

Vergaderjaar 2011–2012

**29 248**

## **Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)**

**Nr. 218**

### **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 4 november 2011

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 5 juli 2011 inzake het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015 met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFu), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) (29 248, nr. 215) en de brief van 15 juli 2011 inzake het Macrobeheersinstrument curatieve zorg (29 248, nr. 216).

De op 30 september 2011 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 3 november 2011 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Smeets, P.E. (PvdA), voorzitter, Smilde, M.C.A. (CDA), Koşer Kaya, F. (D66), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Ouweland, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Elias, T.M.Ch. (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Mulder, A. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Bruins Slot, H.G.J. (CDA), Voortman, L.G.J. (GL), Klaver, J.F. (GL) en Straus, K.C.J. (VVD).

Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Kuiken, A.H. (PvdA), Omtzigt, P.H. (CDA), Berndsen, M.A. (D66), Klijnsma, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Thieme, M.L. (PvdD), Mos, R. de (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Toorenburg, M.M. van (CDA), Lodders, W.J.H. (VVD), Ham, B. van der (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Burg, B.I. van der (VVD), Miltenburg, A. van (VVD), Ormel, H.J. (CDA), Sap, J.C.M. (GL), Tongeren, L. van (GL) en Liefde, B.C. de (VVD).

De voorzitter van de commissie,  
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,  
Sjerp

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de minister	9

**I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties****Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het hoofdlijnenakkoord en zijn verheugd dat de minister samen met de sector tot afspraken heeft kunnen komen om de groei van de ziekenhuiszorg tussen 2012–2015 te beperken. Deze leden hebben nog enkele vragen.

Dit is een hoofdlijnenakkoord en zoals bekend zit «de duivel juist in de details». Kan de minister de details en de bijbehorende duiveltjes eens schetsen? In augustus verwoorde de voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland dat de feitelijke groeiruimte voor ziekenhuizen op nul of negatief uit komt wanneer de overschrijdingen van afgelopen jaren en verwachte overschrijdingen van het budgettaire kader in 2011 worden afgetrokken. Hoe beoordeelt de minister deze uitspraak in relatie tot het hoofdlijnenakkoord waarin gesproken wordt over een groei van 2,5 procent? Is er (meer recente) informatie beschikbaar over hoe het ziekenhuisbudget zich ontwikkelt over 2010 en 2011? Is er en zo ja, in welke mate, sprake van overschrijdingen? Is het zo dat zorgverzekeraars er bij hun premiestelling vanuit gaan dat de kosten voor ziekenhuiszorg toch hoger uitvallen?

De ambitie is te komen tot een structurele uitgavengroei van 2,5 procent exclusief loon en prijsbijstelling. Genoemde leden vragen de minister toe te lichten op welke wijze het mogelijk is voor individuele zorgaanbieders te differentiëren onder dit macrokader voor de uitgavengroei. Ziekenhuizen die goed presenteren op gebied van bijvoorbeeld kwaliteit en bejegening van patiënten, zullen naar verwachting steeds meer patiënten ontvangen. Dit is een gewenste ontwikkeling, patiënten (en verzekeraars) die op basis van kwaliteit kiezen voor een zorgaanbieder. Echter, de macro groeiruimte van 2,5 procent zal juist voor deze goed presterende zorgaanbieders knellend zijn, wanneer deze vertaald wordt naar een groeiruimte van 2,5 procent per individueel ziekenhuis. Deelt u de mening dat van eenzelfde groeipercentage van 2,5 procent per zorgaanbieder geen stimulans uit gaat voor de goed presterende ziekenhuizen om betere zorg te leveren en verder te groeien? Hoe schat de minister de kans in dat goed presterende zorgaanbieders vanwege de afspraken gaan fuseren met slechtere ziekenhuizen om toch groei mogelijk te maken? Zou dit wat de minister betreft een gewenste ontwikkeling zijn?

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties bewerkstelligen. Dit vereist dat de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) afspraken tussen ziekenhuizen onderling moet gaan toetsen op ziektebeeldniveau in plaats van ziekenhuisniveau. Gaat de NMa dit doen en zo ja, hoe precies?

In de paragraaf facilitaire herindeling zorglandschap wordt gesproken over de oprichting van een herstructureringsfonds. Wie wordt precies gecompenseerd bij de versnelde afschrijving van capaciteit? De stichting die eigenaar is van het ziekenhuis? De financiële instelling die het ziekenhuis geld heeft geleend? Het personeel dat op zoek moet naar een andere baan? Hoe groot zal dit herstructureringsfonds naar verwachting zijn? Welke partijen storten een bijdrage in dit fonds? Hoe lang verwacht de minister dat het duurt voordat de verandering van het ziekenhuislandschap echt op gang komt? Hoe lang zal het vervolgens duren voordat de

contouren van het nieuwe ziekenhuislandschap zichtbaar worden? Hoe verhoudt de instelling van het herstructureringsfonds zich tot de Mededingingswet?

De leden van de VVD-fractie vragen de minister hoe zij oordeelt over pogingen van lokale overheden om met garantstellingen en leningen een ziekenhuis in de eigen gemeente of provincie overeind te houden. Wat vindt de minister van de situatie met betrekking tot de Ommelander Ziekenhuis Groep? Vanwege geografische en exploitatietechnische redenen willen zij van locatie veranderen. De provincie geeft geen vergunning af omdat het niet binnen het omgevingsplan past en het een negatieve invloed zou hebben op de regionale economie. Wat vindt de minister van het handelen van de provincie?

Is de minister al in overleg getreden met de NMa en eventueel ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de ruimte die zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben bij de herindeling van het ziekenhuislandschap? Wat is er uit dat overleg gekomen?

De leden van de VVD-fractie waarderen het zeer dat mogelijkheden zijn onderzocht om te komen tot een verfijnder instrument ter vervanging van het macrobeheersinstrument (mbi), maar betreuren het dat er nog geen werkbare alternatieven zijn gevonden. Welke mogelijkheden zijn precies onderzocht en wat zijn de voor- en nadelen van elk van de onderzochte alternatieven? Is de minister van plan om het komende jaar te monitoren in hoeverre de nadelen van het bestaan van het macrobeheersingsinstrument bewaarheid worden? Is de NZa gevraagd mee te denken over een verfijnder instrument? Zo ja, wat was hiervan de uitkomst en zo nee, waarom niet? Zijn in het buitenland ervaringen opgedaan met een soortgelijk macrobeheersingsinstrument als voorgesteld in de brief «Zorg die loont» en zo ja, welke?

Hoe verhouden de voor- en nadelen van de onderzochte alternatieven zich tot de nadelen van het voorgestelde generieke macrobeheersinstrument zoals recent beschreven in het ESB-artikel «Macrobudget ontkracht prijsconcurrentie ziekenhuizen» van Schut, Van de Ven en Varkevisser? Is de minister het eens met de analyse van het genoemde ESB-artikel dat de dreigende inzet van het macrobeheersingsinstrument individuele instellingen prikkelt om vooral via prijsverhogingen de eigen omzet te verhogen?

Kan de minister een reactie geven op de paragraaf «Kostenbeheersing door een macrobudget» op pagina 15 van de CPB Policy Brief 2011/ 06, die eindigt met de vraag of een macrobudget de kosten kan beheersen? Hoe verhoudt de wens om individuele instellingen te prikkelen om in de markt omzetgroei te realiseren zich tot de in het onlangs gesloten hoofdlijnenakkoord uitgesproken ambitie om de groei van de totale uitgaven te besperken?

Uit de analyse in het ESB-artikel blijkt dat het macrobeheersingsinstrument een prikkel tot prijsverhoging geeft. Wat vindt de minister van het idee om deze prikkel om te draaien? Dat zou kunnen door af te spreken dat de 25 procent ziekenhuizen die de laagste prijs per behandeling realiseren uit te sluiten van de korting. Dat prikkelt tot prijsverlaging. Wat vindt de minister van dit idee?

Als het macrobeheersingsinstrument boven de markt hangt zullen individuele ziekenhuizen niet mee willen werken aan specialisatie en daarmee omzetgroei van andere ziekenhuizen. In hoeverre staat het macrobeheersingsinstrument de herindeling van het zorglandschap in de weg?

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

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2020–2015 dat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft gesloten met de Nederlandse Vereniging van

Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFu), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Deze leden steunen het voornemen tot een beheerste uitgavengroei in de zorg te komen, maar is kritisch over het gesloten hoofdlijnenakkoord.

