

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**  
156957-111286-CZ

**Bijlage(n)**

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

Datum 18 november 2013  
Betreft VSO macrobeheersinstrument en advies Commissie  
Baarsma

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 over de brief van 4 juli 2013 over het macrobeheersinstrument (mbi) 2014 in relatie tot het advies van de commissie Baarsma (TK 2012-2013, 29 248, nr. 256).

Bijgaand treft u de vragen en opmerkingen vanuit de fracties aan, met aansluitend daarop mijn reactie per fractie.

**VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie vragen of ik kan aangeven op welke wijze precies het Budgettair Kader Zorg is vertaald naar de deelkaders voor de specifieke sectoren en wat de aannames waren en criteria bij deze verdeling?

Het BKZ is verdeeld in verschillende subsectoren. Dat geldt ook voor de curatieve zorg. De verdeling van het kader over subsectoren is doorgaans gebaseerd op de realisatie van de uitgaven voor de betreffende subsectoren in het verleden. Voor toekomstige jaren worden deze kaders naar boven of naar beneden aangepast in verband met beleidsmaatregelen en de toekenning van de groeiruumte. Aan het begin van een kabinetsperiode wordt de groeiruumte van het budgettair kader zorg (BKZ), uitgesplitst naar Zvw en Awbz-uitgaven vastgesteld. De groeiruumte is gebaseerd op ramingen van het CPB ten aanzien van de autonome ontwikkeling van de zorguitgaven. De groeiruumte is bestemd om de verwachte autonome stijging van de zorguitgaven als gevolg van demografische en technologische ontwikkelingen te accommoderen.

Op welke wijze de groeiruumte voor toekomstige jaren wordt toegekend verschilt per deelsector. In de curatieve zorg zijn per sector - de huisartsen- en multidisciplinaire zorg, GGZ en medisch specialistische zorg - bestuurlijke akkoorden gesloten waarin op basis van een inhoudelijke agenda afspraken zijn gemaakt over een bepaald groeipercentage. De groeiruumte is voor deze subsectoren conform de duur en afgesproken percentages uit deze akkoorden meerjarig verwerkt in het BKZ. In deelsectoren waarop geen meerjarig akkoord van toepassing is, wordt het kader in beginsel per jaar aangepast met de groeiruumte in het betreffende jaar. De totale ruimte in het budgettaire kader in

deze sectoren wordt bepaald door de toegekende groeiruinimte en de budgettaire effecten van beleidsmaatregelen.

**Kenmerk**  
156957-111286-CZ

De leden van de VVD-fractie vragen of alles overziend hebbende, de aanbevelingen van de commissie Baarsma binnen afzienbare termijn uitgevoerd kunnen worden, en zo ja wanneer de uitvoering van de aanbevelingen gereed kan zijn. De betreffende leden vragen mij dit per aanbeveling toe te lichten en daarbij specifiek in te gaan op het schrappen van de maatregel uit het regeerakkoord om de restitutiepolis over te hevelen naar de aanvullende verzekering.

Voor het antwoord van deze vraag verwijs ik u naar mijn uitgebreide toelichting per aanbeveling in mijn brief van 4 juli 2013. Ten aanzien van de aanbeveling van de commissie dat de Zvw alleen nog dekking zou moeten bieden aan zorg die gecontracteerd is, verwijs ik u naar mijn brief van 29 augustus 2013 over de 'NZa Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2013' (TK 2012-2013, 29 689, nr. 472). In laatstgenoemde brief heb ik kenbaar gemaakt het voornemen in het Regeerakkoord om de restitutiepolis uit de Zorgverzekeringswet te schrappen, niet uit te zullen voeren.

De leden van de VVD-fractie vragen mij of ik de opmerking van de Commissie Baarsma deel dat de kosten van een gedifferentieerd mbi mogelijk niet opwegen tegen de baten ervan. Voorts vragen de leden van de VVD-fractie mij of ik mogelijkheden zie om te komen tot een verbetering van het generieke mbi.

De uitwerking van een gedifferentieerd mbi blijkt een lastige opgave. Zoals aangegeven in mijn brief van 4 juli 2013 is een aantal resterende vraagstukken geïnventariseerd, dat betrekking heeft op complexe uitvoering- en vormgevingsaspecten rondom een gedifferentieerd mbi. Ik ben momenteel bezig deze resterende vraagstukken nader uit te werken. Of de kosten van een gedifferentieerd mbi opwegen tegen de baten ervan kan ik nog niet beoordelen. Aspecten als macrobeheersbaarheid, uitvoeringslasten, systeemeffecten en draagvlak zijn voorbeelden van zaken die bij deze afweging een rol spelen. Pas nadat de resterende vraagstukken verder zijn uitgewerkt en onderzocht zal ik, in overleg met de betrokken veldpartijen, een totaaloordeel kunnen vormen.

