

Vergaderjaar 2011–2012

**33 060**

**Uitgavenbeheersing in de zorg**

**Nr. 4**

**LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 9 december 2011

De commissie voor de Rijksuitgaven<sup>1</sup> en de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>2</sup> hebben over het rapport «Uitgavenbeheersing in de zorg» van de Algemene Rekenkamer (Kamerstuk 33 060, nr. 2) de navolgende vragen ter beantwoording aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd.

Deze vragen, alsmede de daarop bij brief van 8 december 2011 gegeven antwoorden, zijn hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie voor de Rijksuitgaven,  
Van Gerven

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

De adjunct-griffier van de commissie voor de Rijksuitgaven,  
Clemens

## **Vragen van de commissie**

1

*Kan de minister toelichten welke effecten zij verwacht van de introductie van winstuitkeringen in de zorg, in het licht van de kritiek van de Algemene Rekenkamer?*

2

*Op welke wijze kan de minister ingrijpen in het private zorgstelsel indien een van de drie publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid wordt geschaad?*

3

*Welke actuele informatie om tijdig te kunnen bijsturen gaat de minister zich verschaffen? En welke wettelijke instrumenten?*

4

*Gaat de minister aan de Kamer het besluit voorleggen om het jaarlijkse tekort in de AWBZ uit de algemene middelen te bekostigen?*

5

*Op welke wijze gaat de minister het structurele tekort aan de inkomstenkant in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) oplossen?*

6

*Klopt het dat de minister op dit moment minder sturingsmiddelen heeft dan in 1986, een gevolg van de gereguleerde marktwerking, waardoor instrumenten om de capaciteit van de zorgvoorzieningen en het zorgaanbod te maximeren verdwenen zijn?*

7

*Op basis waarvan wordt geconcludeerd dat het introduceren of verhogen van eigen bijdragen vooral leidt tot een verschuiving van de lasten van publiek naar privaat?*

8

*Welke raming, die van het CPB of van VWS, is de afgelopen jaren het meest accuraat geweest?*

9

*Kan de minister de Kamer een overzicht geven van alle beheersingsinstrumenten in de zorg die sinds 1986 zijn komen te vervallen?*

10

*Is de minister bereid om voortaan bij pakketmaatregelen standaard bij te houden in welke mate de beoogde bezuiniging is bereikt en hierover de Kamer te informeren?*

11

*Kan de minister uitleggen hoe het hanteren van een prijsbeheersingsinstrument zich verhoudt tot haar doelstelling van gereguleerde marktwerking? Erkent zij dat deze zaken met elkaar op gespannen voet staan?*

12

*Hoe komt het dat er een vrij groot verschil is tussen de ramingen van het CPB en VWS, en ze beiden afwijken van de uiteindelijk bereikte realisatie?*

13

*Gaat de minister aan de Kamer inzicht bieden in de verschillen tussen beide ramingen en in de wijze waarop de CPB-raming wordt vertaald in de uitgavenplanning voor de verschillende zorgsectoren?*

14

*Hoe komt het dat het zicht op de oorzaak van tegenvallers beperkt is en hoe kan dit zicht worden verbeterd?*

15

*Kan een overzicht gegeven worden van de hedendaagse wetenschappelijke literatuur over de (bij)werkingen van de tariefmaatregelen, eigen betalingen en pakketmaatregelen als compensatiemaatregelen?*

16

*Gaat de minister in de Voorjaarsnota en Miljoenennota vermelden wat de achterliggende oorzaken van de actueel bekendste overschrijdingen zijn en gaat zij zorgen voor evaluaties van de effectiviteit van de compenserende maatregelen?*

17

*Kan de minister alsnog onderbouwen waarom macro- en efficiencykortingen het gewenste resultaat opleveren?*

18

*Is de minister bereid het instrument van macro- en efficiencykortingen te evalueren?*

19

*Is de minister bereid de eigen bijdragen in de AWBZ te evalueren?*

20

*Hoe gaat de minister zorgen dat de gegevens van het ministerie van VWS en de gegevens uit het jaarverslag van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) beter op elkaar afgestemd worden?*

21

*Gaat de minister in haar begrotingen ook de definitieve cijfers over de nettorealisatie van de zorguitgaven die onder het Budgettair Kader Zorg (BKZ) vallen geven, bijvoorbeeld standaard tot tien jaar terug?*

22

*Gaat de minister verantwoording afleggen over de definitieve realisatiecijfers van de zorguitgaven die onder het BKZ vallen?*

23

*Hoe gaat de minister zorgen voor tijdige, actuele, complete en overzichtelijke informatie over de zorguitgaven, zodat tijdig bijgestuurd kan worden en de informatiepositie van de Kamer wordt verbeterd?*

24

*Wat is de reden dat de zorguitgaven door de minister twee keer per jaar worden geactualiseerd? Waarom wordt bijvoorbeeld niet gekozen voor vier keer per jaar? Is er een mogelijkheid de actualisatie vaker per jaar te laten plaatsvinden?*

25

*Wat is de lastendruk op de verschillende inkomensgroepen omdat de AWBZ deels uit de AWBZ-premies (lopende over de eerste en tweede belastingschijf) en deels uit de belastingen (lopende over alle belasting-*

*schrijven) wordt gefinancierd? Wat is de lastendruk als de AWBZ-premie over alle belastingschrijven gefinancierd zou worden en geen belastingbijdrage meer nodig zou zijn?*

26

*Kan de minister nader onderbouwen waarom zij het oneens is met de constatering dat de financiering van de AWBZ niet sluitend is, gelet op het feit dat een aanzienlijk deel van de AWBZ-premie niet naar het AFBZ gaat, maar naar heffingskortingen, en het tekort in dat fonds oploopt?*

27

*Onder welke voorwaarden kan het macrobeheersingsinstrument (MBI) worden afgeschaft, aangezien het maar een overgangsinstrument is om de betaalbaarheid te garanderen in de overgangperiode waarin alle prikkels niet optimaal zijn?*

28

*Waarom is de CPB-raming leidend voor de vaststelling van het totale Budgettair Kader Zorg en niet de VWS-raming, terwijl de VWS-raming hogere totale uitgaven raamt dan het CPB?*

29

*Zijn alle exacte overschrijdingen in de jaren 2002–2010 onbekend, omdat de definitieve realisaties onbekend zijn?*

30

*Hoe hoog was het AWBZ-tekort in de jaren 2002–2010 en hoe werd dit gefinancierd?*

31

*Hoe hoog was de roodstand in de jaren 2002–2010 jaarlijks en hoe werd deze gecompenseerd?*

### **Antwoorden van de minister**

In deze brief treft u mijn antwoorden op de lijst met vragen over het rapport Uitgavenbeheersing in de Zorg van de Algemene Rekenkamer. Ik heb ervoor gekozen de antwoorden te groeperen naar onderwerp. De volgorde van antwoorden wijkt daarom af van de volgorde van de lijst met vragen. Achtereenvolgens beantwoord ik de vragen die betrekking hebben op het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, de raming van de zorgkosten, compenserende maatregelen, de informatievoorziening en als laatste de overige vragen. Ieder antwoord wordt voorafgegaan door de betreffende vra(a)g(en). Ik heb ernaar gestreefd de antwoorden zelfstandig leesbaar te laten zijn.

### **Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ)**

4

*Gaat de minister aan de Kamer het besluit voorleggen om het jaarlijks tekort in de AWBZ uit algemene middelen te bekostigen?*

In het Financieel Beeld Zorg wordt uitgebreid beschreven hoe de AWBZ-uitgaven worden gefinancierd. Daar staat ook vermeld dat er (jaarlijks) een negatief exploitatiesaldo is en dat het tekort in het fonds dus oploopt. Ik zie dan ook geen noodzaak om nadere voorstellen te doen om de wijze van financiering van de AWBZ te wijzigen. Door het verstrekken van een rijksbijdrage verandert er immers niets wezenlijks aan de AWBZ-uitgaven. Een rijksbijdrage verkleint weliswaar het tekort van het

AFBZ, maar het tekort van het Rijk wordt evenredig groter en het EMU-saldo verandert per saldo niet. Hetzelfde geldt voor de EMU-schuld.

5

*Op welke wijze gaat de minister het structurele tekort aan de inkomstenkant in het Algemeen Fonds Bijzondere ziektekosten (AFBZ) oplossen?*

Zoals in het rapport van de Algemene Rekenkamer is vermeld bestaat er geen plan om de tekorten weg te werken, omdat de tekorten in het AWBZ-fonds geen probleem zijn. Het is boekhoudkundig mogelijk om naast de Bijdrage In de Kosten van Kortingen (BIKK) een rijksbijdrage in te voeren die corrigeert voor het voorziene tekort in het fonds.

Dit betekent echter alleen een andere manier van boekhouden en leidt daarmee optisch tot een exploitatiesaldo van 0 van het AFBZ. Immers, de genoemde rijksbijdrage wordt gefinancierd uit andere middelen van het Rijk. Het schuiven van middelen heeft geen gevolgen voor de betaalbaarheid van de AWBZ en ook geen gevolgen voor het EMU-saldo en de EMU-schuld.

25

*Wat is de lastendruk op de verschillende inkomensgroepen omdat de AWBZ deels uit de AWBZ-premies (lopende over de eerste en tweede belastingschijf) en deels uit de belastingen (lopende over alle belastingschijven) wordt gefinancierd? Wat is de lastendruk als de AWBZ-premie over alle belastingschijven gefinancierd zou worden en geen belastingbijdrage meer nodig zou zijn?*

In het antwoord op de schriftelijke vragen 524–530 bij de begroting 2012 van VWS is aangegeven hoe de zorgkosten zich ontwikkelen bij diverse huishoudinkomens. Daarbij zijn onder andere de AWBZ-premie en de belasting ter dekking van de rijksbijdrage AWBZ, de rijksbijdrage Zvw en de zorgtoeslag meegenomen. Uit die analyse blijkt dat een tweeverdiener-huishouden met een inkomen tussen minimumloon en 100 000 circa 20% van het bruto-inkomen via premies en belastingen aan zorg besteden. Huishoudens met een heel hoog inkomen betalen een kleiner deel van hun inkomen aan zorg, maar deze huishoudens betalen een duidelijk groter deel van hun inkomen aan belastingen dan huishoudens met een lager inkomen.

Indien de AWBZ-premie over alle belastingschijven wordt geheven dan gaan huishoudens met hoge inkomens meer betalen en huishoudens met lage inkomens minder.

26

*Kan de minister nader onderbouwen waarom zij het oneens is met de constatering dat de financiering van de AWBZ niet sluitend is, gelet op het feit dat een aanzienlijk deel van de AWBZ-premie niet naar het AFBZ gaat, maar naar heffingskortingen, en het tekort in dat fonds oploopt?*

In het Financieel Beeld Zorg wordt uitgebreid beschreven hoe de AWBZ-uitgaven worden gefinancierd. Daar staat ook vermeld dat er (jaarlijks) een negatief exploitatiesaldo is en dat het tekort in het fonds dus oploopt (zie ook antwoord vraag 4).

Ten aanzien van de AWBZ-premies geldt dat deze op grond van de wet financiering sociale verzekeringen bestaat uit de grondslag maal een percentage minus de heffingskortingen. Er is dus geen sprake van dat een deel van de premie niet naar de AWBZ gaat. Alle premieopbrengsten worden gestort en dat wordt in de begroting verantwoord.

30 en 31

*Hoe hoog was het AWBZ-tekort in de jaren 2002–2010 en hoe werd dit gefinancierd?*

*Hoe hoog was de roodstand in de jaren 2002–2010 jaarlijks en hoe werd deze gecompenseerd?*

In onderstaande tabel staat het saldo van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) in de jaren 2002–2010.

**Exploitatiesaldo Algemeen Fonds Bijzonder Ziektekosten per jaar (in miljoenen; + is positief saldo)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Saldo	- 3 009	1 174	1 890	1 074	- 65	368	- 1 115	- 3 283	- 2 715

Bron: Jaarverslagen CVZ

Het AFBZ «bankiert» in de schatkist. Een positief saldo van het AFBZ leidt er toe dat meer geld op de rekening van het AFBZ in de schatkist komt. Een negatief saldo leidt er toe dat minder geld op die rekening komt. Een tekort in de definitie van het CVZ leidt niet direct één op één tot een aanpassing van het saldo op de rekening in de schatkist, omdat het tekort ook wordt beïnvloed door nog te ontvangen of nog te betalen bedragen. Indien gedurende meerdere jaren tekorten zijn, dan leent het AFBZ geld bij Financiën.

**Raming van de Zorgkosten**

8 en 12

*Welke raming, die van het CPB of van VWS, is de afgelopen jaren het meest accuraat geweest?*

*Hoe kan het dat er een vrij groot verschil is tussen de ramingen van het CPB en VWS en dat ze beide afwijken van de uiteindelijke realisatie?*

De laatste tien jaar zijn grote structuurwijzigingen doorgevoerd in de bekostiging van de zorg. Hierdoor is het moeilijk om goed in te schatten of over- of onderschrijdingen het gevolg zijn van een minder accurate raming van de autonome ontwikkeling van de zorguitgaven of dat inschatting van de effecten van de structuur- en beleidswijzigingen zijn onder- of overschat. Het is dan ook niet te zeggen welke raming het meest accuraat is geweest.

De Taskforce beheersing zorguitgaven bekijkt de verschillen tussen de raming van het CPB en van VWS en gaat na of het mogelijk is beide ramingen beter op elkaar aan te laten sluiten.

13

*Gaat de minister aan de Kamer inzicht bieden in de verschillen tussen beide ramingen en in de wijze waarop de CPB raming wordt vertaald in de uitgaven planning voor de verschillende zorgsectoren?*

Zoals ik in mijn reactie aan de Rekenkamer reeds heb aangegeven vind ik de aanbeveling van de Rekenkamer om «de Tweede Kamer inzicht te bieden in de verschillen tussen beide ramingen en in de wijze waarop de CPB-raming wordt vertaald in de uitgavenplanning voor de verschillende zorgsectoren» ongelukkig.

Ten eerste wordt de suggestie gewekt dat nu geen inzicht wordt gegeven in de wijze waarop de CPB-raming wordt vertaald in de uitgavenplanning voor de verschillende zorgsectoren. Dat is echter onjuist, want in de begroting van VWS is uiteindelijk zichtbaar welke middelen per sector beschikbaar zijn. De begroting bevat de uitkomst van de vertaling van de CPB-raming van de autonome uitgavenontwikkeling naar de verschillende

zorgsectoren gecombineerd met de effecten van het kabinetsbeleid op die verschillende zorgsectoren.

Ten tweede brengt het *vooraf* verschaffen van inzicht aan de Tweede Kamer in de wijze waarop de CPB-raming wordt vertaald in de daadwerkelijke uitgavenontwikkeling van de verschillende deelsectoren een groot risico met zich mee. Dit kan het onderhandelingsproces binnen de verschillende sectoren over de budgettaire ontwikkeling verstoren. Dit draagt mijns inziens niet bij aan uitgavenbeheersing. Ik neem de aanbeveling dan ook niet over.

28

*Waarom is de CPB raming leidend voor de vaststelling van het totale Budgettair Kader Zorg en niet de VWS raming, terwijl de VWS-raming hogere totale uitgaven raamt dan het CPB?*

De CPB raming is leidend omdat het CPB een onafhankelijke instantie is die een doorrekening maakt voor de gehele overheidsfinanciën en er op deze wijze een integraal en consistent beeld van de gehele overheidsfinanciën kan worden opgesteld.

### **Compenserende maatregelen**

2

*Op welke wijze kan de minister ingrijpen in het private zorgstelsel indien een van de drie publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid wordt geschaad?*

In geval van overschrijdingen van het BKZ kan ik tariefmaatregelen en pakketmaatregelen nemen of eigen bijdragen vragen. Dergelijke maatregelen dragen bij aan de macro betaalbaarheid van de zorg. De toegang tot de zorg is in het stelsel gewaarborgd door een acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en een zorgplicht voor de zorgverzekeraar/zorgkantoor. Bij de inkoop van zorg moet de verzekeraar/zorgkantoor zowel de prijs als de kwaliteit betrekken. De IGZ houdt toezicht om een minimum kwaliteitsniveau te kunnen waarborgen.

6 en 9

*Klopt het dat de minister op dit moment minder sturingsmiddelen heeft dan in 1986, gevolg van gereguleerde marktwerking, waardoor instrumenten om de capaciteit van de zorgvoorzieningen en het zorgaanbod te maximeren verdwenen zijn?*

*Kan de minister de Kamer een overzicht geven van alle beheersingsinstrumenten in de zorg die sinds 1986 zijn komen te vervallen?*

Er is niet zozeer sprake van minder sturingsmiddelen dan in 1986, als wel van een omslag in de sturing door de stelselontwikkelingen van de afgelopen jaren. Met de vervanging van de Wet ziekenhuisvoorzieningen door de Wet toelating zorginstellingen, de vervanging van de Ziekenfondswet en de Wet op de toelating tot ziektekostenverzekeringen door de Zorgverzekeringswet en de uitbreiding van de Wet tarieven gezondheidszorg tot de Wet marktordening gezondheidszorg is een verschuiving ingezet van directe aanbodsturing door overheidsinterventie voor een deel van de bevolking naar vraagsturing voor de hele Nederlandse bevolking in een sociale ziektekostenverzekering.

Een door de overheid gecontroleerd systeem van beroepsuitoefening, planning, vestiging, bouw, en de verplichte afnemingscapaciteit van zorgaanbieders door verzekeraars voor een door de overheid bepaalde prijs is vervangen door een stelsel waarin verzekerden de verzekeraars

moeten prikkelen tot het inkopen van de zorg die zij als patiënten nodig hebben voor een met de gekwalificeerde zorgaanbieder overeen te komen prijs.

Waar onder de «oude» systematiek de nadruk lag op directe aanbodssturing door overheidsinterventie ligt in een systeem van gereguleerde marktwerking de nadruk op de rol van de minister als systeemverantwoordelijke. De overheid houdt in dat stelsel de vinger aan de pols inzake toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit (zie ook antwoord op vraag 2).

In antwoord op vraag 9 kan ik melden dat de volgende sturingsinstrumenten niet meer voorhanden zijn:

- De beroepsbescherming is vervangen door titelbescherming bedoeld in de WBIG en de mogelijkheid om de werkzaamheden op het terrein van de gezondheidszorg – met uitzondering van voorbehouden handelingen – uit te voeren mits voldoende gekwalificeerd;
- De planning, de verklaring en het provinciale ziekenhuisplan, de behoeftenormen, capaciteitsnormen voor bedden, omvang ziekenhuizen, functies en maximum aantallen specialisten, de sluitingsmogelijkheid bij overcapaciteit op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen zijn vervallen;
- Het erkenningensysteem (toelating) in de AWBZ en Ziekenfondswet waarbij vooraf kwaliteitstoets door IGZ werd gedaan met normering aantal medisch specialistenplaatsen is vervallen;
- De regionale werkgebieden voor ziekenfondsen zijn vervallen;
- De Wet inkomens vrije beroepsbeoefenaren (het inkomensbestanddeel van het tarief is toen een integraal onderdeel van het tarief geworden) is ingetrokken;
- De Wet arbeid gesubsidieerde en gepremieerde sector is ingetrokken.

7

*Op basis waarvan wordt geconcludeerd dat introduceren of verhogen van eigen bijdragen vooral leidt tot een verschuiving van lasten van publiek naar privaat?*

Het effect van eigen betalingen bestaat uit een gedragseffect en een financieringseffect. Eigen betalingen hebben dus zeker effect op de zorgvragende partij en daarmee op de zorgvraag in het totaal. Zo kunnen eigen betalingen ook bijdragen aan het kostenbewustzijn en aan het houdbaar maken en houden van de solidariteitsarrangementen in de zorg, die door sterk stijgende zorguitgaven onder druk kunnen komen te staan. Het gedragseffect van eigen betalingen is echter in de regel lager dan het financieringseffect.

Van Vliet<sup>1</sup> schat de elasticiteit van zorguitgaven (het remeffect) op – 0,04 (ziekenhuiszorg) tot – 0,4 (huisartsenzorg). Voor de totale elasticiteit (alle zorgvormen) komt Van Vliet uit op – 0,12. Een toename van de prijs van zorg met 10% (het financieringseffect) zorgt volgens deze studie voor een afname van de uitgaven aan zorg van 1,2% (het gedragseffect).

Het financieringseffect is daarmee substantieel hoger dan het gedragseffect vandaar dat wordt geconcludeerd dat introduceren of verhogen van eigen bijdragen vooral leidt tot een verschuiving van lasten van publiek naar privaat. Hierbij moet wel aangetekend worden dat het gedragseffect van eigen betalingen en het daaruit voortvloeiende besparingseffect afhankelijk is van de precieze vormgeving van de eigen betaling.

Naast het financieringseffect en gedragseffect zijn er ook andere motieven voor eigen betalingen.

---

<sup>1</sup> Van Vliet, «Deductibles and Health Care Expenditures: Empirical Estimates of Price Sensitivity Based on Administrative Data», International Journal of Health Care Finance and Economics (2004).



11

*Kan de minister uitleggen hoe het hanteren van een prijsbeheersingsinstrument zich verhoudt tot haar doelstelling van gereguleerde marktwerking? Erkent zij dat deze zaken met elkaar op gespannen voet staan?*

Voor beheersing van de zorguitgaven moeten alle prikkels in het stelsel goed liggen en waar nodig worden versterkt. In dit kader wordt de risicodragendheid van verzekeraars vergroot door afschaffing van ex-post verevening. Daarnaast zijn er inhoudelijke afspraken vastgelegd in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015 dat ik heb gesloten met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In dat akkoord zijn de rollen van de verschillende partijen uitgewerkt, gekoppeld aan een beheerst groeiscenario.

Hierbij stel ik vast dat de macroruimte elk jaar blijft groeien. Indien een instelling goede prestaties levert dan is er binnen de kaders van het hoofdlijnenakkoord én met de generieke werking van het macrobeheersinstrument (MBI) ruimte om maatwerkafspraken te maken voor meer dan wel minder dan de gemiddelde groei. Dit draagt bij aan de dynamiek die de kwaliteit en doelmatigheid van het zorgaanbod alleen maar zal bevorderen.

In het onverhoopte geval dat de zorguitgaven ondanks het ingezette beleid te hard groeien en ik word geconfronteerd met overschrijdingen, kan ik vanaf 2012 beschikken over het MBI. Ik wijs erop dat het MBI als *ultimum remedium* geen afbreuk doet aan de maatregelen die worden genomen om de prikkels in het stelsel te verbeteren en waarbij bestuurlijke afspraken faciliterend zijn. Het MBI is een overgangsinstrument om juist de betaalbaarheid te garanderen in de overgangperiode waarin alle prikkels niet optimaal zijn. Ik zie het MBI als een noodzakelijk instrument gezien de eindverantwoordelijkheid van het kabinet voor de collectieve uitgaven en ter bescherming van de patiënt tegen te hoge premiestijgingen.

27

*Onder welke voorwaarden kan het macrobeheersinstrument worden afgeschaft, aangezien het maar een overgangsinstrument is om de betaalbaarheid te garanderen in de overgangperiode waarin de prikkels niet optimaal zijn.*

Het macrobeheersinstrument (MBI) is een van de toepassingen van het instrument begrenzing dat met het wetsvoorstel AIB WMG onderdeel wordt van het instrumentarium van de WMG. De WMG is een kaderwet en verplicht niet tot het toepassen van een instrument of het op een bepaalde manier toepassen van dat instrument, maar schept daartoe slechts de mogelijkheid. Bovendien is het MBI met zoveel waarborgen omgeven (in de zin van voorzienbaarheid), dat een te lichtvaardige toepassing niet mogelijk is.

Aan de toepassing van het instrument begrenzing gaat bovendien altijd een voorhang bij het parlement vooraf alvorens aan de zorgautoriteit de opdracht kan worden gegeven het instrument toe te passen. Zo kan een bepaalde toepassing van het instrument begrenzing altijd vooraf worden beoordeeld.

15

*Kan een overzicht gegeven worden van de hedendaagse wetenschappelijke literatuur over de (bij)werkingen van de tariefmaatregelen, eigen betalingen en pakketmaatregelen als compensatiemechanismen?*

#### *Tariefkortingen*

In het rapport van de Algemene Rekenkamer zijn in de literatuurlijst ook publicaties opgenomen, waarin tarief- en budgetkortingen aan de orde

komen. Ik wijs in dit verband op bijvoorbeeld onderstaande publicaties. Opgemerkt dient te worden dat in deze publicaties ook algemene beschrijvingen bevatten van het systeem en niet alleen ingaan op mogelijke effecten van kortingsmaatregelen.

Literatuur:

- Geest, S.A., van der, Schut, F.T. en Varkevisser, M. (2004). Gezondheidszorg. In Kam, C.A. de, Ros, A.P. (red), *Jaarboek overheidsfinanciën* (p. 129–148). Den Haag: Sdu.
- Geest, S.A., van der, Schut, F.T. & Varkevisser, M. (2006). Gezondheidszorg. In Kam, C.A. de, Ros, A.P. (red), *Jaarboek overheidsfinanciën 2006* (p. 57–86). Den Haag: Sdu.
- Groot, W. & Maassen van den Brink, H. (2010). Gezondheidszorg. In Kam, C.A. de, Ros, A.P. (red), *Jaarboek overheidsfinanciën 2010* (p. 69–80). Den Haag: Sdu.
- Houkes, A.R.B.J. en Kok, L.M., (2007). Gezondheidszorg. In Kam, C.A. de, Ros, A.P. (red), *Jaarboek overheidsfinanciën 2007* (p. 87–109). Den Haag: Sdu.
- Houkes, A.R.B.J. en Kok, L.M., (2008). Gezondheidszorg. In Kam, C.A. de, Ros, A.P. (red), *Jaarboek overheidsfinanciën 2008* (p. 59–80). Den Haag: Sdu.
- Kam, C.A. de. (2009). Gezondheidszorg en openbare financiën. In Schut, F.T., Rutte, F.F.H. (red.), *Economie van de gezondheidszorg* (p. 51–81). Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Schut, F.T., Ven, W.P.M.M. van de., & Varkevisser, M. (2010). Prijsconcurrentie gaat niet samen met macrobudget ziekenhuizen. *Economische Statistische Berichten*, jaargang 95, nr. 4587 (p. 25–27).
- Schut, F.T. & Ven, W.P.M.M. van de (2011). Effects of purchaser competition in the Dutch health system: is the glass half full or half empty? *Health, Economics, Policy and Law*, 6 (p. 109–123).

Opgemerkt kan worden dat door bijvoorbeeld het Centraal Planbureau en andere onderzoeks- en consultancybureaus ook regelmatig onderzoek wordt uitgevoerd naar de gezondheidszorg en de kostenontwikkeling. De effecten van kortingsmaatregelen zijn daarin echter geen hoofdonderdeel, maar kunnen wel aan bod komen. Zo gaat CPB-discussionpaper No 121 (2009) bijvoorbeeld in op *Modelling health care expenditures*. In dit onderzoek komt ook de relatie tussen prijzen en volumes aan de orde. In dit literatuuronderzoek zijn ook verdere verwijzingen terug te vinden. Ook zijn in opdracht van de NZa onderzoeken uitgevoerd en publicaties opgeleverd waarin tariefkortingen ook aan de orde komen. Zo gaat de uitvoeringstoets *Op weg naar vrije prijzen, maatstafconcurrentie voor medisch specialistische zorg (2007)* in op maatstafconcurrentie.

#### *Eigen Betalingen*

Hieronder wordt het gevraagde literatuuroverzicht gegeven ten aanzien van de werking van eigen betalingen. Ook in het antwoord op vraag 7 wordt hier op ingegaan.

Literatuur:

- Oortwijn et. al., «Evaluatie naar het verplicht eigen risico», Ecorys (2011), Swartz, K. «Cost-sharing: Effects on spending and outcomes», Research Synthesis Report no. 20, Robert Wood Johnson Foundation (2010).
- Skriabikova, O., Pavlova, M. and Groot, W., «Empirical Models of Demand for Out-Patient Physician Services and Their Relevance to the Assessment of Patient Payment Policies: A Critical Review of the Literature», *International Journal of Environmental Research and Public Health* (2010).
- Remler and Greene, «Cost Sharing: A Blunt Instrument», *Annual Review of Public Health* (2009).
- «Gedragseffect van Eigen Betalingen in de ZVW», CPB-notitie (2008).

Van Vliet, «Deductibles and Health Care Expenditures: Empirical Estimates of Price Sensitivity Based on Administrative Data», International Journal of Health Care Finance and Economics (2004).

De per 2005 ingevoerde no-claimteruggaveregelings en het verplicht eigen risico dat daarvoor per 2008 in de plaats kwam, zijn geëvalueerd en deze evaluaties zijn aan de Kamer aangeboden. Ik verwijs voor de evaluatie van de no-claimteruggaveregelings naar de brief van 27 september 2007 (Kamerstukken II, 2007/08, 31 094, nr. 18) en voor de evaluatie van het verplicht eigen risico naar de brieven van 16 juni 2010 (Kamerstukken II, 2009/10, 29 689, nr. 302) respectievelijk 10 juni 2011 (Kamerstukken II, 2010/11, 29 689, nr. 325).

#### *Pakketmaatregelen*

De Tweede Kamer is geïnformeerd over de evaluaties van in het verleden doorgevoerde pakketmaatregelen. Het gaat hier bijvoorbeeld om de maatregelen ten aanzien van het zittend ziekenvervoer, bovenoogleden, buikwanden, flaporen, borstimplantaten anders dan in het geval van borstkanker, besnijdenissen, IVF, sterilisaties en hersteloperaties bij sterilisaties en de maximering van het aantal zittingen psychotherapie. Ik moge hiervoor verwijzen naar de brieven van de toenmalig minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 september 2005 en 24 mei 2006 (Kamerstukken II, 2005/06, 30 300 XVI, nrs. 7 en 142), alsmede het op 6 oktober 2005 gevoerde Algemeen Overleg (Kamerstukken II, 2005/06, 30 300, nr. 84).