Op de eerste plaats vragen zij wat er gebeurt indien er over het jaar 2012 onverhoopt toch een overschrijding van de 2,5 procent exclusief loon- en prijsbijstelling plaatsvindt. Welke partij draagt de verantwoordelijkheid voor een dergelijke overschrijding? In hoeverre worden verzekeraars, omdat zij in het nieuwe zorgstelsel de regierol op zich zouden moeten nemen, hierop afgerekend? Het hoofdlijnenakkoord zegt dat verschillende partijen verschillende verantwoordelijkheden hebben, maar verbindt hier geen verschillende afrekenmethodes aan. Het hoofdlijnenakkoord stelt enkel dat er een gezamenlijke ambitie is om de uitgaven groei terug te brengen naar een significant lager niveau. Maar waarom is er geen sprake van een resultaatsverplichting? Wie bepaalt of een overschrijding van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) daadwerkelijk het gevolg was van het naleven van de zorgplicht, dus bovencontractuele groei, of het gevolg is geweest van het slecht letten door de zorgverzekeraars op het macro-budget? Het hoofdlijnenakkoord geeft geen enkele analyse hoe het komt dat sinds 2005 de uitgavengroei is gestegen naar trendmatige 6–7 procent nominaal per jaar. Wat zijn volgens de minister de oorzaken en om welke redenen zou het hoofdlijnenakkoord deze oorzaken nu tegengaan? Kan de minister ingaan op de spanning tussen prestatiebekostiging, welke stimuleert tot meer verrichtingen en hogere omzet, en de wens van de minister de collectieve uitgaven in een vastgesteld macrokader te houden? Hebben vrije prestatiebekostiging en een macrokader geen tegengestelde doelen, de eerste meer prestaties door financiële prikkels, de tweede begrenzing van totale kosten?

Het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord stelt dat, als het gaat om de betaalbaarheid, de overheid verantwoordelijk is voor het scheppen van randvoorwaarden zodat zorgaanbieders en zorgverzekeraars als private partijen hun rol in het zorgstelsel kunnen spelen. De NVZ heeft het akkoord ondertekend om de jaarlijkse onzekerheid betreffende de instellingsbudgetten van haar leden te verminderen. Ziekenhuizen ondervinden er hinder van voorafgaande een boekjaar gestimuleerd te worden betere en meer verrichtingen tegen een lagere prijs uit te voeren, maar na het betreffende boekjaar gekort te worden omdat het BKZ is overschreden. Herkent de minister zich hierin? In hoeverre kunnen ziekenhuizen in deze omstandigheden als private partij hun rol in het zorgstelsel spelen? In het overleg over het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat de zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn om binnen de BKZ voor 2012 de ziekenhuizen, Universitair Medische Centra (UMC's), zelfstandig behandelcentra (ZBC's) te contracteren. Om binnen de groeiruimte te blijven zijn een aantal maatregelen in het hoofdlijnenakkoord aangegeven. Deze maatregelen zullen niet voor 2012 en waarschijnlijk ook nog niet in 2012 effect hebben. Deze maatregelen moeten leiden tot vermindering (van de groei) van de zorgvraag en tot kostenbesparing, die dus nog niet in 2012 effect zullen hebben. Zal er in 2012 dan geen grote spanning ontstaan tussen de zorgvraag en het BKZ? De Kamer en de NVZ hebben meerdere malen hun zorgen uitgesproken dat de huidige opzet van het macrobeheersingsinstrument een perverse prikkel kent. Het stimuleert zorgaanbieders de omzet zoveel mogelijk te vergroten, omdat het zorgaanbieders dan relatief goed uitkomt indien achteraf overschrijdingen moeten worden verrekend. In de Kamer is de motie Mulder<sup>1</sup> aangenomen, waarin werd gevraagd om een alternatief macrobeheersingsinstrument. Wat is de stand van zaken ten aanzien van een alternatief voor het macrobeheersingsinstrument? ZN heeft zelf een macrobeheersingsinstrument opgesteld waarmee overschrijdingen gedifferentieerd, gebaseerd op geleverde kwaliteitsprestaties, terugge-

---

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 248, nr. 193.

haald kunnen worden. Dit model is onderschreven door de andere zorgpartijen, waaronder de NVZ. De Kamer heeft nog niet de mogelijkheid gehad hierover met elkaar en de minister van gedachten te wisselen. Kan de minister het voorstel van ZN en haar beoordeling ervan naar de Kamer sturen?

Ervan uitgaande dat de minister in de periode 2012–2015 jaarlijks een maximale uitgavengroei van 2,5 procent goedkeurt en met de veldpartijen afspreekt dit in het boekjaar niet te overschrijden, vragen deze leden of er zo geen sprake is van een nieuw budget- of aanbodsysteem. Een budgetsysteem is eigenlijk waar de NVZ naar op zoek is, omdat het hen de benodigde zekerheid over hun jaarlijkse budget geeft. In het hoofdlijnenakkoord geeft de minister, binnen het financiële kader, ruimte aan veldpartijen om zelf te onderhandelen, zonder dat het kabinet grip heeft op de financieringsstromen van de zorgverzekeraars naar de zorgaanbieders. Hierdoor kan er na een boekjaar sprake zijn van overfinanciering bij ziekenhuizen of overschrijding van het BKZ, waardoor de minister zichzelf gedwongen ziet achteraf in te grijpen met het macrobeheersingsinstrument. Genoemde leden vragen waarom de minister niet expliciet kiest voor een systeem waar in de loop van het jaar de productie afspraken worden vastgelegd zodat al gedurende dat jaar beoordeeld kan worden of de gezamenlijke productieafspraken binnen het voor dat jaar vastgestelde budgettaire blijven. Kan binnen dat systeem niet gewerkt worden met een zogenaamd early warning model waardoor tijdig kan worden vastgesteld of er sprake is van dreigende overschrijdingen? Dit zou het grootste terugkerende probleem in de Nederlandse zorgsector namelijk dat pas (te) laat de overschrijdingen bekend zijn, voor een belangrijk gedeelte oplossen. Is de minister bereid deze gedachtegang in een brief aan de Kamer verder uit te werken?

Zorgaanbieders kunnen op basis van de DOT-opbrengsten en kostprijzen precies uitrekenen wat financieel wel en niet uit kan. Ook de medisch specialisten zijn vastgepind op een groei van maximaal 2,5 procent. Er zal zich op grond van financiële afwegingen een verschuiving van de zorgvraag voordoen van algemene ziekenhuizen naar de UMC's, namelijk de zorgactiviteiten die ook in een algemeen ziekenhuis kunnen plaatsvinden, maar als complex and topreferent worden beschreven, omdat de betreffende DBC's op weg naar Transparantie (DOT's) financieel qua honorarium en/of qua ziekenhuiskosten onvoordelig zijn. Zorgverleners en aanbieders zullen de nieuwe DOT's deels financieel-strategisch benaderen. Zo wordt bijvoorbeeld in een nieuwsbrief van de Vereniging van Heelkunde aangegeven dat bij de vaststelling van de inhoud van de DOT niet de werkelijkheid wordt opgegeven, maar dat de inhoud bepaald wordt of zorgproducten in de toekomst niet meer worden toegerekend aan de chirurg, maar aan spoedeisende hulpartsen (SEH-artsen). UMC's merken nu al een verschuiving van complexe zorg (A-segment) van algemene ziekenhuizen naar UMC's, zeker als deze financieel niet kostendekkend zijn. Hoe beoordeelt de minister deze strategische overwegingen? Is hier in de DOT-scenario's rekening mee gehouden? Blijkt hieruit niet juist hoe onvolledig en onjuist de DOT producten zijn, met name voor de complexere zorg, waardoor UMC's waarschijnlijk onvoldoende vergoeding ontvangen («zwarte gat») en liquiditeitsproblemen krijgen? Hoe kijkt de minister er tegen aan dat uit een eerste evaluatie van de NZa er bij de UMC's een zwart gat (een ongedekte rekening) van 27 procent (€ 540 miljoen) ontstaat door onvolkomenheden in de productiestructuur? Op dergelijke systeemfouten kan niet de 5 procent korting in 2012 in het transitietraject worden toegepast. Heeft de Minister in de aanwijzing aan de NZa voor dit probleem aandacht gevraagd?

De leden van de PvdA-fractie vragen de minister hoe de zij gezamenlijke afspraak van ZN beoordeelt dat er in 2012 geen groei ruimte voor ziekenhuizen is. In het hoofdlijnenakkoord wordt immers uitgegaan van

een jaarlijkse groei ruimte van 2,5 procent. Wat is de ontwikkeling van het ziekenhuisbudget in 2010 en 2011? De overschrijding van 265 miljoen in 2010 is toch al in mindering gebracht (pagina 3)? Zijn het kabinet nieuwe overschrijdingen bekend? Als er geen overschrijding bekend is, is het dan niet voorbarig van ZN om het ziekenhuisbudget op nul vast te stellen? Waarom spreekt de minister een veldpartij als ZN niet aan op deze actie? Het gaat immers niet om een individuele actie van zorgverzekeraars, maar een gecoördineerde actie, welke in strijd is met een competitief marktmodel wat dit kabinet aanhangt. In het hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat de ondertekenende partijen gezamenlijk zouden afstemmen bij het constateren van nieuwe overschrijdingen en hier gezamenlijk oplossingen voor zouden aandragen. Hoe past de gezamenlijke afspraak van ZN binnen dit hoofdlijnenakkoord? In hoeverre komt de rol van verzekeraars als selectief inkoper van zorg uit de verf als ze collectief op de nullijn gaan zitten? De minister heeft afgelopen week op het congres van de zorgverzekeraars gezegd dat zorgverzekeraars zich op winst richten en dus geldelijk moeten worden beloond. De leden van ZN gaven op dezelfde dag aan dat in de premiestelling voor 2012 al rekening was gehouden met overschrijdingen van de ziekenhuiskosten. Dat is toch een vreemde situatie? Verzekeraars zouden de kosten in de hand moeten houden maar wentelen al bij voorbaat de eventuele kostenoverschrijdingen af op de verzekerde. Hoe beoordeelt de minister dit?