De leden van de VVD-fractie, evenals de leden van de fracties van het CDA, PvdA en D66, vragen mij welke vormgeving- en uitvoeringsvraagstellingen bestaan en welke concrete acties ik de komende tijd samen met veldpartijen en experts wil nemen om deze problematiek aan te pakken en te komen tot een gedifferentieerd mbi.

In een gedifferentieerd mbi zal een manier moeten worden gevonden om te bepalen of, en zo ja in welke mate, een instelling in geval van een overschrijding wordt aangeslagen voor een eventuele mbi afrekening. In de variant die momenteel nader wordt uitgewerkt, wordt voor het antwoord op deze vraag conform het advies van de commissie Baarsma aangesloten bij de contractering van verzekeraars. Op hoofdlijnen is hierbij de gedachte dat als een zorgaanbieder een contract sluit met een zorgverzekeraar en de zorgaanbieder vervolgens ook binnen het gesloten contract blijft, deze zorgaanbieder wordt gevrijwaard van een mbi afrekening in het geval het macrokader toch wordt overschreden. Hierbij is onder meer de vraag aan de orde hoe het beschikbare inkoopkader voor verzekeraars wordt bepaald, rekening houdend met verzekerden die overstappen. Ook is hierbij relevant de omgang met niet gecontracteerde zorgaanbieders.

Om deze aspecten in beeld te brengen heb in overleg met alle betrokken veldpartijen een onderzoek uitgezet bij een externe partij .

**Kenmerk**  
156957-111286-CZ

### **PvdA-fractie**

De leden van de PvdA-fractie willen graag uiteen gezet krijgen op basis van welke informatie het CPB tot de raming komt. Voorts willen de leden een overzicht van welke informatie, uit welke bron, hierbij betrokken wordt.

Het CPB maakt een meerjarige raming van de BKZ-uitgaven. Deze raming wordt door het CPB op meerdere momenten in het jaar bijgesteld. De meerjarenraming van de zorguitgaven baseert het CPB op ontwikkelingen in het verleden welke worden doorgetrokken naar toekomstige jaren. Daarbij baseert het CPB zich op verschillende bronnen. Ten aanzien van de BKZ-uitgaven gaat het met name om cijfers van het CVZ en CBS. Daarnaast raamt het CPB de nominale ontwikkeling (loon- en prijsbijstelling). Het CPB raamt de ontwikkeling van lonen en prijzen op landelijk niveau. De CPB-raming wordt vervolgens doorvertaald naar de afzonderlijke zorgsectoren afhankelijk van de loon- en prijsgevoeligheid van de uitgaven per sector. De autonome groeirimte wordt gebaseerd op de geraamde groei van de zorguitgaven in de meest recente middellange termijn raming van het CPB. Ook hiervoor geldt dat het CPB een raming maakt van de ontwikkeling van de uitgaven op landelijk niveau, die wordt vertaald naar een raming van de autonome groeirimte op sectorniveau. Deze doorvertaling gebeurt op basis van een raming van de gevoeligheid van de uitgaven per sector voor onder meer demografische ontwikkelingen en trendmatige ontwikkelingen uit het verleden. Daarbij wordt rekening gehouden met effecten van beleidsmaatregelen.

De leden van de fractie van de PvdA vragen een overzicht van de voortgang van de maatregelen die in het regeerakkoord zijn afgesproken die beogen dat de contractafspraken die verzekeraars maken binnen het macrobudgettaire kader passen. De leden van de fractie van de PvdA vragen met betrekking tot de toetsing van de contractonderhandelingen door de NZa, welke onderdelen van dit contracteerproces exact getoetst worden en in hoeverre zorgverzekeraars bereid en in staat zullen zijn om volledige openheid van zaken te geven in dezen. Voorts vragen de leden van de PvdA-fractie welke voordelen het beschikken over deze informatie concreet zal bieden. De leden van de CDA-fractie vragen op elke wijze zij van deze informatie kennis kunnen nemen?

In de eerste tussenrapportage van 4 juli jongstleden heb ik aangegeven welke stappen er worden gezet bij de verbetering van de informatievoorziening over de zorguitgaven (TK 2012-2013, 29 248, nr. 254). Daarin zijn voor de medisch specialistische zorg maatregelen aangekondigd zoals verkorting van de maximale DBC-duur, stroomlijning van de administratieve processen, verkenning van mogelijkheden tot harmonisatie van de verschillende uitgavenbegrippen, het monitoren en toetsen van de informatie uit de contracten, het inzichtelijk maken van het onderhanden werk, het ontsluiten van de declaratie-informatie met behulp van Zorgprisma en het koppelen van de diagnose volgens ICD-10 aan de declaratie.