Naar de per 1 januari 2008 tot 22 jaar verhoogde leeftijdsgrens voor de mondzorg heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) onderzoek laten uitvoeren. Dit onderzoek was voor het CVZ aanleiding om in zijn Pakketadvies 2010 te adviseren om de leeftijdsgrens per 2011 weer te verlagen naar 18 jaar. Bij brief van 21 juni 2010 (Kamerstukken II, 2009/10, 29 689, nr. 3 030 heeft mijn ambtsvoorganger dit pakketadvies en het voorstel om de leeftijdsgrens per 2011 naar 18 jaar te verlagen aan de Kamer aangeboden.

In de langdurige zorg zijn eveneens grote pakketaanpassingen doorgevoerd zoals bijvoorbeeld de overheveling van de huishoudelijke hulp van de AWBZ naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de inperking van de functie begeleiding.

Over de overheveling de huishoudelijke hulp naar de Wmo heeft mijn ambtsvoorganger een onderzoek aangeboden bij brief van 27 september 2010 (Kamerstukken II, 2010/11, 29 538, nr. 116).

17

*Kan de minister alsnog een onderbouwen waarom macro- en efficiencykorting het gewenste resultaat opleveren?*

Macrobudgetkortingen worden doorgaans vertaald naar de budgetten van individuele zorgaanbieders. Dit betekent dat de instellingsbudgetten, die gebaseerd zijn op vaste componenten en budgetparameters, zodanig worden gekort dat de budgetkorting op macro-niveau verdisconteerd is. De macrobudgetkorting is daarmee ceteris paribus gerealiseerd.

Wel kunnen instellingen ten opzichte van het gekorte budget extra inkomsten realiseren (en dus extra ziekenhuisuitgaven onder het BKZ) door extra productie te leveren en/of (in het B-segment) hogere prijzen af te spreken. Voor zover deze effecten zich voordoen is het overigens niet vast te stellen of die het gevolg zijn van een reactie op de budgetkorting, of dat andere oorzaken een rol spelen. Daarmee is dus niet gezegd dat budgetkortingen op een andere manier teniet gedaan worden. Hoewel er ondanks kortingsmaatregelen opnieuw overschrijdingen kunnen optreden, is er niet per definitie sprake van een besparingsverlies op de maatregel. Ook andere (autonome) verklaringen kunnen een rol spelen,

zoals de toename van de vraag als gevolg van demografische ontwikkelingen, ontwikkelingen op het gebied van arbeidsproductiviteit en innovatie binnen de ziekenhuizen, verschuiving van klinische opnames en dagbehandelingen naar poliklinische behandelingen en de wijze waarop schoningen van het functiegerichte bekostigingsbudget zijn uitgevoerd in verband met de uitbreiding van het B-segment. Het blijkt op macroniveau niet goed mogelijk om de financiële gevolgen van de verschillende verklaringen te onderscheiden. Ik wijs in dit verband bijvoorbeeld op het Volumeonderzoek ziekenhuizen, dat in 2009 in opdracht van VWS en de NVZ is uitgevoerd en op de marktscans die de NZa uitbrengt. Ook tariefmaatregelen hebben effect. Zo verwacht ik dat als gevolg van de tariefkortingen bij medisch specialisten de uitgaven tussen 2009 en 2011 zullen dalen van circa 2,4 miljard in 2009 naar 2,1 miljard in 2011. Ook hier spelen echter andere (autonome) verklaringen een rol die er toe leiden dat de totale uitgaven in mindere mate dalen dan de omvang van tariefkortingen.

Met betrekking tot de langdurige zorg kan worden opgemerkt dat tariefmaatregelen doorwerken in de uitgaven van de AWBZ door de contractafspraken tussen de zorgkantoren en de zorgaanbieders en het strakke budgetteringregime dat in de AWBZ van kracht is. Daarmee worden deze maatregelen gerealiseerd.

18

*Is de minister bereid het instrument van macro- en efficiencykortingen te evalueren?*

Zoals aangegeven in de beantwoording van vraag 17 ben ik overtuigd van de werking en het effect van macro- en tariefkortingen. Ik acht daarom een brede evaluatie van het kortingsinstrumentarium niet nodig. Dat neemt niet weg dat het van belang is steeds te zoeken naar passend en adequaat instrumentarium om overschrijdingen te redresseren. Binnen het kader van de macro- en efficiencykortingen is het macrobeheersinstrument (MBI) een dergelijk instrument. Het MBI zal, als last-resort-instrument, in 2012 nader worden ontwikkeld om meer gericht te kunnen ingrijpen.

10

*Is de minister bereid om voortaan bij pakketmaatregelen standaard bij te houden in welke mate de beoogde bezuiniging is bereikt en hierover de kamer te informeren?*

De financiële effecten van pakketmaatregelen worden reeds geruime tijd zo adequaat mogelijk bijgehouden aan de hand van informatie van onder meer het CVZ en de NZa. Deze financiële effecten worden verwerkt in de begroting van het ministerie van VWS. Op die wijze wordt de Kamer hierover geïnformeerd. Dit is reeds de huidige praktijk.

19

*Is de minister bereid de eigen bijdragen in de AWBZ te evalueren?*

Voor AWBZ-zorg geldt sinds jaar en dag dat de verzekerde van achttien jaar en ouder een bijdrage betaalt in de kosten van de zorg. Deze eigen bijdrage wordt geheven omdat het redelijk wordt geacht dat de gebruiker van zorg bijdraagt in de kosten van zorg. Voor zorg met verblijf geldt bovendien dat de verzekerde aanzienlijk bespaart op uitgaven van wonen, eten en drinken en andere kosten die verband houden met zelfstandig wonen. Eigen bijdragen zijn ook nodig om de AWBZ betaalbaar te houden en worden voornamelijk opgelegd uit oogpunt van medefinanciering. In het recente verleden is onderzoek naar de AWBZ-eigen bijdragen uitgevoerd, bijvoorbeeld in het kader van scheiden wonen-zorg (Kamerstukken II, 2008/09, 30 597, nr. 78). Ook zijn de eigen bijdragen AWBZ

betrokken bij de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen (Stb. 2005, nr. 344).

### **Informatievoorziening**

14

*Hoe komt het dat het zicht op de oorzaak van tegenvallers beperkt is en hoe kan dit zicht worden verbeterd?*

VWS krijgt van het CVZ en de NZa gegevens over de zorguitgaven op een vrij hoog aggregatieniveau. Bovendien bevatten deze gegevens vaak grote balansposten of inschattingen van de verwachte zorguitgaven in een jaar. Het zicht op de ontwikkelingen achter de cijfers is daardoor beperkt. Bovendien worden databases (bijvoorbeeld DIS) nog niet goed gevuld en VWS mag uit mededingingsoogpunt geen informatie ontvangen over productie op instellingsniveau. Onderzoek door derden is nodig om de oorzaak van overschrijdingen te kunnen duiden. Dat kost tijd en geld.

Tijdens de begrotingsbehandeling heb ik over de verbetering van het zicht op de zorguitgaven onder meer het volgende opgemerkt: «Ik hecht aan het vergroten van transparantie in de zorg. Tegen de achtergrond van het rapport van de Algemene Rekenkamer en datgene wat er gisteren tijdens het debat is gezegd, wil ik verkennen of ik aan zorgverzekeraars kan opleggen dat zij alle door Vektis verzamelde relevante data, direct en kosteloos aan mij beschikbaar stellen. Dat maakt het voor mij mogelijk om sneller, kwalitatief betere analyses te maken van de ontwikkelingen in de zorg.

Ik overweeg ook deze data kosteloos beschikbaar te stellen aan universiteiten en onderzoekers, zodat ook zij in de gelegenheid zijn analyses te maken. Alleen een radicale verandering maakt het mogelijk om de zorg echt transparant te maken. Die transparantie is de beste garantie voor het realiseren van doelmatigheid.»

16

*Gaat de minister in de Voorjaarsnota en Miljoenennota vermelden wat de achterliggende oorzaken van de actueel bekendste overschrijdingen zijn en gaat zij zorgen voor evaluaties van de effectiviteit van de compenserende maatregelen?*

Voor zover informatie beschikbaar is over de oorzaken van overschrijdingen zal ik deze informatie vermelden in de eerste en tweede supplementaire begrotingswetten, de ontwerp-begroting en het jaarverslag. In ieder geval zal ik overschrijdingen per sector weergeven. In de begroting 2012 heb ik de actualisatie van de zorguitgaven al uitgesplitst naar sector. Evaluaties van specifieke compenserende maatregelen zal ik overwegen in die gevallen waar deze een zinvolle bijdrage kunnen leveren aan het ontwikkelen van kennis over de effectiviteit van maatregelen.

20

*Hoe gaat de minister zorgen dat de gegevens van het ministerie van VWS en de gegevens uit het jaarverslag van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) beter op elkaar afgestemd worden?*

De verschillen in uitgaven zoals geconstateerd vloeien voort uit verschillen in boekhoudmethodes en boekhoudmomenten. Die verschillen vloeien voort uit internationale boekhoudregels en kunnen derhalve niet worden opgelost. Wel kan ik de verschillen in de uitgaven verklaren. Ik zal er op toezien dat de verschillen in deze uitgaven voortaan in de begroting worden toegelicht om zo de inzichtelijkheid voor het parlement te verbeteren.

3 en 23

*Welke actuele informatie om tijdig te kunnen bijsturen gaat de minister zich verschaffen? En welke wettelijke instrumenten?*

*Hoe gaat de minister zorgen voor tijdige, actuele, complete en overzichtelijke informatie over de zorguitgaven, zodat tijdig bijgestuurd kan worden en de informatiepositie van de Kamer wordt verbeterd?*

Op dit moment worden verschillende voorstellen voor het verbeteren en versnellen van de informatie over de zorguitgaven onderzocht. In mijn brief van 7 november 2011 (Kamerstukken II, vergaderjaar 2010–2011, 29 248, nr. 219) heb ik u hierover ingelicht. De voorstellen hebben betrekking op:

- 1) het toerekenen van de DBC-schade aan het jaar van sluiten in plaats van het jaar van openen, zowel bij medisch specialistische zorg als bij de curatieve GGZ;
- 2) het verkorten van de duur van DBC's;
- 3) het minmaal behouden van de informatievoorziening over de AWBZ onder UAZ. Na volledige invoering van de «declaratie op naam» in 2013 verwacht ik een sterke verbetering van de informatievoorziening.

Kortheidshalve verwijs ik naar die brief van 7 november jl. In aanvulling daarop zal ik in het kader van «Verantwoord Begroten» en de uitvoering van de motie Van der Veen (Kamerstukken II, vergaderjaar 2010–2011, 32 710 XVI, nr. 7) ook een verbeteringslag realiseren in de presentatie van het Financieel Beeld Zorg. Ook daardoor wordt de inzichtelijkheid in de zorguitgaven fors verbeterd.

21

*Gaat de minister in haar begrotingen ook de definitieve cijfers over de netto-realisatie van de zorguitgaven die onder het Budgettair Kader Zorg (BKZ) vallen geven, bijvoorbeeld standaard tot tien jaar terug?*

In het kader van de uitvoering van de motie Van der Veen (Kamerstukken II, vergaderjaar 2010–2011, 32 710 XVI, nr. 7) zal een dergelijk historisch overzicht aan de begroting worden toegevoegd.

22

*Gaat de minister verantwoording afleggen over de definitieve realisatiecijfers van de zorguitgaven die onder het BKZ vallen?*

Het budgetrecht van de Kamer is niet van toepassing op de premiegefinancierde zorguitgaven. Strikt genomen is daarom geen sprake van formele verantwoording volgens de Comptabiliteitswet. Wel zal ik alles in het werk stellen om de Kamer een zo compleet en inzichtelijk overzicht te bieden van de ontwikkelingen binnen het BKZ. Daarbij hoort ook een historisch overzicht van de netto-realisatie van het BKZ (zie antwoord op vraag 21).

24

*Wat is de reden dat de zorguitgaven door de minister twee keer per jaar worden geactualiseerd? Waarom wordt bijvoorbeeld niet gekozen voor vier keer per jaar? Is er een mogelijkheid de actualisatie vaker per jaar te laten plaatsvinden?*

De Tweede Kamer ontvangt reeds vier keer per jaar een geactualiseerd beeld, namelijk in de eerste supplettoire begrotingswet, de ontwerpbegroting, de tweede supplettoire begrotingswet en in het jaarverslag. De actualisatie is gebaseerd op de gegevensleveringen door de NZa en het CVZ. De actualisaties in het voorjaar en in de zomer bevatten de belangrijkste wijzigingen. In de tweede supplettoire begrotingswet geef ik alleen

een geactualiseerd beeld bij majeure afwijkingen ten opzichte van de ontwerpbegroting en in het jaarverslag wordt het meeste recente beeld over het voorafgaande jaar gepresenteerd.

29

*Zijn alle exacte overschrijdingen in de jaren 2002–2010 onbekend, omdat de definitieve realisaties onbekend zijn?*

De definitieve realisaties zijn op een gegeven moment wel bekend, maar worden niet (meer) gepubliceerd. Dit komt omdat het Financieel Beeld Zorg wordt opgesteld aan de hand van de voorschriften die voor de begrotingsmiddelen gelden. Hierin wordt slechts een jaar teruggekeken. Met ingang van het jaarverslag 2011 zal hier verandering in worden gebracht (zie antwoord op vraag 21 en 22).

### **Overig**

1

*Kan de minister toelichten welke effecten zij verwacht van de introductie van winstuitkeringen in de zorg, in het licht van de kritiek van de Algemene Rekenkamer?*

Ik verwacht dat het toestaan winstuitkering voor aanbieders van medisch specialistische zorg geen directe effecten heeft op de hoogte van de zorguitgaven, omdat het de reguliere bekostiging van medisch specialistische zorg (via zorgverzekeraars) niet verandert.

Aanbieders van medisch specialistische zorg kunnen meer gebruik maken van risicodragend kapitaal in plaats van leningen bij banken. Hierdoor zullen zij mogelijk ook meer eigen vermogen opbouwen. Op lange termijn verwacht ik dat de totale medisch specialistische zorg door de invloed van privaat kapitaal efficiënter wordt.

Het toestaan van winstuitkering is onderdeel van het pakket van maatregelen gericht op doelmatigheidsverbetering dat in de financiële bijlage van het Regeer- en Gedoogakkoord staat opgenomen. Andere maatregelen zijn het uitbreiden van het segment waarvoor vrije prijzen gelden, de invoering van DOT, het afschaffen van het functioneel budget vanwege het gelijktrekken van de bekostigingssystematiek en het in verantwoord tempo afschaffen van de ex-post verevening. Door deze maatregelen worden de prikkels in het systeem op de juiste plaats neergelegd, waardoor dat de financiële houdbaarheid van de zorg verbetert.

Ik zal op korte termijn (naar verwachting nog dit jaar) het wetsvoorstel «Voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg» aan uw Kamer sturen. Ik zal u dan nader informeren over de voorwaarden die ik wil verbinden aan winstuitkering, die ervoor zorgen dat de publieke belangen van het zorgstelsel gewaarborgd zijn. Ik heb het advies van de Raad van State recent ontvangen en ik ben bezig met het opstellen van het Nader Rapport.

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Omtzigt, P.H. (CDA), Veen, E. van der (PvdA), Neppérus, H. (VVD), Gerven, H.P.J. van (SP), voorzitter, Blanksma-van den Heuvel, P.J.M.G. (CDA), Dijck, A.P.C. van (PVV), Broeke, J.H. ten (VVD), ondervoorzitter, Ouwehand, E. (PvdD), Heijnen, P.M.M. (PvdA), Bashir, F. (SP), Sap, J.C.M. (GL), Harbers, M.G.J. (VVD), Kortenoeven, W.R.F. (PVV), Plasterk, R.H.A. (PvdA), Groot, V.A. (PvdA), Braakhuis, B.A.M. (GL), Vliet, R.A. van (PVV), Mulder, A. (VVD), Dijkgraaf, E. (SGP), Verhoeven, K. (D66), Koolmees, W. (D66), Schouten en C.J. (CU), Vacature (CDA).

Plv. leden: Knops, R.W. (CDA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ziengs, E. (VVD), Gesthuizen, S.M.J.G. (SP), Haverkamp, M.C. (CDA), Gerbrands, K. (PVV), Beek, W.I.I. van (VVD), Thieme, M.L. (PvdD), Monasch, J.S. (PvdA), Irrgang, E. (SP), Grashoff, H.J. (GL), Straus, K.C.J. (VVD), Besselaar, I.H.C. van den (PVV), Hamer, M.I. (PvdA), Kuiken, A.H. (PvdA), Gent, W. van (GL), Beertema, H.J. (PVV), Boer, B.G. de (VVD), Staaïj, C.G. van der (SGP), Pechtold, A. (D66), Koşer Kaya, F. (D66), Slob, A. (CU) en Hijum, Y.J. van (CDA).

<sup>2</sup> Samenstelling:

Leden: Staaïj, C.G. van der (SGP), Smeets, P.E. (PvdA), voorzitter, Smilde, M.C.A. (CDA), Koşer Kaya, F. (D66), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Ouwehand, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Elias, T.M.Ch. (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Mulder, A. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Bruins Slot, H.G.J. (CDA), Voortman, L.G.J. (GL), Klaver, J.F. (GL) en Straus, K.C.J. (VVD).

Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Kuiken, A.H. (PvdA), Omtzigt, P.H. (CDA), Berndsén, M.A. (D66), Klijnsma, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Thieme, M.L. (PvdD), Mos, R. de (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Toorenburg, M.M. van (CDA), Burg, B.I. van der (VVD), Ham, B. van der (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Lodders, W.J.H. (VVD), Miltenburg, A. van (VVD), Ormel, H.J. (CDA), Sap, J.C.M. (GL), Tongeren, L. van (GL) en Liefde, B.C. de (VVD).