



# Zorgakkoorden

## Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4

2016



# Zorgakkoorden

## *Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4*

De tekst in dit document is vastgesteld op 5 december 2016. Dit rapport is op 6 december 2016 aangeboden aan de Tweede Kamer.



# Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
1.1	Zorgonderzoek Algemene Rekenkamer	6
1.1	Zorgakkoorden in de curatieve zorg	6
1.3	Ontwikkeling en beheersing zorguitgaven	8
1.3.1	Ontwikkeling zorguitgaven	10
1.3.2	Instrumentarium beheersing zorguitgaven	11
1.3.3	Introductie van zorgakkoorden	13
1.3.4	Zorgakkoorden omvatten deel Zorgverzekeringswet	15
1.4	Aanpak en leeswijzer	16
<b>2</b>	<b>Financiële afspraken</b>	<b>18</b>
2.1	Gemaakte afspraken	18
2.1.1	Afspraken over reële groei	18
2.1.2	Meerjarige financiële kaders	20
2.1.3	Conclusies	22
2.2	Doorwerking financiële afspraken	22
2.2.1	Financieel Beeld Zorg en meerjarige financiële kaders, 2014	24
2.2.2	Financieel Beeld Zorg en macroprestatiebedrag, 2014	25
2.2.3	Financieel Beeld Zorg en financiële plafonds zorgaanbieders, 2014	27
2.2.4	Zorginkoop door zorgverzekeraars bij de MSZ, 2014	28
2.2.5	Verwerking zorgakkoorden in uitgavenramingen 2012–2017	29
2.2.6	Conclusies	31
2.3	Uitgavenontwikkeling 2012–2015	31
2.3.1	Hardheid (voorlopige) realisatiecijfers	31
2.3.2	Uitgavenontwikkeling ten opzichte van financiële plafonds	32
2.3.3	Conclusies	36
2.4	Loon- en prijsontwikkeling in de zorg	36
2.4.1	Belang van loon- en prijsontwikkeling in de zorg	36
2.4.2	OVA-convenant	38
2.4.3	Conclusies	39



<b>3</b>	<b>Inhoudelijke afspraken</b>	40
3.1	Gemaakte afspraken	40
3.1.1	Overzicht inhoudelijke afspraken	40
3.1.2	Samenhang tussen financiële en inhoudelijke afspraken	45
3.1.3	Ex ante inzicht in mogelijke besparingen	45
3.1.4	Drie belangrijke inhoudelijke afspraken	46
3.1.5	Conclusies	49
3.2	Doelmatig voorschrijven	49
3.2.1	Afspraken	49
3.2.2	Financiële resultaten doelmatig voorschrijven	50
3.2.3	Conclusies	52
3.3	K&D-agenda	52
3.3.1	Afspraken in de agenda	52
3.3.2	Voortgang K&D-agenda	53
3.3.3	Financiële resultaten K&D-agenda	56
3.3.4	Conclusies	57
3.4	Substitutie	57
3.4.1	Substitutieafspraken	57
3.4.2	Voortgang substitutieafspraken	58
3.4.3	Financiële resultaten substitutieafspraken	62
3.4.4	Conclusies	64
<b>4</b>	<b>Zorgakkoorden als beleidsinstrument</b>	65
4.1	Positie minister van VWS	65
4.2	Opzet van de zorgakkoorden	66
4.2.1	Waarborgen voor effectiviteit	66
4.2.2	Samenhang tussen de zorgakkoorden	67
4.2.3	Conclusies	69
4.3	Uitvoering van de zorgakkoorden	69
4.3.1	Werkafspraken	69
4.3.2	Functioneren	72
4.3.3	Conclusies	73
<b>5</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	74
5.1	Conclusies	74
5.2	Aanbevelingen	76



<b>6</b>	<b>Bestuurlijke reacties en nawoord Algemene Rekenkamer</b>	<b>79</b>
6.1	Reactie minister van VWS	79
6.2	Nawoord Algemene Rekenkamer	83

## **Bijlagen**

<b>1</b>	<b>Overzicht belangrijkste conclusies, aanbevelingen en reacties</b>	<b>86</b>
<b>2</b>	<b>Partijen zorgakkoorden</b>	<b>88</b>
<b>3</b>	<b>Onderzoeksverantwoording</b>	<b>89</b>
<b>4</b>	<b>Financiële kaders zorgakkoorden</b>	<b>91</b>
<b>5</b>	<b>Mutaties in FBZ door afspraken in de zorgakkoorden</b>	<b>94</b>
<b>6</b>	<b>Afkortingen</b>	<b>96</b>
<b>7</b>	<b>Literatuur</b>	<b>97</b>
<b>8</b>	<b>Eindnoten</b>	<b>104</b>



## 1 Inleiding

### 1.1 Zorgonderzoek Algemene Rekenkamer

De zorg in Nederland moet toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit zijn. De minister van VWS is verantwoordelijk voor het stelsel van wetten en regels voor de zorg dat daaraan bijdraagt. Zij moet beschikken over actuele informatie over het functioneren van het stelsel om tijdig te kunnen bijsturen en het parlement te informeren.

In 2011 zijn wij gestart met de onderzoekreeks *Uitgavenbeheersing in de zorg*. Aanleiding hiervoor was dat de zorguitgaven op dat moment de grootste stijging lieten zien van alle collectieve uitgaven en dat het netto Budgettair Kader Zorg vrijwel permanent werd overschreden. Het doel van de reeks is tweeledig. Wij willen hiermee bijdragen aan verbeteringen in:

- de informatievoorziening over de stijgende zorguitgaven;
- de mogelijkheden die het zorgstelsel biedt om de hoogte van de uitgaven te beïnvloeden.

In de drie reeds gepubliceerde rapporten in de reeks heeft de Algemene Rekenkamer onderzoek gedaan naar:

1. de mogelijkheden van de minister van VWS om de zorgkosten te beheersen (*Uitgavenbeheersing in de zorg*; Algemene Rekenkamer, 2011);
2. de informatievoorziening in de ziekenhuissector (*Transparantie Ziekenhuisuitgaven*; Algemene Rekenkamer, 2013);
3. het beheer van het basispakket (*Basispakket zorgverzekering*; Algemene Rekenkamer, 2015a).

Hiernaast hebben wij in de afgelopen vijf jaar gepubliceerd over onder meer de regionale verschillen in de langdurige zorg, het trekkingsrecht pgb en kwaliteitsindicatoren in de zorg. In het jaarlijkse verantwoordingsonderzoek geven wij een oordeel over de bedrijfsvoering van het Ministerie van VWS.

### 1.1 Zorgakkoorden in de curatieve zorg

Dit is het vierde rapport in de reeks “Uitgavenbeheersing in de Zorg”. Dit deel is gewijd aan de bijdrage van de zorgakkoorden aan de uitgavenbeheersing in de curatieve zorg.

## Curatieve zorg

Curatieve zorg is zorg gericht op behandeling en genezing van (acute dan wel chronische) lichamelijke aandoeningen. Het is de zorg die onder meer door huisartsen en ziekenhuizen wordt geleverd. Ook de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg wordt hiertoe gerekend.

De bekostiging van de curatieve zorg is geregeld in de Zorgverzekeringswet.

Naast de curatieve zorg ('cure') onderscheidt men langdurige zorg ('care'). Deze wordt voor een belangrijk deel geregeld door de Wet langdurige zorg (Wlz). Het kan dan bijvoorbeeld gaan om verblijf in een inrichting. Verder kunnen gemeenten ondersteuning bieden op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

De akkoorden die in dit rapport centraal staan, hebben uitsluitend betrekking op de curatieve zorg.

In de periode 2010-2013 heeft de minister van VWS akkoorden gesloten met vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten.<sup>1</sup> De minister verwachtte van de akkoorden een belangrijke bijdrage aan de uitgavenbeheersing: "Daarnaast zijn in de Hoofdlijnenakkoorden die gesloten gaan worden met de sectoren in de curatieve zorg afspraken gemaakt over beperking van de groeiruimte. Deze ontwikkelingen leiden tot een forse onderschrijding van het BKZ" (VWS, 2013a). In dit onderzoek zoeken wij antwoord op de vraag of die verwachting is uitgekomen.

Tabel 1 toont de zorgakkoorden die we in ons onderzoek hebben betrokken. Korthedshalve hanteren we niet altijd de volledige benaming maar bijvoorbeeld "het MSZ-akkoord van 2013".

**Tabel 1** Akkoorden in de curatieve zorg 2010-2013

Jaar	Volledige benaming
2010	Hoofdlijnen bekostiging vrij gevestigd medisch specialisten transitie 2012-2014
2011	Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015
2012	Convenant huisartsenzorg 2012/2013
2012	Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014
2013	Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017
2013	Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 tot en met 2017
2013	Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017

De tussen 2010 en 2013 gesloten zorgakkoorden bevatten zowel financiële als inhoudelijke afspraken. In het onderzoek voor dit rapport zijn wij nagegaan of en in hoeverre deze afspraken hebben bijgedragen aan de beheersing van de uitgaven in de curatieve zorg.

Daarnaast hebben we onderzocht wat de minister van VWS doet om de effectiviteit van de zorgakkoorden te bewaken en te bevorderen. Als een volgend kabinet zou overwegen nieuwe zorgakkoorden te sluiten, kunnen onze bevindingen en aanbevelingen daarbij van pas komen.

### 1.3 Ontwikkeling en beheersing zorguitgaven

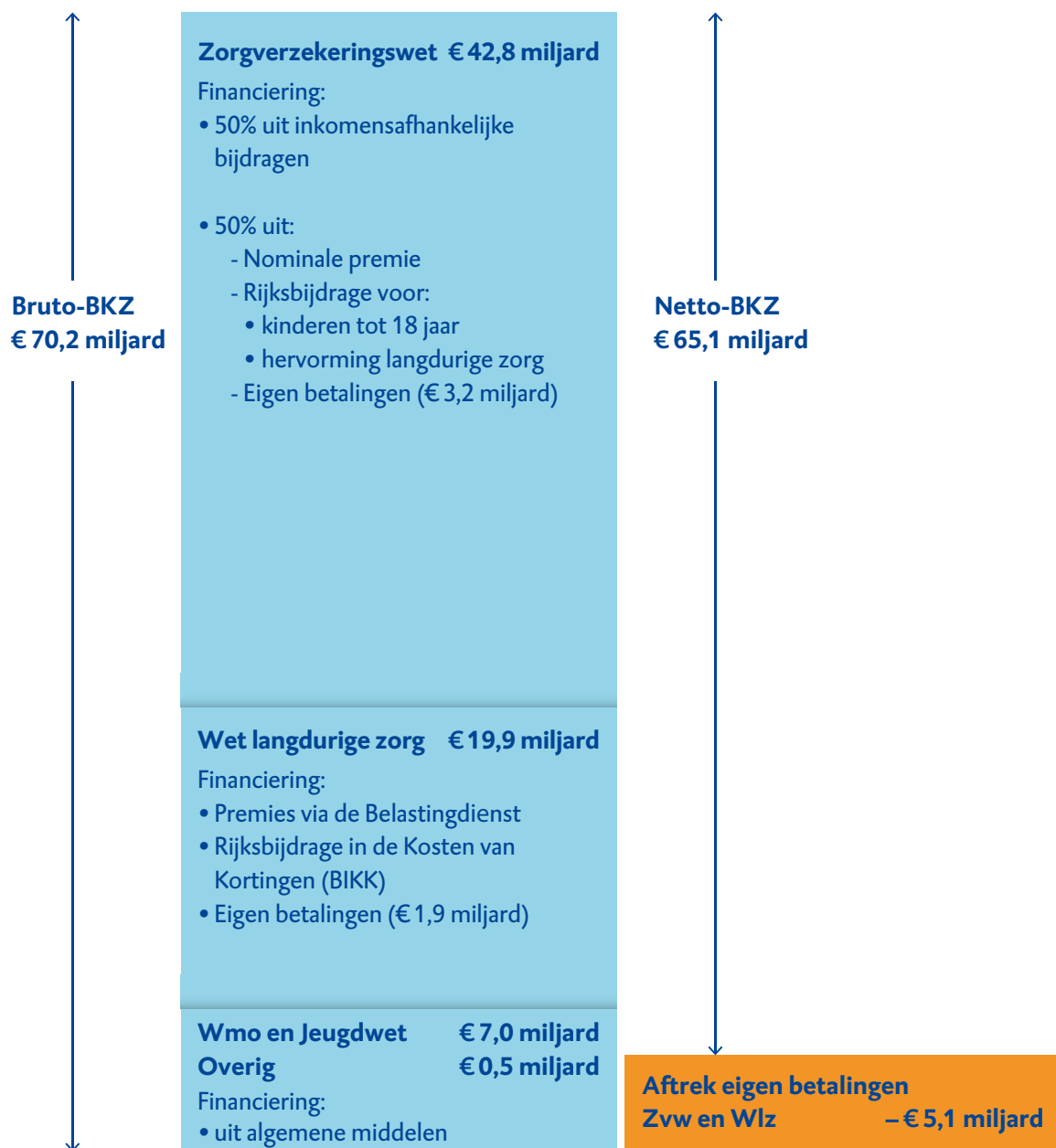
De uitgaven voor de curatieve zorg worden grotendeels gefinancierd met premiegelden (zie verder § 2.2.2) en vallen onder het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Onder dit kader vallen ook de uitgaven aan de langdurige zorg.

Er is een bruto- en een netto-BKZ. Het bruto-BKZ stelt een plafond aan de collectieve uitgaven voor de zorg. De bruto-BKZ uitgaven betreffen het geheel aan zorguitgaven waarvan afgesproken is dat zij onder dit kader vallen. In 2015 ging het om € 70,2 miljard (voorlopig realisatiecijfer, VWS, 2016a). Het netto-BKZ betreft de bruto-uitgaven verminderd met de eigen betalingen van de daadwerkelijke zorggebruikers; in 2015 bedroegen de eigen betalingen € 5,1 miljard (voorlopig realisatiecijfer, VWS, 2016a) (figuur 1). Het netto-BKZ wordt voor de duur van een kabinetsperiode vastgesteld in de startnota van een nieuw kabinet. Gedurende de kabinetsperiode wordt het kader aangepast voor de jaarlijkse prijsstijging. Hiervoor wordt de CPB-raming van de prijsindex van de nationale bestedingen (pNB) gebruikt.

De minister van VWS is ervoor verantwoordelijk dat het netto-BKZ niet overschreden wordt (VWS, 2014b). In het Financieel Beeld Zorg (FBZ), dat samen met de VWS-begroting en het jaarverslag wordt gepubliceerd, rapporteert de minister van VWS over de uitgaven die onder het BKZ vallen. In 2015 bedroegen de netto-BKZ-uitgaven € 65,1 miljard (voorlopig realisatiecijfer, VWS, 2016a).



## Netto-BKZ is bruto-BKZ minus eigen betalingen



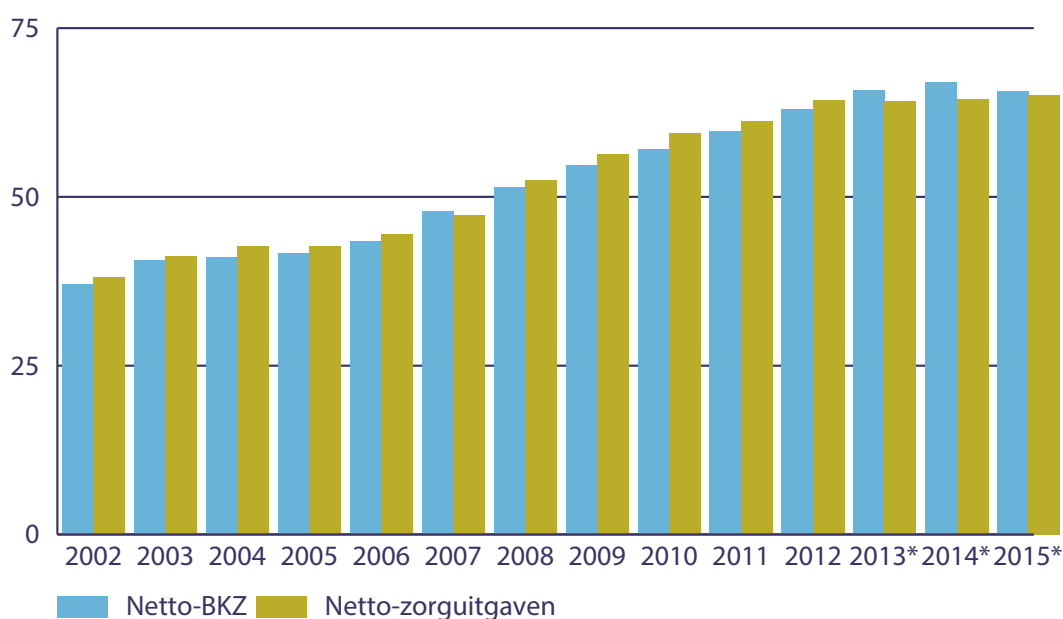
**Figuur 1** Zorguitgaven onder het BKZ 2015<sup>i</sup>

Bron: Jaarverslag 2015 Ministerie van VWS

### 1.3.1 Ontwikkeling zorguitgaven

In de praktijk blijkt de ontwikkeling van de zorguitgaven lastig te beheersen. In het eerste decennium van deze eeuw is de groei van de zorguitgaven versneld en is het vastgestelde BKZ regelmatig overschreden (figuur 2). Voor de jaren 2013–2015 lijkt het erop dat de zorguitgaven binnen het netto-BKZ zijn gebleven (figuur 2). Ook voor 2016 en 2017 verwacht de minister van VWS een onderschrijding (VWS, 2015c).

#### Zorguitgaven tussen 2013-2015 lijken binnen het netto-BKZ te blijven



\* Voorlopige realisatiecijfers

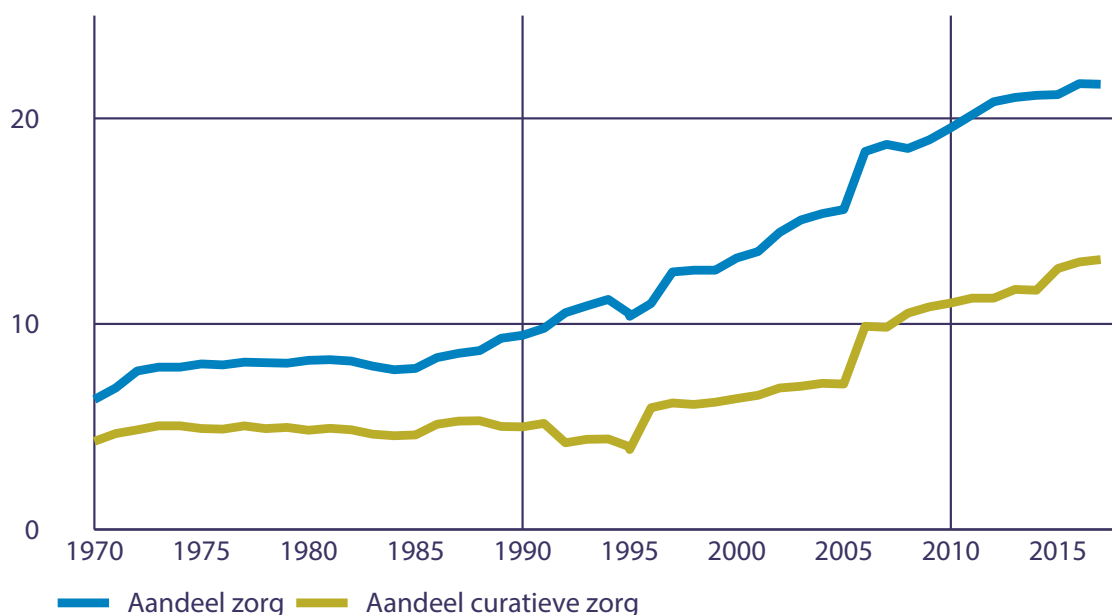
**Figuur 2** Ontwikkeling netto-BKZ en netto-zorguitgaven 2002-2015 (in € miljard)

Bron: begrotingen en jaarverslagen van het Ministerie van VWS.

Het Centraal Planbureau (CPB) verwacht een reële groei van de netto-zorguitgaven tussen 2018-2021 met 3,4% per jaar indien het volgende kabinet geen nieuwe beheersmaatregelen neemt (CPB, 2016a). Ten opzichte van 2017 kan dit een stijging van de reële netto-zorguitgaven inhouden van ongeveer €10 miljard, tot ongeveer €79 miljard in 2021.<sup>2</sup> Het grootste deel van deze groei wordt verwacht in de uitgaven op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De noodzaak van uitgavenbeheersing in de curatieve zorg blijft dan ook onverminderd hoog.

De zorguitgaven in Nederland leggen in toenemende mate beslag op de collectieve uitgaven. In 2002 ging 14% van de totale (bruto) collectieve uitgaven naar de zorg. Volgens de ramingen van het CPB zal dit in 2017 tot 22% zijn gestegen (figuur 3). De uitgaven voor curatieve zorg (vanaf 2006 op grond van de Zvw) laten eenzelfde beeld zien. Deze zullen volgens de prognose stijgen van 7% in 2002 tot 13% in 2017 (CPB, 2016b).

### Procentueel aandeel zorguitgaven in bruto collectieve uitgaven sterk gestegen



**Figuur 3** Procentueel aandeel van de zorg resp. de curatieve zorg in de bruto collectieve uitgaven  
Bron: CPB (2016b)

#### 1.3.2 Instrumentarium beheersing zorguitgaven

De minister van VWS is verantwoordelijk voor de handhaving van het netto-BKZ (Financiën, 2012; VWS, 2013a). Als taakstellende uitgavenraming voor de zorg is het netto-BKZ zelf een eerste instrument om de zorguitgaven te beheersen (Jeurissen, 2016). Bovendien beschikt de minister van VWS, zoals wij reeds in deel één van onze publicatiereeks hebben aangegeven, over verschillende instrumenten en bevoegdheden om het netto-BKZ te handhaven (Algemene Rekenkamer, 2011). Het beheersinstrumentarium van de minister is geregeld in:

- de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
- de Zorgverzekeringswet (Zvw);

- de Wet langdurige zorg (Wlz);
- de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp).

De beheersmaatregelen waar de verschillende zorgakkoorden naar verwijzen, zijn onderdeel van de Wmg en de Zvw. In de Wmg is het instrument ‘begrenzing’ opgenomen. Dit biedt de minister van VWS verschillende mogelijkheden:

1. Voor verschillende (deel-)sectoren binnen de curatieve zorg kan zij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) opdracht geven de maximale omzet vast te stellen die een (deel-)sector in een jaar mag realiseren (het MBI-plafond).
2. Het macrobeheersinstrument (MBI) inzetten. Dit instrument is ingevoerd in 2011. Hiermee legt de minister de zorgaanbieders binnen een (deel-)sector achteraf een korting op wanneer zij hun MBI-plafond hebben overschreden. De overschrijding wordt dan bij alle zorgaanbieders teruggevorderd naar rato van hun marktaandeel. Zie verder § 2.2.3 over de toepassing van het MBI.
3. Tariefmaatregelen nemen. De minister geeft de NZa dan opdracht tarieven, honoraria of budgetten van zorgaanbieders te verlagen. Het verschil met het MBI is dat overschrijdingen niet in het jaar van de overschrijding worden teruggehaald maar in een later jaar.

Op basis van de Zvw kan de minister van VWS daarnaast, in samenspraak met de Tweede Kamer:

4. pakketmaatregelen nemen waarmee het basispakket wordt aangepast. In ons rapport Basispakket zorgverzekering hebben wij overigens geconstateerd dat pakketbeheer als instrument voor het beheersen dan wel terugdringen van de zorguitgaven tot dusverre minder effectief is gebleken;
5. het eigen risico van de verzekerden verhogen;
6. eigen betalingen voor behandelingen invoeren dan wel verhogen.

In ons rapport *Uitgavenbeheersing in de zorg* uit 2011 schreven wij:

“Onze belangrijkste conclusie is dat de minister van VWS over weinig inzicht in de ontwikkeling van de zorguitgaven beschikt en dat zij niet afdoende mogelijkheden heeft om deze tijdig te beheersen. De mogelijkheden die de minister wél heeft, benut ze bovendien niet optimaal. Mede daardoor kan zij haar verantwoordelijkheid voor de betaalbaarheid van de zorg niet voldoende waarmaken.” In haar reactie bestreed de minister deze conclusie. Zij wees onder meer op het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015 dat zij toen net gesloten had met zorgaanbieders en zorgverzekeraars: “In dat akkoord zijn de rollen van de

verschillende partijen uitgewerkt, gekoppeld aan een beheerst groeiscenario” (Algemene Rekenkamer, 2011). Dit is één van de akkoorden die wij in dit onderzoek centraal stellen.

### 1.3.3 Introductie van zorgakkoorden

In de regeerperiode van het kabinet-Balkenende/Bos (februari 2007- februari 2010) ontstond in brede kring bezorgdheid over de groei van de zorguitgaven. Het vastgestelde netto-BKZ werd jaar in, jaar uit overschreden. De bezorgdheid werd mede gevoed door de economische crisis en de verslechterende toestand van de overheidsfinanciën.

In deze jaren hanteerde de minister van VWS ook al uitgavenkaders voor de verschillende sectoren van de curatieve zorg. Deze werden nogal eens overschreden: in 2008 bijvoorbeeld het uitgavenkader voor de vrijgevestigde medisch specialisten, in 2009 en 2010 het kader voor de huisartsen. De voornemens van de minister om de overschrijdingen aan te pakken (door kortingen op de honoraria van de vrijgevestigde specialisten en tariefmaatregelen bij de huisartsen) riepen bij de artsen en brancheorganisaties veel weerstand op, in de vorm van protestacties en rechtszaken.

#### In gesprek over voorgenomen tariefmaatregel

In december 2011 informeerde de minister van VWS de Kamer over de voorgenomen tariefmaatregel bij de huisartsenzorg voor 2012, die nog moest dienen om de overschrijdingen van 2009 en 2010 te compenseren (VWS 2011c). In dezelfde Kamerbrief liet de minister ook weten al enige tijd in gesprek te zijn met de Landelijke Huisartsenvereniging over een samenhangend pakket van afspraken, gericht op het voorkomen van toekomstige overschrijdingen. Gezien het positieve verloop van de gesprekken, gaf de minister aan een handreiking te willen doen en de voorgenomen tariefkorting van € 112 miljoen naar beneden te willen bijstellen met € 14 miljoen. De minister hoopte dat hiermee de rust in de sector zou terugkeren.

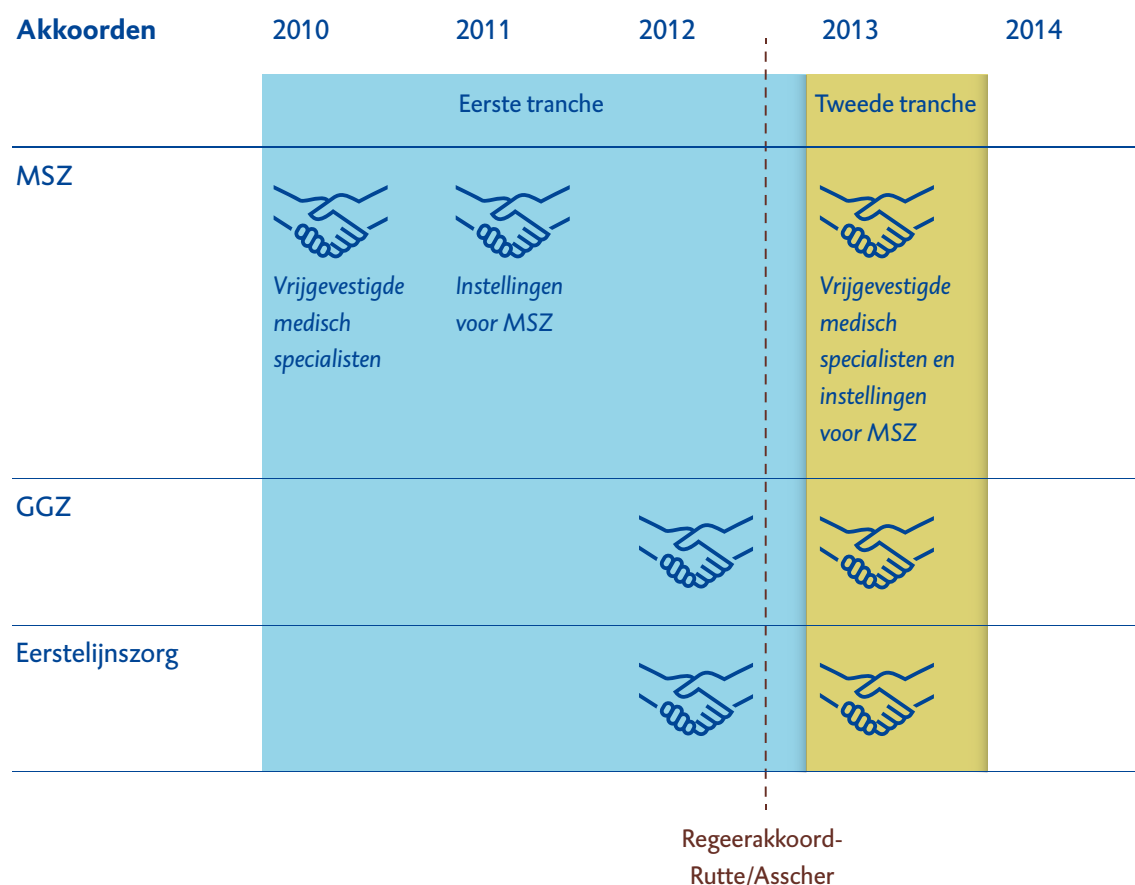
Het is overigens de vraag in hoeverre de tariefmaatregelen de overschrijdingen compenseerden. In 2011, in het eerste deel van de reeks *Uitgavenbeheersing in de zorg*, schreven wij daarover: “Tariefmaatregelen, zoals macrokortingen en efficiencykortingen, zijn onder verschillende namen en berekeningswijzen vooral toegepast bij de ziekenhuizen. Evaluaties of onderzoek naar het effect van de maatregel zijn niet uitgevoerd. Diverse deskundigen zijn van oordeel dat de opbrengst van deze maatregelen twijfelachtig is, onder andere vanwege afwenteling. Het Ministerie van VWS deelt dit oordeel niet, maar kon niet onderbouwen waarom” (Algemene Rekenkamer, 2011).