De minister gaat ervan uit dat het afschaffen van de macronacalculatie de zorgverzekeraars zal dwingen tot een doelmatiger zorginkoop. Hoe beoordeelt de minister in dat kader de recente uitlating van de voorzitter van ZN dat het afschaffen van de macronacalculatie gepaard gaat met een extra premiestijging van 50 euro? Deelt de minister de mening dat hiermee elke financiële prikkel tot doelmatiger zorginkoop is vervallen? In het hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat partijen in de zorg afspraken maken over het verbeteren van de transparantie in de kwaliteit van geleverde zorg. Genoemde leden vragen waarom de minister hierin geen leidende rol neemt? Transparantie van de kwaliteit van zorgproducten, symmetrische informatie voor patiënt, verzekeraar en zorgaanbieder, was in 2005 immers een randvoorwaarde om marktwerking goed te laten functioneren. Dit kabinet zet sterk in op marktwerking, dan verwachten deze leden dat het kabinet ook een leidende rol neemt in het creëren van de noodzakelijke randvoorwaarden om deze marktwerking te laten slagen. De leden van de PvdA-fractie zijn teleurgesteld dat er wel grote tempo wordt gemaakt met de financiële regelgeving voor marktwerking maar er grote vertraging is als het gaat om de kwalitatieve regelgeving voor marktwerking. Deze leden zijn van mening dat de minister zorgaanbieders moet verplichten kwaliteitsgegevens op vastgestelde indicatoren aan te leveren aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en deze moet publiceren. Op deze wijze is er één goede standaard waarmee zorgverzekeraars selectief zorg in kunnen kopen, wordt de kwaliteit van de zorg transparant en ontstaat er opwaartse competitieve druk tussen zorgaanbieders.

Hoe beoordeelt de minister de recente uitlating van de voorzitter van ZN<sup>1</sup> dat de ziekenhuizen volgend jaar niet meer zorg mogen leveren in verband met de overschrijdingen in voorgaande jaren in relatie tot de opmerking van de directeur van de NVZ dat «er nog echt ruimte is voor groei»?

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

Met belangstelling hebben de leden van de CDA-fractie kennisgenomen van het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015. Het belang van dit akkoord is dat alle partijen, overheid, zorgaanbieders van ziekenhuiszorg en zorgverzekeraars de handen ineen slaan en zich verantwoordelijk voelen voor goede, betaalbare en toegankelijke zorg. Naast de afspraken

---

<sup>1</sup> Trouw, d.d. 28 september 2011.

die al gemaakt waren met de vrijgevestigde medisch specialisten komt met dit hoofdlijnenakkoord de beheersbaarheid van de zorgkosten een stap dichterbij. Dat is niet gemakkelijk, zo lezen genoemde leden in het akkoord. Het is wel zeer de moeite waard om het te proberen, omdat het verleden met het terughalen van overschrijdingen en de controverses die dat opriep zeer onaantrekkelijk was. We staan voor heel grote opgaven waar het de gezondheidszorg betreft. Het perspectief van ontwikkeling van goede gezondheidszorg is positief, maar moet wel passen binnen een beheersbaarheid van zorgkosten. We willen en het een en het ander. Dat vergt moed om hierover afspraken te maken. De leden van de CDA-fractie hebben de volgende vragen en opmerkingen.

Vanwege de zorgplicht is het moeilijk te komen tot een resultaatverplichting, dat is duidelijk. De zorgverzekeraars zullen letten op doelmatige en gepaste zorg en vooral het beginsel «gepast gebruik» hanteren om het volume te beheersen. Is op alle zorgterreinen voldoende bekend wat precies in voorkomende gevallen gepaste zorg is, om hierop in te kopen en wel al in 2012? De vraag naar de consequenties hiervan voor de restitutiepolissen staat wel in het hoofdlijnenakkoord, maar wordt nog niet beantwoord. «Nader bezien» is de gebezigde term. Kan de minister hier nader op ingaan? Komen de zorgverzekeraars binnen afzienbare termijn met een voorstel? Dezelfde vraag stellen genoemde leden ten aanzien van de praktijkvariatie. Is hierover al voldoende bekend voor zorgverzekeraars om aanknopingspunten te hebben voor de contractering?

Partijen zullen aansturen op doelmatig geneesmiddelengebruik. Is er sprake van het risico dat de ziekenhuizen het voorschrijven van bepaalde medicijnen doorschuiven naar huisartsen? Hoe gaat de minister deze mogelijke «substitutie» tegen?

Een gevolg van de afspraken kan zijn dat er capaciteit wordt afgestoten, dat krachten worden gebundeld, dat zorg wordt gespecialiseerd of juist gespreid. De rol van de NMa wordt in het hoofdlijnenakkoord al genoemd. Kan de minister ingaan op de vraag welke ruimte partijen moeten krijgen binnen de mededingingswetgeving en zijn er ook redenen om deze wetgeving aan te passen op onderdelen? Heeft de herinrichting van het zorglandschap ook een verschillende uitwerking voor algemene ziekenhuiszorg of academische zorg? Zo ja, welke?

Ten aanzien van de voorhang macrobeheersinstrument delen de leden van de CDA fractie de mening van de minister dat het noodzakelijk is een stok achter de deur te hebben. Dit is wettelijk vastgelegd en zo hoort het ook. Over de vormgeving van het macrobeheersinstrument hebben genoemde leden nog een paar vragen. De overschrijding wordt, zo stelt de minister, generiek verrekend en de NZa berekent het bedrag dat een individuele instelling moet bijdragen aan deze verrekening. Kan de minister toelichten hoe een ziekenhuis of een ander onder het macrobeheersingsinstrument vallende instelling toch kan groeien? In de brief staat dat de relatieve positie van instellingen in stand blijft. Graag een toelichting van de minister hoe dit dan vorm krijgt.

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

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister en het onderliggende bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015 dat zij heeft gesloten met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFu), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De minister stelt in haar brief dat de afspraken onder meer een volumegroei van 2,5 procent behelzen. Tijdens de plenaire behandeling van de wijziging van de zorgverzekeringswet in verband met de verhoging van het verplicht eigen risico (d.d. 27 september 2011) sprak de minister uit dat zij aanneemt dat de ondertekenaars van het akkoord goed zijn voor

hun handtekening. Genoemde leden vernemen graag hoe deze opmerking zich verhoudt tot de actie van Zorgverzekeraars Nederland, die in strijd met het akkoord, kennelijk uitgaan van 0 procent volumegroei of zelfs een volumekrimp. Gelet op de toenemende (inkoop)macht die de minister de zorgverzekeraars verschafft, nemen de leden van de SP-fractie deze uitspraak serieus. Zij vernemen daarnaast graag hoe de minister haar verantwoordelijkheid ziet ten opzichte van de overige ondertekenaars van het hoofdlijnenakkoord. Opvallend is haar passieve houding in deze materie. Er staan handtekeningen en dat is dan dat, lijkt de houding van de minister te zijn.

Genoemde leden vragen de minister of zij erkent dat zij eindverantwoordelijk is voor de ziekenhuiszorg in Nederland en hoe zij deze verantwoordelijkheid actief invult. Indien de minister van mening is dat de «veldpartijen» onderling de zorg maar moeten regelen, kan zij naar het oordeel van deze leden net zo goed het ministerie opheffen. Kan de minister een reactie geven op de stelling dat de instandhouding en verbetering van een voor de volksgezondheid en welvaart zo vitale voorziening als goede, toegankelijke en bereikbare ziekenhuiszorg een optredende in plaats van weggijkende overheid en een centrale planning op basis van de reële zorgbehoefte van een populatie vereist? Deze leden vinden het ronduit bizar dat de minister vitale medische infrastructuur van ons land afhankelijk wenst te maken van de uitkomst van een belangenstrijd tussen verschillende en in toenemende mate commerciële partijen. Erkent de minister dat het voornaamste marktbelang van een zorgverzekeraar het beperken van zijn schadelast is? Erkent de minister dat privéklinieken er belang bij hebben hun eigen marktaandeel te vergroten en dat dit alleen kan ten koste van de reguliere ziekenhuizen als er tegelijkertijd paal en perk aan de volumegroei moet worden gesteld? De leden van de SP-fractie verlangen dat de minister toelicht waar zij haar vertrouwen op baseert dat marktpartijen met tegenstrijdige belangen, die reeds hebben aangetoond zich weinig aan te trekken van de geplaatste handtekeningen onder het hoofdlijnenakkoord, het belang van de volksgezondheid en de patiënt het beste zullen dienen. Welke onderzoeken, cijfers en rapporten kan de minister overleggen die aantonen dat de door haar gewenste ordening de meeste voordelen biedt voor de burger op korte en lange termijn? Kan de minister op korte termijn de Kamer een overzicht van de publicaties toezenden waarop zij de verwachting baseert dat haar beleid de gewenste vruchten zal afwerpen?

Op welke wijze kan de minister naleving van het hoofdlijnenakkoord afdwingen? Erkent zij dat convenanten waarin «gezamenlijke ambities» worden uitgesproken, niet afdwingbaar zijn? Op welke wijze kan zij vaststellen of de inspanningsverplichting door de ondertekenaars voldoende is nageleefd? Wat is het hoofdlijnenakkoord nu eigenlijk waard?

De leden van de SP-fractie verzoeken de minister om een reactie op het feit dat er de afgelopen jaren een omzetgroei van 7–10 procent heeft plaatsgevonden in de ziekenhuiszorg. Genoemde leden vragen hoe deze realiteit zich verhoudt tot het wensdenken in het convenant waarbij wordt uitgegaan van een maximale stijging van de omzet met 5 procent (2,5 procent volumegroei in combinatie met de prijscompensatie van inflatie, loonkosten e.d.). Kan de minister reageren op de vrees dat een afname van de kwaliteit van zorg en een toename van de wachtlijsten de consequenties zijn? Indien het verslechteren van de kwaliteit en het toenemen van wachtlijsten niet tot de doelstellingen van de minister behoren, hoe onderbouwt zij dan dat dit niet de uitkomst van haar beleid zal zijn?

Deze leden signaleren een aantal tegenstrijdigheden. De leden van de SP-fractie gaan ervan uit dat voor ziekenhuizen de artseneed prioriteit heeft boven alle andere belangen. Mogen zij hier nog steeds van uitgaan? Deelt de minister de opvatting dat ziekenhuizen geroepen zijn om te



zorgen voor zieken en het belang van de patiënt voorop te stellen waarbij andere belangen en afwegingen bijzaak zijn? Indien de minister deze opvatting deelt, vindt zij het dan niet tegenstrijdig dat, als de vraag aan zorg toeneemt met meer dan de overeengekomen 2,5 procent, de ziekenhuizen worden gestraft louter omdat zij hun werk doen en de eed eerbiedigen?

Een andere tegenstrijdigheid die deze leden opmerken, is het door de minister gewenste systeem dat maakt dat ziekenhuizen collectief worden gestraft indien één of enkele van hen een overschrijding heeft. Zij verlangen dat de minister toelicht waarom alle ziekenhuizen een tariefkorting krijgen als slechts één of enkele ziekenhuizen een overschrijding hebben. Vindt de minister het een rechtvaardige uitkomst van haar systeem dat ziekenhuizen die zich keurig aan het convenant weten te houden, de dupe worden van collega's die hier niet in slagen? Tot slot vragen zij een reactie van de minister op de tegenstrijdigheid tussen enerzijds haar wens om meer marktwerking te introduceren en uit te breiden in de ziekenhuiszorg en anderzijds haar wens om de «productie» te beperken. Erkent de minister dat de prikkel om zoveel mogelijk omzet te genereren inherent is aan marktwerking? De leden van de SP-fractie zijn van mening dat het inconsequent is om, als partijen maximale omzet maken zoals in een vrije markt van hen wordt verwacht, hen daarvoor te straffen.

## **II. Reactie van de minister**

### **1. Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord**

#### *Algemeen*

In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord hebben overheid, zorgverzekeraars en zorgaanbieders gezamenlijk de basis gelegd voor meer dynamiek en verdere kwaliteitsverbetering in de ziekenhuiszorg, uitgaande van een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor een beheerste uitgavenontwikkeling. Aan de ambitie van een beheerste uitgavenontwikkeling ligt een stevige inhoudelijke agenda ten grondslag. De hoofdlijnen daarvan betreffen het uitbreiden van de selectieve zorginkoop en het terugdringen van praktijkvariatie, het bewerkstelligen van spreiding en specialisatie, het doorvoeren van substitutie naar de eerste lijn en zelfzorg, het afbouwen van overbodige ziekenhuiscapaciteit, het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen en het verder ontwikkelen van veiligheidsmanagement-systemen.

De achtergrond van deze afspraken is tweeledig. Ten eerste zijn alle betrokken partijen zich bewust van de noodzaak van het realiseren van een trendbreuk in de uitgavengroei in de ziekenhuiszorg. Partijen onderschrijven dat het voortzetten van de uitgavengroei van de afgelopen jaren op termijn onhoudbaar is. Daarbij is er bovendien veel tijd en energie gaan zitten in het telkens weer achteraf redresseren van overschrijdingen en toedelen van kortingen. De onrust die dat mee zich brengt willen we gezamenlijk voorkomen. Een van de doelstellingen van het akkoord is dan ook om maximale duidelijkheid vooraf over de financiële en inhoudelijke kaders te geven, zodat partijen zich met volle overgave kunnen storten op hun kerntaak: het leveren van kwalitatief goede medisch specialistische zorg. Daarmee richt het akkoord het vizier nadrukkelijk op de toekomst.

Ten tweede zijn deze afspraken nadrukkelijk gemaakt in het licht van de eerder dit jaar genomen besluiten over de bekostiging van de ziekenhuiszorg, en dan met name de invoering per 2012 van prestatiebekostiging, de uitbreiding van de vrije prijsvorming en de afbouw van de ex

post-compensaties in de risicoverevening. Ik heb het pakket aan maatregelen uiteengezet in mijn brief Zorg die loont (Tweede Kamer 2010–2011, 32 620 nr. 6). Deze veranderingen zullen een flinke impact hebben op de bedrijfsvoering van zorgaanbieders en verzekeraars. Voor 2012 en 2013 is daarom bewust gekozen voor een transitiefase waarin een overgangsmodel zekerheid zal bieden. Het akkoord is aanvullend bij het creëren van de nodige rust in de sector die behulpzaam zal zijn bij het succesvol doorvoeren van deze veranderingen.

Al met al ben ik erg ingenomen met dit akkoord. Ik ben het van harte eens met de CDA-fractie dat het belang van dit akkoord is dat alle betrokken partijen de handen ineen hebben geslagen en zich verantwoordelijk voelen voor goede, betaalbare en toegankelijke zorg. Met de afspraken die zijn gemaakt met de vrijgevestigd medisch specialisten en ziekenhuizen, resulterend in het beheersmodel medisch specialisten (Tweede Kamer 2010–2011, 29 248 nr. 211) komt met dit hoofdlijnenakkoord de beheersbaarheid van uitgaven in de medisch specialistische zorg daadwerkelijk een stap dichterbij.

Leden van de SP- en de PvdA-fractie hebben enkele vragen gesteld bij de onderlinge verantwoordelijkheden van de partijen die bij het akkoord betrokken zijn en de verplichtingen die zij in het akkoord zijn aangegaan. Ik wil vooropstellen dat het akkoord niets af doet aan de verschillende rollen en verantwoordelijkheden die partijen elk voor zich dragen in het zorgstelsel. Kort en goed: zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het leveren van doelmatige en gepaste zorg, zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk om hun zorgplicht na te komen en de overheid is op systeemniveau verantwoordelijk voor betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Bij systeemverantwoordelijkheid is van een wegzijkende, passieve overheid, zoals de SP-fractie stelt zeker geen sprake. Maar dit model is wel een wezenlijk ander model dan de aanbodregulering die we sinds 2005 steeds meer hebben losgelaten.

Die verantwoordelijkheden, en eventuele eigen particuliere belangen zoals door de SP gememoreerd, sluiten geenszins uit dat partijen vanuit deze fundamenteën een gezamenlijke ambitie kunnen uitspreken voor de richting waarop de ziekenhuiszorg zou moeten gaan, en elkaar ook kunnen aanspreken op de onderscheiden elementen die in het akkoord toebedeeld zijn aan één van de partijen. Dit is tegelijkertijd ook een reden waarom er sprake is van een inspanningsverplichting en geen resultaatverplichting. Alle partijen zullen zich tot het uiterste inspannen om de in het akkoord vervatte resultaten te behalen, met inachtneming van de wettelijke kaders. Vanzelfsprekend wordt de voortgang met betrekking tot de uitvoering van het akkoord periodiek door de betrokken partijen besproken.

De SP-fractie heeft voorts gevraagd om een overzicht van publicaties waarop ik de verwachting baseer dat het kabinetsbeleid de gewenste vruchten zal afwerpen. Ik neem aan dat de leden daarbij doelen op de invoering van prestatiebekostiging gecombineerd met uitbreiding van de vrije prijsvorming. Ik merk daarover op dat in het heroverwegingsrapport over de curatieve zorg is geconstateerd dat het huidige zorgstelsel «stuck in the middle» zit. Om de stijgende kosten in de curatieve zorg in hand te houden moeten we volgens het rapport toe naar een voorzieningenstelsel met gebudgetteerde zorginkoop óf toe naar een verzekeringsstelsel met geprikkelde zorginkoop. Dit kabinet heeft voor de laatste variant gekozen. Het Centraal Planbureau (CPB) heeft in diverse notities vastgesteld dat de invoering van prestatiebekostiging in combinatie met het vergroten van de risicodragendheid bij verzekeraars op lange termijn tot besparingen leidt.

Verschillende fracties hebben gevraagd naar een reactie op de recente brief van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) aan de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) waarin de verwachting wordt uitgesproken dat de feitelijk beschikbare groeirimte voor 2012 nihil is. Ik stel vast dat de inzet van verzekeraars voor 2012 is gebaseerd op de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord met daarin verdisconteerd de verwachte uitgavenontwikkeling van 2010 en 2011. Zoals ik op 28 september jongstleden op schriftelijke vragen van het lid Van der Veen (PvdA) heb geantwoord geven verzekeraars hiermee aan oog te hebben voor de noodzaak van de beheersing van de zorguitgaven. Ik hoop en verwacht dat verzekeraars en zorgaanbieders voor 2012 op het scherpst van de snede zullen onderhandelen, en ik beoordeel algemene uitspraken van koepels over de beschikbare ruimte dan ook vanuit dat perspectief.

Inmiddels hebben partijen de informatie uitgewisseld waarop de brief van ZN is gebaseerd. Ik ga ervan uit dat beide partijen tot consensus zullen komen over de wijze waarop de afspraken die in het hoofdlijnenakkoord zijn gemaakt moeten worden geïnterpreteerd in combinatie met de consequenties van de verwachte realisaties van 2010 en 2011. In dezelfde set antwoorden aan het lid Van der Veen heb ik ook aangegeven waarom de inzet van de zorgverzekeraars niet strijdig is met een competitief marktmodel en met selectief inkopen. Het gaat immers in de brief van ZN over een gezamenlijke interpretatie van hetgeen over de macro groei is afgesproken; het gaat niet om een afspraak om voor ieder ziekenhuis de nullijn te hanteren en ook niet om de nullijn van afzonderlijke DBC's. Binnen de gekozen macro inzet is er volop ruimte voor iedere verzekeraar om zijn inkoopbeleid selectief gestalte te geven en via de combinatie van kwaliteit en doelmatigheid meer zorg voor hetzelfde geld te contracteren.

Daarbij laat ik de VVD-fractie in antwoord weten dat de meest recente cijfers van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de uitgaven in 2010 er niet op wijzen dat het beeld ten tijde van het sluiten van het akkoord dient te worden bijgesteld. Over 2010, op basis waarvan ook de meerjarige doorwerking wordt bepaald, lijken naar de huidige inzichten geen aanvullende structurele tegenvallers op te treden.

De PvdA-fractie vraagt zich af of de in het hoofdlijnenakkoord afgesproken maatregelen wellicht niet tijdig effect sorteren en of er daardoor in 2012 niet een grote spanning dreigt tussen de zorgvraag en het Budgettair Kader Zorg. Laat ik in antwoord daarop vooropstellen dat partijen elkaar hebben gevonden in het streven naar een beheerste uitgavengroei. Daarmee is er een gezamenlijke urgentie om snel werk te maken van de aangekondigde maatregelen. Vanzelfsprekend nemen sommige maatregelen tijd in beslag, zoals bijvoorbeeld het bewerkstelligen van spreiding en specialisatie. Tegelijkertijd stel ik vast dat de zorgverzekeraars het opzetten van een herstructureringsfonds ter hand hebben genomen. Daar staat bovendien tegenover dat voor andere maatregelen er al veel handvatten zijn om snelle en concrete resultaten te bereiken. Dit geldt onder meer voor gepast gebruik, waarop ik later in deze reactie specifiek zal terugkomen.

Ten slotte, juist omdat het om concrete maatregelen gaat met aantoonbare resultaten is er zeker geen sprake van wensdenken in het akkoord, zoals door de SP-fractie wordt gesuggereerd. Een trendbreuk in de uitgavengroei is daadwerkelijk binnen handbereik, getuige de handtekeningen van alle betrokkenen. En precies omdat er nog zoveel winst behaald kan worden op het gebied van doelmatigheid, gepast

gebruik en alle andere maatregelen die in het akkoord zijn afgesproken verwacht ik niet dat er sprake zal zijn van wachtlijsten en een afnemende kwaliteit van zorg, zoals door de SP-fractie wordt gevreesd. Daar komt bij dat in het akkoord expliciet is afgesproken dat binnen het streven naar een beheerste uitgavenontwikkeling zorgaanbieders zich tot het uiterste zullen inspannen om de zorg binnen de Treeknormen te blijven leveren.

#### *Differentiatie*

Diverse fracties hebben gevraagd of het akkoord ruimte laat voor differentiatie tussen goed en slecht presterende zorgaanbieders. Dat is het geval. In het akkoord zijn afspraken gemaakt over de invulling van de voor de jaren 2012 tot en met 2015 *in totaal* voor ziekenhuiszorg beschikbare middelen. Daarbij is uitdrukkelijk de ruimte gecreëerd voor individuele partijen om binnen die kaders maatwerkafspraken met elkaar te maken. Het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord stipuleert nadrukkelijk niet dat iedere zorgaanbieder met 2,5 procent mag of kan groeien. Als bijvoorbeeld een bepaalde zorgaanbieder goede prestaties levert dan kan deze aanbieder daar daadwerkelijk voor beloond worden: het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord biedt de ruimte voor die aanbieder om met de verzekeraar(s) omzetafspraken te maken die voor die individuele aanbieder neer zouden kunnen komen op meer dan 2,5 procent omzetgroei. Voor aanbieders die minder goede prestaties leveren zou op hun beurt sprake kunnen zijn van individuele afspraken met de verzekeraar(s) die lager uit komen dan 2,5 procent omzetgroei. Daarmee gaat er dus een duidelijke stimulans uit van het akkoord om goed te presteren. Wel moet er voor gezorgd worden dat de som van de individuele afspraken passen binnen de totale beschikbare middelen.

#### *Premiestelling verzekeraars*

VVD en PvdA vragen naar de relatie tussen het hoofdlijnenakkoord en de premiestelling door verzekeraars. Van een beperkt aantal verzekeraars is de premie 2012 inmiddels bekend. Van een van deze verzekeraars, DSW, is de onderbouwing van de premiestijging eveneens bekend. In zijn premiestelling is DSW ervan uitgegaan dat er een overschrijding zal plaatsvinden op de kosten ziekenhuiszorg. Het is echter te prematuur om op basis daarvan te stellen dat alle verzekeraars uitgaan van een overschrijding op de kosten ziekenhuiszorg.

Feit is dat de overheid een akkoord heeft gesloten met ziekenhuizen en zorgverzekeraars dat erop neerkomt dat er juist géén overschrijding plaatsvindt in 2012 in de kosten ziekenhuiszorg. Op grond van het akkoord is dan ook de verwachting dat de premiestelling van andere verzekeraars in lijn zal liggen met de raming voor kosten ziekenhuiszorg 2012 conform de begroting.

VWS heeft bij de raming van de nominale premie 2012 rekening gehouden met de in het hoofdlijnenakkoord overeengekomen groei voor de medisch specialistische zorg. VWS is uitgegaan van een stijging van de nominale premie met 11 euro naar 1222 euro. Verzekeraars zijn echter vrij in het vaststellen van de zorgpremie voor hun eigen verzekerden. Weliswaar hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich met het hoofdlijnenakkoord gecommitteerd om zich tot het uiterste in te spannen voor een beheerste groei van de zorgkosten door doelmatige zorginkoop, maar de inspanning tot een beheerste kostengroei op het terrein van de medisch specialistische zorg is niet één op één te koppelen aan de premiestelling van zorgverzekeraars. Bij de premiestelling houden verzekeraars naast de zorgkostenontwikkeling van de medisch specialis-

tische zorg namelijk ook rekening met andere aspecten die invloed hebben op de premiestelling, zoals de zorgkostenontwikkeling van de overige sectoren binnen de cure, beleidsmaatregelen, eventuele opbrengsten uit beleggingen et cetera. Tegelijkertijd zal een verzekeraar rekening houden met de concurrentiepositie en het bedrijfsrisico dat verzekerden overstappen bij een hogere premie. Deze aspecten hebben kunnen elk een neerwaarts of opwaarts effect hebben op de nominale premie van een zorgverzekeraar. Het is dus afwachten hoe hoog de verzekeraars hun premie gaan neerzetten.

### *Gepast gebruik en zorgplicht*

De CDA-fractie vraagt naar de zorgplicht van zorgverzekeraars, in relatie tot het nastreven van gepast gebruik en het terugdringen van praktijkvariatie. Om te beginnen hecht ik eraan op te merken dat het niet zo is dat de zorgplicht en volumebeheersing met elkaar op gespannen voet staan. Gepast gebruik is het terugdringen van onnodige en ondoelmatige zorg (praktijkvariatie kan een signaal zijn dat sprake is van ongepast gebruik van zorg), en dit draagt in veel gevallen ook bij aan een betere kwaliteit van de zorg. Dit uitgangspunt van gepast gebruik ligt ook besloten in de zorgverzekering die recht geeft op zorg voor zover de verzekerde daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

In 2010 hebben de zorgverzekeraars ten behoeve van de zorginkoop gezamenlijk afspraken gemaakt over de kwaliteit van vier specifieke aandoeningen/behandelingen (colorectale kanker, nierdialyse, ParkinsonNet en bariatrische chirurgie). Het belang van indicatoren, auditing en de daaraan te verbinden consequenties, certificering, innovatieve organisatievormen, indicatiestelling en praktijkvariatie speelden daarbij een rol. Daarnaast voeren bijna alle verzekeraars bepaalde vormen van voorkeursbeleid, op basis waarvan bepaalde zorginstellingen niet meer worden gecontracteerd voor bepaalde behandelingen. Daarbij baseren de zorgverzekeraars zich op indicatoren met betrekking tot de kwaliteit van de geleverde zorg die onder meer zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en bestaande richtlijnen voor kwaliteit.

