

LIJST MET AFGEVALLEN MAATREGELEN

6.3.1 Afgevalen maatregelen met toelichting

CARE & SOCIAAL DOMEIN

Nr.	Naam	Werkgroep
006	Minder lichte jeugdhulp	Care & sociaal domein
014	Wethoudersnorm voor lokale zorgbestuurders	Care & sociaal domein
069	Medicijngebruik uit verdeelmodel sociaal domein	Care & sociaal domein
072	Tandheelkundige zorg standaard in WLZ-indicatie ouderen	Care & sociaal domein
076	Standaardisatie inkoop en verantwoording Wmo / Jeugdzorg	Care & sociaal domein
083	Afschaffen zzp-indicaties Wlz en één uniform tarief voor de Wlz	Care & sociaal domein
085	Plan voor overhead- en ziekteverzuimnormen in de Wet langdurige zorg	Care & sociaal domein
086	Vast percentage voor niet cliëntgebonden zorgkosten invoeren in de Wet langdurige zorg	Care & sociaal domein
087	Tegengaan voedselverspilling in de ouderenzorg	Care & sociaal domein
090	Betere mondzorg voor ouderen in verpleeghuizen	Care & sociaal domein
103	Geen toegang Wlz voor vreemdelingen en asielzoekers	Care & sociaal domein
114	Afzien van resultaatgericht indiceren	Care & sociaal domein
117	Landelijk toezichtskader Wmo	Care & sociaal domein
123	Lening voor woningaanpassing, afschaffing van vergoeding vanuit de Wmo	Care & sociaal domein
125	Buren voor burens	Care & sociaal domein
127	Uitkering Wmo op basis van meest efficiënte gemeente	Care & sociaal domein
130	Centrale inkoop WMO	Care & sociaal domein
183	Persoonsvolgende bekostiging EPA	Care & sociaal domein

006 – Minder lichte Jeugdhulp

Samenvatting	Het Rijk maakt bestuurlijke afspraken met gemeenten om het aanbod van lichtere jeugdzorg te beperken, zodat er meer budget resteert voor complexere jeugdzorg.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	De maatregel betreft een schuif binnen het jeugdbudget en is daarmee budgettair neutraal.

014 – Wethoudersnorm voor lokale zorgbestuurders

Samenvatting	Voor zorgbestuurders in het sociaal domein gaat een wethoudersnorm gelden. Zij gaan niet meer verdienen dan het gemiddelde salaris van Nederlandse wethouders. Het sociaal domein wordt gedefinieerd als alle ondersteuning en zorg die in het kader van de Wmo en/of Jeugdwet worden verleend.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	De voorgestelde maatregel om voor de groep bestuurders voor lokale zorg een apart normeringssysteem op te nemen is juridisch niet haalbaar. In 2016 is geprobeerd om bestuurders van bedrijven die ook Wmo-ondersteuning leveren, zoals bijvoorbeeld schoonmaakbedrijven als onderaannemer kunnen doen, onder de Wet Normering Topinkomens (WNT) te brengen. Destijds merkte de Raad van State (RvS) op dat hiermee ook bedrijven onder de WNT komen te vallen die niet tot de semipublieke sector behoren en dat daarmee een grote inbreuk op de privaatrechtelijke autonomie van deze bedrijven zou worden gemaakt.

069 - Medicijngebruik uit verdeelmodel sociaal domein

Samenvatting	Het medicijngebruik van inwoners wordt momenteel als maatstaf meegewogen in het verdeelmodel van het gemeentefonds. Met deze maatregel wordt medicijngebruik uit het verdeelmodel gehaald. Door invoering van deze maatregel wordt het ziektebeeld van inwoners, dat als input voor de behoefte aan voorzieningen een factor is in het verdeelmodel sociaal domein, onafhankelijk van het medicijngebruik bepaald.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	Het doel van de maatregel is een reductie van zorgkosten door medicijngebruik te bewerkstelligen door de bestaande perverse prikkel via het gemeentefonds om dit hoog te houden, weg te nemen. In de verdeelmodellen Jeugd en Wmo 2015 is de maatstaf Langdurig medicijngebruik als enige gezondheidsmaatstaf opgenomen. Het overgrote deel van het langdurig gebruik is niet te voorkomen, waardoor strategisch gedrag van gemeenten onwaarschijnlijk is. Daarmee is de verwachting dat dit niet tot een besparing op het medicijngebruik zal leiden.

072 - Tandheelkundige zorg voor ouderen in Wlz-indicatie

Samenvatting	Met het opnemen van tandheelkundige zorg in de Wlz-indicatie voor ouderen in een instelling wordt beoogd om de mondzorg binnen de V&V-instellingen te verbeteren. Met de maatregel wordt het verschil tussen instellingen MET en instellingen ZONDER toelating voor behandeling opgeheven. Het verschil in aanspraak op tandheelkundige zorg tussen zorg binnen een instelling en Wlz-zorg thuis wordt niet opgeheven.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	In 2018 verblijven ongeveer 38.000 ouderen in een instelling exclusief behandeling. De maatregel draagt bij aan een betere mondgezondheid van deze groep, hetgeen ook een positief effect op de algemene gezondheid kan hebben. De uitgaven aan tandheelkundige zorg voor deze groep liggen onder de budgettaire ondergrens van € 50 miljoen.

076 - Standaardisatie inkoop en verantwoording Wmo / Jeugdzorg

Samenvatting	Het inkoopproces en verantwoording van de Wmo en Jeugdzorg worden verder gestandaardiseerd, met behoud van inhoudelijke beleidsvrijheid van gemeenten.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	In de Wmo 2015 en de Jeugdwet is, sinds 9 maart 2019, een grondslag opgenomen op basis waarvan regels kunnen worden gesteld die over de administratieve processen en inkoop en/of de wijze van gegevensuitwisseling en/of de wijze van verantwoording gaan. Op grond hiervan kunnen bij ministeriële regeling uitvoeringslasten worden beperkt. Daarmee is de maatregel bestaand beleid. Er zijn momenteel twee soorten inkoopvarianten verplicht gesteld (p*q en trajectbekostiging). Er wordt gewerkt aan verdere technische aanscherpingen (welke automatisch ook verplicht worden gesteld) en aan een derde verplichte inkoopvariant. Gegeven dat de maatregel bestaand beleid is en voorziet in verdere technische aanscherpingen en standaardisatie, zal deze maatregel de budgettaire ondergrens van € 50 mln. niet halen.

083 - Afschaffen zzp-indicaties en invoering één uniform tarief voor de Wlz

Samenvatting	Het CIZ geeft niet langer een herindicatie af bij een gewijzigde zorgvraag en de bekostiging van de intramurale ouderenzorg vindt plaats op basis van één uniform tarief. De huidige koppeling tussen de bekostiging van intramurale zorg en het geïndiceerde zorgprofiel verdwijnt.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Gevolg van het hanteren van een uniform tarief is dat het leveren van verantwoorde zorg behorend bij de hogere zorgprofielen verliesgevend wordt. De maatregel staat hierdoor op gespannen voet met de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG), Art 50 en jurisprudentie. Vereiste is dat tarieven redelijkerwijs kostendekkend moeten zijn. Bij een uniform dagtarief is levering van kwalitatief goede zorg behorend bij de hoogste zorgprofielen niet mogelijk. Daarmee is deze maatregel juridisch niet haalbaar.

085 – Plan voor overhead- en ziekteverzuimnormen in de Wet langdurige zorg

Samenvatting	De overheid verplicht zorgkantoren om bij de Wlz de tarieven afhankelijk te maken van het overheadpercentage en het ziekteverzuim van de aanbieder. Aanbieders die slechter scoren dan de vastgestelde normen krijgen een lager tarief vergoed.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	De Wlz-uitvoerder/het zorgkantoor en de zorgaanbieder komen binnen de door de NZa vastgestelde tariefruimte een tarief overeen. (NB: De Wlz-uitvoerder/het zorgkantoor kan het tarief niet eenzijdig vaststellen of een korting <u>afdwingen</u> vanwege bijvoorbeeld een te hoog ziekteverzuim). De NZa stelt de tarieven vast op basis van kostprijsonderzoek. In dit onderzoek worden de tarieven vastgesteld op redelijkerwijs kostendekkend niveau. Onder redelijkerwijs kostendekkend mag ook worden verstaan dat sprake is van een gezonde bedrijfsvoering, waar ook een redelijke overhead en ziekteverzuim in past. Instellingen die te hoog scoren op overhead en ziekteverzuim komen met deze tarieven niet uit. Zorgkantoren mogen een lager tarief overeenkomen dan de NZa tarieven, maar kunnen daartoe niet gedwongen worden (NB: hoger mag niet). Dit proces impliceert dat in de tariefstelling al prikkels voor aanbieders zitten om overhead en ziekteverzuim te beheersen. Deze maatregel is daarom strikt genomen juridisch niet uitvoerbaar (zorgkantoren kunnen niet gedwongen worden tot een uitkomst van een tweezijdige onderhandeling) en zou slechts een beperkte opbrengst genereren, aanvullend op de prikkels die aanbieders nu al hebben. De grondslag is t.o.v. ZIK 1 beperkt tot GGZ en GHZ, omdat voor de VenV een integrale vergelijking wordt ontwikkeld door de NZa die een vergelijkbaar effect beoogt. Overigens blijft het argument uit ZIK 1 overeind dat op papier iedere aanbieder aan een overheadnorm kan voldoen, waardoor de opbrengst van een overheadnorm niets oplevert.

086 – Vast percentage voor niet cliëntgebonden zorgkosten invoeren in de Wet langdurige zorg

Samenvatting	Het Rijk (VWS) gaat via een inkoopvoorwaarde afdwingen dat niet-clientgebonden zorgkosten verlaagd worden tot een maximum van 25%, met een ingroeimodel van 4 jaar.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	De Wmg en niet de Wlz, is de wet voor wat betreft de tarieven voor de zorgaanbieders. De maatregel staat op gespannen voet met de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), Art 50 en jurisprudentie. Vereiste is dat tarieven redelijkerwijs kostendekkend moeten zijn. Daar komt bij dat het zeer ingewikkeld is om een goede definitie te hanteren van hetgeen onder "niet- cliëntgebonden zorgkosten" moet worden verstaan

en het ondoenlijk is om dat op een goede manier juridisch vorm te geven.

087 – Tegengaan voedselverspilling in de ouderenzorg

Samenvatting	De Rijksoverheid rolt een programma uit – bestaande uit masterclasses voor zorginstellingen – dat voedselverspilling in de ouderenzorg tegengaat. Het programma ondersteunt zorgaanbieders in de intramurale ouderenzorg bij het beperken van hun voedselverspilling. Dit verlaagt niet alleen de kosten, maar verhoogt ook de kwaliteit van zorg en levert een bijdrage aan een duurzame samenleving.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	De voedselverspilling in de intramurale ouderenzorg wordt ingeschat op maximaal 15-20% van het per cliënt ingekochte gewicht aan voedsel. In kosten voor voeding gaat het om maximaal 10% voedselverspilling. Aangezien voedselverspilling volledig voorkomen kan worden, is verondersteld dat deze voor de helft kan worden teruggedrongen. Er is verondersteld dat aanvullend op het programma een 'maatregel' genomen wordt waarmee de netto opbrengsten voor de zorgaanbieders afgeroomd worden. De structurele opbrengsten liggen dan onder de budgettaire ondergrens van € 50 miljoen. Daarnaast vraagt het tegengaan van voedselverspilling ook investeringen door de zorgaanbieders.

090 – Betere mondzorg voor ouderen

Samenvatting	Met het opnemen in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg dat iedere bewoner twee keer per jaar een tandartscontrole moet krijgen, wordt beoogd om de mondzorg binnen de V&V-instellingen te verbeteren. Het kwaliteitskader is van de sector zelf. Het ministerie van VWS of de politiek kan niet zelfstandig het kwaliteitskader aanpassen.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	Bij de uitwerking is aangenomen dat in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is opgenomen dat iedere bewoner twee keer per jaar een tandartscontrole moet krijgen. Voor cliënten die verblijven in instellingen zonder toelating voor behandeling (circa 38.000 in 2018) wordt twee maal per jaar een tandartscontrole vergoed. Aanvullende mondzorg na de controles blijft voor eigen rekening. De uitgaven aan twee controles voor cliënten die verblijven in instellingen zonder toelating voor behandeling liggen onder de budgettaire ondergrens van € 50 miljoen.

103 – Geen toegang Wlz voor vreemdelingen en asielzoekers

Samenvatting	Vreemdelingen en asielzoekers en familie van statushouders krijgen geen toegang meer tot de Wlz.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Als iemand is geïndiceerd voor zorg vanuit de Wlz, moet deze zorg als noodzakelijk worden beschouwd. Het ontzeggen van noodzakelijke zorg aan vreemdelingen en asielzoekers is in strijd met internationale verdragen en Europese regelgeving.

114 – Afzien van resultaatgericht indiceren

Samenvatting	De indicatiestelling in de Wmo (huishoudelijke hulp / verzorging / dagbesteding / woningaanpassingen / etc.) moet worden uitgevoerd door de zorgverlener en vindt plaats op basis van de zorgbehoefte en niet op basis van de te behalen resultaten (dus wel '2 uur hulp per week', maar niet 'een schoon huis'). Controle vindt steekproefsgewijs plaats door de GGD.
---------------------	--

Advies	Niet opnemen in ZiK 2020
Motivatie	Indicatiestellen door zorgverlener: Onuitvoerbaar Afzien van resultaatgericht indiceren: Opbrengst < 50 mln.
Toelichting	<u>Indicatiestelling door zorgverlener:</u> De indicatie vormt de toegang tot – collectief bekostigde – zorg en ondersteuning. Het doel van de indicatie is een objectieve toetsing (welke zorg en ondersteuning heeft een cliënt nodig om voldoende zelfredzaam te zijn?) die losstaat van de belangen van de zorgvrager en de (commerciële) aanbieder. Deze partijen hebben immers een ander belang; voor aanbieders bijvoorbeeld het genereren van omzet door het zoveel mogelijk leveren van zorg en ondersteuning (ten laste van de collectief bekostigde Wmo 2015). Het is daarom in strijd met de Wmo 2015 als een aanbieder de vraag naar zorg en ondersteuning vaststelt. Indien aanbieders indiceren, worden zij daarmee zelfstandig bestuursorgaan (zbo), omdat publiekrechtelijke taken anders worden overgedragen aan private, commerciële partijen. De aanbieder stelt immers vast op welke zorg en ondersteuning een cliënt aanspraak mag doen. Voor deze taak zouden aanbieders (enkele duizenden) van rijkswege bekostigd moeten worden. Dit brengt dermate hoge uitvoerings- en controlelasten met zich mee dat dit als onuitvoerbaar is bestempeld. (Bovendien streeft het kabinet al jaren naar vermindering van het aantal zbo's). NB: indien het publiekrechtelijke karakter van de Wmo 2015 wordt aangepast kan het oordeel over dit voorstel worden herzien. Dat is echter een ingrijpende stelselwijziging. Ook voor het beleggen van het toezicht bij de GGD is wijziging van de Wmo 2015 noodzakelijk. <u>Resultaatgericht indiceren:</u> Ten aanzien van beschikken op basis van een resultaat in de Wmo 2015 wordt momenteel een wetswijziging voorbereid om deze wijze van beschikken mogelijk te maken. De voorgestelde maatregel draait de voorgenomen wetswijziging terug. Aangezien resultaatgericht indiceren beperkt in de praktijk wordt toegepast is de verwachting dat de voorgestelde aanpassing heel beperkte budgettaire effecten zal hebben.
Relatie ZiK1	Geen

117 – Landelijk toezichtskader Wmo

Samenvatting	Er wordt een landelijk toezichtskader voor de Wmo ingevoerd. Dit toezichtskader wordt in overleg met de IGJ vastgesteld. De GGD's opereren als onafhankelijke toezichthouders over de verschillende gemeenten. De GGD's zullen meer capaciteit krijgen om hun extra taken te kunnen uitoefenen. Het mag niet ten koste gaan van bestaande taken.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	De Wmo 2015 wordt gewijzigd om het toezicht bij de GGD's te beleggen. Elke gemeente heeft momenteel een toezichthouder in het kader van de Wmo 2015 aangesteld. Ruim 60% van de gemeenten hebben het Wmo-toezicht formeel al belegd bij de GGD. De GGD krijgt hier middelen voor vanuit de gemeenten die het Wmo-toezicht daar belegd hebben. De andere gemeenten hebben op een andere manier invulling gegeven aan het toezicht (in eigen beheer, of in samenwerking met andere gemeenten). Deze gemeenten moeten na wijziging van de Wmo 2015 het toezicht ook bij de GGD beleggen. De maatregel kan budgettair neutraal worden uitgevoerd. Het betreft een schuif binnen het huidige budget van gemeenten. Mogelijk is in de eerste periode wel een frictiebudget nodig. De frictiekosten liggen onder de budgettaire ondergrens van €50 mln.

123 – Lening voor woningaanpassing, afschaffing van vergoeding

vanuit de Wmo

Samenvatting	De blijverslening die het mogelijk maakt om de overwaarde op je huis op te nemen om aanpassingen te doen aan de leefbaarheid of aanpassingen om langer thuis te kunnen wonen wordt uitgerold naar alle gemeenten. Het Stimuleringsfonds Volkshuisvesting (SVn) voert deze lening uit. Deze maatregel kent twee varianten: Variant A: De Wmo blijft in haar huidige vorm bestaan. Variant B: Vergoedingen voor woningaanpassingen vanuit de Wmo worden afgeschaft.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	In variant A is het moeilijk voorspelbaar is hoeveel bespaard kan worden door actieve verwijzing door gemeenten naar de blijverslening van SVn. Gezien geen sprake is van afdwingbaarheid door gemeenten, is waarschijnlijk het budgettaire effect van variant A niet groot en haalt het de ondergrens van €50 mln niet. Voor variant B is op basis van data van het CAK over de eigen bijdragen die cliënten betalen voor woningaanpassingen een schatting gemaakt van de uitgaven van gemeenten aan woningaanpassingen. Dit bedrag kan bespaart worden en ligt onder de budgettaire ondergrens van €50 mln. Hierbij is nog niet gecorrigeerd voor meerkosten bij de Wlz omdat ouderen met een eigen woning eerder de Wlz instromen.

125 – Buren voor burens

Samenvatting	Gemeenten worden verplicht om wijkteams in te richten die als taak hebben om in overleg met burens van hulpbehoevende ouderen te bezien of zij huishoudelijke taken kunnen overnemen van de huishoudelijke hulp.
Motivatie	De maatregel zoals voorgesteld is niet uitvoerbaar. In aangepaste vorm is het effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	De voorgestelde maatregel kan naar verwachting niet worden uitgevoerd omdat het de vraag is of gemeenten in overleg mogen treden met een potentieel netwerk van de potentiële cliënt (in het geval van deze maatregel, de burens) zonder goedkeuring van de aanvrager. Dit lijkt in strijd met het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer dat is geregeld in artikel 10 van de Grondwet en artikel 8 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM). Indien de maatregel wordt aangepast naar een vorm waarbij de aanvrager eerst goedkeuring verleent voor overleg met de burens/het sociale netwerk, dan zou de maatregel – na fundamentele wetswijzigingen – uitvoerbaar zijn. Het is echter zeer onrealistisch dat veel aanvragers akkoord zullen gaan met het benaderen van burens door de gemeente. De opbrengsten van deze aangepaste maatregel zijn naar verwachting niet substantieel (dit geldt alle vormen van Wmo-ondersteuning) en halen de budgettaire ondergrens van €50 mln niet. De gemeenten zijn immers al verplicht om in het kader van het onderzoek zich een beeld te vormen van de mogelijkheden van het sociale netwerk van de potentiële cliënt. Mogelijke ondersteuning vanuit het sociale netwerk kan echter niet door de gemeente worden afgedwongen en een verzoek om een (maatwerk)voorziening kan ook niet worden afgewezen op grond van een potentieel sociaal netwerk dat niet bereidwillig is om ondersteuning te verlenen.

127 – Uitkering Wmo op basis van meest efficiënte gemeente

Samenvatting	De verdeling van de middelen behorend bij de Wmo 2015 zal worden gebaseerd op de meest efficiënte gemeente. Conform de systematiek die de NZa gebruikt voor de integrale vergelijking van verpleeghuizen, zullen gemeenten vergeleken worden. Gemeenten die meer 'kosten' maken dan een maximum dat voor vergelijkbare gemeenten is vastgesteld, krijgen deze
---------------------	---

	meerkosten niet vergoed.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Voorwaarde om de NZa systematiek te kunnen toepassen is dat de output en uitgaven van gemeenten inzichtelijk kunnen worden gemaakt en op uniforme wijze wordt geadministreerd. Dit vraagt vergaande standaardisatie. De output van verpleeghuizen, de geleverde kwaliteit van zorg, is inzichtelijk te maken. Gemeenten hebben veel vrijheid om zelf invulling te geven aan geleverde diensten en maatwerk te leveren. Inzicht in de output van gemeenten om gemeenten met elkaar te kunnen vergelijken ontbreekt. Gemeenten zijn niet verplicht hun exacte uitgaven in het kader van de Wmo 2015 bij te houden. Dit is ook niet goed mogelijk gezien bijvoorbeeld de overlap met uitgaven voor de Jeugdwet bij uitgaven voor wijkteams. Deze maatregel is niet praktisch uitvoerbaar. De (output)gegevens ontbreken om een integrale vergelijking van gemeenten te maken en daarmee de meest efficiënte gemeente te bepalen.

130 – Centrale inkoop hulpmiddelen Wmo

Samenvatting	De benodigde (medische hulp)middelen voor gemeenten binnen de Wmo worden voortaan regionaal (variant a) of centraal landelijk (variant b) ingekocht. Gezamenlijke of centrale inkoop brengt schaalvoordelen mee en minder uitvoeringskosten. Variant a vindt al plaats. Naar schatting is momenteel sprake van ongeveer 120 regio's waarbij sprake is van samenwerking tussen twee of meer gemeenten.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	De uitgaven aan hulpmiddelen op grond van de Wmo 2015 wordt niet centraal bijgehouden. Volgens een raming van de branchevereniging van hulpmiddelenleveranciers (Firevaned) gaat het om circa € 275 miljoen. De verwachting is dat de uiteindelijke besparing zeer beperkt zal zijn, gezien nu al door gemeenten gecontracteerd wordt. Het is onrealistisch om uit te gaan van een besparing (dan wel van meerkosten door nog minder concurrentie) van € 50 miljoen, ofwel van minimaal 18% ten opzichte van € 275 miljoen.

183 – Persoonsvolgende bekostiging EPA

Samenvatting	Ontschotting van budgetten, zodat de zorg voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) niet meer vanuit verschillende wetten afzonderlijk wordt betaald, om tot een integrale bekostiging te komen.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	De gewenste persoonsvolgende bekostiging voor patiënten met EPA kan worden gestimuleerd met bestuurlijke afspraken over regionale samenwerking tussen zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren op het terrein van zorginkoop. Dit kan de doelmatigheid van zorg beïnvloeden, maar niet in die mate dat het budgettaire effect groter is dan € 50 miljoen. De EPA-doelgroep is zeer heterogeen. Dit beperkt een doelmatigheidswinst.

CURE

Nr.	Naam	Werkgroep
019	Verruimen ondergrens vergunningsplicht zorginstellingen	Cure
023	Zorginstellingen onder meldplicht en vergunningsplicht	Cure
	wachtlijsten coördinatie GGZ op regionaal niveau door	Cure
132	zorgverzekeraar	
138	Tegengaan no show	Cure
146	Overheadnorm ziekenhuizen	Cure
184	Vergoeding ggz sterker koppelen aan initiële diagnose	Cure
194A	Rationalisering en stroomlijning bekostiging Academische ziekenhuizen	Cure
194B	Reserves van Universitair-Medische centra maximeren	Cure
202	Bestuurlijk akkoord mondzorg	Cure
210	Maatregelenpakket lichte GGZ	Cure
251	Mededingingswet niet langer van toepassing op eerste lijn	Cure
289	Uitbreiden Team aanpak fraude	Cure

019 – Verruiming ondergrens meldplicht zorginstellingen

De ondergrens voor de vergunningsplicht in de WTZa is 10 werkzame personen. Deze vergunningsplicht wordt door de voorgestelde maatregel 019 aangescherpt/uitgebreid van 10 naar een vergunningsplicht vanaf 1 werkzame persoon.

Samenvatting

De maatregel gaat gepaard met een investering in de extra benodigde handhaving en controle. De maatregel gaat ervan uit dat er kostenbesparende effecten optreden als ook kleine zorginstellingen onder de WTZa vallen in verband met regels rondom winstuitkeringen en handhaving WNT.

Motivatie

Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.

Het budgettaire effect dat zal optreden is opgebouwd uit de volgende elementen:

- Personeelskosten CIBG ten behoeve van controle vergunning aanvraag (€ 24,7 miljoen initieel in verband met controle bestaande aanbieders, € 4 miljoen structureel voor nieuwe aanvragen)
- administratieve lasten zorgaanbieders (€0,5 miljoen incidenteel in verband met controle bestaande aanbieders)
- kosten VOG (€ 0,2 miljoen uitgaande van VOG bij 1% van de aanvragen)

Toelichting

Er is uitgegaan van 8 maanden tot 1 jaar voor inwerkingtreding van de algemene maatregel van bestuur, waardoor de kosten in jaar 2 de eenmalige kosten behelzen, en de jaren erna de structurele kosten.

Het onderbrengen van kleinere instellingen onder de WTZa brengt op zichzelf geen directe besparingen met zich mee. Om het beoogde effect te bereiken moeten separate maatregelen worden genomen op het gebied van winstuitkering en Wnt (zie ZiK maatregelen M070 en M225). Het aanscherpen van de vergunningsplicht in deze maatregel levert derhalve geen besparing op en blijft daarmee onder de ondergrens van € 50 miljoen.

023 – Zorginstellingen onder meldplicht en vergunningsplicht

Samenvatting Zorginstellingen wordt een wettelijke meldplicht en vergunningplicht ingevoerd.

Motivatie Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.

Toelichting	De Wtza regelt reeds een meldplicht voor alle nieuwe zorgaanbieders die zorg verlenen in de zin van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz): • Zowel solisten als instellingen (inclusief nieuwe onderaannemers, ook formeel pgb-gefinancierd) die in de Zvw of Wlz omschreven zorg verlenen. • Alternatieve zorg. Ten aanzien van de meldplicht is er dus geen sprake van een nieuwe maatregel. Het doel van deze maatregel wordt bereikt door de invoering van de Wtza. Het onder de vergunningsplicht opnemen is onderdeel van M_019.
--------------------	---

132 – Wachtlijsten coördinatie GGZ op regionaal niveau door zorgverzekeraars of andere partij

Samenvatting	Het betreft een kwalitatieve verbetering van de wachtlijsten binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deze wordt bereikt met het verplichten van ggz-aanbieders om inzicht te geven in hun wachtlijst (onder meer het aantal wachtenden, hun identiteit en positie op de wachtlijst). Dit in combinatie met bestuurlijke boetes voor zorgaanbieders die verzuimen om gegevens aan te leveren. Aanlevering kan gaan via een derde partij ('trusted party') die (regionale) overzichten levert aan de verzekeraars. Verzekeraars kunnen de overzichten gebruiken bij hun zorgbemiddeling.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	De maatregel is juridisch niet uitvoerbaar vanuit privacyoogpunt. Er is sprake van het delen van bijzondere persoonsgegevens, in casu medische gegevens. Uitgangspunt is dat dit alleen is toegestaan als er een grondslag is als genoemd in artikel 6 AVG én artikel 9 AVG. Toestemming is een van de opties in dit kader. Echter, voor toestemming geldt dat deze of niet gegeven kan worden, en dat deze net zo makkelijk ingetrokken kan worden als gegeven kan worden. Daar komt bij dat het twijfelachtig is of in een dergelijke situatie de betrokkene wel toestemming kan geven gezien het machtsverschil en de afhankelijkheid van de zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Los van de grondslag speelt in dit kader de vraag van noodzaak en dataminimalisatie.

138 – Tegengaan no show

Samenvatting	Het invoeren van een wettelijke boete wanneer een patiënt zijn of haar afspraak niet nakomt. De boete bedraagt 105% of 150% van de gemaakte kosten (tot een maximum van 100 euro). Verzekeraars leggen de boete op, 105% gaat naar de zorgverlener die de no-show meldt, het eventuele overige gaat naar de verzekeraars. Het (laten) invoeren van een centraal gestuurd SMS-waarschuwingssysteem, om patiënten te wijzen op hun aankomende afspraak.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	Diverse soorten zorgverleners hanteren nu al zelf een no show tarief. Door de maatregel wordt dit vervangen door een landelijk no show tarief. Ziekenhuizen vragen nu gemiddeld 45 euro (gemiddelde van aantal ziekenhuizen, zie websites voor 'wegblijftarief'), dit wordt verhoogd naar 100 euro. Dit leidt tot een budgettaire opbrengst ten opzichte van de huidige situatie van structureel ca € 30 mln. Andere aanbieders die nu al een no show tarief vragen zijn fysiotherapeuten en tandartsen. Zij vragen verschillende bedragen, daarvoor in de plaats wordt landelijk eenzelfde bedrag geïnd door zorgverzekeraars. Het netto-effect van deze verschuiving is nihil. De invoer van een centraal gestuurd waarschuwingssysteem zal moeten voldoen aan privacywetgeving en medisch beroepsgeheim. Hiervoor zal aparte wetgeving nodig zijn. Er dient rekening te worden gehouden met artikel 8 EVRM (recht op bescherming van het privéleven). De praktische uitvoerbaarheid is ingewikkeld.

146 – Overheadnorm ziekenhuizen

Samenvatting	Op basis van een benchmark wordt een overheadnorm voor ziekenhuizen ingevoerd van maximaal 18%. Instellingen met overheadkosten boven de norm krijgen dit niet vergoed en er wordt een boete opgelegd vanuit de NZa. Deze maatregel moet worden gezien in het huidige stelsel. Hiermee zou de overheid kunnen afdwingen dat er door ziekenhuizen minder geld wordt besteed aan overhead. Daarnaast worden zorginstellingen verplicht verantwoording over de overhead af te leggen in hun jaarverslag.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	De overheid kan overheadnormen niet afdwingen, niet via boetes en ook niet via tariefregulering. Er kunnen maximumtarieven worden gesteld, maar binnen deze tarieven kan er geen deel geormerkt worden als overhead. Ziekenhuizen zijn ondernemingen, zij verrichten economische activiteiten in de zin van het Europese recht. De maatregel vormt een inbreuk op het vrije verkeer binnen de Europese Unie. Een dergelijke inbreuk moet gerechtvaardigd kunnen worden met een dwingende reden van algemeen belang. De dwingende reden van algemeen belang zou de betaalbaarheid van het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg zijn. De maatregel moet geschikt en noodzakelijk voor de betaalbaarheid van het Nederlandse gezondheidszorgstelsel zijn. Op basis van verdere analyse is duidelijk dat de maatregel niet voldoet aan de bovenbedoelde eisen. Een groot deel van de ziekenhuiszorg (het zogenaamde B-segment) valt onder de tariefsoort "vrij tarief", hetgeen nog een extra argument voor het ontbreken van een rechtvaardigingsgrond voor de inbreuk op het vrije verkeer. Bovendien kunnen er geen boetes worden gekoppeld aan het niet realiseren van de norm als een soort van 'criminal charge' in de zin van het EVRM. Dat betekent dat de verdachte (het ziekenhuis) een aantal rechten heeft, zoals de onschuldpresumptie, zwijgrecht, niet hoeven meewerken aan bewijsvoering bij eigen veroordeling. Dit zou de uitvoerbaarheid sterk bemoeilijken.

184 – Vergoeding ggz sterker koppelen aan initiële diagnose

Samenvatting	Om de prikkel tot overbehandeling in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) te reduceren en daarmee zorgkosten te besparen, wordt de mogelijkheid om het te declareren tarief aan te passen in de loop van de behandeling ingeperkt. De behandelaar moet vooraf een diagnose stellen en de vergoeding wordt op basis hiervan bepaald; de uiteindelijke duur van de behandeling heeft hierop geen invloed. Het verzekerde pakket blijft ongewijzigd.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	De maatregel vergt dat een bekostigingssysteem voor de ggz wordt ontwikkeld conform bovengenoemde omschrijving, waarna de minister van VWS een aanwijzing aan de NZa geeft om deze bekostiging voor de ggz in te voeren. De maatregel is technisch niet uitvoerbaar en juridisch niet haalbaar. Technisch: Om de maatregel het beoogde effect te laten sorteren is een systeem van zorgvraagtypering nodig waarmee aan het begin van de behandeling met voldoende nauwkeurigheid en betrouwbaarheid voorspeld kan worden hoe duur de behandeling is die de cliënt nodig heeft. Het is tot nu toe niet gelukt zo'n systeem van zorgvraagtypering te ontwikkelen en er is ook geen zicht op dat dit binnen afzienbare tijd wel kan lukken. Juridisch: Als een cliënt toch meer zorg nodig blijkt te hebben, dan moet de verzekeraar op grond van zijn zorgplicht die zorg vergoeden; de bekostiging mag hiervoor geen belemmering vormen. De bekostiging mag er ook niet toe leiden dat zorgaanbieders redelijkerwijs niet langer op kostendekkende wijze zorg kunnen verlenen.

194A – Bundelen financieringsstromen academische ziekenhuizen

Samenvatting	Bundelen verschillende financieringsstromen voor academische ziekenhuizen. Dit betreft variant 2 uit het IBO Universitaire Medische Centra met als verschil dat de middelen niet bij OCW blijven maar naar VWS worden overgeheveld. De werkplaatsgelden gaan via de facultaire bijdrage lopen en de bekostiging voor onderzoek en innovatie vanuit OCW wordt overgeheveld naar VWS.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	In het IBO-rapport uit 2012 is verondersteld dat een doelmatigheidswinst van 30 miljoen euro (ca. 5% van 575 miljoen in 2013) kan worden behaald op de werkplaatsgelden, als gevolg van onderhandelingen tussen universiteit en umc. Universiteiten zouden een groter belang krijgen om opleidingen en onderzoek zo doelmatig mogelijk te organiseren, zij kunnen het gesprek aangaan over de locatie van bijvoorbeeld de coschappen. Veel umc's verzorgen coschappen in de perifere ziekenhuizen. Dit is in de regel goedkoper. Gelet op de sindsdien gemaakte afspraken met universiteiten en umc's naar aanleiding van het IBO-rapport is een verwachte besparing op de werkplaatsfunctie niet langer realistisch.

194B – Reserves van umc's maximeren

Samenvatting	Een universitair medisch centrum mag geen reserve aanhouden die hoger is dan noodzakelijk, overschotten vloeien terug naar de zorgverzekeraars volgens een verdeelsleutel en kunnen worden gebruikt om de zorgpremie te verlagen.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	Het budgettaire effect is afhankelijk van hoe scherp de norm voor reserves van umc's wordt gesteld. Op basis van de BDO Benchmark ziekenhuizen 2019 hadden umc's ultimo 2018 een balanstotaal van € 8,6 miljard, waarvan € 2,8 miljard eigen vermogen (waarvan € 2,0 miljard algemene reserve). De solvabiliteit is daarmee circa 33%; de solvabiliteit van umc's ten opzichte van algemene ziekenhuizen (circa 28%) is gemiddeld hoger, maar ten opzichte van universiteiten lager (alle umc's blijven onder de signaalwaarde van 50% die het ministerie van OCW ten aanzien van universiteiten hanteert). In theorie levert elke procentpunt verlaging van de maximale solvabiliteit ten opzichte van de situatie ultimo 2018 een bedrag van circa € 125 miljoen op. De maatregel gaat echter wel ten koste van de liquiditeit, waarvoor de umc's gemiddeld thans voldoen aan de normen die banken hanteren. Bovendien kunnen umc's als gevolg van lagere reserves te maken krijgen met hogere financieringslasten, wat leidt tot hogere zorguitgaven. De maatregel is echter moeilijk technisch uitvoerbaar en daarnaast mogelijk juridisch kwetsbaar in verband met beperking eigendomsrecht. Er zal onderzoek nodig zijn naar de oorzaken en redenen voor het aanhouden van reserves. Het is onwaarschijnlijk dat een redelijke norm leidt tot een substantiële afroning. Verder is de verwachte opbrengst als gevolg van de maatregel beperkt. UMC's krijgen immers, vanaf het moment dat de maatregel wordt aangekondigd, een prikkel om ervoor te zorgen dat de reserves niet meer boven de norm uit zullen komen.

202 – Bestuurlijk akkoord mondzorg

Samenvatting	De overheid sluit met de sector een bestuurlijk akkoord voor mondzorg. Hierin is optimale en effectieve zorg gedefinieerd, zijn evidence based richtlijnen en best practices uitgewerkt en is een taakstelling opgenomen. Het doel is kostenbeheersing.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.

Toelichting	Op basis van de actualisatie van de gegevens van ZiK 1 en de recente beleidsontwikkelingen binnen de mondzorg, komen de verwachte budgettaire besparingen uit op ca. € 38 miljoen. De berekeningswijze van ZiK 1 is uitgegaan van een besparingspercentage van 5% aangezien destijds sprake was van het voornemen om de mondzorg tarieven met 5% te verlagen. Uit de praktijk is gebleken dat deze verlaging van de tarieven niet het gewenste effect van kostenbesparing heeft gebracht. Voor de actualisatie van de berekening is wederom uitgegaan van een percentage van 5% omdat er binnen het huidige beleid geen andere/ nieuwe doelmatigheidsnormen worden gesteld. Er is momenteel geen beleidsinhoudelijke onderbouwing voor het eventueel hanteren van een hoger besparingspercentage.
210 – Maatregelenpakket lichte GGZ	
Samenvatting	Met deze maatregel wordt de behandeling van lichtere GGZ-zorg geconcentreerd in de eerste lijn van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit voorstel bestaat uit drie onderdelen: Ten eerste moet er, om de tweede lijn te ontlasten, meer nadruk komen op 1. Begeleiding van patiënten met lichtere mentale klachten door een therapeut bij de huisartsenpraktijk. 2. Cognitieve Gedragstherapie van ouderen met een angststoornis via internet met een begeleider. 3. Internettherapie voor ouderen met een depressie, met ondersteuning door een therapeut. 4. Screening en behandeling van depressie bij patiënten Ten tweede, moet groepsgerichte therapie voor jongeren van depressieve ouders met een verhoogd risico op depressie worden opgenomen in het basispakket van de Zvw. Ten derde, moet er extra inzet van psychische zorg voor statushouders en asielzoekers in AZC's komen, zodat escalatie naar de reguliere GGZ voorkomen wordt.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	Het eerste onderdeel is al mogelijk voor de zorgverzekeraars, die hebben op dit moment al de ruimte om hier meer nadruk op te leggen. Daarom levert dit deel niks op. Het tweede onderdeel betekent effectief een verschuiving van de potentiële behandelgroep van 577 duizend minderjarigen van de KOPP/KVO in de jeugdwet naar de Zvw. Het effect hiervan is moeilijk in te schatten, maar aangezien het gaat om groeps- en online interventies en zeker niet alle kinderen gebruik zullen willen maken van de interventies is het zeer onwaarschijnlijk dat dit meer dan €40 mln. oplevert. Het derde onderdeel heeft alleen effect op statushouders, omdat asielzoekers onder de RMA (uitgevoerd door COA) vallen. Voor asielzoekers is het al mogelijk om psychologische zorg te ontvangen om escalatie te voorkomen. Voor statushouders kan de zorg met name geïntensifieerd worden door betere toegankelijkheid te bewerkstellingen door extra inzet van tolken en ook de financiering daarvan, hiervoor is berekend (met een aantal aannames, omdat er geen cijfers/feiten voorhanden zijn) dat dit neerkomt op een structureel effect van €4 mln.

251 – Mededingingswet niet van toepassing op eerste lijn

Samenvatting	De mededingingswet is niet langer van toepassing op de eerste lijn. Dit biedt meer ruimte voor overeenkomsten die samenwerking in de regio bevorderen
---------------------	---

	waardoor kwaliteit en doelmatige besteding van middelen worden bevorderd.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
	Gezien de beperkingen uit het Europese recht worden de uitvoerbaarheid, juridische haalbaarheid en toegevoegde waarde als zeer laag ingeschat.
Toelichting	Verankering van publieke belangen samenwerking in de zorg in wet- of regelgeving is niet mogelijk. Men kan namelijk niet volstaan met een algemene beschrijving dat de ACM de kwaliteit van zorg mee moet wegen. De ACM moet kunnen afwegen wanneer vergaande samenwerking (zoals marktverdeling) gerechtvaardigd kan worden op grond van de publieke belangen. Hiervoor moet in objectief toetsbare criteria worden gedefinieerd wanneer sprake is van bijvoorbeeld voldoende kwaliteitswinst. Dit is tot dusver lastig gebleken en de Raad van State is in het verleden kritisch geweest op te algemene beschrijving van publieke belangen. Het bepalen dat de zorg (of onderdelen daarvan) niet onder de Mededingingswet vallen is waarschijnlijk niet te verenigen met Europees recht en kan leiden tot inbreuk op eigendom en bijbehorende schadevergoeding. Om niet onder het Europese mededingingsrecht te vallen zouden Nederlandse zorgaanbieders niet meer moeten worden aangemerkt als "onderneming" in de zin van het mededingingsrecht. Daarvoor is dusdanig vergaande regulering nodig dat er geen sprake meer is van concurrentie en zorgaanbieders slechts nog een publieke taak uitvoeren. Deze toelichting is hetzelfde als bij de afvoertekst van M_17 Aanpassing Rol ACM.

289 – Uitbreiden team aanpak fraude

Samenvatting	Het fiche is anders uitgewerkt dan door partij aangegeven: "de capaciteit van de Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ) wordt verdubbeld." Er is voor gekozen dit zo op te vatten als dat de capaciteit van de verschillende ketenpartners wordt uitgebreid. De TIZ is namelijk een overlegorgaan dat tot doel heeft de integriteit van de zorgsector te versterken door samenwerking tussen de partners te stimuleren, te coördineren en te vergroten door het uitwisselen van informatie, kennis, inzicht en vaardigheden.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	De uitbreiding van de interne capaciteit bij de ketenpartners kan tot (het oppakken van) meer signalen leiden indien de juiste randvoorwaarden (zoals sluitende wet- en regelgeving, bewustwording van de aanpak van zorgfraude en informatie-uitwisseling tussen ketenpartners) aanwezig zijn. Hoe meer signalen binnenkomen en deze verrijkt worden met informatie van ketenpartners, hoe groter de kans is om een compleet dossier te maken dat opgepakt kan worden door zorgverzekeraars, gemeenten en het OM. Indien de aanpak aanslaat, heeft het effect op de preventieve werking (mogelijke fraudeurs afschrikken) en/of zorgverzekeraars, gemeenten en het OM helpt bij het rond krijgen van het dossier. Het is echter de vraag of het vergroten van capaciteit zich ook terugvertaalt in meer opgespoorde fraude of premieverlaging, minder zorgkosten (betaalbare zorg). Meer effort/inzet (automatisch) betekent niet dat dit automatisch tot meer opbrengsten leidt. De uitvoering van fraudeonderzoeken is immers zeer arbeidsintensief. Het zijn langlopende onderzoeken waarbij het lastig is om opzet aan te tonen. Vaak starten verdachten vaak juridische procedures waardoor het proces langer duurt. Bovendien zijn de kosten van fraudeonderzoeken veelal hoger dan de opbrengsten (bron DSW). Een investering van 25 miljoen in fte (hypothetisch, dat zou immers gaan om ruim 200 fte) levert dus nog geen 25 miljoen aan opbrengsten op. De ondergrens van 50 miljoen wordt daarom niet behaald. Extra (opsporings)capaciteit momenteel lastig te verkrijgen gezien de lang openstaande vacatures voor fraudemedewerkers bij individuele zorgverzekeraars, ZN en Inspectie SZW.

EIGEN BETALINGEN, ARBEIDSMARKT EN PREMIEVRAAGSTUKKEN

Nr.	Naam	Werkgroep
011	Bonus voor voltijdswork in de zorg	Eigen betalingen
012	Onmogelijk maken ZZP-constructie zorgmedewerkers	Eigen betalingen
134	Ontschotten van opleidingsbudgetten	Eigen betalingen
160	Hogere eigen bijdrage niet-noodzakelijke prenatale screening	Eigen betalingen
162	Afschaffen eigen bijdrage bevalling in instelling zonder medische noodzaak	Eigen betalingen
170	Eigen risico voor de wijkverpleging	Eigen betalingen
182B	Maximeren nominale premie	Eigen betalingen

011 – Bonus voor voltijdswork in de zorg

Samenvatting	Het uitkeren van een bonus aan werknemers in de zorg die meer dan 32 uur werken om er zo voor te zorgen dat er meer zorgpersoneel voltijds gaat werken. De maatregel heeft drie varianten: 1) In de eerste wordt er in een zorg-cao een bonus wordt afgesproken voor iedereen die meer dan 32 uur werkt à €1000 per persoon per jaar, waarvan €500 per persoon wordt gesubsidieerd door VWS (kan met een subsidieregeling waarbij werkgevers per persoon €500 euro terugkrijgen). 2) De tweede variant is een halvering van deze bedrag, dus een bonus van €500 per persoon per jaar, waarvan €250 gesubsidieerd door VWS aan werkgevers. Verder is de aanname dat zo'n 80% werkt in deeltijd, en er werken volgens het UWV zo'n 1,1 miljoen werknemers. 3) De derde variant betreft een bonus van 5% van het salaris per voltijd gewerkt kwartaal. Dit geldt ook voor het zorgpersoneel die nu al voltijds werken.

Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar. Een permanente of tijdelijke voltijdsbonus is niet mogelijk vanwege[1]: • Het creëert in beginsel verboden onderscheid op grond van arbeidsduur, zie artikel III lid 1 van de Wet Onderscheid Arbeidsduur (WOA)[2] die er op is gericht het verschil in behandeling tussen deeltijders en voltijders te verbieden, tenzij er sprake is van objectief gerechtvaardigd belang. Artikel 7:648 BW stelt hetzelfde[3] (= direct onderscheid ofwel discriminerend). • Het geeft ook indirect onderscheid naar geslacht, doordat naar verwachting meer mannen dan vrouwen profiteren van de maatregel. Dit heeft te maken met de hoge deeltijdfactor van vrouwen en het feit dat vrouwen in de zorg gemiddeld tussen de 20-25 uur werken. Dit is strijd met het gelijkheidsbeginsel vanuit de Wet Gelijke Behandeling (AWGB). • Ook stelt artikel 18 van de Wet op de Collectieve Arbeidsovereenkomsten (CAO) dat een CAO maximaal voor 5 jaar kan worden aangegaan, tenzij wordt verlengd. De tijdelijkheid wordt dan ook maximaal 5 jaar.
------------------	--

Toelichting	De enige mogelijkheid die de wetgever biedt, om geen verboden onderscheid te laten ontstaan, is als er sprake is van een objectieve rechtvaardiging. Het onderscheid dat is of wordt gemaakt moet voldoen aan vier criteria: • het doel moet legitiem zijn. • het middel is geschikt om het doel mee te bereiken. • proportionaliteit: het middel staat in redelijke verhouding tot het doel. • noodzakelijkheids criterium: het is noodzakelijk, het doel kan niet op een andere, minder onderscheid makende manier worden bereikt.
--------------------	--

De toets op een objectieve rechtvaardiging is een zware toets. Het is de inschatting dat een voltijdsbonus zoals deze is beschreven hieraan niet voldoet.

Bij de vergoeding aan de werkgever in de vorm van een subsidie[4] kan er

sprake van staatsteun. Staatssteun dient in beginsel vooraf gemeld te worden bij de Commissie. Of er sprake is van (ongeoorloofde) staatsteun is de vraag. Dit dient nader te worden onderzocht. In sommige gevallen is voor staatsteun een rechtvaardiging te vinden, in andere gevallen kan de Commissie er mee instemmen. De uitkomst hiervan is op voorhand niet vast te stellen.

012 – Onmogelijk maken ZZP-constructie zorgmedewerkers

Samenvatting	De maatregel betreft het onmogelijk maken van de inzet van zzp'ers in de zorg. De inzet van zzp'ers wordt direct (door dat wettelijk vast te leggen) of indirect (door eisen te stellen via de inkoop van zorg) wettelijk verboden.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Bij de voorgestelde maatregel kan een parallel worden getrokken bij de eerder voorgenomen uitwerking van het Regeerakkoord ter bescherming van kwetsbare zelfstandigen. De beoogde uitwerking impliceerde dat onder bepaalde omstandigheden de arbeidsrelatie tussen opdrachtgevers en zelfstandigen verplicht zou moeten aangemerkt als een civielrechtelijke arbeidsovereenkomst. De maatregel zou qua reikwijdte minder vergaand zijn dan voorliggende maatregel, want kende beperking in termen van hoogte van het tarief en criteria als reguliere bedrijfsactiviteiten en de duur van de opdracht. Uit onderzoek is gebleken dat een dergelijke maatregel – ook bij de beperktere reikwijdte – een dusdanige inperking van de ondernemersvrijheid vormt die niet onderbouwd kan worden met zwaarwegende argumenten van openbare orde. Gevolg hiervan is dat deze een niet te rechtvaardigen inbreuk zou betekenen op het EU-recht. Omdat de hier voorgestelde maatregel een verdergaande inperking van de ondernemersvrijheid impliceert, geldt dit hier evenzeer en waarschijnlijk in sterkere mate. Een andere mogelijke route voor het onmogelijk maken van de inzet van zzp'ers is via de zorginkoop. Deze route lijkt ten eerste praktisch niet uitvoerbaar omdat zzp'ers via verschillende routes worden ingehuurd. Het gaat onder meer om directe contractering door zorginkopers (bijv. een psychiater die gecontracteerd is door een verzekeraar), ongecontracteerde zorg via de restitutiepolis, PGB'ers die zzp'ers inhuren en zorginstellingen die zzp'ers inhuren. Daarnaast kunnen zzp'ers verschillende juridische constructies/rechtsvormen kiezen om zich te organiseren, zoals een B.V. of een maatschap. Een sluitend verbod - waarbij omzeiling niet mogelijk is - lijkt dan ook niet mogelijk. Bovendien geldt hierbij feitelijk dezelfde inperking van ondernemersvrijheid en is daarmee niet verenigbaar met EU-recht.

134 – Ontschotten opleidingsbudgetten

Samenvatting	De opleiding tot basisarts (opleiding geneeskunde) wordt bekostigd door het ministerie van OCW. Voorstel is om dit budget over te hevelen naar de VWS-begroting en de instroom voor de opleiding geneeskunde te bepalen op basis van de raming van het Capaciteitsorgaan (net als voor medische vervolgopleidingen).
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	In december 2019 heeft het Capaciteitsorgaan voorgesteld de instroom in de bachelorfase te verlagen met 200. Daarin was echter nog niet de nieuwe CBS kernprognose bevolking van 19 december 2019 meegenomen. Deze CBS-prognose heeft ertoe geleid dat het Capaciteitsorgaan met een tussentijds advies ¹ is gekomen, waarbij zij adviseert om de instroom voor de opleiding geneeskunde ongewijzigd te laten. Het bepalen van de instroom op basis van de raming van het Capaciteitsorgaan leidt daarmee niet tot afwijking van het

¹ <https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2020/04/20-22-20200403-Bijstelling-advies.pdf>

basispad in het MLT en levert dus geen besparing op.

160 – Hogere eigen bijdrage niet-noodzakelijke prenatale screening

Samenvatting	De eigen bijdrage voor niet-noodzakelijke prenatale screening (combinatietest of NIPT zonder medische indicatie) wordt zo veel als redelijk (op basis van de werkelijke kosten) verhoogd. Wanneer dit de ondergrens niet haalt zal ook het alternatief worden onderzocht waarbij deze testen uit het pakket vallen en volledig zelf betaald moeten worden.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	Voor de combinatietest is geen verhoging van de eigen betaling mogelijk, omdat vrouwen al de gehele kostprijs van € 176,96,- zelf betalen. De maximale opbrengst voor het volledig zelf laten betalen van de NIPT is gelijk aan het beschikbare budget voor de subsidieregeling NIPT. Dit betreft circa € 15 mln. Dit betekent dat voor de NIPT ook de kostprijs zelf betaald moet worden.

162 – Afschaffen eigen bijdrage bevalling in instelling zonder medische noodzaak

Samenvatting	Eigen betaling bij een poliklinische bevalling zonder indicatie wordt afgeschaft.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	Het afschaffen van deze eigen betaling kost in totaal ongeveer €7 mln. Deze kosten bestaat uit twee delen: Ten eerste een derving van de huidige €6 mln. aan eigen betalingen en ten tweede €1 mln. aan geschatte extra kosten vanwege de aanzuigende werking. Omdat het duidelijk is dat deze kosten lager zijn dan €50 mln. wordt deze maatregel niet verder uitgewerkt.

170 – Eigen risico voor wijkverpleging

Samenvatting	De aanspraak op wijkverpleging wordt onder het eigen risico geplaatst.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	Door de maatregel zullen verzekerden die gebruik maken van wijkverpleging ook een eigen risico moeten betalen voor het gebruik van wijkverpleging. In vrijwel alle gevallen maken personen die gebruik maken van wijkverpleging ook gebruik van medicijnen, hulpmiddelen en medisch specialistische zorg. Het gebruik daarvan is in veruit de meeste gevallen zo hoog dat daarmee het eigen risico al vol is (minder dan 1% van de kosten voor wijkverpleging wordt gemaakt door personen die hun eigen risico niet volmaken zorg anders dan wijkverpleging). Deze groep hoeft dus niets extra's te betalen en deze groep wordt dus ook niet geprikkeld om minder wijkverpleging af te nemen. Het effect op de netto-zorguitgaven bedraagt daardoor circa € 1 miljoen.

182B – Maximeren nominale premie

Samenvatting	De groei van de nominale premie wordt gemaximeerd op basis van de groei van het bbp en/of demografische ontwikkelingen. Als deze norm wordt overschreden gaat dit ten koste van de buffers van zorgverzekeraars. Er wordt een bestuurlijk akkoord afgesloten om dit te faciliteren. De daling van de premie wordt dan niet elders in het stelsel gedekt. Het premieplafond wordt bepaald op basis van het premiegemiddelde van het
---------------------	--

vorige jaar, met daarbij een correctie/koppeling gelijk aan de ontwikkeling van de BBP en demografie in dat jaar. De zorgpremie stijgt/daalt mee met de procentuele stijging/daling van BBP, in combinatie met een correctie van de zorgpremie op basis van evt. demografische wijzigingen (vergrijzing) die naar gemodelleerde inschatting tot hogere zorgkosten in het nieuwe jaar zullen leiden.

Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Het maximeren van de nominale zorgpremie is in strijd met artikel 181 Richtlijn Solvabiliteit II ² . In het voorstel wordt de premiemaximalisering afgesproken in een bestuurlijk akkoord. Dit is op grond van de mededingingswet niet (juridisch) mogelijk omdat met elkaar concurrerende verzekeraars geen afspraken mogen maken over de premie waarover ze concurreren.

² In het rapport "Beleidsopties voor het stimuleren van gunstige zorgcontracten onder de restrictie van een macrobudget" (2017) zijn de juridische gevolgen van maximering van de nominale premie uitgebreid geanalyseerd. Dit rapport is in april 2017 aan de Kamer aangeboden.

GENEES- & HULPMIDDELEN

Nr.	Naam	Werkgroep
016	Verminderen verspilling genees- en verbandmiddelen	Genees- en hulpmiddelen
139	ACM sterkere positie geven t.o.v. farmaceutische industrie	Genees- en hulpmiddelen
141	Korting voor hergebruik hulpmiddelen	Genees- en hulpmiddelen
144A	Verbod geneesmiddelenreclame en artsenbezoek	Genees- en hulpmiddelen
144B	Beïnvloeden voorschrijven en gebruik beperken	Genees- en hulpmiddelen
153	Dure geneesmiddelen naar ziekenhuisbudget	Genees- en hulpmiddelen
185	Gebruik aanvullende patentbescherming beperkt tot situaties waarin ontwikkelkosten aantoonbaar niet zijn terugverdiend	Genees- en hulpmiddelen
197	Eén geneesmiddelenkader voor intra- en extramurale geneesmiddelen	Genees- en Hulpmiddelen
232	Registratie geneesmiddelen	Genees- en hulpmiddelen
259	Herberekenen limieten Geneesmiddelenvergoedingssysteem	Genees & hulpmiddelen
263	Introductie maximum percentage prijsverhoging na overname patent	Genees- en hulpmiddelen
264A	Licentieovereenkomsten	Genees- en hulpmiddelen
264B	Verbieden vervolgoctrooien	Genees- en hulpmiddelen
265	Magistrale bereiding apothekers	Genees- en hulpmiddelen
266A	Beperken duur octrooi bij off label gebruik	Genees- en hulpmiddelen
266B	Lagere prijs bij off label gebruik	Genees & hulpmiddelen
269	Preferentiebeleid hulpmiddelen	Genees- en hulpmiddelen

016 – Verminderen verspilling genees- en verbandmiddelen

Samenvatting	De verspilling van genees- en verbandmiddelen wordt tegengegaan doordat: 1) Apothekers en wijkverpleegkundigen gaan bepalen hoe groot verpakkingen van medicijnen moeten worden. 2) Belemmerende regelgeving wordt weggenomen zodat een grote verpakking van genees- of verbandmiddelen voor meerdere patiënten kan worden gebruikt. 3) heruitgifte van niet gebruikte middelen wordt toegestaan met inachtneming van kwaliteits- en veiligheidsvoorwaarden.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	De eerste twee maatregelen (apothekers bepalen zelf verpakkingsgrootte en wegnemen regelgeving om grote verpakkingen op te knippen) kennen geen budgettair effect aangezien apothekers reeds de mogelijkheid hebben om verpakkingen op te knippen en er afspraken zijn gemaakt om verspilling door te grote verpakkingen tegen te gaan (het Akkoord Afspraken Prescriptieregeling uit 2016). Schattingen op nationaal niveau geven aan dat in Nederland ongeveer 100 miljoen euro wordt verspild. Echter, niet alle medicijnen worden teruggebracht en ongeveer 80% van teruggebrachte medicijnen zijn ongeschikt voor hergebruik. ³ Daarom wordt de opbrengst van heruitgifte geschat op minder dan €10 miljoen. Voor verbandmiddelen zijn dezelfde maatregelen voorgesteld. Aangezien de totale uitgaven € 90 miljoen zijn, is het niet aannemelijk dat hiermee een besparing wordt gerealiseerd die de budgettaire ondergrens haalt.
Toelichting	Over 2018 zijn de kosten als gevolg van besmet voedsel geschat op 171 miljoen euro. Wanneer er wordt uitgegaan van een verhoging naar 195 miljoen euro in 2021 zou deze maatregel tot een besparing van een kwart moeten leiden om de budgettaire ondergrens te halen. Dit lijkt niet realistisch omdat er al beleid wordt gevoerd om de voedselveiligheid te verhogen en dit beleid is aangescherpt na een aantal grote incidenten (fipronil, paardenvlees), waarbij de voedselveiligheid in het geding was, maar niet gezegd kan worden dat hierdoor veel zieken & doden zijn te betreuren. De effectiviteit van de maatregel wordt verder beperkt doordat

³ Bekker, C.L. (2018), 'Sustainable use of medication Medication waste and feasibility of redispensing', Universiteit Utrecht.

het bij ziektegevallen door voedsel meestal om kleine incidenten gaat (één besmette partij product) of doordat de consument het voedsel niet goed bereidt. Vaak melden mensen ook niet dat zij een voedselinfectie hebben opgelopen of weten zelfs niet dat zij ziek van geworden zijn van onveilig voedsel.

De maatregel richt zich op opkomende voedselveiligheidsrisico's. Deze voedselveiligheidsrisico's zijn al een onderdeel van het voedselveiligheidssysteem. Op het gebied van opkomende voedselveiligheidsrisico's wordt het systeem al aangescherpt, door meer en betere bundeling van de signalen. Dit wordt bereikt door een meer structurele samenwerking tussen de instanties die hieraan werken. Dit draagt eraan bij dat de budgettaire ondergrens van 50 miljoen euro met de maatregel niet wordt gehaald.

139 – ACM sterkere positie geven t.o.v. farmaceutische industrie

Samenvatting	De capaciteit en bevoegdheden van de ACM worden uitgebreid om zo de monopolypositie van de farmaceutische industrie te beperken: de mogelijkheid om boetes tot 10% van de netto jaaromzet op te leggen bij misstanden wordt beter benut. Daarnaast moeten de op te leggen boetes ook worden verhoogd.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	De directe effecten van strenger beboeten en hogere boetes zijn niet te kwantificeren en ook de richting is niet op voorhand aan te geven. Voor de afschrikkende werking op marktpartijen (en daarmee het drukkende effect op medicijnprijzen) geldt: Nederland vormt qua omzet 1% van de wereldwijde geneesmiddelenprijzen, waardoor de invloed van deze maatregel op de prijsvorming minimaal zal zijn. Tenslotte is de afgelopen jaren door de ACM geen misbruik van machtspositie door de farmaceutische industrie vastgesteld. Hierdoor zal de impact van deze maatregel op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 miljoen zijn.

141 – Korting voor hergebruik hulpmiddelen

Samenvatting	WMO-zorgverleners krijgen een bonus indien zij hulpmiddelen hergebruiken. Gemeenten keren de bonus uit. Omdat de Wmo geen verzekerd recht is maar een voorziening, hebben gemeenten de vrijheid om dit te doen, toch worden doorgaans nieuwe hulpmiddelen verstrekt en gebruikte hulpmiddelen weggegooid.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	De uitgaven aan Wmo-hulpmiddelen zijn € 275 miljoen, waarvan naar schatting 30% nog niet wordt hergebruikt (€ 80 miljoen). Het is niet aannemelijk dat middels het uitdelen van bonussen een besparing van meer dan € 50 miljoen kan worden behaald. De gemeente en de leverancier hebben nu ook al een financieel belang bij hergebruik.

144A – Verbod geneesmiddelenreclame en artsenbezoek

Samenvatting	Er wordt een verbod ingesteld op geneesmiddelenreclame en artsenbezoek vanuit farmaceutische bedrijven.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Geneesmiddelenreclame gericht op beroepsbeoefenaren en artsenbezoek zijn Europees geharmoniseerd in richtlijn 2001/83/EU. In de Nederlandse Geneesmiddelenwet is dit vastgelegd in hoofdstuk 9 (artikel 91 e.v.). Lidstaten van de EU hebben geen speelruimte om van de richtlijn af te wijken.

144B – Beïnvloeden voorschrijven en gebruik beperken

Samenvatting	Belangenverstrengeling tussen artsen en farmaceuten aanpakken door geneesmiddelenreclame niet langer via zelfregulering vorm te geven. Dit bewerkstelligen door een pakket aan maatregelen: 1) actiever handhaven reclameverbod, 2) reclamecodecommissie opsporingsbevoegdheid geven zodat zij actief op zoek kunnen naar overtreders en 3) farmaceuten een sponsorverbod opleggen
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	De onderwerpen zijn alle reeds geregeld in richtlijn 2001/83/EU. Lidstaten kunnen hier in hun wetgeving niet van afwijken. Zelfregulering die meer of anders inhoudt is niet verboden, maar kan niet bij wet worden afgedwongen (strijd met EU recht).

153 – Dure geneesmiddelen naar ziekenhuisbudget

Samenvatting	Specialistische (dure) geneesmiddelen die voorgeschreven worden door medisch specialisten, worden overgeheveld van de aanspraak farmaceutische zorg naar de aanspraak geneeskundige zorg ('het ziekenhuisbudget').
Motivatie	De maatregel zit in het basispad.
Toelichting	In Zorgkeuzes in Kaart 2015 is de besparing ingeschat op € 10 miljoen, ook na ophoging tot de huidige stand zal de maatregel onder de budgettaire grens van € 50 mln. blijven. Daarnaast zijn de maatregel en het bedrag onderdeel van het huidige regeerakkoord (en daarmee is de besparing reeds ingeboekt).

185 – Alleen aanvullende patentbescherming als ontwikkelkosten aantoonbaar niet zijn terugverdiend

Samenvatting	Voor een geneesmiddel kan er aansluitend op het octrooi van 20 jaar een aanvullend beschermingscertificaat (ABC) worden afgegeven. Het ABC geeft tot 5 jaar extra bescherming. Als voorwaarde voor deze aanvullende bescherming wordt opgenomen dat een fabrikant aantoonbaar onderzoeks- en ontwikkelkosten niet heeft terugverdiend. Hierbij wordt rekening gehouden met kosten voor onsuccesvolle trajecten voor hetzelfde medicijn.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	De gevraagde aanpassing zou geregeld moeten worden in de zogenaamde ABC-verordening. Dit is Europese regelgeving. De gevraagde aanpassing kan niet worden doorgevoerd in de zeer beperkte interpretatieruimte bij deze verordening. Nederland zou wel kunnen besluiten – zolang het ABC geldt – de gevraagde prijs niet te betalen wanneer ze die te hoog vindt. Zie voor eventuele inzet dwanglicentie maatregel 257.

197 – Één geneesmiddelenkader voor intra- en extramurale geneesmiddelen

Samenvatting	De maatregel betreft het creëren van één budgettair kader voor spécialités. Bij overschrijding van het kader wordt een korting toegepast. Dit moet leiden tot gebruik van goedkopere generieke geneesmiddelen en lagere prijzen van spécialités.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	Gegeven de huidige beheersingsmaatregelen, waarbij de uitgaven aan extramurale spécialités al vrijwel niet groeien en de intramurale spécialités al onderdeel zijn van een kader waarop een plafond is afgesproken, en gegeven

het feit dat de inzet van generieke geneesmiddelen in internationaal opzicht al (zeer) hoog is, is het niet aannemelijk dat de prikkels met de voorgestelde maatregel verbeteren.

232 – Strengere voorwaarden markttoelating geneesmiddelen

Samenvatting	Er worden extra voorwaarden gesteld aan medicijnen voordat ze toegelaten worden op de markt. Geneesmiddelen worden alleen toegelaten op de markt als die bewezen werkzaam zijn en substantiële meerwaarde heeft ten opzichte van bestaande geneesmiddelen. Geneesmiddelen die hier niet aan voldoen worden niet toegelaten tot de markt (er mag dan geen handelsvergunning worden afgegeven). Hiermee wordt voorkomen dat fabrikanten geneesmiddelen op de markt brengen die geen therapeutische of klinische meerwaarde hebben.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Het stellen van de voorwaarden voor het dan niet op de markt toelaten van geneesmiddelen (in de zin van de handelsvergunning) is niet aan Nederland. Dit betreft Europese regelgeving (Richtlijn 2001/83/EC met amendementen en Verordening 706/2004 met amendementen). Zie voor maatregelen op het gebied van toelating van geneesmiddelen tot het pakket bijvoorbeeld de fiches 'Afschaffen speciale procedure beoordeling weesgeneesmiddelen' (230) en 'centrale inkoop door de rijksoverheid' (253') en diverse algemene maatregelen op het gebied van pakketbeheer.

259 – Herberekenen limieten Geneesmiddelenvergoedingssysteem

Samenvatting	De overheid berekent nieuwe vergoedingslimieten voor de geneesmiddelen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) conform de 'variant '99'. In deze variant van de herziening van het GVS krijgen generieke producten een zwaarder aandeel in de berekening van de vergoedingslimieten door alle generieke geneesmiddelen afzonderlijk mee te wegen. Als derde variant worden zowel intra- als extramurale geneesmiddelen meegenomen
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	Actualisatie van het GVS volgens maatregel 66 van Zik 1 zit al in het basispad. Dit geldt niet voor 'variant '99'. In deze variant van de herziening van het GVS krijgen generieke producten een zwaarder aandeel in de berekening van de vergoedingslimieten door alle generieke geneesmiddelen afzonderlijk mee te wegen. De opbrengst is zo rond de 8% hoger dan de herberekening van de vergoedingslimieten uit het regeerakkoord, waarbij alleen de peildatum wordt aangepast.⁴ Dat brengt de maatregel ruim onder de budgettaire grens van € 50 miljoen. De variant om ook voor intramurale geneesmiddelen een GVS te gaan opzetten wordt als onuitvoerbaar ingeschat. Het Zorginstituut zou in deze variant alle nieuwe en bestaande intramurale geneesmiddelen (uitgaande van de add-ons) dienen te beoordelen. Er komen jaarlijks enkele tientallen nieuwe intramurale add-ongeneesmiddelen bij. Maar ook bestaande geneesmiddelen die nu al worden verstrekt via het ziekenhuis moeten beoordeeld en geclusterd worden; dit gaat om honderden geneesmiddelen. Een dergelijke clustering is vele malen complexer bij intramurale geneesmiddelen dan bij extramurale geneesmiddelen. Dit omdat zowel de patiënten als de zorg complexer en gedifferentieerder zijn. De zorg wordt namelijk vaak in verschillende behandelopties en behandellijnen en in combinaties gegeven. Daarnaast maken artsen veel meer geïndividualiseerde keuzes. Zo hebben sommige geneesmiddelen(combinaties) op zich een

⁴ APE (2016), Verdiepingsonderzoek Geneesmiddelenvergoedings-systeem (GVS), Den Haag.

vergelijkbare effectiviteit, maar bestaan er toch voorkeuren bij bepaalde subgroepen van patiënten, bijvoorbeeld vanwege bijkomende comorbiditeit. Dit alles maakt dat het vaststellen van een clustering op basis van onderlinge vervangbaarheid niet mogelijk lijkt. Het is ook niet duidelijk of voor bestaande geneesmiddelen de benodigde informatie aanwezig is (de fabrikant heeft immers geen vergoedingsdossier hoeven indienen).

263 – Introductie maximum percentage prijsverhoging na overname patent

Samenvatting	Er komt een wettelijk vastgelegd percentage waarmee de verkoopprijs verhoogd mag worden na overname van een patent. ACM toets hier op. De ACM stelt het normpercentage vast (bijvoorbeeld meer dan een verdubbeling binnen twee jaar na overname patent). ACM kan kiezen voor een risicogerichte aanpak, waarbij m.n. gekeken wordt naar middelen met een grote impact op het totale geneesmiddelenbudget. ACM kan de bevoegdheid krijgen om een boete op te leggen en een deadline waarvoor de fabrikant de prijs binnen een door de ACM gestelde norm moet terugbrengen.
Advies	Maatregel niet opnemen in ZiK2020.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	Gekeken is naar producten waarbij het 'registreren van relatief goedkope en lange gebruikte apotheekbereidingen/off label toepassingen en voor het veelvoudige van de prijs van de bereiding in de markt zetten' en 'opkopen van patentloze geneesmiddelen en voor hogere prijs in de markt zetten' aan de orde was. In totaal ging het de afgelopen vijf tot tien jaar om acht producten met elk een gemiddelde omzet van € 5 miljoen (in 2018). Mede gegeven de rol die de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) speelt bij het maximeren van geneesmiddelenprijzen, is de potentiële besparing dus zeer laag. De gemiddelde omzet voor spécialités (add-ons) ligt intramuraal op € 10 miljoen per jaar. € 50 miljoen besparing zou theoretisch behaald worden als bijvoorbeeld per jaar twee producten, na opkopen van patent, van €10 miljoen naar €45 miljoen gaan. Er zijn geen signalen dat dit in de markt voorkomt en dergelijke prijsverhogingen lijken niet aannemelijk gegeven de Wgp die een dergelijke prijsverhoging veelal niet toestaat. Gegeven de Wgp en de gemiddelde omzet van de geneesmiddelen waarbij de afgelopen jaren casuïstiek aan de orde was, is het niet aannemelijk dat de maatregel meer dan € 50 miljoen per jaar oplevert.
Relatie ZiK1	Geen.

264A – Voorwaarden stellen aan licenties bij publieke investeringen

Samenvatting	Er worden voorwaarden aan onderzoeksgeld gesteld die zien op de manier van licentiëren. De kennis kan worden verkocht in combinatie met eisen aan de uiteindelijke prijs van het geneesmiddel. Dit moet ervoor zorgen dat de uiteindelijke prijs van het 'consumentenproduct' maatschappelijk aanvaardbaar is.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	Er zijn geen exacte cijfers over hoeveel geneesmiddelen die op de markt komen een patent hebben dat zijn oorsprong kent aan een Nederlandse

universiteit. De inschatting door de NFU-commissie over maatschappelijk verantwoord licentiëren, is dat dit zeer beperkt is⁵. Het gaat naar schatting om maximaal vijf geneesmiddelen in de afgelopen tien jaar.

Gegeven de wereldwijde markt voor geneesmiddelenontwikkeling, het daarmee relatief beperkte aantal geneesmiddelen dat (deels) in Nederland wordt ontwikkeld en de gemiddelde omzet in Nederland van een nieuw geneesmiddel (grotendeels tussen de € 5 miljoen en € 10 miljoen) is niet aannemelijk dat € 50 miljoen wordt bespaard.

264B – Verbieden van vervolgoctrooien

Samenvatting Vervolg-octrooien worden verboden.

Motivatie De maatregel is niet uitvoerbaar.

Toelichting 'Vervolg-octrooien' bestaan als zodanig niet. Een octrooi moet altijd nieuw en inventief zijn. De meeste octrooien zijn verbeteringen op het bestaande en bouwen voort op kennis die al bestaat. Een medicijn dat al bestaat kan een octrooi krijgen voor een andere indicatie wanneer het voldoet aan de inventiviteitseis, bijvoorbeeld als de nieuwe indicatie volgt op vervolgonderzoek. Ook zijn er situaties waarbij een octrooi wordt aangevraagd voor een verbetering van het product ('evergreening'). Het is andere bedrijven dan wel toegestaan het 'oude' product op de markt te brengen, maar het nieuwe middel mag alleen door de firma worden geleverd. Het octrooi kan niet worden verboden als het nieuw en inventief is.

In het Europees Octrooi-verdrag wordt gesteld dat een octrooi wordt verleend als wordt voldaan aan de eisen van nieuwheid, inventiviteit en industriële toepasbaarheid (art. 52). De eisen worden verder in het verdrag toegelicht en zijn daarmee geharmoniseerd – een aanpassing zal dus wijziging van Europese regelgeving vereisen. De octrooien die verleend worden op basis van dit verdrag worden Europese octrooien genoemd, maar zijn eigenlijk nationale octrooien die bij één centraal bureau worden aangevraagd en verleend (een uitvinder kan via deze procedure één aanvraag indienen en 28 nationale octrooien krijgen, i.p.v. 28 afzonderlijke aanvragen te moeten doen). De eisen werken dus ook door op onze nationale octrooien, wat betekent dat we Nederland dit niet eenzijdig kan aanpassen.

265 – Magistrale bereiding apothekers

Samenvatting De minister besluit tot het niet opnemen van dure geneesmiddelen in het verzekerd pakket. Hierdoor zijn deze dure geneesmiddelen niet beschikbaar en zou het voor apothekers toegestaan zijn om deze geneesmiddelen na te maken en collegiaal door te leveren. Dit zou moeten leiden tot een besparing op dure geneesmiddelen. Er wordt een commissie ingesteld die de voorwaarden voor het magistraal bereiden opstelt, zodat dit veilig op grotere schaal kan gebeuren.

Motivatie Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.

Toelichting Gegeven het beperkt aantal nieuwe dure geneesmiddelen per jaar (waarbij de gemiddelde omzet rond de € 5 miljoen - € 10 miljoen bedraagt), de beperkte mate van uitvoerbaarheid van de maatregel door de Europese regelgeving (beperkt aantal patiënten per ziekenhuisapothek); de beperkte mate van uitvoerbaarheid in praktische zin (veel kennis nodig en het vergt investeringen in

⁵ "A political and international increase in scale is required for these principles to have an impact. In the Netherlands only a small proportion of the available drugs was developed (partly) on the basis of Dutch academic research. An even smaller proportion was based on patents from Dutch academic institutions." (rapport NFU 'Ten principles for Socially Responsible Licensing', d.d. juni 2019)

bereidingscapaciteit); zal een magistrale bereiding maar in een zeer beperkt aantal gevallen een reële optie zijn als alternatief voor een duur geneesmiddel dat niet vergoed wordt via het basispakket. Bovendien geldt dat doorlevering niet toegestaan is als een commercieel alternatief beschikbaar is. De inschatting is dat het budgettaire effect onder de €50 miljoen blijft. Het op grote schaal magistraal bereiden vergt tenslotte wijziging van de Europese wet (Europese richtlijn 2001/83/EG).

266A – Beperken duur octrooi bij off label gebruik

Samenvatting	Beperking duur van het octrooi wanneer een geneesmiddel voor een nieuwe, maar niet geregistreerde indicatie wordt gebruikt.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Verkorting van de duur van octrooien vergt aanpassing van internationale verdragen (TRIPS) / Europese regelgeving. Een octrooi kan dus niet eenzijdig door de Nederlandse overheid worden bekort.

266B – Lagere prijs bij off label gebruik

Samenvatting	Prijs verlagen van het octrooi wanneer een geneesmiddel voor een nieuwe, maar niet geregistreerde indicatie wordt gebruikt
Advies	Maatregel niet opnemen in ZiK2020.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven is kleiner dan €50 mln.
Toelichting	Deze maatregel haalt de budgettaire ondergrens van €50,- miljoen niet. Bovendien wordt de Wmg hier gebruikt voor een andere doelstelling dan waarvoor die is bestemd. Het gaat hier niet om de beheersing van de kosten van gezondheidszorg en een doelmatig en doeltreffend stelsel van zorg, de doelstellingen van Wmg. Het gaat bij deze maatregel om het stimuleren van fabrikanten om een geneesmiddel ook voor aanvullende indicaties te registreren. De Wmg is niet bestemd voor dat doel. De NZa mag de bevoegdheid tot het nemen van een besluit niet voor een ander doel gebruiken dan waarvoor hij bestemd is (artikel 3:3 van de Algemene wet bestuursrecht). De fabrikanten zijn anders dan ziekenhuizen en apothekers geen zorgaanbieder in de zin van de Wmg.

269 – Preferentiebeleid hulpmiddelen

Samenvatting	Er wordt een preferentiebeleid voor medische hulpmiddelen ingevoerd.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	Het voeren van preferentiebeleid (en/of andere wijze van selectief inkopen) voor medische hulpmiddelen door zorgverzekeraars en zorgaanbieders is reeds mogelijk en gebeurt al.

PAKKET & VERZEKERAARS

Nr.	Naam	Werkgroep
075	Alleen acute zorg voor vreemdelingen en asielzoekers	Pakket en Verzekeraars
148	Mogelijk maken meerjarige zorgpolissen	Pakket en Verzekeraars
150	Afroken winsten/vermogens zorgverzekeraars	Pakket en Verzekeraars
151	Verbieden winsten zorgverzekeraars	Pakket en Verzekeraars
203	Minder risicoverevening voor Zorgverzekeraars in de GGZ	Pakket en Verzekeraars
204	Nieuwe methode voor het berekenen van de vereveningsbijdrage aan verzekeraars	Pakket en Verzekeraars
234	Zware paracetamol, mineralen en vitamines terug in het basispakket	Pakket en Verzekeraars
236	Extra reserve bij vergroten basispakket	Pakket en Verzekeraars
239	Basispakket Zvw koppelen aan verwachte economische groei	Pakket & verzekeraars
241	Burgerdemocratie bij vaststelling basispakket	Pakket & verzekeraars
279	Boete zorgverzekeraars bij onvoldoende invulling zorgplicht	Pakket en Verzekeraars
281	Polisaanbod reduceren	Pakket en Verzekeraars
282	Toestaan van verplichte zorgpaden	Pakket en Verzekeraars
284	Relatietherapie opnemen in het basispakket	Pakket en verzekeraars

075 – Alleen acute zorg voor vreemdelingen en asielzoekers

Samenvatting	Vreemdelingen en asielzoekers krijgen alleen toegang tot verzekerde zorg indien het acute zorg betreft.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	De kosten voor de zorg voor vreemdelingen liggen onder de budgettaire ondergrens van €50 miljoen. Daarnaast is de voorgestelde maatregel in strijd met internationale mensenrechtenverdragen, de Europese Verordeningen die medisch noodzakelijke zorg voorschrijven en met eerdere rechterlijke uitspraken.

148 – Mogelijk maken meerjarige polissen

Samenvatting	Op dit moment kan de zorgpolis na 1 jaar worden opgezegd. Deze maatregel maakt het mogelijk dat verzekeraars daarnaast meerjarige polissen aanbieden. Voor deze polissen is de jaarlijkse opzeggingstermijn afgeschaft.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	Het is onduidelijk of de premie van een meerjarige polis hierdoor lager gaat uitvallen. Er zijn redenen, zoals lagere wervingskosten, waarom de premie lager zou kunnen uitvallen. Ook zijn er redenen waarom de premie hoger uit zou kunnen vallen zoals een risico-opslag voor toekomstige pakketwijzigingen en minder concurrentie op de verzekeringsmarkt. Het is onduidelijk of meerjarig polissen zorgen voor meer duidelijkheid voor de consument, lagere zorgpremies of meer investeringen in zorginnovatie en preventie. De impact van deze maatregel wordt op minder dan €50 mln. per jaar ingeschat.

150 – Afroken winsten zorgverzekeraars

Samenvatting	Winsten/vermogens van zorgverzekeraars worden afgeroomd. Er wordt een maximum gesteld aan het eigen vermogen/de reserves van zorgverzekeraars. Het overige eigen vermogen wordt afgeroomd en vloeit terug naar alle premiebetalers.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.

Toelichting	Deze vorm van wettelijke winst- en/of vermogensregulering is in een privaatrechtelijk verzekeringsstelsel juridisch niet uitvoerbaar. Het voorstel gaat namelijk verder dan het creëren van een nieuwe voorwaarde binnen het huidige stelsel; het tast het karakter van dat stelsel aan. Een verbod op winstuitkering zou leiden tot een onmiddellijke en onvoorziene omslag van het huidige privaatrechtelijke stelsel naar een publiekrechtelijk stelsel (zie advies RvS en voor nadere analyse van het initiatiefwetsvoorstel houdende een verbod op winstuitkering door zorgverzekeraars de adviezen van NZa en DNB). Daarnaast is sprake van een aantal (andere) juridische en praktische complicaties. Zo worden vraagtekens gezet bij de rechtvaardiging in het licht van artikel 1 van het eerste Protocol bij het Europees verdrag tot Bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) (bescherming eigendom) en artikel 63 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (vrij kapitaalverkeer).
--------------------	---

151 – Verbieden winsten zorgverzekeraars

Samenvatting	Het wordt zorgverzekeraars verboden om dividend uit te keren aan hun aandeelhouders. Doel hiervan is dat het geld dat anders zou zijn uitgekeerd aan aandeelhouders, wordt omgezet in lagere premies.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Deze vorm van wettelijke winst- en/of vermogensregulering is in een privaatrechtelijk verzekeringsstelsel juridisch niet uitvoerbaar. Het voorstel gaat namelijk verder dan het creëren van een nieuwe voorwaarde binnen het huidige stelsel; het tast het karakter van dat stelsel aan. Een verbod op winstuitkering zou leiden tot een onmiddellijke en onvoorziene omslag van het huidige privaatrechtelijke stelsel naar een publiekrechtelijk stelsel (zie advies RvS en voor nadere analyse van het initiatiefwetsvoorstel houdende een verbod op winstuitkering door zorgverzekeraars de adviezen van NZa en DNB). Daarnaast is sprake van een aantal (andere) juridische en praktische complicaties. Zo worden vraagtekens gezet bij de rechtvaardiging in het licht van artikel 1 van het eerste Protocol bij het Europees verdrag tot Bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) (bescherming eigendom) en artikel 63 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (vrij kapitaalverkeer).

203 – Minder risicoverevening voor zorgverzekeraars in de ggz

Samenvatting	Het vergoedingspercentage van het kenmerk Hoge Kosten Compensatie GGZ (HKC) naar beneden bijstellen om zo de doelmatigheidsprikkels bij zorgverzekeraars voor GGZ-uitgaven te vergroten.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	De kosten in de GGZ zijn zeer scheef verdeeld. Van de mensen die wel GGZ-kosten maken, heeft slechts een kleine groep mensen juist zeer hoge GGZ-kosten. Deze zeer dure GGZ-cliënten zijn ongelijk verdeeld over de zorgverzekeraars, wat het gelijke speelveld verstoort en prikkels tot risicoselectie met zich mee kan brengen. Risicoselectie kan ertoe leiden dat geen actief inkoopbeleid wordt gevoerd en werkt daarmee ondoelmatigheid in de hand. Via ex-post risicoverevening krijgen verzekeraars voor 0,5% GGZ-gebruikers met de hoogste kosten (ongeveer 3500 verzekerden) sinds 2020 75% van de gemaakte kosten boven een drempelwaarde vergoed. Dit heet de Hoge Kosten Compensatie (HKC) GGZ. Financiële prikkels tot kostenbeheersing bestaan nog steeds, omdat zorgverzekeraars maar voor een deel worden gecompenseerd. De voorgestelde maatregel is om de doelmatigheidsprikkels te vergroten door het vergoedingspercentage (nu 75%) te verlagen (of HKC geheel afschaffen). De exploitatierisico's voor zorgverzekeraars nemen dan toe. Dit leidt enerzijds tot sterkere prikkels tot kostenbeheersing, maar anderzijds nemen de risico's

op risicoselectie toe. Aangenomen wordt dat deze effecten op de doelmatigheid grotendeels tegen elkaar wegvallen. Tenslotte is bij invoering van de ex post aangegeven dat dit slechts tot een andere verdeling van de Zvw-middelen over verzekeraars leidt en niet tot een verhoging van de uitgaven aan Zvw-zorg die we samen opbrengen.

Om deze redenen gaan we ervan uit dat er geen besparing van minimaal 50 miljoen structureel op de kosten is als gevolg van verbeterde doelmatigheidsprikkels.

204 – Nieuwe methode voor het berekenen van de vereveningsbijdrage aan verzekeraars

Samenvatting Verevening van zorgverzekeraars via 'constrained regression', waarbij de zorgkosten van specifieke groepen aan zorgverzekeraars anders worden gecompenseerd.

Motivatie Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.

Toelichting Constrained regression zou ingezet kunnen worden om het model beter te kunnen laten verevenen en hierdoor minder aan risicoselectie kan worden gedaan. Dit hoeft niet tot een besparing van de zorgkosten te leiden, de prikkel om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen is er namelijk ook bij ondercompensatie van een bepaalde groep. In het meest gunstige geval leidt dit tot een verbetering van de zorginkoop en wordt er een kwalitatief beter aanbod ingekocht voor groepen die nu nog worden onder gecompenseerd. Dit betekent nog niet dat er een financiële besparing wordt behaald. Deze maatregel zal daarom naar verwachting niet tot een budgettaire impact van meer dan €50 mln. per jaar leiden.

234 – Zware paracetamol, mineralen en vitamines terug in het basispakket

Samenvatting Opnemen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem van bepaalde typen vitamines, mineralen en paracetamol die per 1 januari 2019 uit het basispakket zijn gehaald.

Motivatie Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.

Toelichting Volgens een nadere berekening van het Zorginstituut Nederland was de besparing per 1 januari 2019 geraamd op € 35 miljoen. Dit bedrag bestaat voor 33% uit geneesmiddelenkosten en 66% terhandstellingkosten. Het budgettaire effect van deze maatregel komt daarmee op € 35 miljoen en blijft daarmee (ook na ophoging naar 2021) onder de drempelwaarde. NB. De wijziging in het verzekerde pakket van 1 januari 2019 wordt momenteel gemonitord. De resultaten van deze monitor worden verwacht in de loop van 2020.

236 – Extra reserve bij vergroten basispakket

Samenvatting Wanneer nieuwe middelen worden toegevoegd aan het basispakket wordt een aanvullende reserve bij VWS aangehouden. Het doel hiervan is een prikkel te introduceren om uitbreiding van het basispakket tegen te gaan.

Motivatie De maatregel is niet uitvoerbaar.

Toelichting De premiegefinancierde zorguitgaven vallen onder de VWS-begroting. Als het basispakket Zvw wordt uitgebreid dan leidt dat dus al tot een uitbreiding van de VWS-begroting. Vorming van financiële reserves is bedoeld voor de vergoeding van toekomstige zorguitgaven door zorgverzekeraars (ter bescherming van verzekerden). Zo kunnen zorgverzekeraars ook in financieel mindere tijden aan hun zorgplicht blijven voldoen. De vereiste solvabiliteit op basis van Solvency II verschilt per zorgverzekeraar naar gelang zijn

risicoprofiel (samenstelling van de verzekerdenportefeuille). Als het basispakket wordt uitgebreid dan leidt dat al tot verplichte uitbreiding van de noodzakelijke reserves bij zorgverzekeraars. VWS kan niet zelfstandig besluiten dat verzekeraars een aanvullende reserve moeten aanhouden. De parameters voor vereiste solvabiliteit zijn Europees geregeld onder Solvency II. Zorgverzekeraars verplichten om een aanvullende reserve aan te houden is daarmee juridisch niet uitvoerbaar.

239 – Basispakket Zvw koppelen aan verwachte economische groei

Samenvatting	Er dient een budgettaire afspraak te worden gemaakt bij de start van de kabinetsperiode om de groei van het uitgavenplafond zorg (UPZ) te begrenzen op de werkelijke gemiddelde economische groei per vier jaar. Op basis daarvan wordt voor alle zorgsectoren een mbi-grens vastgesteld, waarbij de gezamenlijke mbi-grenzen optellen tot het Zvw-deel van het UPZ. Het macrobeheersinstrument (mbi) wordt gehandhaafd om eventuele overschrijdingen van de uitgavenplafonds (evt. op basis van de afspraken in de akkoorden) terug te halen met een korting. Het jaar na het optreden van de overschrijding wordt een tariefkorting doorgevoerd (bij maximumtarieven), dan wel het kader verlaagd (vrije tarieven) om de korting in het volgende jaar te realiseren. Doelstelling van de maatregel is een gecontroleerde kostenontwikkeling en een prikkel om elementen uit het basispakket te verwijderen die niet meer state-of the-art zijn.
Motivatie	Maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	De overheid kan de Zvw-uitgaven niet beperken door deze eenvoudigweg te koppelen aan de economische groei. De budgetten, MBI-maatregelen en tariefmaatregelen mogen geen afbreuk doen aan het recht van verzekerden op zorg die behoort tot het basispakket. Een overschrijding van financiële kaders (budgetten) kan geen reden vormen voor weigering van de verlening van Zvw-zorg aan een verzekerde. De zorgplicht van zorgverzekeraars blijft op basis van Zvw ook bij overschrijding van toepasselijke financiële kaders bestaan. Het waarborgen van het recht van verzekerden op Zvw-zorg betekent ook dat de zorgaanbieders de Zvw-zorg rendabel en dus zeker niet verlieslatend, aan verzekerden kunnen leveren. Zonder corresponderende beperking van het basispakket, hogere verplichte eigen betalingen van verzekerden en/of andere maatregelen die de door zorgaanbieders te maken kosten voor het leveren van Zvw-zorg beperken, doen generieke kortingen snel afbreuk aan het recht van verzekerden op Zvw-zorg.

241 – Burgerdemocratie bij vaststelling basispakket

Samenvatting	De overheid organiseert een experiment waarbij een groep van 100 burgers in samenspraak met een nader te bepalen groep artsen, vertegenwoordigers van verzekeraars en andere relevante stakeholders tot een advies aan de wetgever komt over de kosten van zorg die worden vergoed vanuit het basispakket. De deelnemers aan het experiment worden gevoed met alle relevante en benodigde informatie over onder meer de (kosten)effectiviteit van zorg en de consequenties van mogelijke keuzes voor de premie.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	De uitvoeringskosten bedragen naar schatting +/- EUR 500.000 en blijven daarmee ruimschoots beneden de grens van EUR 50 mln.

279 – Bestuurlijke boete zorgverzekeraars bij onvoldoende invulling van de zorgplicht

Samenvatting	Zorgverzekeraars die onvoldoende werk maken van de zorgplicht jegens hun verzekerden krijgen een bestuurlijke boete. De zorgplicht houdt in dat een
---------------------	---

verzekerde met een naturapolis binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang moet hebben tot kwalitatief goede zorg uit het basispakket. Bij een restitutiepolis betekent de zorgplicht dat de kosten van de zorg aan de verzekerde vergoed worden en daarnaast dat de zorgverzekeraar op verzoek van de verzekerde/verzekeringnemer helpt bij het verkrijgen van die zorg. De bestuurlijk boete kan worden opgelegd door de NZa.

Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	De maatregel is in de eerste plaats juridisch kwetsbaar. Bestuurlijke boeten beogen 'lik op stuk' te geven bij eenvoudig te constateren overtredingen van concrete wettelijke verplichtingen. De zorgplicht is echter grotendeels een open norm waarbij zorgverzekeraars een eigen verantwoordelijkheid hebben om hieraan invulling te geven. De NZa heeft alleen in een toezichtskader enkele randvoorwaarden neergelegd. Bovendien is een zorgverzekeraar vooral bij naturapolissen uiteindelijk afhankelijk van de beschikbaarheid van zorgaanbieders. Wanneer de zorgverzekeraar het overtreden van de zorgplicht niet verweten kan worden – hiervoor zullen randvoorwaarden moeten worden ingevuld zoals voldoende duidelijke norm en vaststellen verwijtbaarheid – bijvoorbeeld vanwege aantoonbare tekorten in het zorgaanbod en een feitelijke belemmering om dit aanbod tijdig zelf te organiseren (overmacht), kan er geen bestuurlijke boete opgelegd worden. In de tweede plaats is het tot nu toe beperkt noodzakelijk geweest om formele reprimandes op te leggen aan zorgverzekeraars die onvoldoende werk maken van hun zorgplicht jegens hun verzekerden. De opbrengsten van de introductie van een boete zal daarmee naar verwachting de budgettaire ondergrens van 50 mln. euro niet overschrijden.

281 – Polisaanbod reduceren

Beperking van het polisaanbod door:

Samenvatting	i. afschaffing van budgetpolis, ii. afschaffen collectiviteitspolis, iii. afschaffen aanvullende verzekeringen, iv. het onmogelijk maken om polissen met minieme verschillen aan te bieden als verschillende producten. v. verzekeraars mogen alleen een door het Rijk vastgestelde naturapolis met volledig vrije keuze van de behandelaar aanbieden. Verzekeraars concurreren in deze optie op service en prijs.
---------------------	--

Advies Maatregel niet opnemen in Zik2020.

Motivatie Maatregel is onuitvoerbaar.

Afschaffing budgetpolis

De 'budgetpolis' is feitelijk gezien een naturapolis met meer beperkende voorwaarden dan gemiddeld, bijvoorbeeld een selectievere contractering van zorgaanbieders of een lager vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg. Verzekerden kunnen voor spoedeisende hulp overal terecht, ook in het geval van een polis met beperkende voorwaarden. Alle verzekeraars moeten ondanks de beperkende voorwaarden wel aan de zorgplicht voldoen. De budgetpolis als zodanig heeft geen zelfstandige grond of fundament in de wet of regelgeving. Het afschaffen van de budgetpolis is daarom niet mogelijk.

Toelichting

Afschaffen collectiviteitspolis

Het afschaffen van de collectiviteitskorting wordt beschreven in fiche M_196.

Afschaffen aanvullende verzekeringen

De overheid kan aanvullende verzekeringen niet afschaffen omdat het een privaat product is. Het overhevelen van bewezen effectieve zorg naar de basisverzekering (een variant waarbij de aanvullende verzekering wordt uitgekleeft) is uitgewerkt in fiche M_250.

Polissen met minieme verschillen als verschillende producten aanbieden

	<i>onmogelijk maken</i> Volgens Europees recht is wettelijk ingrijpen hier alleen mogelijk indien dit noodzakelijk en proportioneel is. Aan deze vereiste wordt op dit moment niet voldaan. Er kunnen immers goede redenen zijn om een andere premie te hanteren. Dit kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van de solvabiliteit die verschilt per zorgverzekeraar of een ander serviceniveau. <i>Door Rijk vastgestelde naturapolis met volledig vrije keuze</i> Om deze maatregel door te voeren is het nodig de restitutiepolis af te schaffen, polissen met beperkende voorwaarden af te schaffen en verzekeraars te verplichten om alle aanbieders te contracteren. Deze maatregelen zijn niet proportioneel als deze alleen genomen worden om het polisaanbod te verminderen.
Relatie ZiK1	Geen.

282 – Toestaan van verplichte zorgpaden

Samenvatting	Het wordt zorgverzekeraars mogelijk gemaakt om tevens zorgaanbieder te zijn en verzekerden enkel zorg uit het basispakket aan te bieden bij de door hen aangewezen aanbieders. Zogeheten 'verticale integratie' wordt toegestaan. Er zijn twee varianten: 1) de verzekeraar mag ook eigenaar zijn van zorgaanbieders en verzekerden daarnaar verwijzen, vergelijkbaar met zogenaamde HMO's in de VS. 2) een mildere variant is dat de verzekeraar gerichte zorgpaden contracteert en verzekerden langs dat pad leidt.
Motivatie	Beide voorgestelde varianten zijn reeds mogelijk binnen de huidige wet- en regelgeving. Nog verdere sturing op verplichte zorgpaden is mogelijk door artikel 13 van de Zorgverzekeringswet aan te passen, maar die variant wordt afzonderlijk uitgewerkt in maatregel 278. Afschaffen of terugbrengen hinderpaalcriterium. Vanwege deze overlap wordt deze maatregel afgevoerd.
Toelichting	Optie 1 is verticale integratie en is toegestaan op basis van huidige regelgeving met dien verstande dat het zorgaanbod binnen de entiteit van de verzekeraar in de vorm van naturaverstrekking aan uitsluitend de eigen verzekerden moet betreffen. Optie 2 behelst de budgetpolis die op dit moment al wordt aangeboden door zorgverzekeraars.

284 – Relatietherapie opnemen in het basispakket

Samenvatting	Relatietherapie wordt opgenomen in het basispakket. Het gaat om maximaal 20 sessies, die vergoed worden als sprake is van verwijzing van een huisarts. Bewezen effectiviteit is een voorwaarde. In variant A wordt therapie vergoed voor alle stellen, in variant B alleen voor stellen met thuiswonende kinderen tot 18 jaar.
Advies	Maatregel niet opnemen in ZiK2020.
Motivatie	Onuitvoerbaar
Toelichting	Relatietherapie zonder stoornis of geïndiceerde preventie kan niet onder de aanspraken gebracht worden zonder een fundamentele wijziging van de uitgangspunten van de Zvw, namelijk dat er een behoefte van de verzekerde aan zorg dient te zijn op basis van zorginhoudelijke gronden. In variant B is expliciet duidelijk dat de behoefte van de verzekerde aan zorg niet voortkomt uit zorginhoudelijke gronden, maar op sociale omstandigheden is geïndiceerd. Ten overvloede wordt opgemerkt dat, hoewel specifieke cijfermatige gegevens ontbreken, het niet aannemelijk lijkt dat deze maatregel de budgettaire ondergrens van €50,- miljoen zou halen.
Relatie ZiK1	Niet van toepassing

PREVENTIE

Nr.	Naam	Werkgroep
050	Legaliseren softdrugs	Preventie
051	Stimuleren voedselveiligheid om ziekte te voorkomen	Preventie
052	Tegengaan roken	Preventie
059	0% BTW op groente en fruit	Preventie
207	Gecombineerde Leefstijl Interventie ook aanbieden bij 18-Screenen op vitamine D-tekort en indien nodig vitamine D voorschrijven aan mensen van zestig jaar en ouder	Preventie
209		
211	Preventieve SOA test	Preventie
219A	Frisdranktaks die prijs van suikerhoudende dranken met 20% doet stijgen	Preventie
247B	Preventiemaatregel hart- en vaatziekten: wettelijke maximum normen voor het zoutgehalte in levensmiddelen	Preventie

050 – Legaliseren softdrugs

Samenvatting	Het gebruik, de productie en de verkoop van softdrugs wordt gelegaliseerd/gereguleerd.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Het reguleren van de teelt en verkoop van cannabis is in strijd met internationale verdragen en het Europese recht. Het gaat dan om het Enkelvoudig Verdrag inzake verdovende middelen uit 1961, zoals gewijzigd door het Protocol tot wijziging van het Enkelvoudig Verdrag inzake verdovende middelen (Trb. 1987, 90), het Verdrag inzake psychotrope stoffen uit 1971 en het Verdrag van de Verenigde Naties tegen sluikhandel in verdovende middelen en psychotrope stoffen uit 1988 (Trb. 1990, 94). Wat het Europees recht betreft gaat het om de Schengenuitvoeringsovereenkomst en het Kaderbesluit illegale drugshandel (2004/757/JBZ).

051 – Stimuleren voedselveiligheid om ziekte te voorkomen

Samenvatting	Mede ingegeven door de aanbevelingen uit het onderzoeksrapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV) over opkomende veiligheidsrisico's (juni 2019) wordt er gewerkt aan het systematisch en tijdig in beeld krijgen van (opkomende) voedselveiligheidsrisico's. Middelen worden in ieder geval ingezet om: 1) bij het RIVM te investeren in surveillance en bronopsporing van ziektegevallen en van de attributie van ziektegevallen aan voedselbronnen; 2) bij de NVWA te investeren in toezicht op de risicoaanpak van voedselbedrijven.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	Over 2018 zijn de kosten als gevolg van besmet voedsel geschat op 171 miljoen euro. Wanneer er wordt uitgegaan van een verhoging naar 195 miljoen euro in 2021 zou deze maatregel tot een besparing van een kwart moeten leiden om de budgettaire ondergrens te halen. Dit lijkt niet realistisch omdat er al beleid wordt gevoerd om de voedselveiligheid te verhogen en dit beleid is aangescherpt na een aantal grote incidenten (fipronil, paardenvlees), waarbij de voedselveiligheid in het geding was, maar niet gezegd kan worden dat hierdoor veel zieken & doden zijn te betreuren. De effectiviteit van de maatregel wordt verder beperkt doordat het bij ziektegevallen door voedsel meestal om kleine incidenten gaat (één besmette partij product) of doordat de consument het voedsel niet goed bereidt. Vaak melden mensen ook niet dat zij een voedselinfectie hebben opgelopen of weten zelfs niet dat zij ziek van geworden zijn van onveilig voedsel. De maatregel richt zich op opkomende voedselveiligheidsrisico's. Deze voedselveiligheidsrisico's zijn al een onderdeel van het voedselveiligheidssysteem. Op het gebied van opkomende voedselveiligheidsrisico's wordt het systeem al aangescherpt, door meer en betere bundeling van de signalen. Dit wordt bereikt door een meer structurele samenwerking tussen de instanties die hieraan werken. Dit draagt eraan bij dat de budgettaire ondergrens van 50 miljoen euro met de maatregel niet

wordt gehaald.

052 – Tegengaan roken

Samenvatting	De maatregel bestaat uit drie onderdelen:
	A) Een actieprogramma met in ieder geval een massamediale campagne
	B) Stopondersteuning gaat onderdeel uitmaken van het verzekerd pakket.
	C) Een verbod op de verkoop van tabakswaren
Motivatie	Het effect van A) op de netto collectieve zorguitgaven is kleiner dan €50 mln. en B) en C) zijn onuitvoerbaar.
Toelichting	De kosten van de massamediale campagne (onderdeel A) kunnen per jaar verschillen en liggen tussen de 6 en 8 miljoen euro per jaar. De structurele baten ten opzichte van een situatie zonder campagne zijn lager dan de budgettaire ondergrens van 50 mln euro. Na 35 jaar is de structurele situatie bereikt.
	Onderdeel B: Stoppen-met-rokenprogramma's maakt in beperkte vorm al deel uit van het verzekerd pakket als onderdeel van geneeskundige zorg. Voor zover verstrekt in het kader van huisartsenzorg is het vrijgesteld van het verplicht eigen risico. Ook zorgverzekeraars kunnen programma's aanwijzen die buiten het verplicht eigen risico vallen. Het voorstel is daarom geïnterpreteerd als het volledig vergoeden van stoppen-met-roken-zorg door het te verbreden naar alle vormen van stopondersteuning en het uit te zonderen van het verplicht eigen risico. Deze zorg kan niet ingericht worden, omdat hier geen aanpak voor bestaat. Onderdeel B is daarom praktisch niet uitvoerbaar.
	Onderdeel C een verbod op de verkoop van tabakswaren is juridisch niet haalbaar omdat het in gaat tegen het Tobacco Products Directive van de Europese Commissie.

059 – Verlaging van de BTW op groente en fruit

Samenvatting	De BTW op groente en fruit wordt verlaagd naar 5%. Het doel van de maatregel is om gezonde eetgewoonten te bevorderen en bij te dragen aan minder overgewicht. Door deze maatregel daalt de prijs van groente en fruit, waardoor gezond eten beter betaalbaar wordt. Een verdere verlaging van de BTW naar 0% is strijdig met Europese wetgeving.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	Er is een relatie tussen de consumptie van groente en fruit en de kans op bepaalde ziekten in wetenschappelijke literatuur gevonden. Deze ziekten zijn beroerte, coronaire hartziekte, type 2 diabetes, long- en colorectale kanker. Echter, de verandering in de kans op deze bepaalde ziekten als gevolg van lagere groente- en fruitprijzen zijn zo klein, dat de verwachte effect op netto collectieve zorguitgaven onder de ondergrens van 50 miljoen euro ligt.

207 – Gecombineerde Leefstijl Interventie ook aanbieden bij 18-

Samenvatting	De Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) is opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering (Zvw) voor volwassenen. Met deze maatregel wordt het basispakket uitgebreid en komt de GLI ook beschikbaar voor kinderen.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	De kosten voor de GLI voor volwassenen liggen onder de budgettaire ondergrens van €50 mln. Het aantal kinderen dat voor de GLI in aanmerking komt is vele malen lager dan het aantal volwassenen. De kosten van de GLI voor kinderen liggen dan ook onder de budgettaire ondergrens van €50 mln. Daarnaast kent deze maatregel nog enkele uitvoeringstechnisch onduidelijkheden. Met name de inbedding in het sociale domein, de

indicatiecriteria en de doorverwijzing vergen nog nadere duiding. Op het moment van uitwerking van de maatregel was deze duiding nog onduidelijk, waardoor ook nog onduidelijk was hoe deze maatregel effectief uitgevoerd kan worden.

209 – Screenen op vitamine D-tekort en indien nodig vitamine D voorschrijven aan mensen van zestig jaar en ouder

Samenvatting	Vanaf het 60e levensjaar worden mensen tweejaarlijks door de huisarts gescreend op vitamine D-tekort en wordt indien nodig vitamine D voorgeschreven. Vitamine D is verkrijgbaar bij apotheek en drogist. De kosten van vitamine D zijn voor eigen rekening.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	Het invoeren van een screening op vitamine D-tekort voor 60-plussers en bij een tekort het voorschrijven daarvan kost als dit verloopt met een centrale rol voor de huisarts structureel zo'n € 40 miljoen per jaar. De geschatte opbrengst door minder botontkalking zal ruim € 1 miljoen per jaar zijn in het zorgdomein. Dit komt doordat minder 60-plussers te maken krijgen met een heupfractuur.

211 – Preventieve SOA test

Samenvatting	Risicogroepen kunnen gratis een soa-test laten afnemen bij een GGD. Mensen die niet behoren tot een risicogroep voor een soa, kunnen voor een soa-test terecht bij hun huisarts. De kosten van deze test vallen onder het verplicht eigen risico. Deze maatregel is bedoeld om het verplicht eigen risico af te schaffen voor soa-testen die worden afgenomen via de huisarts.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	De kosten van het afschaffen van het verplicht eigen risico voor soa-testen afgenomen door de huisarts betreffen derving van eigen risico, de kosten voor toename van het aantal consulten bij de huisarts en van de toename van het aantal testen. Deze kosten bedragen minder dan de budgettaire ondergrens van € 50 miljoen. Wanneer de kosten voor een soa-test niet meetellen in het verplicht eigen risico zullen meer mensen, die niet tot de risicogroepen behoren, zich laten testen en behandelen. De verspreiding van soa's wordt hiermee tegen gegaan, waardoor de algehele gezondheid van de bevolking toeneemt en de kosten voor vervolgbehandelingen van soa dalen. De totale kosten voor vervolgbehandelingen van soa liggen onder de 50 miljoen euro. De besparing op deze kosten ligt daarmee ook onder de budgettaire ondergrens van 50 miljoen euro.

219A – Accijns op suikerhoudende dranken

Samenvatting	De overheid voert een prijsmaatregel invoeren die de prijs van suikerhoudende dranken met 20 procent doet stijgen, zoals de WHO adviseert. Een accijns kan niet worden ingevoerd, omdat suikerhoudende dranken geen accijnsgoederen zijn. Wel kan een prijsverhoging van 20% benaderd worden door de bestaande verbruiksbelasting alcoholvrije dranken van €8,83 per hl te verhogen naar €20,86 per hl voor suikerhoudende dranken. Voor de uitvoerbaarheid van deze maatregel moet een duidelijk onderscheid gemaakt kunnen worden tussen suikerhoudende en suikervrije dranken.
Motivatie	Effect op de netto collectieve zorguitgaven kleiner dan €50 mln.
Toelichting	Deze maatregel zorgt volgens het RIVM voor 2,2% minder kans op beroerte en coronaire hartziekte en 2,7% minder kans op type 2 diabetes. Uitgaande van een prijselasticiteit van -0,81 worden hiermee in 2023-2025 jaarlijks rond de 3000 Disability Adjusted LifeYears (DALYs) vermeden, en structureel 15

mln. euro bespaard aan zorgkosten. Hierbij is voor het structurele effect na 20 jaar gecorrigeerd voor vervangende ziekten.
De maatregel genereert extra belastingopbrengsten van tegen de 200 mln. euro extra in vergelijking met het scenario waarin de huidige verbruiksbelasting alcoholvrije dranken onveranderd blijft.

247B – Preventiemaatregel hart- en vaatziekten: wettelijke maximum normen voor het zoutgehalte in levensmiddelen

Samenvatting	In de (Waren)wet worden maximum zoutgehaltes voor in Nederland geproduceerde levensmiddelen opgenomen, bij voorkeur specifiek per productgroep. Voor andere producten dan brood zijn in 2014 op vrijwillige basis maximum zoutgehaltes afgesproken door het Nederlandse bedrijfsleven (voedingsmiddelenindustrie en supermarkten via hun koepelorganisaties) met de minister van VWS in het kader van het Akkoord Verbetering Productsamenstelling (AVP). Volgens de laatste schatting (tot halverwege 2019) is de gemiddelde dagelijkse zoutinname 0,5 gram minder ten op zichte van de situatie voorafgaand aan het akkoord.
Toelichting	Via productaanpassing (ten gevolge van voorgestelde normstelling) lijkt 0,5 gram reductie in de gemiddelde zoutconsumptie een ambitieus reëel scenario, aanvullend op via vrijwillige productaanpassing al bereikte daling van 0,5g. Daarmee komt de gemiddelde zoutconsumptie op 7,5 gram per dag. De voorgestelde reductie van zoutconsumptie leidt tot minder beroerten en hartinfarcten. In de structurele situatie na twintig jaar wordt hiermee minder dan €30 mln aan zorguitgaven bespaard.

STELSEL & TRANSITIES

Nr.	Naam	Werkgroep
017	Aanpassing rol ACM	Stelsel & transitie
156	Vastgoed overhevelen naar overheid	Stelsel & transitie

017 – Aanpassing rol ACM

Samenvatting	Aanbieders zouden meer kunnen samenwerken, wat leidt tot minder concurrentie. Waar dit leidt tot prijsafspraken of het verdelen van de markt, kan dit leiden tot conflicten met de ACM. Dit voorstel verandert de rol van de ACM om meer samenwerking mogelijk te maken.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Gezien de beperkingen uit het Europese recht worden de uitvoerbaarheid, juridische haalbaarheid en toegevoegde waarde als zeer laag ingeschat. Verankering van publieke belangen samenwerking in de zorg in wet- of regelgeving is niet mogelijk. Men kan namelijk niet volstaan met een algemene beschrijving dat de ACM de kwaliteit van zorg mee moet wegen. De ACM moet kunnen afwegen wanneer vergaande samenwerking (zoals marktverdeling) gerechtvaardigd kan worden op grond van de publieke belangen. Hiervoor moet in objectief toetsbare criteria worden gedefinieerd wanneer sprake is van bijvoorbeeld voldoende kwaliteitswinst. Dit is tot dusver lastig gebleken en de Raad van State is in het verleden kritisch geweest op te algemene beschrijving van publieke belangen. Het bepalen dat de zorg (of onderdelen daarvan) niet onder de Mededingingswet vallen is waarschijnlijk niet te verenigen met Europees recht en kan leiden tot inbreuk op eigendom en bijbehorende schadevergoeding. Om niet onder het Europese mededingingsrecht te vallen zouden Nederlandse zorgaanbieders niet meer moeten worden aangemerkt als "onderneming" in de zin van het mededingingsrecht. Daarvoor is dusdanig vergaande regulering nodig dat er geen sprake meer is van concurrentie en zorgaanbieders slechts nog een publieke taak uitvoeren.

156 – Vastgoed overhevelen naar overheid

Samenvatting	De ontwikkeling, bouw en beheer van het vastgoed van ziekenhuizen wordt een verantwoordelijkheid van de Rijksoverheid. Het Rijksvastgoedbedrijf kan deze taak uitvoeren. Het vastgoed van ziekenhuizen wordt gefinancierd uit algemene belastingen. Dit wordt niet doorberekend in het integrale tarief voor de zorgproducten.
Motivatie	De maatregel is niet uitvoerbaar.
Toelichting	Het gaat om een overheveling van bezit van private partijen die daarna geen huur hoeven te betalen. Dit betreft staatssteun, wat in strijd is met Europese regels. De maatregel kan ook niet in een publiek stelsel worden uitgevoerd, omdat ziekenhuizen dan al per definitie publiek zijn.

6.3.2: Afgefallen maatregelen die alleen uit de vorige ZiK kwamen

Nr.	Titel	Reden
024	Meldkamer 'geen spoed, wel zorg'	Te lage opbrengst
025	Convenant terugdringen no-show	Te lage opbrengst
041	Introduceren belastingkorting voor mantelzorgers	Onuitvoerbaar
061	Introduceren bonus voor verminderen ondervoeding en uitdroging	Buiten scope
077	Vereenvoudigen zorginkoop in de Wet langdurige zorg	Te lage opbrengst
087	Tegengaan voedselverspilling in de ouderenzorg	Te lage opbrengst
089	Stimuleren integrale dementiezorg	Onuitvoerbaar / te lage opbrengst
100	Maximeren indicaties Wet langdurige zorg	Onuitvoerbaar
104	Beperken toegang Wlz voor onverzekerbare vreemdelingen en zorg buiten Europa:	Te lage opbrengst
137	Capaciteitsregulering dure infrastructuur	Te lage opbrengst
145	Verplichten uniforme barcodering genees- en hulpmiddelen	Al in basispad
149	Reclameverbod zorgverzekeraars	Te lage opbrengst
154	Palliatieve zorg van ziekenhuis naar thuissetting	Te lage opbrengst
155	Huisarts in dienst van spoedeisende hulp	Te lage opbrengst
168	Invoeren eigen bijdrage tandheelkundige zorg in de Zorgverzekeringswet	Te lage opbrengst
189	Integraal tarief geboortezorg	Te lage opbrengst
192	Een product 'extra kwaliteit' toevoegen aan de DBC-productstructuur voor medisch specialistische zorg als bedoeld in de Zvw (in ZiK1 uitgewerkt in 'Uitkomstbekostiging in de Zvw).	Onuitvoerbaar
200	Gedifferentieerd macrobeheersinstrument	Onuitvoerbaar
202	Bestuurlijk akkoord mondzorg	Te lage opbrengst
218	Substitutie eenvoudige tweedelijnszorg	Te lage opbrengst
221	Belonen infectiepreventie in ziekenhuizen	Te lage opbrengst
223	Verminderen vermijdbare heropnames	Te lage opbrengst
229	Verplichte verwijzing door huisarts voor eerstelijns paramedische zorg	Te lage opbrengst
235	Verplichte jaarlijkse medicatiebeoordeling	Te lage opbrengst
246	Pakketbeperking ouderdomsgerelateerde zorg	Onuitvoerbaar
248	Verplichte groepsbeslissing bij dure behandelingen en betrokkenheid geriater	Te lage opbrengst
249	Versoberen zorg in het basispakket voor vreemdelingen en asielzoekers	Te lage opbrengst
272	Invoeren preferentiebeleid intramurale geneesmiddelen	Te lage opbrengst
274	Boete voor zorgverzekeraars bij onvoldoende fraudeopsporing	Onuitvoerbaar
283	Verplicht aanbesteden zorginkoop door zorgverzekeraars	Te lage opbrengst