In 2010 werd een andere weg ingeslagen, in de vorm van akkoorden die in overleg met de veldpartijen en op basis van vrijwilligheid tot stand komen. In december van dat jaar sloot

de minister van VWS met de vrijgevestigde medisch specialisten het eerste van een serie akkoorden in de curatieve zorg (figuur 4). Daarna volgden akkoorden met de ziekenhuizen (2011), de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (2012) en de huisartsen (2012).<sup>3</sup>

In juli 2013 sloot de minister van VWS hernieuwde akkoorden met de koepels van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen (vanaf nu aangeduid als ‘partijen’). Met de vrijgevestigde specialisten en de ziekenhuizen werd nu één gezamenlijk akkoord gesloten. De basis voor de nieuwe akkoorden lag in het regeerakkoord van kabinet-Rutte/Asscher (Kabinet Rutte/Asscher, 2012). De coalitiepartijen spraken daarin af de groei van de zorguitgaven met behulp van akkoorden voor de eerstelijnszorg, de MSZ en de GGZ te willen beperken.

### Tijdljn gesloten zorgakkoorden die we in dit rapport bespreken



**Figuur 4** Tijdljn gesloten akkoorden

Inhoudelijk bouwden de zorgakkoorden uit 2013 (de ‘tweede tranche’) door op de akkoorden uit de periode 2010–2012 (de ‘eerste tranche’). Ten opzichte van het regeerakkoord uit 2012 werden de financiële groeiafspraken nog verder aangescherpt. In de MSZ en GGZ werden deze afspraken bovendien in de tijd naar voren gehaald: terwijl de akkoorden uit de eerste tranche eind 2014/2015<sup>i</sup> zouden aflopen, kwamen de partijen in juli 2013 overeen de tweede tranche al in 2014 te laten beginnen.

De aanscherping van de zorgakkoorden in 2013 hing samen met het intrekken van een maatregel uit het regeerakkoord van het kabinet-Rutte/Verhagen. Beoogd was namelijk een bedrag van €1,2 miljard te bezuinigen op de zorguitgaven door het basispakket van de zorgverzekering te verkleinen; met name behandelingen voor aandoeningen met een lage ziektelast zouden uit het basispakket worden gehaald. Bij nader inzien bleken de gevolgen te ingrijpend en het criterium ‘lage ziektelast’ moeilijk uitvoerbaar te zijn. De minister van VWS koos daarop voor een andere aanpak – met een vergelijkbare besparingsopbrengst – in de vorm van de zorgakkoorden.

Het akkoord met de GGZ-partijen werd in januari 2015 door de minister van VWS als opgezegd beschouwd.<sup>i</sup> De minister was van mening dat de partijen in strijd met de gemaakte afspraken hadden gehandeld door publiekelijk hun bezwaren te uiten tegen de voorgenomen aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet.<sup>4</sup>

#### 1.3.4 Zorgakkoorden omvatten deel Zorgverzekeringswet

De in de periode 2010–2013 gesloten zorgakkoorden hebben niet op het gehele terrein van de Zvw betrekking. De sectoren waarmee de zorgakkoorden zijn gesloten, maakten in 2015 ongeveer 62% uit van de begrote bruto-Zvw-uitgaven en 37% van de begrote bruto-BKZ uitgaven (figuur 5).<sup>5</sup>

## Zorgakkoorden omvatten 37% van de bruto-BKZ-uitgaven



**Figuur 5** Omzetverhouding zorgakkoorden, begrote bruto Zvw-uitgaven en begrote bruto BKZ-uitgaven

### 1.4 Aanpak en leeswijzer

#### Aanpak

Ons onderzoek betreft zowel de financiële als de inhoudelijke afspraken in de zorgakkoorden. Bij de inhoudelijke afspraken hebben we ons beperkt tot de met de MSZ en de eerste lijn gesloten akkoorden; bij de GGZ-akkoorden hebben we alleen naar de financiële afspraken gekeken.

Voor de uitvoering van het onderzoek waren wij afhankelijk van de vrijwillige medewerking van veldpartijen. Dit heeft te maken met de onderzoeksbevoegdheden van de Algemene Rekenkamer zoals vastgesteld in de Comptabiliteitswet, die niet op zorgaanbieders van toepassing zijn. Bovendien bepaalt de Zvw dat de bevoegdheden van de Algemene Rekenkamer niet van toepassing zijn op de besteding van de publieke middelen die de zorgverzekeraars op grond van de Zvw ontvangen.



Voor dit onderzoek hebben we gesproken met onder andere het Ministerie van VWS, de NZa en brancheorganisaties. Voorts hebben we gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Op vertrouwelijke basis hebben we inzage gekregen in bedrijfsinterne rapportages en zorgcontracten. Wij hebben de uitvoeringsfase van het onderzoek afgerond in mei 2016. Voor meer informatie verwijzen we naar bijlage 3.

### Leeswijzer

In hoofdstuk 2 gaan wij in op de financiële afspraken die in de akkoorden zijn gemaakt. Wij kijken naar de verwerking van deze afspraken in het Financieel Beeld Zorg, de doorwerking van de afspraken in de zorginkoop en de feitelijke uitgavenontwikkeling in de periode 2012–2015.

Vervolgens besteden we in hoofdstuk 3 aandacht aan de gemaakte inhoudelijke afspraken. We kijken in het bijzonder naar de resultaten van het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen, de Kwaliteits- en Doelmatigheidsagenda (K&D-agenda) en de substitutieafspraken.

In hoofdstuk 4 beschrijven we de opzet en het functioneren van de zorgakkoorden. Wij gaan hierbij ook in op de vraag hoe de minister van VWS de effectiviteit van het instrument zou kunnen verbeteren.

Onze conclusies en aanbevelingen komen in hoofdstuk 5 aan de orde. We sluiten het rapport af in hoofdstuk 6 met de bestuurlijke reactie van de minister van VWS en ons nawoord.

## 2 Financiële afspraken

Dit hoofdstuk laat zien hoe de financiële afspraken uit de akkoorden doorwerken in de contracten die zorgverzekeraars sluiten met zorgaanbieders en welk effect dit heeft (gehad) op de ontwikkeling van de zorguitgaven. Ook staan wij stil bij enkele punten die het effect van de financiële afspraken zouden kunnen verbeteren.

In § 2.1 beschrijven wij de in de akkoorden gemaakte financiële afspraken. In § 2.2 laten wij voor 2014 zien hoe de financiële afspraken uit de akkoorden doorwerken in de contracten die zorgverzekeraars sluiten met zorgaanbieders in de MSZ, GGZ en eerste lijn.

Het effect van de zorgakkoorden op de uitgavenontwikkeling in de MSZ, GGZ en eerste lijn komt aan bod in § 2.3. Hier gaan wij na of de partijen zich aan de financiële afspraken uit de akkoorden hebben gehouden en beoordelen we het effect daarvan op de ontwikkeling van de zorguitgaven.

In § 2.4 gaan wij in op de invloed van de loon- en prijsontwikkeling op de zorguitgaven. Hierover zijn in de zorgakkoorden geen afspraken gemaakt.

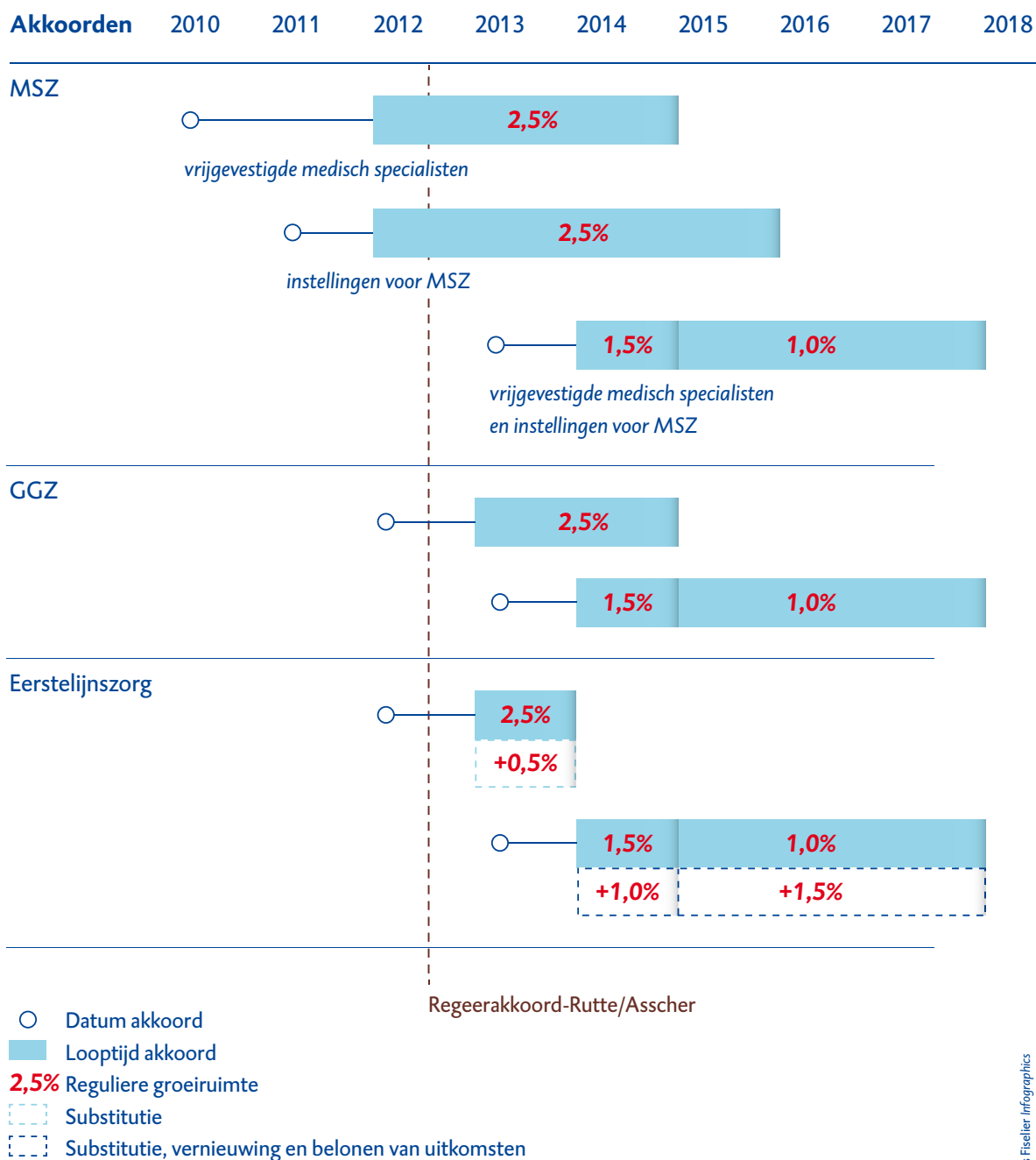
### 2.1 Gemaakte afspraken

In deze paragraaf beschrijven we de financiële afspraken in de zorgakkoorden. Dit zijn afspraken over de maximale jaarlijkse reële groei (§ 2.1.1) en het meerjarige financieel kader (§ 2.1.2) in de betrokken sectoren.

#### 2.1.1 Afspraken over reële groei

In de door ons onderzochte akkoorden hebben de partijen in eerste instantie afspraken gemaakt over de financiën: de jaarlijkse procentuele reële groei van de zorguitgaven. Voor alle sectoren geldt dat de afspraken uit de eerste akkoorden (voor 2012 en 2013) zijn aangescherpt in de akkoorden voor de periode 2014-2017. Figuur 6 geeft hier een overzicht van.

### Verdere verlaging reguliere groeipercentages in tweede tranche zorgakkoorden



Figuur 6 Reële jaarlijkse groei zoals afgesproken in de zorgakkoorden

Naast de overeengekomen reguliere groei heeft de minister van VWS voor de zorg in de eerste lijn extra groeiruimte ter beschikking gesteld ten behoeve van substitutie.<sup>6</sup> In het eerste akkoord stelde de minister van VWS hiervoor 0,5% extra beschikbaar. In het tweede akkoord heeft de minister 1,0% in 2014 en vanaf 2015 1,5% beschikbaar gesteld voor substitutie, innovatie en het belonen van uitkomsten. Deze extra ruimte is niet geormerkt.

### 2.1.2 Meerjarige financiële kaders

In de akkoorden van de MSZ en de GGZ hebben de partijen de overeengekomen reële groeipercentages vertaald in meerjarige financiële reeksen die ook in de akkoorden zijn opgenomen. De financiële kaders hebben we opgenomen in bijlage 4. Begin 2015 heeft de minister van VWS het akkoord met de GGZ opgezegd naar aanleiding van de discussie over de aanpassing van artikel 13 van de Zvw. Dit heeft niet geleid tot een aanpassing van het meerjarig financieel kader voor de GGZ.

In de akkoorden met de eerste lijn is geen meerjarige financieel kader opgenomen. Het Ministerie van VWS heeft het afgesproken groeipercentage vertaald in een meerjarig financieel kader, dat is opgenomen in het FBZ bij de VWS-begroting (zie verder § 2.2).

#### Twee beelden van de groeifspraken

In de MSZ- en GGZ-akkoorden voor de periode 2014-2017 komen de afgesproken groeipercentages (zoals getoond in figuur 6) niet overeen met de groei van de meerjarige financiële kaders die óók in deze akkoorden zijn opgenomen, en die uiteindelijk leidend zijn. Deze discrepantie is het gevolg van andere bezuinigingsmaatregelen uit de regeerakkoorden Rutte/Verhagen en Rutte/Asscher die eveneens in de financiële kaders zijn verwerkt. De *feitelijke* reële groei van de financiële kaders voor 2015–2017 valt daardoor lager uit, zoals tabel 2 laat zien. In de MSZ is er in 2017 zelfs helemaal geen reële groei. Vanwege de jaarlijkse loon- en prijsbijstelling zal er nog wel sprake zijn van nominale groei (zie hiervoor ook § 2.4).

**Tabel 2** Feitelijke reële groei MSZ en GGZ

Sector	Akkoord	2015	2016	2017
MSZ	Onderhandelaarsresultaat Medisch Specialistische Zorg 2014–2017	0,6%	0,6%	0,0%
GGZ	Bestuurlijk Akkoord GGZ 2014–2017	0,9%	0,9%	0,7%

Bronnen: VWS 2013g, VWS 2013j

Wij hebben in ons onderzoek geconstateerd dat de maatregelen uit de regeerakkoorden correct in de financiële kaders zijn verwerkt.

Wat de MSZ betreft zijn de maatregelen in het MSZ-akkoord zelf niet benoemd. Tabel 3 geeft een overzicht van de maatregelen uit de regeerakkoorden en de bijbehorende bedragen.

**Tabel 3** Maatregelen regeerakkoorden verwerkt in financieel kader MSZ 2014-2017 (in € miljoen)

Maatregelen	2015	2016	2017
1. Oploop besparing DOT*, vrije prijzen, ex post			-40
2. Verbetering van de governance		-30	-65
3. Transitie naar integrale tarieven	50	50	50
4. Korting honoraria medisch specialisten	-100	-100	-100
5. Dekking wijkverpleegkundigen	-42	-83	-208
<b>Totaal</b>	<b>-92</b>	<b>-163</b>	<b>-363</b>

\* DOT: DBC's op weg naar transparantie

Bronnen: kabinet-Rutte/Asscher (2012), kabinet-Rutte/Verhagen (2010), VWS 2013g

In het GGZ-akkoord is een maatregel over de wijkverpleging verwerkt uit het regeerakkoord Rutte/Asscher. Deze maatregel is in een voetnoot van het akkoord beschreven.

Doordat de groei van de meerjarige financiële kaders afwijkt van de afgesproken groei-percentages, zijn er twee beelden ontstaan van de financiële afspraken in de MSZ- en GGZ-akkoorden voor de periode 2014–2017. Aan de ene kant staat de correcte, feitelijke groei ruimte van de meerjarige financiële kaders (zie tabel 2) waaraan de minister van VWS en de andere partijen zich hebben gecommitteerd. Aan de andere kant staat het beeld dat de minister van VWS gecommuniceerd heeft in bijvoorbeeld:

- het nieuwsbericht bij de zorgakkoorden. De minister stelt daarin dat: “het groeipercentage van de zorguitgaven verder wordt teruggebracht: naar 1,5% in 2014 en 1% per jaar van 2015 tot en met 2017” (VWS 2013b);
- de beleidsagenda van de VWS-begroting 2014. Daarin stelt de minister: “Voor 2014 gaat het om een verlaging van het groeipad naar 1,5% en voor de jaren 2015 tot en met 2017 gaat het om een verlaging tot 1%-groei per jaar” (VWS, 2013a).

Om ervoor te zorgen dat alle partijen hetzelfde beeld hebben van de feitelijke groeiruumte, stellen de koepelorganisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars jaarlijks, na overleg met het Ministerie van VWS, een 'factsheet zorginkoop' op. Deze verspreiden zij onder hun achterban.

### 2.1.3 Conclusies

De meerjarige financiële kaders in de akkoorden (of in het geval van de eerste lijn in het FBZ bij de VWS-begroting) zijn gebaseerd op de groeiafspraken uit de akkoorden. In de MSZ- en GGZ-akkoorden voor de periode 2014–2017 zijn ook bezuinigingsmaatregelen uit de Regeerakkoorden Rutte/Verhage en Rutte/Asscher in het financiële kader verwerkt. Daardoor ontstaan in de MSZ en de GGZ verschillende beelden van de financiële afspraken.

## 2.2 Doorwerking financiële afspraken

In deze paragraaf beschrijven we hoe de financiële (groei)afspraken uit de zorgakkoorden doorwerken in achtereenvolgens:

- de uitgavenramingen in het FBZ bij de VWS-begroting (2.2.1);
- het macroprestatiebedrag (MPB) voor de zorgverzekeraars (2.2.2);
- de financiële plafonds voor de zorgaanbieders (2.2.3);
- de zorginkoop door de zorgverzekeraars bij aanbieders van MSZ, GGZ en eerstelijnszorg (2.2.4).

## Financiële afspraken zorgakkoorden werken door tot in de contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders

### Zorgakkoorden afgesloten

Ministerie van VWS en koepelorganisaties van:

- Zorgaanbieders
- Zorgverzekeraars
- Patiëntenorganisaties



§ 2.2.1

### Financieel kader doorvertaald in Financieel Beeld Zorg

Ministerie van VWS



§ 2.2.2

§ 2.2.3

### Macroprestatie-bedrag vastgesteld

Ministerie van VWS

### Financiële plafonds vastgesteld

- Ministerie van VWS
- NZa



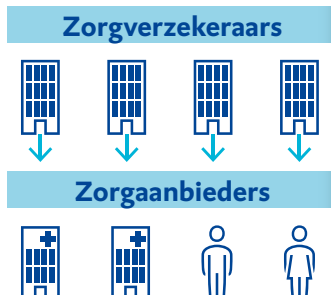
### Financiële plafonds 2014



§ 2.2.4

### Zvw-zorg 2014 gecontracteerd

- Zorgaanbieders
- Zorgverzekeraars



Figuur 7 Doorwerking financiële afspraken op FBZ, zorgverzekeraars en zorgaanbieders

Figuur 7 toont de samenhang tussen de verschillende stappen. In het uitgevoerde onderzoek hebben wij de doorwerking van de financiële afspraken voor het jaar 2014 gevolgd. Onze conclusie is dat de minister de groeifspraken correct heeft verwerkt in de uitgavenramingen in het FBZ, en dat deze consequent doorwerken in het MPB en de financiële plafonds.

### 2.2.1 Financieel Beeld Zorg en meerjarige financiële kaders, 2014

Tabel 4 toont voor het jaar 2014 zowel de bedragen uit het meerjarige kader in de MSZ- en GGZ-akkoorden, als de geraamde uitgaven in het FBZ bij de VWS-begroting 2014.

**Tabel 4** Financiële kaders in FBZ, 2014 (in € miljoen)

	Financieel kader	FBZ
Onderhandelaarsresultaat MSZ 2014-2017		
• (honoraria) vrijgevestigde medisch specialisten	2.172	2.173
• ziekenhuiszorg	18.265	18.269
Bestuurlijk Akkoord GGZ 2014-2017	4.307	4.334
Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014-2017		
Huisartsenzorg		2.528
Multidisciplinaire zorg		419

Bronnen: Zorgakkoorden, FBZ bij VWS-begroting 2014

Wij constateren in ons onderzoek dat de minister van VWS de financiële afspraken uit de door ons onderzochte zorgakkoorden indertijd correct in het FBZ bij de VWS-begroting 2014 heeft verwerkt.<sup>7</sup>

- Bij de vrijgevestigde medisch specialisten is er geen noemenswaardig verschil.
- Bij de ziekenhuiszorg is een aantal genees- en hulpmiddelen overgeheveld naar de Zvw. Deze zijn toegelicht in het FBZ 2014.
- Bij de GGZ heeft met name een overheveling uit de AWBZ tot een hogere uitgavenraming in het FBZ geleid. Deze is toegelicht in het FBZ 2014.
- Bij de eerste lijn is in het onderhandelaarsresultaat een afspraak gemaakt over de reële jaarlijkse groei. In het akkoord is deze groeifpraak niet vertaald in een meerjarig financieel kader. Dit is pas gebeurd in het FBZ bij de VWS-begroting 2014. Wij hebben vastgesteld dat de groeifpraak correct is verwerkt.



### **Relatie financieel kader MSZ met FBZ niet duidelijk**

In het FBZ bij de VWS-begroting 2014 was bij de MSZ de relatie tussen het bedrag uit het financieel kader en de stand in het FBZ niet duidelijk. Dit maakte het moeilijk voor het parlement om te controleren of de gemaakte afspraken correct waren verwerkt in het FBZ. In het FBZ bij het VWS-jaarverslag 2014 heeft de minister deze aansluiting wel voor alle akkoorden inzichtelijk gemaakt.

### **Financieel kader opgehoogd met loon- en prijsbijstelling**

Voor alle akkoorden geldt dat de afspraken over de financiële kaders zijn gemaakt in reële prijzen. Het kabinet deelt bij de voorjaarsnota de loon- en prijsontwikkelingen toe aan de verschillende zorgsectoren in de Zorgverzekeringswet. De hoogte van de loon- en prijsbijstelling is gebaseerd op CPB ramingen van de loonontwikkelingen en ontwikkelingen in de prijzen van materieel en kapitaal.

#### **2.2.2 Financieel Beeld Zorg en macroprestatiebedrag, 2014**

Het macroprestatiebedrag (MPB) is het bedrag waarmee alle zorgverzekeraars tezamen in één jaar de Zorgverzekeringswet (Zvw) zouden moeten kunnen uitvoeren. Omdat zorgverzekeraars verzekerdenbestanden met verschillende risicoprofielen hebben, krijgen zij via de wettelijke risicoverevening compensatie. Zo wordt iedere afzonderlijke zorgverzekeraar geacht te kunnen voldoen aan de wettelijke zorgplicht met het aandeel dat hij uit het MPB krijgt toebedeeld.

### **Relatie MPB en Zvw-uitgaven in FBZ bij VWS-begroting**

Het macroprestatiebedrag is in feite de optelsom van de verschillende uitgavenramingen binnen de Zvw die in het FBZ bij de VWS-begroting zijn opgenomen. Naast de geraamde uitgaven voor de MSZ, de GGZ en de eerstelijnszorg zijn dit onder andere de geraamde uitgaven voor ziekenvervoer, genees- en hulpmiddelen. De Zvw-uitgaven die rechtstreeks via het Zorgverzekeringsfonds lopen, bijvoorbeeld voor zorg in het buitenland of voor beschikbaarheidsbijdragen (o.a. bepaalde opleidingskosten en bijdragen voor spoedeisende hulp) worden hiervan afgetrokken. Tabel 5 toont het verband tussen de geraamde Zvw-uitgaven in het FBZ bij de begroting van het Ministerie van VWS 2014 en het MPB 2014.

**Tabel 5** Begrote Zvw-uitgaven en MPB 2014 (in € miljoen)

Zvw-uitgaven FBZ 2014	42.556,8
Rechtstreekse uitgaven Zorgverzekeringsfonds	2.696,0
Overige baten zorgverzekeraars	27
MPB 2014	39.833,8

Bron: FBZ bij VWS-begroting 2014

Doordat de financiële meerjarige kaders uit de zorgakkoorden in het FBZ verwerkt zijn, werken deze financiële afspraken automatisch door in het MPB. De financiële afspraken uit de akkoorden hebben daarmee, zoals beoogd, invloed op de individuele MPB-aandelen van de zorgverzekeraars waarmee zij de Zorgverzekeringswet uit zouden moeten kunnen voeren.

### MPB-aandeel van zorgverzekeraar

Iedere zorgverzekeraar heeft een aandeel in het jaarlijkse MPB. Het MPB kent geen geoormerkte bedragen voor uitgaven aan de verschillende soorten zorg zoals eerstelijnszorg en MSZ. Een verzekeraar is vrij om binnen zijn aandeel naar eigen inzicht zorg in te kopen.

#### Bronnen MPB

Voor iedere zorgverzekeraar geldt dat zijn aandeel in het MPB wordt gefinancierd uit drie bronnen:

- de uitkering uit het Zorgverzekeringsfonds. Dit bedrag is, via de risicoverevening, afgestemd op het risicoprofiel van zijn verzekerdenbestand;
- de nominale rekenpremie die door VWS wordt vastgelegd in de begroting. Verzekerden betalen de premie rechtstreeks aan de zorgverzekeraar. De verzekeraar bepaalt de werkelijke hoogte hiervan, en deze kan afwijken van de rekenpremie van VWS;<sup>i</sup>
- het eigen risico van zijn verzekerden.

De nominale premie bestaat uit twee delen. Het eerste deel is een door VWS vastgestelde rekenpremie die voor alle verzekeraars hetzelfde is. Daarnaast bevat de nominale premie een opslagpremie, die verzekeraars zelf vaststellen en die dus per verzekeraar verschilt. In de opslagpremie kunnen zorgverzekeraars ook winsten en verliezen uit het verleden, afwijkende inschattingen ten aanzien van de zorguitgaven of risico-opslagen verwerken. Door verschillen in de opslagpremie concurreren verzekeraars met elkaar om verzekerden, die jaarlijks kunnen overstappen naar een andere verzekeraar (VWS 2015c).

Het MPB-aandeel van een individuele zorgverzekeraar werkt niet als een plafond; het kan in een lopend jaar overschreden worden. (En daarmee dus ook het MPB als geheel.) Vanwege de zorgplicht van een verzekeraar jegens zijn verzekerden (artikel 11 van de Zvw) kan het namelijk voorkomen dat de vergoedingen die hij in het lopende jaar in totaal moet betalen, hoger zijn dan zijn aandeel in het MPB. Dit verschil zal de verzekeraar zelf moeten financieren door uit zijn reserves te putten.

Over meerdere jaren bezien kan een individuele zorgverzekeraar het echter niet volhouden om systematisch meer zorg te vergoeden dan zijn aandeel in het MPB. Er zit een grens aan het aanspreken van de reserves. Eventueel kan de verzekeraar voor een volgend jaar een hogere nominale premie berekenen aan zijn verzekerden. Maar ook die mogelijkheid is begrensd, in een stelsel waarin private verzekeringsmaatschappijen met elkaar concurreren. Over meerdere jaren bezien is het MPB dus toch zeer bepalend voor de totale vergoedingen die de zorgverzekeraars tezamen verstrekken.

### 2.2.3 Financieel Beeld Zorg en financiële plafonds zorgaanbieders, 2014

Jaarlijks leidt de minister van VWS van de geraamde uitgaven in het FBZ het financiële plafond af voor verschillende zorgsectoren. De gezamenlijke jaaromzet<sup>8i</sup> van de zorgaanbieders in zo'n sector (bijvoorbeeld de MSZ) moet onder dat plafond blijven. Bij een overschrijding kan de minister haar beheersinstrumentarium inzetten (zie § 1.3). In de zorgakkoorden zijn daar nadere afspraken over gemaakt (zie het onderstaande tekstkader).