De NZa heeft een belangrijke rol bij de monitoring. In genoemde brief heb ik tevens aangegeven dat ik de NZa de opdracht heb gegeven om de informatie over door verzekeraars en aanbieders afgesloten contracten op te vragen, te analyseren, en mij hierover te rapporteren. Deze informatie kan het startpunt voor

de monitoring en toetsing vormen. Het gaat hierbij nadrukkelijk om informatie over reeds afgesloten contracten, niet over informatie uit lopende contractsonderhandelingen. De focus ligt daarbij op het toetsen van de totale 'waarde' (i.e. prijs maal (verwacht) volume) van de afgesloten contracten in relatie tot het beschikbare macro budgettaire kader. Het eerste jaar zullen nog geen conclusies kunnen worden verbonden aan de contractinformatie en de toets die daarop plaatsvindt, maar na verloop van tijd zal deze informatie beter kunnen worden geïnterpreteerd. Daarnaast rapporteert de NZa in de jaarlijkse marktscans over (onder andere) het beloop van de uitgaven.

**Kenmerk**  
156957-111286-CZ

Deze voorstellen leveren een bijdrage aan de versnelling van de informatie over de uitgaven in de medisch specialistische zorg, aan de monitoring en (eventuele) bijsturing en aan de verklaring van de ontwikkelingen in de uitgaven. Zoals gebruikelijk zal ik uw kamer over bovengenoemde aspecten blijven informeren.

De leden van de fractie van de PvdA willen graag weten op welke gronden de overtuiging is gebaseerd dat op den duur toch een gedifferentieerd mbi tot stand kan worden gebracht. Voorts vragen de leden van de PvdA-fractie een overzicht van de juridische randvoorwaarden die zijn opgesteld. De leden van de fractie van de PvdA vragen een overzicht van de veldpartijen die geraadpleegd zijn rondom de inventarisatie van belangrijke resterende en openstaande vragen rond de vormgeving van het gedifferentieerde mbi.

Ik heb met de partijen van de bestuurlijke akkoorden afgesproken dat de zoektocht naar een gedifferentieerd mbi wordt voortgezet. Ik kan op dit moment niet definitief concluderen of het opzetten van een gedifferentieerd mbi al dan niet mogelijk is. Zoals eerder aangegeven in mijn reactie op de vraag van de VVD worden in overleg met alle veldpartijen resterende vraagstukken benoemd en verder uitgewerkt en laat ik op onderdelen onderzoek uitvoeren. Over de juridisch randvoorwaarden is advies gevraagd van de Landsadvocaat. Hieronder is een overzicht opgenomen van de in dat advies genoemde belangrijkste randvoorwaarden:

- De systematiek zal zodanig moeten worden opgezet dat deze niet voorziet in of leidt tot uitwisseling van concurrentiegevoelige informatie tussen zorgverzekeraars onderling of tussen zorgaanbieders onderling. Concurrentiegevoelige informatie omvat onder andere de financiële ruimte per zorgverzekeraar en de individuele grenzen voor zorgaanbieders. Deze informatie mag niet openbaar zijn.
- De systematiek mag niet voorzien in of leiden tot afspraken tussen zorgverzekeraars onderling of tussen zorgaanbieders onderling over soorten of hoeveelheden te leveren zorgproducten, tarieven of omzetten, aangezien dergelijke afspraken in strijd met het mededingingsrecht zouden zijn.
- De systematiek moet zo opgezet worden dat deze de toetreding van nieuwe zorgaanbieders niet verhindert of belemmert, groei of krimp van zorgaanbieder meer verhindert dan nodig is om binnen de gegeven budgettaire grenzen te blijven of zittende marktdeelnemers anderszins bevoordeelt boven nieuwe of beginnende marktdeelnemers. Het is wenselijk dat vooraf verzekerd is dat er voldoende financiële ruimte is voor niet-gecontracteerde zorg.
- De systematiek moet zo opgezet worden dat directe of indirecte dwang om een overeenkomst te sluiten wordt vermeden. Zorgverzekeraars of

zorgaanbieders die geen overeenkomst wensen te sluiten of kunnen sluiten, hoeven niet ontslagen te worden van elke financiële beperking, maar deze mogen niet zo ver gaan dat hun het functioneren in feite onmogelijk wordt gemaakt.

**Kenmerk**  
156957-111286-CZ

- Voorkomen moet worden dat overschrijding van vastgestelde grenzen door zorgaanbieders die daarover een overeenkomst hebben gesloten met zorgverzekeraars, wordt afgewenteld op de zorgaanbieders die geen overeenkomst(en) hebben gesloten. Daartoe zou bij de berekening van de eventueel af te dragen bedragen moeten worden gewerkt met twee gescheiden sferen.

### **SP-fractie**

De SP-fractie stelt een stelsel voor waarin de zorg per regio wordt gepland en gefinancierd. De leden van de SP-fractie vragen een reactie op de stelling van de SP-fractie dat een dergelijk stelsel aansluit bij de aanbeveling van de commissie Baarsma dat het budgettaire kader zorg op objectieve en planmatige manier vastgesteld moet worden.

Het advies van de commissie Baarsma richt zich primair op het aan de voorkant voorkomen van het inzetten van het macrobeheersinstrument binnen een systeem van gereguleerde marktwerking. De eerste stap die de commissie Baarsma adviseert is het opstellen van een macroraming door een onafhankelijke partij, zoals het Centraal Planbureau. De commissie benadrukt het streven naar een zo geobjectiveerd mogelijke raming van de te verwachten zorguitgaven. Het gaat in het advies van de commissie Baarsma, anders dan de stelling van de SP-fractie suggereert, om een raming van de macro-uitgaven die als basis dient voor het vaststellen van de budgettaire grens in het BKZ, niet als basis voor een andere wijze van bekostigen. Ik zie gelet op het voorgaande geen aanleiding voor een onderzoek naar de SP voorgestelde manier van financieren en hoe deze een bijdrage kan leveren aan kostenbesparingen in de zorg zonder dat de patiëntenzorg wordt aangetast.

De leden van de SP-fractie vragen mij hoe ik tot de samenstelling van de commissie ben gekomen. De leden van de SP-fractie vragen waarom er niet voor is gekozen criticasters van het zorgstelsel op te nemen in de commissie. Voorts vragen de leden van de SP-fractie of door de gekozen samenstelling van de commissie het huidige stelsel niet fundamenteel ter discussie is komen te staan.

De commissie is door de bij het macrobeheersinstrument betrokken partijen (in casu VWS, ZN, NVZ, NFU en ZKN) gevraagd een bijdrage te leveren aan de operationalisering van een alternatief voor de huidige generieke vormgeving van het macrobeheersinstrument in de medisch specialistische zorg. Anders dan de leden van SP-fractie veronderstellen is de commissie Baarsma dus niet gevraagd om een advies uit te brengen over het huidige zorgstelsel als zodanig. Bij het samenstellen van de commissie is vervolgens bezien welke experts in staat zouden zijn om een invulling te geven aan de geformuleerde opdracht. Daarbij ging het bijvoorbeeld om het borgen van macro-economische kennis, alsook om juridische expertise en praktijkervaring. De gekozen samenstelling van de commissie heeft daarin voorzien. Overigens blijkt uit het eindrapport van de commissie en ook uit eigen publicaties van enkele commissieleden dat zij heel wel in staat zijn om met een kritische blik te kijken naar de huidige vormgeving van het zorgstelsel.

De leden van de SP-fractie vragen een reactie op de opmerking van de commissie Baarsma dat "onder de aannemelijke veronderstelling dat een hogere productie voor instellingen tot meer winst leidt, elk ziekenhuis een prikkel ervaart om de productie zoveel mogelijk op te voeren".

**Kenmerk**  
156957-111286-CZ

Een van de vaak gehoorde klachten van veldpartijen is dat het onwenselijk wordt geacht dat ook instellingen die zich aan het contract met de zorgverzekeraar houden, met het generieke instrument achteraf toch voor een gedeelte van de overschrijding opdraaien. Zoals de SP stelt is een individuele instelling hierdoor in beginsel gebaat bij een zo hoog mogelijke omzet. Zoals de Commissie mij heeft geadviseerd wordt ten eerste veel gedaan om de overschrijding aan de voorkant te voorkomen, zoals het risicodragender maken van verzekeraars en het maken van bestuurlijke afspraken over een duurzaam groeipad waaraan alle partijen zich hebben gecommitteerd. Juist vanwege de mogelijk ongewenste uitkomsten die een generiek instrument op individueel niveau kan hebben, is advies gevraagd aan de Commissie Baarsma en ben ik in overleg met veldpartijen om de mogelijkheid van een gedifferentieerd mbi te onderzoeken.

De leden van de SP-fractie vragen of ik de conclusie van de SP-fractie deel dat kostenbesparingen enkel tot stand kunnen worden gebracht wanneer er wordt gekozen voor een andere bekostiging van de zorg: per regio plannen en financieren in plaats van betaling per verrichting. Verder verwijzen de leden van de SP-fractie berichtgeving in het Financiële Dagblad van dinsdag 24 september 2013 dat sinds de invoering van aanneemsommen ziekenhuizen steeds minder productie draaien. De leden van de SP-fractie vragen of ik de stelling van de SP-fractie deel dat deze berichtgeving een ondersteuning vormt van de gedachte dat een stelsel waarin zorg per regio gepland en gefinancierd wordt bijdraagt aan een beter betaalbare en betere zorg. Voorts vragen de leden van de SP-fractie of de aanname juist is dat sinds de introductie van de aanneemsommen ziekenhuizen geld overhouden en of het klopt dat dit ertoe leidt dat het eigen vermogen van ziekenhuizen in 2012 en 2013 stijgt. De leden van de SP-fractie vragen de een overzicht van de ontwikkeling van het eigen vermogen van ziekenhuizen.

Ik constateer dat de SP fractie een ander stelsel wil introduceren en dat wij over de wijze waarover het zorgstelsel moet worden vormgegeven sterk van mening verschillen. Ik ben dan ook een andere mening toegedaan als het gaat om de bewering dat de genoemde berichtgeving in het Financiële Dagblad over aanneemsommen bij ziekenhuizen een ondersteuning vormt voor de gedachte dat de zorg per regio gepland en gefinancierd moet worden. Ik zie in die beweging van ziekenhuizen en zorgverzekeraars juist een bevestiging dat deze partijen gezamenlijk in staat zijn om kostenbeheersing in de praktijk tot uitvoering te brengen.

Over het eigen vermogen en het resultaat van ziekenhuizen in 2012 wordt in het 'Brancherapport 2013' van de NVZ opgemerkt dat de meeste ziekenhuizen in 2012 hun vermogenspositie verder hebben versterkt. Toename van het eigen vermogen leidt tot een betere solvabiliteit en daarmee grotere financiële zekerheid en stabiliteit op lange termijn. De gemiddelde solvabiliteit van ziekenhuizen was in 2012 20,5%. In 2011 bedroeg de solvabiliteit gemiddeld nog 18,7% en in 2005 en 2006 was deze nog slechts gemiddeld 9%. Over de ontwikkeling van het resultaat en eigen vermogen in 2013 is thans geen informatie beschikbaar. De jaarverantwoordingen 2013 moeten 1 juni 2014 zijn aangeleverd bij het CIBG.

Voorts vragen de leden van de SP-fractie hoe het vasthouden aan prestatiebekostiging zich verhoudt tot mijn brief van 23 april 2013 over Proeftuinen en pilots 'betere zorg met minder kosten' (TK 2012-2013, 32 620, nr. 85). De leden van de SP-fractie vragen of ik het eens ben met de stelling van de SP-fractie dat het verrichtingenstelsel de kosten van de gezondheidszorg opdrijft. Voorts vragen de leden van de SP-fractie of ik het eens ben met de stelling van de SP-fractie dat het macrobeheersinstrument samen met het verrichtingenstelsel een dodelijke cocktail is.

**Kenmerk**  
156957-111286-CZ

Door de wijze waarop de medisch specialistische zorg en de curatieve GGZ op dit moment is vormgegeven en wordt gefinancierd zijn partijen voldoende geëquipeerd om de kosten in de zorg in de hand te houden. Zorginstellingen en zorgverleners, zorgverzekeraars en de patiënt hebben hierin hun eigen rol en verantwoordelijkheden. Om dit verder te verbeteren heb ik de nodige maatregelen genomen. Ik noem specifiek het risicodragender maken van zorgverzekeraars, de gesloten bestuurlijke afspraken met het veld en als stok achter de deur –als ultimum remedium- het macrobeheersinstrument. Maar in het veld en bij mij staat het denken uiteraard niet stil. Er valt immers nog veel winst te behalen. In mijn brief van 23 april 2013 heb ik daarom benadrukt dat er dynamiek en innovatie nodig is om de zorg nog een stap verder te brengen en te verbeteren. Hiertoe wordt een aantal pilots gevolgd, zoals benoemd in de aangehaalde brief.

De leden van de SP- fractie stellen de vraag of de huidige vormgeving van het stelsel het mbi ziekenhuizen aanzet tot het aangaan van fusies om zo hun marktaandeel te vergroten om zo het vereiste rendement veilig te stellen. Voorts vragen de leden van de SP-fractie of dit de bedoeling is en hoeveel faillissementen en fusies gewenst is.

Anders dan de leden van de SP fractie veronderstellen is de doelstelling van het mbi niet om de groei van de ziekenhuizen te beperken. De gematigde groei zoals die voor de periode 2014 tot en met 2017 vastligt is afgesproken in de bestuurlijke akkoorden, met als grondslag een inhoudelijke agenda om dat groeipad te realiseren. Het mbi is niets meer en niets minder dan een instrument om in het geval dat dit beschikbare kader overschreden wordt, deze overschrijding terug te kunnen halen bij de zorgaanbieders.

De stelling dat ziekenhuizen door de vormgeving van het stelsel worden aangezet tot fusies onderschrijf ik niet. Een fusie moet geen automatisme zijn en ook andere mogelijkheden, zoals betere samenwerkingsverbanden, zouden moeten worden overwogen. Zoals bekend ben ik voorstander van een extra fusietoets om het samengaan van ziekenhuizen nader te bezien. Het einddoel van bewegingen in de sector moet altijd zijn dat de patiëntenzorg er beter van wordt.

De leden van de SP-fractie vragen of er in de huidige situatie sprake is van ingeboekte efficiencywinsten.

Mijn brief van 4 juli 2013 gaat specifiek in op de vormgeving van de macrobeheersing middels het mbi als ultimum remedium. Met het mbi wordt getoetst aan het macro beschikbare kader zoals dat opgenomen is in de begroting van VWS. In de macro beschikbare middelen wordt bijvoorbeeld rekening gehouden met eventuele maatregelen en, in het geval van de curatieve sector, de afgesloten bestuurlijke akkoorden en de financiële reeksen en groeipercentages die daarbinnen zijn afgesproken. De Commissie Baarsma geeft aan dat het "geen

rol ziet voor vooraf ingeboekte efficiëntiewinsten”, maar dat is niet het enige wat de Commissie hierover opmerkt. De Commissie merkt in de aangehaalde passage allereerst op dat transparant moet zijn via welke maatregelen VWS de zorguitgaven denkt te kunnen verlagen. Ik constateer dat over het afbuigen van het groeipad duidelijke afspraken zijn gemaakt met de sector. De bestuurlijke akkoorden zijn immers niet puur financiële afspraken: aan deze financiële afspraken ligt een inhoudelijke agenda ten grondslag om de ombuiging van de groei daadwerkelijk te kunnen realiseren.

**Kenmerk**  
156957-111286-CZ

Afsluitend vragen de leden van de SP-fractie of in een stelsel, waarin zorg per regio gepland en gefinancierd wordt in tegenstelling tot het verrichtingenstelsel, instellingen minder reserves hoeven aan te houden.

De mate waarin instellingen reserves moeten aanhouden is afhankelijk van vele factoren waaronder de marktomstandigheden en de bekostigingssystematiek. Ook in een regionaal gepland en gefinancierd systeem kan het, afhankelijk van de vormgeving, zo zijn dat instellingen reserves moeten aanhouden omdat ze financiële risico's lopen. Overigens ben ik niet tegen financiële risico's voor zorginstellingen. In tegendeel, mits goed vormgegeven dragen (financiële) prikkels bij aan de dynamiek en innovatie in de sector. Ik ben ervan overtuigd dat deze aanpak binnen de contouren van het huidige stelsel de beste garantie is voor een goede inrichting van de zorg. Voor de vraag van de SP-fractie over het eventueel afkomen van reserves bij zorginstellingen en zorgverzekeraars verwijs ik u naar mijn brief van 28 oktober 2013 over de door mevrouw Leijten gevraagde notitie eigen vermogen, zoals verzocht tijdens het wetgevingsoverleg van 12 juni jl. 2013 (33605 XVI nr 9).”

### **CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie vragen een reactie op de stelling dat het macrobeheersinstrument een prijsopdrijvend effect heeft.

In mijn brief van 3 november 2011 (TK 2011-2012, 29 248 nr. 218) heb ik aangegeven 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 vroegere 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 heb in mijn brief van 3 november 2011 bovendien vastgesteld 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 aanbodgeïnduceerde 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 zijn de ex post-compensaties in de risicoverevening afgebouwd, juist om de tegenkracht van de verzekeraars te versterken.

**Kenmerk**  
156957-111286-CZ

Ten slotte moet worden bedacht dat er in de situatie vóór 2012 ook al sprake was van een combinatie van vrije prijsvorming (B-segment) en een macro beschikbaar budget. De bedoelde opwaartse prijsstijging was tot op heden niet zichtbaar; de NZa-marktscans hebben destijds laten zien dat de prijsontwikkeling in het B-segment gematigd is.

De leden van de CDA-fractie vragen of ik duidelijkheid kan geven over het voornemen om de restitutiepolis niet meer tot het verzekerde pakket te rekenen.

In de bestuurlijke akkoorden heb ik met het veld afgesproken dat de restitutiepolissen kunnen blijven bestaan binnen de basisverzekering. Restitutiepolissen blijven op die manier een alternatief voor verzekerden die van mening zijn dat een naturapolis en de vergoeding die daarin van toepassing is voor niet-gecontracteerde zorg, niet voldoet.

De leden van de CDA-fractie vragen hoeveel capaciteit de NZa nodig heeft om vooraf te toetsen of het door de verzekeraars gecontracteerde volume past binnen het beschikbaar gestelde dekkingskader medisch-specialistische zorg of GGZ. Voorts vragen de leden van de CDA-fractie hoe dit zich verhoudt tot de aangekondigde bezuiniging op de NZa.

De hierboven benoemde toetsing door de NZa heeft in feite een signalerende functie. De NZa kan hierbij gebruik maken van gegevens zoals die door ZN wordt verzameld. Welke capaciteit daarvoor precies nodig is en in hoeverre dat aansluit bij de beschikbare capaciteit voor de NZa is mij niet bekend. Mijn ministerie heeft periodiek overleg met de NZa over het geheel van de door de NZa uit te voeren werkzaamheden en de daarvoor benodigde menskracht.

