

Vergaderjaar 2010–2011

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 319

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 12 mei 2011

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 6 april 2011 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 mei 2010 met de reactie op de position paper van de VRZ betreffende de risicoverevening in de Zorgverzekeringswet (29 689, nr. 298);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 mei 2010 betreffende de helderheid over de status en het proces van de totstandkoming van de risicoverevening 2011 (29 689, nr. 297);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 juni 2010 betreffende de gevolgen van het controversieel verklaren van de brief inzake de risicoverevening (29 689, nr. 301);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 juli 2010 betreffende de toezending van de marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2010, de brief van de NZa en een tweetal toezeggingen (29 689, nr. 306);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 maart 2011 betreffende de internationale kwalitatieve evaluatie risicoverevening (29 689, nr. 316);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 maart 2011 betreffende de prestatiebekostiging van ziekenhuizen «Zorg die loont» (32 620, nr. 6);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 maart 2011 betreffende de invoering nieuwe prestaties voor de extramurale farmaceutische zorg (29 477, nr. 147);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 maart 2011 met de antwoorden op vragen van de commissie over de Voorhang prestatiebeschrijvingen en invoering vrije tarieven voor de extramurale farmaceutische zorg (29 477, nr. 148);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 april 2011 betreffende de prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg (ten behoeve van het AO 6 april) (32 620, nr. 8).**

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Staaij (SGP), Smeets (PvdA), voorzitter, Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Van der Veen (PvdA), Van Gerven (SP), Van der Burg (VVD), Ouweland (PvdA), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wolbert (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Uitslag (CDA), Elias (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra (D66), Dille (PVV), Gerbrands (PVV), Mulder (VVD), Venrooy-van Ark (VVD), Bruins Slot (CDA), Voortman (GroenLinks) en Klaver (GroenLinks).
Plv. leden: Dijkgraaf (SGP), Kuiken (PvdA), Omtzigt (CDA), Berndsen (D66), Klijnsma (PvdA), Ulenbelt (SP), De Liefde (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Kooiman (SP), Arib (PvdA), Vermeij (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Van Toorenburg (CDA), Lodders (VVD), Van der Ham (D66), Beertema (PVV), Bosma (PVV), Straus (VVD), Van Miltenburg (VVD), Ormel (CDA), Sap (GroenLinks) en Van Tongeren (GroenLinks).

Van het overleg brengt de commissie bijgaand woordelijk geredigeerd verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

Voorzitter: Arib
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Arib, Dijkstra, Gerbrands, Leijten, Mulder, Smilde, Van der Veen, Voortman en Wiegman-van Meppelen Scheppink,

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

De **voorzitter**: Ik open de vergadering en ik heet alle aanwezigen welkom.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Het kroonjuweel van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de acceptatieplicht. Zorgverzekeraars worden vervolgens via de risicovereeniging gecompenseerd voor de hoge kosten die sommige verzekerden maken. Het risicovereenigingsstelsel wordt in binnen- en buitenland geroemd. De daadwerkelijke nakoming van de acceptatieplicht valt of staat met een goed werkende risicovereeniging, zodat er geen prikkel is, direct of indirect, om op die acceptatieplicht te beknibben. Tegelijkertijd zijn wel prikkels nodig om zorgverzekeraars meer risicodragend te maken, bijvoorbeeld voor het verzekeren van kwalitatieve zorg. Op dit moment is er bijvoorbeeld geen prikkel om van de tweede naar de eerste lijn te gaan, omdat de zorg in de tweede lijn volledig vergoed wordt. Dat zijn typisch prikkels die niet goed zijn en waar we een oplossing voor moeten vinden. Wij kunnen ons dus vinden in de afspraken in het regeerakkoord. We zien het voordeel van het meer prikkelen van zorgverzekeraars, maar het moet wel verantwoord zijn. De minister kondigt aan dat de macronacalculatie volledig afgeschaft wordt met flankerend beleid. Wat is dat flankerende beleid precies? Hoe ziet de afbouw van de bandbreedte eruit?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik ben het met mevrouw Smilde eens dat risicovereeniging het kroonjuweel van het stelsel is. Nu is die risicovereeniging voor het overgrote deel bedoeld voor het compenseren van slechte risico's. Je loopt vooruit op de verliezen die je op je verzekerdenbestand hebt. Het is er om te zorgen dat alle verzekeraars in dezelfde positie zitten. Begrijp ik dat mevrouw Smilde dat af wil schaffen? Moet een verzekeraar die de pech heeft meer chronisch zieken in zijn bestand te hebben, harder werken om met zijn zorginkoop zijn verliezen te compenseren? Is dat wat zij bedoelt?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Nee, ik ga de risicovereeniging niet afschaffen. We hebben in het regeerakkoord bepaalde afspraken gemaakt over de verbeteringen van het ex-antesysteem, waardoor het ex-postsysteem verantwoord kan worden afgebouwd. We hebben het gehad over de macronacalculatie die in 2012 volledig afgeschaft wordt volgens de kabinetsvoorstellen. Dan is er nog de bandbreedte. Ik geef daar mijn mening over. Natuurlijk moet het risicovereenigingssysteem overeind blijven. Dat is niet de vraag. Ik heb nog maar één woord gezegd over dit systeem.

Hoe ziet de afbouw van de bandbreedte eruit? We willen naar een gelijk speelveld voor alle verzekeraars, zodat de prikkels en de afspraken die zij met zorgaanbieders maken ook bij henzelf terecht komen. Dat is het systeem. Er zijn tal van onzekerheden: de voorspellende waarde van de ex-antevereeniging, de uitbreiding van het B-segment en de gevolgen van de solvabiliteitseisen voor zorgverzekeraars als ze meer risicodragend worden. De gegevens vanuit diagnosebehandelingscombinaties (dbc's) moeten naar Dbc's Onderweg naar Transparantie (DOT's) overgezet worden. Is er eerst sprake van informatieverlies bij de ex-antevereeniging, want dat is een cruciale factor? Boer & Croon signaleren in hun rapport

dat zorgverzekeraars traag en niet altijd nauwkeurig zijn met het aanleveren van gegevens aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Dat is een probleem waar tegen opgetreden moet worden. Graag een reactie. Het is verheugend dat de hogekostenverevening nu al binnen de ex-anteverevening kan worden geplaatst, want dat betekent dat vooraf kan worden verevend.

De geleidelijke afschaffing van de nacalculatie variabele ziekenhuiskosten zal via een verantwoorde en betekenisvolle stap gebeuren. Wat zijn daar de criteria voor? Hoe ziet zo'n betekenisvolle stap eruit? Hoe ziet de verantwoorde afbouw van de ex-postverevening eruit? Hoe ziet het flankerend beleid bij de macronacalculatie eruit en hoe ziet de verantwoorde afbouw voor de bandbreedteregeling eruit? De minister heeft zo haar fases ingebouwd. Wij horen echter van de zorgverzekeraars, tot een uur voor dit debat, dat zij een ander tijdpad hebben. Waarin verschilt het tijdpad van de zorgverzekeraars van dat van de minister?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mag de ex-postverevening pas afgebouwd worden als de ex-anteverevening op orde is?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Naar mate de ex-anteverevening beter is, wordt de ex-postverevening afgebouwd. De minister geeft aan dat ze op een verantwoorde manier de ex-postverevening gaat afbouwen. Ik hoor graag van haar hoe zij dat ziet.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Zo lang dus niet aangetoond is dat die ex-anteverevening goed werkt, wordt de ex-postverevening niet afgeschaft? Vraagt mevrouw Smilde nu aan de minister hoe de werking van de ex-anteregeling wordt vastgesteld?

Mevrouw **Smilde** (CDA): Naarmate de ex-anteverevening beter wordt, kunnen we de ex-postverevening verantwoord afschaffen. Ik wil graag weten van de minister hoe dat verantwoord kan gebeuren. Als zij zegt dat het verantwoord is, ga ik ervan uit dat de ex-anteverevening op dezelfde manier wordt verbeterd.

Dure geneesmiddelen is een kwetsbaar dossier in het licht van de beheerste groei van de kosten in de gezondheidszorg. Tegelijkertijd is de nieuwe generatie veelbelovende maar dure geneesmiddelen levensreddend of vergroot deze de kwaliteit van leven spectaculair. Sommige mensen kunnen dankzij die medicijnen gewoon aan het werk, waar ze vroeger thuis zaten. Alle reden om patiënten die medicijnen niet te onthouden. Hier is doelmatig gebruik heel erg belangrijk. De minister stelt voor om ze als toevoeging bij de DOT-producten te declareren. Dat lijkt me een goed idee, want het geeft inzicht in de hoeveelheid middelen die de patiënt gebruikt. Het geeft inzicht in de praktijkvariatie. Daarnaast wordt het verplicht richtlijnconform te verhandelen. Maar wie lopen de risico's voor het kopen van te dure geneesmiddelen? Dit zijn pas in 2013 de zorgverzekeraars. Hoe wil de minister een prikkel inbouwen voor een doelmatige inkoop tot 2013? Hoe ziet die prikkel eruit en hoe kunnen we de kosten van die dure medicijnen in bedwang houden? Zijn de maatregelen daarvoor voldoende? Hoe kunnen we realiseren dat de autonomie van de specialisten leidend kan zijn, omdat we dat belangrijk vinden? Het is belangrijk dat de dure medicijnen niet als een hete aardappel heen en weer worden geschoven, want daar kan de patiënt de dupe van worden. Stel dat een ziekenhuis alle dure geneesmiddelen keurig richtlijnconform verstrekt, maar toch valt een sterke groei te constateren. Wie is daar dan verantwoordelijk voor?

Ze zijn met pilots bezig bij de extramurale farmaceutische zorg. Levert dat voldoende gegevens op om contracten af te sluiten? Zijn de checks en balances en de onderlinge verhouding tussen apothekers en zorgverzeke-

raars zo in orde dat wederkerig gelijkwaardige afspraken kunnen worden gemaakt?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Tot nu toe hebben zorgverzekeraars het erbij laten zitten als het gaat om beheersing van de volumegroei. Ze verschuilen zich dan vooral achter hun zorgplicht. De partijen in de zorg dragen echter een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de volumebeheersing. Wij zijn daarom blij met de gezamenlijke brief van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Nederlandse Federatie van de Universitair Medische Centra (NFU), waarin ze aangeven zich in te zetten voor het beheersen van de volumeontwikkeling. Ze gaan in ieder geval in gesprek en dat is beter dan de stroom aan e-mails die we eerder hebben gekregen. In de e-mails gaf iedereen een andere oplossing en stond telkens in de tweede regel dat ze de premie gingen verhogen. Ik wil graag aan de vertegenwoordigers in de zaal meegeven dat ik hoop dat dat overleg constructief zal zijn.

In de brief staat ook dat de partijen hechten aan een onafhankelijke doorberekening van het Centraal Planbureau (CPB) om goed inzicht te krijgen in de groei van de zorgvraag. Dit lijkt ons een reële vraag. Ik doe alsnog dit verzoek aan de minister.

Overigens laat Achmea zien dat de regierol die de minister bij de zorgverzekeraars heeft neergelegd, wel degelijk kan worden opgepakt. Een nieuw ziekenhuiscontract met het Zaans Medisch Centrum bevat zowel afspraken over kwaliteit als over volume.

Het afschaffen van de risicoverevening heeft als doel de zorgverzekeraars te prikkelen om selectiever en efficiënter in te kopen. In 2010 zagen we al de eerste initiatieven voor selectie opduiken. Zo kwam verzekeraar CZ met de scorelijst borstkankerzorg. Of hiervoor de juiste criteria gebruikt zijn, kunnen we in het midden laten. De sector buigt zich inmiddels over objectieve kwaliteitscriteria en voor het eerst ontstaat er transparantie met betrekking tot de behandelingen en de verschillen per ziekenhuis. Die ontwikkelingen juichen we toe. We maken ons er tegelijkertijd wel zorgen over dat de prikkel die de minister wil bewerkstelligen, uitsluitend een financiële prikkel is. Zo ontstaat ook een prikkel voor bepaalde vormen van risicoselectie.

Wij vragen ons af in welk opzicht de ex-anteverevening is verbeterd. Is deze voldoende verbeterd om de ex-postverevening volledig af te schaffen? Wat betekent deze afschaffing voor het gelijke speelveld tussen de grote en de kleine zorgverzekeraars? Diverse zorgverzekeraars geven aan dat de ex-anteverevening nog niet optimaal is. Van andere kanten krijgen we berichten dat het voor 90% tot 95% accuraat is. Wat is de waarheid en wat gaan we doen om ervoor te zorgen dat de ex-anteverevening optimaal is, zodat we de ex-postverevening kunnen afschaffen?

Wij willen voorkomen dat de kleine zorgverzekeraars zich gedwongen voelen om aansluiting te zoeken bij de grote, zoals De Friesland van plan is. Hierop graag een reactie van de minister.

Mevrouw **Leijten** (SP): We kunnen wel merken dat de PVV inmiddels gedooft. Vroeger waren er nog eigen standpunten, nu alleen nog maar vragen aan de minister. Mevrouw Gerbrands maakt zich zorgen over kleine zorgverzekeraars. Vindt zij dat die mogen verdwijnen?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik heb net gezegd dat wij ons daar zorgen over maken. Wij willen niet dat wat er met De Friesland gebeurt, ook met andere kleine zorgverzekeraars gaat gebeuren. Het zou leuk zijn als mevrouw Leijten luistert naar wat ik zeg, dan kan ze vragen stellen over mijn inbreng en niet over wat er in het verleden is gezegd.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb gehoord dat mevrouw Gerbrands zich zorgen maakt en een vraag stelt, maar niet dat ze een standpunt inneemt. Ik heb gevraagd of kleine zorgverzekeraars mogen verdwijnen en daarop heb ik geen duidelijk nee gehoord. Dat zou ik graag alsnog horen. Het afschaffen van compensatie achteraf leidt tevens tot risicoselectie. Dat is geen uitspraak van mijzelf maar van hoogleraar zorgverzekeringen de heer Van de Ven. Ik wil graag van mevrouw Gerbrands weten of zij het acceptabel vindt dat het afschaffen van de macronaculatie en de ex-postrisicoverevening zal leiden tot risicoselectie van verzekerden.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Nee, ik wil niet dat de kleine zorgverzekeraars verdwijnen. Ik maak me zorgen om de risicoselectie, daarom benadruk ik ook dat de ex-anteverevening goed op orde moet zijn om dat te voorkomen. We kunnen pas gaan afbouwen en afschaffen als vooraf alles goed geregeld is.

Zorgverzekeraars worden volgens de plannen van de minister per 2015 volledig risicodragend voor de dure geneesmiddelen die vallen binnen de bekostiging van de ziekenhuizen. Mevrouw Smilde noemde 2013, maar volgens mij is het 2015. Wij voorzien een aantal problemen, waar we graag een reactie van de minister op willen. We vragen ons af hoe zorgverzekeraars kunnen sturen op doelmatigheid. Volgens een recent advies van de Regieraad Kwaliteit van Zorg zijn de richtlijnen van de medisch specialisten volstrekt ontoereikend om doelmatig voorschrijven te garanderen. Slechts 27 van de 123 indicaties zijn in de richtlijnen verwerkt. Hoe groot is de kans dat alle indicaties in de richtlijnen verwerkt worden? Dat moet de basis zijn als we overgaan op dit systeem.

De minister heeft het over het actief monitoren van behandeluitkomsten om effectief en doelmatig gebruik te bevorderen. De eerste doelmatigheidsrapportage is in 2010 gepubliceerd. Wij zijn erg benieuwd wat hiervan de uitkomst was en vooral of de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) of het CVZ vervolgens actie heeft ondernomen naar aanleiding van de uitslagen.

Wij zetten vraagtekens bij het vaststellen van de maximumtarieven voor 2012 op basis van de lijstprijs. Waarom niet op basis van de werkelijke inkooprijzen of de gemiddelde inkooprijzen, zodat ook onder het gemiddelde afspraken gemaakt kunnen worden? Aanbieders die onder het gemiddelde blijven vergroten hiermee hun marge, terwijl anderen worden geprikkeld hun doelmatigheid te verbeteren.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. De minister wil de zorgverzekeraars meer risicodragend maken voor de kosten van zorg. Er ligt een voorstel om de nog bestaande ex-postcompensaties af te bouwen. Prestatiebekostiging wordt gecombineerd met het versterken van prikkels bij zorgverzekeraars, om zo bij te dragen aan het verhogen van de kwaliteit en de financiële houdbaarheid van de ziekenzorg. Het plan is hier in 2012 mee te beginnen. Ik begreep dat zorgverzekeraars bereid zijn meer risico's te lopen, mits dit beheersbare risico's zijn. Ik vind dat een terechte voorwaarde, mede gezien de acceptatieplicht van zorgverzekeraars. Door de overstap naar de prestatiebekostiging met DOT neemt de voorspelbaarheid van het ex-antemodel af en daarmee nemen de risico's voor de zorgverzekeraars toe. Mijn fractie vindt het daarom belangrijk dat het ex-anterisicovereveningsmodel op orde is, voordat de ex-postcorrecties worden afgebouwd. Dit wordt ook in de brief Zorg die loont aangegeven. Het ex-anterisicovereveningsmodel zal worden geoptimaliseerd en daarna zal de ex-postverevening worden afgeschaft. De risico's nemen ondertussen echter toe door de voorgestelde uitbreiding van het B-segment. Zonder extra maatregelen zal hierdoor al voor 2012 fors extra risico bij de verzekeraars komen te liggen. De maatregelen die de minister voorstelt, zullen door de toezichthouder naar verwachting vertaald worden in een

hogere solvabiliteitseis. Het is daarom essentieel dat op korte termijn duidelijk wordt wat de omvang zal zijn van dit solvabiliteitseffect. Het zal zeker een druk leggen op de premies, die daardoor zullen gaan stijgen. Een andere zorg van de fractie van de ChristenUnie is dat de inkoop van goede zorg voor chronisch zieken onder druk komt te staan. Wat gaat de minister doen om een subtiele vorm van risicoselectie te voorkomen? Ik stel deze vraag met nadruk, vanwege de wijze waarop deze minister het volume binnen de ziekenhuiszorg wil gaan beperken. Natuurlijk, hoogrisicogroepen kunnen niet uitgesloten worden. Het is echter wel mogelijk dat zorgverzekeraars zich minder inzetten voor het inkopen van goede zorg voor specifieke groepen.

Het verbaast mij niet dat voor een voorzichtigere planning is gekozen. In de brief van 4 maart wordt een toelichting gegeven op het rapport van PricewaterhouseCoopers (PwC). Dit rapport wordt gebruikt bij het onderbouwen van de voorstellen, maar de conclusies staan haaks op die van de eerste evaluatie van de Zvw in 2009. Mijn fractie is er absoluut niet van overtuigd dat de plannen voor het afschaffen van de macronacalculatie en het afbouwen van de ex-postcompensatie zoals ze nu voorliggen, in het voorgestelde tempo verantwoord ingevoerd kunnen worden. Ik stel voor dat de plannen van de minister vertraagd uitgevoerd worden. Met het oog op de veranderingen rond de prestatiebekostiging stel ik tevens voor de huidige nacalculatie op de variabele kosten voor het A-segment, de huidige bandbreedteregeling en de macronacalculatie te handhaven. Het is voor zorgverzekeraars niet aantrekkelijk te investeren in preventie. Zorgverzekeraars die geen werk maken van preventie maken nu winst op hun risicoverevening. Om deze negatieve prikkel uit het systeem te halen, stel ik voor dat preventieprogramma's als indicatoren van zorgkosten worden gezien, zodat preventie aansluit bij andere parameters in de vereveningssystematiek. Zorgverzekeraars ontvangen dan een normatieve bijdrage voor de werkelijk uitgevoerde preventieprogramma's, in plaats van een normatieve bijdrage voor een normatief aantal programma's. Ik ben heel benieuwd hoe de minister tegenover dit idee van PreventieKostenGroepen (PKG) staat.

Ziekenhuizen betalen over het algemeen minder dan de lijstprijzen of adviesprijzen. Ze krijgen dus korting bij de inkoop van dure medicijnen. Groothandels beseffen namelijk dat een patiënt maar kort in het ziekenhuis ligt. Als de patiënt vervolgens weer thuis is, zullen dezelfde middelen voorgeschreven worden en zal dit medicijn alsnog voor een hoger bedrag worden gedeclareerd. Hier kunnen fabrikanten mee leven. De add-on's worden gebaseerd op de lijstprijs min een afslag voor een korting die het ziekenhuis krijgt. Tegelijkertijd loopt het proces om de bekostiging van medicijnen in poliklinische en thuissituaties over te hevelen naar de ziekenhuisbudgetten. Ziekenhuizen verwachten dat zij die korting dan niet meer zullen krijgen. De reden die een groothandel heeft om korting te geven, verdwijnt hierdoor namelijk. Wanneer de minister de NZa vraagt onderzoek te doen naar de inkoopkortingen, zal er dan ook rekening gehouden worden met dit effect?

De minister schrijft in de beantwoording van de vragen van het schriftelijk overleg dat ze geen twijfels heeft over het tijdig gereed zijn van de software. Dit valt te betwisten. Gezamenlijke partijen trekken pas in mei hun conclusies en verzekeraars kunnen voor verschillende softwarepakketten kiezen. De problemen van vergoedingen zijn buiten de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) nog nergens ingekaderd. Dit zal pas duidelijk worden wanneer er wordt onderhandeld. Pas daarna kunnen partijen gaan programmeren. Ik ben bang dat dit niet klaar is voor 2012. Graag een reactie.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Mijn partij vindt dat zorgverzekeraars voor goede, patiëntgerichte en betaalbare zorg voor al hun verzekerden moeten zorgen. Willen ze die rol goed op zich kunnen nemen, dan is een

aantal verbeteringen noodzakelijk. We hebben daar al over gesproken. We willen ook dat goede zorg wordt beloond. Daarom vinden wij het afschaffen van de macronacalculatie en de afbouw van de ex-postverevening verstandig. Beide mechanismen waren namelijk ongezonde prikkels, want de kosten bleven stijgen en de kwaliteit stond niet centraal bij de zorginkoop. Nu zorgverzekeraars risicodragend worden, zullen ze kritisch naar de kwaliteit van de geleverde zorg gaan kijken. Dat is een goede zaak. Hoe veel risico lopen de verzekeraars nog? Hoe kunnen ze de kosten van een patiënt met een hoog gezondheidsrisico vooraf beter schatten?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mevrouw Dijkstra wil dat de ex-postverevening wordt afgeschaft. In die ex-postverevening zit ook een verevening op basis van voorspelbare verliezen op het verzekerdenbestand. Heeft een verzekeraar veel of weinig slechte risico's? Wil mevrouw Dijkstra de ex-postverevening afschaffen, waardoor de verzekeringsbestanden niet meer vergelijkbaar zijn? Zijn verzekeraars met een slecht risico gewoon wat slechter af?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Wij vinden dat je dat niet meteen kunt doen. We willen kritisch kijken naar hoe snel we dat kunnen doen. De afbouw van de ex-postrisicoverevening kan niet van vandaag op morgen. De minister zal dat overigens ook niet doen. Het is belangrijk dat de zorgverzekeraars in staat zijn hun risico's in te schatten. De zorgverzekeraars hebben aangegeven dat ze daartoe in staat zijn als de ex-anteverevening goed is geregeld. Daar kom ik zo op terug.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Moet dat deel van de risicoverevening overeind blijven dat betrekking heeft op de voorspelbare verliezen op het verzekerdenbestand?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Op den duur niet. Dat zou dan ook niet meer nodig moeten zijn.

De heer **Van der Veen** (PvdA): D66 accepteert dus dat een verzekeraar met een slecht verzekerdenbestand niet meer wordt gecompenseerd voor dat verzekerdenbestand. Een verzekeraar met een goed verzekerdenbestand heeft dus een voordeel ten opzichte van een verzekeraar met een slecht verzekerdenbestand?

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ja, maar dat is bij uitstek iets dat je bij de ex-anteverevening moet regelen. Daar leggen we allemaal de nadruk op. Zo ver was ik alleen nog niet in mijn betoog. We moeten zorgvuldig omgaan met de ex-anteverevening en we moeten ook kijken naar de bestanden van de zorgverzekeraars.

Hoeveel risico's hebben de verzekeraars nog? Is de minister het met mij eens dat de drager van het kostenrisico ook verantwoordelijk zou moeten zijn voor de zorgkostenraming? Tot nu toe blijkt de zorgkostenraming door het ministerie niet goed te werken. Welke onderdelen van de ex-anteverevening past de minister precies aan: de raming van kenmerken van verzekerden, normen, gewichten of de vaststelling van het te gebruiken model? Kan zij aangeven welke effecten zij daarvan verwacht? We moeten hier straks aan af kunnen lezen of de aanpassingen hebben gewerkt. Ik wil graag duidelijkheid over de rol van zorgverzekeraars bij de zorgkostenraming. Is de minister bereid om hun betrokkenheid hierbij te heroverwegen?

ZN voorspelt een flinke stijging van de zorgpremie. Ik hoop dat de premiestijging beperkt blijft. De minister geeft aan dat het speelveld straks geheel aan de verzekeraars en de ziekenhuizen is. Hoe wordt dan getoetst of er subtiele vormen van risicoselectie ontstaan? Hoe gaan we ervoor

zorgen dat de premies van zorgverzekeringen zo min mogelijk stijgen? Hoe zorgen we ervoor dat verzekerden niet beperkt worden in hun keuzemogelijkheden?

Mevrouw Gerbrands noemde net al even het bericht in het Financieele Dagblad over een langdurend contract tussen verzekeraar Achmea en het Zaans Medisch Centrum. Dat contract loopt vijf jaar en bevat afspraken over kwaliteit, kosten en het profiel van het ziekenhuis. Die afspraken gaan veel verder dan tot nu toe gebruikelijk is. Het ziekenhuis moet bijvoorbeeld in vijf jaar tijd een besparing van 7,5% realiseren ten opzichte van het huidige kostenniveau. Verder let het ziekenhuis erop dat er niet veel meer extra medische handelingen plaatsvinden en dat complexe zorg aan de hoogste kwaliteitseisen voldoet. Met een bonus-malussysteem voor afspraken over kwaliteit en kosten zijn de partijen een langdurige wederzijdse verplichting aangegaan. Voordeel van zo'n langer durend contract is vooral de zekerheid voor het ziekenhuis. Zo'n instelling zal gemakkelijker durven investeren en dat komt de zorg daar ten goede. Graag een reactie van de minister op dit voorbeeld. Heeft de minister misschien nog andere voorbeelden van dit soort creatieve oplossingen? In het AO over dbc's en DOT's heb ik de rol van de verzekerden aan de orde gesteld. Verzekerden moeten meer inspraak krijgen in hun behandeling in het ziekenhuis. Ik wil een stapje verder gaan. Hoe denkt de minister over de mogelijkheid voor verzekeraars en verzekerden om met elkaar langlopende contracten af te sluiten? Zou dit de positie van verzekerden kunnen versterken en een positief effect hebben op de kwaliteit van de zorgverlening? Hoe denkt de minister over het belonen van verzekerden als zij gezond leven? Ik zou graag ook van haar willen weten of zij mogelijkheden ziet om preventieactiviteiten, bijvoorbeeld door de huisarts, integraal onderdeel te maken van een dbc of DOT. Is de minister bereid om in de komende maanden een monitorings- of vangnetsysteem op te zetten om te voorkomen dat patiënten de dupe worden van het tegelijkertijd integraal opnemen van dure geneesmiddelen in de DOT en het onderbrengen van deze middelen in het vrije prijsregime? TNF-alfaremmers zijn een voorbeeld van deze dure geneesmiddelen. TNF-alfaremmers zijn wondermiddelen voor onder andere reumapatiënten. De patiënt die gisteren nog in een rolstoel zat, kan bij wijze van spreken vandaag weer voorzichtig lopen. Het gebruik ervan is echter individueel bepaald, afhankelijk van op welk middel een patiënt goed reageert. Hoe kan de minister voorkomen dat de kwaliteit van de behandeling van deze patiënten onder druk komt te staan, als sommige van deze middelen niet meer worden voorgeschreven omdat ze te duur worden gevonden door de verzekeraar? Er zijn verschillende soorten TNF-alfaremmers, maar ze zijn niet uitwisselbaar.

De Boston Consulting Group (BCG) deed onderzoek naar de gevolgen van het invoeren van vrije tarieven in de extramurale farmaceutische zorg. Is de minister bereid de uitkomsten van het onderzoek te betrekken bij haar besluitvorming hierover?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Het mag helder zijn dat de risicoverevening nooit zo afgeschaft mag worden. Er mag niet worden gerommeld met de voorspelbare verliezen op de verzekerden. Dan komen verzekeraars met slechte risico's in een onvoordelige positie terecht. ZonMw stelt in het rapport uit 2009 ook dat de ex-antierisicoverevening nog niet perfect is en de ex-postcompensatie onvolledig. We vinden dat erg belangrijk, want als we dit niet goed doen – dat gebeurt nu al – worden hogere premies gevraagd of verzekeraars worden gedwongen te fuseren.

Als het gaat over meer risico leggen bij verzekeraars, denken we vooral aan de inkoop. We hebben een goed voorbeeld. Het CPB heeft in 2010 in het rapport Ex-postcorrectiemechanismen in de Zorgverzekeringswet aangegeven dat de kleine zorgverzekeraars voor € 0,74 per euro risico

lopen, terwijl dat bij de grote verzekeraars € 0,26 per euro is. Het is verstandig te bekijken of de kleine zorgverzekeraars die veel meer risico lopen, veel beter zorg inkopen dan de grote zorgverzekeraars. Dat zou de stelling onderstrepen. Zo niet, dan moeten we kijken wat er aan de hand is.

Collega Omtzigt en ik hebben in 2007 een motie ingediend om de risicoverevening goed te evalueren. Nu ligt er een rapport van PwC. Ik ga er verder niet op in, maar ik vind het een matig rapport. Er zou ook een evaluatie van het risicovereveningsmodel zijn na vijf jaar. Wij willen graag dat de Kamer de vragen krijgt voorgelegd, voordat het onderzoek wordt ingesteld. Dat hebben wij gevraagd bij de motie en dat is ons toegezegd. We willen dat bij het nieuwe onderzoek de vragen uit de motie-Omtzigt/Van der Veen worden opgenomen. We hopen dan wel de juiste antwoorden te krijgen.

Er zijn al eerder opmerkingen gemaakt over de 100% vergoeding van de lijstprijs van dure medicijnen en er is op gewezen dat dat niet geweldig is. Ik ga ervan uit dat de minister hier op ingaat.

Er wordt gesproken over richtlijnen, die voorwaarden zijn voor het aansturen van de zorgverzekeraars. De regieraad heeft aangegeven dat slechts bij 22% van de indicaties een hard advies wordt gegeven. Welke garanties zijn er dan dat er per 2012 voldoende richtlijnen zijn en dat die bruikbaar zijn? We willen graag dat er doelmatigheidstests voor fabrikanten en aanbieders gaan gelden. Wij zijn nog niet zo ver dat we al die veranderingen zien. Wij denken dat het in alle opzichten verstandig is de huidige beleidsregels te continueren en de door de ziekenhuizen werkelijk betaalde netto-inkoopsprijs te vergoeden.

De vrije prijzen en de vrije tarieven zouden per 2012 moeten gaan gelden. In schriftelijke vragen vroegen we welke alternatieven er zijn voor maatwerk. Het antwoord van de minister was opvallend. Ze antwoordde dat ze niet van plan was een encyclopedie te gaan schrijven en dat er twee alternatieven zijn: doorgaan zoals nu of haar eigen verstreckende plannen. Dat is een antwoord, maar we zouden het wel plezierig vinden als de minister aangeeft welke mogelijkheden er zijn voor meer maatwerk binnen de huidige regels.

De prestatie-indicatoren vormen een essentieel onderdeel van de vrije tarieven. Klopt het dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft aangegeven dat de set prestatie-indicatoren van de ziekenhuisapotheken niet bruikbaar is? Klopt het dat in de set indicatoren van de klinische apotheken veel van de ziekenhuisapotheken is opgenomen? Klopt het dat de indicatoren waar de IGZ niet mee uit de voeten kan, voor een groot deel dezelfde zijn als die van de openbare apotheken? Zijn de indicatoren van de openbare apotheken al beoordeeld? Kortom, wordt het voorgestelde vrijeprijzensysteem gebouwd op heldere indicatoren die ook toezicht door de IGZ mogelijk maken? Worden de indicatoren door alle partijen, onder andere de patiëntenverenigingen, onderschreven als meetbaar en toetsbaar?

Ik heb eerder gevraagd of vrije prijzen leiden tot bewezen voordelen voor patiënten en, zo ja, welke onderzoeken daar op wijzen. Ik heb daar nog geen antwoord op gehad.

Wij hebben de volgende bezwaren. Nederland wordt met dit systeem het enige westerse land dat de tarieven voor geneesmiddelen vrijgeeft, terwijl andere landen meer gaan reguleren, juist in verband met de kostenstijging. Bij nieuwe middelen worden de prijzen tevens opgejaagd. Ik zie het verschil tussen Amerika en Europa. Het is een illusie om te denken dat er een plafond aan de prijs zit door de Wgp. Dat geldt namelijk alleen voor de fabrikanten en niet voor de apothekers. Als de prijs voor geneesmiddelen wordt losgelaten kunnen apothekers de kosten voor een geneesmiddel gewoon verdubbelen. Verzekeraars staan dan met lege handen. Zij kunnen de prijzen van de geneesmiddelen niet beïnvloeden als er geen contract wordt afgesloten.

Wij vinden het een beter idee om de geneesmiddelenprijs niet vrij geven en het verrichtingentarief stapsgewijs vrij te geven, te beginnen met een pilot. Juridisch is het mogelijk het verrichtingentarief vrij te maken en het tarief voor de geneesmiddelen vast te blijven stellen. Kan het juridisch advies van de landsadvocaat hierover aan de Kamer worden gezonden? Kan de minister aangeven waarom zij niet voor zo'n meer verantwoorde gang van zaken kiest?

ZN heeft BCG de opdracht gegeven de markt in kaart te brengen en te onderzoeken wat de gevolgen van de liberalisering zijn voor de zorgverzekeraars en de verzekerden. Dat rapport is in mei klaar. Het lijkt me cruciaal te weten welke mogelijkheden de verzekeraar heeft om als marktpartij op te treden bij de invoering van vrije prijzen. Het lijkt me zorgvuldig om de uitkomsten van dit rapport te betrekken bij de besluitvorming.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Het afschaffen van het ziekenfonds en het introduceren van de marktwerking in 2006 zou de zorg goedkoper en beter maken. Toenmalig VVD-minister Hoogervorst was de marktgoeroe en toenmalig ambitieus Kamerlid Schippers was zijn volgeling. Nu is zij minister en haar devotie voor dit systeem is onverminderd. Inmiddels zijn de zorgpremies geëxplodeerd en de pakketten uitgekleed. We betalen dus meer en krijgen er minder voor terug. Er zijn inmiddels zorgverzekeraars die zich in bushokjes aanprijzen met slogans als «ik betaal niet voor de zorg die ik zelf niet nodig heb». Dan durven we nog het woord solidariteit in de mond te nemen. Leidt dit alles tot zelfreflectie, bezinning, tot een antwoord op mijn vraag of het niet eens goed zou zijn om te kijken wat de zegeningen zijn en te kijken waar we staan? Nee. Vastgelopen in een liberaal marktmoeras sleurt de minister Nederland mee de afgrond in. We moeten ophouden met ons, Kamer en minister, voor de gek te laten houden. Wat zien we voor markt? Bijna 91% van de markt wordt beheerst door vier grote verzekeraars. Wat is dan de keuzevrijheid van de consument? Kan de minister daar een bespiegeling op geven? Wil de minister de marktwerking nog verder stimuleren door de weinig overgebleven kleine zorgverzekeraars zoveel risico te laten nemen dat zij omvallen of worden opgeslokt door de grote jongens? Het is tekenend hoe afwezig de minister is in de discussie over de overname van De Friesland door Achmea. Dat zou natuurlijk ook positief kunnen zijn. Misschien krijgen we één nationale zorggigant die genationaliseerd moet worden bij financiële tegenslag. Dan zijn we weer terug bij het ziekenfondssysteem. Alle geintjes daargelaten maken we ons zorgen. Want over welke zorgmarkt heeft de minister het? De dynamiek van de inkoop, de zogenaamde keuzevrijheid van de patiënt? Wij stellen vast dat die er niet zijn.

Welke zorgverzekeraars zijn er nog? Privaatrechtelijk zijn het schadelastverzekeraars. Ze noemen mensen die ziek zijn een schadelast. Schadelast moeten verzekeraars vermijden. Dit botst met het sociale grondrecht op zorg. Nu komt de waarborg die marktgoeroe Hoogervorst destijds in de wet zette, de risicoselectie, onder druk te staan. Het mag niet zo zijn dat in ons land mensen geweerd worden uit de verzekering. We hebben de acceptatieplicht. Er kunnen echter nog al wat risico's kleven aan mensen, omdat ze chronisch ziek of ouder zijn. Om dat op te vangen hebben we de risicoverevening. Risico's worden gedeeld tussen verschillende zorgverzekeraars. Daar wil deze minister een einde aan maken. Ik wil weten wat aan de ex-anteverevening verbeterd moet worden, voordat zij zegt dat ze zonder enig risico op risicoselectie de rest kan afschaffen. Hoogleraar zorgverzekeringen Van de Ven zegt dat hij dat nog niet ziet gebeuren. Het is dit keer niet de SP die het stelt, maar een hoogleraar. Wellicht kan de minister er nu wel op in gaan.

Kan de minister uitleggen wat de zorgverzekeraars fout doen dat er zo hard ingegrepen moet worden? Waarom leggen we nog meer risico bij de zorgverzekeraars zonder spreiding achteraf? Ik wil daarop een toelichting.

De SP heeft altijd gewaarschuwd voor meer risico voor zorgverzekeraars. Enerzijds vanwege de forse stijging van de zorgpremie, anderzijds vanwege het openlijk of stiekem weren van dure groepen verzekerden. Daarnaast bestaat het risico dat kleine zorgverzekeraars hier niet tegen opgewassen zijn en worden opgeslokt door de grote jongens. Ik wil het hebben over de dure geneesmiddelen. De minister wil deze overhevelen naar de ziekenhuizen. Die worden slechts voor 80% vergoed. Daar kun je grote vraagtekens bij zetten. Het risico ligt zo bij het ziekenhuis, dat al meer risico loopt en wordt aangezet tot omzet draaien. Wil de minister de kosten voor 100% dekken? Zo ja, hoe zit het dan met de ingeboekte korting op bijvoorbeeld de overheveling naar het ziekenhuisbudget van de TNF-alfaremmers? De minister wil graag dat door vrije onderhandeling tussen zorgverzekeraars en apothekers de kosten omlaaggaan. Wij willen dat de minister zich gaat richten op andere maatregelen, bijvoorbeeld het centraal inkopen en het afschaffen van kortingen en bonussen. De rekening gaat dan niet naar de patiënt als het zorgbudget wordt overschreden of medicijnen uit het pakket moeten worden gehaald. Van het vrijgeven van de tarieven hebben wij al aangeven in de schriftelijke ronde dat de minister het niet moet doen.

De heer **Mulder** (VVD): Eigenlijk is de ex-antericoverevening een oplossing voor het feit dat we geen premiedifferentiatie kennen. Mevrouw Leijten haalde hoogleraar Van de Ven aan, die onlangs hier was bij een rondetafelgesprek over fusies. Hij geeft aan dat een vorm van premiedifferentiatie een oplossing kan zijn voor het probleem van de ex-anteverevening. Ik begrijp dat mevrouw Leijten een fan is van hoogleraar Van de Ven, maar wat vindt ze van zijn idee?

Mevrouw **Leijten** (SP): De heer Van de Ven heeft vele ideeën. Hij heeft ook wel eens geopperd om de zorgpremie af te schaffen en zorgverzekeraars te laten concurreren door bijvoorbeeld geld te geven aan patiënten als ze geen beroep doen op zorg. Het afschaffen van de compensatie achteraf zal leiden tot risicoselectie. De ex-anteverevening is nog niet geregeld. De heer Hogervorst zei een jaar geleden dat dit eerst helemaal goed geregeld zou moeten zijn, voordat we overgaan tot de afschaffing van het ex-postmechanisme. Ik zie niet dat premiedifferentiatie de oplossing is. Ik vind dat uitholling van de solidariteit. Ik wil liever inkomensafhankelijke premies, maar daarover is met de VVD niet te praten.

De heer **Mulder** (VVD): Mevrouw Leijten doet aan selectieve inkoop bij de hoogleraar.

Mevrouw **Leijten** (SP): De heer Mulder doet dat ook als het gaat over de wachtlijsten. Hij stelde eerder dat de scoliosepatiënt in de toekomst geen wachtlijst meer zal hebben, maar ontkent wel dat het aantal plaatsen waar scoliose behandeld kan worden verminderd is. Als de behandelplaatsen weg zijn zou je in theorie, op basis van de kostprijs, een goede behandelprijs kunnen hebben. Als de behandeling echter nergens meer wordt aangeboden, is de realiteit weg. Ik ga ook graag uit van de realiteit. De voorganger van de heer Mulder was zo wijs te zeggen dat je nooit aan de ex-postverevening en de macronacalculatie moet komen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ten aanzien van de risicoverevening ziet het pad er als volgt uit. In 2012 wordt de hogekostenverevening volledig afgeschaft onder gelijktijdige verbetering van het ex-antevereveningsmodel. In de periode 2012–2014 zal de nacalculatie variabele ziekenkosten geleidelijk worden afgeschaft met jaarlijks een betekenisvolle stap. Wat is een betekenisvolle stap? In de periode 2012–2015 zal de bandbreedteregeling volledig worden afgeschaft met jaarlijks weer een betekenisvolle stap. Betekent dit dat er tussendoor

evaluatiemomenten komen waarop bekeken wordt of we doorkunnen naar de volgende stap? Of staat het voor de minister al bij voorbaat vast dat in 2014 en 2015 de nacalculatie en de bandbreedteregeling afgeschaft moeten zijn? Mevrouw Gerbrands zei dat er pas gekeken kan worden naar de ex-postregeling als de ex-anteregeling op orde is. Op welk niveau moet de ex-anteregeling staan voordat de minister vindt dat er naar de ex-postregeling gekeken kan worden? Of staat het voor haar sowieso al vast dat die moet worden afgeschaft? Verschillende partijen hebben namelijk aangegeven dat de ex-anteverevening nog niet optimaal werkt, terwijl dat wel een voorwaarde is voor het stoppen of afbouwen van de ex-postvereveningen. GroenLinks vindt dat de afbouw van de ex-postcompensatie niet mag leiden tot risicoselectie, tot verdere premiestijging of tot beperking van de keuzemogelijkheid van verzekerden. Ik hoor graag van de minister dat zij dat ook vindt.

Een aantal fracties heeft de kleine verzekeraars al genoemd. Het baart ons zorgen dat er steeds meer wordt gefuseerd, want dit gaat ook ten koste van de keuzevrijheid van verzekerden. Wat gaat de minister doen om de keuzevrijheid in stand te houden?

Mevrouw Leijten noemde hoogleraar Van de Ven. De ex-anteverevening is de afgelopen jaren beter geworden, waardoor de ex-postverevening nog maar 25% is. Helemaal afschaffen zou onhaalbaar zijn, omdat er een vangnet nodig is. Graag hoor ik een reactie van de minister op dit punt. Het proces van de totstandkoming van de risicoverevening wordt door de minister vastgesteld. Vaak komt het risicovereveningsmodel voor het volgende kalenderjaar pas in oktober in de Kamer behandeling. Dat leidt ertoe dat er weinig over gesproken kan worden, omdat de zorgverzekeraars hun premies nog snel moeten publiceren. Ik verzoek de minister ervoor te zorgen dat de Kamer het voorstel voor de risicoverevening op een zodanig tijdstip krijgt, dat er nog daadwerkelijk invloed op kan worden uitgeoefend. Graag zien wij uiterlijk eind mei de voorstellen van de minister op dit punt.

De verzekeraars geven aan in 2015 volledig risicodragend te zijn. Dat kan niet. Daarnaast geven de ziekenhuizen aan dat zij tot 2015 een probleem hebben. In die zin zitten we stuck in the middle. Ik sluit me aan bij de opmerkingen die de heer Van der Veen hierover heeft gemaakt.

De heer **Mulder** (VVD): Leggen we met de 100%-vergoeding de prikkels goed? Een ziekenhuis dat de lijstprijs mag berekenen, terwijl er inkoopvoordelen zijn, heeft een prikkel om dure geneesmiddelen voor te schrijven. Dat is slecht voor de patiënt, want die krijgt te veel geneesmiddelen. Het is ook slecht voor de premiebetaler, want die betaalt te veel premie. Is dit verstandig?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik wilde de heer Mulder vragen naar de rol van de zorgverzekeraars. Hij ziet dat niet zitten, en dat voor een liberaal. Ik heb net aangegeven dat de kleine zorgverzekeraars al voor 76% risico lopen. In zijn optiek doen die niets. Waarom denkt hij dat als het risicopercentage omhooggaat, de zorgverzekeraars wel wat gaan doen?

De heer **Mulder** (VVD): Ik zeg zeg iets over de risicoverevening. Op dit moment wordt een geneesmiddel vergoed per flesje. Dat is verspilling, want er bestaat geen prikkel om de rest van het flesje te gebruiken voor een andere patiënt. Nu gaat het restje naar de chemokar. Is het voorstel te vergoeden per verpakking doelmatig? Ik denk het niet. Idem dito voor het doelmatigheidsonderzoek, waar collega Van der Veen ook iets van zei. Er moet een doelmatigheidstoets zijn bij opname in het systeem. Nu wordt een geneesmiddel opgenomen en pas na vier jaar wordt bekeken of het ook effectief is. Peperdure geneesmiddelen die je voor vier jaar op de lijst zet. Is dat verstandig? Hetzelfde geldt voor de substitutieparagraaf. Moet je als er meer geneesmiddelen zijn niet kiezen voor het therapeutische

gelijkwaardige en ook goedkopere middel? Graag een reactie daarop van de minister. Is het een idee om de beleidsregel nog even in stand te houden en dit soort prikkels niet in te voeren omdat ze niet praktisch en niet doelmatig zijn?

Mijn fractie is er voorstander van de ex-postcompensaties af te schaffen. Dan gaan verzekeraars nog meer risico dragen en hopelijk gaan ze doen waar ze voor op aarde zijn: scherp inkopen tegen een goede prijs.

Mevrouw **Leijten** (SP): Op 28 januari 2010 vond in deze Kamer een fel debat plaats over de mogelijke afschaffing van macronacalculatie en het afschaffen van ex-postmechanismen. Toen zei Kamerlid Zijlstra: «Ik denk dat het de minister is opgelegd door Financiën. Het is gewoon een botte bezuiniging». Wat is er veranderd bij de VVD dat het toen een botte bezuiniging was en nu een goede maatregel?

De heer **Mulder** (VVD): Er is in de tussentijd het een en ander gebeurd. Er is een heroverwegingsonderzoek gedaan en er is een rapport verschenen van de heer Douven van het CPB over het afschaffen van de ex-postmechanismen, waaruit blijkt dat het opheffen van die mechanismen een besparing kan opleveren van honderden miljoenen. In het heroverwegingsrapport werd 1,1 mld. genoemd, bij de doorrekening van het regeerakkoord 400 mln. en in de financiële bijlage staat een bedrag van 330 mln. Uiteindelijk levert het dus iets op. Het is de veronderstelling dat de verzekeraars daardoor doelmatiger en scherper gaan inkopen. Dat is in de tussentijd gebeurd. In ons verkiezingsprogramma staat dat wij risicodragende verzekeraars willen. Dat hebben wij aan de kiezers voorgelegd en we hebben nog gewonnen ook.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik stel vast dat dit een draai van 180 graden is van de VVD-fractie. In de oppositie maakte de partij er gehakt van omdat het de bijl aan de wortel van een solidair verzekeringsstelsel legde, van bijvoorbeeld het kunnen functioneren van kleine zorgverzekeraars en het tegengaan van risicoselectie. De VVD kwam toen tot de analyse dat het een botte bezuiniging was, maar vindt de solidariteit van het stelsel dus nu het opofferen waard als het om bezuinigen gaat. Het is eerlijk dat de heer Mulder dat toegeeft.

De heer **Mulder** (VVD): De solidariteit in het stelsel is belangrijk en daarom hebben we de ex-anteverevening. Of die goed is weet je eigenlijk nooit zeker, zoals ook de heren Van de Ven en Douven aangeven. PwC vindt het moeilijk te bepalen, maar het beeld is dat de verevening in Nederland klopt. Als verzekeraars toch de selectie gaan toepassen is dat kostbaar, omdat er veel uitgezocht moet worden en het ook de reputatie schaadt. Ik zou dus niet willen beweren dat de VVD aan de solidariteit komt. Die is juist belangrijk, daar heb ik deze week nog een artikel over geschreven.

In de briefing is gemeld dat de ex-anteverevening voor 95% accuraat is. Ik vraag de minister of dat klopt.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik begrijp dat zelfs het lopen van 76% risico niet aanzet tot beter inkoopgedrag. We hebben vier grote zorgverzekeraars die 90% van de markt hebben en die onderling elf risicodragers hebben. Binnen hun concerns kunnen zij dus ook met risico's schuiven. Hoe ziet de minister dat met het oog op concurrentie? Denkt zij werkelijk dat tussen die vier grote zorgverzekeraars geknokt gaat worden? Wat vindt zij ervan dat een zorgverzekeraarsconcern verschillende risicodragers kan hebben, waardoor het als het ware met de risico's kan spelen? Acht zij dat concurrentievervalsing vindt zij dat een goede zaak?

De heer **Mulder** (VVD): Dat is een cocktail van vragen. Ik begin met het aantal verzekeraars. Verzekeraars zijn een middel tot een doel. Als de markt zo is dat het met vier of vijf verzekeraars kan en de NMa er geen bezwaar tegen heeft als er fusies zijn, wie ben ik dan om daar iets van te vinden? Uiteindelijk gaat het om de uitkomsten van de marktwerking. Ik kan dus niet zeggen of je er nu acht moet hebben of tien, of vijftien of vier. Je moet verzekeraars in de gelegenheid stellen te doen waar ze voor zijn, namelijk goede zorg inkopen tegen een scherpe prijs. Om ze daartoe te prikkelen laat je de risico's wat toenemen.

De vraag van de heer Van der Veen over verschillende risicodragers is terecht. Dat is interessant. Hoe kijk je daarnaar? Moet je het zo regelen dat men het risico niet kan spreiden? Ik hoor daar graag de reactie van de minister op.

Mevrouw **Leijten** (SP): De heer Mulder geeft eerlijk toe dat meer risico naar de zorgverzekeraars een bezuiniging voor het Rijk is. Hij vroeg mij daarnet een beetje hongerig of de SP voor premiedifferentiatie zou zijn. Ik stel die vraag nu ook aan hem. Vindt hij premiedifferentiatie acceptabel en, zo ja, op welke gronden? Leeftijd, gezondheid? Graag hoor ik zijn bespiegelingen daarover.

De heer **Mulder** (VVD): Ik begin met de conclusie. Mijn fractie is daar niet voor, want door premiedifferentiatie wordt het voor consumenten heel moeilijk om te kiezen. Zij weten niet precies wat de premie is en moeten daar induiken. Als de premies hetzelfde zijn, is vergelijken makkelijker. Dat is dus een reden om het niet te doen. Een reden om het wel te doen is dat er dan de meest perfecte risicoverevening is. Elke patiënt, ook een chronisch zieke, wordt zo interessant voor een verzekeraar. Je kunt wat doen voor diabetes of voor COPD omdat je weet dat de mensen extra betalen. Als zij dat doen kun je daar als verzekeraar een marge op hebben. Dit is een intellectuele exercitie: het zou dus kunnen. Sommige mensen betalen dan meer premie. Die zou je moeten corrigeren met een zorgtoeslag. Dan heb je een heel solidair systeem, met een paar grote nadelen zoals het minder transparant worden van de verzekeringsmarkt. Daarom is mijn fractie hier niet voor.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik stel vast dat die bespiegeling inderdaad interessant is en dat het maar goed is dat in de wet staat dat het niet mag.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Vanmorgen hadden we het over de effecten voor de ziekenhuizen. Nu wil ik stilstaan bij de effecten van de maatregelen voor de verzekeraars. De inkooppositie van verzekeraars zal toenemen als gevolg van het invoeren van prestatiebekostiging, het uitbreiden van het vrije segment en het invoeren van DOT. Door de invoering van prestatiebekostiging worden de ziekenhuisbudgetten afgeschaft en worden in het gereguleerde, voorheen A-segment, maximumtarieven gehanteerd. Zorgverzekeraars zullen in het gereguleerde segment niet meer via het representatiemodel zorg inkopen, maar zelf onderhandelen over de zorginkoop voor eigen verzekerden. Ik verwacht dat de zorgverzekeraars zich door afschaffing van het representatiemodel en het hanteren van maximumtarieven in plaats van vaste tarieven op het gebied van zorginkoop meer zullen kunnen onderscheiden. Het geeft zorgverzekeraars meer mogelijkheden om te onderhandelen op basis van zowel prijs als kwaliteit.

In 2012 zal een maximumdeel, vooralsnog ongeveer 70% van de zorg, tot het vrije segment behoren. Daar is dus sprake van vrije prijzen. Voor dit vrijprijssegment krijgt de zorgverzekeraar meer nog dan in het gereguleerde segment, mogelijkheden om zorg in te kopen op basis van kwaliteit en om zorg gedifferentieerd en selectief in te kopen. Eerdere invoering van DOT leidt ertoe dat ongeveer 30 000 dbc's worden

vervangen door DOT-producten. Door de invoering van prestatiebekostiging voor ziekenhuizen moeten zorgaanbieders hun zorgverlening en logistieke processen zo goed mogelijk regelen. Zorgverzekeraars zullen deze rol moeten oppakken door zorg in te kopen waar prijs en kwaliteit het beste geregeld zijn. Het kabinet realiseert de versterking van deze rol door het afbouwen van de ex-postcompensatiemechanismen. Een zorgverzekeraar draagt daardoor de gevolgen van de eigen inkoop, inclusief het volume. Hierdoor zullen zorgkosten minder hard stijgen en daarmee de premies. De afbouw van de ex-postrisicoverevening is daarmee een essentiële voorwaarde voor de werking van het stelsel.

Over de macronacalculatie heeft de Kamer al een besluit genomen bij de begrotingsbehandeling voor 2011. Door afschaffing van de macronacalculatie wordt het financiële risico van overschrijdingen verschoven van het verzekeringsfonds naar de zorgverzekeraars. Hierdoor zullen zorgverzekeraars hun rol moeten oppakken in het financieel beheersbaar houden van de zorg, niet alleen op prijs en kwaliteit, maar ook op volume. Volgens het CPB lopen kleine verzekeraars meer risico dan grote verzekeraars. Dit verschil wordt veroorzaakt door de macronacalculatie. Door afschaffing daarvan verdwijnt dit verschil. Dat is prima. Het is beter voor een gelijk speelveld van kleine en grote zorgverzekeraars.

Het kabinet verwacht dat het extra financiële risico dat zorgverzekeraars gaan lopen door het afschaffen van de macronacalculatie door hen zal worden verdisconteerd in de premies. De gemiddelde premieconsequenties zijn zodanig dat afschaffing van de macronacalculatie gerechtvaardigd is. De premieconsequenties zijn echter naar verwachting niet gelijk voor alle zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars met verzekerden met veel kosten zouden een grotere premiestijging door moeten voeren dan die met een gezondere verzekerde populatie. Hierdoor wordt, indien de macrokostenraming consequent te laag of te hoog zou zijn, wel het gelijke speelveld aangetast, terwijl dit juist een van de voorwaarden voor het functioneren van het zorgstelsel is. Om dit uit te sluiten zal de afbouw van de macronacalculatie gepaard gaan met flankerend beleid, gericht op het in stand houden van dit gelijke speelveld.

Daarnaast zet ik ook concrete stappen in de afbouw van de overige ex-postcompensaties. Eerst hebben we de hogekostenverevening. Daar worden verschillen in kosten tussen zorgverzekeraars die ontstaan als gevolg van een ongelijke verdeling van extreem hoge schades ex post, dus na afloop van het vereveningsjaar, gecompenseerd door een vorm van pooling. De tweede is de nacalculatie ziekenhuiskosten. Deze wordt gebruikt om de hoogte van het financiële risico dat zorgverzekeraars lopen te koppelen aan de mogelijkheden die zij hebben om de hoogte van de zorguitgaven te beïnvloeden. Op dit moment geldt 30% nacalculatie voor de ziekenhuiskosten in het A-segment. Vervolgens is er de bandbreedteregeling. Dit is een tijdelijk vangnet waarmee de financiële risico's die zorgverzekeraars lopen worden begrensd. De bandbreedteregeling wordt ingezet als de kwaliteit van het ex-antevereveningsmodel tijdelijk minder goed is. Deze regeling is tegelijk met de dbc's ingevoerd in 2005. De kwaliteit van het vereveningsmodel wordt in grote mate beïnvloed door de kwaliteit en representativiteit van de gegevens waarop het ex-antevereveningsmodel wordt geschat. De kwaliteit van de gegevens is in de afgelopen jaren verbeterd, de bandbreedte is nu € 45,00. Zoals in de brief staat verloopt de afbouw hiervan heel geleidelijk over de gehele transitieperiode tot en met 2015.

Als de ex-postcompensaties zijn afgeschaft wordt er niet meer achteraf tussen verzekeraars verevend. Daardoor zullen zij de gevolgen van zorginkoop sterker en directer ervaren. Hiernaast krijgt de verzekeraar veel sneller inzicht in zijn financiële resultaten en zijn deze niet meer afhankelijk van de concurrenten. Met name met het oog op volume is het van belang dat deze stappen worden gezet. Ik heb daarbij het volgende afbouwpad voor ogen. In 2012 wordt het ex-antemodel uitgebreid met

een criterium voor voorspelbaar hoge kosten. De voorspelbare hoge kosten worden dan vooraf gecompenseerd. De hogekostenverevening achteraf wordt daarom in 2012 afgeschaft. Onvoorspelbare incidentele hoge kosten kunnen als normale verzekeraarsrisico's beschouwd worden. De nacalculatie ziekenhuiskosten wordt ingezet om de hoogte van het financiële risico dat zorgverzekeraars lopen te koppelen aan de mogelijkheden die zij hebben om de zorguitgaven te beïnvloeden. De invoering van DOT en prestatiebekostiging zullen op termijn een positief effect hebben op de beïnvloedingsmogelijkheden van zorgverzekeraars. Tijdens de transitiefase is de beïnvloedbaarheid mogelijk minder en daarom wordt de nacalculatie ziekenhuiskosten niet meteen in 2012 helemaal afgeschaft. In 2012 en 2013 worden verantwoorde en betekenisvolle stappen gezet en in 2014 zal de nacalculatie geheel zijn afgeschaft.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dit is de kern van de discussie. We hebben een risicoverevening op basis van het verzekerdenbestand. Daarop wordt de ex ante verrekend. In 2009 heeft ZonMw gezegd dat de ex-antefactor nog niet goed is. Wij, en naar ik aanneem de verzekeraars ook, willen dat de toevallige opbouw van het verzekerdenbestand niet van invloed is op de concurrentiekracht. Een tweede punt is dat je naarmate verzekeraars de kosten beter kunnen beïnvloeden, daarmee ook meer risico bij hen kunt neerleggen. Dat moet uit elkaar worden gehaald. Het PwC-rapport geeft aan dat een beetje risicoselectie helemaal niet erg is. De ex ante werkt dan misschien niet zo goed, maar wellicht doen verzekeraars dan nog beter hun best. Dat staat echter haaks op de bedoeling van het ex-antemodel. Wij hechten er sterk aan dat dit als kern van het systeem overeind blijft. Die garantie willen wij hebben.

Minister **Schippers**: Uiteraard hecht ook ik zeer aan een goed ex-antemodel, want dat is de backbone van ons systeem. In vergelijking met andere landen in de wereld hebben wij een heel goed systeem met 95% voorspelbaarheid. Maar hoe meer je achteraf je vangnet afbouwt, hoe hoger natuurlijk de eisen zijn dat je het vooraf goed doet. Dat is de reden dat wij bij een aantal zaken die we langzaam opbouwen tegelijkertijd de nacalculatie langzaam afbouwen. Hoe meer zekerheid je bijvoorbeeld hebt ten aanzien van de DOT en de prestatiebekostiging bij de ziekenhuiskosten, hoe meer je tegelijkertijd de nacalculatie van die ziekenhuiskosten kunt afbouwen. Zo doen we dat ook met de premiebandbreedteregeling, die schaffen we niet in één keer af. Op basis van de berekeningen die we in de zomer krijgen, kunnen we bepalen of we een volgende stap kunnen zetten of dat het misschien beter is dat nog niet te doen. Op die manier kunnen we op een verantwoorde manier stappen zetten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik stel het zeer op prijs als dat betekent dat die stapjes, wanneer ze gezet worden, en het flankerend beleid in de Kamer komen. Het is voor iedereen van wezenlijk belang om de zekerheid te hebben dat het ex-antemodel goed werkt. Nu moeten we afgaan op flankerend beleid zonder te weten wat dat is.

Minister **Schippers**: In september komt dat naar de Kamer en wordt erover besloten. Ieder jaar opnieuw zal de Kamer daarover besluiten nemen, gedurende de transitieperiode. Wij ontwikkelen flankerend beleid. Het CPB heeft namelijk aangegeven dat het afschaffen van macronacalculaties zonder flankerend beleid kan leiden tot een verslechtering van het gelijke speelveld. Dat willen we niet. Daarom zal het flankerend beleid bij het afschaffen van de macronacalculatie onder andere voorzien in een instrument dat toeziet op het gelijke speelveld. Het risico door verschillen in portefeuilles van verzekeraars wordt daardoor gelijkgetrokken. Daarnaast ben ik van plan om het door

flankerend beleid mogelijk te maken de ex-antemeringen aan te passen voor de financiële effecten van pakketmaatregelen die genomen zijn na vaststelling van de macroramingen. Ten slotte laat ik onderzoeken of het mogelijk is flankerend beleid te ontwikkelen voor die situatie waarin het overduidelijk is dat de overheid een grote inschattingsfout heeft gemaakt bij het vaststellen van de macroramingen en inzake het catastroferisico, indien er ergens een grote ramp gebeurt.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Dat betekent dat ook daar de vinger steeds aan de pols gehouden wordt. Waar het niet goed loopt, wordt er rechtgebreid of een stapje terug gedaan. Begrijp ik het goed dat de minister zegt dat bekeken moet worden hoe het loopt en dat de Kamer steeds te horen krijgt hoe de te nemen stappen eruit gaan zien?

Minister **Schippers**: Het tijdschema van de transitieperiode staat vast. Daarbinnen kunnen wij schuiven naar aanleiding van de ontwikkelingen. Dat komt iedere keer naar de Kamer. In september moet daarover vergaderd worden, want op 1 oktober moet het in het Staatsblad staan. Het zal wel zo zijn dat bijvoorbeeld de macronacalculatie gewoon in 2012 wordt afgeschaft en zo ook de hogekostenverevening, want die zijn vooraf dan al gecompenseerd. Maar de nacalculatie ziekenhuiskosten en de premiebandbreedte zijn dingen die meelopen in het traject volgens de afbouw over de jaren heen en per jaar kan de stap groter of kleiner zijn.

Mevrouw **Leijten** (SP): Het betekent meer risico voor de zorgverzekeraars. Hoe groter het bestand van verzekerden is, het schadelastbestand, hoe meer het risico gespreid kan worden. Een van de problemen van kleine zorgverzekeraars is dat ze een klein schadelastbestand, een kleine schadeportefeuille hebben. Wat gaat de minister in haar flankerend beleid doen om ervoor te zorgen dat de zorgconsument nog iets te kiezen heeft in de toekomst?

Minister **Schippers**: Zoals de heer Van der Veen opmerkte lopen de kleine verzekeraars nu behoorlijk veel meer risico dan de grote. Door het afschaffen van de macronacalculatie wordt daarin al een flink deel gelijkgetrokken. Het is te gemakkelijk om te zeggen dat het per definitie nadelig is. Een kleine verzekeraar kan, door zijn risico's goed in te schatten, goed zorg in te kopen en veel verzekerden te krijgen een goed bedrijf runnen. Het afschaffen van de macronacalculatie is voor hen derhalve helemaal niet ongunstig.

Mevrouw **Leijten** (SP): We hebben het over een risicoverevening. Dat is natuurlijk het gehele pakket. Ik stel vast dat hier in de Kamer door verschillende partijen, inclusief de gedoogpartij PVV, is gezegd dat de kleintjes niet mogen verdwijnen. De partij van de minister vond dat geen probleem, want als je kunt kiezen tussen twee of drie is dat ook kiezen. Wat vindt de minister?

Minister **Schippers**: Ik vind zelf dat de verzekeraar geen doel is, maar een middel. Het is belangrijk voor verzekerden dat er concurrentie is tussen verzekeraars. Het moet een goede, gezonde markt zijn met voldoende aanbieders om uit te kiezen. Zo hebben we dat ingesteld. Het is niet de minister die erop toeziet wie wel en niet mogen fuseren, daar is de NMa voor opgericht. Die bepaalt of iets verantwoord is waar het samengaan betreft.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik stel vast dat er een groot risico is voor de kleine zorgverzekeraars door de maatregelen die de minister neemt en door het verschuiven van het risico. Zij doet daar niets aan en zegt dat de markt zijn werk moet doen. Maar ze steekt een stokje voor verticale integratie. De

minister kan ook zeggen dat ze het van belang vindt dat iemand die bij een kleine zorgverzekeraar zit daar kan blijven zitten. Ik vraag het de minister nog één keer: vindt zij het geen enkel probleem om straks toe te gaan naar twee of drie grote conglomeraten die met elkaar de markt verdelen?

Minister **Schippers**: Ik vind het sowieso een slecht idee om de markt te verdelen, want zo is het systeem niet opgezet. Het is opgezet om verzekeraars te laten concurreren, zodat je als verzekerde kunt overstappen als je het niet naar je zin hebt. Dat betekent dat er voldoende keuze moet blijven tussen verzekeraars. Een verzekeraar kan wel tien kleine labels onder zich hebben, maar het gaat echt om de verzekeraars. Het oordeel over fusies ligt in ons systeem echter niet bij de minister, maar bij de NMa.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik ben bang dat september te laat is om als Kamer een besluit te nemen. Is het mogelijk dat in juni te doen? We kunnen een goed debat voeren en als Kamer wellicht suggesties meegeven.

Minister **Schippers**: Het gaat erom te beslissen op basis van gegevens en die komen pas in de zomer. Het is onverstandig al besluiten te nemen voordat deze gegevens er zijn.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Dat is dus het probleem. De gegevens komen pas laat. Ik weet precies hoe het in september gaat: dat is een korte maand waarin veel gebeurt. We hebben dan onvoldoende tijd om de gegevens nauwkeurig te toetsen en te beoordelen, want op 1 oktober moet het worden gepubliceerd in het Staatsblad.

Minister **Schippers**: Zodra wij de gegevens hebben, maken wij een voorstel en sturen dat naar de Kamer. Daarbij proberen we zo min mogelijk tijd te verliezen. Zo'n verzekeringsjaar heeft nu eenmaal een eigen ritme. Voor de zomer wordt besloten wat er in het pakket zit en wat niet. Dat kan heel grote gevolgen hebben voor de premie en andere zaken. Verzekeraars hebben daarom tijd nodig om dat door te rekenen. In de zomer is er pas een beeld over hoe een en ander zich ontwikkelt. De afgelopen jaren is de kwaliteit van de gegevens sterk verbeterd. De verwachting is dat, als gevolg van de voorgestelde bekostigingswijzigingen in de ziekenhuiszorg, de representativiteit van de onderzoeksgegevens tijdelijk minder goed zal zijn. In de periode 2012–2015 zal de bandbreedteregeling stapsgewijs worden afgeschaft. De precieze omvang van de bandbreedte is maatwerk. Ieder jaar wordt bekeken hoe groot de stap is die verantwoord kan worden gezet.

Inzake dure geneesmiddelen zijn er eigenlijk drie thema's. De eerste is de toevoeging, de add-onbekostiging. Dit betreft de bekostiging van dure intramurale geneesmiddelen bij de invoering van prestatiebekostiging in ziekenhuizen. Verder speelt het thema overheveling van dure geneesmiddelen van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) naar de ziekenhuisbekostiging. Dit start in 2012 met de zogenaamde TNF-alfaremmers en vanaf 2013 met andere groepen dure geneesmiddelen. Daarover heb ik de Kamer onlangs geïnformeerd. Over de uitwerking stuur ik binnenkort een voorhangbrief. Het derde thema is de voorwaardelijke opname van nieuwe geneesmiddelen in het pakket. Daar zal ik voor de zomer een brief over sturen.

Vandaag concentreer ik mij op de prestatiebekostiging van dure geneesmiddelen. De overgang naar prestatiebekostiging betekent dat deze geneesmiddelen voortaan via de zogenaamde add-on's worden bekostigd. Als een duur geneesmiddel wordt verstrekt wordt dat als aparte

toevoeging gekoppeld aan een DOT-zorgproduct. Bij de verzekeraar wordt dat zo gedeclareerd. De toevoegingen zullen kostendekkende maximumtarieven krijgen. Dure geneesmiddelen kunnen niet in de DOT zelf worden opgenomen. Een duur middel maakt soms wel en soms geen deel uit van de behandeling en de kosten van de middelen kunnen daarnaast erg hoog zijn. In de DOT-tarieven zijn alleen gemiddelde kosten verwerkt. Als de dure geneesmiddelen in de DOT worden opgenomen, betekent dat dat ziekenhuizen die veel patiënten hebben die afhankelijk zijn van dure geneesmiddelen financieel nadeel ondervinden. Dat vind ik ongewenst. Het gaat hier vaak om de behandeling van zeer ernstige ziektes. Daarom is gekozen voor het bekostigen van dure geneesmiddelen via aparte toevoegingen, naast de DOT-zorgproducten.

Via de geneesmiddelentoevoeging komt ook waardevolle spiegelinformatie beschikbaar. Deze declaraties geven inzicht in de hoeveelheid middelen, inclusief de dosering, die per patiënt wordt gedeclareerd. Eventuele praktijkvariatie tussen zorgaanbieders wordt zo beter inzichtelijk, en dit geeft zorgaanbieders en verzekeraars een nieuw handvat om te sturen op zinnig en verantwoord gebruik van dure geneesmiddelen. Omdat ik het belangrijk vind dat zinnig en verantwoord wordt omgegaan met dure geneesmiddelen, ben ik daarnaast in gesprek met vertegenwoordigers van oncologen en ziekenhuizen. Ik verwacht van hen dat zij voor de belangrijkste ziektebeelden per 2012 actuele behandelrichtlijnen opgesteld hebben voor de inzet van dure geneesmiddelen: in principe goedkoop waar het kan, en duur waar het moet. Verder vind ik het belangrijk dat behandelaren en ziekenhuizen ook voor patiënten en verzekeraars transparant maken in welke mate de behandelrichtlijnen gevolgd worden, dan wel transparant motiveren waarom daarvan wordt afgeweken. Ten slotte praat ik met partijen over het monitoren van de behandeluitkomsten. Zo wordt beter en sneller duidelijk waar nieuwe dure geneesmiddelen goed werken, en dat is goed voor de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg.

Ik zeg hier met nadruk dat ik de verantwoordelijkheid voor het oppakken van deze punten bij de sector zelf neerleg. Zij dragen verantwoordelijkheid voor transparant en verantwoord gebruik van deze dure middelen. De financiële veranderingen die ziekenhuizen ervaren door de overstap naar deze toevoeging zijn per 2012 dus nog heel beperkt. Dat komt omdat de dure middelen meelopen in het transitie-model voor de overgang naar prestatiebekostiging. Daarmee worden de financiële systeemrisico's, ook die van de overgang naar aparte bekostiging van de dure geneesmiddelen, tijdens de transitie beheerst. De maximumtarieven kunnen per 2012 om uitvoeringstechnische redenen alleen op het niveau van de zogenaamde lijstprijzen worden vastgesteld. Per 2013 wordt in de add-ontarieven, de toevoegingen op de tarieven, een directe prikkel ingebouwd voor doelmatige inkoop. Dit gebeurt door de maximumtarieven een afslag te geven, op basis van de inkoopkortingen die ziekenhuizen met fabrikanten in 2011 hebben onderhandeld. Zo zorg je ervoor dat de prikkel voor ziekenhuizen om vanaf het begin een scherpe prijs te onderhandelen blijft bestaan. Anders lopen de kosten heel snel op. Ook verzekeraars krijgen meer prikkels om zinnig en zuinig gebruik van dure geneesmiddelen en een doelmatige inkoop te bevorderen. Per 2015 zullen verzekeraars volledig risicodragend worden voor dure geneesmiddelen. Dat is aan het einde van de transitiefase. Ik verwacht dat verzekeraars zich nu al op deze toekomstige ontwikkeling zullen instellen en hier ook al vanaf 2012 rekening mee zullen houden.

Tot slot staat het VSO invoering prijzen, invoering vrije tarieven en nieuwe prestaties voor extramurale farmaceutische zorg op de agenda. Mijn besluit om vrije tarieven en nieuwe prestaties in te voeren is eerst en vooral ingegeven door de wens om betere zorg voor de patiënt mogelijk te maken. Ik vind dat er veel meer werk gemaakt moet worden van het verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening voor de patiënt,

bijvoorbeeld door het verbeteren van de volledigheid van medische dossiers, het terugdringen van het aantal vermijdbare ziekenhuisopnamen door verkeerd geneesmiddelengebruik, het vergroten van de therapietrouw en het intensiveren van de begeleiding van chronisch zieken bij hun geneesmiddelengebruik. Allemaal zaken die je nu niet kunt bekostigen, maar met vrije tarieven wel. Ik wil partijen maximale ruimte geven voor zorgvernieuwing, specialisatie, differentiatie en belemmeringen hiervoor in het tariefsysteem wegnemen. De nieuwe prestatiebeschrijvingen en vrije tarieven bieden die ruimte. Om deze ruimte in de praktijk mogelijk te maken zal de NZa vrije tarieven en nieuwe prestaties moeten vaststellen. Dat betekent dat partijen vanaf 1 januari 2012 vrij zijn om afspraken met elkaar te maken binnen de ruimte die de prestatiebeschrijvingen van de NZa zullen bieden. Maatwerk kan dan beter worden beloofd, maar niemand is verplicht om alles anders te doen dan voorheen. Het wordt mogelijk gemaakt, maar het hoeft niet. Je kunt het ook gewoon doen zoals je het al deed. Partijen die dat willen, kunnen ook besluiten om hun huidige afspraak volgend jaar gewoon voort te zetten. Ik houd uiteraard een vinger aan de pols om de voorbereiding van partijen in 2011 te volgen. Zo heb ik begrepen dat partijen op 8 maart jl. een constructieve bijeenkomst hebben gehad, waarin zij met elkaar hebben afgesproken dat ze in gezamenlijke werkgroepen de nieuwe prestaties op toepasbaarheid in de praktijk gaan toetsen. Voor 1 juni adviseren zij de NZa over de aanpassingen die zij graag zien in de beleidsregel. Ik ben ervan overtuigd dat dit de weg is naar een betere kwaliteit van de farmaceutische zorg. Wat mij betreft is het echt tijd om deze stap te zetten.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind dat wij hierover eerder geïnformeerd moeten worden dan het tijdspad dat de minister aangeeft. Ook de VVD en de PvdA hebben aangegeven nog te twifelen. Het zou best kunnen dat een meerderheid van deze Kamer wil wachten. Dat moet voor de zomer gezegd kunnen worden. Ik verzoek de minister alles op alles te zetten om het mogelijk te maken dit nog voor het zomerreces te bespreken.

Minister **Schippers**: Ik zou het jammer vinden om dat niet te doen, ook omdat partijen die jarenlang tegenover elkaar gestaan hebben, zoals apothekers en verzekeraars, nu zeer constructief met elkaar in gesprek zijn. Zij werken samen aan een betere bekostiging, die zorgverlening beloont. Zodra de aanwijzing klaar is, zal ik die naar de Kamer sturen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Er is een voorhang geweest, die is gestuit. Ik beluister twijfel in de Kamer. Ik lees dat ook terug in het schriftelijk overleg. Het zou de minister sieren als zij dit probeert voor het zomerreces in de Kamer te bespreken.

Minister **Schippers**: Wij kunnen hier altijd een debat over hebben. Als de Kamer zegt het niet te willen, houdt het voor een minister gauw op. Ik weet niet welke toezegging mevrouw Leijten nu van mij wil. Wat wil zij dat ik doe?

Mevrouw **Leijten** (SP): De minister geeft aan dat er een constructief overleg is. Er gaat op 1 juni een gezamenlijk advies naar de NZa, die vervolgens gaat bekijken hoe de beleidsregel moet gaan lopen. Daarop wil ik graag invloed hebben en ik vraag de minister of dit voor het zomerreces naar de Kamer kan, zodat wij erover kunnen spreken. Ik bespeur een Kamermeerderheid met twijfel, dus is het wel zo netjes als dat kan.

Minister **Schippers**: Ik moet komende week een aanwijzing geven aan de NZa. De Kamer kan daarover een debat aanvragen.

Mevrouw Smilde vroeg wat DNB zegt over de solvabiliteitseisen voor de zorgverzekeraars. De afbouw van de ex-postcompensatie zal waarschijnlijk effect hebben op de solvabiliteitseis. De omvang van de verhoging is afhankelijk van de stap die in 2012 gezet wordt. De minister van Financiën is verantwoordelijk voor het vaststellen van de solvabiliteitseis. Dat doet hij na advies van DNB. De precieze inzet van de ex-postmechanismen kan pas worden vastgesteld nadat alle onderzoeken ten behoeve van het ex-antemodel zijn afgerond. Dat verwacht ik in september.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Krijgen wij ook daar bericht van?

Minister **Schippers**: Ja, daar krijgt de Kamer uiteraard bericht van.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Schepink** (ChristenUnie): Ik ben bang dat het met mijn voorstel voor juni niets wordt en dat er in september een grote brij gaat komen. Ik wil dat datgene wat wij dan horen over de solvabiliteitseis, in goede samenhang met de andere gegevens wordt gepresenteerd. Wij hebben dan in ieder geval zicht op de betekenis van de verschillende cijfers voor de premies en voor de algehele vormgeving van hetgeen uiteindelijk op 1 oktober in het Staatsblad moet staan.

Minister **Schippers**: Het is logisch dat we zo veel mogelijk alles in samenhang bekijken. Dit krijgen we gewoon niet eerder. Inzake de risicoverevening is gevraagd of er nog geen DOT-cijfers beschikbaar zijn om de risicoverevening op 2012 op te baseren. Het model 2012 wordt gebaseerd op de dbc-gegevens uit 2009, die representatief worden gemaakt. De dbc-prijzen worden vervangen door de DOT-zorgproducten met hun prijzen. Op basis van deze representatieve gegevens wordt het vereveningsmodel 2012 vastgesteld. Tevens wordt de nieuwe indeling in het gereguleerde en het vrije segment gehanteerd.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Is dat tijdig genoeg om alle partijen daarmee te laten werken? De minister heeft zelf gezegd dat de gegevens in de zomer beschikbaar komen. Is dat tijdig genoeg om te kunnen bekijken hoe dat zit met ex post? Is het ook tijdig genoeg om de ex-anteverevening toch zorgvuldig te kunnen vaststellen aan de hand van de omgezette gegevens?

Minister **Schippers**: Ja, dat is de bedoeling.

Er is mij om een reactie gevraagd op de door Boer & Croon gesignaleerde problemen in de gegevensaanlevering door zorgverzekeraars aan CVZ. Zij zouden te laat en onvolledig zijn. Dat is in de tussentijd sterk verbeterd doordat het is opgepakt door CVZ, NZa en zorgverzekeraars. Ik heb begrepen dat er momenteel wat dat betreft geen sprake meer is van problemen.

Inzake de criteria die ik hanteer in het afbouwproject van de nacalculatie en de bandbreedteregeling werd gevraagd of hierover jaarlijks een besluit wordt genomen. Dat is zo.

Ook werd gevraagd of het tijdpad verschilt met de mening van zorgverzekeraars. In het onderzoek naar de risicoverevening wordt een beoordelingskader gebruikt waarbij de mate van verevenende werking van het systeem wordt gemeten en beoordeeld. Hiernaast betrek ik de kwaliteit, de betrouwbaarheid en de representativiteit van de gegevens bij het afbouwtraject. Ook speelt de mate van beïnvloedbaarheid van de kosten door zorgverzekeraars mee. Het besluitvormingsproces risicoverevening is erop gericht om alle beschikbare informatie en berekeningen eind augustus beschikbaar te hebben. Dan zal ik een besluit nemen over de te nemen stappen in de afbouw van de ex-postcompensatie en de vormgeving van het ex-antevereveningsmodel. In september spreken wij

erover en voor oktober wordt dat vastgelegd in een ministeriële regeling. Het basisverschil is dat de verzekeraars eigenlijk alles later willen laten ingaan, in ieder geval de afbouw van de ex-post- en de macronacalculatie, en in een ander pad. Daartegenover staat dat de ziekenhuizen het tijd vinden dat ook de zorgverzekeraars die risico's gaan lopen. Zo heeft iedereen daarover zijn eigen mening.

De heer **Van der Veen** (PvdA): De minister is nog in overleg met de zorgverzekeraars. Krijgen wij hun reactie te horen? We bespreken pas in september de vereveningszaken.

Minister **Schippers**: Het is de jaarlijkse routine en daar verandert niks in. Overigens ben ik ervan overtuigd dat zorgverzekeraars, als zij iets vinden, de Kamer snel weten te vinden.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Zo kun je natuurlijk ook zaken met elkaar doen. Dan kunnen we dit soort overleggen beter niet meer houden.

Minister **Schippers**: De heer Van der Veen vraagt wat zorgverzekeraars vinden. Het is de jaarlijkse routine. Dit wijkt niet af van andere jaren.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Er staan grote belangen op het spel. De minister heeft een afbouwtraject geschetst, waarvan wij begrijpen dat wij daar te laat iets over horen, namelijk pas in september. Dat is iets anders dan de normale routine. Er is toch niks op tegen om te weten hoe de zorgverzekeraars hiermee omgaan? Ik ben daar uitermate nieuwsgierig naar, temeer daar de minister hen een zeer cruciale rol in het geheel geeft. Als je dan te horen krijgt dat de zorgverzekeraars zeggen het niet aan te kunnen, om wat voor reden ook, is er toch een probleem?

Minister **Schippers**: De routine is ieder jaar hetzelfde. De vraag van mevrouw Smilde was hoe de zorgverzekeraars de afbouw van de ex-postmechanismen en de macronacalculatie zien. Ik refereer eraan dat de Kamer dat weet, want zij hebben dat aan de Kamer geschreven. Zij zien dat graag in een ander tempo en later in de tijd. Ik heb aangegeven waarom ik dat juist niet wil. Ik vind het van belang dat je, als je de risico's aan de ene kant laat toenemen, dat aan de andere kant ook moet doen. Het komt anders erg op de schouders van de zorgaanbieders neer. Het is van belang dat juist de zorgverzekeraars hun rol pakken. Dat doen ze op verschillende terreinen al, maar dat moet op de overige terreinen ook gebeuren.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik wil van de minister weten of zij dit een zorgvuldig proces vindt. We praten over september en de minister zegt dat het altijd zo is. Dat is waar, maar we verkeren nu toch in een heel andere situatie? We staan aan de vooravond van een grote wijziging en ik vraag mij af of het zorgvuldig is om nu met volle kracht vooruit te gaan.

Minister **Schippers**: Ik ga het bestaande ritme van wanneer wat wordt bepaald niet aanpassen. Iedereen gaat op zijn eigen beurt aan het rekenen en de gegevens zijn er gewoon niet eerder.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Het zit mij dwars dat we bepaalde dingen nog niet voldoende weten. We hebben het vandaag gehad over de prestatie-indicatoren en over de uitkomstindicatoren, een traject waar we nog niet voldoende over weten. Ik sta achter de stelling van de minister dat je op een gegeven moment wat moet doen, maar ik vind het belangrijk dat dat buitengewoon zorgvuldig gebeurt. Dat blijft toch het grote verschil met andere jaren.

Minister **Schippers**: Wij nemen stappen op een verantwoorde maar ook betekenisvolle manier. Daarin zoeken we het evenwicht. We gaan niet zomaar over op prestatiebekostiging. Er wordt een transitiebedrag vastgesteld op basis waarvan je als het ware een safety pin in het systeem slaat. We hebben bijsturingsmogelijkheden doordat het schema kan worden vertraagd als wij zien dat dat nodig is in de afbouw van de ex-postmechanismen. Ook de bandbreedteregeling is daarbij natuurlijk belangrijk. Wat wij doen is zeer verantwoord.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De ex-anteverevening is nog niet goed geregeld. Is dat wat de minister betreft een probleem?

Minister **Schippers**: Dat vind ik echt te snel geconcludeerd. Als 95% van de ex-anteregeling prima werkt, als je er flankerend beleid naast laat lopen, als je nog een transitiebedrag hebt als achtervang én je nog een bandbreedteregeling hebt waar je aan kunt draaien, dan zit het systeem zeker in de transitieperiode vol met vangnetten.

Mevrouw **Leijten** (SP): De minister heeft het over de jaarlijkse routine, maar dat deel ik niet. Er worden nogal wat betekenisvolle stappen gezet. Op dit moment is 35% vrij. Dat gaat naar 70%. Er wordt prestatiebekostiging ingevoerd en de risicoverevening wordt afgebouwd. Dat komt allemaal tegelijk. Ik heb het daarbij nog niet eens over de solvabiliteitsen. Hoe dit alles op elkaar ingrijpt heeft de minister niet op een rij, laat staan dat de Kamer het betekenisvol op een rij heeft. Mijn vraag is of de minister het gevoel van de Kamerleden dat het te veel is en te snel gaat serieus neemt. Zij leest een brief voor die we allemaal hebben bestudeerd en komt nu pas bij de beantwoording van de vragen.

Minister **Schippers**: Het hoort samen te gaan. Als je aan de ene kant de prestatiebekostiging invoert, moet je aan de andere kant wat doen met de risicoverevening achteraf. Het zijn stappen die je tegelijkertijd zet, niet achter elkaar.

De heer **Mulder** (VVD): De minister spreekt uitgebreid over de verschillende stappen. Er zijn gesprekken gaande met de verzekeraars over de volumeontwikkeling. Bestaat de kans dat wij als Kamer een brief krijgen met een enigszins aangepast tijdschema, waarin opeens ook volumeafspraken met de verzekeraars staan?

Minister **Schippers**: Ik kan niet vooruitlopen op wat ik wel of niet met de verzekeraars kan afspreken. Dat is lastig. Wat ik in het kabinet heb afgesproken en in het kabinetsvoorstel heb verwoord, is het pakket in zijn geheel. Het is niet de bedoeling dat we onderdelen daarvan gaan uitschuiven tot na 2015.

Mevrouw **Smilde** vroeg of de bestaande maatregelen om de kosten van dure medicijnen in bedwang te houden voldoende zijn. Ik werk aan een totaalpakket, dat zich zowel op prijs als op volume richt. De toegang van de patiënt en de autonomie van de voorschrijver staan daarin centraal. Dat plan is in 2013 af. Voor de prijs zijn er prikkels voor ziekenhuizen om scherpe prijzen bij fabrikanten te realiseren en een afslag op de add-ontarieven. Zo zorgen we dat de korting grotendeels bij de premiebetaler terecht komt. Wat volume betreft zetten we in op spiegelinformatie van het gebruik van dure geneesmiddelen, behandelrichtlijnen met het principe «goedkoop waar dat kan en duur waar het moet» en meer inzicht in richtlijnconform handelen. Er wordt in de praktijk steeds doelmatigheidsonderzoek gedaan, om richtlijnopstellers en pakketbeheerders betere informatie te geven. Dat leidt tot doelmatiger richtlijnen en beter pakketbeheer.

Bij de directe prikkel voor doelmatige inkoop die er in 2013 moet zijn, wil ik dat het tarief voor een toevoeging voor een duur geneesmiddel rekening houdt met de gemiddelde landelijke korting die ziekenhuizen op dat dure geneesmiddel hebben bedongen. Dit kan bijvoorbeeld op basis van onderzoek naar de inkooprijzen in 2011. Zo komt de korting die ziekenhuizen bij bepaalde dure geneesmiddelen realiseren direct ten goede aan de premiebetaler. Ziekenhuizen en zbc's krijgen zo een stimulans om een hogere inkoopkorting te halen dan in het tarief is verwerkt.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik heb een casus bij de minister neergelegd waarin rekening wordt gehouden met het feit dat de inkoopkortingen er op een gegeven moment niet meer zijn. Heeft de minister daar aandacht voor in haar opdracht aan de NZa? Ik heb het idee dat er automatisch rekening mee wordt gehouden, terwijl de kortingen door de veranderingen die op stapel staan komen te vervallen.

Minister **Schippers**: In principe gaan we ervan uit dat een ziekenhuis zo min mogelijk wil uitgeven aan een geneesmiddel. Er moet in het systeem een stimulans zijn om scherp in te kopen. We hebben daar voor het huidige systeem discussies over gehad en hebben nu de 80/20-regel. Als je er een 100%-regeling van maakt, verliest een ziekenhuis de prikkel om goed en scherp in te kopen. Die prikkel zit door de afslag wel in dit systeem. Als het ene ziekenhuis niet scherp inkoop en het andere wel, krijgt die ander er door de afslag voordeel bij.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Daar ben ik het mee eens. Dat moet ook, omdat ziekenhuizen kortingen krijgen op basis van de huidige regels. Maar dit gaat veranderen en dat moet worden meegewogen. Ziekenhuizen moeten wel geprikkeld worden, maar we kunnen niet blijven zeggen dat ze altijd inkoopkortingen hebben die alvast worden verrekend. Daar heeft de minister dus aandacht voor.

Minister **Schippers**: We bekijken het voor de gehele sector. Op basis daarvan wordt de afslag bepaald.

Wie loopt de risico's voor te hoge kosten voor dure geneesmiddelen? Stel dat een ziekenhuis alle dure geneesmiddelen keurig richtlijnconform verstrekt, maar daarin toch een sterke groei realiseert. Ziekenhuizen kunnen declareren via de add-on's. Op die manier wordt het vergoed. Ze vallen onder het macrokader voor ziekenhuizen en zbc's, wat door ons is vastgesteld. Als dat kader wordt overschreden, moeten we kijken hoe het uitpakt en of ze worden gekort of dat we het op een andere manier terughalen.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Het macrobeheersingsinstrument is generiek, terwijl je zou zeggen dat een ziekenhuis dat zich keurig richtlijnconform gedraagt, daar niet de dupe van mag worden.

Minister **Schippers**: Ik begrijp dat punt. Als je dure geneesmiddelen in je dbc's hebt, loop je dit risico. Om uit te vinden hoe het precies loopt, is er de toevoeging op de DOT. Zo hebben we een instrument waaruit veel informatie komt over degene die voorschrijft en de toegepaste doses. Deze beleidsinhoudelijke informatie kunnen we richting specialismen spiegelen. Hoe gaan zij om met de dure geneesmiddelen en wat is een goede toepassing ervan? We krijgen veel kwaliteitsinformatie, waar we ons voordeel mee kunnen doen.

De heer **Mulder** (VVD): Als je 100% vergoeding krijgt op basis van de lijstprijs en er zijn marges, is er een prikkel om dure geneesmiddelen voor

te schrijven omdat je winst maakt. Maar volgens de minister is die prikkel is er niet.

Minister **Schippers**: Nee.

Het risico dat ziekenhuisdirectie en zorgverzekeraar als gevolg van de hoge kosten de professionele autonomie van de zorgverlener onder druk zetten is zeer beperkt. Het ministerie van VWS heeft hier een aantal jaar geleden onderzoek naar laten doen door het Institute for Health and Care Research (EMGO) en het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel). Het is voor een aantal ziektebeelden onderzocht en bleek niet het geval.

Er zijn voldoende checks and balances voor het onderhandelingsproces tussen apothekers en zorgverzekeraars. Dit zijn de in het zorgstelsel opgenomen waarborgen en verplichtingen. Zorgverzekeraars moeten voldoende verantwoorde zorg contracteren. Ze hebben een zorgplicht. Zorgaanbieders moeten verantwoorde zorg leveren. De NZa en de NMa houden toezicht op de contractering en de NZa monitort hoe dit verloopt. Vorig jaar zijn er veel contracten afgesloten, bij een aantal zorgverzekeraars oplopend tot meer dan 90%. Wij denken dat er voldoende checks and balances zijn.

De pilot is er op gericht het inkoopproces te faciliteren. De partijen in de pilot hebben een aantal werkgroepen ingesteld, die de tien concepten bezien op gegevens voor de inkoop. De pilot zal vast geen antwoord geven op alle vragen, maar zal wel helpen. Een goed teken is dat de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) in een brief van een paar dagen geleden heeft aangegeven dat de apothekers tevreden zijn over de constructieve sfeer waarin op dit moment wordt gesproken met alle veldpartijen. Dat is wel eens anders geweest.

De kwaliteit van het ex-antemodel 2010 is goed genoeg voor de stappen die we in 2012 gaan nemen. Vooral de ex-postcompensatie hogekostenverevening en de bandbreedteregeling hangen samen met de kwaliteit van het ex-antemodel. De ex-postcompensatie en nacalculatie hangen met name samen met de beïnvloedingsmogelijkheden van de verzekeraars. Het afschaffen van de macronacalculatie met flankerend beleid is niet gekoppeld aan de kwaliteit van het ex-antemodel, maar hangt samen met het macrorisico. De ex-postcompensatie hogekostenverevening kan afgeschaft worden, doordat we dat vooraf in het vereveningsmodel regelen. Daarmee compenseer ik vanaf 2012 verzekeraars voor voorspelbaar hoge kosten. De bandbreedteregeling wordt stapsgewijs afgeschaft. In 2012 wordt het ex-antemodel gebaseerd op zo veel mogelijk representatief gemaakte gegevens. In de zomer bepaal ik welke verantwoorde en betekenisvolle stappen ik zal zetten.

Het flankerend beleid dat we invoeren is met name gericht op een gelijk speelveld. Daar waar het speelveld wordt aangetast door verschillende risico's die men in het bestand heeft, wordt dit gladgestreken. Het ex-antesysteem is zo opgezet dat er min of meer een gelijk speelveld is. Bij de afschaffing van de macronacalculatie zet ik het flankerend beleid in om dat te handhaven. Ik ben van mening dat de stappen die ik zet verantwoord zijn, ook voor de kleine zorgverzekeraars.

Het is niet gewenst voor 2012 een nacalculatiesysteem voor dure geneesmiddelen in stand te houden, waarbij ziekenhuizen achteraf niet de lijstprijs maar de inkoopprijs vergoed krijgen. Als ziekenhuizen in 2012 per definitie gegarandeerd 100% van hun daadwerkelijke netto-inkoopkosten vergoed zouden krijgen, is er geen enkele prikkel meer om inkoopvoorstellen te realiseren. Je roomt dit dan voor 100% af. Het is van groot belang een prikkel te behouden om goed in te kopen. Daarom heeft het nieuwe systeem de 95/5-regeling.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Mijn bedoeling was ook een gemiddelde inkoopprijs, juist om de prikkel om goedkoper in te kopen te behouden.

Minister **Schippers**: Er zijn verschillende manieren waarop verzekeraars doelmatig gebruik van dure geneesmiddelen kunnen bevorderen, zowel qua volume als qua prijs. We spraken al over de inkooprijzen van ziekenhuizen en zbc's. De netto-inkooprijzen kunnen zeker bij zogenaamde multisource geneesmiddelen beduidend lager zijn dan prijzen die fabrikanten hanteren. Verzekeraars kunnen ziekenhuizen en zbc's stimuleren hogere inkoopkortingen te bedingen bij de geneesmiddelenfabrikanten, door scherp met hen te onderhandelen. Als de ziekenhuizen en de zbc's dit ook weer doorberekenen in het tarief leidt het tot lagere kosten voor verzekeraars.

Ten aanzien van het volume is het bestaan en naleven van goede behandelrichtlijnen van belang. Daarom hecht ik eraan dat met de medisch specialisten heldere behandelrichtlijnen worden afgesproken, met name voor gebieden als oncologie. Deze richtlijnen moeten zo exact mogelijk aangeven in welk geval een duur geneesmiddel nodig is en bestaande, minder dure alternatieven niet afdoende zijn. Voor de beroepsgroepen verwacht ik dat dergelijke behandelrichtlijnen voor dure geneesmiddelen beschikbaar zijn of komen. Het gesprek daarover verloopt constructief.

Zorgverzekeraars moeten ziekenhuizen en zbc's actief aanspreken op het handelen conform deze richtlijnen. Ze kunnen op deze manier bijdragen aan een kwalitatief goede en doelmatige inzet van dure geneesmiddelen zonder op de stoel van de behandelaar te gaan zitten, zeker als nog relatief vaak niet goed gemotiveerd van de richtlijnen wordt afgeweken. Alle indicaties waarvoor dure geneesmiddelen ingezet kunnen worden moeten in de richtlijn worden opgenomen.

De software voor 2012 is nog niet klaar, maar de voorbereidingen voor de ICT-aanpassingen zijn gestart. Er moet veel gebeuren, maar het is niet onoverkomelijk. De voor de NZa vastgestelde prestaties zijn inmiddels een afspiegeling van werkzaamheden die apothekers verrichten en declareren. Bovendien geldt dat niet alle prijzen per 1 januari 2012 moeten veranderen. Dingen kunnen anders, daar geven we ruimte voor in de nieuwe systematiek. Je kunt ook als apotheker en verzekeraar hetzelfde doen als vorig jaar, als je dat met elkaar afspreekt.

Hoe kunnen wij er zeker van zijn dat zorgverzekeraars zich blijven inzetten voor goede zorg voor specifieke kwetsbare en dure groepen? Door de uitbreiding van het ex-antevereveningsmodel met een criterium dat verzekerden met drie jaar hoge kosten compenseert, houd ik rekening met chronische zieken met hoge kosten. Verzekeraars hebben er baat bij zich in te zetten voor goede en doelmatige zorg voor deze groep verzekerden. In mijn ogen verbetert het systeem voor deze verzekerden.

De term preventiekostengroepen viel. Het bestaande voorstel wil via de risicoverevening zorgverzekeraars compenseren voor kosten van preventie. Het stimuleren van preventiebeleid is niet het doel van het risicovereveningssysteem. Risicoverevening compenseert de verzekeraar voor kostenverschillen op grond van gezondheidsverschillen. Dit doel en de objectieve vaststelling van de vereveningsbijdrage zijn voor de Europese Commissie redenen om de vereveningsbijdrage als gerechtvaardigde staatssteun te bestempelen. We moeten hier dus zorgvuldig mee omgaan. Andere doelen die we willen realiseren kunnen we niet zomaar koppelen aan het vereveningssysteem.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): De minister moet het begrip vereveningssysteem even loslaten. Onderschrijft zij de noodzaak van een betere plek van preventie in de bekostiging van de gezondheidszorg? Ondersteunt zij mijn pleidooi om daarvoor de juiste

prikkels te gebruiken? Erkent zij dat die prikkels er nu niet of onvoldoende zijn en dat dit verbetering behoeft?

Minister **Schippers**: Uiteindelijk moeten we naar het financieren van uitkomsten van zorg. Preventie is een belangrijk onderdeel. Via het kwaliteitsinstituut lopen allerlei onderzoekstrajecten op dit vlak. De uitkomsten hiervan moeten worden geïmplementeerd. Het is de kant die we op moeten, dat ben ik met mevrouw Wiegman eens.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): We kunnen stellen dat het onvoldoende gebeurt en dat het beter zou moeten. Hoe doen we dat dan? Het lijkt me goed dat er naast FKG's en DKG's een nieuw begrip komt: PKG's.

Minister **Schippers**: De Europese Commissie accepteert wat we doen, op grond van afspraken die we hebben. Uitgangspunt is dat het risicovereveningssysteem is bedoeld om verzekeraars te compenseren voor kostenverschillen op basis van gezondheidsverschillen. Ik ben er tegen om daar andere doelen aan te koppelen. Ik wil wel het traject in zetten waarmee we in plaats van volume de uitkomst bekostigen. Daar moeten we langzaam maar zeker naar toe groeien. Het is een ingewikkeld traject, waar ik een groot voorstander van ben.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Hoe wil de minister dit gaan doen? We weten allemaal dat je van preventie niet van vandaag op morgen de uitkomst hebt. Dat kost veel tijd. De prikkels zijn nu zo dat het te risicovol is om een sprong in het diepe te wagen. De uitkomst is ver weg.

Minister **Schippers**: Kwaliteit speelt steeds meer een rol, ook in de zorginkoop. Dat wil ik stimuleren. We richten een kwaliteitsinstituut op, zodat al deze aspecten een plek krijgen. Daar willen we een grote impuls aan geven.

Als ik alle maatregelen op macroniveau bekijk, kom ik niet tot de conclusie dat er voldoende prikkels zijn voor zorgverzekeraars. Dan zou ik de maatregelen niet nemen zoals ze nu voorliggen.

De toevoeging van de hogekostenverevening is een betekenisvolle stap in de verbetering van het ex-antevereveningsmodel. Daarnaast laat ik onderzoek uitvoeren naar verbeteringen van het criterium «FKG». Ook dit zal de kwaliteit van het ex-antemodel in 2012 laten toenemen. De volgende stap in het verbeteren van het ex-antemodel is mogelijk de introductie van een criterium op basis van hulpmiddelengebruik. In 2012 laat ik onderzoek doen naar deze zogenaamde hulpmiddelenkostengroepen. Het ex-antemodel heeft de definitieve vorm nog niet bereikt. Zorgverzekeraars stellen de nominale premie vast. Ik zorg ervoor dat zorgverzekeraars voor de premiecalculaties helderheid hebben over de hoogte van de vereveningsbijdrage. Ik zet me ervoor in dat de minister van Financiën de beslissing over de hoogte van de solvabiliteitsnormen ruim voor de premiecalculaties neemt. Niet elke vergroting van het risico leidt in mijn ogen automatisch tot premiestijging. Je ziet dat de verzekeraars de afgelopen jaren flink geanticipeerd hebben op de verhoging van de solvabiliteitsnormen die eraan komen. Ze hebben meer vet op de botten gekregen. Ik vraag me af of dat dan een-op-een vertaald moet worden in premieverhoging.

De vraag was hoe verzekeraars de kosten van dure patiënten beter kunnen schatten. Door het ex-antevereveningsmodel worden zorgverzekeraars voor dure patiënten gecompenseerd. Alle verzekerden voeren een gelijk verzekeringsrisico. Schatten van deze kosten is niet nodig.

Verzekeraars lopen nu risico over ongeveer 70% van de kosten van de basisverzekering.

De NZa voert jaarlijks de marktscan zorgverzekeringsmarkt uit. Daarin wordt onder andere onderzocht of sprake is van risicoselectie. Tot nu toe heeft de NZa geen signalen dat risicoselectie plaatsvindt.

Ik wil niet wachten op het BCG-rapport voor ZN. Dat zal de commissie niet verbazen. Ik wil met de aanwijzing duidelijkheid scheppen, zodat partijen erop kunnen inspelen en zich goed kunnen voorbereiden.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Het onderzoek van BCG komt in mei al. Dat duurt niet meer zo lang.

Minister **Schippers**: Als je in een traject zit waarin volgend jaar stappen moeten worden gezet, lopen er uiteraard allerlei onderzoeken. Ik vind dat we helderheid moeten geven en stappen moeten zetten. Die moeten zorgvuldig zijn. Daarom werken we nauw samen met de NZa en houden we goed zicht op de berekeningen die voor zo'n transitie-model gemaakt moeten worden. Ik vind het belangrijk daar helderheid over te geven. Het initiatief van Achmea waarbij verzekeraar en aanbieder een langer samenwerkingstraject aangaan lijkt mij erg positief als het daadwerkelijk voordelen oplevert. Over het algemeen bieden zulke langjarige trajecten zekerheid voor investeringen. Dat is positief. Er bestaat geen belemmering voor zorgverzekeraars en ziekenhuizen om dit te doen.

Het lastige van langere trajecten met verzekeren is dat wij hebben vastgesteld dat een verzekerde jaarlijks kan overstappen. We willen niet dat er een contract wordt gesloten met een verzekerde waarbij hij dat vijf of tien jaar niet mag. Als we dat wel willen, moeten we dat eerst besluiten. Overigens wordt mij vaak gevraagd waarom dit niet meer dan één keer per jaar kan. Dat gaat helemaal de andere kant op.

De add-ontarieven voor dure geneesmiddelen kunnen wellicht op termijn worden vrijgegeven. Uit de Voorlopige verkenning maximale uitbreiding B-segment die de NZa heeft uitgevoerd blijkt dat de NVZ en ZN beide van mening zijn dat dure geneesmiddelen in elk geval op termijn naar het vrije segment kunnen. Verzekeraars willen wel dat dure geneesmiddelen dan eerst goed in het ex-antierisicovereveningsmodel zijn verwerkt. Om het op termijn goed te kunnen verwerken, is het van belang deze gegevens in de transitieperiode via de toevoeging te hebben. Ik ben hier niet op tegen, maar ik ben het met ZN eens dat daarvoor adequate verwerking van dure geneesmiddelen in het ex-antierisicovereveningsmodel een minimumvereiste is. Daarom hevel ik het nog niet over naar het vrije segment. We laten eerst door de NZa de mogelijkheden onderzoeken en gaan een traject in waarin we helderheid krijgen door de toevoegingen. We nemen het om dezelfde reden niet op in de dbc's. Dat kan wellicht op termijn, als de benodigde informatie en voldoende inzicht in de materie is verkregen. Van de overheveling van dure geneesmiddelen als TNF-alfaremmers per 2012 mag de patiënt geen hinder ondervinden. Dit is het centrale uitgangspunt in het besluit. Binnenkort wordt de Kamer in een voorhang-brief geïnformeerd over de uitvoering van de overheveling. Daarbij ga ik in op de randvoorwaardelijke aspecten die het belang van de patiënt waarborgen. Ik zal de suggestie van een monitor op dit vlak meenemen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb ook een vraag over de TNF-alfaremmers gesteld. Minister Klink zou dit doorvoeren met een korting van 50 mln. Doet deze minister dat ook?

Minister **Schippers**: Ja.

Een ex-antierisicoverevening is nooit af. Het is een zo ingewikkeld systeem, dat we daar altijd aan zullen moeten blijven werken. Perfect zal het nooit zijn.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik herhaal mijn eerdere vraag. Vindt de minister dat de drager van het kostenrisico ook verantwoordelijk zou moeten zijn

voor de zorgkostenraming? Wat verwacht de minister van aanpassingen daarop?

Minister **Schippers**: De premiebetaler/verzekerde betaalt uiteindelijk de premie. Wij zijn als politiek verantwoordelijk voor de zorgkostenraming. We kunnen zeggen dat zorgverzekeraars die raming maken, maar zij hebben hun eigen variant. Ik weet niet precies wat mevrouw Dijkstra bedoelt.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Dat bedoel ik er wel mee. Het zijn de verzekeraars die de kostenrisico's dragen. Als het vereveningssysteem wordt verplaatst naar de voorkant kun je daar als risicodragers niet over meebeslissen.

Minister **Schippers**: De zorgverzekeraar zal een raming maken over zijn eigen bedrijf. Ik vind dat een macrokostenraming ook onze verantwoordelijkheid is. Uiteindelijk wordt die premie door de verzekerde, de burger, opgehoest, die ook andere premies voor andere verzekeringen moet betalen. Daarbij spelen de koopkrachtplaatjes en de collectieve lasten mee. We kijken waar we het geld wel en niet aan besteden en waar we de accenten leggen. Dat zijn politieke besluiten. Wij zullen onze macroramingen blijven maken.

Het ex-antesysteem is zo goed dat er nauwelijks groepen verzekerden zijn met voorspelbare verliezen. Het te introduceren criterium «meerjarige hoge kosten» compenseert verzekeraars nog beter voor verzekerden met meerjarige hoge kosten.

Door de ex-postmechanismen worden eventuele verliezen afgeroomd. Er is een prikkel om slechte risico's onder één risicodragers te brengen. Ik zie verschuiving van risico's tussen verschillende labels dus niet gebeuren. Verzekeraars kunnen bij inschrijving van een nieuwe verzekerde trouwens niet zien of het een slecht risico is.

Ik zeg toe dat bij de volgende evaluatie van de Zvw over vijf jaar zo veel mogelijk dezelfde vragen worden gesteld.

De heer **Van der Veen** (PvdA): We hebben de driejaarsevaluatie gehad. Deze leverde een zeer matig rapport van PwC op, dat ook nog te laat klaar was. Er is ook voorzien in een evaluatie na vijf jaar. Aangezien 2006 plus vijf 2011 is zouden we nu moeten evalueren. Kunnen wij van tevoren de vraagstelling inzien? Wij willen dat hetgeen in de motie-Omzigt/Van der Veen van 2007 staat, voor het nieuwe onderzoek op dezelfde manier wordt geformuleerd. We hopen dat we dan betere antwoorden krijgen en niet zo'n matig rapport als er nu ligt.

Minister **Schippers**: Dat zeg ik toe.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat is de eerste toezegging van de minister.

Ik kan het rapport van ZonMw aanbevelen. Het rapport geeft bij bepaalde groepen verzekerden een verlies van € 6500. Dat noem ik geen volmaakt systeem. Mijn vraag was niet of de ex-anteregeling af was, maar op welke wijze de betekenisvolle stappen worden ingevuld. Hoe weten we dat de ex-anteregeling beter gaat voorspellen?

Minister **Schippers**: Helemaal precies krijgen we het ex-antesysteem nooit. Dat is jammer, maar dat is niet mogelijk. We willen bijvoorbeeld de hogekostenverevening achteraf vooraf doen. Daar waar het speelveld niet gelijk is, zetten we flankerend beleid in. Ik heb al aangegeven welke drie stappen we gaan zetten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat flankerend beleid zegt me niets. We willen dat het ex-antemodel beter gaat voorspellen. Er ligt een rapport van ZonMw waaruit blijkt dat een aantal groepen niet goed voorspelt. Welke vereveningsfactoren moeten worden toegevoegd om de voorspellende waarde te verbeteren? Dat heeft niets van doen met flankerend beleid.

Minister **Schippers**: Voor 95% voorspelt het model goed. Ik heb net gezegd dat we bij het farmaceutische cluster en de medische hulpmiddelenkostengroep beter gaan kijken. Dat plan van aanpak komt in 2012. Dit zijn incrementele verbeteringen van de ex-anteverevening.

Het ongewijzigd door laten lopen van de huidige Beleidsregel dure geneesmiddelen is niet mogelijk. De huidige beleidsregel vergoedt 80% van de netto-inkoopkosten van ziekenhuizen. De rest van de kosten van dure geneesmiddelen wordt rechtstreeks uit de ziekenhuisbudgetten betaald. We gaan de ziekenhuisbudgetten afschaffen en dure geneesmiddelen alleen op basis van de beleidsregel vergoeden. Dan krijgen ziekenhuizen nog maar 80% van de kosten vergoed. Dat is niet voldoende en kan de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen voor de patiënt in gevaar brengen.

Ik ben met de commissie eens dat er een macrobudgettair risico verbonden kan zijn aan het feit dat de maximum add-ontarieven in 2012 eenmalig nog relatief hoog zijn. Ze liggen boven het niveau van de werkelijke inkoopkosten van de ziekenhuizen. Dat risico moet voor 2012 worden beheerst. Ik doe dat door de dure geneesmiddelen mee te laten lopen in het overgangsmodel voor de prestatiebekostiging. Dat betekent dat een eventueel hogere vergoeding die ziekenhuizen in 2012 voor hun dure geneesmiddelen ontvangen, nog voor 95% wordt afgeroomd. In 2013 zal een korting in de maximum add-ontarieven worden verwerkt op basis van de behaalde inkoopkortingen.

Het is belangrijk dat we zinnig en zuinig omgaan met dure geneesmiddelen. Daarom ben ik in gesprek met vertegenwoordigers van oncologen en ziekenhuizen om afspraken te maken op drie thema's. Ten eerste verwacht ik van de sector dat hij voor de belangrijkste ziektebeelden per 2012 tot actuele behandelrichtlijnen komt voor de inzet van dure geneesmiddelen. Daar wordt het rapport van de regieraad bij betrokken. Ten tweede vraag ik van de behandelaars en de ziekenhuizen dat ze per 2012 voor patiënten en verzekeraars transparant maken in welke mate de behandelrichtlijnen worden gevolgd dan wel transparant motiveren waarom daarvan wordt afgeweken. Ten derde praat ik met partijen over het monitoren en registreren van de behandeluitkomsten. Zo wordt sneller en beter duidelijk waar nieuwe dure geneesmiddelen goed werken. Dat is goed voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Oncologen en ziekenhuizen werken op dit moment aan een plan van aanpak om deze zaken zoveel mogelijk per 2012 te realiseren.

Ik wil de extra mogelijkheid onderzoeken om in de declaratiebepaling bij add-on's nadere voorwaarden te stellen. Dit betreft bijvoorbeeld de mogelijkheid dat een ziekenhuis alleen toevoegingen kan declareren indien dit ziekenhuis ook transparant is over de mate waarin behandelrichtlijnen worden nageleefd, dan wel de mate waarin daar goed gemotiveerd van wordt afgeweken. Over deze mogelijkheid wil ik eerst met de NZa verder praten.

De heer Van der Veen was teleurgesteld over mijn antwoorden op schriftelijke vragen over de vrije tarieven in de farmacie en de mogelijkheden voor maatwerk binnen de huidige regulering. Ik meende die antwoorden serieus. De huidige regulering biedt geen ruimte voor maatwerk. Als er iets kwalitatiefs wordt gedaan door een apotheker is er geen betaaltitel. Het is een principiële keuze tussen doorgaan binnen het huidige systeem of overgaan op een systeem dat we al jaren willen en waarover partijen sinds 2004 verschillende convenanten en transitieakkoorden hebben gesloten. Wij zijn nu zeven jaar verder en vroeg of laat

moeten we over durven gaan naar serieuze deregulering. Ik wil die delen van de regelgeving wegnemen die aanleiding geven tot ongewenste zaken als kortingen en bonussen. Er is veel voorbereidingstijd geweest. Het is nu tijd om stappen te zetten.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik vind het plezierig om serieus te worden genomen. Als wij vragen stellen aan de minister en ze geeft dit soort antwoorden, komt dat uiterst arrogant over. Als de minister in gewone taal weergeeft waarom iets niet kan, waardeer ik dat veel meer. Ik begrijp niet dat ze er met een zeker gemak overheen stapt.

Minister **Schippers**: Als ik één ding serieus neem is dat het beantwoorden van schriftelijke vragen. Ik besteed daar ongeveer een kwart van mijn tijd aan. Ik krijg een onvoorstelbare hoeveelheid schriftelijke vragen. Als antwoorden meer uitzoekwerk vragen, maak ik een uitstelbriefje. Als ik vind dat we er dieper op in moeten gaan, vraag ik daar om. Soms kom ik terug met antwoorden die bijna een nota zijn. Ik laat me er veel aan gelegen liggen, maar niet dat ik arrogant ben in het beantwoorden van schriftelijke vragen. Het spijt mij als ik de heer Van der Veen heb geschouderd. Dat is zeker niet mijn bedoeling. Als hij kijkt naar de antwoorden die ik over het algemeen op schriftelijke vragen geef, zal hij zien dat ik die uiterst serieus neem en altijd probeer integer en uitgebreid te antwoorden. Ik ben er niet altijd op tijd mee.

Aan de hand van een memo met persoonlijke beleidsopvattingen is ten behoeve van een intern beraad gediscussieerd met de landsadvocaat en de NZa. De uitkomst van dat overleg was dat het splitsen van het tarief technisch mogelijk is. De beraadslaging over de beleidsmatige effecten is nog niet afgerond. Ik kom daarop terug.

Als het tarief voor de prijs van het geneesmiddel ongewijzigd blijft, blijft ook het systeem van kortingen en bonussen in stand. Apothekers mogen immers de kortingen houden die niet worden afgeroomd door de claw back. Er is dus een belang om de prijzen zo hoog mogelijk te houden. Ik wil af van een wettelijk gesanctioneerd systeem van kortingen en bonussen, zoals opgenomen is in het regeerakkoord.

Wij pakken niet de zorgverzekeraars hard aan, maar het systeem zoals dat is ingezet in 2006. We zetten de vervolgstappen om dat systeem verder en beter uit te werken en te laten werken. Zorgverzekeraars krijgen meer instrumenten om de kosten te beïnvloeden. Hierbij past een verhoging van de risicodragendheid. Bij de introductie van de Zvw is al ingezet op een volledig ex-antemodel. Ik schaf de ex post niet af omdat de zorgverzekeraars iets fout doen, maar om ze juist te stimuleren hun taken nog breder op te pakken.

Mevrouw **Leijten** (SP): Partijgenoot van deze minister Mulder gaf heel duidelijk aan dat het een bezuiningsmaatregel is. Wie betaalt eigenlijk deze bezuiniging?

Minister **Schippers**: Het is in mijn ogen geen bezuinigingsmaatregel. We bezuinigen niet op zorg, zorg groeit in deze kabinetsperiode met 20%. Wij proberen het systeem zo in elkaar te zetten dat zorgpremies maximale zorg opleveren. Dat is het streven dat iedere minister moet hebben.

Mevrouw **Leijten** (SP): Dit is het bekende woordspelletje. Het is algemeen bekend dat als er meer risico ligt bij schadelastverzekeraars, zij hun schadelast gaan belasten. Dat zijn de patiënten, dus de premies stijgen. De minister doet alsof het een betere kostenverdeling is, maar uiteindelijk zien we het in de premie terug. Daarover moet de minister eerlijk zijn.

Minister **Schippers**: We hebben een uiterst solidair systeem opgebouwd. Een systeem waarin we niet de schadelast centraal stellen, maar waarin

bijna alles in het basispakket zit. Een systeem waarin de eigen bijdragen de laagste zijn van alle landen om ons heen. Een systeem waarin een verzekeringsplicht bestaat voor iedereen in Nederland en een acceptatieplicht voor iedereen, jong of oud, ziek of gezond. Toegankelijkheid van de zorg voor iedereen die het medisch gezien nodig heeft. Een premie die voor 50% inkomensafhankelijk is plus een zorgtoeslag voor die mensen voor wie de nominale premie te hoog is. Ik sta voor dit solidaire systeem en ik wil het graag in stand houden. Het moet straks zorg kunnen bieden aan iedereen die zorg nodig heeft.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik stel vast dat dit een antwoord is op een vraag die ik niet heb gesteld. Ik vroeg mij af wie de botte bezuiniging, die de heer Zijlstra een jaar geleden constateerde, gaat betalen. Het vloeit uiteindelijk door in de premie. Het zou eerlijk zijn als de minister dat zegt.

Minister **Schippers**: Dit is een systeem waarin we maximale zorg voor iedere euro premie moeten krijgen. Dat is de inzet van het systeem, niet dat een zorgverzekeraar alleen op prijs inkoopt. Hij koopt ook de beste kwaliteit in. Kwaliteit is niet alleen technische kwaliteit, maar ook respectvolle bejegening van patiënten et cetera.

Bij de TNF-alfaremmers is het uitgangspunt dat ziekenhuizen een adequate vergoeding krijgen voor de kosten van de medicijnen en de kosten die gemoeid zijn met de toediening ervan bij de patiënten thuis. Ik verwacht dat ziekenhuizen in de nieuwe situatie kortingen kunnen bedingen bij de leveranciers, vandaar de opbrengst die daarmee is gemoeid. Binnenkort zal ik de Kamer hierover informeren in een voorhangbrief.

Of vrije tarieven tot bewezen voordelen leiden is nog onduidelijk. Het bewijs voor toekomstige ontwikkelingen kun je niet krijgen, omdat er alleen onderzoeken naar het verleden zijn. Het beleid is gebaseerd op analyses en verwachtingen die zijn uitgesproken in rapporten van de commissie De Vries, BCG en anderen. Ik heb hier een heel lijstje. We hebben lang bestudeerd welk zorgstelsel we zouden moeten krijgen en welke prikkels waar moeten liggen. Daar zijn boekenkasten over vol geschreven. Ik discussieer hier al twintig jaar over. We doen dit niet op basis van een vaag verwachtingsbeeld.

Het huidige ex-antevereveningssysteem is voor 95% accuraat. Op verzekeraarsniveau wordt zo'n 95% van de kosten juist voorspeld. Is een vergoeding van een duur geneesmiddel per flesje doelmatig of kun je het beter op basis van werkelijk toegediende hoeveelheden vergoeden, om te voorkomen dat je betaalt voor verspilling? De NZa heeft onderzoek laten uitvoeren naar vergoeding op basis van werkelijk toegediende hoeveelheden, plus een opslag voor dat onvermijdelijke beetje wat je dan verspilt. Als je de bewerkelijkheid en de uitvoeringstechnische en administratieve problemen tegenover de opbrengst zet, is dat enkele miljoenen op een bedrag van 450 mln. Het is mijn afweging dat de administratieve en uitvoeringslasten van dit systeem niet opwegen tegen de opbrengsten, daarom heb ik hier niet voor gekozen. Verzekeraars kunnen bij de zorginkoop wel afspraken maken met ziekenhuizen om gebruik inzichtelijk te maken en verspilling tegen te gaan.

De doelmatigheidstoets zit bij dure geneesmiddelen aan het begin en niet pas na vier jaar. Een steeds groter deel van de geneesmiddelen dat tegenwoordig nieuw op de markt komt is zeer gespecialiseerd en gericht op kleine patiëntengroepen. Van die middelen weten we eenvoudig niet genoeg om op het moment dat ze zijn toegelaten ook te kunnen oordelen over de doelmatigheid. Het mooie van de Beleidsregel dure geneesmiddelen is dat deze een soort voorlopige vergoeding mogelijk maakt, terwijl er gedurende vier jaar extra informatie kan worden verzameld, onder andere over de doelmatigheid. De VVD is al jaren voorstander van meer

mogelijkheden voor voorlopige vergoeding. Voor de zomer kom ik met een brief daarover.

Mevrouw **Smilde** (CDA): Voorzitter. Ik dank de minister voor de beantwoording van de vragen, zowel vanochtend als vanmiddag. Ik heb al gezegd dat de acceptatieplicht en daarmee het risicovereveningssysteem heel belangrijk is. De term kroonjuweel viel. Het is van groot belang om inzichtelijk te hebben hoe we de risicodragendheid bij zorgverzekeraars vergroten. Wij zijn tevreden dat we in september over die betekenisvolle stappen mee kunnen spreken.

Wanneer het gebruik van dure geneesmiddelen groeit in een ziekenhuis dat verder richtlijnconform voorschrijft, moet wat gedaan worden met de beschikbare spiegelinformatie op macroniveau. Op microniveau moet een ziekenhuis dat zijn best doet daar de credits voor krijgen.

De minister is ingegaan op de pilots. Zijn de uitkomsten van de pilots op tijd beschikbaar om de goede afspraken te maken voor volgend jaar?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Dank aan de minister voor de beantwoording en de heldere uiteenzetting over de nacalculatie. Ik denk dat die het inzicht van veel commissieleden heeft vergroot. Ik ben blij dat wij ieder jaar een overzicht krijgen van de stand van zaken en de gevolgen. Er is nog één vraag blijven liggen. Wanneer kan de Kamer de uitkomst van de eerste doelmatigheidsrapportage over dure geneesmiddelen inzien?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Voorzitter. Ik wil de minister oprecht danken voor de uitvoerige gedachtewisseling in eerste termijn. Als ik alle antwoorden samenvat, kom ik echter tot de volgende conclusie. De commissie moet de minister vertrouwen omdat alles goed komt. Nadere informatie volgt en de commissie mag in september een besluit nemen. Ik heb echter behoefte aan een VAO om over randvoorwaarden, fasering en volgorde van stappen als Kamer bij motie enkele voorstellen te doen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. De minister heeft prachtig aangegeven waar D66 voor staat. Die boodschap is in elk geval helder overgekomen. We willen dat de zorg hervormt en dat de generaties na ons ook kunnen rekenen op goede zorg. D66 streeft na dat er op zorgvuldige wijze vaart achter wordt gezet. Ik sluit me aan bij de woorden van mevrouw Wiegman. Ik krijg het gevoel dat we in het proces niet volledig worden meegenomen en er pas in een laat stadium echt met elkaar over kunnen praten. Dat betreurt ik.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Ik heb aangegeven dat dit volgens mij het belangrijkste algemeen overleg was als het gaat over het stelsel na 2006. Ik heb zelden zo weinig van gedachten kunnen wisselen. Als je op deze manier omgaat met zoiets belangrijks als het stelsel, word ik somber over de toekomst. Anderen hebben al aangegeven dat het veel gaat over vertrouwen en afwachten of het goed komt. De Partij van de Arbeid is ook voor veranderingen in de zorg, maar wil dat deze zorgvuldig onderbouwd worden.

Hoe de minister met de zorgverzekeraars wil omgaan is mij een volstrekt raadsel. Aan de ene kant geeft ze op ze af door te zeggen dat ze niets willen, aan de andere kant prijst ze ze de hemel in omdat ze haar straks verder moeten helpen. De zorgverzekeraars zijn bereid om mee te denken. Ik zou bij zo'n overleg willen zitten. Mijn vertrouwen in de goede afloop wordt niet groter.

Ik wil graag op papier zien waar staat dat ex ante sprake is van 95% voorspellende waarde.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Daar waar we vanochtend een grote geloofsbelijdenis kregen, hebben we vanmiddag een betekenisvol voorleesuur gehad. Ik heb sterk het idee dat de minister in de ideologische trein zelf de oogkleppen op heeft. Iedereen wil goede zorg. Iedereen wil dat het geld goed wordt besteed, maar we hebben er allemaal andere gedachten over. De minister wil het niet eerder met de Kamer bespreken dan straks in september in een snelkookpan. De minister is niet bereid te luisteren. Dat is mede mogelijk gemaakt door de PVV als gedoogpartner. Ik zou willen dat de minister het belangrijk vind om kleine zorgverzekeraars te hebben. Ik zou willen dat de minister was ingegaan op mijn vraag over het niet op orde zijn van de risicoverevening. Dat is geen uitspraak van de SP, maar van hoogleraar Van de Ven. Die uitspraak is niet van vorig jaar, maar van afgelopen vrijdag. Ik zou willen dat de minister daar op in gaat, maar zij dendert door. Ze gooit alle zeggenschap over de schutting naar de zorgverzekeraars, die ze enerzijds wil straffen voor wat ze niet hebben gedaan en anderzijds alle macht in handen geeft. Ik vind dat dubbel.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Het belangrijkste discussiepunt is niet zozeer waar we naartoe gaan, maar dat dit zorgvuldig en met in achtneming van randvoorwaarden gebeurt. Is de minister met mij van mening dat afbouw van ex-postcompensatie niet mag leiden tot risicoselectie, premiestijging en beperking van de keuzemogelijkheden voor verzekerden? Voor het overige kan ik me aansluiten bij de woorden van mevrouw Wiegman, mevrouw Dijkstra en de heer Van der Veen.

De heer **Mulder** (VVD): Voorzitter. Het zijn fundamentele vragen die we vandaag bespreken. We hebben in de procedurevergadering afgesproken dat we ruim tijd voor dit fundamentele onderwerp zouden nemen en ik ben blij dat we dat hebben gedaan. Ik begrijp dat het voor een aantal collega's nog te kort is. Bij marktordening zitten een paar hersenkrakers. We moeten als Kamer de vinger goed aan de pols houden. Ik ben blij dat we over de afbouw van de ex-postregeling en de optimalisering van de ex-anteregeling worden geïnformeerd. De minister heeft met een aantal concrete voorbeelden aangegeven hoe ze dat wil doen. Het is goed dat er behandelrichtlijnen komen voor de dure geneesmiddelen, zodat geneesmiddelen worden voorgeschreven die goedkoop zijn als dat kan en duur zijn als het moet. Is er wel eens een duur geneesmiddel voorwaardelijk opgenomen, dat vervolgens weer is geschrapt van de lijst?

Minister **Schippers**: Voorzitter. We hebben bijna acht uur gesproken. Ik heb mijn best gedaan toe te lichten waarom wij stappen willen zetten en waarom we die stappen gelijktijdig willen. Dat wordt niet door iedereen gedeeld. Natuurlijk vind ik dat jammer, wat ik wil het liefst dat iedereen net zo enthousiast is als ik. Dat is niet gelukt. Het is niet dat ik het debat niet aan wil gaan. Ik probeer vragen zorgvuldig en grondig te beantwoorden.

Spiegelinformatie is belangrijk. Het wordt op macroniveau verzameld. Vervolgens wordt het op microniveau spiegelen teruggegeven. Dat ben ik met mevrouw Smilde eens.

De resultaten van de pilots zijn voor juli bekend.

Ik weet niet precies wat mevrouw Gerbrands bedoelt met de eerste doelmatigheidsrapportage dure medicijnen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Er is een eerste doelmatigheidsrapportage uit 2010. Die is voorgelegd aan de NZa en het CVZ. Het is onduidelijk wat er met de uitkomsten van deze doelmatigheidsrapportage is gebeurd. Ik wil weten of er rare dingen in zijn gevonden en of daar actie op is

ondernomen als het gaat om richtlijnen voor het gebruik van dure geneesmiddelen.

Minister **Schippers**: Ik kom daar schriftelijk op terug.

De samenvatting van mevrouw Wiegman deel ik niet. Er zijn heldere randvoorwaarden gesteld, er zijn heldere beslismomenten en het is een zorgvuldig traject. We nemen vier jaar de tijd voor deze transitie naar prestatiebekostiging en vrije prijzen.

Ik kan mevrouw Dijkstra goed samenvatten, omdat ik haar standpunt deel. Het moet zorgvuldig gebeuren. Waar we van mening verschillen is of de voorgestelde maatregelen zorgvuldig zijn. Ik vind het zorgvuldig dat je, als je een financieringssysteem wijzigt in prestatiebekostiging, daar vier jaar de tijd voor neemt en het in kleine stapjes doet. Ik vind het zorgvuldig dat je die stapjes zo begeleidt dat je in de tussentijd kunt zien hoe groot de impact is. Als de impact te groot wordt, kun je dan bijsturen door een tussenstap te doen.

We gooien het niet over de schutting. We houden het goed in de gaten en hebben de vinger aan de knop. We kunnen een pas op de plaats doen als we willen en als het voortvarend gaat kunnen we dat doorzetten. Ik verschil van mening met de heer Van der Veen en mevrouw Leijten over wat er zou moeten gebeuren en in welk tempo. Ik heb in beide algemeen overleggen aangegeven dat ik vier jaar voor deze transitie een heel redelijke termijn vind.

Ik zeg niet dat de zorgverzekeraars niets willen en zet ze ook niet op een voetstuk. Ik wil de zorgverzekeraars in hun kracht zetten, zodat zij hun rol maximaal kunnen waarmaken, net zoals ik de ziekenhuizen in hun kracht wil zetten. Zij kunnen door de prestatiebekostiging op de best mogelijke manier doen waar ze goed in zijn. De patiënt is zo de winnaar. Hij krijgt betere zorg voor een betaalbare premie.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik heb vier keer gevraagd of de minister bereid is met een evaluatie te komen over de stand van zaken. Zijn de zegeningen waarin zij gelooft bereikt?

Minister **Schippers**: De heer Van der Veen vroeg waar de 95% ex ante uit blijkt. Dat is het resultaat van het onderzoeksrapport Risicoverevening in de zorgverzekering van vorig jaar. Als hij dat wil, kan ik het schriftelijk aan hem toesturen.

Er worden continu evaluaties gedaan. De NZa doet periodieke evaluaties en houdt in de gaten wat de ontwikkelingen zijn, welke stappen we nemen en wat daarvan de gevolgen zijn in de sector.

Ik ben geen voorstander van risicoselectie. Daarom hecht ik aan het parallel invoeren van flankerend beleid bij het afbouwen van de macrona-culatie en de ex-postmechanismen. Ik vind het belangrijk dat mensen kunnen kiezen. Daar is het gehele systeem op gericht.

Er is één keer een voorwaardelijke opname van een duur geneesmiddel geschrapd. Dat is gebeurd met Taxol. Toen was er geen voorlopige vergoeding, maar een tijdelijke subsidie van het CVZ.

Voor de voorlopig in de beleidsregel opgenomen middelen vinden de eerste beoordelingen later dit jaar plaats. Als we naar een pakket met tijdelijke toelatingen gaan en we constateren dat dit niet oplevert wat we ervan dachten, moeten we kunnen beslissen dat we het uit het pakket halen. Als we dat niet doen heeft het systeem weinig zin. Ik ben daar een groot voorstander van.

De **voorzitter**: Dan zijn we aan het eind gekomen van dit algemeen overleg. Er is behoefte aan een VAO.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik heb in tweede termijn één vraag gesteld, die niet is beantwoord. Is de minister met mij eens dat afbouw

van de ex-postcompensatie niet mag leiden tot risicoselectie, premiestijging en beperking van keuzemogelijkheden voor verzekerden?

Minister **Schippers**: Ik ben geen voorstander van risicoselectie. Dat is de reden dat ik flankerend beleid heb bij de afbouw van de ex-postregeling en de macronacalculatie. Ik heb aangegeven dat ik een groot voorstander ben van keuzemogelijkheden. Daar is het model op ingericht, zowel in de keuze van verzekeraar als in het zorgaanbod. Ten aanzien van de premie weten we één ding zeker. Die zal stijgen, maar we moeten een dusdanig systeem bouwen dat die premie straks betaalbaar is voor iedereen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Dus de minister is het met me eens.

Minister **Schippers**: Ja. Maar de premie zal stijgen door de toeslagmaatregelen bij risico's. Het is evident dat dit zal gebeuren. Over de hoogte van de toeslag lopen de meningen sterk uiteen. Uiteindelijk geeft het systeem meer zorg voor de premie die je er aan uitgeeft. Het wordt dus gecompenseerd in doelmatigheid van de zorgverlening.

De **voorzitter**: Ik zal namens de commissie een VAO aanvragen. Ik dank de aanwezigen voor hun inbreng en ik sluit de vergadering.