#### Het MBI in de akkoorden

De inzet van een macrobeheersinstrument (MBI) is geregeld in de Wet marktordening gezondheidszorg. De inzet van het MBI is bekrachtigd in de eerste akkoorden met de MSZ en GGZ. In de tweede tranche zijn deze afspraken in de MSZ en GGZ voortgezet. Per 1 januari 2015 geldt het MBI ook voor de eerstelijnszorg. Voor de jaren 2012-2014 gold de afspraak dat een overschrijding van het financiële plafond kan worden verhaald op de sector door de tarieven van eerstelijnsaanbieders te korten.

## Werking MBI

De minister van VWS geeft de Nationale Zorgautoriteit (NZa) opdracht de MBI-plafonds van de (deel-)sectoren vast te stellen. Bij overschrijdingen van deze plafonds is de inzet van het MBI geen automatisme. In de akkoorden is afgesproken dat de minister in het geval van een overschrijding in overleg treedt met de partijen. Afhankelijk van de 'aard en oorzaak' van de overschrijding besluit de minister of het MBI wordt ingezet of dat een andere beheersmaatregel wordt genomen zoals het verkleinen van het basispakket of het verhogen van de eigen bijdrage. In het akkoord wordt ook de gezamenlijke verantwoordelijkheid onderstreept om een deel van de problematiek (lees: overschrijding) te dragen. Uiteindelijk beslist de minister hoe een eventuele overschrijding wordt gecompenseerd. Mede hierdoor hebben de financiële afspraken uit de zorgakkoorden een hard karakter.

### Aansluiting FBZ bij VWS-begroting 2014 en financiële plafonds 2014

Wij constateren dat de bedragen uit het FBZ bij de VWS-begroting 2014 en de financiële plafonds voor de zorgaanbieders voor 2014 op elkaar aansluiten. Verschillen in de bedragen worden verklaard door financiële ontwikkelingen na het opstellen van het FBZ bij de VWS-begroting 2014.<sup>9</sup>

#### 2.2.4 Zorginkoop door zorgverzekeraars bij de MSZ, 2014

Hoewel de zorgverzekeraars binnen het MPB vrij zijn zorg in te kopen in de verschillende sectoren, zijn zij door de handtekening van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) onder de zorgakkoorden gebonden aan de daarin afgesproken financiële kaders. In ons onderzoek hebben wij met name gekeken naar de onderhandelingen van zorgverzekeraars met ziekenhuizen (aanbieders van MSZ). Bij de zorgverzekeraars die aan ons onderzoek hebben meegewerkt, hebben wij kunnen nagaan dat het financiële kader van het MSZ-akkoord inderdaad een belangrijke rol speelt bij de zorginkoop bij ziekenhuizen. Voor zover wij hebben kunnen waarnemen, bewaken zorgverzekeraars de financiële kaders voor de GGZ en de eerste lijn op vergelijkbare wijze.

De manier waarop zorgverzekeraars hun onderhandelingsinzet voor de inkoop van MSZ bepalen is niet geheel identiek, maar de methoden leiden tot een vergelijkbare uitkomst: iedere verzekeraar streeft ernaar onder zijn verwachte aandeel in het verwachte financiële plafond voor de MSZ te blijven. In onderstaand tekstkader beschrijven wij de onzekerheden waarmee de zorgverzekeraars te maken hebben.

## Onzekerheden over beschikbare middelen voor zorginkoop

Bij het vaststellen van het mandaat voor de zorginkopers maken verzekeraars een schatting van hun aandeel in het financiële plafond van de verschillende sectoren. Voor de zorginkoop voor het jaar 2016 maakten verzekeraars deze schatting in mei/juni 2015. De zorgverzekeraars hebben altijd te maken met verschillende onzekerheden.

- De omvang en samenstelling van het verzekerdenbestand is pas aan het begin van het volgend jaar (na de overstapperiode) bekend. Deze onzekerheid wordt ondervangen door de landelijke afspraak (uitgevoerd door Vektis\*) om verschuivingen tussen verzekeraars tijdens de overstapperiode te vertalen in ex-post aanpassingen van de inkoopafspraken per verzekeraar.
- De omvang van de loon- en prijsbijstelling die het Ministerie van VWS hanteert was in juni 2015 nog niet definitief. De omvang van de financiële plafonds voor de MSZ, eerste lijn en GGZ in het prijspeil 2016 is dan dus nog niet bekend. De loon- en prijsontwikkeling voor 2016 wordt vastgesteld op basis van de cijfers uit het Centraal Economisch Plan van 2016 (maart 2016). Doordat verzekeraars hun eigen inschatting maken, bestaat er een risico op een onverwachte over- of onderschrijding van het nominale financiële plafond.
- In principe kan de minister van VWS in overleg met de Tweede Kamer in de begrotingsbehandeling besluiten om het verzekerde pakket te wijzigen. Een eventuele pakketwijziging is van invloed op het MPB en de contractafspraken tussen verzekeraars en zorgaanbieders.

\* Organisatie die informatie over gedeclareerde zorg levert en analyseert.

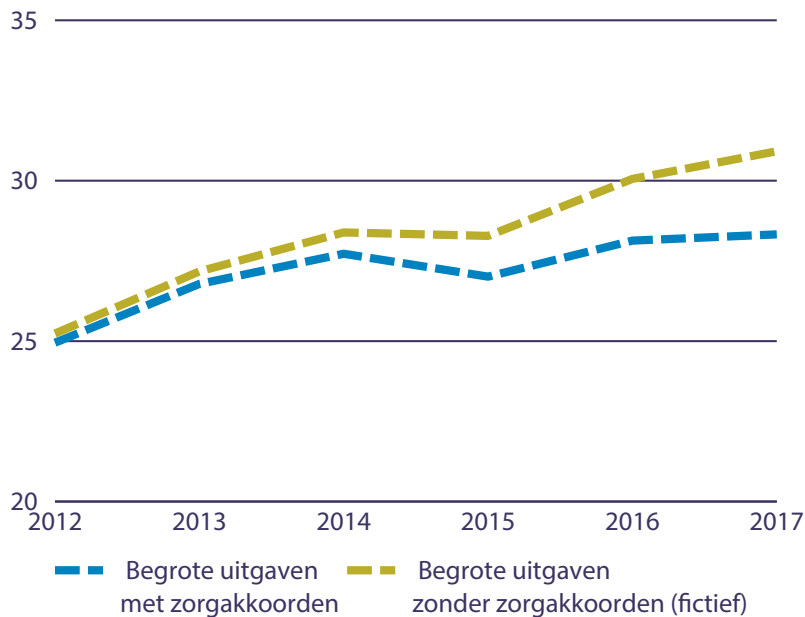
In ons onderzoek hebben wij contracten<sup>10</sup> onderzocht die zorgverzekeraars met verschillende zorgaanbieders hebben gemaakt in de periode 2012-2015. De groei van de gecontracteerde omzet van de verschillende ziekenhuizen laat een zeer uiteenlopend beeld zien. De gecontracteerde omzet van sommige ziekenhuizen groeide in de onderzochte periode aanzienlijk harder dan de financiële kaders uit de MSZ-akkoorden, terwijl andere ziekenhuizen hier onder bleven. Op basis van onze deelwaarneming constateren wij dat zorgverzekeraars de landelijke groeiruimte niet gelijk over de verschillende zorgaanbieders verdelen. Een mogelijke verklaring daarvoor is dat verschillende ziekenhuizen een sterke (regionale) marktpositie hebben verworven en sterker in de onderhandelingen staan met zorgverzekeraars dan andere ziekenhuizen (NZa 2015b; iBMG 2016).

### 2.2.5 Verwerking zorgakkoorden in uitgavenramingen 2012–2017

In deze paragraaf laten wij zien hoe de zorgakkoorden zijn verwerkt in de uitgavenramingen van de MSZ, de GGZ en de eerstelijnszorg. Figuur 8 geeft het effect weer van de zorgakkoorden op het totaal van de geraamde uitgaven voor de MSZ, de GGZ en de eerstelijnszorg voor de periode 2012–2017.

In figuur 8 laten we zien dat de ingeboekte besparingen voor de zorgakkoorden oplopen van € 0,3 miljard in 2012 tot € 2,7 miljard in 2017. In bijlage 4 lichten we de onderliggende data verder toe.

**Ingeboekte besparingen: € 0,3 miljard in 2012 tot € 2,7 miljard in 2017**



**Figuur 8** Effect zorgakkoorden op begrote uitgaven MSZ, GGZ en eerste lijn 2012–2017  
(uitgaven in constante prijzen 2013, in € miljard)

Bronnen: FBZ bij VWS begrotingen 2012–2016

De daling in de begrote uitgaven in 2015 wordt verklaard door de overheveling van de jeugd-GGZ naar de gemeenten en (incidenteel) de verkorting van de DBC-doorlooptijd bij de MSZ.<sup>i</sup>

Bij de ingeboekte besparingen plaatsen wij direct een belangrijke kanttekening. In 2013 besloot het kabinet tot het schrappen van de maatregel ‘lage ziektelast’. Met de medio 2013 gesloten zorgakkoorden compenseerde het kabinet voor het grootste deel het wegvallen van de daarvoor ingeboekte besparing<sup>11</sup> (zie de beleidsagenda en het FBZ in de ontwerp-begroting VWS 2014). De bovenste stippellijn in figuur 8 (een fictieve, door ons geconstrueerde begrotingsreeks) laat de uitgavenontwikkeling zien zonder de ingeboekte besparingen van de akkoorden van 2013. Het verschil tussen de twee lijnen geeft het financiële belang van de akkoorden weer.

### 2.2.6 Conclusies

De financiële groeifspraken in de zorgakkoorden oefenen een sterke invloed uit op de feitelijke uitgavenontwikkeling. Dit komt allereerst doordat de minister van VWS de kaders correct heeft verwerkt in de uitgavenramingen in het FBZ bij de VWS-begroting. Deze ramingen werken vervolgens door in:

- het bedrag waarmee verzekeraars gezamenlijk de Zvw moeten uitvoeren (het MPB);
- de financiële uitgavenplafonds die voor de zorgsectoren gelden.

De meerjarige financiële kaders uit de zorgakkoorden spelen in de praktijk van de zorginkoop een belangrijke rol: via het MPB werken de groeifspraken uit de akkoorden door tot in de contracten die de zorgverzekeraars sluiten met zorgaanbieders in de MSZ, GGZ en eerste lijn. In de akkoorden hebben de partijen afspraken gemaakt over de omgang met eventuele overschrijdingen van de plafonds. De minister kan deze (deels) verhalen op de zorgaanbieders, bijvoorbeeld door het inzetten van het MBI. Door dit alles krijgen de groeifspraken op sectoraal niveau een hard karakter. Op individueel niveau kan dit anders liggen, bijvoorbeeld doordat voor zorgverzekeraars altijd de zorgplicht blijft gelden en verzekerden altijd zorg of vergoeding van zorg krijgen als zij daar recht op hebben.

In de periode 2012-2017 lopen de ingeboekte besparingen door de zorgakkoorden in de MSZ, GGZ en eerste lijn op van € 0,3 miljard in 2012 tot € 2,7 miljard in 2017.

## 2.3 Uitgavenontwikkeling 2012–2015

In deze paragraaf laten wij zien dat de zorguitgaven in de jaren 2012–2015 naar verwachting in de meeste gevallen onder de financiële plafonds blijven. Allereerst gaan wij in op de hardheid van de beschikbare realisatiecijfers over deze jaren.

### 2.3.1 Hardheid (voorlopige) realisatiecijfers

Voor de realisatiecijfers in de MSZ, GGZ en eerste lijn geldt dat de minister twee jaar en vijf maanden na afloop van het jaar t over de definitieve realisatiecijfers van jaar t beschikt. De realisatiecijfers die de minister van VWS gebruikt zijn hoofdzakelijk afkomstig van het Zorginstituut Nederland. Het Zorginstituut verzamelt en aggregeert ieder kwartaal de (verwachte) realisatiecijfers van de verschillende zorgverzekeraars en rapporteert hierover aan het Ministerie van VWS.

Bij het verschijnen van het jaarverslag 2015 van de minister van VWS waren de realisatiecijfers over 2012 definitief. De cijfers over 2013 en 2014 waren voorlopig, terwijl de cijfers

over 2015 in het FBZ bij het jaarverslag 2015 werden beschreven als “zeer voorlopig”. De reden voor deze verschillende kwalificaties is de omvang van de balanspost die in de cijfers is verwerkt. De balanspost is de schade die zorgverzekeraars nog verwachten bovenop de tot dan toe ontvangen en geaccepteerde declaraties.

Tabel 6 geeft het aandeel weer van de balanspost in de voorlopige realisatiecijfers in de eerste lijn, GGZ en MSZ voor de periode 2013-2015. De tabel laat zien dat de balansposten in de MSZ en GGZ over 2015 nog fors zijn, waardoor de onzekerheid over de cijfers ook groot is. Voor 2014 is in de eerste lijn en MSZ vrijwel alle zorg gedeclareerd maar in de GGZ nog niet. Voor 2013 is de onzekerheid over de realisatiecijfers klein omdat de omvang van de balanspost klein is.

**Tabel 6** Aandeel balanspost in realisatiecijfers 2013–2015

	2013	2014	2015
Eerste lijn	0%	0%	6%
GGZ	0%	11%	86%
MSZ	-1%	-1%	50%

Bron: Zorginstituut Nederland, maart 2016

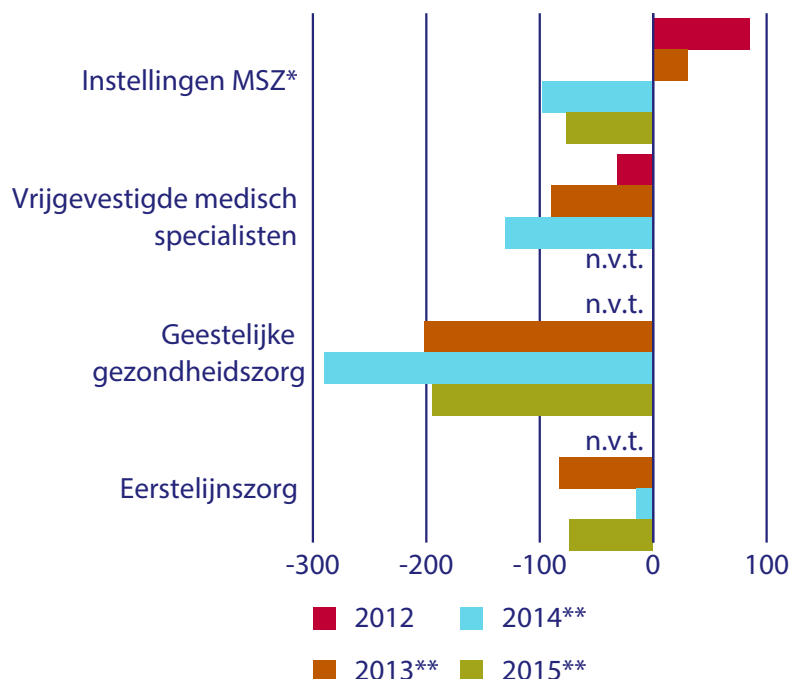
### 2.3.2 Uitgavenontwikkeling ten opzichte van financiële plafonds

In deze paragraaf laten wij zien of de zorgaanbieders in de MSZ, GGZ en eerstelijnszorg onder de financiële plafonds zijn gebleven. Figuur 9 geeft hiervan het overzicht voor de jaren 2012–2015. In de meeste gevallen blijven de uitgaven onder de plafonds, alleen de MSZ-plafonds in 2012 en 2013 zijn overschreden.

Bij de figuur merken wij op dat de cijfers voor de eerstelijnszorg in 2013 alleen de huisartsenzorg omvatten, maar vanaf 2014 ook de multidisciplinaire zorg.



### Zorguitgaven blijven meestal onder financiële plafonds



\* Overschrijdingen MSZ zijn exclusief transitiebedragen

\*\* Voorlopige realisatiecijfers

**Figuur 9** Onderschrijdingen (–) en overschrijdingen zorguitgaven ten opzichte van financiële plafonds (in € miljoen)

Bron: FBZ bij VWS jaarverslag 2015

Het algemene beeld is dat de partijen de financiële afspraken in de MSZ, GGZ en eerstelijnszorg zijn nagekomen. Hiermee hebben deze afspraken zeer waarschijnlijk bijgedragen aan de lagere groei van de zorguitgaven in de periode 2012–2015. De cijfers moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd, deels vanwege het nog voorlopige karakter van de realisatiecijfers (met name voor 2015) maar ook omdat er rekening moet worden gehouden met andere invloeden die gelijktijdig zijn opgetreden. Zo zijn er aanwijzingen dat in de MSZ de ontwikkeling van de zorgvraag in de jaren 2012 en 2013 is afgevlakt (zie onderstaand kader).

### Afvlakking zorgvraag

Er zijn aanwijzingen dat de ontwikkeling van de zorgvraag in de MSZ in de jaren 2012 en 2013 gestagneerd is of zelfs gekrompen. Een mogelijke verklaring daarvoor is de verhoging van het verplichte eigen risico. In 2012 en vooral in 2013 is dat flink verhoogd: van € 170 in 2011 tot € 220 in 2012 naar € 350 in 2013. In een verkennend onderzoek naar mogelijke effecten van de verhoging per 2013 constateert Vektis in de MSZ een daling van het zorgvolume en het aantal patiënten met ruim 2%. Vektis kan echter niet inzichtelijk maken in hoeverre de verhoging van het verplicht eigen risico, dan wel andere factoren een rol hebben gespeeld bij deze volumedaling (Vektis, 2015). Een andere verklaring is mogelijk de stagnerende koopkracht van burgers als gevolg van de financiële en economische crisis. Normaal gesproken is een groei van het inkomen per hoofd van de bevolking, zoals die in tijden van economische groei optreedt, een belangrijke kracht achter een toenemend zorggebruik (CPB, 2013; CPB, 2016a).

Brancherapporten van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) laten zien dat het aantal *eerste polikliniekbezoeken* (EPB's) in 2012 en 2013 met respectievelijk 1,4% en 2,9% is afgenomen (NVZ, 2013; NVZ, 2014). Op basis van de demografische ontwikkelingen had juist een groei van het aantal EPB's verwacht mogen worden. De daling van het aantal EPB's hangt volgens de NVZ deels samen met de verhoging van het eigen risico. Hierdoor zijn patiënten voor kleinere behandelingen vaker naar de huisarts gegaan omdat deze niet onder het eigen risico valt.

Uit de rapportage Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen 2014 blijkt verder dat het aantal *klinische opnamen* in de periode 2010-2012 reeds licht daalde (van 1,97 miljoen naar 1,92 miljoen). In 2013 en 2014 nam het aantal klinische opnamen sterker af, tot ongeveer 1,78 miljoen in beide jaren. Een reden voor deze 'cijfersprong' is echter ook dat sinds 2013 de opnameregistratie veel strenger gehandhaafd en gecontroleerd wordt (Stichting DHD, 2016).

### Minister verhaalt overschrijdingen MSZ 2012 en 2013 op zorgaanbieders

Zoals blijkt uit figuur 9 zijn in 2012 en 2013 de uitgaven voor medisch specialistische zorg niet binnen het afgesproken financiële kader gebleven. In 2012 en 2013 zijn de financiële plafonds (exclusief transitiebedragen) met respectievelijk € 85 miljoen (0,5%) en € 29 miljoen (0,2%) overschreden. De omvang van deze overschrijding werd pas laat duidelijk, zoals blijkt uit tabel 7. Het VWS jaarverslag 2014 meldde een voorlopige overschrijding van het financieel plafond 2013 van € 242 miljoen. Op basis van meer recente cijfers is de overschrijding bijgesteld naar € 29 miljoen.

**Tabel 7** Gemelde overschrijdingen MSZ 2012–2013 (in € miljoen)

Bron	2012	2013
FBZ bij Jaarverslag 2012	overschrijding*	-
FBZ bij Jaarverslag 2013	600**	300**
FBZ bij Jaarverslag 2014	70***	242***
Brief aan NZa 2015	70***	242***
FBZ bij Jaarverslag 2015	85***	30***
Brief aan NZa 2016		29***

\* Niet gekwantificeerd in FBZ bij jaarverslag 2012.

\*\* Inclusief transitiebedragen, de transitiebedragen zijn niet apart vermeld in het FBZ bij het jaarverslag 2013.

\*\*\* Exclusief transitiebedragen.

Bronnen: FBZ bij jaarverslagen 2012-2015, VWS 2015b, VWS 2016b

Zoals blijkt uit tabel 7 bestaat de overschrijding bij de MSZ in 2012 en 2013 uit twee elementen: de reguliere declaraties en bedragen die zijn uitgekeerd aan zorgaanbieders vanwege het transitieproces. In onderstaand tekstkader geven wij een korte beschrijving van het transitieproces en lichten wij toe waarom wij de transitiebedragen hier buiten beschouwing te laten.

### Transitiebedragen

In 2012 is de bekostiging voor de MSZ gewijzigd van budgettaire bekostiging naar prestatiebekostiging. Om de risico's van deze overgang voor de betrokken zorgaanbieders te verzachten, heeft de minister van VWS besloten een transitieproces in te stellen. Daarin wordt de omzet die een zorgaanbieder behaalt bij prestatiebekostiging in 2012, vergeleken met de omzet die zou zijn behaald bij budgetbekostiging in 2012. Het verschil tussen beide bedragen (het transitiebedrag) kreeg de zorgaanbieder grotendeels uit het Zorgverzekeringsfonds betaald, of moest de zorgaanbieder aan het fonds terugbetalen. Hiervoor hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars een apart traject doorlopen waarbij de – bij voorkeur – gezamenlijke aanvraag is beoordeeld door de NZa (Algemene Rekenkamer 2015b).

Bij het maken van de groeiafspraken met de MSZ zijn de gevolgen van de transitie naar prestatiebekostiging buiten de afspraken gelaten. Om deze reden hebben wij de transitiebedragen in ons onderzoek naar de doorwerking van de financiële afspraken buiten beschouwing gelaten. In 2012 hebben zorgaanbieders gezamenlijk een transitiebedrag van € 470 miljoen ontvangen, in 2013 was dit € 389 miljoen (VWS, 2016a).

Zoals afgesproken in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015, heeft de minister overleg gevoerd met de veldpartijen alvorens een besluit te nemen over de overschrijdingen. De minister besloot om alleen de overschrijdingen die waren veroorzaakt door reguliere declaraties te verhalen op de zorgaanbieders en niet het deel dat werd veroorzaakt door de transitiebedragen. De overschrijding (exclusief transitiebedragen) bij de MSZ in 2012 is inmiddels verhaald op de zorgaanbieders (VWS, 2015b). De minister brengt de overschrijding uit 2013 eenmalig in mindering op het beschikbare financiële kader voor de medisch specialistische zorg in 2017 (VWS, 2016b).

Begin 2015 heeft Vektis in opdracht van de minister van VWS, een onderzoek gedaan naar de oorzaak van de overschrijding in 2012. Dit onderzoek heeft geen harde verklaringen opgeleverd (Algemene Rekenkamer, 2015).

Uit tabel 7 blijkt dat de overschrijding van het financiële plafond MSZ 2012 na de brief van de minister aan de NZa van 31 maart 2015 nog is opgelopen van € 70 miljoen tot € 85 miljoen. In de brief besloot de minister € 70 miljoen in mindering te brengen op het MSZ kader 2016 (VWS, 2015b). In het FBZ bij het jaarverslag 2015 bleek de definitieve overschrijding € 85 miljoen te zijn. Wij merken op dat het verschil van € 15 miljoen niet is teruggehaald bij de zorgaanbieders van MSZ.

### 2.3.3 Conclusies

Het algemene beeld is dat de partijen de financiële afspraken in de MSZ, GGZ en eerste lijnszorg in de periode 2012–2015 zijn nagekomen.

Hiermee hebben deze afspraken zeer waarschijnlijk bijgedragen aan de lagere groei van de zorguitgaven in deze periode. Hierbij betrekken wij ook de eerdere constatering dat de financiële afspraken correct zijn verwerkt in het FBZ bij de VWS-begroting en consequent doorwerken in het MPB voor de zorgverzekeraars en de financiële uitgavenplafonds voor de zorgsectoren. Vanwege de nu nog grote onzekerheid over de realisatiecijfers van de MSZ en GGZ voor 2015, is de conclusie voor dat jaar nog een voorlopige.

## 2.4 Loon- en prijsontwikkeling in de zorg

In de zorgakkoorden zijn afspraken over reële groei gemaakt (zie § 2.1.1). Er zijn echter geen afspraken gemaakt over de loon- en prijsontwikkeling.<sup>12</sup>

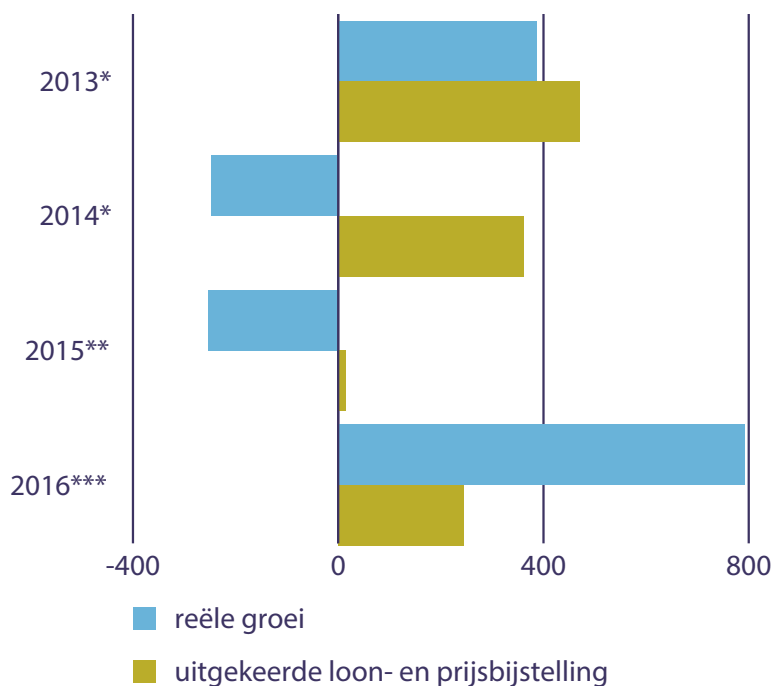
### 2.4.1 Belang van loon- en prijsontwikkeling in de zorg

De afgelopen jaren is van verschillende kanten op de invloed van de loon- en prijsstijgingen op de uitgavenontwikkeling in de zorg gewezen. Zo stelt de bijzonder hoogleraar

Betaalbaarheid van Zorg Jeurissen: “Wees voorzichtig met nieuwe prikkels die betaalbaarheid vooral vertalen naar een lager volume, zeker als er weinig indicaties zijn voor selectieve inkoop. Op de lange termijn zijn lagere prijzen minstens zo belangrijk (en niet alleen bij de dure geneesmiddelen)” (Jeurissen, 2016).

Figuur 10 geeft ter illustratie de groei van de MSZ-uitgaven weer voor de periode 2013–2016, gesplitst in componenten voor reële groei en voor loon- en prijsbijstelling. Uit de figuur blijkt dat loon- en prijsbijstellingen een belangrijke bijdrage leveren aan de nominale stijging van de MSZ-uitgaven.<sup>13</sup>

### Loon- en prijsbijstellingen dragen bij aan uitgavengroei in de MSZ



\* Voorlopig realisatiecijfer over reële groei.

\*\* Zeer voorlopig realisatiecijfer over reële groei.

\*\*\* Geraamde reële groei, FBZ bij VWS-begroting 2016.

**Figuur 10** Groei MSZ-uitgaven 2013-2016, gesplitst naar een volume component en loon- en prijsbijstelling (in € miljoen)

Bronnen: FBZ bij VWS begrotingen en jaarverslagen

De NZa wijst op de invloed van de huidige systematiek van de jaarlijkse loon- en prijsbijstelling in de zorg: “De kosten van ziekenhuisbehandelingen in het A-segment nemen tot 2012 door deze indexatie toe met ongeveer € 1,2 miljard per jaar (...) Door zonder meer te indexeren wordt geen rekening gehouden met een toenemende doelmatigheid” (NZa, 2013). Zorgverzekeraars hebben tegenover de NZa gesteld “...dat de tarieven in veel zorgmarkten ogenschijnlijk automatisch en ruimhartig geïndexeerd worden. Volgens hen is dat in deze tijden van economische neergang onnodig en afwijkend ten opzichte van de realiteit in andere sectoren” (NZa, 2014).

In een schriftelijk overleg hierover met de Tweede Kamer kondigde de minister aan dat de NZa verwachtte rond de zomer van 2014 met een nader standpunt over het indexeringsbeleid te komen. “Daarbij zal de NZa ingaan op de vraag in hoeverre ontwikkelingen in de doelmatigheid van aanbieders meegenomen moeten worden bij het jaarlijks aanpassen van de tarieven (VWS, 2014d).” Dit aangekondigde standpunt hebben wij niet kunnen achterhalen.

