het najaar blijkt dat de veronderstelde overschrijding anders is dan nu wordt voorzien, zullen navenante aanpassingen plaatsvinden.

Zorgverzekeraars en instellingen voor medisch specialistische zorg maken het vermoedelijke beloop over 2011 middels een scan inzichtelijk. Over de uitkomsten van deze scan overleggen partijen voor 1 september 2011. Partijen spannen zich –mede op basis van de scan- tot het uiterste in om overschrijdingen over het jaar 2011 te voorkomen. Indien in het voorjaar van 2012 onverhoopt blijkt dat niettemin sprake is van overschrijding van het budgettair kader, geldt dezelfde handelwijze als voor overschrijdingen in de periode 2012-2014.

#### *Overschrijdingen uit jaren vóór 2010*

Overschrijdingen over jaren vóór 2010 zijn inmiddels voor het grootste deel (op 32 mln na, zie voetnoot 8) verwerkt en in de grondslag waarop de groeifspraken betrekking hebben meegenomen. Daarvoor zijn met ingang van 2011 tariefsmaatregelen genomen

<sup>7</sup> Tijdig betekent dat eventuele maatregelen, als alternatief voor onverkorte toepassing van het MBI, met inachtneming van de daarvoor geldende spelregels op tijd (vóór 1 juni t+1) bij de Tweede en Eerste Kamer kunnen worden voorgehangen. Dat betekent dat overleg op basis van inschattingen in maart van t+1 moet beginnen en onderdeel uitmaakt van de Voorjaarsbesluitvorming van het kabinet. Toepassing van het MBI heeft betrekking op jaar t. Andere maatregelen, zoals pakket of eigen betalingen, hebben hun effect veelal pas in jaar t+2 (en voorkomen moet worden dat deze pas in t+ 3 in kunnen gaan). De gemiste jaren t en t+1 moet in dat geval ook budgettair in de maatregelen verwerkt worden.

<sup>8</sup> Over 2009 is een restantoverschrijding van 32 mln. geconstateerd. Deze werkt structureel door. De vermoedelijke overschrijding 2011 bedraagt daarenboven 373 mln. in totaal derhalve 405 mln.



Den Haag, 4 juli 2011

ten bedrage van 314 miljoen euro. Om de ziekenhuizen meer ruimte te geven wordt de voor overschrijdingen opgelegde korting in 2011 van 314 miljoen euro beperkt tot 233 miljoen. In de jaren 2012 en 2013 wordt het restant in twee stappen verrekend in 2012 en 2013.

*Ordentelijke contractering*

Belangrijk fundament van dit hoofdlijnenakkoord is een ordentelijke contractering tussen zorgaanbieder en verzekeraar. In de context van prestatiebekostiging zullen verschillen van inzicht bij de contractering lokaal moeten worden opgelost, waarbij beide partijen de rechtsmiddelen ter beschikking staan die in het normale economische verkeer beschikbaar zijn.

Gedurende de transitieperiode echter zullen partijen op landelijk niveau periodiek in overleg treden om algemene knelpunten en de voortgang van de contractering te bespreken.

**Communicatie**

Partijen zullen gezamenlijk en ieder voor zich het belang van de hier gemaakte afspraken en de consequente en consistente uitwerking ervan naar politiek en samenleving uitdragen. Partijen overleggen periodiek over de voortgang van dit akkoord.

Namens de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen,



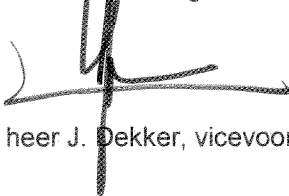
de heer R.H. de Boer, voorzitter

Namens de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra,



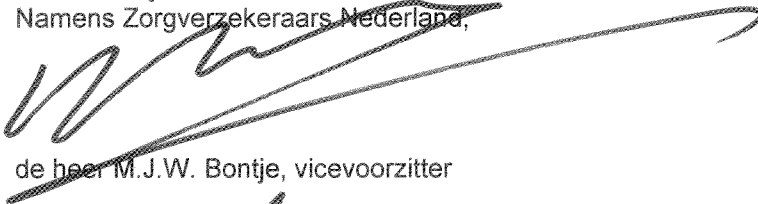
de heer L.O. Bruggeman, bestuurslid

Namens Zelfstandige Klinieken Nederland,



De heer J. Dekker, vicevoorzitter

Namens Zorgverzekeraars Nederland,



de heer M.J.W. Bontje, vicevoorzitter

Namens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,



Mw. E.M. Schippers, minister