

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EH Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag

Kenmerk
CZ-U-3085021

Bijlage(n)
1

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 3 november 2011

Betreft VSO Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord en macrobeheersinstrument

Geachte voorzitter,

Ik heb u in mijn brief van 5 juli 2011 (TK 2010-2011, 29 248, nr. 215) geïnformeerd over het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 dat de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitaire ziekenhuizen, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben gesloten. Daarnaast heb ik u op 15 juli 2011 geïnformeerd over de voorgenomen uitwerking van het macrobeheersinstrument (TK 2010-2011, 29 248, nr. 216).

Door de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport is bij deze brieven een aantal vragen gesteld. Bij de beantwoording daarvan ga ik eerst in op de vragen die betrekking hebben op het hoofdlijnenakkoord. Daarna zal ik ingaan op de vragen die betrekking hebben op het macrobeheersinstrument. Ten slotte zal ik stilstaan bij enkele vragen die zich niet onder één van beide noemers laten categoriseren.

1. Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord

Algemeen

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

De achtergrond van deze afspraken is tweeledig. Ten eerste zijn alle betrokken partijen zich bewust van de noodzaak van het realiseren van een trendbreuk in de uitgavengroei in de ziekenhuiszorg. Partijen onderschrijven dat het voortzetten van de uitgavengroei van de afgelopen jaren op termijn onhoudbaar is. Daarbij is

er bovendien veel tijd en energie gaan zitten in het telkens weer achteraf redresseren van overschrijdingen en toedelen van kortingen. De onrust die dat mee zich brengt willen we gezamenlijk voorkomen. Een van de doelstellingen van het akkoord is dan ook om maximale duidelijkheid vooraf over de financiële en inhoudelijke kaders te geven, zodat partijen zich met volle overgave kunnen storten op hun kerntaak: het leveren van kwalitatief goede medisch specialistische zorg. Daarmee richt het akkoord het vizier nadrukkelijk op de toekomst.

Ten tweede zijn deze afspraken nadrukkelijk gemaakt in het licht van de eerder dit jaar genomen besluiten over de bekostiging van de ziekenhuiszorg, en dan met name de invoering per 2012 van prestatiebekostiging, de uitbreiding van de vrije prijsvorming en de afbouw van de ex post-compensaties in de risicoverevening. Ik heb het pakket aan maatregelen uiteengezet in mijn brief Zorg die loont (Tweede Kamer 2010–2011, 32 620 nr. 6). Deze veranderingen zullen een flinke impact hebben op de bedrijfsvoering van zorgaanbieders en verzekeraars. Voor 2012 en 2013 is daarom bewust gekozen voor een transitiefase waarin een overgangsmodel zekerheid zal bieden. Het akkoord is aanvullend bij het creëren van de nodige rust in de sector die behulpzaam zal zijn bij het succesvol doorvoeren van deze veranderingen.

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

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

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

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

Groeiruimte

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

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

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

De PvdA-fractie vraagt zich af of de in het hoofdlijnenakkoord afgesproken maatregelen wellicht niet tijdig effect sorteren en of er daardoor in 2012 niet een grote spanning dreigt tussen de zorgvraag en het Budgettair Kader Zorg. Laat ik in

antwoord daarop vooropstellen dat partijen elkaar hebben gevonden in het streven naar een beheerste uitgavengroei. Daarmee is er een gezamenlijke urgentie om snel werk te maken van de aangekondigde maatregelen. Vanzelfsprekend nemen sommige maatregelen tijd in beslag, zoals bijvoorbeeld het bewerkstelligen van spreiding en specialisatie. Tegelijkertijd stel ik vast dat de zorgverzekeraars het opzetten van een herstructureringsfonds ter hand hebben genomen. Daar staat bovendien tegenover dat voor andere maatregelen er al veel handvatten zijn om snelle en concrete resultaten te bereiken. Dit geldt onder meer voor gepast gebruik, waarop ik later in deze reactie specifiek zal terugkomen.

Ten slotte, juist omdat het om concrete maatregelen gaat met aantoonbare resultaten is er zeker geen sprake van wensdenken in het akkoord, zoals door de SP-fractie wordt gesuggereerd. Een trendbreuk in de uitgavengroei is daadwerkelijk binnen handbereik, getuige de handtekeningen van alle betrokkenen. En precies omdat er nog zoveel winst behaald kan worden op het gebied van doelmatigheid, gepast gebruik en alle andere maatregelen die in het akkoord zijn afgesproken verwacht ik niet dat er sprake zal zijn van wachtlijsten en een afnemende kwaliteit van zorg, zoals door de SP-fractie wordt gevreesd. Daar komt bij dat in het akkoord expliciet is afgesproken dat binnen het streven naar een beheerste uitgavenontwikkeling zorgaanbieders zich tot het uiterste zullen inspannen om de zorg binnen de Treeknormen te blijven leveren.

Differentiatie

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

Premiestelling verzekeraars

VVD en PvdA vragen naar de relatie tussen het hoofdlijnenakkoord en de premiestelling door verzekeraars. Van een beperkt aantal verzekeraars is de premie 2012 inmiddels bekend. Van een van deze verzekeraars, DSW, is de onderbouwing van de premiestijging eveneens bekend. In zijn premiestelling is DSW ervan uitgegaan dat er een overschrijding zal plaatsvinden op de kosten ziekenhuiszorg. Het is echter te prematuur om op basis daarvan te stellen dat alle verzekeraars uitgaan van een overschrijding op de kosten ziekenhuiszorg. Feit is dat de overheid een akkoord heeft gesloten met ziekenhuizen en zorgverzekeraars dat erop neerkomt dat er juist géén overschrijding plaatsvindt in 2012 in de kosten ziekenhuiszorg. Op grond van het akkoord is dan ook de verwachting dat de premiestelling van andere verzekeraars in lijn zal liggen met

de raming voor kosten ziekenhuiszorg 2012 conform de begroting.

VWS heeft bij de raming van de nominale premie 2012 rekening gehouden met de in het hoofdlijnenakkoord overeengekomen groei voor de medisch specialistische zorg. VWS is uitgegaan van een stijging van de nominale premie met 11 euro naar 1222 euro. Verzekeraars zijn echter vrij in het vaststellen van de zorgpremie voor hun eigen verzekerden. Weliswaar hebben zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich met het hoofdlijnenakkoord gecommitteerd om zich tot het uiterste in te spannen voor een beheerste groei van de zorgkosten door doelmatige zorginkoop, maar de inspanning tot een beheerste kostengroei op het terrein van de medisch specialistische zorg is niet één op één te koppelen aan de premiestelling van zorgverzekeraars. Bij de premiestelling houden verzekeraars naast de zorgkostenontwikkeling van de medisch specialistische zorg namelijk ook rekening met andere aspecten die invloed hebben op de premiestelling, zoals de zorgkostenontwikkeling van de overige sectoren binnen de cure, beleidsmaatregelen, eventuele opbrengsten uit beleggingen et cetera. Tegelijkertijd zal een verzekeraar rekening houden met de concurrentiepositie en het bedrijfsrisico dat verzekerden overstappen bij een hogere premie. Deze aspecten hebben kunnen elk een neerwaarts of opwaarts effect hebben op de nominale premie van een zorgverzekeraar. Het is dus afwachten hoe hoog de verzekeraars hun premie gaan neerzetten.

Gepast gebruik en zorgplicht

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

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

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

informatievoorziening en voorlichting.

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

Transparantie

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

Herstructureringsfonds

De VVD vraagt naar de precieze invulling van het herstructureringsfonds dat in het akkoord genoemd wordt. Het beoogde herstructureringsfonds kan een belangrijke bijdrage leveren aan de herinrichting van het zorglandschap. Een dergelijk fonds kan namelijk de concentratie en spreiding van zorg en zo nodig de afbouw van niet-noodzakelijke capaciteit financieel faciliteren. Zorgverzekeraars hebben het initiatief voor de oprichting van het fonds genomen; de overheid heeft daar nadrukkelijk geen actieve rol in. Ik heb van ZN begrepen dat de focus van het fonds in eerste instantie gericht zal worden op de herstructurering van de acute zorg en met name de spoedeisende hulp.

Zorgverzekeraars zijn momenteel druk bezig met de uitwerking van het herstructureringsfonds, onder andere de opzet, de financiering van en de bestedingen uit het herstructureringsfonds. Ik kan daarom op dit moment niet vooruitlopen op deze complexe, nadere invulling en de relatie tot de Mededingingswet. Zorgverzekeraars hebben al wel een indruk gegeven van de omvang van het herstructureringsfonds: zij gaan voorlopig uit van een bedrag in de orde van grootte van 100 miljoen euro. Het fonds zal uit de eigen middelen van zorgverzekeraars worden gefinancierd.

Mededinging

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

2. Macrobeheersinstrument

Algemeen

In mijn brief Zorg die loont heb ik aangegeven dat bij een eventuele toepassing van het macrobeheersinstrument het te heffen bedrag generiek zal worden verdeeld op basis van het marktaandeel van zorgaanbieders. Ik heb deze lijn herhaald in het AO van 6 april 2011 (TK 2010-2011,29 248 nr. 206). Tijdens het VAO op 14 april 2011 heeft uw Kamer de motie Mulder c.s. aangenomen, die de regering verzoekt te bezien of een verfijnder alternatief instrument dan het (generieke) macrobeheersinstrument mogelijk is en, zo ja, het macrobeheersinstrument op dat moment daardoor te vervangen. In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord is hierop aansluitend afgesproken dat de partijen over de vormgeving van het macrobeheersinstrument met elkaar in overleg gaan en dat daarbij de mogelijkheid van gedifferentieerd korten wordt onderzocht in relatie tot de oorzaken van de overschrijding. Verderop licht ik toe wat dit overleg heeft opgeleverd.