#### 2.4.2 OVA-convenant

Voor de jaarlijkse loonontwikkeling in de zorg, en dus ook in de sectoren die onder de akkoorden vallen, zijn afspraken gemaakt in het OVA-convenant (OVA: overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling). Het OVA-convenant is gesloten in 1999 (VWS, 2013e). De partijen bij het convenant zijn de minister van VWS, Zorgverzekeraars Nederland en de werkgeversverenigingen in de zorg.

Dankzij het OVA-convenant volgt de zorg de loonontwikkeling in de marktsector, ook in een tijd waarin van andere groepen binnen de collectieve sector loonoffers zijn gevraagd. In de afgelopen jaren is daarover in toenemende mate ongenoegen ontstaan. Dit leidde er toe dat in het regeerakkoord van het kabinet-Rutte/Asscher (2012) het voornemen werd opgenomen om het convenant per 1 januari 2016 op te schorten.

#### Collectieve zorguitgaven

“Voorts nemen de stijgende collectieve zorguitgaven een steeds groter aandeel in de collectieve uitgaven in; binnen de collectieve zorguitgaven nemen de personele uitgaven een dominante positie in. Het beheersen van deze uitgaven is dan ook van toenemend belang om adequaat te kunnen reageren op verslechtingen van het EMU-saldo. Het vigerende convenant voor de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling in de zorg (OVA), waarin geregeld is hoe de overheid de jaarlijkse bijdrage voor de arbeidskosten voor de zorg vaststelt, heeft momenteel geen mogelijkheid om af te wijken. Dat is wel mogelijk in de overige delen van de collectieve sector (Kabinet Rutte/Asscher, 2012).”

Met het sluiten van een akkoord met de sociale partners in de zorg in april 2013 is dit voornemen komen te vervallen (VWS, 2013k). De zorgverzekeraars, die bij de zorginkoop over de loon- en prijsbijstelling onderhandelen, waren bij dit akkoord geen partij.

Overigens is het de vraag of eenzijdige opzegging van het OVA-convenant het Ministerie van VWS in staat zal stellen de loon- en prijsontwikkeling in de zorg te beperken. Op grond van het door Nederland ondertekende verdrag van de International Labour Organization is de overheid niet in staat de loon- en prijsbijstelling te korten, omdat dit de vrijheid van cao-onderhandelingen zou beperken (De Kam en Donders, 2014). In plaats van het opzeggen of anderszins aanpassen van het convenant staan nog twee andere opties open:

1. het gebruik van wetgeving om het convenant buiten werking te stellen;
2. het maken van afspraken met de werkgevers over de toekomstige wijze van toepassen van het convenant.

### 2.4.3 Conclusies

In de in dit rapport onderzochte zorgakkoorden zijn geen afspraken gemaakt over de loon- en prijsbijstelling.<sup>i</sup> Loon- en prijsontwikkelingen in de zorg leveren wel een bijdrage aan de stijging van de zorguitgaven. Een aangekondigd standpunt van de NZa over het indexeringsbeleid is tot dusverre niet verschenen.

## 3 Inhoudelijke afspraken

Naast de financiële afspraken (zie hoofdstuk 2) hebben de partijen in de zorgakkoorden ook inhoudelijke afspraken gemaakt. Deze gaan vooral over de verbetering van de kwaliteit en de doelmatigheid in de curatieve zorg. In de akkoorden geven de partijen aan dat de bijdrage van de inhoudelijke afspraken noodzakelijk is om de financiële afspraken tot en met 2017 te kunnen realiseren. Op de korte termijn (namelijk gedurende de looptijd van de akkoorden) verwachten de partijen dus al effect van de inhoudelijke afspraken.

In dit hoofdstuk gaan wij in op de inhoudelijke afspraken. Eerst geven we een overzicht van de gemaakte inhoudelijke afspraken (§ 3.1). Vervolgens gaan we dieper in op de afspraken over doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen (§ 3.2), de Kwaliteits- en Doelmatigheidsagenda (§ 3.3) en de substitutieafspraken (§ 3.4) als drie belangrijke inhoudelijke afspraken.

### 3.1 Gemaakte afspraken

#### 3.1.1 Overzicht inhoudelijke afspraken

In tabel 8 geven we een overzicht van de inhoudelijke afspraken in de akkoorden van de MSZ en de eerste lijn (VWS 2010a, 2011a, 2012, 2013fg). Wij hebben deze afspraken ondergebracht in acht thema's: doelmatig voorschrijven, gepast gebruik, kwaliteit, substitutie, transparantie, verbeteren bekostiging, zorginkoop en overig.



**Tabel 8** Inhoudelijke afspraken akkoorden MSZ en eerste lijn

		Thema	1e tranche			2e tranche	
			Hoofdpijnen Bekostiging Medisch Specialisten 2012-2014	Bestuurlijk Hoofdpijnen Akkoord 2012-2015	Convenant Huisartsenzorg 2012-2013	Onderhande- laarsresultaat MSZ 2014-2017	Onderhande- laarsresultaat eerste lijn 2014-2017
1	Doelmatig voor- schrijven van geneesmiddelen	Doelmatig voor- schrijven	v	v	v	v	
2	Terugdringen van niet-noodzakelijke zorg	Gepast gebruik	v			v	
3	Terugdringen van praktijkvariatie	Gepast gebruik	v			v	
4	Richtlijnen en protocollen om scherpere/betere duiding te krijgen wanneer zorg nuttig & nood- zakelijk is worden systematisch doorgezicht	Gepast gebruik				v	
5	Ontwikkelen en implementeren veiligheids- programma's	Kwaliteit	v	v		v	
6	Vaststellen van normen voor bereikbaarheid van cruciale acute en verloskundige zorg door overheid én veldpartijen vóór 1 januari 2012	Kwaliteit		v			
7	Substitutie o.b.v. van kwaliteit, doelmatigheid en innovatie / 'zorg op de juiste plaats'	Substitutie		v	v	v	v
8	Een monitorings- instrument substitutie wordt ontwikkeld	Substitutie				v	v

9	Het inzicht in de zorgkosten voor patiënten moet sterk verbeteren	Transparantie				v	
10	Repareren van onvolkomenheden in DOT-structuur*	Verbeteren bekostiging		v		v	
11	Het declaratieproces wordt vereenvoudigd en versneld	Verbeteren bekostiging				v	
12	VWS onderzoekt of een gedifferentieerd MBI ingevoerd kan worden in de eerste lijn*	Verbeteren bekostiging					v
13	Op 1 jan 2015 wordt het nieuwe financieringsmodel voor de eerste lijn (huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg) ingevoerd*	Verbeteren bekostiging					v
14	Partijen onderzoeken hoe dure zorgvoorzieningen op een beheerste wijze geïntroduceerd kunnen worden.	Verbeteren bekostiging				v	
15	Integrale bekostiging van medisch specialistische zorg wordt ingevoerd en middelen voor de transitie worden beschikbaar gesteld*	Verbeteren bekostiging				v	
16	Verzoek van VWS aan NZa om bekostiging module POH-GGZ functioneel te maken*	Verbeteren bekostiging			v		

17	Flexibiliseren van de module POH-GGZ waardoor er meer mogelijkheden ontstaan voor de ondersteuning van huisartsen t.a.v. mensen met psychische problemen	Verbeteren bekostiging			v		
18	Het inkoopbeleid en -proces moeten open en transparant zijn	Zorginkoop				v	
19	Selectieve inkoop: contracteren o.b.v. prijs, kwaliteit en doelmatigheid	Zorginkoop		v		v	
20	Het inkoopproces en afhandeling van contracten wordt versneld; vóór 19 nov t-1 worden verzekeren geïnformeerd over de ingekochte zorg.	Zorginkoop				v	
21	VWS stelt een plan voor de aanpak van fraude en oneigenlijk gebruik op.*	Overig				v	
22	Partijen bepalen vóór 1 januari 2014 hoe ze e-health's potentie gaan benutten.	Overig				v	
23	Medisch specialisten vallen niet onder de Wet Normering Topinkomens.*	Overig				v	

24	Partijen stellen vóór 1 november 2013 de Kwaliteits- en Doelmatigheidsagenda medisch specialistische zorg op	Overig				v	
25	Verbeteren van de samenwerking tussen de huisartsenpost en spoedeisende eerste hulp	Overig			v		v
26	Afbouwen van overbodig geworden ziekenhuiscapaciteit	Overig		v			
27	Realiseren van spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties waar dit vanuit kwaliteit doelmatigheid en innovatie wenselijk is	Overig		v		v	

\* Verplichting voor de minister van VWS

Tabel 8 laat het grote aantal inhoudelijke afspraken over uiteenlopende onderwerpen zien waartoe de partijen zich in de zorgakkoorden hebben verplicht. De meeste afspraken zijn binnen één sector gemaakt (zoals de introductie van een nieuw financieringsmodel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg per 2015), maar sommige komen in meerdere akkoorden voor (zoals de afspraken over substitutie). Ook laat de tabel zien dat afspraken uit de eerste tranche niet altijd in de tweede tranche herhaald worden (zoals het afbouwen van overbodig geworden ziekenhuiscapaciteit).

De werkingssfeer van de inhoudelijke afspraken varieert. Een voorbeeld is het 'doelmatig voorschrijven' van geneesmiddelen; binnen de richtlijnen wordt waar mogelijk de goedkoopste werkzame variant voorgeschreven. Aan de afspraken hierover zijn bedragen gekoppeld. Daarnaast zijn er afspraken die zich richten op een betere verhouding tussen (maatschappelijke) kosten en baten. Een voorbeeld is 'gepast gebruik van zorg'. Het gaat

dan om het leveren van de juiste hoeveelheid zorg aan de patiënt. Ook zijn er afspraken over een efficiëntere bedrijfsvoering. Voorbeelden daarvan zijn de afspraken over de vereenvoudiging en/of versnelling van het declaratieproces en het inkoopproces. Wij constateren dat uitvoering van de inhoudelijke afspraken niet in alle gevallen onmiddellijk tot financiële resultaten zal leiden.

### 3.1.2 Samenhang tussen financiële en inhoudelijke afspraken

Uit de akkoorden blijkt dat de partijen de bijdrage van de inhoudelijke afspraken noodzakelijk achten om de financiële afspraken tot en met 2017 te kunnen realiseren. Op de korte termijn (namelijk gedurende de looptijd van de akkoorden) verwachten zij dus al effect van de inhoudelijke afspraken.

In het MSZ-akkoord uit 2013 beschrijven de partijen het verband tussen de financiële en inhoudelijke afspraken als volgt: “De doelstelling die in deze nieuwe afspraken besloten ligt, is om in de medisch specialistische zorg van 2015 tot en met 2017 tot een structurele, landelijke volumegroei te komen van maximaal 1,0% per jaar en een landelijke volumegroei van maximaal 1,5% in 2014. (...) Om deze doelstelling te realiseren worden met deze nieuwe afspraken de inhoudelijke maatregelen op onderdelen geïntensiveerd. (...) De beperking van de volumegroei wordt onder meer gehaald door het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie, door het beperken van de toegang tot de zorgaanpakken op basis van medische noodzaak en kwaliteit van leven, door (de)concentratie van zorg en door gewenste substitutie naar de eerste lijn” (VWS 2013g).

Een ander voorbeeld komt uit de brief *Kwaliteit loont* van de minister van VWS. Daarin stelt zij: “De hoofdlijnenakkoorden die met de zorgsector zijn gesloten, sluiten hier bij aan: de beperking van de groei van de uitgaven van de curatieve zorg gebeurt vooral langs de weg van kwaliteitsverbetering. Nu al is zichtbaar dat dit werkt” (VWS, 2015d).

### 3.1.3 Ex ante inzicht in mogelijke besparingen

Hoewel de partijen een duidelijk verband leggen tussen de financiële en de inhoudelijke afspraken, hebben zij in de akkoorden geen raming of inschatting opgenomen van de besparingen die de inhoudelijke afspraken mogelijk opleveren. Enige uitzondering hierop is de afspraak over doelmatig voorschrijven (zie § 3.4). Daardoor hebben de partijen geen inzicht in de bijdrage – op papier – van de inhoudelijke afspraken aan de realisatie van de financiële afspraken.

De reden voor het ontbreken van een raming van de mogelijke besparingen is dat zowel veldpartijen als het Ministerie van VWS twifelen aan de wenselijkheid dan wel de haalbaarheid daarvan. Volgens verschillende partijen is het ramen van de mogelijke besparingen niet wenselijk, omdat dit de onderhandelruimte zou beperken en het sluiten van akkoorden zou bemoeilijken. Deze inschatting kunnen wij niet beoordelen. Wat de haalbaarheid betreft willen we opmerken dat het bij inhoudelijk vergelijkbare afspraken soms wel mogelijk blijkt om daar een geraamde besparing of zelfs een besparingsdoel aan te koppelen. Een voorbeeld daarvan is de maatregel stringent pakketbeheer van het kabinet-Rutte/Asscher (zie ons rapport 'Basispakket zorgverzekering', Algemene Rekenkamer 2015a). Deze maatregel moet worden gerealiseerd door het programma Zinnige Zorg van Zorginstituut Nederland. Dit programma vertoont grote overeenkomsten met de Kwaliteits- en Doelmatigheidsagenda (zie § 3.2).

Het programma is gericht op systematische doorlichting van het basispakket zodat ineffectieve en/of onnodige zorg wordt geïdentificeerd en tegengegaan (Zorginstituut 2016). In de opdrachtbrief geeft het Ministerie van VWS aan dat het programma besparingen moet opleveren van ten minste € 75 miljoen in 2016 en € 225 miljoen per jaar vanaf 2017. Deze besparingen moeten additioneel zijn ten opzichte van de afgesproken besparingen in de akkoorden met de medisch specialistische zorg en de curatieve GGZ (VWS, 2013i).

#### 3.1.4 Drie belangrijke inhoudelijke afspraken

In ons onderzoek hebben we ons gericht op drie belangrijke inhoudelijke afspraken:

- het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen;
- het opstellen van een Kwaliteits- en Doelmatigheidsagenda (K&D-agenda) in de MSZ;
- de substitutie van zorg van de tweede lijn (MSZ en GGZ) naar de eerste lijn (multidisciplinaire zorg en huisartsenzorg).

##### Doelmatig voorschrijven

Met de huisartsen en de medisch specialisten heeft de minister van VWS in de akkoorden afspraken gemaakt over het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen. Door zo veel mogelijk conform de richtlijnen van de beroepsgroep voor te schrijven, kunnen de zorgaanbieders besparingen realiseren op de uitgaven aan extramurale geneesmiddelen.

##### Extramurale geneesmiddelen

De extramurale geneesmiddelen zijn opgenomen in het basispakket en verzekerden kunnen deze op recept halen bij de apotheek. In het FBZ vormen de uitgaven aan extramurale geneesmiddelen een aparte categorie (€ 4,6 miljard in het FBZ bij de VWS-begroting 2016).

Tabel 9 geeft de financiële besparingsdoelstellingen weer die in de akkoorden met de huisartsen en de medisch specialisten zijn opgenomen.

**Tabel 9** Financiële doelstellingen doelmatig voorschrijven (in € miljoen)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Huisartsen	20	50	50	50	50	50
Medisch specialisten	30	30	30	30	30	30

Bronnen: Zorgakkoorden, VWS 2010a, VWS 2012, VWS 2013f, VWS 2013g

### Kwaliteits- en Doelmatigheidsagenda

De K&D-agenda is een afspraak uit het Onderhandelaarsresultaat MSZ 2014–2017 (VWS, 2013g). De partijen beschouwen de K&D-agenda als “het hart van het akkoord”. Zij zijn ervan overtuigd “...dat een systematische en gezamenlijke inzet op kwaliteitsverbetering in belangrijke mate bijdraagt aan de doelmatigheid van zorg en daarmee het toegankelijk houden van de gezondheidszorg” (VWS, 2014c). Met de afspraak in het akkoord dat de K&D-agenda een plan van aanpak moet bevatten met maatregelen (naar aandoeningen) om op korte en lange termijn besparingen in de zorg te realiseren, hebben de partijen een relatie met de financiële afspraken gelegd. Ook moet de K&D-agenda maatregelen bevatten over de monitoring van de voortgang van de gemaakte afspraken.

### Substitutie van zorg

Substitutie is het leveren van zorg op een andere (lagere) plek in de zorgketen tegen lagere kosten maar met gelijke kwaliteit (RIVM 2014).

## Substitutie van de MSZ naar de (goedkopere) eerstelijnszorg moet bijdragen aan de betaalbaarheid van de zorg

### 1. Oude situatie



### 2. Zorg van MSZ naar eerstelijnszorg



### 3. Nieuwe situatie na substitutie



Joris Fisseler/Infographics

**Figuur 11** Het principe van substitutie van de MSZ naar eerstelijnszorg

De minister van VWS zet substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn in om de kosten in de gezondheidszorg in de hand te houden (figuur 11). Dit blijkt uit verschillende beleidsplannen van de kabinetten- Rutte/Verhagen en -Rutte/Asscher. “Versterking van de eerste lijn en zorg dicht bij huis is van groot belang om de groeiende zorgvraag in verband met vergrijzing en toename chronisch zieken en de daaraan gerelateerde kosten op te kunnen vangen”, aldus de minister (VWS, 2010b). Zij beoogt hiertoe om “meer taken – die nu in de tweede lijn plaatsvinden – door huisartsen, verpleegkundigen en paramedische professionals te laten oppakken (substitutie en taakherschikking)” (VWS, 2010b). “Patiënten zijn voor eenvoudige handelingen beter af en goedkoper uit in de eerste lijn” (VWS, 2011b).

In de meeste akkoorden zijn afspraken over substitutie gemaakt (in die van 2013 in alle akkoorden). Substitutie is de enige maatregel waarvoor (in de eerstelijnsakkoorden) aparte financiële groeiruimte beschikbaar is gesteld (zie § 2.1.1). Per saldo wordt daarvan een dempend effect op de ontwikkeling van de zorguitgaven verwacht. In het Financieel Beeld Zorg bij de VWS-begroting 2014 stelde de minister hierover: “Er komt expliciet financiële



ruimte voor substitutie: de eerste lijn neemt zorg over van andere sectoren en draagt daardoor bij aan de betaalbaarheid van de zorg” (VWS, 2013h).

### 3.1.5 Conclusies

De partijen hebben zowel in de eerste als tweede tranche akkoorden een groot aantal uiteenlopende inhoudelijke afspraken gemaakt. Specifiek voor de tweede tranche akkoorden stellen zij dat de bijdrage van de inhoudelijke afspraken noodzakelijk is om de financiële afspraken tot en met 2017 te behalen.

Hoewel de partijen een duidelijk verband leggen tussen de financiële en de inhoudelijke afspraken, hebben zij – met uitzondering van ‘doelmatig voorschrijven’ – in de akkoorden geen raming of schatting opgenomen van de besparingen die de inhoudelijke afspraken mogelijk opleveren. Daardoor hebben de partijen geen inzicht in de bijdrage – op papier – van de inhoudelijke afspraken aan de realisatie van de financiële afspraken.

## 3.2 Doelmatig voorschrijven

### 3.2.1 Afspraken

#### Doelmatig voorschrijven huisartsen

In het eerste akkoord met de eerste lijn spraken de minister van VWS en de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) af dat de huisartsen met doelmatig voorschrijven een uitgavenvermindering van € 50 miljoen per jaar zouden bereiken. Omdat deze afspraak inging op 1 juli 2012, spraken zij voor de tweede helft van 2012 een besparing af van € 20 miljoen. In het tweede eerstelijnsakkoord van 2013 hebben de partijen de afspraak voortgezet. In de akkoorden is afgesproken dat deze taakstelling wordt gemonitord op basis van gegevens van de Stichting Farmaceutische Kengetallen.

Wij merken hierbij op dat de afspraak met de huisartsen niet is ingeboekt in het FBZ. Hierdoor wordt de minister van VWS niet gedwongen direct compenserende maatregelen te nemen (het verlagen van de tarieven van de huisartsen) als blijkt dat de afspraak niet tot de beoogde opbrengst leidt.

#### Doelmatig voorschrijven vrijgevestigde medisch specialisten

In het eerste akkoord met de MSZ spraken de partijen af dat de vrijgevestigde medisch specialisten met doelmatig voorschrijven een uitgavenvermindering van € 30 miljoen per jaar zouden bereiken. Deze afspraak is in het tweede MSZ-akkoord voortgezet.

Het Ministerie van VWS monitort deze afspraak. Wij merken hierbij op dat de mate waarin de specialisten aan de besparingsopdracht voldoen geen effect heeft op de Zvw-uitgaven. Dit komt door de manier waarop de minister van VWS deze maatregel heeft verwerkt in het FBZ. Wij beschrijven deze situatie in het onderstaande tekstkader.

#### Verwerking doelmatig voorschrijven in FBZ

Na het sluiten van het convenant Bekostiging vrijevestigde medisch specialisten transitie 2012-2014 verwerkte de minister van VWS de afspraak over doelmatig voorschrijven in het FBZ bij de VWS-begroting 2012. De verwachte opbrengst door doelmatig voorschrijven werd in mindering gebracht op de geraamde uitgaven voor extramurale geneesmiddelen. Tegelijkertijd werd het meerjarig financiële kader voor de medisch specialisten structureel verhoogd met A 30 miljoen. Als de medisch specialisten minder dan de afgesproken A 30 miljoen besparen, brengt de minister van VWS deze ‘besparingsverliezen’ volgens afspraak in mindering op hun kader. Deze korting heeft echter geen effect op de Zvw-uitgaven, omdat hier hoger dan geraamde uitgaven bij de extramurale geneesmiddelen tegenover staan.

### 3.2.2 Financiële resultaten doelmatig voorschrijven

#### Huisartsen

In de jaren 2012–2015 wisten de huisartsen niet te voldoen aan de afspraken voor doelmatig voorschrijven. Tabel 10 geeft de opbrengst voor deze periode.

**Tabel 10** Opbrengst doelmatig voorschrijven huisartsen (in € miljoen)

	2012	2013	2014	2015
Beoogde besparing	20	50	50	50
Gerealiseerde opbrengst	-1,2	26,6	32,6	33,4
Niet-gerealiseerde opbrengst	21,2	23,4	17,4	16,6

Bronnen: VWS 2013d (besparing 2013), opgave Ministerie van VWS (besparing 2012, 2014 en 2015)

Voor 2012 hadden de partijen afgesproken € 20 miljoen te besparen. Deze besparing werd niet gehaald, er werd zelfs € 1,2 miljoen meer uitgegeven. Deze overschrijding had voor de huisartsen geen directe financiële gevolgen. Wel waarschuwde het Ministerie van VWS de LHV voor een tariefmaatregel voor 2014 indien de taakstellende opbrengst 2013 ook niet gehaald zou worden (VWS, 2013d).

Naar aanleiding van de niet-gerealiseerde opbrengst in 2013 besloot de minister van VWS tot een korting van de inschrijf- en consulttarieven 2014 met 1,43% (NZa, 2013). De opbrengst van deze maatregel bedroeg € 24,5 miljoen, € 1,1 miljoen meer dan wat gerealiseerd moest worden.<sup>14</sup>

Ook voor 2014 en 2015 wisten de huisartsen de doelstelling niet te behalen. Mede in het licht van de onderschrijdingen voor 2014 en 2015 op het deelplafond voor de huisartsen in het eerstelijnskader<sup>15</sup> (zie figuur 9) heeft de minister van VWS besloten de tarieven voor 2015 en 2016 niet te korten.

### Berekening opbrengst doelmatig voorschrijven geneesmiddelen

In het rekenprotocol huisartsen 2013-2014 vormen de statines (cholesterolverlagers) één van de zes geneesmiddelengroepen waarvoor de opbrengst van doelmatig voorschrijven huisartsen wordt berekend. Doordat huisartsen goedkopere cholesterolverlagers gaan voorschrijven zou volgens het rekenprotocol € 16 miljoen kunnen worden bespaard.

Doordat VWS de cholesterolverlagers in het rekenprotocol meenam, is een dubbeltelling ontstaan met de ingeboekte opbrengsten van de pakketmaatregel cholesterolverlagers uit 2009. Met die maatregel sloot de minister in 2009 aan bij de richtlijn van de beroepsgroep en werden de voorwaarden voor vergoeding van cholesterolverlagers aangepast. De beoogde opbrengst van de maatregel was € 97 miljoen structureel vanaf 2011.

Uit ons rapport uit april 2015 (Algemene Rekenkamer, 2015) blijkt dat de beoogde besparing van de pakketmaatregel niet is gehaald. Hoewel de ingeboekte besparing met € 156 miljoen ruimschoots is gerealiseerd wordt dit door slechts een klein deel (€ 18 miljoen) veroorzaakt door de pakketmaatregel. De ingeboekte besparing wordt grotendeels (€ 138 miljoen) gerealiseerd door een prijsdaling van cholesterolverlagers, veroorzaakt door het gevoerde preferentiebeleid en het verlopen van het patent op één van deze middelen.

### Medisch specialisten

In de jaren 2012–2015 wisten de medisch specialisten niet te voldoen aan de afspraken voor doelmatig voorschrijven. Tabel 11 geeft de besparingsverliezen voor de jaren 2012–2015.

**Tabel 11** Opbrengsten doelmatig voorschrijven medisch specialisten (in € miljoen)

	2012	2013	2014	2015
Ophoging MSZ kader / verlagingsgeneesmiddelenkader	30,0	30,0	30,0	30,0
Gerealiseerde besparing	23,3	20	17,2	19,4
Besparingsverliezen, i.e. korting MSZ kader volgende jaar	6,7	10,0	12,8	10,6

Bronnen: FBZ bij VWS-begrotingen 2014-2016, opgave Ministerie van VWS

### 3.2.3 Conclusies

De medisch specialisten en de zorgaanbieders in de eerste lijn hebben de afspraken over de besparingen door doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen tot dusverre niet gehaald. Bij de medisch specialisten is de afspraak in het FBZ dusdanig vormgegeven dat een besparing niet leidt tot lagere zorguitgaven. Bij de aanbieders in de eerste lijn is de afspraak niet verwerkt in het FBZ; een tegenvallende besparing leidt daardoor niet automatisch tot een beheersmaatregel van de minister.

## 3.3 K&D-agenda

### 3.3.1 Afspraken in de agenda

De K&D-agenda werd in april 2014 gepubliceerd. De agenda omvat verschillende onderwerpen waarover ook afzonderlijke inhoudelijke afspraken zijn gemaakt. Gezien de overlap van de K&D-agenda met andere thema's (zoals gepast gebruik, substitutie en kwaliteit), hebben we de K&D-agenda in tabel 8 onder 'overig' geschaard. De overlap is terug te zien in de drie pijlers waar de partijen binnen de K&D-agenda (VWS, 2014c) op inzetten:

1. **Gepast gebruik:** geen onder- of overbehandeling; behandelen volgens de principes van stepped care.<sup>16</sup>
2. **Transparantie:** goede informatie is beschikbaar voor zorgaanbieders, -verzekeraars en -gebruikers zodat zij respectievelijk de juiste zorg kunnen leveren, inkopen en kiezen.
3. **Zorg op de juiste plaats:** complexe zorg concentreren en substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn bevorderen met behoud van kwaliteit maar tegen lagere kosten waar mogelijk.

### Uitwerking in jaaragenda's

De uitwerking van de drie pijlers uit de K&D-agenda moet gebeuren aan de hand van jaaragenda's. Partijen maken hierin concreet voor welke aandoeeningen een kwaliteitscyclus wordt doorlopen en wie wat, wanneer doet. De kwaliteitscyclus kent drie fasen (VWS, 2014c):

1. *Beschrijven van goede zorg*: gericht op het (verder) beschrijven en vastleggen van ‘evidence based’ richtlijnen.
2. *Uitvoeren*: het toepassen van de ontwikkelde richtlijnen.
3. *Metten en evalueren*: op basis van registraties en uitgevraagde indicatoren knel- en verbeterpunten inventariseren, zodat de beschrijvingen van goede zorg aangepast kunnen worden.

Het streven is dat deskundigen en andere stakeholders de kwaliteitscyclus voor een aandoening doorlopen tijdens een daarvoor ingerichte bijeenkomst (ook wel *invitationale* genoemd). Op basis van de uitkomst van de bijeenkomst, stellen partijen (per aandoening) een actieplan op met doelen, verantwoordelijkheden en deadlines. De monitoring van de actieplannen is belegd bij de bestuurlijke en ambtelijke overleggen die na het afsluiten van de zorgakkoorden in het leven zijn geroepen (zie hoofdstuk 4 voor meer informatie over deze overlegstructuur).

### **Ex ante inzicht in mogelijke besparingen K&D-agenda**

Het eerder genoemde plan van aanpak uit de K&D-agenda (§ 3.1.4) bevat geen informatie over de mogelijke besparingen dankzij de maatregelen. Ook het Ministerie van VWS heeft zich daarvan vooraf geen beeld gevormd. Het is daardoor niet duidelijk in hoeverre de K&D-agenda zou moeten bijdragen aan het realiseren van de financiële afspraken (zie ook § 3.1.3).

In de jaaragenda voor 2016 hebben wij gezien dat partijen voornemens zijn om Budget Impact Analyses (BIA) op te stellen. Deze actie is in sommige gevallen onderdeel van het opstellen van een richtlijn. Zo'n BIA moet de financiële gevolgen (voornamelijk op instellingsniveau) van een richtlijn inzichtelijk maken. Dit geeft mogelijk meer inzicht in de te verwachte besparing. Voorjaar 2016 was er nog geen BIA beschikbaar.

#### **3.3.2 Voortgang K&D-agenda**

In het Onderhandelaarsresultaat MSZ 2014–2017 hebben de partijen afgesproken de K&D-agenda voor 1 november 2013 te publiceren. Uiteindelijk werd de K&D-agenda bijna een half jaar later gepubliceerd (april 2014), een klein jaar na het sluiten van het akkoord (juli 2013).

Na publicatie van de K&D-agenda hebben de partijen vooral aandacht besteed aan het inrichten en op gang brengen van het proces.

### Jaaragenda 2014

De jaaragenda voor 2014 (uit april 2014) voorzag in het doorlopen van de kwaliteitscyclus voor negen aandoeningen (VWS, 2014c). De eerste *invitationals* voor een aandoening vond in mei 2014 plaats. Vier maanden later (september 2014) constateerden partijen in een bestuurlijk overleg van de MSZ dat de gezamenlijke (K&D-)agenda nog onvoldoende van de grond kwam. Pas in oktober 2015 hadden de partijen de eerste negen *invitationals* en actieplannen afgerond.

### Jaaragenda 2015

Voor het jaar 2015 stelden de partijen geen jaaragenda op omdat de minister van VWS het jaar 2015 (maart 2015–maart 2016) uitriep tot het 'Jaar van de Transparantie'. De partijen breidden de K&D-agenda hiertoe uit van negen naar 30 aandoeningen, verdeeld over drie tranches. Daarnaast committeerden partijen zich aan 53 acties die moesten bijdragen aan meer en betere informatie voor patiënten. Met het Jaar van de Transparantie kreeg de transparantiepijler in de K&D-agenda relatief gezien meer aandacht dan de andere pijlers.

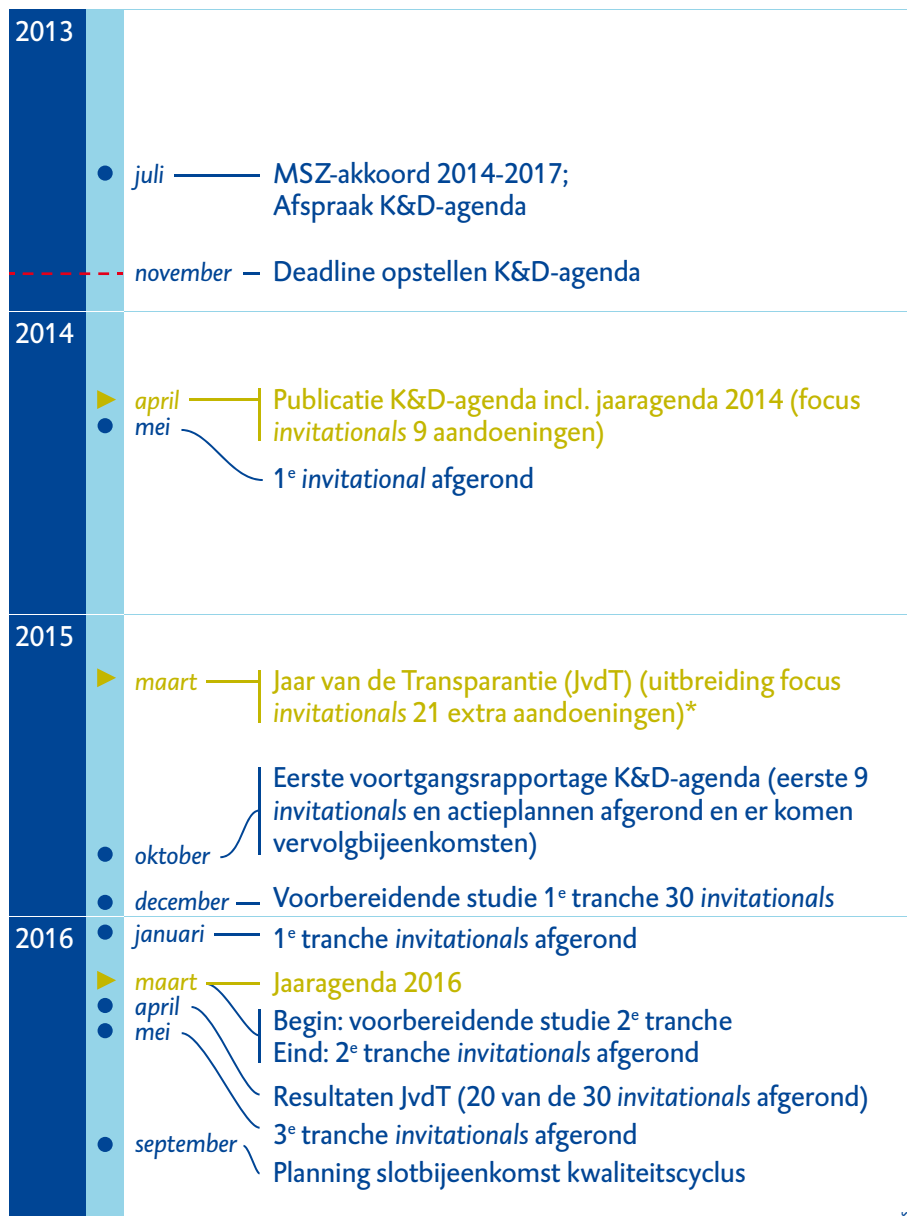
#### Doel kwaliteitsinformatie Jaar van de Transparantie niet gelukt

Naast het in kaart brengen van de kwaliteitscyclus voor 30 aandoeningen, stond het Jaar van de Transparantie in het teken van het beschikbaar maken van kwaliteitsinformatie voor patiënten. Volgens een medio 2016 verschenen artikel van het Nederlandse Tijdschrift voor Geneeskunde is het de minister van VWS niet gelukt om haar doel te behalen om bestaande informatie over gezondheidszorg en aandoeningen beter vindbaar te maken (Kolfschooten, 2016).

### Jaaragenda 2016

In de jaaragenda voor 2016 spraken partijen af de kwaliteitscirkels voor de 30 aandoeningen in drie tranches te doorlopen in de eerste helft van 2016 (VWS, 2016c). Wij hebben de indruk dat partijen de *invitationals* vanaf begin 2016 beter zijn gaan organiseren. Voor de 30 *invitationals* is een duidelijke planning opgesteld en er zijn lessen getrokken uit de *invitationals* die voor de eerste negen onderwerpen zijn gehouden.

## Uitvoering K&D-agenda komt vanaf 2015 op gang



▶ = Publicatie jaaragenda

\*Geen jaaragenda in verband met Jaar van de Transparantie

**Figuur 12** Tijdlijn K&D-agenda

In april 2016 berichtte de minister van VWS aan de Tweede Kamer dat de kwaliteitscyclus voor 20 van de 30 aandoeningen in kaart is gebracht (VWS, 2016d). Eind mei 2016 zijn de *invitationals* van de derde (laatste) tranche aandoeningen gehouden. Volgens het Ministerie van VWS hebben de partijen in de gehouden *invitationals* afgesproken wie welke acties op zou pakken. De partijen hebben deze acties echter nooit vastgelegd in een concreet actieplan.

In figuur 12 geven we een tijdlijn voor de K&D-agenda met de verschillende doorlopen (proces)stappen. In de figuur is te zien dat de afgelopen jaren vooral in het teken stonden van het organiseren en uitvoeren van de *invitationals*.

### Samenloop trajecten

Als een van de mogelijke oorzaken voor de trage voortgang van de K&D-agenda zien wij de samenloop van verschillende trajecten. Zo bleek de relatie tussen het Jaar van de Transparantie, de K&D-agenda en het programma Zinnige Zorg van het Zorginstituut (zie § 3.1.3) niet voor alle partijen even duidelijk. Uit verslagen van het ambtelijk overleg van de K&D-agenda van voorjaar 2015 komt naar voren dat partijen kritische opmerkingen plaatsten of vragen hadden bij de samenloop of overlap van de verschillende trajecten. Zo hadden zowel de K&D-agenda als het programma Zinnige Zorg de behandeling van knie- en heupartrose en perifeer arterieel vaatlijden geïdentificeerd als zorgvormen waar mogelijk doelmatigheidswinst was te realiseren.

De samenloop van de trajecten vereiste onderlinge afstemming. Dat gebeurde bijvoorbeeld bij het onderwerp perifeer arterieel vaatlijden, waar de projectleiders van de K&D-agenda en Zinnige Zorg samenwerkten bij de organisatie van de *invitationals* over dit onderwerp (januari 2016). In een Kamerbrief over stringent pakketbeheer gaf de minister van VWS aan dat zij het belangrijk vindt "...dat het Zorginstituut en de verschillende veldpartijen bij hun werkzaamheden oog hebben voor de samenhang van de doorlichting van het pakket met de acties die voortkomen uit de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda, opdat deze elkaar kunnen versterken" (VWS, 2015e).

### 3.3.3 Financiële resultaten K&D-agenda

Verwacht mag worden dat partijen na het afronden van de *invitationals* en actieplannen gaan werken aan de toepassing van de actieplannen. Er kan dan gewerkt worden aan de kwaliteitsverbetering van de behandelingen van de desbetreffende aandoeningen. In december 2015 gaven partijen in een voorbereidende studie voor de eerste tranche van de 30 *invitationals* aan dat "de stap 'toepassen en uitvoering' in de kwaliteitscyclus mager lijkt"



(Projectteam K&D, 2015). Voor de uiteindelijke realisatie van doelmatigheidswinst is dit een belangrijk aandachtspunt. Tastbare financiële resultaten kunnen echter pas geboekt worden na het afronden, goedkeuren en toepassen van de actieplannen.

### 3.3.4 Conclusies

Gezien de ambitie van de partijen om al op korte termijn met de K&D-agenda bij te dragen aan de lagere groei van de zorguitgaven, mocht worden verwacht dat er snel met de uitvoering van deze agenda zou worden begonnen. Wij constateren echter dat de uitvoering van de K&D-agenda tot dusverre traag is verlopen. Bovendien zijn er de afgelopen jaren vooral processtappen gezet die geen besparingen opleveren. Wij concluderen daaruit dat de afspraken uit de K&D-agenda in 2014 en 2015 niet meer dan een zeer beperkt effect kunnen hebben gehad op het realiseren van de financiële afspraken.

## 3.4 Substitutie

### 3.4.1 Substitutieafspraken

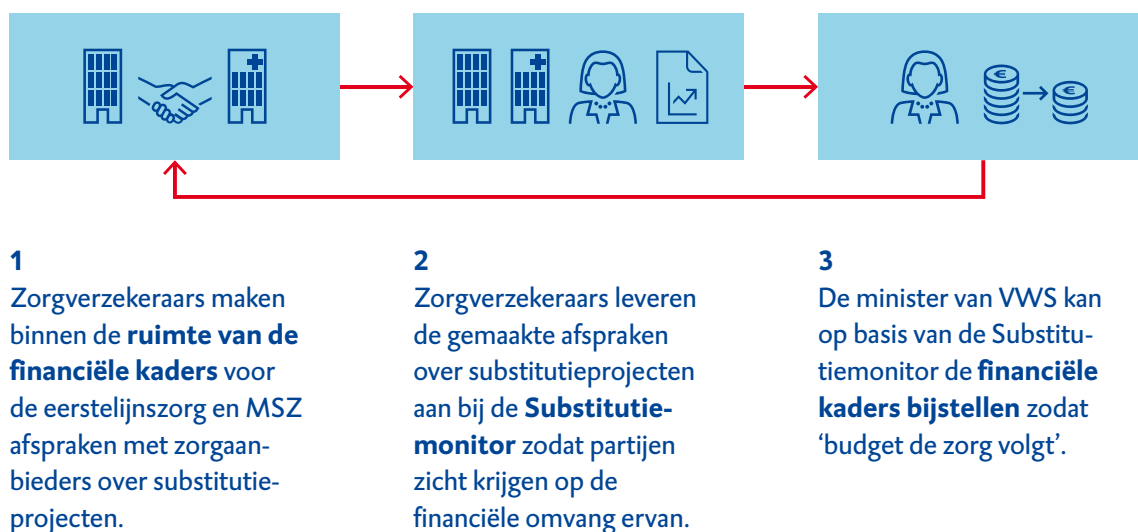
Afspraken over substitutie komen zowel in de akkoorden van de MSZ als de eerste lijn terug en moeten bijdragen aan het realiseren van de financiële afspraken (VWS, 2011a, 2012a, 2013fg) (zie ook § 3.1.2).

Partijen hebben daarover de volgende afspraken gemaakt<sup>17</sup>:

1. Het op gang brengen van substitutie zodat *zorg op de juiste plaats* plaatsvindt. Een voorbeeld is het mogelijk maken van een meekijkconsult. Bij een meekijkconsult kan een huisarts eenmalig een medisch specialist raadplegen zonder de patiënt te hoeven doorsturen (VWS, 2012). Deze zorg wordt dan niet gedeclareerd in de tweede lijn.
2. *Financiële ruimte* voor substitutie naar de eerste lijn (zie figuur 6).  
Voor 2013 stelt de minister van VWS voor substitutie een additionele groei van 0,5% voor de huisartsen beschikbaar. Voor 2014 stelt zij voor gewenste substitutie, vernieuwing en belonen van uitkomsten een additionele groei van 1,0% en van 2015 tot en met 2017 een additionele groei van 1,5% beschikbaar voor het financiële kader van de eerste lijn. Op basis van deze financiële ruimte kunnen zorgverzekeraars met zorgaanbieders afspraken maken over substitutieprojecten.
3. Het monitoren van substitutie aan de hand van een *Substitutiemonitor*. Partijen ontwikkelen gezamenlijk een monitoringsinstrument dat inzicht geeft in de financiële omvang van afspraken over substitutieprojecten.
4. Het op basis van de Substitutiemonitor al dan niet *aanpassen van de financiële kaders*. Indien een zorgverzekeraar met een zorgaanbieder aanvullende afspraken maakt over

substitutie van de tweede naar de eerste lijn (bovenop de afspraken die gefinancierd worden uit de groeirimte genoemd in afspraak 2), kan de minister van VWS bij aantoonbare verschuiving van productie naar de eerste lijn, middelen van het MSZ-kader naar het kader van de eerste lijn verschuiven.

### Vereenvoudigde weergave substitutieafspraken zorgakkoorden



Joris Eiseler Infographics

**Figuur 13** Afspraken financiering substitutie

#### Raming vooraf ontbreekt

Voor de MSZ is substitutie één van de maatregelen die moeten bijdragen aan de verlaging van de uitgavengroei. Partijen hebben vooraf in de akkoorden geen inschatting gemaakt van de te verwachten financiële besparing door substitutieafspraken en daarmee de bijdrage van substitutieafspraken aan de financiële afspraken.

Gedurende de looptijd van de akkoorden hebben partijen geprobeerd met behulp van de Substitutiemonitor (gepubliceerd in maart en juli 2015 (KPMG 2015ab) en juli 2016 (KPMG, 2016)) inzicht te krijgen in de financiële omvang van substitutieafspraken. De monitors van juli 2015 en 2016 gaven een schatting van de omzet die de GGZ en de MSZ dankzij substitutieafspraken in 2015 en 2016 zouden besparen ('vrijspelen') (zie § 3.4.3).

#### 3.4.2 Voortgang substitutieafspraken

Wij gaan nu in op de voortgang van de substitutieafspraken uit de akkoorden. Wij richten ons hierbij op de financieringsgerelateerde afspraken (zie figuur 13) en laten de inhoudelijke voortgang van de verschuiving van zorg buiten beschouwing (zie afspraak 1, § 3.4.1).

## Afspraken tussen zorgverzekeraars en –aanbieders over substitutieprojecten

Op basis van gesprekken met veldpartijen en van openbare inkoopbeleiddocumenten van zorgverzekeraars (zorgverzekeraars, 2012-2015) zien we dat substitutie in de afgelopen jaren een belangrijkere rol is gaan spelen bij de zorginkoop van de MSZ en de eerstelijnszorg. We zien ook dat zorgverzekeraars bij de zorginkoop in de MSZ op verschillende manieren te werk gaan.

### Zorginkoop MSZ en substitutie

In sommige gevallen brengen zorgverzekeraars met het oog op substitutie een bedrag (of percentage) op het omzetplafond of de aanneemsom van een ziekenhuis in mindering. Soms doen zij dit op basis van een onderliggende analyse naar het substitutiepotentieel van het desbetreffende ziekenhuis. Soms worden voor enkele specifieke (vaak chronische) aandoeningen nadere afspraken met het ziekenhuis gemaakt over substitutie naar huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

Het komt ook voor dat een zorgverzekeraar eerst ('centraal') een deel van het eigen MSZ-budget voor specifieke substitutieprojecten reserveert. Uit deze ruimte kan dan in substitutieprojecten in de eerste lijn worden geïnvesteerd.

In gesprekken die wij hebben gevoerd geven partijen aan dat het veel tijd heeft gekost om substitutie op gang te laten komen. Het maken van afspraken over substitutieprojecten is langzaam van de grond gekomen. Veel substitutieprojecten zijn pas recentelijk gestart.

Een aantal partijen gaf aan dat gebrek aan vertrouwen tussen zorgaanbieders uit de eerste en tweede lijn de voortgang van het maken van afspraken over substitutieprojecten vertraagt. Zorgverzekeraars gaven daarnaast aan dat het tijd kost(te) om de zorginkoop regionaal te organiseren waardoor de inkoop van de MSZ en de eerstelijnszorg beter op elkaar afgestemd kan worden en substitutie bevorderd kan worden. Vanaf 2014 zien we dat zorgverzekeraars meer regionaal zorg inkopen waarbij zij per regio bekijken welke zorg er vanuit de eerste en tweede lijn nodig is en de zorginkopers van de eerste en tweede lijn meer met elkaar samenwerken.

Een ander probleem is gebrek aan inzicht in kwaliteit van zorg. De NZa heeft transparantie van kwaliteit genoemd als een voorwaarde voor substitutie (NZa, 2012). Dit is nodig om de zorg van huisartsen en ziekenhuizen goed te kunnen vergelijken. De NZa stelt in de Monitor Zorginkoop 2014 dat er in toenemende mate informatie van huisartsen wordt vergeleken en spiegelinformatie wordt teruggegeven (NZa, 2014a).<sup>18</sup> Een recenter rapport constateert dat er vooruitgang is geboekt, maar wijst ook nog op knelpunten voor de

zorginkoop (iBMG, 2016). Het Ministerie van VWS gaf ons aan dat de beschikbare indicatoren in de MSZ en eerste lijn weliswaar essentieel zijn voor de kwaliteitsverbetering binnen de sectoren, maar zich minder lenen om prestaties tussen sectoren te vergelijken en eventueel substitutiebewegingen te stimuleren.

Tot slot is het nieuwe financieringsmodel voor de eerste lijn, dat het maken van substitutieafspraken zou kunnen stimuleren, pas recentelijk ingevoerd en voor het eerst toegepast op het jaar 2015.

### Financieringsmodel eerste lijn

Het nieuwe financieringsmodel in de eerste lijn (voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg) bestaat uit drie segmenten (NZa, 2014b, 2015). Segment 1 (S1) omvat de basisvoorziening huisartsenzorg (consulten en tarieven). Segment 2 (S2) bestaat uit multidisciplinaire zorg waarnaast huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken zijn voor het leveren van een integrale behandeling, ook wel ketenzorg. Hier is sprake van een vrij tarief, tenzij een gereguleerd tarief beter aansluit. Segment 3 (S3) omvat het belonen van (gezondheids)uitkomsten en vernieuwing waarbij ruimte is voor de zorgverzekeraar om (belonings)afspraken te maken (vrij tarief).

Volgens de NZa biedt het financieringsmodel extra substitutiemogelijkheden voor veldpartijen via S2, een gerichte substitutieprikkel via resultaatbeloning in S3 en de mogelijkheid om meer en complexere zorgvragen in de eerste lijn op te vangen door betere afstemming met de tweede lijn via het meekijkconsult (NZa, 2015). De omvang van S2 en S3 is in verhouding tot S1 nog beperkt. De NZa geeft aan dat in het nieuwe financieringsmodel per 2015 S1 bij benadering een omvang heeft van 75%, S2 15% en S3 10% (NZa, 2014b). De NZa verwacht dat mede door substitutie, het multidisciplinaire aanbod, zorgvernieuwing en goede resultaten, S2 en S3 in relatieve zin zullen stijgen ten opzichte van S1 (NZa, 2014b).

### Ontwikkeling Substitutiemonitor

In lijn met de gemaakte afspraak hebben partijen een Substitutiemonitor ontwikkeld. Zorgverzekeraars Nederland is de trekker van de Substitutiemonitor. In opdracht van ZN is de Substitutiemonitor tot midden 2016 drie keer uitgebracht (KPMG 2015a,b, 2016). Partijen uit de eerste en tweede lijn hebben de ontwikkeling ervan begeleid in een ambtelijke werkgroep.

Er zijn verschillen in de inhoudelijke opzet van de tot nu toe uitgebrachte drie monitoren. De eerste Substitutiemonitor (maart 2015, (KPMG 2015a)) betrof een tussentijdse meting van de verwachte afspraken over substitutieprojecten voor 2015, terwijl de tweede (juli 2015, (KPMG, 2015b)) de daadwerkelijk gecontracteerde afspraken over substitutieprojecten

omvatte. In de derde monitor (juli 2016, (KPMG, 2016)) wordt in tegenstelling tot de eerste twee geen onderscheid meer gemaakt naar financieringsbron van de substitutieprojecten. Deze monitor laat niet zien welk deel van de substitutieprojecten uit de extra groei ruimte van de eerste lijn dan wel uit de vrijgespeelde middelen van de tweede lijn gefinancierd wordt. Hierdoor is de minister niet in staat om op basis van de meest recente monitor de financiële kaders bij te stellen (zie ook ‘Aanpassen financiële kaders’ hierna).

De Substitutiemonitor geeft in alle drie de gevallen alleen een financieel beeld van de gemaakte afspraken, maar (nog) geen inhoudelijk beeld van bijvoorbeeld de onderliggende substitutieprojecten of verschuiving van patiëntenstromen. Ook is er tot op heden nog een zeer beperkt (geschat) beeld van de realisatie van de gemaakte afspraken.

### **Aanpassen financiële kaders**

Op basis van de uitkomsten van de Substitutiemonitor van juli 2015 heeft de minister van VWS de financiële kaders van de MSZ en de eerste lijn vanaf 2016 aangepast (VWS, 2015f). De (voorgenomen) bijstelling van de financiële kaders leverde echter een langlopende discussie tussen de betrokken partijen op. De vraag is ook of de Substitutiemonitor een voldoende stabiele basis biedt voor het bijstellen van de financiële kaders.

Zowel in de akkoorden van de eerste als tweede lijn zijn afspraken opgenomen over een mogelijke verschuiving tussen financiële kaders (zie § 3.3.1). Maar al vanaf begin 2014 kwamen er in de ambtelijke en bestuurlijke overleggen interpretatie- en meningsverschillen over deze passages aan het licht. Meerdere keren stelden partijen dat de passages over substitutie in de verschillende akkoorden niet aansloten en dat niet duidelijk was hoe de gemaakte afspraken in samenhang moesten worden gezien. Later spitste de discussie zich toe op de uitkomsten van de Substitutiemonitor en betwistten partijen de hardheid van de cijfers. Bij het afsluiten van ons onderzoek, voorjaar 2016, was de discussie nog niet beslecht.

De discussie over de bijstelling van kaders op basis van de monitor lijkt zich ook voort te zetten naar aanleiding van de monitor van juli 2016. Zoals eerder benoemd, maakt deze monitor geen onderscheid meer naar de financieringsbron van de substitutieprojecten. De minister van VWS gaf in een brief aan de Tweede Kamer aan dat ze het “betreurt dat de opzet van de monitor door ZN eenzijdig is aangepast, waardoor er geen directe relatie meer kan worden gelegd tussen substitutieafspraken die zijn gemaakt in de tweede en

eerste lijn. Hierdoor wordt het kwetsbaar om aan de hand van de uitkomsten de beschikbare kaders voor 2017 bij te stellen” (VWS, 2016e).

### 3.4.3 Financiële resultaten substitutieafspraken

Wij gaan nu in op de financiële resultaten van de substitutieafspraken. Hierbij baseren wij ons op de uitkomsten van de Substitutiemonitor van juli 2015 (KPMG, 2015b), aangezien dit de enige beschikbare bron is die hiervan een indicatie geeft.

#### Uitkomsten Substitutiemonitor en aanpassing financiële kaders

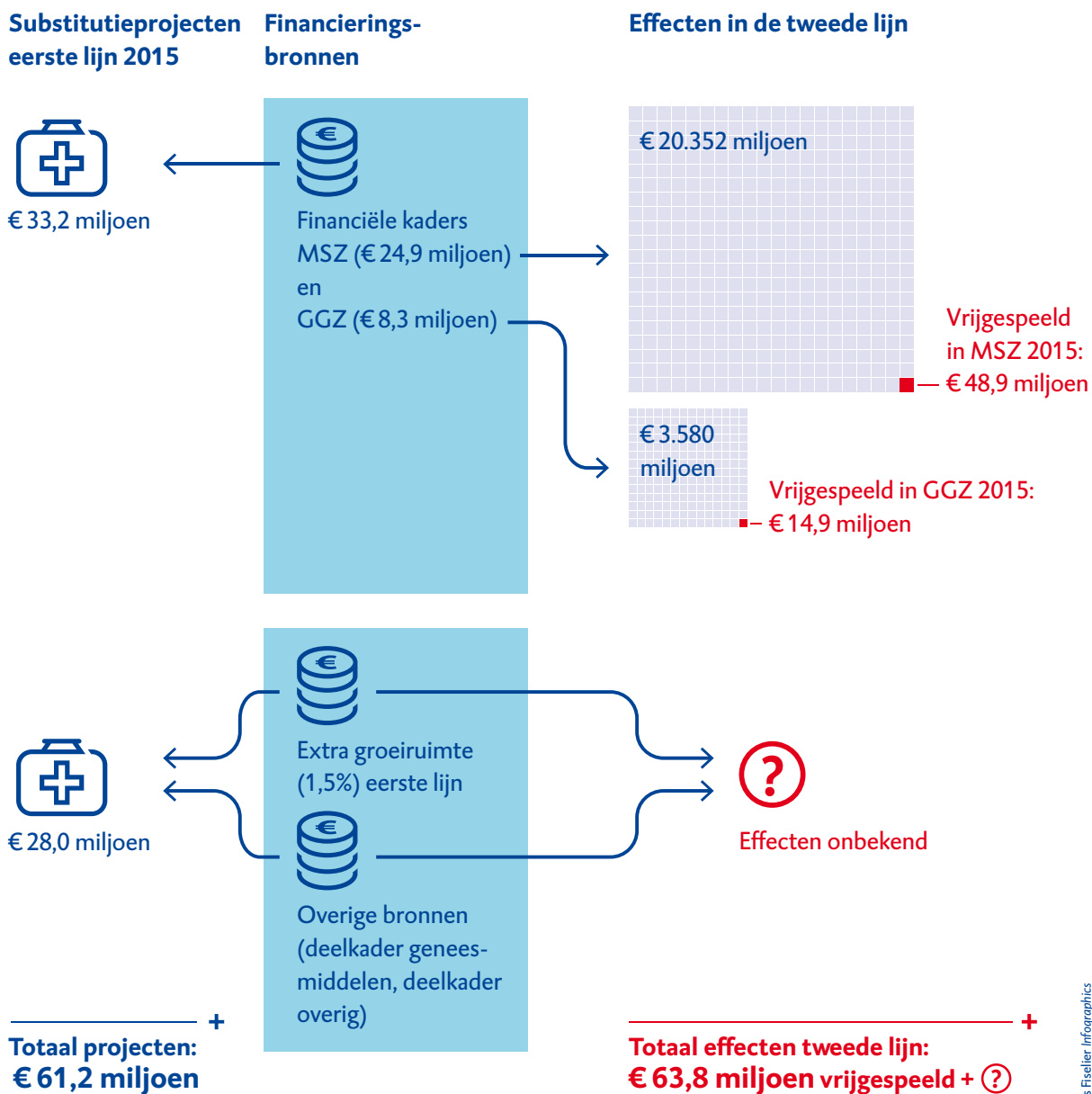
Volgens de Substitutiemonitor van juli 2015 hebben zorgverzekeraars voor 2015 voor € 61,2 miljoen aan afspraken gemaakt over substitutieprojecten binnen de eerste lijn (KPMG, 2015b). Hiervan blijkt tot op heden de helft te zijn gerealiseerd (KPMG, 2016). De afspraken worden op twee manieren gefinancierd.

De eerste financieringsbron betreft de financiële kaders van de tweede lijn (MSZ en GGZ). Hieruit is € 33,2 miljoen (€ 24,9 miljoen afkomstig uit het MSZ-kader en € 8,3 miljoen uit het GGZ-kader) besteed aan substitutieprojecten in de eerste lijn. Dankzij deze projecten is in de tweede lijn, volgens de Substitutiemonitor van juli 2015, een omzet van in totaal € 63,8 miljoen “vrijgespeeld”. Na aftrek van de uitgaven voor de substitutieprojecten in de eerste lijn (€ 33,2 miljoen) resteert op papier een “besparing” van meer dan € 30 miljoen. Dit bedrag is echter niet te traceren; de Substitutiemonitor van juli 2015 laat niet zien hoe zorgverzekeraars deze middelen hebben ingezet.

Een tweede financieringsbron is de extra 1,5% groeiruimte voor de eerste lijn (huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg) voor gewenste substitutie, vernieuwing en belonen van uitkomsten (zie § 3.1.1), en overige bronnen (zoals diagnostiek en farmacie). Hieruit is € 28 miljoen besteed aan substitutieprojecten met de eerste lijn. De effecten van deze € 28 miljoen in de tweede lijn zijn onbekend, maar er mag verwacht worden dat ook deze uitgaven bijdragen aan de verminderde uitgavengroei in de tweede lijn.

Figuur 14 geeft bovenstaande weer.

**Op 'macroniveau' lijken de substitutieafspraken in 2015 in financiële zin weinig te hebben opgeleverd**



Joris Fiesler Infographics

**Figuur 14** Financiële omvang substitutieprojecten eerste lijn, financieringsbronnen en effecten in de tweede lijn

Ook laat figuur 14 zien dat op 'macroniveau' de afspraken over substitutieprojecten in financiële zin in 2015 weinig hebben opgeleverd. Tegenover de investeringen in de eerste lijn (€ 61,2 miljoen) staat een vergelijkbaar bedrag vanuit de tweede lijn. Dit betreft het

bedrag aan vrijgespeelde gelden (€ 63,8 miljoen) en naar verwachting het eerder genoemde onbekende effect in de tweede lijn van de € 28 miljoen.

Er is geen inzicht in de projecten die ten grondslag liggen aan de € 61,2 miljoen. Het valt dan ook niet te beoordelen in hoeverre deze uitgaven een investeringskarakter dragen en wellicht ook nog tot toekomstige besparingen in de tweede lijn leiden.

Zoals eerder genoemd, heeft de minister van VWS op basis van de uitkomsten van de Substitutiemonitor van juli 2015 de financiële kaders aangepast. Voor 2016 heeft zij het financiële plafond van de MSZ verlaagd met € 24,9 miljoen en het financiële plafond voor de eerstelijnszorg met hetzelfde bedrag verhoogd (VWS, 2015f).

### **Bescheiden aandeel substitutieafspraken**

Op basis van de uitkomsten van de Substitutiemonitor van juli 2015 (KPMG, 2015b) laten we in figuur 14 eveneens zien dat het aandeel van de afspraken over substitutieprojecten binnen het totaal van de financiële plafonds voor MSZ en GGZ in 2015 beperkt is.

#### **3.4.4 Conclusies**

Het uitvoeren van de substitutieafspraken uit de akkoorden is tot dusverre moeizaam verlopen. Op basis van uitkomsten van de Substitutiemonitor voor 2015 concluderen we dat de substitutieprojecten in dat jaar per saldo niet meer dan een beperkt financieel effect kunnen hebben gehad.

In het algemeen concluderen wij dat de substitutieafspraken uit de zorgakkoorden tot dusverre een relatief bescheiden bijdrage hebben geleverd aan het realiseren van de financiële afspraken.



## 4 Zorgakkoorden als beleidsinstrument

De zorgakkoorden zijn één van de beleidsinstrumenten waarmee de minister van VWS haar verantwoordelijkheid voor de handhaving van het netto Budgettair Kader Zorg wil invullen. De minister heeft een groot belang bij de naleving en de effectiviteit van de gemaakte afspraken. In dat verband vragen wij in dit hoofdstuk aandacht voor enkele punten waarop de minister de opzet en het functioneren van de zorgakkoorden kan verbeteren.

In § 4.1 gaan we nader in op de positie van de minister van VWS ten opzichte van de andere partijen die de akkoorden hebben ondertekend.

In § 4.2 gaan we in op de opzet van de zorgakkoorden. We beantwoorden de vraag of de effectiviteit van de akkoorden in opzet voldoende is gewaarborgd. Ook kijken we naar de samenhang tussen de akkoorden die met verschillende sectoren gesloten zijn.

Tot slot beschrijven we in § 4.3 de manier waarop de partijen de gemaakte afspraken hebben uitgevoerd. We beschrijven de werkafspraken die de partijen in vervolg op de akkoorden hebben gemaakt, en gaan in op enkele aspecten van het functioneren van de zorgakkoorden.

### 4.1 Positie minister van VWS

De minister van VWS is ervoor verantwoordelijk dat het netto-BKZ wordt gehandhaafd (zie hoofdstuk 1). De zorgakkoorden vormen een van de instrumenten die zij ter beschikking heeft om deze verantwoordelijkheid waar te maken. Wij onderkennen dat de minister de akkoorden heeft gesloten in overleg met veldpartijen in de curatieve zorg en niet als enige verantwoordelijk is voor de realisatie van de gemaakte afspraken. De minister van VWS heeft er echter, vergeleken met de andere partijen, een bijzonder belang bij dat de afspraken in de zorgakkoorden worden nagekomen en effectief zijn. Dat hangt in de eerste plaats samen met haar verantwoordelijkheid voor de handhaving van het netto-BKZ en de bevoegdheden waarover zij daartoe beschikt. Meer specifiek geldt dat de minister de akkoorden van 2013 heeft ingezet als maatregel om de zorguitgaven te beheersen in plaats van de lageziektelastmaatregel.

Aan het belang dat de minister van VWS heeft bij een vlotte en effectieve uitvoering van de afspraken, ontlene wij de verwachting dat zij ten minste:

- bij het opstellen en uitvoeren van de verschillende zorgakkoorden de samenhang tussen de afspraken bewaakt;
- partijen faciliteert bij het realiseren van de gemaakte afspraken en het overzicht behoudt bij de uitwerking en voortgang van de gemaakte afspraken;
- waar nodig een sterke betrokkenheid heeft bij het vlottrekken van slepende kwesties.

## 4.2 Opzet van de zorgakkoorden

### 4.2.1 Waarborgen voor effectiviteit

We hebben de zorgakkoorden en de afspraken daarin vergeleken met eerder door ons beschreven waarborgen voor de effectiviteit van convenanten (Algemene Rekenkamer, 1995). Deze waarborgen komen op meerdere punten overeen met de *Aanwijzingen voor convenanten* (Algemene Zaken, 2003).

Positief is dat de afspraken in de zorgakkoorden doorgaans concreet zijn geformuleerd. Begin en einde van de looptijd zijn helder. Ook hebben partijen in de meeste akkoorden afspraken gemaakt over het bewaken van de voortgang. In de zorgakkoorden ontbreken echter ook verscheidene waarborgen voor de effectiviteit van convenanten (tabel 12).

**Tabel 12** Waarborgen voor effectiviteit in de zorgakkoorden

Waarborg	Wel/niet opgenomen
Concrete doelen	V
Duidelijk rechtskarakter	X
Begin- en eindtermijn uitvoering	V
Voortgangsbewaking	V
Geschillenregeling	X
Boetebepaling	X
Wijziging/opzegging	X
Evaluatiebepaling	X

De zorgakkoorden zijn in overleg en op basis van vrijwilligheid tot stand gekomen. Het nakomen van de afspraken is niet (zoals bij een contract) in rechte afdwingbaar. Bindend zijn de afspraken echter wel: “pacta sunt servanda”, afspraken dien je na te komen. De financiële afspraken komen in de buurt van een resultaatverplichting, zij het dat deze

verplichting de partijen niet vrijwaart van hun wettelijke zorgplicht. De inhoudelijke afspraken hebben het karakter van een inspanningsverplichting, waardoor partijen elkaar minder snel kunnen aanspreken op een gebrek aan voortgang (Algemene Zaken, 2003).

De akkoorden bevatten verder geen afspraken over geschillenbeslechting, boetes, wijziging of opzegging of periodieke evaluatie. Dergelijke bepalingen zijn nuttig omdat bij de nadere uitwerking en uitvoering van afspraken altijd sprake zal zijn van interpretatieverschillen, veranderende omstandigheden en wijzigende inzichten, en de mogelijkheid bestaat dat partijen daar niet goed uitkomen. Periodieke evaluatie is noodzakelijk om vast te stellen of de akkoorden hebben gewerkt en welke verbeteringen mogelijk dan wel noodzakelijk zijn.

#### 4.2.2 Samenhang tussen de zorgakkoorden

Een bijzonder kenmerk van de zorgakkoorden is dat de minister van VWS met de eerste lijn, de MSZ en de GGZ afzonderlijke afspraken heeft gemaakt. Deze aanpak vraagt bij onderwerpen die meer dan één sector raken, om een duidelijke samenhang tussen de afspraken. Dat wil zeggen dat de afspraken met de verschillende sectoren ten minste consistent zijn en elkaar bij voorkeur versterken.

##### Substitutieafspraken

In alle zorgakkoorden van 2013 (en daarvoor ook al in het Convenant huisartsenzorg) zijn afspraken gemaakt over de substitutie van zorg naar de eerste lijn. Zoals we al beschreven in hoofdstuk 3, stelden partijen in ambtelijke en bestuurlijke overleggen meermaals aan de orde dat bepaalde passages over substitutie in de verschillende akkoorden niet op elkaar aansloten en dat niet duidelijk was hoe de gemaakte afspraken in samenhang moesten worden gezien. Dit gold met name voor de interpretatie van de afspraak dat de financiële kaders zouden moeten (dan wel zouden kunnen) worden aangepast op basis van aantoonbare en aanvullende substitutie naar de eerste lijn.

##### Afspraken over verschuivingen tussen financiële kaders

Het akkoord met de eerste lijn bevatte de volgende tekst:

“Indien de verzekeraar, bovenop de additionele groeirimte\* voor substitutie, aanvullende afspraken maakt over substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn, zullen de daarvoor benodigde financiële middelen de gesubstitueerde zorg moeten volgen en zichtbaar gemaakt moeten worden [in de Substitutiemonitor], teneinde een macrobudgettaire overschrijding te voorkomen. Dat wil zeggen dat de uitgaven elders zichtbaar moeten dalen.”

Het akkoord met de MSZ bevatte de volgende tekst:

“Wanneer aantoonbare 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.”

\* Dit is de 1% tot 1,5% extra groeirimte die de minister voor de eerste lijn beschikbaar heeft gesteld voor onder meer substitutie (zie hoofdstuk 2).

### Herinrichting zorglandschap

Bij substitutie van zorg zouden de eerste en de tweede lijn als communicerende vaten moeten werken. In de praktijk blijkt het echter lastig om de kosten in de tweede lijn te laten dalen als zorgaanbieders meer zorg leveren in de eerste lijn. Een vergelijkbaar mechanisme doet zich voor bij de ontwikkeling van de Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's). Een recent rapport stelt dat het “...voor zorgverzekeraars moeilijk is om zorg te verschuiven naar ZBC's omdat ziekenhuizen deze productie weer opvullen met andere zorg en hierdoor geen besparingen voor de zorgverzekeraar ontstaan” (iBMG, 2016).

Om substitutie te bevorderen en – per saldo – de gewenste financiële besparing te behalen, moeten de partijen daarvoor zowel in de eerste als in de tweede lijn de juiste randvoorwaarden scheppen. Terwijl in de eerste lijn geïnvesteerd moet worden in de uitbreiding van de capaciteit van bijvoorbeeld zorggroepen, moet in de tweede lijn de problematiek van desinvestering onder ogen worden gezien. Het eerste zorgakkoord met de ziekenhuissector (uit 2011) bevatte daartoe de volgende afspraak:

*“Overbodig geworden (ziekenhuis)capaciteit wordt afgebouwd. Alleen dan leiden de eerder genoemde activiteiten [zoals selectieve inkoop en substitutie van zorg] tot een herschikking van het zorglandschap en wordt zowel kwaliteits- als doelmatigheidswinst gerealiseerd.”*

Een eerste uitwerking van deze afspraak was ook in dat akkoord te vinden. De partijen stelden dat het noodzakelijk was dat desinvesteringen in de ziekenhuissector financieel zouden kunnen worden ondersteund. Afgesproken werd daarom dat zorgverzekeraars het initiatief zouden nemen tot het oprichten van een herstructureringsfonds.<sup>19</sup> Uiteindelijk is deze afspraak niet gerealiseerd.

Waar de partijen in 2011 nog de noodzaak verwoordden om concrete oplossingen te vinden voor de financiële gevolgen van de afbouw van overbodig wordende ziekenhuis-capaciteit, zijn hier in het Onderhandelaarsresultaat MSZ 2014–2017 geen (vervolg)

afspraken over gemaakt. Overigens is ook in de ambtelijke en bestuurlijke overleggen in de jaren 2014 en 2015 de herinrichting van het zorglandschap nauwelijks aan de orde gekomen. Doordat wel afspraken over substitutie van zorg naar de eerste lijn zijn gemaakt, laat de samenhang van de zorgakkoorden in dit opzicht te wensen over. Wij zien hierin een aanvullende verklaring voor de soms moeizame voortgang van de afspraken over de K&D-agenda en de substitutie van zorg naar de eerste lijn (zie hoofdstuk 3).

#### 4.2.3 Conclusies

In de zorgakkoorden ontbreken verscheidene waarborgen die de effectiviteit zouden kunnen vergroten.

In verschillende opzichten is sprake van onvoldoende samenhang tussen de zorgakkoorden. De financiële afspraken over substitutie in de akkoorden van 2013 met de eerste lijn respectievelijk de tweede lijn sluiten niet goed op elkaar aan. Tegenover de afspraken in de akkoorden van 2013 over substitutie van zorg naar de eerste lijn in het eerstelijnsakkoord, stonden geen afspraken over de afbouw van overbodig wordende ziekenhuiscapaciteit in het MSZ-akkoord.

### 4.3 Uitvoering van de zorgakkoorden

#### 4.3.1 Werkafspraken

In vervolg op de akkoorden hebben de partijen werkafspraken gemaakt om de uitvoering van de akkoorden te ondersteunen. Het gaat dan bijvoorbeeld om de overlegstructuur die de partijen hebben opgezet.

#### Gezamenlijke verantwoordelijkheid

De partijen hebben afgesproken dat zij gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de afspraken. In veel gevallen hebben zij een 'trekker' benoemd voor het uitwerken van de afspraken in concrete acties. De meer technisch georiënteerde werkgroepen worden vaak getrokken door een van de veldpartijen (tabel 13).

**Tabel 13** Inhoudelijke afspraken en belangrijkste verantwoordelijken

	1e tranche*			2e tranche*		Voorbeelden van werkgroepen en trekkers
	Hoofdpijnen Bekostiging Medisch Specialisten 2012-2014	Bestuurlijk Hoofdpijnen Akkoord 2012-2015	Convenant Huisartsenzorg 2012-2013	Onderhandelaarsresultaat MSZ 2014-2017	Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014-2017	
Doelmatig voorschrijven	Aanbieders	Aanbieders	Aanbieders	Aanbieders	Aanbieders	Dure geneesmiddelen (VWS)
Gepast gebruik	Aanbieders	Aanbieders		Aanbieders		Verspilling curatieve zorg (VWS)
Kwaliteit	Aanbieders	Aanbieders		Aanbieders		
Substitutie		Aanbieders en verzekeraars	Aanbieders en verzekeraars	Aanbieders en verzekeraars	Aanbieders en verzekeraars	Substitutie-monitor (ZN)
Transparantie				Aanbieders, verzekeraars en VWS		Transparantie (Zorginstituut Nederland)  Kosten-bewustzijn eerste lijn, tweede lijn en GGZ (VWS)
Verbeteren bekostiging		VWS	VWS	VWS	VWS	Verkorting doorlooptijd (VWS)
Zorginkoop		Verzekeraars		Aanbieders en verzekeraars		Kwartaalcijfers eerste lijn (ZN)
Overig		Aanbieders en verzekeraars	Aanbieders, verzekeraars en VWS	Aanbieders en verzekeraars	Aanbieders	Versterking organisatiegraad eerste lijn (InEen)

\* De taakverdeling bij de GGZ-akkoorden is niet in de tabel opgenomen.

### Overlegstructuur

Na het sluiten van de zorgakkoorden hebben de partijen een overlegstructuur opgezet waar hun vertegenwoordigers elkaar regelmatig treffen op ambtelijk en bestuurlijk niveau. In deze overleggen werken de partijen afspraken uit, voeren zij technische discussies en bespreken zij de voortgang. Het Ministerie van VWS vervult daarbij een faciliterende rol doordat het de voorzitters- en de secretarisfunctie op zich heeft genomen van de bestuurlijke en ambtelijke overleggen met de eerste lijn en met de MSZ.

De partijen hebben geen gezamenlijk bestuurlijk overleg voor de eerste en tweede lijn ingesteld. Vraagstukken die zowel de eerste als de tweede lijn raken, zoals de afspraken over substitutie, worden geagendeerd in de afzonderlijke bestuurlijke overleggen. Soms heeft wel in een technische werkgroep overleg tussen de eerste lijn en de MSZ plaatsgevonden; een voorbeeld is de werkgroep Substitutiemonitor.

#### Overleg over K&D-agenda en Substitutiemonitor

De voortgang van de K&D-agenda kwam regelmatig aan de orde in het bestuurlijke overleg van het MSZ-akkoord. Op ambtelijk niveau was er een bureauoverleg Kwaliteits- en Doelmatigheidsagenda waarin partijen de afspraken verder uitwerkten.

Substitutie was een veelvoorkomend thema in de bestuurlijke overleggen van zowel de eerste lijn als de MSZ. Het ging in deze overleggen vooral over de kwaliteit van de Substitutiemonitor en het al dan niet verschuiven van geld tussen de financiële kaders op basis van deze monitor. Een technische werkgroep begeleidde de opzet en uitvoering van de rapportage en de onderliggende dataverzameling. De uitvoering was in handen van een externe consultant. Zorgverzekeraars Nederland was opdrachtgever.

#### Monitoring financiële afspraken

Zowel in de akkoorden voor de eerste lijn als de MSZ hebben de partijen afgesproken de uitgavenontwikkeling te monitoren. Daarmee willen zij tijdig inzicht krijgen in de mate van uitputting van de financiële kaders in de loop van het jaar.

In de eerste lijn kunnen de partijen met de beschikbare informatie de monitorafpraak goed nakomen. Voor de monitoring wordt in de eerste plaats gebruikgemaakt van de kwartaal- en jaarstaten van Zorginstituut Nederland. Zorgverzekeraars rapporteren hierin zowel de reeds gedeclareerde zorg als een raming van de nog verwachte declaraties die ten laste komen van de Zorgverzekeringswet (verzekerde zorg). De rapportages betreffen steeds het (huidige) jaar t en de twee daaraan voorafgaande jaren t-1 en t-2.

In de MSZ kan de uitgavenontwikkeling gedurende het jaar minder goed worden gevolgd. De gegevens over de eerste lijn en de MSZ worden in de kwartaalstaten op dezelfde manier gepresenteerd. Het verschil is dat in oktober van het lopende jaar in de MSZ circa 10% is gedeclareerd, terwijl dit percentage in de eerste lijn op ongeveer 70% ligt. Dat hangt samen met de langere behandelduur in de MSZ.

Door de verkorting van de doorlooptijd van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) per 2015 verwacht het Ministerie van VWS dat de jaar- en kwartaalstaten vanaf 2016 eerder inzicht geven in de uitputting van het MSZ-kader dan daarvoor. Sinds 2015 bevat de vierde

kwartaalstaat (die VWS ontvangt in februari/maart van t+1) inzicht in de gecontracteerde zorg voor het jaar t+1. Hierdoor krijgt het ministerie eerder inzicht in de (mogelijke) over- of onderschrijding van het MSZ-plafond in het jaar t+1.

### 4.3.2 Functioneren

#### Voortgang en betrokkenheid minister

Veel van de gemaakte afspraken zijn opgepakt dan wel nageleefd. Verschillende daarvan zijn eerder aan de orde gekomen, bijvoorbeeld het opstellen van de Substitutiemonitor. In de eerste lijn hebben de partijen volgens afspraak een nieuw financieringsmodel ontwikkeld, dat met ingang van 2015 van kracht is geworden.

In andere gevallen lag het tempo echter lager, bijvoorbeeld bij de uitvoering van de K&D-agenda (zie hoofdstuk 3). Meermaals werd de trage voortgang in het (ambtelijke) bureauoverleg over de K&D-agenda aan de orde gesteld. De vraag is of de partijen, de minister van VWS voorop, aan deze constatering bestuurlijk voldoende gevolg hebben gegeven.

Ook bleven discussies zich soms lang voortslepen. Een voorbeeld daarvan is de discussie over het al dan niet aanpassen van de financiële kaders van de eerste lijn en de MSZ op basis van de uitkomsten van de Substitutiemonitor (zie hoofdstuk 3). In hoofdstuk 3 merkten wij op dat de meest recente versie van de Substitutiemonitor niet gebruikt kan worden om de kaders aan te passen. In haar brief daarover aan de Kamer geeft de minister van VWS aan dat zij het betreurt dat ZN de opzet van de monitor eenzijdig heeft aangepast (VWS, 2016e). Wij verwelkomen deze openheid, maar willen op deze plek wel opmerken dat de minister dit verschil van mening blijkbaar niet binnen de overlegstructuur van de zorgakkoorden kon oplossen.

Voor de minister van VWS valt te overwegen of zij sterker betrokken zou moeten zijn in dergelijke gevallen en partijen aanspreekt op een gebrek aan voortgang. Dit zou de effectiviteit van de zorgakkoorden op de langere termijn kunnen verbeteren; niet alleen omdat het nakomen van de inhoudelijke afspraken noodzakelijk is voor een blijvende verlaging van de uitgavengroei in de zorg, maar ook omdat de bindende werking van de akkoorden anders onder druk komt te staan.

#### Bindende werking

De uitvoering van de afspraken is voor een belangrijk deel afhankelijk van de achterban van de brancheorganisaties die de akkoorden hebben ondertekend, de leden van deze koepels:



individuele zorgverzekeraars, ziekenhuizen, medisch specialisten, huisartsen, zorggroepen enzovoort. Zij hebben de akkoorden niet zelf ondertekend.<sup>20</sup> Willen de zorgakkoorden effectief zijn, dan moeten ook deze actoren zich gebonden voelen aan de gemaakte afspraken. Tot dusverre lijkt dat in voldoende mate het geval te zijn geweest. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars hebben tegenover ons gesteld dat zij het houvast van de financiële afspraken waarderen, bijvoorbeeld bij de interne bedrijfsvoering of de onderhandelingen over de zorginkoop.

Het voorgaande biedt geen garantie dat individuele partijen zich gebonden blijven voelen aan de akkoorden en de daarin gemaakte afspraken. Eerder (in § 2.3.2) hebben wij erop gewezen dat de naleving van de groeiafspraken mogelijk werd vergemakkelijkt door de afvlakking van de zorgvraag vanaf 2013. De vraag is dan ook gerechtvaardigd hoe bijvoorbeeld zorgaanbieders met een sterke marktpositie (iBMG, 2016) zich tegenover de financiële afspraken zullen opstellen als de zorgvraag weer toeneemt.

Een mogelijk signaal van afnemende bindende werking zijn de langdurige onderhandelingen over de contractering van ziekenhuiszorg voor 2016.

Uit onze gesprekken met zorgverzekeraars komt naar voren dat verschillende ziekenhuizen bij de contractonderhandelingen voor 2016 ver boven de afgesproken groei hebben ingezet. Dit heeft waarschijnlijk bijgedragen aan het feit dat de contractering van ziekenhuizen niet op de afgesproken datum van 19 november 2015 kon worden afgerond.

#### 4.3.3 Conclusies

Het Ministerie van VWS en de andere partijen hebben de nodige werkafspraken gemaakt voor de uitvoering van de gemaakte afspraken. Deze vormen een nuttige aanvulling op de akkoorden. Op sommige onderdelen zijn nog verbeteringen denkbaar. Zo ontbreekt een platform voor bestuurlijk overleg tussen partijen uit de eerste en de tweede lijn.

Op sommige dossiers bleef sprake van lang lopende discussies en/of gebrek aan voortgang. De ingestelde vormen van overleg en voortgangsbewaking leidden in deze gevallen niet tot de gewenste bijsturing. Voor de minister van VWS zou een sterkere betrokkenheid geboden kunnen zijn om het nakomen van de afspraken te bevorderen en de bindende werking van de akkoorden zoveel mogelijk in stand te houden. Sowieso moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat de bindende werking van de akkoorden jegens de individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de loop van de tijd zal afnemen.

## 5 Conclusies en aanbevelingen

### 5.1 Conclusies

#### Hoofdconclusie

Zeer waarschijnlijk hebben de zorgakkoorden bijgedragen aan de (beoogde) lagere uitgavengroei in de curatieve zorg in de jaren 2012-2015 (zij het dat de realisatiecijfers voor dat laatste jaar nog zeer voorlopig zijn). Dit is met name te danken geweest aan de *financiële afspraken* in de akkoorden. In twee stappen spraken de partijen steeds lagere groeipercen- tages af voor de omzet van de zorgaanbieders. Een voorbeeld is de MSZ, waar de groei- afspraak in combinatie met andere maatregelen naar verwachting tot een reële nulgroei in 2017 zal leiden.

Wij achten het daarentegen onwaarschijnlijk dat de *inhoudelijke afspraken* in de zorgakkoorden een wezenlijke bijdrage hebben geleverd aan de lagere uitgavengroei in de jaren 2012–2015. Bij de afspraken die wij bekeken hebben – het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen, de K&D-agenda en de afspraken over substitutie – was de voortgang moeizaam en het financiële effect tot dusverre beperkt.

Het effect van de gesloten zorgakkoorden strekt verder dan de directe bijdrage aan de lagere uitgavengroei. Met het ondertekenen van de eerste akkoorden hebben de minister van VWS en de veldpartijen een periode afgesloten van tegenstellingen en onrust. Een positief effect van de akkoorden is dat zij gezorgd hebben voor een omgeving waarin de partijen elkaar regelmatig treffen, gemeenschappelijke uitdagingen benoemen en in overleg gaan over mogelijke oplossingen. Het lijkt ons de moeite waard te pogen deze gezamenlijkheid in de komende periode te behouden – bijvoorbeeld door het sluiten van een volgende ronde van akkoorden.

#### Financiële afspraken

De afspraken over beperking van de groei zijn over het algemeen nagekomen. Deze afspra- ken oefenen een sterke dempende invloed uit op de feitelijke uitgavenontwikkeling. Dit komt allereerst doordat de minister van VWS deze afspraken correct heeft verwerkt in de uitgavenramingen in het FBZ bij de VWS-begroting. Deze ramingen werken vervolgens door in:

- het jaarlijkse bedrag waarmee verzekeraars gezamenlijk de Zvw moeten uitvoeren (het ‘macroprestatiebedrag’);

- de jaarlijkse financiële uitgavenplafonds die voor de zorgsectoren gelden. Als een sector het plafond overschrijdt, kan de minister maatregelen treffen om de overschrijding bij de zorgaanbieders terug te halen; een van de mogelijkheden is het inzetten van het macrobeheersinstrument.

Andere factoren hebben mogelijk ook bijgedragen aan de lagere uitgavengroei in de curatieve zorg in de periode 2012-2015. Zo zijn er aanwijzingen dat de zorgvraag in de MSZ is afgenomen onder invloed van de verhoging van het verplichte eigen risico en het stagneren van de koopkracht als gevolg van de economische crisis.

In de MSZ- en GGZ-akkoorden voor de periode 2014-2017 komen de afgesproken groeipercentages niet overeen met de groei van de meerjarige financiële kaders die óók in deze akkoorden zijn opgenomen, en die uiteindelijk leidend zijn. Deze discrepantie is ontstaan doordat in de meerjarige financiële kaders ook nog andere bezuinigingsmaatregelen verwerkt zijn. Veldpartijen kunnen hierdoor een verkeerd beeld krijgen van de werkelijke groeiruimte.

In de huidige zorgakkoorden zijn geen afspraken opgenomen over de loon- en prijsbijstelling in de zorg. Loon- en prijsontwikkelingen in de zorg leveren wel een bijdrage aan de stijging van de zorguitgaven. Een in 2014 aangekondigd standpunt van de NZa over het indexeringsbeleid is tot dusverre niet verschenen.

### **Inhoudelijke afspraken**

De afspraken over het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen zijn tot dusverre niet gerealiseerd. De uitvoering van de K&D-agenda en de substitutieafspraken verloopt moeizaam, en voor zover wel resultaten geboekt zijn, is het financiële effect tot dusverre beperkt:

- De uitvoering van de K&D-agenda is pas in 2014 gestart en is, mede door de samenloop van verschillende trajecten, daarna in een laag tempo verder gegaan. Sindsdien zijn vooral processtappen gezet; concrete resultaten zijn nog nauwelijks geboekt. De afspraken uit de K&D-agenda kunnen in 2014 en 2015 niet meer dan een zeer beperkt effect hebben gehad op het realiseren van de financiële afspraken.
- De uitvoering van de substitutieafspraken is tot dusverre moeizaam verlopen. Op basis van uitkomsten van de Substitutiemonitor voor 2015 concluderen we daarnaast dat de substitutieprojecten in dat jaar per saldo niet meer dan een beperkt financieel effect kunnen hebben gehad.