In het hoofdlijnenakkoord zijn afspraken gemaakt over gepast gebruik en ongewenste praktijkvariatie. Het verbeteren van de transparantie in de kwaliteit van de geleverde zorg moet daaraan een bijdrage leveren. Ook hebben verschillende partijen waaronder ZN en de artsenfederatie KNMG onlangs het Convenant Gepast Gebruik gesloten. Zij hebben daarin veertien concrete gevallen gedefinieerd waarin gepaster gebruik van zorg mogelijk is. Het doel is om in die gevallen tot gepaster gebruik van zorg te komen met behulp van acties op het gebied van verzekering, financiering, toezicht, richtlijnen, onderzoek, informatievoorziening en voorlichting.

De bovenstaande initiatieven tonen onder meer aan dat er al een heleboel kennis beschikbaar is over gepast gebruik van zorg en de signaalfunctie van praktijkvariatie. De bal ligt nu bij de zorgverzekeraars en zorgaanbieders om deze lijn voort te zetten. In navolging op het hoofdlijnenakkoord dienen zij te komen tot een gezamenlijk programma, waarin de afspraken uit het akkoord worden uitgewerkt. Daarbij zal, zoals uit het akkoord blijkt, onder meer moeten worden ingegaan op het ontwikkelen van landelijke richtlijnen en kwaliteitsindicatoren, best practices ten aanzien van gepast gebruik en het terugdringen van praktijkvariatie (ten behoeve van de contractering), bevorderen van substitutie van dure tweedelijnszorg door goedkopere eerstelijnszorg, en ook het beter gebruik maken van de beschikbare gegevens waaronder de bij verzekeraars beschikbare declaratiegegevens. Wanneer zorgverzekeraars en zorgaanbieders deze lijn voort zetten zal dit ook ten goede komen aan de zorg die

wordt vergoed op basis van restitutiepolissen. Overigens vormen restitutiepolissen een duidelijke minderheid van de contracten die worden gesloten voor de basisverzekering, en sluiten zorgverzekeraars zelfs bij restitutiepolissen contracten af met zorgaanbieders voor bepaalde vormen van zorg.

### *Transparantie*

De leden van de PvdA-fractie hebben het overigens bij het rechte eind als ze stellen dat transparantie van kwaliteit een voorwaarde is voor marktwerking. Uit producten zonder specificatie van de kwaliteit is het moeilijk kiezen. Niettegenstaande de eerder gememoreerde initiatieven is er de afgelopen jaren op transparantie van kwaliteit in het algemeen te weinig voortgang geboekt. Om deze reden heb ik in mijn brief Totstandkoming Nationaal Kwaliteitsinstituut voor de zorg (TK 2010–2011, 32 620 nr. 14) aangegeven dat ik voornemens ben een kwaliteitsinstituut voor de zorg op te richten. Een van de taken van het kwaliteitsinstituut is het inzichtelijk maken van kwaliteit van zorg zodat patiënten kunnen kiezen, zorgverzekeraars kunnen inkopen en afrekenen en de IGZ toezicht kan houden.

### *Herstructureringsfonds*

De VVD vraagt naar de precieze invulling van het herstructureringsfonds dat in het akkoord genoemd wordt. Het beoogde herstructureringsfonds kan een belangrijke bijdrage leveren aan de herinrichting van het zorglandschap. Een dergelijk fonds kan namelijk de concentratie en spreiding van zorg en zo nodig de afbouw van niet-noodzakelijke capaciteit financieel faciliteren. Zorgverzekeraars hebben het initiatief voor de oprichting van het fonds genomen; de overheid heeft daar nadrukkelijk geen actieve rol in. Ik heb van ZN begrepen dat de focus van het fonds in eerste instantie gericht zal worden op de herstructurering van de acute zorg en met name de spoedeisende hulp. Zorgverzekeraars zijn momenteel druk bezig met de uitwerking van het herstructureringsfonds, onder andere de opzet, de financiering van en de bestedingen uit het herstructureringsfonds. Ik kan daarom op dit moment niet vooruitlopen op deze complexe, nadere invulling en de relatie tot de Mededingingswet. Zorgverzekeraars hebben al wel een indruk gegeven van de omvang van het herstructureringsfonds: zij gaan voorlopig uit van een bedrag in de orde van grootte van 100 miljoen euro. Het fonds zal uit de eigen middelen van zorgverzekeraars worden gefinancierd.

### *Mededinging*

Een aantal fracties heeft nadere vragen gesteld over de in het hoofdlijnenakkoord gememoreerde herindeling van het zorglandschap en spreiding en specialisatie in relatie tot mededingingsaspecten. Voor de antwoorden op deze vragen verwijs ik naar de binnenkort te verschijnen brief over mededinging.

## **2. Macrobeheersinstrument**

### *Algemeen*

In mijn brief Zorg die loont heb ik aangegeven dat bij een eventuele toepassing van het macrobeheersinstrument het te heffen bedrag generiek zal worden verdeeld op basis van het marktaandeel van zorgaanbieders. Ik heb deze lijn herhaald in het AO van 6 april 2011 (TK 2010–2011, 29 248 nr. 206). Tijdens het VAO op 14 april 2011 heeft uw Kamer de motie Mulder c.s. aangenomen, die de regering verzoekt te

bezien of een verfijnder alternatief instrument dan het (generieke) macrobeheersinstrument mogelijk is en, zo ja, het macrobeheersinstrument op dat moment daardoor te vervangen. In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord is hierop aansluitend afgesproken dat de partijen over de vormgeving van het macrobeheersinstrument met elkaar in overleg gaan en dat daarbij de mogelijkheid van gedifferentieerd korten wordt onderzocht in relatie tot de oorzaken van de overschrijding. Verderop licht ik toe wat dit overleg heeft opgeleverd.

Een aantal fracties (PvdA, SP) stelt de vraag of het niet zo is dat ziekenhuizen die goed presteren, en daardoor in staat zijn groei te realiseren, hinder ondervinden dan wel gestraft worden indien zij bij een macrooverschrijding achteraf met een korting te maken krijgen. In reactie op deze terechte vragen wil ik allereerst aangeven dat de werking van het macrobeheersinstrument vergelijkbaar is met die van de huidige systematiek van budgetkortingen. Ook in de afgelopen jaren is sprake geweest van kortingen achteraf. De ziekenhuizen hebben hier inderdaad last van gehad omdat kortingen direct effect hebben op de exploitatie. Ook is de vraag welke gedragseffecten hier uit voort kunnen vloeien (verderop ga ik daar nader op in, in reactie op vragen van de VVD). Mijn stelling is evenwel dat het achterwege laten van het macrobeheersinstrument als kortingsinstrument niet de goede oplossing is. Ik heb eerder met uw Kamer gesproken over het macrobeheersinstrument. Daarbij heb ik mogen constateren dat geen enkele fractie betwist dat het kabinet uit hoofde van zijn eindverantwoordelijkheid voor de collectieve uitgaven over instrumenten dient te beschikken om de beheersing van die uitgaven te kunnen waarborgen. Ik zie het macrobeheersinstrument als een noodzakelijk instrument gezien deze eindverantwoordelijkheid.

Tegelijk is dit macrobeheersinstrument echt een *ultimum remedium*. De maatregelen die ik heb genomen om vooraf overschrijdingen te voorkomen, illustreren dit. Zoals u weet heb ik op het vlak van de risicodragendheid van verzekeraars verder stappen gezet. Daardoor worden verzekeraars sterker geprikkeld om met de inkoop binnen het beschikbare kader te blijven en zorg doelmatig in te kopen. Daarnaast heb ik in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord afspraken met partijen vastgelegd over het beschikbare macrokader in relatie tot de maatregelen die hiervoor nodig zijn. Partijen hebben zich vóóraf gecommitteerd aan dit macrokader en aan het nemen van de maatregelen die nodig zijn om binnen de beschikbare ruimte te blijven. Hiermee wordt de kans dat het kabinet het macrobeheersinstrument uit de kast moet halen tot een minimum beperkt.

Als toch sprake is van overschrijdingen zal het macrobeheersinstrument van toepassing zijn. Een werkbaar macrobeheersinstrument, en dus ook een eventueel alternatief voor de voorgenomen generieke toepassing, dient aan verschillende eisen te voldoen: het instrument moet vanzelfsprekend in de eerste plaats de macrobeheersbaarheid waarborgen, maar zal ook getoetst moeten worden op juridische houdbaarheid, uitvoerbaarheid en de uitwerking op microniveau.

Ik merk daarover voorts richting de VVD-fractie op dat ik niet bekend ben met ervaringen in het buitenland met een soortgelijk macrobeheersinstrument. Vanwege verschillen in zorgsystemen tussen landen zijn dergelijke vergelijkingen overigens inherent lastig.

### *Werking macrobeheersinstrument*

Over de diverse vragen over de wijze waarop individuele instellingen kunnen groeien als er sprake is van een macrobeheersinstrument en afspraken over de totale uitgavengroei in het hoofdlijnenakkoord, en de vraag of er geen spanning bestaat tussen prestatiebekostiging en het handhaven van een macrokader, nog het volgende. Ten eerste stel ik vast dat de macroruimte elk jaar blijft groeien. Individuele zorgaanbieders kunnen ook onder het macrobeheersinstrument omzetgroei blijven nastreven. Dit draagt bij aan de dynamiek die de kwaliteit en doelmatigheid van het zorgaanbod alleen maar zal bevorderen: als een instelling goede prestaties levert dan is er binnen de kaders van het hoofdlijnenakkoord én met de generieke werking van het macrobeheersinstrument ruimte om maatwerkafspraken te maken voor meer dan wel minder dan gemiddelde groei.

