

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 5 juli 2011 inzake het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 20122015 met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFu), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) (29 248, nr. 215) en de brief van 15 juli 2011 inzake het Macrobeheersinstrument curatieve zorg (29 248, nr. 216).

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

- I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties
- II. Reactie van de minister

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het hoofdlijnenakkoord en zijn verheugd dat de minister samen met de sector tot afspraken heeft kunnen komen om de groei van de ziekenhuiszorg tussen 2012–2015 te beperken. Deze leden hebben nog enkele vragen.

Dit is een hoofdlijnenakkoord en zoals bekend zit «de duivel juist in de details». Kan de minister de details en de bijbehorende duiveltjes eens schetsen? In augustus verwoorde de voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland dat de feitelijke groeiruinimte voor ziekenhuizen op nul of negatief uit komt wanneer de overschrijdingen van afgelopen jaren en verwachte overschrijdingen van het budgettaire kader in 2011 worden afgetrokken. Hoe beoordeelt de minister deze uitspraak in relatie tot het hoofdlijnenakkoord waarin gesproken wordt over een groei van 2,5 procent? Is er (meer recente) informatie beschikbaar over hoe het ziekenhuisbudget zich ontwikkelt over 2010 en 2011? Is er en zo ja, in welke mate, sprake van overschrijdingen? Is het zo dat zorgverzekeraars er bij hun premiestelling vanuit gaan dat de kosten voor ziekenhuiszorg toch hoger uitvallen?

De ambitie is te komen tot een structurele uitgavengroei van 2,5 procent exclusief loon en prijsbijstelling. Genoemde leden vragen de minister toe te lichten op welke wijze het mogelijk is voor individuele zorgaanbieders te differentiëren onder dit macrokader voor de uitgavengroei. Ziekenhuizen die goed presenteren op gebied van bijvoorbeeld kwaliteit en bejegening van patiënten, zullen naar verwachting steeds meer patiënten ontvangen. Dit is een gewenste ontwikkeling, patiënten (en verzekeraars) die op basis van kwaliteit kiezen voor een zorgaanbieder. Echter, de macro groeiruinimte van 2,5 procent zal juist voor deze goed presterende zorgaanbieders knellend zijn, wanneer deze vertaald wordt naar een groeiruinimte van 2,5 procent per individueel ziekenhuis. Deelt u de mening dat van eenzelfde groeipercentage van 2,5 procent per zorgaanbieder geen stimulans uit gaat voor de goed presterende ziekenhuizen om betere zorg te leveren en verder te groeien? Hoe schat de minister de kans in dat goed presterende zorgaanbieders vanwege de afspraken gaan fuseren met slechtere ziekenhuizen om toch groei mogelijk te maken? Zou dit wat de minister betreft een gewenste ontwikkeling zijn?

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen spreiding en specialisatie van ziekenhuisfuncties bewerkstelligen. Dit vereist dat de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) afspraken tussen ziekenhuizen onderling moet gaan toetsen op ziektebeeldniveau in plaats van ziekenhuisniveau. Gaat de NMa dit doen en zo ja, hoe precies?

In de paragraaf facilitaire herindeling zorglandschap wordt gesproken over de oprichting van een herstructureringsfonds. Wie wordt precies gecompenseerd bij de versnelde afschrijving van capaciteit? De stichting die eigenaar is van het ziekenhuis? De financiële instelling die het ziekenhuis geld heeft geleend? Het personeel dat op zoek moet naar een

andere baan? Hoe groot zal dit herstructureringsfonds naar verwachting zijn? Welke partijen storten een bijdrage in dit fonds? Hoe lang verwacht de minister dat het duurt voordat de verandering van het ziekenhuislandschap echt op gang komt? Hoe lang zal het vervolgens duren voordat de contouren van het nieuwe ziekenhuislandschap zichtbaar worden? Hoe verhoudt de instelling van het herstructureringsfonds zich tot de Mededingingswet?

De leden van de VVD-fractie vragen de minister hoe zij oordeelt over pogingen van lokale overheden om met garantstellingen en leningen een ziekenhuis in de eigen gemeente of provincie overeind te houden. Wat vindt de minister van de situatie met betrekking tot de Ommelander Ziekenhuis Groep? Vanwege geografische en exploitatietechnische redenen willen zij van locatie veranderen. De provincie geeft geen vergunning af omdat het niet binnen het omgevingsplan past en het een negatieve invloed zou hebben op de regionale economie. Wat vindt de minister van het handelen van de provincie?

Is de minister al in overleg getreden met de NMa en eventueel ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de ruimte die zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben bij de herindeling van het ziekenhuislandschap? Wat is er uit dat overleg gekomen?

De leden van de VVD-fractie waarderen het zeer dat mogelijkheden zijn onderzocht om te komen tot een verfijnder instrument ter vervanging van het macrobeheersinstrument (mbi), maar betreuren het dat er nog geen werkbare alternatieven zijn gevonden. Welke mogelijkheden zijn precies onderzocht en wat zijn de voor- en nadelen van elk van de onderzochte alternatieven? Is de minister van plan om het komende jaar te monitoren in hoeverre de nadelen van het bestaan van het macrobeheersingsinstrument bewaarheid worden? Is de NZa gevraagd mee te denken over een verfijnder instrument? Zo ja, wat was hiervan de uitkomst en zo nee, waarom niet? Zijn in het buitenland ervaringen opgedaan met een soortgelijk macrobeheersingsinstrument als voorgesteld in de brief «Zorg die loont» en zo ja, welke?

Hoe verhouden de voor- en nadelen van de onderzochte alternatieven zich tot de nadelen van het voorgestelde generieke macrobeheersinstrument zoals recent beschreven in het ESB-artikel «Macrobudget ontkracht prijsconcurrentie ziekenhuizen» van Schut, Van de Ven en Varkevisser? Is de minister het eens met de analyse van het genoemde ESB-artikel dat de dreigende inzet van het macrobeheersingsinstrument individuele instellingen prikkelt om vooral via prijsverhogingen de eigen omzet te verhogen?

Kan de minister een reactie geven op de paragraaf «Kostenbeheersing door een macrobudget» op pagina 15 van de CPB Policy Brief 2011/ 06, die eindigt met de vraag of een macrobudget de kosten kan beheersen?

Hoe verhoudt de wens om individuele instellingen te prikkelen om in de markt omzetgroei te realiseren zich tot de in het onlangs gesloten hoofdlijnenakkoord uitgesproken ambitie om de groei van de totale uitgaven te besperken?

Uit de analyse in het ESB-artikel blijkt dat het macrobeheersingsinstrument een prikkel tot prijsverhoging geeft. Wat vindt de minister van het idee om deze prikkel om te draaien? Dat zou kunnen door af te spreken dat de 25 procent ziekenhuizen die de laagste prijs per behandeling realiseren uit te sluiten van de korting. Dat prikkelt tot prijsverlaging. Wat vindt de minister van dit idee?

Als het macrobeheersingsinstrument boven de markt hangt zullen individuele ziekenhuizen niet mee willen werken aan specialisatie en daarmee omzetgroei van andere ziekenhuizen. In hoeverre staat het macrobeheersingsinstrument de herindeling van het zorglandschap in de weg?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2020–2015 dat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft gesloten met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFu), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Deze leden steunen het voornemen tot een beheerste uitgavengroei in de zorg te komen, maar is kritisch over het gesloten hoofdlijnenakkoord.

Op de eerste plaats vragen zij wat er gebeurt indien er over het jaar 2012 onverhoopt toch een overschrijding van de 2,5 procent exclusief loon- en prijsbijstelling plaatsvindt. Welke partij draagt de verantwoordelijkheid voor een dergelijke overschrijding? In hoeverre worden verzekeraars, omdat zij in het nieuwe zorgstelsel de regierol op zich zouden moeten nemen, hierop afgerekend? Het hoofdlijnenakkoord zegt dat verschillende partijen verschillende verantwoordelijkheden hebben, maar verbindt hier geen verschillende afrekenmethodes aan. Het hoofdlijnenakkoord stelt enkel dat er een gezamenlijke ambitie is om de uitgaven groei terug te brengen naar een significant lager niveau. Maar waarom is er geen sprake van een resultaatsverplichting? Wie bepaalt of een overschrijding van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) daadwerkelijk het gevolg was van het naleven van de zorgplicht, dus bovencontractuele groei, of het gevolg is geweest van het slecht letten door de zorgverzekeraars op het macro-budget? Het hoofdlijnenakkoord geeft geen enkele analyse hoe het komt dat sinds 2005 de uitgavengroei is gestegen naar trendmatige 6–7 procent nominaal per jaar. Wat zijn volgens de minister de oorzaken en om welke redenen zou het hoofdlijnenakkoord deze oorzaken nu tegengaan? Kan de minister ingaan op de spanning tussen prestatiebekostiging, welke stimuleert tot meer verrichtingen en hogere omzet, en de wens van de minister de collectieve uitgaven in een vastgesteld makro-kader te houden? Hebben vrije prestatiebekostiging en een makro-kader geen tegengestelde doelen, de eerste meer prestaties door financiële prikkels, de tweede begrenzing van totale kosten?

Het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord stelt dat, als het gaat om de betaalbaarheid, de overheid verantwoordelijk is voor het scheppen van randvoorwaarden zodat zorgaanbieders en zorgverzekeraars als private partijen hun rol in het zorgstelsel kunnen spelen. De NVZ heeft het akkoord ondertekend om de jaarlijkse onzekerheid betreffende de instellingsbudgetten van haar leden te verminderen. Ziekenhuizen ondervinden er hinder van voorafgaande een boekjaar gestimuleerd te worden betere en meer verrichtingen tegen een lagere prijs uit te voeren, maar na het betreffende boekjaar gekort te worden omdat het BKZ is overschreden. Herkent de minister zich hierin? In hoeverre kunnen ziekenhuizen in deze omstandigheden als private partij hun rol in het zorgstelsel spelen? In het overleg over het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat de zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn om binnen de BKZ voor 2012 de ziekenhuizen, Universitair Medische Centra (UMC's), zelfstandig behandelcentra (ZBC's) te contracteren. Om binnen de groeiruin te blijven zijn een aantal maatregelen in het hoofdlijnenakkoord aangegeven. Deze maatregelen zullen niet voor 2012 en waarschijnlijk ook nog niet in 2012 effect hebben. Deze maatregelen

moeten leiden tot vermindering (van de groei) van de zorgvraag en tot kostenbesparing, die dus nog niet in 2012 effect zullen hebben. Zal er in 2012 dan geen grote spanning ontstaan tussen de zorgvraag en het BKZ?

De Kamer en de NVZ hebben meerdere malen hun zorgen uitgesproken dat de huidige opzet van het macrobeheersingsinstrument een perverse prikkel kent. Het stimuleert zorgaanbieders de omzet zoveel mogelijk te vergroten, omdat het zorgaanbieders dan relatief goed uitkomt indien achteraf overschrijdingen moeten worden verrekend. In de Kamer is de motie Mulder¹ aangenomen, waarin werd gevraagd om een alternatief macrobeheersingsinstrument. Wat is de stand van zaken ten aanzien van een alternatief voor het macrobeheersingsinstrument? ZN heeft zelf een macrobeheersingsinstrument opgesteld waarmee overschrijdingen gedifferentieerd, gebaseerd op geleverde kwaliteitsprestaties, teruggehaald kunnen worden. Dit model is onderschreven door de andere zorgpartijen, waaronder de NVZ. De Kamer heeft nog niet de mogelijkheid gehad hierover met elkaar en de minister van gedachten te wisselen. Kan de minister het voorstel van ZN en haar beoordeling ervan naar de Kamer sturen?

Ervan uitgaande dat de minister in de periode 2012–2015 jaarlijks een maximale uitgavengroei van 2,5 procent goedkeurt en met de veldpartijen afsprekt dit in het boekjaar niet te overschrijden, vragen deze leden of er zo geen sprake is van een nieuw budget- of aanbodsysteem. Een budgetsysteem is eigenlijk waar de NVZ naar op zoek is, omdat het hen de benodigde zekerheid over hun jaarlijkse budget geeft. In het hoofdlijnenakkoord geeft de minister, binnen het financiële kader, ruimte aan veldpartijen om zelf te onderhandelen, zonder dat het kabinet grip heeft op de financieringsstromen van de zorgverzekeraars naar de zorgaanbieders. Hierdoor kan er na een boekjaar sprake zijn van overfinanciering bij ziekenhuizen of overschrijding van het BKZ, waardoor de minister zichzelf gedwongen ziet achteraf in te grijpen met het macrobeheersingsinstrument. Genoemde leden vragen waarom de minister niet expliciet kiest voor een systeem waar in de loop van het jaar de productie afspraken worden vastgelegd zodat al gedurende dat jaar beoordeeld kan worden of de gezamenlijke productieafspraken binnen het voor dat jaar vastgestelde budgettaire blijven. Kan binnen dat systeem niet gewerkt worden met een zogenaamd early warning model waardoor tijdig kan worden vastgesteld of er sprake is van dreigende overschrijdingen? Dit zou het grootste terugkerende probleem in de Nederlandse zorgsector namelijk dat pas (te) laat de overschrijdingen bekend zijn, voor een belangrijk gedeelte oplossen. Is de minister bereid deze gedachtegang in een brief aan de Kamer verder uit te werken?

Zorgaanbieders kunnen op basis van de DOT-opbrengsten en kostprijzen precies uitrekenen wat financieel wel en niet uit kan. Ook de medisch specialisten zijn vastgepind op een groei van maximaal 2,5 procent. Er zal zich op grond van financiële afwegingen een verschuiving van de zorgvraag voordoen van algemene ziekenhuizen naar de UMC's, namelijk de zorgactiviteiten die ook in een algemeen ziekenhuis kunnen plaatsvinden, maar als complex and topreferent worden beschreven, omdat de betreffende DBC's op weg naar Transparantie (DOT's) financieel qua honorarium en/of qua ziekenhuiskosten onvoordelig zijn. Zorgverleners en aanbieders zullen de nieuwe DOT's deels financieel-strategisch benaderen. Zo wordt bijvoorbeeld in een nieuwsbrief van de Vereniging van Heelkunde aangegeven dat bij de vaststelling van de inhoud van de DOT niet de werkelijkheid wordt opgegeven, maar dat de inhoud bepaald wordt of zorgproducten in de toekomst niet meer worden toegerekend aan de chirurg, maar aan spoedeisende hulpartsen (SEH-artsen). UMC's merken nu al een verschuiving van complexe zorg (A-segment) van

¹ Kamerstuk 29 248, nr. 193.

algemene ziekenhuizen naar UMC's, zeker als deze financieel niet kostendekkend zijn. Hoe beoordeelt de minister deze strategische overwegingen? Is hier in de DOT-scenario's rekening mee gehouden? Blijkt hieruit niet juist hoe onvolledig en onjuist de DOT producten zijn, met name voor de complexere zorg, waardoor UMC's waarschijnlijk onvoldoende vergoeding ontvangen («zwarte gat») en liquiditeitsproblemen krijgen? Hoe kijkt de minister er tegen aan dat uit een eerste evaluatie van de NZa er bij de UMC's een zwart gat (een ongedekte rekening) van 27 procent (€ 540 miljoen) ontstaat door onvolkomenheden in de productiestructuur? Op dergelijke systeemfouten kan niet de 5 procent korting in 2012 in het transitietraject worden toegepast. Heeft de Minister in de aanwijzing aan de NZa voor dit probleem aandacht gevraagd?

De leden van de PvdA-fractie vragen de minister hoe de zij gezamenlijke afspraak van ZN beoordeelt dat er in 2012 geen groei ruimte voor ziekenhuizen is. In het hoofdlijnenakkoord wordt immers uitgegaan van een jaarlijkse groei ruimte van 2,5 procent. Wat is de ontwikkeling van het ziekenhuisbudget in 2010 en 2011? De overschrijding van 265 miljoen in 2010 is toch al in mindering gebracht (pagina 3)? Zijn het kabinet nieuwe overschrijdingen bekend? Als er geen overschrijding bekend is, is het dan niet voorbarig van ZN om het ziekenhuisbudget op nul vast te stellen? Waarom spreekt de minister een veldpartij als ZN niet aan op deze actie? Het gaat immers niet om een individuele actie van zorgverzekeraars, maar een gecoördineerde actie, welke in strijd is met een competitief marktmodel wat dit kabinet aanhangt. In het hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat de ondertekenende partijen gezamenlijk zouden afstemmen bij het constateren van nieuwe overschrijdingen en hier gezamenlijk oplossingen voor zouden aandragen. Hoe past de gezamenlijke afspraak van ZN binnen dit hoofdlijnenakkoord? In hoeverre komt de rol van verzekeraars als selectief inkoper van zorg uit de verf als ze collectief op de nullijn gaan zitten? De minister heeft afgelopen week op het congres van de zorgverzekeraars gezegd dat zorgverzekeraars zich op winst richten en dus geldelijk moeten worden beloond. De leden van ZN gaven op dezelfde dag aan dat in de premiestelling voor 2012 al rekening was gehouden met overschrijdingen van de ziekenhuiskosten. Dat is toch een vreemde situatie? Verzekeraars zouden de kosten in de hand moeten houden maar wentelen al bij voorbaat de eventuele kostenoverschrijdingen af op de verzekerde. Hoe beoordeelt de minister dit?

De minister gaat ervan uit dat het afschaffen van de macronacalculatie de zorgverzekeraars zal dwingen tot een doelmatiger zorginkoop. Hoe beoordeelt de minister in dat kader de recente uitlating van de voorzitter van ZN¹ dat het afschaffen van de macronacalculatie gepaard gaat met een extra premiestijging van 50 euro? Deelt de minister de mening dat hiermee elke financiële prikkel tot doelmatiger zorginkoop is vervallen?

In het hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat partijen in de zorg afspraken maken over het verbeteren van de transparantie in de kwaliteit van geleverde zorg. Genoemde leden vragen waarom de minister hierin geen leidende rol neemt? Transparantie van de kwaliteit van zorgproducten, symmetrische informatie voor patiënt, verzekeraar en zorgaanbieder, was in 2005 immers een randvoorwaarde om marktwerking goed te laten functioneren. Dit kabinet zet sterk in op marktwerking, dan verwachten deze leden dat het kabinet ook een leidende rol neemt in het creëren van de noodzakelijke randvoorwaarden om deze marktwerking te laten slagen. De leden van de PvdA-fractie zijn teleurgesteld dat er wel grote tempo wordt gemaakt met de financiële regelgeving voor marktwerking maar er grote vertraging is als het gaat om de kwalitatieve regelgeving voor marktwerking. Deze leden zijn van mening dat de minister zorgaanbieders

¹ Trouw, d.d. 28 september 2011

moet verplichten kwaliteitsgegevens op vastgestelde indicatoren aan te leveren aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en deze moet publiceren. Op deze wijze is er één goede standaard waarmee zorgverzekeraars selectief zorg in kunnen kopen, wordt de kwaliteit van de zorg transparant en ontstaat er opwaartse competitieve druk tussen zorgaanbieders.

Hoe beoordeelt de minister de recente uitlating van de voorzitter van ZN dat de ziekenhuizen volgend jaar niet meer zorg mogen leveren in verband met de overschrijdingen in voorgaande jaren in relatie tot de opmerking van de directeur van de NVZ dat «er nog echt ruimte is voor groei»?

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

Met belangstelling hebben de leden van de CDA-fractie kennisgenomen van het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015. Het belang van dit akkoord is dat alle partijen, overheid, zorgaanbieders van ziekenhuiszorg en zorgverzekeraars de handen ineen slaan en zich verantwoordelijk voelen voor goede, betaalbare en toegankelijke zorg. Naast de afspraken die al gemaakt waren met de vrijgevestigde medisch specialisten komt met dit hoofdlijnenakkoord de beheersbaarheid van de zorgkosten een stap dichterbij. Dat is niet gemakkelijk, zo lezen genoemde leden in het akkoord. Het is wel zeer de moeite waard om het te proberen, omdat het verleden met het terughalen van overschrijdingen en de controverses die dat opriep zeer onaantrekkelijk was. We staan voor heel grote opgaven waar het de gezondheidszorg betreft. Het perspectief van ontwikkeling van goede gezondheidszorg is positief, maar moet wel passen binnen een beheersbaarheid van zorgkosten. We willen en het een en het ander. Dat vergt moed om hierover afspraken te maken. De leden van de CDA-fractie hebben de volgende vragen en opmerkingen.

Vanwege de zorgplicht is het moeilijk te komen tot een resultaatverplichting, dat is duidelijk. De zorgverzekeraars zullen letten op doelmatige en gepaste zorg en vooral het beginsel «gepast gebruik» hanteren om het volume te beheersen. Is op alle zorgterreinen voldoende bekend wat precies in voorkomende gevallen gepaste zorg is, om hierop in te kopen en wel al in 2012? De vraag naar de consequenties hiervan voor de restitutiepolissen staat wel in het hoofdlijnenakkoord, maar wordt nog niet beantwoord. «Nader bezien» is de gebezigde term. Kan de minister hier nader op ingaan? Komen de zorgverzekeraars binnen afzienbare termijn met een voorstel? Dezelfde vraag stellen genoemde leden ten aanzien van de praktijkvariatie. Is hierover al voldoende bekend voor zorgverzekeraars om aanknopingspunten te hebben voor de contractering?

Partijen zullen aansturen op doelmatig geneesmiddelengebruik. Is er sprake van het risico dat de ziekenhuizen het voorschrijven van bepaalde medicijnen doorschuiven naar huisartsen? Hoe gaat de minister deze mogelijke «substitutie» tegen?

Een gevolg van de afspraken kan zijn dat er capaciteit wordt afgestoten, dat krachten worden gebundeld, dat zorg wordt gespecialiseerd of juist gespreid. De rol van de NMa wordt in het hoofdlijnenakkoord al genoemd. Kan de minister ingaan op de vraag welke ruimte partijen moeten krijgen binnen de mededingingswetgeving en zijn er ook redenen om deze wetgeving aan te passen op onderdelen? Heeft de herinrichting van het zorglandschap ook een verschillende uitwerking voor algemene ziekenhuiszorg of academische zorg? Zo ja, welke?

Ten aanzien van de voorhang macrobeheersinstrument delen de leden van de CDA fractie de mening van de minister dat het noodzakelijk is een stok achter de deur te hebben. Dit is wettelijk vastgelegd en zo hoort het ook. Over de vormgeving van het macrobeheersinstrument hebben genoemde leden nog een paar vragen. De overschrijding wordt, zo stelt de minister, generiek verrekend en de NZa berekent het bedrag dat een individuele instelling moet bijdragen aan deze verrekening. Kan de minister toelichten hoe een ziekenhuis of een ander onder het macrobeheersingsinstrument vallende instelling toch kan groeien? In de brief staat dat de relatieve positie van instellingen in stand blijft. Graag een toelichting van de minister hoe dit dan vorm krijgt.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister en het onderliggende bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015 dat zij heeft gesloten met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFu), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De minister stelt in haar brief dat de afspraken onder meer een volumegroei van 2,5 procent behelzen. Tijdens de plenaire behandeling van de wijziging van de zorgverzekeringswet in verband met de verhoging van het verplicht eigen risico (d.d. 27 september 2011) sprak de minister uit dat zij aanneemt dat de ondertekenaars van het akkoord goed zijn voor hun handtekening. Genoemde leden vernemen graag hoe deze opmerking zich verhoudt tot de actie van Zorgverzekeraars Nederland, die in strijd met het akkoord, kennelijk uitgaan van 0 procent volumegroei of zelfs een volumekrimp. Gelet op de toenemende (inkoop)macht die de minister de zorgverzekeraars verschaft, nemen de leden van de SP-fractie deze uitspraak serieus. Zij vernemen daarnaast graag hoe de minister haar verantwoordelijkheid ziet ten opzichte van de overige ondertekenaars van het hoofdlijnenakkoord. Opvallend is haar passieve houding in deze materie. Er staan handtekeningen en dat is dan dat, lijkt de houding van de minister te zijn.

Genoemde leden vragen de minister of zij erkent dat zij eindverantwoordelijk is voor de ziekenhuiszorg in Nederland en hoe zij deze verantwoordelijkheid actief invult. Indien de minister van mening is dat de «veldpartijen» onderling de zorg maar moeten regelen, kan zij naar het oordeel van deze leden net zo goed het ministerie opheffen. Kan de minister een reactie geven op de stelling dat de instandhouding en verbetering van een voor de volksgezondheid en welvaart zo vitale voorziening als goede, toegankelijke en bereikbare ziekenhuiszorg een optredende in plaats van weggijkende overheid en een centrale planning op basis van de reële zorgbehoefte van een populatie vereist? Deze leden vinden het ronduit bizar dat de minister vitale medische infrastructuur van ons land afhankelijk wenst te maken van de uitkomst van een belangenstrijd tussen verschillende en in toenemende mate commerciële partijen. Erkent de minister dat het voornaamste marktbelang van een zorgverzekeraar het beperken van zijn schadelast is? Erkent de minister dat privéklinieken er belang bij hebben hun eigen marktaandeel te vergroten en dat dit alleen kan ten koste van de reguliere ziekenhuizen als er tegelijkertijd paal en perk aan de volumegroei moet worden gesteld? De leden van de SP-fractie verlangen dat de minister toelicht waar zij haar vertrouwen op baseert dat marktpartijen met tegenstrijdige belangen, die reeds hebben aangetoond zich weinig aan te trekken van de geplaatste handtekeningen onder het hoofdlijnenakkoord, het belang van de volksgezondheid en de patiënt het beste zullen dienen. Welke onderzoeken, cijfers en rapporten kan de minister overleggen die aantonen dat de door haar gewenste ordening de meeste voordelen biedt voor de burger op korte en lange

termijn? Kan de minister op korte termijn de Kamer een overzicht van de publicaties toezendend waarop zij de verwachting baseert dat haar beleid de gewenste vruchten zal afwerpen?

Op welke wijze kan de minister naleving van het hoofdlijnenakkoord afdwingen? Erkent zij dat convenanten waarin «gezamenlijke ambities» worden uitgesproken, niet afdwingbaar zijn? Op welke wijze kan zij vaststellen of de inspanningsverplichting door de ondertekenaars voldoende is nageleefd? Wat is het hoofdlijnenakkoord nu eigenlijk waard?

De leden van de SP-fractie verzoeken de minister om een reactie op het feit dat er de afgelopen jaren een omzetgroei van 7–10 procent heeft plaatsgevonden in de ziekenhuiszorg. Genoemde leden vragen hoe deze realiteit zich verhoudt tot het wensdenken in het convenant waarbij wordt uitgegaan van een maximale stijging van de omzet met 5 procent (2,5 procent volumegroei in combinatie met de prijscompensatie van inflatie, loonkosten e.d.). Kan de minister reageren op de vrees dat een afname van de kwaliteit van zorg en een toename van de wachtlijsten de consequenties zijn? Indien het verslechteren van de kwaliteit en het toenemen van wachtlijsten niet tot de doelstellingen van de minister behoren, hoe onderbouwt zij dan dat dit niet de uitkomst van haar beleid zal zijn?

Deze leden signaleren een aantal tegenstrijdigheden. De leden van de SP-fractie gaan ervan uit dat voor ziekenhuizen de artseneed prioriteit heeft boven alle andere belangen. Mogen zij hier nog steeds van uitgaan? Deelt de minister de opvatting dat ziekenhuizen geroepen zijn om te zorgen voor zieken en het belang van de patiënt voorop te stellen waarbij andere belangen en afwegingen bijzaak zijn? Indien de minister deze opvatting deelt, vindt zij het dan niet tegenstrijdig dat, als de vraag aan zorg toeneemt met meer dan de overeengekomen 2,5 procent, de ziekenhuizen worden gestraft louter omdat zij hun werk doen en de eed eerbiedigen?

Een andere tegenstrijdigheid die deze leden opmerken, is het door de minister gewenste systeem dat maakt dat ziekenhuizen collectief worden gestraft indien één of enkele van hen een overschrijding heeft. Zij verlangen dat de minister toelicht waarom alle ziekenhuizen een tariefkorting krijgen als slechts één of enkele ziekenhuizen een overschrijding hebben. Vindt de minister het een rechtvaardige uitkomst van haar systeem dat ziekenhuizen die zich keurig aan het convenant weten te houden, de dupe worden van collega's die hier niet in slagen? Tot slot vragen zij een reactie van de minister op de tegenstrijdigheid tussen enerzijds haar wens om meer marktwerking te introduceren en uit te breiden in de ziekenhuiszorg en anderzijds haar wens om de «productie» te beperken. Erkent de minister dat de prikkel om zoveel mogelijk omzet te genereren inherent is aan marktwerking? De leden van de SP-fractie zijn van mening dat het inconsequent is om, als partijen maximale omzet maken zoals in een vrije markt van hen wordt verwacht, hen daarvoor te straffen.

II. Reactie van de minister