Hoewel de partijen een duidelijk verband leggen tussen de financiële en de inhoudelijke afspraken, hebben zij – met uitzondering van de afspraak over ‘doelmatig voorschrijven’ – geen raming of schatting opgesteld van de besparingen die de inhoudelijke afspraken kunnen opleveren. Daardoor hebben de partijen geen inzicht in de mogelijke bijdrage van de inhoudelijke afspraken aan de realisatie van de financiële afspraken.

### Zorgakkoorden als beleidsinstrument

Wat de opzet van de huidige zorgakkoorden betreft, constateren we dat deze niet voldoet aan alle waarborgen voor de effectiviteit van convenanten; zo bevatten de akkoorden geen geschillenregeling of evaluatiebepaling. Verder sluiten de financiële afspraken over substitutie in de akkoorden van 2013 met de eerste lijn respectievelijk de tweede lijn niet goed op elkaar aan. Tegenover de afspraken in de akkoorden van 2013 over substitutie van zorg naar de eerste lijn in het eerstelijnsakkoord, staan geen afspraken over de afbouw van overbodig wordende ziekenhuiscapaciteit in het MSZ-akkoord.

Dan het functioneren van de zorgakkoorden als beleidsinstrument. De werkafspraken die de minister van VWS en de andere partijen hebben gemaakt voor de uitvoering van de afspraken, vormen een nuttige aanvulling op de akkoorden. In een gezamenlijk bestuurlijk overleg met de partijen uit de eerste en de tweede lijn is echter niet voorzien. Op sommige dossiers was sprake van lang lopende discussies en/of een moeizame voortgang. De ingestelde vormen van overleg en voortgangsbewaking leidden in deze gevallen niet tot de gewenste bijsturing. Tot slot moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat de bindende werking van de akkoorden jegens de individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de loop van de tijd zal afnemen.

## 5.2 Aanbevelingen

### Opmerking vooraf

De in 2013 gesloten zorgakkoorden hebben een looptijd tot en met 2017. Dit rapport verschijnt op een moment dat nog wordt nagedacht over beleidsopties voor de komende regeerperiode. Het Centraal Planbureau (CPB) voorspelt voor die periode een ‘terugval’ naar het oude, hogere groeipad van de zorguitgaven, indien er geen nieuwe maatregelen worden genomen (CPB, 2016a). Het nieuwe kabinet staat voor de keuze om de aanpak met zorgakkoorden al dan niet voort te zetten en nieuwe afspraken te maken voor de periode vanaf 2018. Op basis van de ervaringen met de tussen 2010 en 2013 gesloten akkoorden doen wij het nieuwe kabinet, i.c. de minister van VWS, voor een eventuele volgende ronde van akkoorden een aantal aanbevelingen. Deze volgen aan het einde van de paragraaf.

De partijen bij de zorgakkoorden hebben zelf gesteld, het meest expliciet in het MSZ-akkoord van 2013, dat de bijdrage van de inhoudelijke afspraken noodzakelijk is om de financiële afspraken te kunnen realiseren. Algemeen gesteld ligt die bijdrage in de verbetering van de doelmatigheid van de zorg. Tot dusverre is die bijdrage grotendeels uitgebleven. Op het eerste gezicht is het dan ook opmerkelijk dat de financiële afspraken toch zijn gerealiseerd. In dit onderzoek hebben wij deze tegenstrijdigheid niet geheel kunnen verklaren. Een deel van de verklaring lijkt te liggen in de in hoofdstuk 2 beschreven toepassingswijze van de financiële afspraken, waardoor ze een tamelijk hard karakter hebben gekregen. Het ligt dan ook voor de hand deze aanpak in een eventuele volgende ronde van akkoorden voort te zetten.

Tegelijkertijd zijn er nog veel mogelijkheden om de doelmatigheid in de curatieve zorg te verbeteren, bijvoorbeeld door middel van substitutie of gepast gebruik van zorg. Daarom zou het goed zijn als er ook opnieuw inhoudelijke afspraken worden gemaakt. Wel moet de effectiviteit van deze afspraken meer aandacht krijgen. Tastbare doelmatigheidswinst draagt immers bij aan de realisatie van de nieuwe financiële afspraken en aan de bindende werking van de zorgakkoorden. Om dit te bereiken moeten de partijen de voortgang van inhoudelijke afspraken beter bewaken en elkaar er steviger op aanspreken als het hieraan schort. Als de voortgang dan toch moeizaam blijft, zou een grotere betrokkenheid van de minister geboden kunnen zijn. Overigens is dit ook relevant voor de resterende looptijd van de huidige akkoorden.

Nieuwe afspraken met de eerstelijnszorg, de MSZ en de GGZ moeten één samenhangend geheel vormen. Een illustratie van de noodzaak daartoe vormen de ervaringen met de huidige afspraken over substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. In een breder perspectief gaat het om de gewenste herinrichting van het zorglandschap; tegenover afspraken over de uitbouw van bijvoorbeeld de multidisciplinaire zorg moeten afspraken staan over de afbouw van bijvoorbeeld ziekenhuiscapaciteit. Deze samenhang kan bevorderd worden door afspraken te baseren op een (bij voorkeur breed gedragen) visie op het transitieproces naar het toekomstige Nederlandse zorglandschap. Daarbij moeten ook de financiële consequenties van deze transitie onder ogen worden gezien.

### **Aanbevelingen**

Voor een eventuele volgende ronde van zorgakkoorden doen wij de minister van VWS de volgende aanbevelingen:

- Zorg dat bij de uitgavenramingen in het FBZ, zowel bij de VWS-begroting als het jaarverslag, voor alle sectoren de relatie gelegd kan worden met de financiële kaders uit de zorgakkoorden en de MBI-plafonds uit de beschikkingen van de NZa.
- Communiceer eenduidig over de feitelijke financiële groeiruimte die voor de zorgaanbieders resteert, met inachtneming van zowel de afspraken in de akkoorden als overige (bezuinigings)maatregelen.
- Maak naast afspraken over de reële groei ook afspraken over de loon- en prijsbijstelling in de zorg.
- Verwerk alle afspraken uit de akkoorden met een financiële component, zoals doelmatig voorschrijven, in het FBZ bij de VWS-begroting.
- Zorg ervoor dat het totale pakket aan inhoudelijke afspraken een wezenlijke bijdrage levert aan de realisatie van de financiële afspraken.
- Overleg met de partijen over het opnemen van meer waarborgen voor de effectiviteit in de akkoorden, zoals een geschillenregeling. Laat met het oog hierop de werking van de zorgakkoorden evalueren, niet in de laatste plaats ook in procesmatig opzicht.
- Bewaak de inhoudelijke en financiële samenhang tussen nieuwe akkoorden, bijvoorbeeld als het gaat om substitutie of herinrichting van het zorglandschap. Mogelijk kan de samenhang bevorderd worden door afspraken te baseren op een (bij voorkeur breed gedragen) visie op het transitieproces naar het toekomstige Nederlandse zorglandschap.
- Overweeg voor de uitvoering van de inhoudelijke afspraken de betrokkenheid van de minister van VWS in de akkoorden te verankeren.

Tot slot bevelen we de minister van VWS aan, inhoudelijke afspraken als de K&D-agenda en de (verdere ontwikkeling van de) Substitutiemonitor voort te zetten, ook als de partijen besluiten om geen nieuwe zorgakkoorden af te spreken. De partijen hebben immers grote verwachtingen van de inhoudelijke afspraken.

## 6 Bestuurlijke reacties en nawoord Algemene Rekenkamer

De minister van VWS heeft op 24 november 2016 op ons onderzoek gereageerd. Haar reactie geven wij hieronder integraal weer. De minister van VWS heeft bij haar brief een bijlage toegevoegd met een aantal opmerkingen over feitelijke onjuistheden in het conceptrapport. Deze bijlage is – samen met de brief – integraal opgenomen op de website [www.rekenkamer.nl](http://www.rekenkamer.nl). Daar waar sprake was van door de minister aangegeven feitelijke onjuistheden zijn deze verwerkt in het rapport (zie ook bijlage 8 eindnoot i). We sluiten dit hoofdstuk af met ons nawoord.

### 6.1 Reactie minister van VWS

“Geachte college,

Met uw brief van 27 oktober jl. bood u mij het conceptrapport “Zorgakkoorden: Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4” aan. Ik heb het rapport met belangstelling gelezen. Uw hoofdconclusie dat de zorgakkoorden zeer waarschijnlijk hebben bijgedragen aan de beoogde lagere uitgavengroei in de curatieve zorg in de jaren 2012-2015, stemt overeen met mijn beeld. Daarbij merk ik op dat die lagere uitgavengroei moet worden gezien in combinatie met andere maatregelen, zoals de toegenomen risicodragendheid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders, alsmede de verhoging van het eigen risico, en tegen de achtergrond van de constructieve bestuurlijke verhoudingen. Daarover later meer.

In deze brief ga ik in op de drie deelconclusies en de daarbij behorende aanbevelingen. Waar mogelijk leg ik op uw verzoek een relatie met de aanbevelingen in hoofdstuk 5 van het rapport. U vroeg ook aan te geven welke maatregelen zullen worden getroffen naar aanleiding van de conclusies en aanbevelingen. Daarbij past mij terughoudendheid, aangezien de bestuurlijke akkoorden voor de medisch-specialistische zorg en de eerste lijn eind 2017 aflopen en een beslissing over het afsluiten van nieuwe meerjarige bestuurlijke akkoorden aan het volgende kabinet is. Daar komt bij dat de zorgakkoorden het resultaat zijn van een bestuurlijk proces met partijen en een nieuwe ronde zorgakkoorden eveneens een gedegen bestuurlijke basis vergt. Aangezien ik daarop niet kan vooruitlopen, laat ik me niet uit over concrete maatregelen en neem ik ook enige terughoudendheid in acht als het gaat om aanbevelingen die een nieuwe ronde van meerjarige akkoorden betreffen. Ik beoog voor 2018 een transitieakkoord te sluiten en zal uw aanbevelingen zo mogelijk meenemen bij dit éénjarig akkoord.

Voordat ik uitgebreider op uw conclusies inga wil ik beginnen met het schetsen van de achtergrond voor de keuze voor het instrument zorgakkoorden. Voordat de akkoorden werden afgesloten, was er sprake van een scherpe stijging van de zorguitgaven en bestuurlijke onrust. Omdat de groei van de zorguitgaven veel hoger was dan de economische groei, kwam de houdbaarheid van de zorg ter discussie te staan. De relaties van partijen onderling en ook hun verstandhouding met de overheid waren niet altijd goed, mede doordat vaak achteraf “teveel uitgegeven” geld bij instellingen werd teruggevorderd en omdat veel maatregelen vanuit het ministerie aan de sectoren werden opgelegd. Het draagvlak daarvoor ontbrak vaak. Ik heb in 2011 en 2012 de regie genomen om tot akkoorden te komen, ondersteund door een regeerakkoord dat een duidelijke financiële opgave kende en ervoor zorgde dat partijen belang hadden om mee te werken. Kostenbesparing die door partijen zelf kon worden ingevuld werd daarmee een gezamenlijke missie. Dit draagvlak was cruciaal om het groeipad in een kort tijdsbestek omlaag te kunnen brengen. Op basis van een nieuw regeerakkoord zijn de financiële groeiafspraken in nieuwe akkoorden aangescherpt en de inhoudelijke agenda’s aangevuld met nieuwe afspraken. De akkoorden hebben gezorgd voor bestuurlijke rust en binding. Het veld committeerde zich aan het budgettair kader, wat zorgde voor ruimte voor constructief overleg over het verbeteren van kwaliteit en doelmatigheid. Die bestuurlijke rust heeft grotendeels standgehouden.

### **Financiële afspraken**

Ik deel uw conclusie dat de afspraken uit de zorgakkoorden zeer waarschijnlijk een sterke dempende invloed uitoefenen op de feitelijke uitgavenontwikkeling en dat de afspraken over het algemeen zijn nagekomen. Uw constatering dat ik de afspraken correct heb verwerkt in de uitgavenramingen in het Financieel Beeld Zorg (FBZ) bij de VWS-begroting, is een belangrijke bevestiging.

In dit verband beveelt u aan dat bij de uitgavenramingen in het FBZ, zowel bij de VWS-begroting als het jaarverslag, voor alle sectoren de relatie gelegd kan worden met de financiële kaders uit de zorgakkoorden en de mbi-plafonds uit de beschikkingen van de NZa.<sup>21</sup> Bovendien beveelt u aan alle afspraken uit de akkoorden met een financiële component in het FBZ worden verwerkt.<sup>22</sup>

Ik acht het wenselijk dat het duidelijk is hoe de verschillende kaders zich tot elkaar verhouden. In recente begrotingsstukken van VWS zijn op dit terrein al stappen gezet. Zo is in het jaarverslag 2015 per sector een overzicht opgenomen van de stand van de raming in het



FBZ in relatie tot de financiële kaders uit de zorgakkoorden en de relevante mbi-kaders. Ook in volgende begrotingen en jaarverslagen zal VWS deze transparantie nastreven. Bij deze transparantie hoort ook dat in het FBZ bij de VWS-begroting de financiële afspraken uit de akkoorden expliciet worden verwerkt.

U adviseert eenduidig te communiceren over de feitelijke financiële groeiruimte die voor de zorgaanbieders resteert, met inachtneming van zowel de afspraken in de akkoorden als overige (bezuinigings)maatregelen.<sup>23</sup> Ook beveelt u aan naast afspraken over de reële groei ook afspraken te maken over de loon- en prijsbijstelling in de zorg.<sup>24</sup> VWS is transparant over de beschikbare ruimte voor de verschillende jaren en het feit dat de feitelijk beschikbare groei kan afwijken van de groeipercentages die zijn gehanteerd in de akkoorden. De koepels van partijen zijn hierover vanaf de start van de akkoorden goed geïnformeerd. Ik onderstreep daarmee uw aanbeveling. VWS zal daarover ook in de toekomst eenduidig blijven communiceren.

In de door u onderzochte zorgakkoorden zijn geen afspraken gemaakt over de loon- en prijsbijstelling. Dat komt doordat de afspraken over de loonbijstelling in april 2013 zijn gemaakt in de met de sociale partners afgesloten zorgakkoorden. Met deze afspraken is de hoogte van de jaarlijkse overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (ova) voor deze kabinetsperiode beperkt door de incidentele looncomponent in de ova op nul te stellen. Eventuele toekomstige afspraken over de loon- en prijsbijstelling in de zorg zijn uiteraard een zaak voor het volgende kabinet, maar ik steun uw aanbeveling om ook dergelijke afspraken wederom in akkoorden mee te nemen.

### **Inhoudelijke afspraken**

U geeft aan het onwaarschijnlijk te achten dat de inhoudelijke afspraken in de zorgakkoorden een wezenlijke bijdrage hebben geleverd aan de lagere uitgavengroei in de jaren 2012–2015. In uw conceptrapport staat: “Bij de afspraken die wij bekeken hebben – het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen, de K&D agenda en de afspraken over substitutie – was de voortgang moeizaam en het financiële effect tot dusverre beperkt.”

U constateert dat de partijen – met uitzondering van de afspraak over doelmatig voorschrijven – geen raming of schatting hebben opgesteld van de besparingen die de inhoudelijke afspraken kunnen opleveren. Daardoor zouden de partijen geen inzicht hebben in de mogelijke bijdrage van de inhoudelijke afspraken aan de realisatie van de financiële afspraken.

Van meet af aan was de insteek dat inhoudelijke afspraken voor kwaliteitsverbetering moesten zorgen en een bijdrage zouden leveren aan de lagere uitgavengroei. Zo is voor de medisch-specialistische zorg besproken of het mogelijk was om de inhoudelijke afspraken te kwantificeren, maar al snel is gezamenlijk besloten om niet op die weg verder te gaan. Het kwantificeren bleek uitermate complex, maar daarnaast was de inschatting dat het teveel focussen op de financiële effecten een averechts effect op de aanpak zou hebben en ook niet zou helpen om een structurele verandering in de werkwijze te bereiken. Van meet af aan was ook duidelijk dat de uitvoering van de inhoudelijke afspraken niet onmiddellijk tot financiële resultaten zou leiden, zoals u constateert. De inhoudelijke afspraken zijn ook bedoeld voor een cultuuromslag om effecten ook na afloop van de akkoorden te laten beklijven. Er nu op terugkijkend hebben de inhoudelijke afspraken naar mijn mening ertoe bijgedragen dat alle partijen zich hebben gecommitteerd aan de gemaakte afspraken, ook in financieel opzicht. Een bestuurlijk akkoord over beperking van de groei van de zorguitgaven zonder inhoudelijke agenda was hoogstwaarschijnlijk niet mogelijk geweest. In die zin zijn financiële en inhoudelijke afspraken onlosmakelijk met elkaar verbonden. Door de inhoudelijke afspraken is bovendien een basis gecreëerd om met partijen in overleg te blijven over belangrijke onderwerpen als gepast gebruik, verbetering van de contractering, toename van kwaliteit in de zorg, de ontwikkeling van dure geneesmiddelen, concentratie van complexe zorg en deconcentratie van eenvoudige medisch-specialistische zorg. Vaak gaat verbetering van de kwaliteit gepaard met verbetering van de kosten effectiviteit. Ik verwacht dat inzet van procesinnovatie die hierop is gericht nog veel mogelijkheden biedt om de zorg inhoudelijk te verbeteren en tegelijkertijd de kosteneffectiviteit sterk te vergroten.

Tegen deze achtergrond ben ik het met u eens dat het van belang is dat het totale pakket aan inhoudelijke afspraken een wezenlijke bijdrage levert aan de realisatie van de financiële afspraken.<sup>25</sup> Het is mede aan de inhoudelijke agenda te danken dat de bestuurlijke akkoorden een succes zijn. De beperking van de volumegroei wordt onder meer gerealiseerd door het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie, door het beperken van de toegang tot de zorgaanpak op basis van medische noodzaak en kwaliteit van leven, door (de) concentratie van zorg en door gewenste substitutie naar de eerste lijn. Het is belangrijk om in de akkoorden afspraken te maken over de beperking van wachtlijsten, om te voorkomen dat volumebeperking de uitlaatklep is om aan de afspraken te voldoen. Deze afspraken waren ook onderdeel van de gesloten akkoorden.

U beveelt ook aan inhoudelijke afspraken als de K&D-agenda en de verdere ontwikkeling van de substitutiemonitor voort te zetten, ook als de partijen besluiten om geen nieuwe zorgakkoorden af te spreken.<sup>26</sup>

Ik onderstreep met u het belang van substitutie en de K&D-agenda. Het lijkt mij dan ook wenselijk dat de activiteiten op dit gebied worden voortgezet.

### **Zorgakkoorden als beleidsinstrument**

Ik ben het met u eens dat het effect van de gesloten zorgakkoorden verder strekt dan de directe bijdrage aan de lagere uitgavengroei. De akkoorden hebben, zoals u terecht constateert in uw rapport, eraan bijgedragen dat de partijen elkaar regelmatig treffen, gemeenschappelijke uitdagingen benoemen en in overleg gaan over mogelijke oplossingen. Het lijkt ook mij de moeite waard te pogen deze constructieve bestuurlijke samenwerking in de komende periode te behouden, bijvoorbeeld door het sluiten van een volgende ronde van akkoorden. Met de huidige akkoorden is een basis gelegd om de zorguitgaven ook in de toekomst te beheersen. Zoals gezegd ben ik bereid te verkennen of voor het jaar 2018 overbruggingsakkoorden met partijen kunnen worden afgesloten. Ik zal daarbij ook uw overige aanbevelingen<sup>27</sup>, voor zover relevant voor een transitieakkoord, betrekken. Overigens is in de praktijk de minister van VWS betrokken bij de financiële én inhoudelijke afspraken en bij de uitvoering daarvan. De minister kan niet anders dan daarin een actieve rol op zich te nemen. Dat is zo en zal naar mijn mening zo moeten blijven.

In de bijlage bij deze brief treft u een aantal opmerkingen aan over feitelijke onjuistheden in uw conceptrapport. Ik verzoek u mijn reactie inclusief bijlage integraal op te nemen in uw eindrapport.

Ik dank u voor het onderzoek naar de zorgakkoorden en wens u succes met de afronding ervan.”

## **6.2 Nawoord Algemene Rekenkamer**

Wij constateren dat de minister van VWS onze hoofdconclusie onderschrijft. In deze paragraaf gaan we nader in op een aantal punten uit de reactie van de minister.

### **Financiële afspraken**

Wij zijn positief over de toezegging van de minister om de informatievoorziening in het Financieel Beeld Zorg bij de begroting en het jaarverslag verder te verbeteren. Hierbij gaan we er van uit dat deze verbetering ook de inhoudelijk afspraken met een duidelijke

financiële component, zoals doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen, betreft. Volgens ons moeten deze in het Financieel Beeld Zorg ook navolgbaar worden verwerkt.

### **Inhoudelijke afspraken**

De minister gaat niet in op de conclusie dat wij het onwaarschijnlijk achten dat de inhoudelijke afspraken een wezenlijke bijdrage hebben geleverd aan de lagere uitgavengroei in de jaren 2012-2015. De minister geeft daarentegen aan dat het van meet af aan duidelijk was dat de inhoudelijke afspraken niet tot onmiddellijke financiële resultaten zouden leiden. De inhoudelijke afspraken hebben er volgens haar toe bijgedragen dat alle partijen zich committeerden, ook in financieel opzicht. De minister schrijft dat financiële en inhoudelijke afspraken onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn en dat de inhoudelijke afspraken ook een basis legden voor overleg tussen partijen over bijvoorbeeld gepast gebruik. Uit de akkoorden blijkt echter dat de partijen bij het sluiten ervan de bijdrage van de inhoudelijke afspraken noodzakelijk achten om de financiële afspraken tot en met 2017 te kunnen realiseren. Het feit dat de financiële afspraken mogelijk werden gemaakt door ook inhoudelijke afspraken te maken, doet daar niets aan af. Op de korte termijn (namelijk gedurende de looptijd van de akkoorden) verwachten zij dus al effect van de inhoudelijke afspraken. Wij hebben bovendien gezien dat bij het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen, de K&D-agenda en de afspraken over substitutie de voortgang moeizaam was en het financiële effect tot dusverre beperkt.

### **Zorgakkoorden als beleidsinstrument**

De minister deelt onze mening dat het de moeite waard is de samenwerking tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties te behouden. Wij zijn verheugd te horen dat de minister onze aanbevelingen betreft bij een mogelijk transitieakkoord voor 2018. Wij geven de minister ter overweging mee om ook in dit akkoord haar betrokkenheid bij de uitvoering van de inhoudelijke afspraken te verankeren.

## Bijlagen

- 1 Overzicht belangrijkste conclusies, aanbevelingen en reacties
- 2 Partijen zorgakkoorden
- 3 Onderzoeksverantwoording
- 4 Financiële kaders zorgakkoorden
- 5 Mutaties in FBZ door afspraken in de zorgakkoorden
- 6 Afkortingen
- 7 Literatuur
- 8 Eindnoten

## Bijlage 1

### Overzicht belangrijkste conclusies, aanbevelingen en reacties

Hoofdconclusie	Aanbevelingen aan de minister van VWS voor een eventuele volgende ronde van zorgakkoorden	Reactie van de minister van VWS
Zorgakkoorden hebben zeer waarschijnlijk bijgedragen aan lagere uitgavengroei curatieve zorg tussen 2012 en 2015.		De minister deelt de hoofdconclusie.
<b>Deelconclusies</b>		
<i>Financiële afspraken</i>		
Afspraken over beperking van groei oefenen sterke invloed uit op de uitgavenontwikkeling. Deze afspraken zijn over het algemeen nagekomen.	Zorg dat in FBZ voor alle sectoren relatie gelegd kan worden met financiële kaders uit akkoorden en MBI-plafonds uit beschikkingen NZa.	De transparantie in het FBZ bij de begroting en jaarverslag wordt verder verbeterd, de financiële afspraken uit de akkoorden worden expliciet verwerkt.
Akkoorden bevatten geen afspraken over loon- en prijsbijstellingen. Deze leveren wel een bijdrage aan stijging zorguitgaven.	Communiqueer eenduidig over de feitelijke financiële groei ruimte voor de zorgaanbieders.  Maak naast afspraken over reële groei ook afspraken over loon- en prijsbijstelling.	De minister neemt de aanbeveling over.  De minister ondersteunt de aanbeveling en geeft aan dat eventuele toekomstige afspraken over loon- en prijsbijstellingen een zaak zijn voor het volgende kabinet.
<i>Inhoudelijke afspraken</i>		
Onwaarschijnlijk dat inhoudelijke afspraken in akkoorden een wezenlijke bijdrage hebben geleverd aan lagere uitgavengroei tussen 2012 en 2015.	Zorg dat het totale pakket aan inhoudelijke afspraken een wezenlijke bijdrage levert aan de realisatie van de financiële afspraken.	De minister onderschrijft de aanbeveling.
Afspraken over besparingen door doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen zijn tot dusverre niet gehaald.	Verwerk alle afspraken uit de akkoorden met een financiële component in FBZ bij VWS-begroting.	De minister geeft aan de financiële afspraken uit de akkoorden navolgbaar in het FBZ te verwerken.
Uitvoering van K&D-agenda en de substitutieafspraken verloopt traag. Financiële effect is tot dusverre beperkt.		

<i>Zorgakkoorden als beleidsinstrument</i>		
In akkoorden ontbreken verscheidene waarborgen die de effectiviteit kunnen vergroten.	Overleg over extra waarborgen voor effectiviteit akkoorden. Laat werking akkoorden evalueren.	De minister geeft aan de aanbevelingen bij eventueel transitieakkoord te betrekken.
Afspraken in akkoorden met verschillende sectoren sluiten onvoldoende op elkaar aan.	Bewaak inhoudelijke en financiële samenhang binnen en tussen nieuwe akkoorden (bv. inzake substitutie en herinrichting zorglandschap).	Minister geeft aan actieve rol te nemen bij uitvoering van financiële en inhoudelijke afspraken.
Werkafspraken tussen minister van VWS en andere partijen zijn voor verbetering vatbaar.	Overweeg voor uitvoering inhoudelijke afspraken betrokkenheid minister van VWS in akkoorden te verankeren.	

## Bijlage 2

### Partijen zorgakkoorden

	Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS)	Zorgverkeeraars Nederland (ZN)	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)	Orde medisch Specialisten (OMS)	Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)	Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)	Landelijke Organisatie voor Ketenzorg (LOK)	Landelijke vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG)	Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN)	GGZ Nederland	Landelijk Platform GGZ (LPGGZ)	Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE)	Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (NVVP)	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)	Platform Meer GGZ	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
HLA bekostiging medisch specialistische transitie	V			V	V														
Bestuurlijk HLA	V	V	V	V		V													
Onderhandelingsresultaat MSZ 2014–2017	V	V	V	V	V	V	V												
Convenant HA-zorg	V							V											
Onderhandelingsresultaat 1e lijn 2014–2017	V	V						V	V	V	V								
Bestuurlijk akkoord Toekomst GGZ	V	V								V		V	V	V	V	V	V	V	
Bestuurlijk akkoord GGZ 2014–2017	V	V								V		V	V	V	V	V	V	V	V



## Bijlage 3

### Onderzoeksverantwoording

In het onderzoek voor dit rapport zijn wij nagegaan of en in hoeverre de afspraken in de tussen 2010–2013 gesloten zorgakkoorden hebben bijgedragen aan de beheersing van de uitgaven in de curatieve zorg, en wat de minister van VWS doet om de effectiviteit van de afspraken te bewaken en te bevorderen.

Wij hebben de uitvoeringsfase van het onderzoek afgerond in mei 2016. Relevante uitkomsten van de Substitutiemonitor van juli 2016 (KPMG, 2016) hebben wij nog meegenomen in het onderzoek.

#### Aanpak

Voor ons onderzoek hebben wij gebruik gemaakt van verschillende bronnen:

- Gesprekken met het Ministerie van VWS, de NZa, verschillende brancheorganisaties (Zorgverzekeraars Nederland, Ineen, LHV, Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen), individuele zorgverzekeraars en individuele zorgaanbieders.
- Documentatie verkregen via het Ministerie van VWS (waaronder de niet-openbare verslagen van de bestuurlijke en ambtelijke overleggen met het veld over de uitvoering van de akkoorden). Zie voor de overige (openbare) documentatie de bronvermeldingen.
- Onderliggend bronmateriaal (waaronder vertrouwelijke contracten met ziekenhuizen voor 2012, (standaard)overeenkomsten/contracten eerste lijn (huisartsen, multidisciplinaire zorg) voor 2014–2015 en gespreksverslagen met zorgverzekeraars) van de NZa Monitor Zorginkoop 2014, Marktscan MSZ 2014, Monitor transitie eerstelijnszorg 2015, Marktscan Ketenzorg 2014 verkregen via de NZa.
- Vertrouwelijke inzage in 80 contracten die twee zorgverzekeraars met zorgaanbieders hebben gemaakt in de periode 2012-2015 en bedrijfsinterne rapportages van de twee zorgverzekeraars.

We hebben de contracten met de MSZ en de eerste lijn ingezien met twee vragen:

- wat zien we in de contracten terug van de financiële afspraken uit de zorgakkoorden?
  - wat zien we in de contracten over substitutieafspraken?
- Een door het onderzoeksteam van de Algemene Rekenkamer georganiseerde Rondetafelbijeenkomst met onze gesprekspartners. Het doel van deze bijeenkomst was het bespreken van onze concept onderzoeksresultaten met onze gesprekspartners om te inventariseren in hoeverre zij onze conceptconclusies herkenden en wat zij zouden willen meegeven voor eventueel hernieuwde akkoorden. De uitkomsten van deze

bijeenkomst hebben we gebruikt bij het opstellen van dit rapport en het formuleren van (bestuurlijke) aandachtspunten.

### **Gehanteerde normen**

De algemene norm in dit onderzoek is dat afspraken nagekomen dienen te worden. De overige normen die we gehanteerd hebben zijn:

- De financiële afspraken uit de akkoorden worden juist en volledig doorvertaald in de inkoopruimte van de zorgverzekeraars.
- De ontwikkeling van de zorguitgaven die onder de akkoorden vallen, voldoet aan de afgesproken groeipercentages in de zorgakkoorden.
- De minister van VWS moet ervoor zorgen dat zij beschikt over actuele informatie (Algemene Rekenkamer, 2011).
- In de berekening van over- of onderschrijding van de financiële kaders wordt een zuivere vergelijking gemaakt tussen de volumegroei afspraken in de zorgakkoorden en de gerealiseerde volumegroei. De berekening is navolgbaar en reproduceerbaar.
- De minister van VWS moet beschikken over adequate instrumenten om de uitgaven te kunnen beheersen (Algemene Rekenkamer, 2003).
- Zorgverzekeraars en zorgaanbieders houden zich aan de in de akkoorden gemaakte afspraken over financiële groei en substitutie.
- De minister van VWS vervult de randvoorwaarden waaronder zorgverzekeraars en zorgaanbieders de in de akkoorden gemaakte afspraken kunnen realiseren.

## Bijlage 4

### Financiële kaders zorgakkoorden

In tabel B1 laten wij de meerjarige financiële kaders zien die in de akkoorden voor de MSZ en GGZ zijn opgenomen. In tabellen B2, B3 en B4 laten wij voor zien hoe deze bedragen voor 2014 doorwerkten in het Financieel Beeld Zorg bij de VWS-begroting en de beschikking die de NZa publiceerde over de financiële plafonds.

In de akkoorden voor de eerste lijn is geen meerjarige financiële reeks opgenomen. Het Ministerie van VWS heeft het afgesproken groeipercentage vertaald in een meerjarig financieel kader, dat is opgenomen in het FBZ bij de VWS-begroting. Tabel B5 en tabel B6 laten zien hoe deze groei afspraak in het Financieel Beeld Zorg bij de VWS-begroting 2014 is verwerkt.

**Tabel B1** Financiële kaders zorgakkoorden (in € miljoen)

	Hoofdlijnen Bekostiging Medisch Spec- ialisten Transitie 2012-2014 *	Bestuurlijk Hoofdlijnen- akkoord 2012-2015**	Onderhande- laarsresultaat MSZ 2014-2017***	Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014****	Bestuurlijk Akkoord GGZ 2014-2017*****
2011		16.392			
2012	2.021	16.801		4.029	
2013	2.103	17.221		4.130	
2014	2.214	17.652	20.437*****	4.233	4.307
2015		18.093	20.553		4.345
2016			20.675		4.385
2017			20.677		4.416

\* inclusief geraamde loon- en prijsbijstelling, lopende prijzen

\*\* exclusief loon- en prijsbijstelling, prijzen 2011

\*\*\* exclusief loon- en prijsbijstelling, prijzen 2013

\*\*\*\* exclusief loon- en prijsbijstelling, prijzen 2012

\*\*\*\*\* Dit bedrag bestaat uit een deel voor de ziekenhuiszorg (€18.265 miljoen) en voor de vrijgevestigde medisch specialisten (€2.172 miljoen). Volgens een voetnoot in het akkoord is dit laatste bedrag gebaseerd op het bedrag voor 2014 (€2.214 miljoen) uit het beheersmodel honoraria vrijgevestigde medisch specialisten.

Bron: Zorgakkoorden

## Medisch Specialistisch Zorg

**Tabel B2** Doorwerking financieel kader MSZ 2014 (in € miljoen)

	2014
<b>Financieel kader</b>	<b>18.265,0</b>
Overheveling injectiemateriaal groei- en fertiliteitshormonen	3,0
Overheveling vacuümpompen	1,4
Afrondingsverschil	-0,2
<b>Stand ontwerpbegroting 2014</b>	<b>18.269,2</b>
<b>NZa beschikking</b>	<b>18.269</b>

Bron: VWS(2013b), FBZ bij VWS-begroting, NZa (2013a)

**Tabel B3** Doorwerking financieel kader vrijgevestigde medisch specialisten 2014 (in € miljoen)<sup>28</sup>

	2014
<b>Financieel kader vrijgevestigde medisch specialisten</b>	<b>2.214</b>
Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialist (SKMS)	12,9
Nacalculatie loon- en prijsbijstelling 2013	-28,9
Voorcalculatie loon- en prijsbijstelling 2014	-22,3
Technische correctie	-2,8
<b>Stand ontwerpbegroting 2014</b>	<b>2.172,8</b>

Bron: NZA (2013g), Ministerie van VWS, FBZ bij VWS begroting

## Geestelijke gezondheidszorg

**Tabel B4** Doorwerking financieel kader GGZ 2014 (in € miljoen)

	2014
<b>Financieel kader</b>	<b>4.307,0</b>
loon- en prijsbijstelling dyslexie	0,8
overheveling AWBZ naar Zvw	25,7
<b>Stand ontwerpbegroting 2014</b>	<b>4.334,0</b>
Overheveling jeugd-GGZ <sup>29</sup>	-333
<b>NZa beschikking</b>	<b>4.001</b>

Bron: VWS 2013j, FBZ bij VWS begroting, NZA (2013c), FBZ bij VWS begroting

## Eerstelijnszorg

**Tabel B5** Doorwerking groeipercentages huisartsenzorg 2014 (in € miljoen)

	2014
<b>Financieel kader Huisartsenzorg</b>	<b>n.v.t.</b>
<b>Stand ontwerpbegroting 2013 (sept. 2012)</b>	<b>2.412,4</b>
Groeirimte huisartsenzorg 2014 (1,5%)	36,7
Substitutie huisartsenzorg 2014 (1,0%)	24,5
Loon en prijsbijstelling tranche 2013	43,0
Actualisering	11,5
<b>Stand ontwerpbegroting 2014 (sept. 2013)</b>	<b>2.528,1</b>
<b>NZa beschikking</b>	<b>n.v.t.</b>

Bron: FBZ bij VWS begroting

**Tabel B6** Doorwerking groeipercentages multidisciplinaire zorg 2014 (in € miljoen)

	2014
<b>Financieel kader Multidisciplinaire Zorg</b>	<b>n.v.t.</b>
<b>Stand ontwerpbegroting 2013 (sept. 2012)</b>	<b>375,3</b>
Groeirimte Multidisciplinaire Zorg 2013	8,0
Groeirimte Multidisciplinaire Zorg 2014 (1,5%)	6,1
Substitutie Multidisciplinaire Zorg 2014 (1,0%)	4,1
Loon en prijsbijstelling tranche 2013	6,9
Actualisering	18,2
<b>Stand ontwerpbegroting 2014 (sept. 2013)</b>	<b>418,7</b>
<b>NZa beschikking</b>	<b>n.v.t.</b>

Bron: FBZ bij VWS begroting

## Bijlage 5

### Mutaties in FBZ door afspraken in de zorgakkoorden

Tabel B7 geeft een overzicht van de mutaties in de begrote uitgaven van in verschillende edities van het FBZ bij de VWS begrotingen 2012-2016 die volgen op de afspraken uit de zorgakkoorden. Deze bronnen zijn ook gebruikt voor het jaarlijks totaal van de begrote uitgaven van de medisch specialistische zorg, de geestelijke gezondheidszorg en de huisartsenzorg.<sup>30</sup>

**Tabel B7** Mutaties in begrote uitgaven FBZ door zorgakkoorden (in € miljoen)

Ingeboekte Mutaties	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1. BHA 2012-2015 (prijspeil 2011)	-265	-265	-265	-265	-265	-265
2. BA Toekomst GGZ 2013-2014 (prijspeil 2012)	0	-75	-100	-100	-100	-100
3. Regeerakkoord Rutte-Asscher (prijspeil 2013)	0	0	0	-355	-760	-1175
4. Onderhandelaars-resultaten 2013 (prijspeil 2013)	0	0	-250	-500	-750	-1000
5. Honoraria medisch specialisten (prijspeil 2013)	0	0	0	-100	-100	-100

Bron: FBZ bij VWS begrotingen 2012-2016

In het FBZ zijn de financiële effecten van de akkoorden soms geaggregeerd terug te vinden, en soms per individueel akkoord. De financiële effecten van de akkoorden hebben we hieronder toegelicht. In de toelichting worden twee akkoorden niet besproken omdat deze geen financieel effect hadden ten opzichte van de reeds begrote uitgaven in het FBZ. Het gaat hierbij om:

- Hoofdlijnen Bekostiging Medisch Specialisten Transitie 2012-2014; en
- Convenant huisartsenzorg 2012/2013.

#### Toelichting op de tabel:

1. Op basis van het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012-2015 heeft het Ministerie van VWS vanaf 2012 een structurele korting van € 265 miljoen opgenomen. Deze korting was een resultante van een overschrijding in 2010 en deze is – conform het akkoord – als een vast bedrag in mindering gebracht op het groeipad van 2,5%. De korting is verwerkt in het FBZ bij de VWS-begroting 2012.

2. Dit betreft een maatregel uit het Begrotingsakkoord 2013 die met het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013–2014 is ingevuld. GGZ-aanbieders nemen de verantwoordelijkheid op zich om doelmatigere zorg te verlenen. Dit leidt tot een beoogde opbrengst van €75 miljoen in 2013 oplopend tot €100 miljoen structureel vanaf 2014. Deze besparing is verwerkt in de beleidsrijke raming van het CPB (CPB, 2012b) en in het netto-BKZ in de Startnota van december 2012 (Ministerie van Financiën, 2012).
3. In het regeerakkoord-Rutte/Asscher is afgesproken de groei van de MSZ-, GGZ- en huisartsenuitgaven te beperken ten opzichte van het CPB-basispad (CPB, 2012a). Deze besparing is verwerkt in de beleidsrijke raming van het CPB (CPB, 2012a) en in het netto-BKZ in de Startnota van december 2012 (Ministerie van Financiën, 2012).
4. Het kabinet-Rutte/Asscher sluit nieuwe Onderhandelaarsresultaten in 2013 om de maatregel ‘lage ziektelast’ uit het regeerakkoord van het kabinet-Rutte/Verhagen ongedaan te maken. Deze besparing is verwerkt in het FBZ bij de VWS-begroting 2014.
5. Dit is een maatregel uit het regeerakkoord van het kabinet-Rutte/Asscher die onderdeel is van de afspraken uit het Onderhandelaarsresultaat MSZ 2014–2017. Deze besparing is verwerkt in het FBZ bij de VWS-begroting 2014.

Bovenstaande besparingen komen deels in plaats van de beoogde maatregel ‘lage ziektelast’ uit het regeerakkoord-Rutte/Verhagen met een besparingsopgave van €1,2 miljard in 2017. Zie ook hoofdstuk 1 § 1.3.2.

## Bijlage 6

### Afkortingen

BIA	Budget Impact Analysis
BKZ	Budgettair Kader Zorg
CPB	Centraal Planbureau
DBC	Diagnose-behandelcombinatie
FBZ	Financieel Beeld Zorg
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
JvdT	Jaar van de Transparantie
K&D-agenda	Kwaliteits- en Doelmatigheidsagenda
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MBI	Macrobeheersinstrument
MPB	Macroprestatiebedrag
MSZ	Medisch specialistische zorg
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wgp	Wet geneesmiddelenprijzen
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet



## Bijlage 7

### Literatuur

Algemene Rekenkamer (1995). *Convenanten van het Rijk met bedrijven en instellingen*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1995–1996, 24 480, nr. 2. Den Haag: Sdu.

Algemene Rekenkamer (2011). *Uitgavenbeheersing in de zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 33 060, nr. 2. Den Haag: Sdu.

Algemene Rekenkamer (2013). *Transparantie ziekenhuisuitgaven; Uitgavenbeheersing in de zorg deel 2*. Den Haag: eigen beheer. Bijlage bij Kamerstuk 33 060 nr. 6. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014.

Algemene Rekenkamer (2015a). *Basispakket zorgverzekering; Uitgavenbeheersing in de zorg deel 3*. Den Haag: eigen beheer. Bijlage bij Kamerstuk 33 060, nr. 7. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014–2015.

Algemene Rekenkamer (2015b). *Verantwoordingsonderzoek bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Bijlage bij Kamerstuk 34 200, nr. 2. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014-2015, , Den Haag: Sdu

Algemene Rekenkamer (2016). *Verantwoordingsonderzoek bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Bijlage bij Kamerstuk 34 475, nr. 2. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, Den Haag: Sdu

Algemene Zaken (2003). *Regeling van de Minister-President, Minister van Algemene Zaken, van 21 januari 2003, nr. 03M448108 tot vaststelling van de Aanwijzingen voor convenanten*.

CPB (2012a). *Juniraming 2012, De Nederlandse economie tot en met 2017, inclusief Begrotingsakkoord 2013*. CPB Policy Brief 2012/01. Den Haag: Centraal Planbureau.

CPB (2012b). *Actualisatie Nederlandse economie tot en met 2017 (verwerking Regeerakkoord)*. CPB Notitie d.d. 29 november 2012. Den Haag: Centraal Planbureau.

CPB (2013). *Toekomst voor de zorg*. Den Haag: Centraal Planbureau.

CPB (2016a). *Een raming van de zorguitgaven 2018-2021*. Den Haag: Centraal Planbureau.

CPB (2016b). *Centraal Economisch Plan 2016*. Den Haag: Centraal Planbureau.

iBMG (2016). *Goede zorginkoop vergt gezonde machtsverhoudingen*. Rotterdam: Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

Jeurissen, P. (2016). *Steeds meer zorg, een betaalbare oplossing?* Inaugurele rede door prof. dr. Patrick Jeurissen. Nijmegen.

Kabinet-Rutte/Asscher (2012). *Bruggen slaan*. Regeerakkoord VVD-PvdA. Brief aan de Tweede Kamer van de informateurs kabinet-Rutte/Asscher. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, 33 410, nr. 15, Den Haag.

Kabinet-Rutte/Verhagen (2010). *Vrijheid en verantwoordelijkheid*. Regeerakkoord VVD-CDA. Den Haag: eigen beheer

C.A. de Kam en J.H.M. Donders (2014). *Onzekere zekerheden, de Nederlandse verzorgingsstaat op weg naar 2025*, Den Haag: Wim Dreesstichting voor Openbare Financiën

KPMG (2015a). *Eerste resultaten substitutiemonitor 2015. Uitkomsten van de ex-ante afsprakenmonitor 2015*. Amstelveen: KPMG.

KPMG (2015b). *Substitutiemonitor. Rapportage afsprakenmonitor juli 2015*. Amstelveen: KPMG.

KPMG (2016). *Rapportage afsprakenmonitor 2016*. Amstelveen: KPMG.

Kolfschooten, F. (2016). 'Het Jaar van de Transparantie. Achtergrond'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. Jaargang 2016, nr. 160, p. 1-6.

Ministerie van Financiën (2012). Brief aan de Tweede Kamer van de minister van Financiën d.d. 7 december 2012. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, 33 400, nr. 18, Den Haag.

NVZ (2013). *Zorg loont - Brancherapport algemene ziekenhuizen 2013*. Utrecht.

NVZ (2014). *Zorg innoveert - Brancherapport algemene ziekenhuizen 2014*. Utrecht.

NZa (2012). *Advies Substitutie. Huisartsenzorg en ziekenhuiszorg op de juiste plek*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2013a). *Herziene beleidsregels en tariefbeschikkingen Huisartsenzorg*. Brief CI-13–58c. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2013b). *Beleidsregel - Beheersmodel honoraria vrijgevestigd medisch specialisten*. Nummer BR/CU-2106. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2013c). *Beschikking - Macrobeheersinstrument geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014*. Nummer TB/CU-5073. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2014a). *Monitor en beleidsbrief. Zorginkoop*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2014b). *Advies bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Het 3-segmenten model*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2015). *Monitor en beleidsbrief. Transitie eerstelijnszorg 2015. Verkenning van de inhoud van contracten*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2015b). *Position paper - Werking van het zorgstelsel*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Projectteam K&D (2015). *Kwaliteits- en doelmatigheidsagenda. Kwaliteitscycli 30 onderwerpen Jaar van de Transparantie – 1e tranche*. Werkdocument conceptversie 0.3, niet-openbaar

RIVM (2014). *Zorgbalans. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Stichting DHD (2016). *Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen 2014*. Utrecht.

Tweede Kamer (2004). *Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet). Memorie van Toelichting. Vergaderjaar 2003–2004, 29763, nr. 3*. Den Haag: Sdu.

Vektis (2015). *Vergelijking gebruik tweedelijnszorg 2012 en 2013. Verkennend onderzoek naar mogelijke effecten van de verhoging van het verplicht eigen risico per 2013*. Zeist.

VWS (2010a). *Convenant bekostiging van de vrij gevestigd medisch specialisten gedurende de transitieperiode 2012–2014*. Bijlage bij Invoering Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Brief aan de Tweede Kamer van de minister van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 29 248, nr. 211. Den Haag: Sdu.

VWS (2010b). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2011*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 32 500 XVI, nr.2. Den Haag: Sdu.

VWS (2011a). *Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015*. Bijlage bij Invoering Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Brief aan de Tweede Kamer van de minister van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2010–2011, 29 248, nr. 215. Den Haag: Sdu.

VWS (2011b). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2012*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 33 000 XVI, nr.2. Den Haag: Sdu.

VWS (2011c). *Acute zorg*. Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer. Vergaderjaar 2011–2012, 29 247, nr. 163. Den Haag: Sdu.

VWS (2012a). *Convenant huisartsenzorg 2012/2013*. Bijlage bij Acute zorg. Brief aan de Tweede Kamer van de minister van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2011–2012, 29 247, nr. 176. Den Haag: Sdu.

VWS (2012b). *Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013–2014*. Bijlage bij Geestelijke gezondheidszorg. Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer. Vergaderjaar 2011–2012, 25 424, nr. 183. Den Haag.

VWS (2013a). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2014*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 33 750 XVI, nr. 2. Den Haag: Sdu.

VWS (2013b). *Onderhandelingsresultaten Schippers met ziekenhuizen, medisch specialisten, zelfstandige behandelcentra, GGZ en huisartsen*. Nieuwsbericht van de Minister van VWS d.d. 16 juli 2013.

VWS (2013c). *Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2012*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, 33 605 xvi, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS (2013d). *Opbrengst doelmatig voorschrijven 2013*. Brief van de Minister van VWS aan de LHV d.d. 11 maart 2013.

VWS (2013e). *Convenant over de nieuwe aanpak voor de bepaling van de ova voor het VWS-veld* d.d. 22 april 2013.

VWS (2013f). *Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014 t/m 2017*. Bijlage bij Invoering Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Brief aan de Tweede Kamer van de minister van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, 29 248, nr. 257. Den Haag: Sdu.

VWS (2013g). *Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017*. Bijlage bij Invoering Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Brief aan de Tweede Kamer van de minister van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, 29 248, nr. 257. Den Haag: Sdu.

VWS (2013h). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2014*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 33 750 XVI, nr. 2. Den Haag: Sdu.

VWS (2013i). *Opdrachtverlening Systematische doorlichting Pakket*. Brief van de minister van VWS aan het College voor Zorgverzekeringen d.d. 15 augustus 2013. Kenmerk 136681-107717-z. 2013. Den Haag: Sdu.

VWS (2013j). *Bestuurlijk akkoord GGZ 2014–2017*. Bijlage bij Invoering Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer. Vergaderjaar 2012–2013, 29 248, nr. 257. Den Haag.

VWS (2013k). *Financieel en sociaal-economisch beleid*. Brief aan de Tweede Kamer van de minister en staatssecretaris van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012–2013, 33 566, nr. 29. Den Haag: Sdu.

VWS (2014a). *Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2013*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 33 930 xvi, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS (2014b). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2015*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014–2015, 34 000 XVI, nr. 2. Den Haag: Sdu.

VWS (2014c). *Kwaliteits- en doelmatigheidsagenda medisch specialistische zorg: verbinden, verbeteren, borgen*. Bijlage bij Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de Tweede Kamer van de minister van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 32 620, nr. 121. Den Haag: Sdu.

VWS (2014d). *Schriftelijk Overleg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 29 689, nr. 520. Den Haag: Sdu.

VWS (2015a). *Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2014*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014–2015, 34 200 XVI, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS (2015b). *Macrobeheersmodel instellingen voor medisch specialistische zorg 2012 en 2013*. Brief aan de NZa van de minister van VWS d.d. 31 maart 2015. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014–2015, 29 248, nr. 282. Den Haag: Sdu.

VWS (2015c). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2016*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 34 000 XVI, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS (2015d). *Kwaliteit loont. Kwaliteit van zorg*. Brief aan de Tweede Kamer van de minister van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014–2015, 31 765, nr. 116. Den Haag: Sdu.

VWS (2015e). *Herziening zorgstelsel*. Brief aan de Tweede Kamer van de minister van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014–2015, 29 689, nr. 606. Den Haag: Sdu.

VWS (2015f). *Kostenbeheersing in de zorg*. Brief aan de Tweede Kamer van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 33 654, nr. 17. Den Haag: Sdu.

VWS (2016a). *Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2015*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 34 475 XVI, nr. 1. Den Haag: Sdu.

VWS (2016b). *Macrobeheersmodel instellingen voor medisch specialistische zorg 2013*. Brief aan de NZa van de minister van VWS d.d. 29 april 2016. Kenmerk kst. 2016D18344.

VWS (2016c). *Plan van Aanpak 30 invitational conferences*. Bijlage bij Brief aan de Tweede Kamer van de minister van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 34 300, nr. 155.

VWS (2016d). *Resultaten van het Jaar van de Transparantie*. Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de Tweede Kamer van de minister van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 32 620, nr. 168. Den Haag: Sdu.

VWS (2016e). *Substitutiemonitor - afsprakenmonitor 2016. Kostenbeheersing in de zorg*. Brief aan de Tweede Kamer van de minister van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 33 654, nr. 21. Den Haag: Sdu.

VWS (2016f). *Kwaliteit van zorg. Herziening zorgstelsel*. Brief aan de Tweede Kamer van de minister van VWS. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 31 765 en 29 689, nr. 213. Den Haag: Sdu.

Zorginstituut (2016). Website Zorginstituut Nederland; <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/lopende+dossiers/programma+zinnige+zorg?page=1>, laatst geraadpleegd op 20 september 2016.

Zorgverzekeraars (2012-2015). *Beschikbare openbare inkoopbeleiddocumenten voor de MSZ, HAZ en MDZ van zorgverzekeraars Achmea, CZ, Menzis, VGZ voor de inkoopjaren 2013 tot en met 2016*. Leiden, Tilburg, Arnhem, Wageningen: eigen beheer.

## Bijlage 8

### Eindnoten

1. Zie bijlage 2 voor een overzicht van de partijen die de akkoorden ondertekend hebben.
2. Voor deze cijfers hebben we de netto BKZ-uitgaven voor 2017 (stand: ontwerpbegroting 2016) geëxtrapoleerd met 3,4% per jaar.
3. Binnen de GGZ was het sluiten van een akkoord met afspraken over de reële groei een randvoorwaarde voor de invoering van prestatiebekostiging, zoals overeengekomen in het regeerakkoord. Voor meer informatie hierover verwijzen we naar onze publicatie *Bekostiging van de curatieve geestelijke gezondheidszorg*. Wij verwachten deze publicatie eind 2016 te publiceren.
4. Artikel 13 bepaalt dat, in het geval van een naturapolis, de vergoeding van een zorgverzekeraar voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder niet zo laag mag zijn dat de verzekerde daardoor feitelijk wordt gehinderd om zich tot de niet-gecontracteerde zorgaanbieder van zijn keuze te wenden.
5. De financiële afspraken in de GGZ-akkoorden hebben enkel betrekking op de Zvw. Wel zijn in deze akkoorden raakvlakken met de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Wet langdurige zorg beschreven.
6. Substitutie is het leveren van zorg op een andere (lagere) plek in de zorgketen tegen lagere kosten maar met gelijke kwaliteit (RIVM, 2014). Zie verder hoofdstuk 3.
7. Zie voor de bedragen bijlage 4.
8. Het gaat om de door zorgaanbieders gedeclareerde en door verzekeraars geaccepteerde schadelast.
9. Zie voor de bedragen bijlage 4.
10. Bron: NZa en twee zorgverzekeraars.
11. Voor de 'lageziektelastmaatregel' was vanaf 2015 een besparing van € 1,2 miljard ingeboekt (structureel). Deze besparing is in het FBZ in de ontwerpbegroting 2014 ongedaan gemaakt.
12. Uitzondering is het Onderhandelingsresultaat *Bekostiging vrijgevestigde medisch specialisten transitie 2012-2014*. In het financiële kader is de verwachte indexering voor loon- en prijsbijstellingen opgenomen.
13. De loon- en prijsontwikkeling in de zorg wordt in de Voorjaarsnota vastgesteld en verwerkt in de financiële uitgavenramingen in het FBZ.
14. De rekensom is: € 24,5 miljoen - € 23,4 miljoen (tabel 7) = € 1,1 miljoen.



15. Zoals eerder beschreven in paragraaf 2.2.1 bestaat het financieel kader voor de eerste lijn 2014-2017 uit twee de elkaders: één voor de huisartsenzorg en één voor de multidisciplinaire zorg.
  16. Zorgmethode volgens het principe van getrapte zorg. Stappenplan van steeds intensievere vormen van zorg, waarbij het niet de bedoeling is om alle stappen af te lopen, maar juist om met zo weinig mogelijk stappen resultaat te boeken: het opheffen van de verschijnselen. (Regieraad, 2013 in VWS, 2014).
  17. De afspraken in deze opsomming komen uit het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015, Convenant huisartsenzorg 2012–2013, het Onderhandelaarsresultaat eerste lijn 2014-2017 en het Onderhandelaarsresultaat MSZ 2014-2017.
  18. Een voorbeeld is de Praktijkspiegel die spiegelinformatie beschikbaar stelt voor alle huisartsen in Nederland. Het komt voort uit het initiatief van de ‘Achmea Praktijkstatus (APS)’ (2011) van Achmea om huisartsenpraktijken spiegelinformatie te geven en zo inzicht te geven in het zorggebruik van de verzekerden.
  19. Hoewel dit niet expliciet in het akkoord vermeld wordt, had deze afspraak met name betrekking op de afbouw van de Spoedeisende Hulp in ziekenhuizen.
  20. Wel hebben koepels ledenraadplegingen georganiseerd waar het onderhandelaarsresultaat aan de leden is voorgelegd.
  21. Eerste aanbeveling.
  22. Vierde aanbeveling.
  23. Tweede aanbeveling.
  24. Derde aanbeveling.
  25. Vijfde aanbeveling.
  26. Negende aanbeveling.
  27. Zesde, zevende en achtste aanbeveling.
  28. De mutaties van het financieel kader uit deze tabel komen uit de administratie van VWS en staan niet in het FBZ bij de VWS-begroting / VWS-jaarverslag.
  29. De mutatie van het financieel kader komt uit de administratie van VWS en staat niet in het FBZ bij de VWS-begroting / VWS-jaarverslag.
  30. Voor figuur 8 uit het rapport zijn de bedragen uit de tabel en het totaal aan begrote uitgaven voor de drie sectoren uitgedrukt in constante prijzen 2013. Dit op basis van de informatie over de nominale ontwikkeling van de bruto BKZ uitgaven in de verschillende edities van het FBZ bij de VWS-jaarverslagen.
- i Ten opzichte van het conceptrapport dat voor wederhoor is voorgelegd zijn naar aanleiding van de reactie van de minister van VWS enkele aanpassingen doorgevoerd. Deze zijn gemarkeerd met een i.

### **Onderzoeksteam**

Mw. drs. L. (Laura) Hage RO CGAP  
(projectleider)  
Dhr. drs. R. (Rogier) Zelle  
(projectleider)  
Dhr. G. (Gijs) Koop MSc  
Mw. L.K. (Lisanne) Marks MSc  
Dhr. dr. L.M. (Laurens) Niëns

### **Voorlichting**

Afdeling Communicatie  
Postbus 20015  
2500 EA Den Haag  
telefoon (070) 342 44 00  
voorlichting@rekenkamer.nl  
www.rekenkamer.nl

### **Omslag**

Ontwerp: Corps Ontwerpers  
Foto: Koen Suyk/ANP

Den Haag, november 2016