Ook de vormgeving van het macrobeheersinstrument, waar de CDA-fractie, naar vraagt, laat deze dynamiek in stand. In mijn brief van 15 juli 2011 heb ik de werking van een generiek macrobeheersinstrument beschreven: voorafgaand aan elk jaar wordt een macrokader vastgesteld voor de zorg geleverd door instellingen van medisch specialistische zorg. Na afloop van het jaar wordt de uitgavenrealisatie bepaald. De realisatie van de uitgaven en het macrokader worden dan met elkaar vergeleken. Als hieruit een overschrijding blijkt zullen partijen, zoals in het hoofdlijnenakkoord is afgesproken, hierover in overleg treden. Daarbij zal worden gekeken naar de aard en omvang van de overschrijding. Het hoofdlijnenakkoord geeft vervolgens aan dat de minister van VWS het macrobeheersinstrument zal inzetten indien dat overleg geen tijdige en volledige overeenstemming oplevert. In dat geval zal het te redresseren bedrag van de overschrijding generiek worden verdeeld over de instellingen, wat betekent dat elke instelling eenzelfde kortingspercentage krijgt opgelegd. Een instelling die een hoger groeipercentage heeft gerealiseerd dan het generieke kortingspercentage kan derhalve groeien. Hierop wordt gedoeld met de opmerking dat de relatieve positie tussen instellingen in stand blijft bij generieke toepassing van het macrobeheersinstrument.

De suggestie van de VVD dat het macrobeheersinstrument de herindeling van het zorglandschap in de weg zou staan, omdat individuele ziekenhuizen niet zouden mee willen werken aan specialisatie en daarmee omzetgroei van andere ziekenhuizen, deel ik niet. Het hoofdlijnenakkoord, waarin zekerheid vóóraf wordt gecreëerd over de in totaal beschikbare middelen voor ziekenhuiszorg, onderstreept nog eens dat het macrobeheersinstrument echt een *ultimum remedium* is. Herindeling van het zorglandschap zal één van de maatregelen zijn die bij zal dragen aan een trendbreuk in de groei van de zorguitgaven, zoals ook in het hoofdlijnenakkoord staat aangegeven.

De keuze voor specialisatie door een individueel ziekenhuis hangt natuurlijk niet alleen af van de vraag of andere ziekenhuizen daar wellicht garen bij zullen spinnen. Ziekenhuizen kunnen er juist zelf voor kiezen om zich te specialiseren in die behandelingen waar zij goed in zijn en andere behandelingen niet langer uit te voeren, bijvoorbeeld omdat ze de noodzakelijke minimumnormen niet halen.

### *ZN-alternatief<sup>1</sup>*

Na overleg met het veld is één alternatief voorstel als mogelijk haalbare optie naar voren gekomen. Ik heb de NZa verzocht een uitvoeringstoets uit te voeren met betrekking tot dit voorstel, dat primair vanuit ZN is gedaan als alternatief voor het generieke macrobeheersinstrument. De NZa heeft deze uitvoeringstoets inmiddels opgeleverd. De uitvoerings-

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.



toets en het voorstel van ZN vindt u als bijlage<sup>1</sup> bij deze brief. Samen-  
vattend constateert de NZa dat het alternatieve voorstel op dit moment  
een aantal belangrijke praktische en juridische bezwaren oproept. Het  
voorstel van ZN draait om het verbinden van financiële consequenties aan  
het (wel of niet) contracteren van zorg binnen de beschikbare middelen.  
Daar is tijd voor nodig, en gezien het krappe tijdsplan tot 1 januari 2012 en  
de nog lopende onderhandelingen over de contractering acht de NZa het  
specifieke voorstel van ZN niet haalbaar voor 2012. Voor 2013 en verder  
zouden deze en eventuele andere varianten nog verder kunnen worden  
verkend.

Ik deel deze analyse, en ben daarom met de NZa van mening dat voor  
2012 het generieke macrobeheersinstrument in stelling zou moeten  
worden gebracht, maar ook dat alternatieven voor 2013 nader moeten  
worden verkend.

Voor 2012 houdt dit in dat ik vooraf het beschikbare kader aangeef. Of het  
macrobeheersinstrument daadwerkelijk tot kortingen leidt, zal pas  
achteraf blijken. Ik verwacht dat met het ondertekenen van het hoofdlij-  
nenakkoord de daadwerkelijke inzet niet nodig zal zijn. Ik ben voornemens  
na afronding van de voorhangprocedure in uw Kamer en in de Eerste  
Kamer een aanwijzing over het macrobeheersinstrument met deze  
strekking aan de NZa te sturen.

#### *Reactie op ESB-artikel Schut c.s. en CPB Policy Brief*

De VVD vraagt of ik de analyse deel van Schut c.s. in hun ESB-artikel dat  
de dreigende inzet van het macrobeheersinstrument individuele instel-  
lingen zal prikkelen om vooral via prijsverhogingen de eigen omzet te  
verhogen. Ik onderschrijf dat de dreiging van de inzet van het macrobe-  
heersinstrument instellingen er toe kan aanzetten om hun bedrijfsvoering  
aan te passen om een eventuele korting op te kunnen vangen. Die prikkel  
verschilt overigens niet van de huidige dreiging van budgetkortingen.  
Instellingen zullen proberen om een zodanig financieel resultaat te halen  
dat zij een verwachte korting kunnen opvangen. Echter, dat kan tot diverse  
gedragsreacties leiden, waarvan prijsverhoging er slechts één is.  
Instellingen kunnen bijvoorbeeld ook proberen het volume verhogen of de  
efficiency te verbeteren.

Ik stel bovendien vast dat er diverse manieren zijn om mogelijk  
ongewenste gedragseffecten zoals ondoelmatige prijsverhogingen en  
volumestijgingen tegen te gaan en om doelmatigheidsverbeteringen te  
bevorderen. Zo beperkt mededingingstoezicht de mogelijkheden tot  
concurrentiebeperking en daarmee ook de mogelijkheden tot prijsop-  
drijving via een inperking van de concurrentie. Door transparant te maken  
in hoeverre ziekenhuizen richtlijnconform handelen krijgen verzekeraars  
en ziekenhuizen bovendien zelf een instrument in handen om aanbodegeïn-  
duceerde vraag tegen te gaan.

Verder, en dat is cruciaal, wijs ik erop dat verzekeraars risico lopen over  
prijs- en volumeontwikkelingen in de zorguitgaven, en zij dus een  
financieel belang hebben om aanbodegeïnduceerde vraag en prijsverho-  
gingen tegen te gaan. Om de prikkel te vergroten heeft het kabinet ervoor  
gekozen om de ex post-compensaties in de risicoverevening verder af te  
bouwen in de komende jaren, juist om de *countervailing power* van de  
verzekeraars te versterken.

Ten slotte moet worden bedacht dat er in de huidige situatie ook al sprake  
is van een combinatie van vrije prijsvorming (B-segment) en een  
macrobudget. De in het artikel beschreven opwaartse prijs-spiraal is in de  
huidige marktsituatie niet zichtbaar; de recente NZa-marktscans laten zien  
dat de prijsontwikkeling in het B-segment gematigd is. Deze periodieke

---

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informa-  
tiepunt Tweede Kamer.

marktscans zal ik blijven hanteren als monitoringinstrument voor de algehele prijsontwikkeling, om daarmee tevens de mogelijke effecten in de praktijk van het macrobeheersinstrument op die prijsontwikkeling in de gaten te houden.

De VVD vraagt voorts wat ik vind van het idee om af te spreken dat de 25 procent ziekenhuizen die de laagste prijs per behandeling realiseren uit te sluiten van een eventuele korting. Dat zou volgens de VVD-fractie prikkelen tot prijsverlaging. Een dergelijk systeem zou inderdaad tot gevolg kunnen hebben dat ziekenhuizen lagere prijzen gaan afspreken. Vraag is wel of je een dergelijke prikkel alleen tot de afgesproken prijzen zou moeten beperken. Immers, het beperken van (onnodig) volume is eveneens van groot belang. Daarbij is bovendien de vraag of lage prijzen een wenselijke maatstaf zijn om gedifferentieerde kortingen op te leggen. Hogere prijzen kunnen immers ook het gevolg zijn van het leveren van betere, kwalitatieve zorg. Denk aan innovaties waarbij de prijs (tijdelijk) hoger ligt maar waarbij vervolgcosten sterk worden verminderd (bijvoorbeeld een minder invasieve operatie door gebruik van nieuwe technologie met als gevolg minder complicaties en een lichter nazorgtraject). Bovendien zou er bij een dergelijke systematiek rekening gehouden moeten worden met verschillen in de casemix tussen zorgaanbieders en de relatieve zorgzwaarte van de patiënten. Het is dan de vraag of deze wijze van differentiëren juridisch houdbaar en praktisch uitvoerbaar is. Niettemin zal ik ook deze variant betrekken bij de verkenning voor 2013.

De VVD-fractie heeft tevens gevraagd naar een reactie op een tekstblok in de CPB Policy Brief 2011/06. Naar aanleiding hiervan zou ik graag een misvatting ophelderen, als zou er sprake zijn van de invoering van een macrobudget bij de invoering van prestatiebekostiging. Wij kennen immers sinds jaar en dag het budgettair kader zorg (BKZ) dat een kader schept voor de totale zorguitgaven (en waarvan een bedrag kan afgeleid worden dat beschikbaar is voor de totale ziekenhuisuitgaven). Het BKZ dient, tezamen met de andere ijklijnen in de Rijksbegroting, om de collectieve uitgaven te beheersen en het huishoudboekje van de overheid op orde te houden. Dit alles met de bedoeling om de kosten van de zorg, tot uiting komend in de premie, ook voor de burger betaalbaar te houden. Vanzelfsprekend ligt, zoals ik eerder aangaf, voor die beheersing de eindverantwoordelijkheid bij het kabinet, een verantwoordelijkheid die te meer klemmt in de transitiefase naar prestatiebekostiging. De invoering van prestatiebekostiging verandert niets aan dit model. Waar het om gaat is dat invoering van prestatiebekostiging en de uitbreiding van prijsvorming zal leiden tot meer dynamiek, binnen de gegeven macrokaders.

Het is overigens opvallend dat het CPB in deze Policy Brief voorbij gaat aan de rol van verzekeraars bij de totstandkoming van afspraken over de prijs, volume en kwaliteit van te leveren zorg. Immers, verzekeraars hebben een belang bij het in de hand houden van de kosten van de zorg, omdat dit gevolgen heeft voor de premie en daarmee hun concurrentiepositie. Het is dus maar zeer de vraag of zorgaanbieders ongestraft strategisch gedrag in eigen voordeel kunnen ombuigen. Daarbij komt, nogmaals, dat alle onderhandelingspartijen zich in het gesloten hoofdlijnenakkoord vóóraf hebben gecommitteerd aan een bepaalde macro uitgavengroei. Van eenzijdige rantsoenering vanuit de overheid is geen sprake.

### 3. Overige vragen

#### *DOT*

De PvdA-fractie heeft een aantal vragen gesteld over de volledigheid en representativiteit van de DOT-productstructuur en mogelijke strategische overwegingen van zorgaanbieders terzake, met name ten aanzien van zorg die overwegend door academische ziekenhuizen wordt geleverd. Met betrekking tot de zorg in academische ziekenhuizen stel ik vast dat de DOT-productstructuur meer rekening houdt met zorgzwaarte dan de bestaande DBC-systematiek. De complexiteit van zorg voor patiënten komt beter tot uiting in de zorgproducten, doordat rekening wordt gehouden met bijvoorbeeld de verpleegduur en de zwaarte van de operaties. Ook zorg die in de huidige DBC-systematiek niet goed tot uitdrukking komt, bijvoorbeeld zorg die in academische ziekenhuizen wordt geleverd, heeft binnen DOT een plek gekregen met behulp van expertproducten. Dit leidt ertoe dat de DOT-zorgproducten de academische zorg beter representeren dan de huidige DBC's.

Daarnaast is het zo dat de DOT-productstructuur continu, en in samenwerking met de zorgaanbieders, wordt verbeterd. In de doorontwikkeling van DOT wordt bijvoorbeeld de mogelijkheid van het registreren van nevendiaagnoses onderzocht, waardoor in het systeem meer rekening gehouden kan worden met multimorbiditeit. Voor 2012 en 2013 geldt een overgangperiode waarin een transitie-model zal worden gehanteerd. DOT zal daardoor in die periode beperkte financiële gevolgen voor zorgaanbieders met zich meebrengen. Door het invoeren van prestatiebekostiging op basis van DOT worden de kosten van de zorg die door academische ziekenhuizen geleverd wordt beter zichtbaar. Dit maakt verdergaande stappen in een passende bekostiging mogelijk.

#### *Informatie*

De PvdA-fractie vraagt zich af of dreigende overschrijdingen eerder vastgesteld zouden kunnen worden via een zogenaamd *early warning* model waarin productie-afspraken zijn vastgelegd. Bij de vaststelling van over- en onderschrijdingen gaat VWS nu uit van NZa-gegevens over het budget en de (verwachte) schade op basis van CVZ-cijfers. De daadwerkelijke schade zal voor VWS het aangrijpingspunt blijven op basis waarvan over- en onderschrijdingen kunnen worden vastgesteld. Productie-afspraken zijn afspraken tussen verzekeraars en zorgaanbieders, waarin ik mij zelf niet in wil mengen. Dit is overigens ook één van de juridische aspecten die speelt bij de beoordeling van het ZN-alternatief op de inzet van het macrobeheersinstrument: in hoeverre kunnen bilateraal overeengekomen afspraken tussen instellingen en verzekeraars gebruikt worden om door de overheid opgelegde kortingen op te baseren? De afgesproken ambitie in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord en de afschaffing van de macronacalculatie zullen er wel toe bijdragen dat het budgettair kader bij het maken van productieafspraken tussen partijen meer dan nu leidend zal zijn.

In het hoofdlijnenakkoord zijn ook afspraken gemaakt die kunnen bijdragen aan een verbetering van de informatievoorziening. Daarnaast zal in het kader van de Taskforce Beheersing Zorguitgaven de Tweede Kamer op korte termijn een brief ontvangen waarin een aantal voorstellen zijn opgenomen om de informatievoorziening met ingang van 2013 te versnellen en te verbeteren. Daarin zijn ook voorstellen voor een *early warning* systeem begrepen. De voorstellen van de Taskforce worden nu verder uitgewerkt en in het voorjaar van 2012 zal ik een definitieve

beslissing nemen over de invoering daarvan. Van die beslissing zal ik de Tweede Kamer op de hoogte stellen.

### *Macronacalculatie*

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe ik de uitlatingen beoordeel van de voorzitter van ZN dat het afschaffen van de macronacalculatie gepaard gaat met een extra premiestijging van 50 euro. Tevens vraagt de PvdA-fractie of ik de mening deel dat door de afschaffing van de macronacalculatie elke financiële prikkel tot doelmatiger zorginkoop is vervallen. Ten eerste deel ik de mening dat de afschaffing van de macronacalculatie leidt tot een premieverhoging van 50 euro niet. Het extra kapitaal dat zorgverzekeraars door de verhoging moeten aanhouden bedraagt 720 miljoen euro. Als zorgverzekeraars dit extra kapitaal volledig via de premie zouden financieren leidt dit tot een opwaartse premiedruk van circa 25 euro per verzekerde, ervan uitgaande dat de helft – door de zogenaamde 50/50-regeling – via de inkomensafhankelijke bijdrage wordt opgebracht. Mede gelet op de huidige kapitaliseringsgraad van zorgverzekeraars (de solvabiliteitsratio ligt gemiddeld boven de 200%) verwacht ik echter niet dat dit zal gebeuren.

Door de afschaffing van de macronacalculatie verschuift het financiële risico op overschrijdingen van de overheid naar de zorgverzekeraars. Als gevolg daarvan zullen zorgverzekeraars een sterkere prikkel ervaren de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Overschrijdingen worden immers niet meer gecompenseerd uit het zorgverzekeringsfonds. Ik deel de mening dat elke prikkel tot doelmatige zorginkoop is vervallen dan ook niet. Ik ben van mening dat juist door de afschaffing van de macronacalculatie de financiële prikkels voor doelmatige zorginkoop verder zijn versterkt.

### *Lokale overheden*

De leden van de VVD-fractie hebben mij gevraagd om een beoordeling van pogingen van lokale overheden om met garantstellingen, leningen of andersoortige maatregelen een ziekenhuis in de eigen gemeente of provincie overeind te houden. Ik ben van mening dat het afgeven van een garantstelling of een lening door lokale overheden om een ziekenhuis in de eigen gemeente overeind te houden de eigen verantwoordelijkheid is van die lokale overheden. De gemeenteraad in kwestie zal daarover een politiek oordeel moeten vellen. Daar treed ik niet in. Wel zal ook de Europese Commissie kunnen bezien of er sprake is van staatssteun. Dat is een risico dat lokale overheden zelf moeten afwegen en dragen.

### *Doelmatig geneesmiddelengebruik*

Het CDA vraagt zich ten slotte met betrekking tot doelmatig geneesmiddelengebruik af of er een risico ontstaat dat ziekenhuizen het voorschrijven van bepaalde medicijnen doorschuiven naar huisartsen. Ik zie niet direct aanleiding om te veronderstellen dat er sprake zou zijn van een dergelijk risico. Het is namelijk zo dat die geneesmiddelen die ook door huisartsen voorgeschreven zouden kunnen worden in de praktijk op de polikliniek worden voorgeschreven en niet voor rekening van verzekeraars via het ziekenhuisbudget, maar via het GVS voor rekening van de zorgverzekeraars (extramurale farmacie) komen. Bij deze geneesmiddelvoorschriften is dus feitelijk al sprake van eerstelijnsbekostiging, en er kan dus ook geen sprake zijn van een risico op substitutie van tweede naar de eerste lijn.

Daarnaast zijn er ook behandelingen met geneesmiddelen die voor rekening van het ziekenhuis komen. Het gaat hier om geneesmiddelen die aan opgenomen patiënten worden voorgeschreven dan wel om zieken-

huisgefinancierde specialistische geneesmiddelen, die niet onder het GVS vallen, onderdeel zijn van de ziekenhuisbehandeling en in of buiten het ziekenhuis worden toegepast. Ook hier zijn afspraken over doelmatig voorschrijven denkbaar. Hier is het risico van substitutie naar de huisartsen niet aan de orde.