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

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

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

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

Werking macrobeheersinstrument

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

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

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

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

ZN-alternatief

Na overleg met het veld is één alternatief voorstel als mogelijk haalbare optie naar voren gekomen. Ik heb de NZa verzocht een uitvoeringstoets uit te voeren met betrekking tot dit voorstel, dat primair vanuit ZN is gedaan als alternatief voor het generieke macrobeheersinstrument. De NZa heeft deze uitvoeringstoets inmiddels opgeleverd. De uitvoeringstoets en het voorstel van ZN vindt u als bijlage bij deze brief. Samenvattend constateert de NZa dat het alternatieve voorstel op dit moment een aantal belangrijke praktische en juridische bezwaren oproept. Het voorstel van ZN draait om het verbinden van financiële consequenties aan het (wel of niet) contracteren van zorg binnen de beschikbare middelen. Daar is tijd voor nodig, en gezien het krappe tijdsplan tot 1 januari 2012 en de nog lopende onderhandelingen over de contractering acht de NZa het specifieke voorstel van ZN niet haalbaar voor 2012. Voor 2013 en verder zouden deze en eventuele andere varianten nog verder kunnen worden verkend.

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

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

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

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

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

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

Ten slotte moet worden bedacht dat er in de huidige situatie ook al sprake is van een combinatie van vrije prijsvorming (B-segment) en een macrobudget. De in het artikel beschreven opwaartse prijsspiraal is in de huidige marktsituatie niet zichtbaar; de recente NZa-marktscans laten zien dat de prijsontwikkeling in het B-segment gematigd is. Deze periodieke marktscans zal ik blijven hanteren als monitoringinstrument voor de algehele prijsontwikkeling, om daarmee tevens de mogelijke effecten in de praktijk van het macrobeheersinstrument op die prijsontwikkeling in de gaten te houden.

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

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

Het is overigens opvallend dat het CPB in deze Policy Brief voorbij gaat aan de rol van verzekeraars bij de totstandkoming van afspraken over de prijs, volume en

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

3. Overige vragen

DOT

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

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

Informatie

De PvdA-fractie vraagt zich af of dreigende overschrijdingen eerder vastgesteld zouden kunnen worden via een zogenaamd *early warning* model waarin productieafspraken zijn vastgelegd.

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

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

Macronaaccounting

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe ik de uitlatingen beoordeel van de voorzitter van ZN dat het afschaffen van de macronaaccounting gepaard gaat met een extra premiestijging van 50 euro. Tevens vraagt de PvdA-fractie of ik de mening deel dat door de afschaffing van de macronaaccounting elke financiële prikkel tot doelmatiger zorginkoop is vervallen.

Ten eerste deel ik de mening dat de afschaffing van de macronaaccounting leidt tot een premieverhoging van 50 euro niet. Het extra kapitaal dat zorgverzekeraars door de verhoging moeten aanhouden bedraagt 720 miljoen euro. Als zorgverzekeraars dit extra kapitaal volledig via de premie zouden financieren leidt dit tot een opwaartse premiedruk van circa 25 euro per verzekerde, ervan uitgaande dat de helft – door de zogenaamde 50/50-regeling - via de inkomensafhankelijke bijdrage wordt opgebracht. Mede gelet op de huidige kapitaliseringsgraad van zorgverzekeraars (de solvabiliteitsratio ligt gemiddeld boven de 200%) verwacht ik echter niet dat dit zal gebeuren.

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

Lokale overheden

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

Doelmatig geneesmiddelengebruik

Het CDA vraagt zich ten slotte met betrekking tot doelmatig geneesmiddelengebruik af of er een risico ontstaat dat ziekenhuizen het voorschrijven van bepaalde medicijnen doorschuiven naar huisartsen. Ik zie niet direct aanleiding om te veronderstellen dat er sprake zou zijn van een dergelijk risico. Het is namelijk zo dat die geneesmiddelen die ook door huisartsen

voorgeschreven zouden kunnen worden in de praktijk op de polikliniek worden voorgeschreven en niet voor rekening van verzekeraars via het ziekenhuisbudget, maar via het GVS voor rekening van de zorgverzekeraars (extramurale farmacie) komen. Bij deze geneesmiddelvoorschriften is dus feitelijk al sprake van eerstelijnsbekostiging, en er kan dus ook geen sprake zijn van een risico op substitutie van tweede naar de eerste lijn.

Daarnaast zijn er ook behandelingen met geneesmiddelen die voor rekening van het ziekenhuis komen. Het gaat hier om geneesmiddelen die aan opgenomen patiënten worden voorgeschreven dan wel om ziekenhuisgefinancierde specialistische geneesmiddelen, die niet onder het GVS vallen, onderdeel zijn van de ziekenhuisbehandeling en in of buiten het ziekenhuis worden toegepast. Ook hier zijn afspraken over doelmatig voorschrijven denkbaar. Hier is het risico van substitutie naar de huisartsen niet aan de orde.

Hoogachtend,
De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers