

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

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

**Bezoekadres:**

Rijnstraat 50  
2515 XP Den Haag  
www.rijksoverheid.nl

**Kenmerk**

109834-101968-Z

**Bijlage(n)**

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

Datum 14 juni 2013  
Betreft Antwoord op schriftelijk overleg inzake een uitnodiging  
aan veldpartijen voor alternatieve pakketmaatregelen

Geachte voorzitter,

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen naar aanleiding van de brief van 27 februari 2013 (29689, nr. 424) inzake een uitnodiging aan veldpartijen voor alternatieve pakketmaatregelen. Hierbij stuur ik u de antwoorden op die vragen.

**Inbreng PvdA-fractie**

*De leden van de fractie van de PvdA vragen of de minister hun mening deelt dat eerst verspilling en ondoelmatigheid in de zorg moeten worden aangepakt voordat bijvoorbeeld het basispakket moet worden aangepast.*

Met de leden van de PvdA-fractie ben ik van mening dat het belangrijk is om verspilling en ondoelmatigheid in de zorg aan te pakken.

Tijdens de behandeling van de VWS-begroting 2013 en tijdens het Algemeen Overleg Geneesmiddelenbeleid op 12 december 2012 heb ik toegezegd om een plan van aanpak te maken om verspilling in de zorg tegen te gaan. Op 23 mei jl. heb ik u dit plan van aanpak toegestuurd.<sup>1</sup> Als onderdeel van dit plan van aanpak is een landelijk meldpunt verspilling in de vorm van een website operationeel geworden. Door inzicht te verkrijgen waar verspilling wordt ervaren, kan ik, samen met verantwoordelijke partijen, gerichte acties ondernemen om die verspilling te voorkomen. Mijn doel is om samen met iedereen die in de zorg werkt en die van de zorg gebruik maakt, verspilling tegen te gaan. Het tegengaan van verspilling levert een belangrijke bijdrage aan het verlagen van de uitgavengroei in de Zvw en daarmee aan de € 1,6 mld besparing die in het regeerakkoord is afgesproken.

In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg en de akkoorden met de curatieve GGZ en huisartsenzorg zijn afspraken gemaakt over een samenhangend pakket aan maatregelen dat moet leiden tot een gematigde uitgavengroei. Die afspraken hebben onder meer betrekking op doelmatigheid in de zorg. Zo hebben verzekeraars en aanbieders van medisch specialistische zorg met het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg onder meer afspraken

<sup>1</sup> Brief met kenmerk 114827-103221-GMT

gemaakt over de spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties, substitutie en het afbouwen van overbodige zorgcapaciteit.

**Kenmerk**  
109834-101968-Z

Naast het bereiken van een lager groeipad van de zorguitgaven door het tegengaan van verspilling en het bevorderen van een doelmatige verstrekking van het verzekerde pakket is het ook nodig om te kijken naar de samenstelling van het pakket zelf. Hierover zijn ook in het Regeerakkoord afspraken gemaakt met een omvang van in totaal € 1,5 mld. Dit Regeerakkoord is een afspraak tussen de fracties van de PvdA en de VVD en ik zie het als mijn opdracht om hieraan uitvoering te geven. Alle noodzakelijke maatregelen die redelijkerwijze bijdragen aan het in de hand houden van de uitgaven van de zorg, dienen te worden genomen. In het Regeerakkoord zijn daarom zowel over inzet op het terrein van doelmatigheid, als over besparingen op het te verzekeren pakket afspraken gemaakt.

*De leden vragen of het bedrag van 1,6 mld euro dat de minister met bevorderen van gepast gebruik, beperken van praktijkvariatie en tegengaan van overbehandeling denkt te besparen onderbouwd kan worden?*

*Zij vragen of de zelfregulering waarvoor nu wordt gekozen wel voldoende zal opleveren, en of dat snel genoeg zal gebeuren. Waarom wordt er van uit gegaan dat de 1,6 mld euro via zelfregulering te behalen zal zijn?*

Deze besparing van € 1,6 mld is gebaseerd op het rapport 'Naar beter betaalbare zorg' van de Taskforce Beheersing Zorguitgaven. In dit rapport worden maatregelen uitgewerkt die moeten leiden tot een lager groeipad van de zorguitgaven in de curatieve zorg. Dit bedrag is in het Regeerakkoord, waarin de fracties van de VVD en de PvdA afspraken hebben gemaakt over de te bereiken doelen deze kabinetsperiode, overgenomen.

Uitgangspunt is dat het pakket van maatregelen zoals voorgesteld in samenhang wordt ingezet. Een scherpere inkoop door verzekeraars, een verbetering van de informatievoorziening en betere controle van de rechtmatigheid van declaraties staan daarbij centraal. De scherpere inkoop door verzekeraars moet bijdragen aan het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie, het tegengaan van verspilling en het stimuleren van gepast gebruik en taakherschikking. De versterking van de controle moet correct declareren bevorderen. Ook moeten productiviteitswinsten worden omgezet in een lagere prijs voor de zorg. Het in samenhang inzetten van deze maatregelen, eventueel in combinatie met de (dreiging van) een MBI, leidt tot een reductie van de groei van de zorguitgaven ten opzichte van het basispad zoals gehanteerd door het CPB. Het verschil in groei leidt tot de besparing zoals opgenomen in het Regeerakkoord Rutte II. Het is in eerste instantie aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om hiermee aan de slag te gaan. Deze zelfregulering wordt mede vormgegeven binnen het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg en de akkoorden met de curatieve GGZ en huisartsenzorg. Deze manier van werken is eveneens overgenomen in het Regeerakkoord.

In deze akkoorden zijn reeds afspraken gemaakt over een samenhangend pakket aan maatregelen dat moet leiden tot een gematigde uitgavengroei. Vanaf 2015 worden deze afspraken aangescherpt, zodat uiteindelijk een lager groeipad kan worden bereikt.

*Kan het bedrag van 1,5 mld euro dat via het basispakket moet worden bespaard onderbouwd worden?*

In het Regeerakkoord Rutte I is de maatregel lage ziektelast opgenomen met een besparing van € 1,3 mld. Daarnaast is in dat Regeerakkoord een ombuiging

opgenomen in verband met stringent pakketbeheer die oploopt tot € 70 mln. In het regeerakkoord Rutte II is een besparing opgenomen in verband met stringent pakketbeheer die, rekening houdend met uitvoeringskosten, netto € 200 mln dient op te leveren. Samen is dat € 1,5 mld.

Een deel van deze besparingen (in totaal € 140 mln) is al gerealiseerd met maatregelen die in 2012 en 2013 zijn ingegaan. Het gaat daarbij onder meer om het schrappen van een aantal aandoeningen van de chronische lijst fysiotherapie en het uit het pakket halen van de maagzuurremmers.

**Kenmerk**  
109834-101968-Z

*De leden vragen of, als het tegengaan van verspilling en ondoelmatigheid meer oplevert dan € 1,6 mld, dat dan betekent dat de besparing op het basispakket lager kan zijn.*

In het Regeerakkoord Rutte II zijn maatregelen opgenomen die leiden tot een gematigder groeipad in de zorg. Deze maatregelen hebben deels betrekking op het beter en slimmer organiseren van de zorg, deels op het te verzekeren pakket. Dit is een grote opgave voor de sector. Mocht duidelijk worden dat via een van die wegen meer kan worden bespaard dan opgenomen in het Regeerakkoord, dan zal ik op dat moment bezien hoe daarmee om te gaan.

*Zij vragen waarom niet gekozen wordt voor het aanscherpen van richtlijnen, variatie in zorggebruik koppelen aan wetenschappelijk onderzoek: geen meerwaarde betekent ingreep behoort niet tot verzekerde zorg, patiënten beter informeren over alternatieven en risico's van een ingreep, betere monitoring van en regie op praktijkvariatie en selectieve inkoop door zorgverzekeraars.*

De activiteiten die de PvdA fractie noemt zijn inderdaad belangrijk om ervoor te zorgen dat de zorg uit ons verzekerde pakket doelmatig wordt verleend. Ook op deze terreinen ontwikkel ik beleid. Zo krijgt het op te richten Kwaliteitsinstituut onder meer tot taak om de totstandkoming van professionele standaarden te bevorderen en de transparantie over de verleende zorg te vergroten. Vergroting van de risicodragendheid heeft er mede toe geleid dat verzekeraars de zorg selectiever zijn gaan inkopen, zowel op basis van kwaliteit als doelmatigheid.

*De leden van de PvdA-fractie vragen welke wet- en regelgeving zou er kunnen c.q. moeten komen om het bevorderen van gepast gebruik, beperken van praktijkvariatie en tegengaan van overbehandeling wel dwingend op te leggen.*

De Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekeringswet schrijven al voor dat alleen zorg die naar aard en omvang redelijkerwijs is aangewezen tot collectief verzekerde zorg mag worden gerekend. Deze norm is er om ongepast gebruik, praktijkvariatie en overbehandeling tegen te gaan. De NZa houdt toezicht op naleving van deze norm door zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Alleen de zorg die aan de norm voldoet mag via de zorgverzekeraars 'collectief' gefinancierd worden. De zorgverzekeraars op hun beurt kunnen contractuele afspraken maken met de zorgaanbieders over prijs, kwaliteit, efficiëntie en de controle van de geleverde zorg.

Aan de andere kant krijgt het Kwaliteitsinstituut tot taak de totstandkoming van professionele standaarden te bevorderen. In deze standaarden leggen betrokken partijen in de zorg, waaronder professionals en patiënten, vast wat onder goede zorg wordt verstaan en op welke wijze die het beste geleverd kan worden. Ook zal het Kwaliteitsinstituut de toepassing van deze standaarden in de zorgpraktijk bevorderen en ervoor zorgen dat meer transparantie ontstaat over de verleende zorg. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen deze standaarden betrekken bij hun contractuele afspraken over prijs, kwaliteit, efficiëntie en controle.

*Zij vragen welke doelen worden gesteld, en op welk moment de zelfregulering wordt geëvalueerd en bepaald of dit voldoende heeft opgeleverd.*

**Kenmerk**  
109834-101968-Z

Ik vind het belangrijk dat professionals zoveel mogelijk bepalen wat goede zorg is en hoe deze het beste geleverd kan worden. Hiervoor is het belangrijk dat zij professionele standaarden ontwikkelen die voldoen aan het toetsingskader van het Kwaliteitsinstituut. Dat betekent dat relevante andere partijen, waaronder cliënten en verpleegkundigen en verzorgenden, betrokken moeten zijn bij de ontwikkeling. Een standaard die door professionals is opgesteld zal op een groter draagvlak in de zorgpraktijk kunnen rekenen. Tegelijkertijd zal het Kwaliteitsinstituut toetsen of de opgestelde standaard voldoet aan de vereisten en zo nodig om aanpassing vragen. Ook zal het Kwaliteitsinstituut bevorderen dat de standaarden in de praktijk worden toegepast.

ZonMw heeft de uitvoering van 'Verstandig kiezen' ter hand genomen. Via dit initiatief wil ZonMw er samen met het veld voor zorgen dat niet of minder effectieve zorg veel minder wordt uitgevoerd dan nu het geval is. Daartoe hebben ZonMw en de Orde van Medisch Specialisten op 9 november 2012 een convenant ondertekend. Inmiddels hebben diverse wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten hun medewerking toegezegd.

Zoals ook hiervoor gemeld vindt bovendien controle op de naleving van gepast gebruikt plaats door de NZa. De NZa heeft ervoor gekozen om het toezicht op gepast gebruik in fases uit te rollen. Hierdoor hebben partijen de gelegenheid om hun rol beter op te pakken en ook het toezicht goed in te richten. In dit verband heeft de NZa eind 2012 de Regeling controle en administratie zorgverzekeraars<sup>2</sup> vastgesteld, die tot doel heeft nadere voorschriften te stellen aan de uitvoering van formele en materiële controles en onderzoek naar signalen van fraude door zorgverzekeraars.

Verder is de NZa in maart 2013 met de ziekenhuissector het project "Correct declareren" gestart. Daarbij zet zij vooral in op de verantwoordelijkheid en inzet van (brancheorganisaties van) zorgverzekeraars en zorgaanbieders en voert de zij acties uit die voor transparantie moeten zorgen voor consumenten over de daadwerkelijk geleverde zorg. De NZa treedt waar nodig rechtstreeks op tegen zorgaanbieders waarvan zij het vermoeden heeft dat zij niet correct declareren. Tot slot draagt het verbeteren van de helderheid van zorgnota's ook bij aan de verbetering van de controle ervan.

*De leden van de PvdA-fractie wijzen op conclusies van de Boston Consulting Group die eerder aangaf dat het Zweedse systeem voor de Nederlandse ziekenhuiszorg een bezuiniging van € 2,3 mld kan opleveren. Bij gelijktijdige concentratie van zorg, kan dit bedrag zelfs oplopen tot € 4,3 mld. De leden vragen hoe deze opbrengsten moeten worden gezien ten opzichte van de besparing van € 1,6 mld die nu wordt genoemd?*

De opbrengsten van de Boston Consulting Group kunnen niet één op één worden vergeleken met de maatregelen in het Regeerakkoord.

Zoals hiervoor al aan de orde kwam, is de € 1,6 mld opgebouwd uit een pakket aan maatregelen: terugdringing praktijkvariatie, gepast gebruik, substitutie, taakherschikking. Ook zijn er initiatieven in de sector gericht op enerzijds specialisatie/concentratie en werken we anderzijds aan decentralisatie door versterking van de basiszorg. Tot slot willen we toe naar sterkere sturing op uitkomsten. Deze maatregelen gaan in dezelfde richting, namelijk een lager groeipad, maar vangen ook een stijgende vraag op. Vergelijkbare maatregelen als

---

<sup>2</sup> Staatscourant 2012, nr. 26 404

door de Boston Consulting Group benoemd in het rapport zijn daar een onderdeel van. De € 4,3 mld is volgens het rapport een besparing op de lange termijn, maar dient (leert de ervaring) behoedzaam te worden geïnterpreteerd. Grote opbrengsten kunnen worden gehaald, maar moeten ook nog daadwerkelijk uit het systeem komen. Dat laatste blijkt in de praktijk een moeilijke exercitie, waarmee in dit soort studies maar (zeer) beperkt rekening wordt gehouden.

**Kenmerk**  
109834-101968-Z

*De leden van de fractie van de PvdA wijzen erop dat ook op de inkoop van hulpmiddelen en materialen door ziekenhuizen geld bespaard kan worden. Zij stellen dat het gebrek aan reclameregulering in deze sector prijsopdrijvend werkt en dat dit kan verbeteren door hulpmiddelen onder een reclamebesluit.*

Contacten tussen artsen en industrie zijn van belang voor de continue verbetering van de zorg. Het is daarbij wel van belang dat partijen erop letten dat hun contacten ook op een nette manier worden vormgegeven. Hoewel het waar is dat in de regelgeving voor medische hulpmiddelen geen regels voor reclame zijn opgenomen, zoals die er met hoofdstuk 9 van de Geneesmiddelenwet bijvoorbeeld wel voor geneesmiddelen zijn, betekent dat niet dat er geen reclameregulering van toepassing is op verkoopbevorderende activiteiten voor medische hulpmiddelen. Er zijn bijvoorbeeld meer algemene bepalingen die van toepassing zijn op misleidende en oneerlijke reclame en oneerlijke handelspraktijken (afkomstig uit Europese richtlijnen 2006/114/EG en 2005/29/EG, in Nederland beiden geïmplementeerd in verschillende boeken in het Burgerlijk Wetboek). Daarnaast is er de Nederlandse Reclame Code met eisen waaraan alle reclame-uitingen aan moeten voldoen, en er is specifiek voor de medische hulpmiddelensector sinds ruim een jaar ook een Gedragscode Medische Hulpmiddelen. Dit betreft zelfregulering die ziet op banden tussen zorgverleners en fabrikanten. Al deze regels, wettelijk of anderszins, kunnen van toepassing zijn op financiële banden tussen een arts en een fabrikant. Zij moeten dus zorgen dat de banden die zij hebben binnen deze kaders passen. Of het feit dat er geen specifieke regelgeving voor medische hulpmiddelen is prijsopdrijvend werkt en of dit kan verbeteren door een reclamebesluit te maken voor medische hulpmiddelen, is mij niet bekend.

*De leden van de fractie van de PvdA verwijzen naar een uitzending van de NCRV op 4 maart 2013 waarin werd gesteld dat op inkoop door ziekenhuizen (hulpmiddelen, papier, schoonmaakmiddelen enz.) 30-50% bespaard kan worden en dat 30-40% van de kosten in ziekenhuizen worden bepaald door inkoop die beïnvloedbaar is. Zij vragen op welke manier besparingen kunnen worden gerealiseerd.*

Ik ben het met de leden eens dat er (forse) aanvullende besparingen op de inkoop van hulpmiddelen door ziekenhuizen mogelijk zijn. Dergelijke besparingen kunnen een bijdrage leveren aan een verdere demping van de uitgavengroei in de medisch specialistische zorg. De huidige wijze van bekostiging en de rol van verzekeraars in de contractering van zorgaanbieders biedt in principe alle mogelijkheden om tot meer doelmatige inkoop van hulpmiddelen te komen. Het is dus aan ziekenhuisbesturen en verzekeraars om hier werk van te maken. Beide partijen hebben er ook belang bij, allereerst uit het oogpunt van kostenbeheersing, maar ook vanwege kwaliteit en veiligheid. We zien hier, mede onder druk van de groeibeperking in het hoofdlijnenakkoord, ook zeker progressie.

Bij ziekenhuizen constateren we bijvoorbeeld dat zij hun inkoopfunctie meer gaan professionaliseren, een cultuuromslag bewerkstelligen waarbij specialisten meer kostenbewust worden en samen gaan werken met de inkoopafdeling van de instelling en dat men meer gaat samenwerken met andere ziekenhuizen voor

kennisdeling en eventueel gezamenlijke inkoop. Verzekeraars op hun beurt sturen bijvoorbeeld meer op het verkrijgen van een beter inzicht in de kostenopbouw van geleverde zorg om daarmee realiseerbare prijsreducties op het spoor te komen of een preferentiebeleid hanteren (in navolging van geneesmiddelen). Ik ben ervan overtuigd dat de richting die is ingezet versterkt doorgang zal vinden door het hoofdlijnenakkoord en de aanscherping daarvan conform het Regeerakkoord.

**Kenmerk**  
109834-101968-Z

*De leden van de fractie van de PvdA vragen of de oproep om het veld en burgers mee te laten denken over de invulling van het basispakket alleen betrekking heeft op ideeën over wat er uit het pakket kan of dat er ook wordt gevraagd naar ideeën om verspilling en ondoelmatigheid tegen te gaan. Gaat het er bij deze oproep alleen om welke zorg uit het pakket kan, of gaat het ook om ideeën die een besparing mogelijk maken en er daarmee voor zorgen dat bepaalde zorg juist in het pakket kan blijven omdat het doelmatiger wordt verstrekt?*

De oproep die ik heb gedaan aan veldpartijen en burgers richt zich op suggesties over wat er uit het basispakket zou kunnen worden gehaald. Uiteraard zal ik alle suggesties zorgvuldig bestuderen en bekijken of en op welke manier ik die kan meenemen in de ontwikkeling van mijn beleid.

*Zij vragen of een overzicht van deze ideeën ook aan de Kamer wordt voorgelegd.*

De ideeën die binnenkomen op het terrein van het te verzekeren pakket zal ik, ter voorbereiding op besluitvorming, in september gebundeld aan het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) sturen om de ideeën te toetsen op uitvoerbaarheid en besparingspotentieel. Ik zal de Kamer een groslijst sturen van de ideeën die ik heb ontvangen.

*De leden vragen welke criteria worden gehanteerd bij het bepalen welke ideeën worden overgenomen, hoe wordt voorkomen dat dit een vrijblijvend geheel blijft en hoe de binnengekomen ideeën worden beoordeeld (bijvoorbeeld op haalbaarheid, effectiviteit), door wie, en hoe er vervolgens wordt bepaald wat er mee gedaan wordt, en hoe ze in beleid worden omgezet.*

Het CVZ zal de ideeën toetsen aan de bestaande pakketcriteria en zal bekijken welke besparingsmogelijkheden de suggesties opleveren. Daarover zal het CVZ mij adviseren, zodat ik in het voorjaar van 2014 een beslissing kan nemen over de te nemen pakketmaatregelen.

*Zij vragen hoe er wordt teruggekoppeld naar het veld.*

Ik zal alle betrokkenen uiteraard informeren over het advies van het CVZ en over de beslissing die ik vervolgens neem.

### **Inbreng SP-fractie**

*De leden van de SP-fractie vragen of de minister in haar berekening ten aanzien van de groei van de zorgkosten in haar brief aan partijen rekening heeft gehouden met het feit dat inwoners van die landen een groter percentage voor rekening komt van het individu. De leden van de SP-fractie willen van de minister weten welk beeld ontstaat als zowel de collectieve als de individuele zorgkosten worden meegerekend.*

Met de vraag wordt de suggestie gewekt dat alleen de collectieve uitgaven met elkaar zijn vergeleken en een internationale vergelijking daarom mank gaat. Dit is niet het geval. De percentages zoals genoemd in de brief aan de veldpartijen omvatten zowel de collectieve als de individuele zorgkosten. In internationale context wordt huishoudelijke hulp overigens niet tot de zorg gerekend als deze

niet uit de collectieve middelen wordt gefinancierd. De invloed hiervan op het totale beeld is echter beperkt.

Daarnaast komt ook uit de recente CPB studie 'Gezondheid loont, tussen keuze en solidariteit' het beeld naar voren dat Nederland ongeveer twee keer zoveel uitgeeft aan de ouderenzorg als bijvoorbeeld Duitsland. Ook hier zijn zowel de collectieve als individuele zorgkosten meegenomen. Dit ondersteunt het in de brief aan de veldpartijen geschetste beeld.

**Kenmerk**  
109834-101968-Z

	<b>Nederland</b>	<b>Duitsland</b>	<b>Spanje</b>
<b>Totale uitgaven aan ouderenzorg (%BBP)</b>	2,02	1,12	0,53
Collectieve uitgaven aan ouderenzorg (%BBP)	1,80	0,76	0,36
Private uitgaven aan ouderenzorg (%BBP)	0,22	0,36	0,17
Private uitgaven als % totale uitgaven (%BBP)	11%	32%	32%

*Deze leden willen van de minister weten of zij erkent dat de zorgkosten door de maatregel van inperking van het basispakket niet dalen maar dat de rekening wordt verschoven.*

Uit de nationale en internationale wetenschappelijke literatuur (zie ook de verwijzingen in de voetnoten op één van de hieronder gestelde vragen) komt naar voren dat naarmate een groter deel van de zorg zelf betaald moet worden er een gedrageseffect optreedt. Het is dus niet alleen een kwestie van het verschuiven van de rekening, maar ook een beperking van de groei van de totale zorgkosten.

*Ook willen zij van de minister weten of zij van mening is dat de solidariteit in ons zorgstelsel hierdoor toe- of afneemt.*

Solidariteit gaat niet alleen over de gewenste mate van gelijkheid, maar ook over de bereidheid om aan gelijkheid bij te dragen. Die bereidheid zal toenemen wanneer het basispakket vooral bestaat uit zinnige en zuinige zorg, die noodzakelijk is, niet voor eigen rekening en risico te dragen is.

*Verder willen zij weten of de minister erkent dat verkleinen van het basispakket ook als effect kan hebben dat de zorg er uiteindelijk duurder van wordt.*

Bij pakketmaatregelen moet altijd zorgvuldig bekeken worden welke gevolgen de maatregel heeft. Daarbij wordt bijvoorbeeld ook bekeken of de maatregel wel zinvol is omdat deze tot gevolg kan hebben dat de kosten in een later stadium van de ziekte juist hoger worden of mogelijke upcoding of substitutie tot gevolg heeft. Ik neem deze overweging dan ook mee in mijn besluitvorming.

*De leden vragen naar de gevolgen van het schrappen van maagzuurremmers uit het pakket en of de minister inzicht kan geven in het afgenomen gebruik en het aantal maagbloedingen die daar het gevolg van zijn. Tevens vragen zij een inschatting van de kosten die daarmee gepaard zijn gegaan.*

Volgens de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) is het aantal afgiftes van maagzuurremmers bij de apotheken gedaald. Het gaat hierbij met name om een daling van het aantal eerste afgiftes, dus afgiftes aan nieuwe gebruikers. Volgens het SFK gaat het om een daling van 25% ten opzichte van vorig jaar. Ik heb geen inzicht in gegevens over of dit tot extra maagbloedingen leidt. Het risico hangt af van het type patiënt die de maagzuurremmer gebruikt. Ik beschouw het als de taak van de artsen en apothekers om de patiënt uit te leggen dat de medicatie belangrijk is en hoe de medicatie gebruikt moet worden. Ik blijf van mening dat vanwege de lage kosten de maagzuurremmers voor eigen rekening van de patiënt kunnen komen.

*De leden van de SP-fractie vragen of de minister kan aangeven of het gebruik van zorgvoorzieningen door het eigen risico of hogere eigen bijdragen zal afnemen in absolute bedragen en met welk percentage ten opzichte van de totale zorguitgaven zowel voor de Zorgverzekeringswet als de AWBZ als de Wmo. Zoals eerder aangegeven zal ik de verhoging van het verplicht eigen risico evalueren. De eindresultaten gaan begin 2014 naar de Tweede Kamer. In november ontvangt u, vóór de begrotingsbehandeling, een tussenrapportage.*

**Kenmerk**  
109834-101968-Z

Tot nu toe zijn er verschillende nationale en internationale onderzoeken verricht over het effect van eigen betalingen. Uit vrijwel alle studies komt naar voren dat eigen bijdragen, waaronder het eigen risico, effect hebben op het zorggebruik van verzekerden<sup>3, 4</sup>. Het betreft dus niet slechts een verschuiving maar ook een verlaging van de groei van de uitgaven.

Voor de curatieve zorg is meer onderzoek beschikbaar dan voor de langdurige zorg. Zo is in 2011 een evaluatieonderzoek gedaan naar het verplicht eigen risico in Nederland<sup>5</sup>. Het onderzoek richtte zich op de jaren 2007 en 2008 waarbij is uitgegaan van het destijds geldende eigen risico van € 150. Hieruit kwam naar voren dat het eigen risico remmend werkt op het gebruik van zorg voor verzekerden van 17 -18 jaar. Zonder het eigen risico zou de kostenontwikkeling bij de onderzochte groep 2,6%-punt tot 7,3%-punt hoger zijn geweest. Indien dit gedragseffect representatief zou zijn voor de gehele populatie (uitgezonderd chronisch zieken) zou dit een gedragseffect tussen de € 275 mln en € 772 mln euro impliceren. Juist van de groep 17-18 jarigen wordt echter aangenomen dat zij relatief prijsgevoelig zijn, ondermeer vanwege hun relatief lage zorgkosten en inkomen. Het gedragseffect voor de gehele populatie zal daarom naar alle waarschijnlijkheid lager zijn. Hoe groot dat effect is, is niet op basis van dit onderzoek in te schatten.

Een ander onderzoek vanuit de Nederlandse context is een onderzoek uit 2004 van Van Vliet<sup>6</sup>. Het Centraal Planbureau heeft dit onderzoek gebruikt bij de studie naar de opbrengst van gedragseffecten uit 2008<sup>7</sup>, dat mijn voorganger op 23 mei 2008 aan de Kamer heeft gezonden.<sup>8</sup> Uit het onderzoek van Van Vliet blijkt dat mensen meer reageren op eigen betalingen bij huisartsen en fysiotherapie dan bijvoorbeeld op eigen betalingen bij ziekenhuiszorg.

In de langdurige zorg heeft de Taskforce Beheersing Zorguitgaven in 2012 onderzocht hoe het zorggebruik in de AWBZ samenhangt met het inkomen. In de AWBZ zijn de inkomensafhankelijke eigen bijdrage hoog. Hogere inkomens betalen een fors deel van hun bovenminimale inkomen aan eigen bijdrage. Het gevolg hiervan is dat de hogere inkomens maar beperkt gebruik maken van de AWBZ, zeker in de intramurale AWBZ. Voor deze groep lijkt er dus een behoorlijk gedragseffect te zijn. Hoeveel dat precies is in procenten of absolute bedragen is niet bekend.

---

<sup>3</sup> Thomson, Mossialos and Jemai, 'Cost Sharing for Health Services in the European Union', Report prepared for the European Commission (2003).

<sup>4</sup> Gruber, The role of consumer copayments for health care: Lessons from the RAND health insurance experiment and beyond (2006).

<sup>5</sup> Oortwijn et. al., 'Evaluatie naar het verplicht eigen risico', Ecorys (2011). Dit rapport is op 10 juni 2011 aan de Kamer aangeboden (Kamerstukken II, 2010/11, 29 689, nr. 325).

<sup>6</sup> Van Vliet, 'Deductibles and Health Care Expenditures: Empirical Estimates of Price Sensitivity Based on Administrative Data', Int'l Journal of Health Care Finance and Economics (2004).

<sup>7</sup> 'Gedragseffect van Eigen Betalingen in de Zvw', CPB-notitie (2008).

<sup>8</sup> Kamerstukken II 2007/08, 29 689, nr. 194)



*De leden van de SP-fractie willen van de minister weten waarom zij de besparingen niet zoekt in het slimmer organiseren en het tegengaan van fraude.* Zoals ik hiervoor al heb geantwoord op vergelijkbare vragen van de fractie van de PvdA: naar mijn mening is het niet of – of, maar en – en: alle noodzakelijke maatregelen dienen te worden genomen om de uitgaven van de zorg in de hand te houden. Dit betekent dat het noodzakelijk is om èn verspilling in de zorg aan te pakken en een doelmatige verstrekking van het verzekerd pakket te bevorderen, èn dat ik met partijen actief ben om fraude in de zorg te bestrijden en het toezicht op de rechtmatigheid in de zorg te versterken, èn dat het noodzakelijk is om te kijken naar de samenstelling van het verzekerd pakket.

**Kenmerk**  
109834-101968-Z

*De leden van de SP-fractie zijn er van overtuigd dat bij zorgpartijen veel ideeën op zijn te halen hoe de zorg slimmer te organiseren is en hoe verspilling en fraude kunnen worden tegen gegaan. Daarnaast zullen zorgpartijen ook veel ideeën hebben hoe er gesneden kan worden in bureaucratie. De leden van de SP-fractie vragen de minister of zij die indruk ook heeft. Deze leden willen van de minister weten waarom zij zorgpartijen niet heeft uitgenodigd om besparingen op genoemde terreinen aan te leveren.*

Er lopen al verschillende trajecten op die terreinen. Zo is recentelijk het landelijk meldpunt verspilling 'live' gegaan; eenieder die in de zorg werkt en/of van de zorg gebruik maakt kan via dit meldpunt zijn ervaren verspilling in de zorg melden. Ook biedt dit meldpunt de ruimte om oplossingen aan te dragen.

Op het terrein van zorgfraude zijn ook verschillende trajecten in gang gezet. Er is hiertoe onlangs een convenant afgesloten met diverse partijen, waaronder het Openbaar Ministerie, de NZa en Zorgverzekeraars Nederland en er is een taskforce integriteit zorgsector opgericht die een ambitieuze beleidsagenda voor de komende jaren heeft geformuleerd. Over welke activiteiten allemaal worden uitgevoerd en met wie, is tijdens het Algemeen Overleg van 10 april jl. over de bestrijding van zorgfraude is in september 2013 een brief aan uw Kamer toegezegd. Tevens is onder de vleugels van de NZa een onderzoek toegezegd, waarover ze mij eind dit jaar hopen te rapporteren.

Ten aanzien van het onderwerp bureaucratie geldt dat elke bekostigingssystematiek enige mate van bureaucratie kent. Deze dient tot het minimale beperkt te worden. Vooral door de ontwikkelingen op het gebied van ICT kunnen processen steeds efficiënter worden georganiseerd. Het is op de eerste plaats de verantwoordelijkheid van het veld zelf om processen optimaal in te richten. Hierbij worden zij ook geprikkeld, omdat het minimaleren van deze kosten direct bijdraagt aan de prestaties van de organisatie. Als het gaat om lasten die veroorzaakt worden in de relatie met de overheid, dan sta ik altijd open voor suggesties tot verbetering. Na het traject van Actal, dat de administratieve lasten rond de verpleegkundigen heeft geanalyseerd, is dit jaar onderzoek ingezet naar de administratieve lasten van de huisarts. Deze inzichten kunnen door alle partijen worden gebruikt bij het terugdringen van bureaucratie en administratieve lasten.

*De leden van de SP-fractie willen van de minister weten hoe zij denkt draagvlak te verwerven onder zorgpartijen voor bezuinigingen op het basispakket wanneer zij hen van te voren de randvoorwaarden dicteert.*

De opdracht die ik met het Regeerakkoord heb gekregen is helder: er ligt een taakstelling voor het te verzekeren pakket. Het is evident dat dergelijke maatregelen mensen raken. Het is echter een dilemma waar we allemaal voor staan, namelijk het betaalbaar en toegankelijk houden van de zorg. Daarom vind ik het van belang om partijen in de gelegenheid te stellen om zelf met ideeën te komen. Ik ben blij dat de partijen die ik daartoe heb opgeroepen en vele anderen

in het land die handschoen hebben opgepakt en hun suggesties aan mij opsturen. Ik zal met een open blik naar deze suggesties kijken.

**Kenmerk**  
109834-101968-Z

*De leden wijzen op de reactie van de NPCF, die volgens de SP-fractie stelt wel mee te willen praten over kostenbesparingen in de zorg maar dan vooral over besparingen die niet ten koste gaan van de patiënt zoals het tegengaan van verspilling. De leden willen van de minister weten hoe zij reageert op de uitspraak van het NPCF die in een verklaring op haar website stelt dat het plan van de minister om 1,5 mld te bezuinigen op het basispakket 'onverstandig en onrealistisch' is. De leden van de SP-fractie vragen de minister of zij de reactie van de NPCF betitelt als een positieve reactie op haar oproep.*

Zoals ik hiervoor ook in antwoord op een vraag van de PvdA heb aangegeven heeft mijn oproep zich gericht op alternatieve pakketmaatregelen, maar sta ik uiteraard ook open voor suggesties op andere terreinen. Ook op andere terreinen, zoals efficiencyverbetering, zijn grote taakstellingen afgesproken in het Regeerakkoord. De NPCF is dan ook van harte welkom om ook die ideeën in te dienen. In het constructieve gesprek dat ik met patiëntenorganisaties, waaronder de NPCF, heb gehad, is dat ook besproken.

*Verder vragen de leden of er ook negatieve reacties zijn binnengekomen op haar uitnodiging. Zij willen weten van welke organisaties die negatieve reacties kwamen, en wat de inhoud van die reacties is.*

Ik zal na de zomer een groslijst van de reacties met uw Kamer delen.

### **Inbreng CDA-fractie**

*De leden van de CDA-fractie vragen wanneer er genoeg draagvlak is "vanuit het veld en de patiënten" om een bepaalde vorm van zorg uit het basispakket te halen en dus het voorstel tot alternatieve pakketmaatregel over te nemen. Zij vragen wie daarover beslist.*

Een beslissing over het verzekerde pakket is uiteindelijk een politieke beslissing en daarmee mijn verantwoordelijkheid. Daarbij zijn verschillende factoren relevant, waarvan draagvlak vanuit het veld en patiënten er één is. Ik zal in mijn beslissing dan ook meewegen op welke manier er gereageerd is op voorstellen en met welke voorstellen partijen en burgers zelf zijn gekomen.

*Zij vragen of de direct betrokkenen nog recht van spreken hebben, als de minister beslist om alternatieve pakketmaatregelen niet over te nemen. Daarnaast vragen zij hoe deze inspraakprocedure zich verhoudt tot het traject van het CVZ.*

Bij mijn overwegingen ten aanzien van pakketbeslissingen baseer ik mij op de informatie die ik voorhanden heb op het moment dat ik beslissingen neem. Naast de input die binnenkomt op basis van mijn oproep in het programma Buitenhof, zijn dat ook de rapporten van het CVZ over verschillende pakketonderwerpen. Het CVZ gaat gewoon verder met zijn taak als pakketbeheerder en zal verschillende rapporten aan mij uitbrengen met adviezen over het te verzekeren pakket. Het CVZ biedt veldpartijen en patiënten daarbij overigens ook altijd de gelegenheid om hun visie in te brengen in de consultatieronde en de openbare vergaderingen van de Adviescommissie Pakket. Daarnaast zal ik het CVZ vragen om de lijst met suggesties die burgers en veldpartijen bij mij aandragen te toetsen op uitvoerbaarheid en financiële consequenties. De oproep kan leiden tot nieuwe ideeën die voorheen niet werden meegewogen. Daarin zit voor mij een belangrijke meerwaarde van dit proces.

*Deze leden vragen ook wat leidend voor de minister is bij de bespreking van alternatieve pakketmaatregelen: de financiële houdbaarheid van het stelsel of een lange termijn visie op de kortdurende zorg?*

**Kenmerk**  
109834-101968-Z

Het is hier geen kwestie van elkaar uitsluitende alternatieven, zoals de vraag suggereert. Financiële houdbaarheid is een belangrijk onderdeel van een lange termijn visie op zorg in algemene zin. Een lange termijn visie op de zorg die financieel niet houdbaar is, is in mijn ogen geen lange termijn visie.

*De leden vragen hoe de besprekingen rond de alternatieve pakketmaatregelen zich verhouden tot het overleg tussen sociale partners (dit in verband met de nullijn in de zorg)?*

Na overleg met de sociale partners is met het sociaal akkoord besloten dat het kabinet afziet van het aanvullend pakket aan maatregelen (waaronder de nullijn) ter waarde van € 4,3 mld. Het kabinet zal aanvullende maatregelen nemen indien de MEV-raming van het CPB gegeven het saldodoel 2014 daartoe aanleiding geeft. In vervolg op het sociaal akkoord heb ik samen met de staatssecretaris succesvol overleg gevoerd met de sociale partners in de zorg. De resultaten van dat overleg heb ik uw Kamer op 24 april jl. schriftelijk medegedeeld. Zowel in de cure als in de care zijn alternatieve maatregelen afgesproken. Een belangrijk financieel fundament is gevonden in het op nul stellen van de vergoeding voor incidentele loonontwikkeling gedurende de periode 2014-2017. Met deze loonafpraak is besloten dat het kabinet in augustus niet nog eens met een nullijn komt. Ik zie hierin geen relatie met de opgave uit het Regeerakkoord om voor € 1,5 mld het pakket te versoberen. Overigens is een groot deel van dit bedrag nog afkomstig uit het Regeerakkoord Rutte I.

*De leden van de CDA-fractie vragen of de invoering van uitkomstfinanciering ook in dit traject wordt meegenomen, of dat dit twee aparte trajecten zijn.*

Ik ben van mening dat het meer contracteren, sturen en afrekenen op behaalde (gezondheids)uitkomsten een wezenlijke bijdrage zou kunnen leveren aan het dempen van de groei in de curatieve zorg. Door meer te sturen op uitkomsten kan namelijk praktijkvariatie worden beperkt, overbehandeling tegengegaan en gepast gebruik bevorderd. Zoals aangegeven in het rapport van iBMG dat ik het afgelopen najaar naar uw Kamer heb verzonden, is er op dit moment in de bekostigingssystematiek van de diverse deelsectoren eigenlijk al heel veel mogelijk op dat vlak. En hoewel er diverse (lokale) initiatieven zijn gestart, is van een omvangrijke en onontkoombare beweging richting uitkomststuring nog geen sprake; uitkomststuring is dan ook niet van de een op andere dag gerealiseerd. De vraag is vervolgens op welke wijze een grotere focus op (gezondheids)uitkomsten daadwerkelijk dichterbij gebracht kan worden. Ik zal hier – zoals aangegeven in mijn brief van 23 april jl. over proeftuinen en pilots – voor het zomerreces in een separate brief op terugkomen. Vooralsnog zie ik dit als een apart traject. Wat de bijdrage van veldpartijen betreft: uiteindelijk zijn zij de aangewezen actoren om uitkomstbekostiging in de praktijk te brengen.

*De leden van de CDA-fractie vragen naar de bespreking met betrokken organisaties die in maart heeft plaatsgevonden. Welke uitkomsten zijn uit deze bespreking gekomen, zoals over de wederzijdse verwachtingen, de organisatie van inspraak en het te volgen tijdspad?*

Met de partijen heb ik gesproken over de opdracht die ik op grond van het Regeerakkoord heb. Daarbij hebben wij besproken dat ik alle suggesties die worden ingediend zal bestuderen. Suggesties op het terrein van het te verzekeren pakket zal ik in september samengevoegd aan het CVZ toesturen voor een toets

op de uitvoerbaarheid en financiële consequenties. Dat betekent dat ik de voorstellen vóór 1 september moet ontvangen.

**Kenmerk**  
109834-101968-Z

*Daarnaast vragen deze leden waar andere organisaties of patiënten dan de genodigde partijen voorstellen met hun ideeën terecht kunnen.*

Natuurlijk kunnen ook andere partijen dan degenen die ik heb aangeschreven hun suggesties aan mij toe sturen. Vele organisaties en vele patiënten en niet-patiënten hebben dat inmiddels ook al gedaan.

### **Inbreng D66-fractie**

*De leden van de D66-fractie waarderen het dat de minister bereid is naar het zorgveld te luisteren, maar vragen waarom deze procedure niet gevolgd is voor de andere maatregelen die de curatieve zorguitgaven met 1,6 mld euro moeten terugdringen.*

De maatregelen waarmee € 1,6 mld besparing wordt gerealiseerd zijn gebaseerd op een inhoudelijke agenda die alle partijen onderschrijven. In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord hebben partijen al uitgesproken werk te maken van deze agenda. Op deze weg gaan we nu door.

*Deze leden vragen de minister hoe het raadplegingsproces precies wordt vormgegeven en of de minister daarbij ook inzicht kan geven in het tijdspad.*

Sinds mijn oproep in het programma Buitenhof op 10 februari jl. heb ik een aantal organisaties expliciet uitgenodigd met mij daarover van gedachten te wisselen. Daarnaast heb ik, onder meer door een bericht op de website van de Rijksoverheid te plaatsen, ook aan andere organisaties kenbaar gemaakt dat hun suggesties welkom zijn. Bovendien is voor burgers het e-mailadres [betaalbarezorg@minvws.nl](mailto:betaalbarezorg@minvws.nl) geopend.

Aan de partijen heb ik kenbaar gemaakt dat ik, om besluitvorming over het te verzekeren pakket in het voorjaar van 2014 zorgvuldig te kunnen voorbereiden, hun suggesties voor 1 september 2013 moet ontvangen. De suggesties zal ik vervolgens gebundeld aan het CVZ voorleggen voor een toets op de uitvoerbaarheid en de te verwachten besparingen. Ik zal de Kamer na de zomer een groslijst van de suggesties sturen.

*Deze leden vragen de minister bij de invulling van het pakketbeleid rekening te houden met een stringenter toelating van nieuwe medische technologie, medische noodzakelijkheid, bewezen effectiviteit, kosteneffectiviteit, passende zorg, 'stepped care' en 'personalised medicine'.*

Stringent pakketbeheer is één van de doelstellingen van het Regeerakkoord. Dat houdt in dat het pakketbeheer in de komende jaren stringenter zal worden. Dat krijgt onder meer vorm door een jaarlijkse doorlichting van een deel van het pakket en het voorliggend maken van het criterium noodzakelijkheid. Andere pakketcriteria, zoals effectiviteit en het voor eigen rekening en risico kunnen dragen, blijven onverminderd van toepassing.

Ik vind het daarbij overigens van belang dat er ruimte voor vernieuwing mogelijk blijft. Ook nieuwe technieken moeten kunnen worden aangewend ten bate van de patiënt.

*De leden van de D66-fractie achten het voorts wenselijk dat bij de invulling van het pakket rekening wordt gehouden met het belang van preventie en een gezonde leefstijl.*

**Kenmerk**  
109834-101968-Z

Vanuit het pakket wordt preventie zowel impliciet als expliciet ondersteund. Impliciet is dit het geval wanneer preventieve interventies behoren tot de verzekerde zorg zoals professionals die plegen te bieden (ondersteund door richtlijnen, protocollen en zorgstandaarden). Artsen, verpleegkundigen, praktijkondersteuners, diëtisten, fysiotherapeuten en andere paramedici geven in de dagelijkse praktijk advies en informatie aan patiënten om te zorgen dat er minder gezondheidsklachten ontstaan, dat erger wordt voorkomen of dat mensen weten wat ze kunnen doen om beter te worden. Zo is in de integrale zorg voor chronisch zieken preventie een essentieel onderdeel van de behandeling. De chronische patiënt en het zorgteam stellen samen, op basis van de zorgstandaard, een individueel zorgplan op. Leefstijladviezen en maken daar deel van uit, voor de opvolging waarvan wordt uitgegaan van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

Preventie wordt vanuit het pakket in expliciete zin ondersteund wanneer de geleverde zorg als aanspraak is benoemd. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer voor vergoeding in aanmerking komende geneesmiddelen en medische hulpmiddelen voor preventieve doeleinden worden voorgeschreven. Voorbeelden van geneesmiddelen zijn cholesterolverlagers voor het voorkomen van hart- en vaatziekten en bisfosfonaten voor de preventie van osteoporose en botbreuken. Een medische hulpmiddel met preventieve werking is bijvoorbeeld het anti-decubitus matras tegen doorliggen. Ook de aanspraak op diëtzorg en de aanspraak op het volgen van een stoppen met roken programma zijn voorbeelden van een expliciete verankering van preventie in het pakket.

Er zijn veel signalen dat de ruimte voor de impliciet in het pakket verankerde preventie beter kan worden benut. Het preventieve aspect van een behandeling is bij veel professionals geen automatisme, terwijl het dat wel zou moeten zijn. In de opleidingen van zorgverleners wordt hier terecht in toenemende mate aandacht aan geschonken.

### **Inbreng fractie van de ChristenUnie**

*De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen de minister verslag te doen van de bespreking die heeft plaatsgevonden in de eerste helft van maart. De leden ontvangen graag informatie over de afspraken over de wijze van organiseren en het te volgen tijdspad.*

Met de partijen heb ik gesproken over de opdracht die ik op grond van het Regeerakkoord heb. Daarbij hebben wij besproken dat ik alle suggesties die worden ingediend zal bestuderen. Suggesties op het terrein van het te verzekeren pakket zal ik in september samengevoegd aan het CVZ toesturen voor een toets op de uitvoerbaarheid en financiële consequenties. Dat betekent dat ik de voorstellen vóór 1 september moet ontvangen.

*De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen ook hoe de minister met het verkleinen van het basispakket de toegankelijkheid van zorg wil blijven borgen?*

Bij het nemen van pakketmaatregelen is het uiteraard van belang dat goed gekeken wordt naar de consequenties van de betreffende maatregel. Het toegankelijk blijven van de zorg is daarbij één van de aandachtspunten. Dat betekent overigens, net als nu al het geval is, niet dat alle zorg altijd vanuit het basispakket vergoed moet worden.

*Deze leden merken op dat er ook een vraag in het veld leeft om de alternatieve voorstellen in kaart te brengen, hoe staat de minister hier tegenover?*

Voor zover de leden hiermee bedoelen dat partijen gezamenlijk met voorstellen willen komen, is dat uiteraard mogelijk. Ook zal ik suggesties die doelmatigheid of effectiviteit betreffen eveneens serieus bestuderen.

**Kenmerk**  
109834-101968-Z

*De leden vragen of de minister mogelijkheden ziet om de financiële opgave van 1,5 mld euro te verlagen wanneer er andere bezuinigingen tegenover staan.*  
Zoals eerder aangegeven zijn in het Regeerakkoord Rutte II maatregelen opgenomen die leiden tot een gematigder groeipad in de zorg. Deze maatregelen hebben deels betrekking op het beter en slimmer organiseren van de zorg, deels op het te verzekeren pakket. Dit is een grote opgave voor de sector. Mocht duidelijk worden dat via een van die wegen meer kan worden bespaard dan opgenomen in het Regeerakkoord, dan zal ik op dat moment bezien hoe daarmee om te gaan.

*De leden vragen op welke wijze het voorkomen van over- en onderbehandelingen wordt meegenomen bij het pakketadvies.*

Over- of onderbehandeling als zodanig is geen pakketcriterium waar door het CVZ op wordt getoetst bij adviezen over het te verzekeren pakket. Bij die criteria gaat het immers om vraagstukken als noodzakelijkheid, effectiviteit en het voor eigen rekening en risico kunnen dragen. Signalen van over- en onderbehandeling kunnen echter wel aanleiding zijn om een bepaalde zorgvorm tegen het licht te houden. Een grote mate van praktijkvariatie kan een indicatie zijn dat onder professionals onvoldoende overeenstemming bestaat over de toepassing van deze zorg. Het pakketadvies kan dan, in overleg met professionals, leiden tot een scherpere definiëring van de indicatiecriteria om deze zorg als onderdeel van het verzekerd pakket te verstrekken.

Controle op de naleving van gepast gebruik vindt plaats door de NZa. Onderdeel daarvan is de vraag of de zorg naar aard en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

*Zij vragen of er duidelijkheid gegeven kan worden over de ramingen van de uitgavengroei van het door het CVZ uitgebrachte advies over 'onbetwistbare ggz'.*  
In het CVZ-rapport "Geneeskundige GGZ (deel 1); Wat is nu verzekerde zorg en wat niet?" is in bijlage 3 informatie opgenomen over de kostenontwikkeling GGZ in de jaren 2000-2010 en in het bijzonder de kostenontwikkeling van de GGZ binnen de Zvw in de jaren 2008-2010.

Het CVZ meldt een stijging van € 2,4 miljard in 2000 naar € 5,9 miljard in 2010. Van de € 5,9 miljard heeft € 4,2 miljard betrekking op de Zvw en en € 1,7 miljard op de AWBZ.

Over de door het CVZ gepresenteerde uitgavenontwikkeling van de GGZ is de afgelopen tijd discussie ontstaan. Verschillende media hebben over de kostenraming van het CVZ bericht. Deze berichten zijn gebaseerd op een artikel van het onderzoeksbureau Heijnen.<sup>9</sup>

Ten aanzien van de uitgavenontwikkeling van de GGZ onder AWBZ gaat het CVZ, maar ook VWS, uit van de gegevens van de NZa. Daarover bestaat geen discussie. De in de bijlage bij het CVZ-rapport opgenomen cijfers zijn ook in de jaarverslagen van VWS opgenomen en verwerkt.

<sup>9</sup> [http://www.zorgvisie.nl/PageFiles/81513/001\\_1362135650840.pdf](http://www.zorgvisie.nl/PageFiles/81513/001_1362135650840.pdf)

Voor de uitgavenontwikkeling van de GGZ onder de Zvw 2008-2010 baseert het CVZ zich op de schadelastcijfers van de verzekeraars. Daarbij geeft het CVZ aan dat de kostengegevens over 2009 en 2010 nog een voorlopig karakter kennen en dat pas op een later moment een definitieve balans kan worden opgemaakt. Dit voorlopige karakter van deze cijfers wordt veroorzaakt doordat DBC's in de GGZ een lange doorlooptijd kennen en dat verzekeraars pas in het voorjaar van het jaar t+2 een betrouwbaar inzicht verkrijgen over de uitgaven in jaar t. Door uit te gaan van schadelastgegevens houdt het CVZ geen rekening met de zogeheten overfinanciering: het verschil tussen de gedeclareerde DBC's en de afgesproken budgetten.

**Kenmerk**  
109834-101968-Z

VWS maakt voor de uitgavenontwikkeling van de GGZ onder de Zvw echter voornamelijk gebruik van budgetgegevens van de NZa. Reden hiervoor is dat voor de gebudgetteerde instellingen de budgetten voor de financiële afrekening leidend zijn en niet de schadelastcijfers van de verzekeraars. De NZa verstrekt gegevens over de budgetafspraken die gemaakt zijn tussen verzekeraars en gebudgetteerde instellingen. Dit betreft circa 90% van de totale uitgaven in de curatieve GGZ. Daarnaast ontvangt VWS gegevens van Vektis over de uitgaven voor curatieve GGZ-zorg geleverd door vrijgevestigde zorgaanbieders en niet-gebudgetteerde instellingen.

VWS maakt slechts voor een beperkt deel gebruik van de gegevens van het CVZ, namelijk voor de uitgaven in de eerstelijns GGZ. Dit betreft circa 5% van de totale GGZ uitgaven.

Deze methode van vaststelling van het uitgavenniveau is bekend bij de Tweede Kamer (zie bijv. de aanwijzing inzake de tarief- en budgetkorting van augustus 2011, Stcrt. 2011, 15967).

Op basis van de door VWS gehanteerde berekeningssystematiek komt VWS voor 2010 uit op € 4,0 miljard.

*Tot slot vragen deze leden of er in het proces, waarbij organisaties kunnen meedenken, nog steeds naar bezuinigingen wordt gezocht door middel van het kijken naar een 'lage ziektelast'? Zo ja, hoe staat de minister erin dat het CVZ dit als niet begaanbare weg heeft bestempeld? Kan de lage ziektelastbenadering op lange termijn leiden tot een kostenverhogend effect, door uitgesteld medisch handelen?*

Neen, bij de uitnodiging die ik aan veldpartijen heb voorgelegd om met goede en breed gedragen voorstellen voor alternatieve pakketmaatregelen te komen heb ik niet aangegeven dat zij daarbij met name naar 'lage ziektelast' moeten kijken. De insteek bij het proces is dus niet lage ziektelast, maar het ligt voor de hand dat indien bij de concrete invulling van pakketmaatregelen de keuze gemaakt moet worden tussen het schrappen van een behandeling van een aandoening met een lage ziektelast en een behandeling van een aandoening met een hogere ziektelast, de keuze eerder zal vallen op het schrappen van de behandeling van de aandoening met lage ziektelast. Dit sluit ook aan bij het kabinetsvoornemen om 'noodzakelijkheid' als voorliggend criterium te gaan hanteren bij pakketadviezen.

Zoals aangegeven in mijn aanbiedingsbrief bij de nadere CVZ-rapportage over lage ziektelast<sup>10</sup>, onthoud ik me thans van een standpuntbepaling over deze rapportage, in verband met mijn oproep aan veldpartijen om mee te denken over alternatieven voor pakketmaatregelen. Zoals ik eerder in deze beantwoording heb aangegeven, zal ik in het voorjaar van 2014 een besluit nemen over de pakketmaatregelen vanaf 2015 op basis van de dan voorliggende adviezen van het CVZ en suggesties uit het land.

**Kenmerk**  
109834-101968-Z

Hoogachtend,  
de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

---

<sup>10</sup> TK 2012/13, 32 620, nr. 84.