De leden van de CDA-fractie vragen wanneer de Kamer naar verwachting uitsluitel krijgt of de invoering van een gedifferentieerd mbi realistisch is.

Ik kan nog niet met zekerheid aangeven wanneer het gevraagde uitsluitel te geven is. Dit is mede afhankelijk van het uitwerken van de complexe uitvoeringsvraagstukken en overleg dat ik daarover heb met alle betrokken veldpartijen van de bestuurlijke akkoorden.

De leden van de CDA-fractie vragen welke criteria en voorwaarden ten grondslag liggen aan de keus voor een tariefkorting of een generiek mbi in de curatieve GGZ. Voorts vragen de leden van de CDA-fractie wat zijn de voor- en nadelen van de toepassing van een tariefkorting of van een generiek mbi zijn.

Met veldpartijen heb ik afgesproken dat in het onverhoopte geval er sprake is van een overschrijding van de beschikbare middelen curatieve GGZ, ik met partijen in overleg zal treden over de wijze waarop de overschrijding zal worden verrekend. Het mbi, danwel het verlagen van de tarieven, zal alleen als ultimum remedium ingezet worden. Mogelijke criteria/voorwaarden die daaraan ten grondslag kunnen liggen zijn bijvoorbeeld het financieel effect, uitvoerbaarheid, in hoeverre het instrument daar aangrijpt waar de overschrijding plaatsvindt en de daarmee gepaard gaande administratieve lasten. Een tariefkorting is eenvoudiger in de uitvoering, met bijbehorende lagere administratieve lasten dan het mbi.

Daartegenover staat dat het mbi in hetzelfde jaar ingezet kan worden als het jaar waar de overschrijding zich voordoet, terwijl tarieven niet met terugwerkende kracht gekort kunnen worden. Ik zal daarom aan de hand van de dan van toepassing zijnde feitelijke omstandigheden een afweging maken over de inzet van het MBI dan wel een tariefkorting.

**Kenmerk**  
156957-111286-CZ

In het geval ik besluit om een mbi danwel een tariefkorting toe te passen zal ik dat besluit nader aan u toelichten.

### **D66-fractie**

Deze leden vande D66-fractie vragen of kan worden bevestigd dat in de nieuwe hoofdlijnenakkoorden curatieve zorg 2014–2017 is afgesproken dat de restitutiepolis conform de motie Dijkstra (TK 29 689, nr. 455) in de basisverzekering behouden blijft.

Ja, dat kan ik bevestigen. In de recent afgesloten akkoorden is afgesproken dat de restitutiepolis binnen de basisverzekering blijft bestaan.

De leden van de D66-fractie vragen een reactie op de aanbeveling van de commissie Baarsma dat ervoor gezorgd moet worden dat zorgverzekeraars contracteren op basis van transparante criteria en verschillende aanbieders gelijke kansen geven om voor een contract in aanmerking te komen. Voorts vragen de leden van de D66-fractie hoe de huidige stand van zaken is op dit punt. Verder vragen de leden van de D66-fractie of het acceptabel is dat bepaalde zorgverzekeraars aankondigen een omzetminimum te willen gaan hanteren als voorwaarde voor contractering.

In de bestuurlijke akkoorden in de curatieve zorg is een aantal afspraken gemaakt over het realiseren van een gelijk speelveld in de contractering tussen alle zorgaanbieders. Dat betekent geen gelijke uitkomst, maar wel een gelijke startpositie. In dat verband zijn tevens nadere afspraken gemaakt over het realiseren van een transparant inkoopproces door verzekeraars. Zoals ik op 2 september jl. heb aangegeven in mijn antwoorden op vragen van het lid Leijten is een verzekeraar verantwoordelijk voor de wijze waarop de invulling van de zorgplicht plaatsvindt. Ik vind het belangrijk dat verzekeraars transparant zijn over de te hanteren criteria. Koopt een zorgverzekeraar ter vervulling van zijn zorgplicht zorg in, dan dient zijn inkoopbeleid verifieerbaar, transparant en non-discriminatoir te zijn en mogen de bij de zorginkoop aangelegde normen niet onredelijk zijn. Als het inkoopbeleid past binnen de randvoorwaarden zoals opgenomen in het genoemde akkoord en de hiervoor genoemde eisen, is het verder niet aan mij om een inhoudelijk oordeel te geven over het door de zorgverzekeraar gehanteerde beleid.

Deze leden van de D66-fractie vragen een reactie op de aanbeveling om – in het geval zorgverzekeraars de aan hen toebedeelde rol als kritische inkopers van doelmatige zorg onvoldoende waar maken – het Budgettair Kader Zorg (BKZ) te verhogen of zorgverzekeraars te verbieden meer te contracteren dan het BKZ toestaat.

Er is thans geen aanleiding om de genoemde aanbevelingen over te nemen. Ten aanzien van de wettelijke contracteerruimte merkt de Commissie Baarsma in haar advies op dat een dergelijke maatregel vanuit puur juridisch perspectief invalshoek mogelijk is, maar pas overwogen dient te worden nadat blijkt dat de

zorgverzekeringsmarkt onvoldoende werkt. Vooral nog ga ik er, op grond van het feit dat de kostencompensaties voor verzekeraars achteraf steeds verder worden teruggeschroefd, de inkooprol van verzekeraars steeds sterker wordt en er bestuurlijke afspraken liggen met alle veldpartijen, met de commissie Baarsma vanuit dat de zorguitgaven op dit moment voldoende beheersbaar zijn en er voldoende disciplinerende werking uitgaat van premieconcurrentie op de zorgverzekeringsmarkt.

**Kenmerk**  
156957-111286-CZ

De leden van de D66-fractie vragen of afzien van een gedifferentieerd mbi voor mij ook een optie is.

Voor deze vraag verwijs ik naar het antwoord op de eerdere vraag van de VVD fractie; pas nadat de resterende vraagstukken verder zijn uitgewerkt en onderzocht zal ik, in overleg met de betrokken veldpartijen, een totaaloordeel kunnen vormen of een gedifferentieerd mbi haalbaar is.

De leden van de D66-fractie vragen de Minister de zoektocht naar een gedifferentieerd mbi niet te staken en vragen voorts of er in de zoektocht naar een gedifferentieerd mbi eventueel de hulp van buitenlandse experts ingeroepen kan worden.

Ik ben momenteel met alle relevante betrokken veldpartijen en experts binnen Nederland op zoek naar een antwoord op de resterende vraagstukken rondom een mogelijk gedifferentieerd mbi. Ik ben niet voornemens buitenlandse experts in te roepen. Reden hiervoor is dat voor een goede beoordeling van het voorliggende vraagstuk specifieke kennis en ervaring van de Nederlandse situatie vereist is. Bovendien ben ik ervan overtuigd dat wij in Nederland meer dan voldoende specifieke kennis en kunde in huis hebben om dit vraagstuk uit te werken.

De leden van de D66-fractie stellen vast dat de Minister in het nieuwe hoofdlijnenakkoord eerste lijn 2014–2017 heeft afgesproken om te onderzoeken of een introductie van een mbi voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg tot de mogelijkheden behoort. Deze leden zetten grote vraagtekens bij de eventuele introductie van een mbi in de eerste lijn. Deze leden wijzen er daarbij op dat zich dit moeilijk verhoudt tot de door dit kabinet beoogde substitutie van de tweede- naar de eerstelijnszorg.

De leden van de D66-fractie vragen zich ten aanzien van een mbi in de eerstelijns af wat er gebeurt als substitutie tot hogere uitgaven in de eerste lijn zou leiden. De leden van de D66-fractie vragen voorts wanneer het onderzoek naar de uitvoerbaarheid en juridische aspecten van een mbi in de eerste lijn gaat starten. Voorts wordt gevraagd of ik bereid ben de onderzoeksopzet naar de Kamer te sturen. De leden van de D66-fractie vragen of er ook voor de eerstelijnszorg een gedifferentieerd mbi wordt beoogd. Afsluitend vragen de leden van de D66-fractie wie zij het onderzoek naar een mbi in de eerstelijnszorg gaat uitvoeren.

Zoals in het akkoord eerste lijn 2014 tot en met 2017 is opgenomen is een aantal stappen afgesproken dat moet voorkomen dat hogere uitgaven in de eerste lijn als gevolg van gewenste, aantoonbare substitutie van zorg leidt tot de inzet van een beheersinstrument in diezelfde eerste lijn (de artikelen 9 tot en met 19 van het akkoord). Mocht er niettemin op enig moment sprake van zijn dat een beheersinstrument moet worden ingezet, dan zijn er twee mogelijkheden. Een tariefmaatregel of de inzet van een macrobeheersinstrument. Dat laatste is op dit

moment niet beschikbaar voor de eerste lijn. In het akkoord is afgesproken dat onderzocht wordt of een mbi tot de mogelijkheden behoort. Eveneens is afgesproken dat het gaat om een gedifferentieerd mbi, in die zin dat partijen die substitutieafspraken met zorgverzekeraars hebben gemaakt en binnen die afspraken blijven, gevrijwaard worden van de inzet van een mbi. Het onderzoek is op dit moment in voorbereiding. Het is nog niet bekend op welke wijze en door wie het onderzoek zal worden uitgevoerd.

**Kenmerk**  
156957-111286-CZ

Hoogachtend,  
de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers