

Vergaderjaar 2003–2004

**28 852**

## Onderzoek naar de Zorguitgaven

**Nr. 4**

### VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 5 juli 2004

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de Tijdelijk Commissie Onderzoek Zorguitgaven over het rapport «Miljardenzorg» van 18 maart 2004 (28 852, nrs. 2 en 3).

De op 3 juni 2004 toegezonden vragen zijn met de door de Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven op 5 juli 2004 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Blok

De griffier van de commissie,  
Teunissen

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Lambrechts (D66), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Halsema (GL), Kant (SP), Blok (VVD), voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), ondervoorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GL), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD) en Omtzigt (CDA).

Plv. leden: Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), Griffith (VVD), Bakker (D66), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Vendrik (GL), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Van Nieuwenhoven (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), De Ruiter (SP), Ormel (CDA), Van Gent (GL), Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Oplaat (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD) en Eski (CDA).

## **Inleiding**

### *De onderzoeksoopdracht*

De Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven (TCOZ) hecht eraan vooraf – wellicht ten overvloede – op te merken dat de Kamer de commissie vooralsnog heeft belast met de uitvoering van de verkenning-fase van de aan haar verleende onderzoeksoopdracht, gericht op het zoveel mogelijk verzamelen van feitelijke gegevens bij de diverse actoren binnen het bestaande Nederlandse zorgstelsel (het ministerie van VWS, de huidige ZBO's, verzekeraars en zorgaanbieders). De commissie had tot taak de eerste drie van de negen onderscheiden deelvragen te beantwoorden:

1. Welke extra middelen zijn in de periode 1994–2002 voor de gezondheidszorg vrijgemaakt en met welk(e) doel(en)?
2. Op welke wijze heeft de verdeling van deze gelden over de diverse actoren (intermediaire organisaties, verzekeraars, zorgaanbieders) plaatsgevonden, en hoeveel geld is uiteindelijk bij welke zorgaanbieders terecht gekomen?
3. Op welke wijze is het toezicht op en verantwoording over een effectieve besteding ervan vormgegeven? Hoe werkt dit in de praktijk?

De deelvragen richten zich op de verhouding tussen de wijze waarop allocatie van gelden naar de instellingen heeft plaatsgevonden en de bestaande verantwoordelijkheidsstructuur binnen het stelsel. De commissie is voorts verzocht een begin te maken met de beantwoording van de overige zes verdiepende deelvragen, in het bijzonder vragen 4 en 5 (zie pag. 6). Het door de commissie gepresenteerde rapport is de weerslag hiervan.

In het licht van de afgebakende opdracht past het de commissie niet om in haar reactie over politieke vragen waardeoordelen uit te spreken. Het is niet aan de TCOZ maar primair aan de individuele fracties te bepalen of aan de bevindingen van de commissie bepaalde waarden en conclusies dienen te worden verbonden. De parlementaire discussie over onderwerpen als de stelselherziening, de VBTB-systematiek, de (sectorale) toedeling van middelen e.d. zouden bij voorbeeld daartoe geëigende momenten kunnen zijn. Voorts dient in dit verband het historisch bepaalde karakter van het bestaande zorgstelsel met zijn specifieke verantwoordelijkheidsverdelingen in de beschouwingen niet uit het oog te worden verloren.

### *Werkwijze en bevindingen*

Reeds in een zeer vroeg stadium heeft zowel de door de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport ingestelde werkgroep Zorgmiljarden, alsmede de TCOZ, gesprekken gevoerd met onafhankelijke deskundigen en met stafleden van de Algemene Rekenkamer, deskundig op het gebied van onderzoek in het algemeen en op VWS-terrein in het bijzonder.

Tijdens deze gesprekken ontstond het beeld dat het nagenoeg onmogelijk zou zijn om voor alle sectoren zicht te krijgen op de effectiviteit van de bestedingen in de diverse zorgsectoren. Het werd niet mogelijk geacht een duidelijke relatie te leggen tussen doelen, extra middelen en output. Ten eerste moet exact duidelijk zijn voor welke doelen extra middelen zijn vrijgemaakt, en in welke mate deze middelen geacht worden bij te dragen aan doelbereiking. Ten tweede moet er een relatie gelegd kunnen worden tussen de beschikbaar gestelde extra middelen en de daarmee geproduceerde output. De gesprekspartners waren van mening dat dit inzicht niet

verkregen kan worden vanwege de aard van de allocatiesystematiek en de bekostigingswijze in de zorg. Ook dit werd niet (goed) mogelijk geacht, onder meer omdat de (grotendeels privaatrechtelijke) zorgaanbieders bestedingsvrijheid hebben en de output niet (volledig en eenduidig) te meten zou zijn en de verantwoording en het toezicht daarop niet zijn ingericht.

Op basis van deze voorlopige bevindingen heeft de TCOZ ervoor gekozen niet te starten met het uitvoeren van een zogenaamde metastudie, maar eerst na te gaan welk zicht er nu precies bestaat op de allocatie van de extra gelden aan doelen en de besteding van deze extra middelen (de input). Pas daarna zou, indien mogelijk en zinvol, eventueel een relatie gelegd kunnen worden met reeds eerder uitgevoerde studies. De TCOZ is haar opdracht gestart met het stellen van een groot aantal vragen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport die inzicht moesten verschaffen in de onderzoeksvragen. Tevens is de minister gevraagd een overzicht te vertrekken van alle beschikbare onderzoeksrapporten die in het kader van de vraagstelling van de commissie gedurende de onderzoeksperiode zijn verschenen. Dit bleken 3511 studies en rapporten te zijn.

Naarmate het onderzoek vorderde werd het voor de commissie steeds duidelijker dat het inderdaad niet mogelijk zou zijn om een relatie te leggen tussen doelen, middelen en output:

- de extra middelen op macroniveau administratief bleken te zijn toege-rekend aan doelen;
- dit onderscheid op het niveau van de instellingen werd niet altijd door-gezet;
- het onderscheid tussen volumegroei en nominale volumemiddelen was artificieel en er waren geen «schotten» geplaatst tussen deze middelen, waardoor niet exact na te gaan is welk deel van de extra middelen op instellingsniveau is besteed aan volumegroei (en welk deel gebruikt is om de stijging van lonen en prijzen op te vangen);
- achteraf kon niet nagegaan worden hoe de aanwending van de extra middelen heeft plaatsgevonden.

De commissie wijst er verder op dat er ook vanwege praktische en metho-dologische problemen geen algemene uitspraken over de effectiviteit van de extra middelen hadden kunnen worden gedaan. Output kan op instellingsniveau verschillende vormen aannemen, en in de meeste gevallen zou de betrouwbaarheid van de verzamelde informatie een punt van discussie zijn geweest.

Gelet op deze bevindingen achtte de commissie het daarom uiteindelijk niet zinvol een metastudie te laten verrichten naar het grote aantal deelstudies dat eerder is uitgevoerd. Nog los van de enorme kosten die een dergelijk onderzoek door derden met zich mee zou brengen heeft de TCOZ voldoende materiaal verzameld om zich een oordeel te kunnen vormen over de onderzoekbaarheid van de door de Kamer geformuleerde onderzoeksvragen.

### **Vragen CDA-fractie**

1

*Welk oordeel heeft de Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven (TCOZ) over de constatering dat instellingen te maken hebben met één budget of tarief, en in hun administratie geen onderscheid maken tussen volume- en nominale middelen? Draagt dit er niet toe bij dat de verantwoording over de uitgaven onduidelijk wordt? Waarom heeft de commissie in haar aanbevelingen hieraan geen aandacht besteed? (pagina 17)*

Het is een feitelijke constatering van de commissie dat de minister een onderscheid maakt in volume- en nominale middelen; een onderscheid dat op macroniveau weliswaar theoretisch gemaakt kan worden, maar dat op «microniveau» (dus op het niveau van de individuele instellingen) in de administratie niet wordt gemaakt.

De commissie heeft met deze constatering geen oordeel willen uitspreken, maar duidelijk willen maken dat het onderscheid tussen nominaal en volume een kwestie van toerekening is, en dus niet gebaseerd is op cijfers die zijn ontleend aan de administraties van de instellingen. Het is aan de Kamer te bepalen of het wenselijk is een scheiding aan te brengen tussen de diverse soorten middelen die instellingen krijgen toegewezen (bij voorbeeld tussen reguliere middelen en extra middelen, of tussen volume- en nominale middelen). De commissie wijst er daarbij wel op dat het ook de wens van Kamer en regering is om de administratieve lasten terug te brengen.

De commissie merkt bovendien op dat alleen een duidelijk administratief onderscheid tussen volume- en nominale middelen niet voldoende is om een gefundeerd oordeel te kunnen geven over de doelmatigheid van de besteding van de extra middelen. Zo is het onderscheid tussen reguliere en extra middelen ook moeilijk te maken en is de scheiding tussen nominale en volumemiddelen artificieel.

2

*Klopt het dat de gemiddelde volumegroei op jaarbasis 3,4% bedraagt? Moet dit cijfer niet 4,3% zijn (35 gedeeld door 8)? (pagina 18)*

Neen, 3,4% is het juiste percentage. De stijging van 8 329 mln euro is uitgedrukt in een percentage ten opzichte van het basisjaar (35%). Het is onjuist om dit percentage te delen door het aantal jaren, want er wordt dan geen rekening gehouden met het cumulatieve effect van een stijging van jaar op jaar. (ter illustratie: 2 jaar lang een stijging van 10% levert geen totaal volume-effect op van 20%, maar van 21%; een stijging van totaal 20% correspondeert jaarlijks met een stijging van ongeveer 9,5%).

3

*Waarom besteedt de commissie in haar conclusies en aanbevelingen geen aandacht aan de constatering dat middelen die als «volume-middelen» zijn gelabeld in feite voor nominale ontwikkeling zijn ingezet? Is dit niet één van de belangrijke factoren waardoor de verantwoording van de 15,6 miljard euro onduidelijk is? (pagina 21)*

De commissie besteedt hier wel degelijk aandacht aan, en zelfs in de zin zoals de vraag bedoelt. De commissie constateert dat er op macroniveau niet wordt gerekend met feitelijke realisatiecijfers, maar dat wordt uitgegaan van de zogenaamde normatieve loon- en prijsstijging. (pagina 170) Op instellingsniveau kan de feitelijke stijging van lonen en prijzen anders uitvallen. Dit is een van de redenen waarom geen zicht kan worden verkregen op de doelmatigheid van de besteding van de additionele middelen.

4

*Is, mede gelet op de conclusie zoals verwoord in antwoord op vraag 3, de volumegroei – zoals uitgesplitst in tabel 3 – een schijnwerkelijkheid? Is daarbij rekening gehouden met het aandeel nominale groei dat onterecht als volumegroei is aangemerkt? (pagina 21)*

De commissie vindt het ver gaan om te spreken van een schijnwerkelijkheid. De TCOZ heeft willen duidelijk maken dat binnen de stijging van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) dit onderscheid slechts analytisch wordt gemaakt op basis van normatieve aannames (dus bij voorbeeld

door uit te gaan van de gemiddelde verwachte loonstijging in een sector) en niet op basis van realisatiecijfers ontleend aan een administratie (op basis van de feitelijke uitgaven voor loonstijgingen). De TCOZ tekent daarbij aan dat dit onderscheid op macroniveau waarschijnlijk een redelijke benadering is van de werkelijkheid. Echter, op instellingsniveau kunnen zich verschillen voordoen.

Door de TCOZ is niet nagegaan welk aandeel nominale groei ten onrechte is aangemerkt als volumegroei. In het verlengde van het voorgaande en het antwoord op vraag 3 is dit ook niet mogelijk. Daarvoor zou voor alle sectoren en alle instellingen binnen die sector afzonderlijk nagegaan moeten worden welke loon- en prijsstijgingen (personeel, materieel, huisvesting, medicijnen) zich in periode 1994–2002 exact hebben voorgedaan.

5

*Welk waardeoordeel heeft de commissie over de opmerking dat instellingen niet verplicht zijn informatie te verstrekken aan het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) over de doelen waarvoor middelen (regulier en extra) zijn aangewend of de effecten die ermee zijn bereikt? Waarom wordt in de conclusies en aanbevelingen hieraan geen aandacht besteed? (pagina 31)*

De commissie heeft daar geen oordeel over. Binnen het huidige stelsel heeft het CTG een aantal belangrijke taken, onder meer ten aanzien van het goedkeuren dan wel vaststellen van de (maximum)tarieven en het vaststellen van beleidsregels (zie bijlage 5). Wel merkt de commissie op dat het CTG een zelfstandig bestuursorgaan is, dat ressorteert onder de minister van VWS. Het is aan de Kamer te bepalen of het wenselijk is dat de minister beschikt over informatie aangaande de besteding en verantwoording van middelen op instellingsniveau.

6

*Beschouwt de TCOZ de bestedingsvrijheid van de zorgaanbieders inderdaad als een gegeven, ook al betreft het publieke middelen? Waarom besteedt de commissie hieraan geen aandacht in de conclusies en aanbevelingen? Wil de commissie over de wenselijkheid hiervan alsnog een standpunt innemen? (pagina 32)*

De vormgeving van het zorgstelsel, waaronder de bestedingsvrijheid van zorgaanbieders, stond in dit onderzoek inderdaad niet ter discussie. De commissie heeft zich geconcentreerd op de vraag wat dit betekent voor het zicht dat de Kamer heeft op de effectiviteit van de besteding van de zogenaamde extra gelden.

Naar mening van de commissie is het bovendien niet zozeer de vraag of instellingen bestedingsvrijheid moeten hebben. Dit is namelijk noodzakelijkerwijze het geval, aangezien alleen op instellingsniveau de meest effectieve afweging gemaakt kan worden welke medicijnen moeten worden ingekocht, hoeveel specialisten aangetrokken moeten worden etc. etc. De vraag is veel meer hoe Kamer en regering de instellingen in de toekomst willen financieren, en tot op welk detailniveau zij over de besteding van de (extra) middelen willen worden geïnformeerd.

7

*Waarom is er geen zelfstandig onderzoek verricht naar de doelmatigheid van het gevoerde beleid? Is de conclusie dat het beleid, gegeven de omvang van de beschikbaar gestelde middelen etc., ook werkelijk als doelmatig kan worden bestempeld wel voldoende onderbouwd? Waarom zijn de onderliggende gegevens en rapportages niet beoordeeld en de door het ministerie van VWS verrichte onderzoeken niet geverifieerd? Waarom zijn de gegevens die de minister heeft aangeleverd met betrekking tot werkdruk, beheer en administratie en kwaliteit/overig niet*

*beoordeeld en geverifieerd? Zijn de conclusies en aanbevelingen van de commissie daarom niet aanvechtbaar?*

Door de Tweede Kamer is op 16 april 2003 besloten een onderzoek te doen naar de effectiviteit van de besteding van 14 miljard euro extra investeringen. Hiertoe heeft de Kamer een onderscheid aangebracht in een verkenningsfase en een verdiepfase. In de verkenningsfase staat de beantwoording centraal van drie van de negen onderzoeksvragen die de Kamer heeft geformuleerd (zie inleiding).

Voor de verkenningsfase is de TCOZ in het leven geroepen en is een budget vrij gemaakt om een deel van het verkennend onderzoek uit te besteden. Het door derden uit te besteden onderzoek zou een zogenaamde «metastudie» moeten betreffen. Om redenen als in de inleiding beschreven, heeft de commissie afgezien van dit onderzoek.

De TCOZ is haar opdracht gestart met het stellen van een groot aantal vragen aan de minister van VWS waarvan de antwoorden inzicht moesten geven in de onderzoeksvragen. De commissie heeft de schriftelijke antwoorden van de minister allerm minst zo maar voor waarheid aangenomen. De informatie is kritisch geanalyseerd en waar nodig zijn vervolgvragen aan de minister gesteld (zie bijlagen 2b, 2c en 2d bij het rapport). Ook zijn beweringen van de minister soms van kritisch commentaar voorzien (zie bijvoorbeeld de kanttekening die de commissie plaatst bij bijvoorbeeld het lage bedrag dat de minister toerekent aan administratie en beheer, of de relativierende opmerkingen over «volumemiddelen»).

Daarnaast heeft de commissie niet alleen de minister vragen gesteld, maar ook vragen voorgelegd aan rechtstreeks onder de minister ressorterende ZBO's (zie bijlagen 4 t/m 7 bij het rapport). Tot slot zijn de diverse gesprekken die de TCOZ heeft gevoerd (onder andere met de Algemene Rekenkamer, hoogleraren, verzekeraars en instellingen) ook gebruikt om zicht te krijgen of het door de minister geschetste beeld klopt.

De TCOZ is van mening dat zij met deze werkwijze zich een compleet genoeg beeld heeft kunnen vormen om de aan haar opgedragen drie deelvragen te beantwoorden, en haar conclusies en aanbevelingen te staven. Het is thans aan de Kamer om te besluiten of vervolgonderzoek zinvol is.

8

*Deelt de commissie de mening dat de jaarlijks toegestane procentuele volumegroei en de financiële gevolgen van de loonontwikkeling voor een begrotingsjaar de parameters vormen voor het budget van een sector of instelling? Is door de zorgverzekeraars of toezichthouders wel eens direct aan de sector of een instelling gevraagd welke oorzaken verantwoordelijk waren voor de eventuele overschrijdingen van deze toegestane budgetruimte? Zo ja, wat waren deze oorzaken? Is een sector of instelling bij budgetoverschrijding ooit gekort op de budgetruimte van een daarop volgend jaar? Zo ja, op welke gronden? Zo neen, waarom niet? (pagina 35, ad 1)*

De TCOZ heeft op hoofdlijnen de werking van het stelsel onderzocht, en dit vervolgens beschreven voorzover relevant voor de haar verleende taakopdracht. Veel van de hier gestelde vragen gaan in op wat er tussen actoren in het veld gebeurt; een niveau dat de TCOZ niet empirisch heeft onderzocht.

In het algemeen moet overigens onderscheid worden gemaakt tussen de verantwoordelijkheid van de overheid en de verantwoordelijkheid van de

zorgaanbieders. De minister van VWS is verantwoordelijk voor het stellen van de wettelijke en financiële kaders binnen de zorgsector. Het toewijzen van financiële middelen gebeurt door het stellen van macrofinanciële kaders. Het College tarieven gezondheidszorg (CTG) heeft tot taak beleidsregels vast te stellen over de wijze waarop budgetten en tarieven worden berekend. Deze beleidsregels zijn het kader voor de onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder over de budgetten en tarieven. Het CTG heeft ook de taak de door partijen voorgelegde budgetafspraken en tarieven goed te keuren of vast te stellen.

Het CTG moet de door hem vastgestelde beleidsregels ter goedkeuring voorleggen aan de minister van VWS. De minister toetst in ieder geval aan het BKZ. De minister kan ook een aanwijzing aan het CTG geven om beleidsregels vast te stellen. Dit is in de periode 1994–2002 veelvuldig gebeurd om de tarieven van beroepsbeoefenaren en budgetten van instellingen lager vast te stellen.

Een zorgaanbieder mag geen tarieven in rekening brengen anders dan het in gevolge de WVG goedgekeurde of vastgestelde tarief. Een tarief mag niet hoger zijn dan het maximumtarief. Overtreding is een economisch delict. Als de instelling minder opbrengsten genereert dan het voor haar vastgestelde budget, dan wordt dit verrekend door het verpleegdagtarief te verhogen. Genereert de instelling meer opbrengsten uit de in rekening gebrachte tarieven, dan wordt het verpleegdagtarief verlaagd. Op deze wijze wordt er voor gezorgd dat de gegenereerde opbrengsten overeenkomen met het toegestane budget aanvaardbare kosten. Indien de kosten van een instelling hoger of lager uitvallen dan het budget (=de aanvaardbare kosten) dan hebben de instellingen een Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK) waarmee de verschillen worden opgevangen.

9

*Heeft de TCOZ het in de diverse begrotingen geormerkte geld voor bij voorbeeld vermindering van werkdruk en arbeidsmarktbeleid verdisconteerd in de conclusie dat de inzet van extra middelen niet per definitie heeft geleid tot extra productie? Zo ja, op welke wijze? (pagina 35)*

Neen. De TCOZ heeft aangegeven dat in de begroting (op macroniveau) weliswaar budgetten in hoofdlijnen zijn geormerkt (bijvoorbeeld voor werkdrukverlichting), maar dat afhankelijk van de wijze van bekostiging dit onderscheid niet altijd scherp gemaakt kan worden bij de instellingen die het ontvangen (microniveau). Verondersteld mag worden dat extra middelen per definitie tot een zekere mate van extra productie leidt, maar de relatie tussen beide is vaak niet goed te meten.

Over de wijze waarop extra middelen gealloceerd worden kan het volgende worden opgemerkt. De minister van VWS is verantwoordelijk voor het stellen van de wettelijke en financiële kaders binnen de zorgsector. Het toewijzen van financiële middelen gebeurt door het stellen van macrofinanciële kaders. Deze zijn terug te vinden in de budgettaire nota's die de minister aan de Kamer stuurt.

De verwachtingen van de minister over de te behalen resultaten zijn in de loop van de tijd verschoven van financiële wenselijkheid (periode 1994–1998) naar verwachte productiestijgingen en vermindering van werkdruk (de periode vanaf 1998). Binnen de grenzen van het wettelijke instrumentarium is steeds gericht een koppeling gelegd tussen de middelen die macro beschikbaar werden gesteld en de resultaten die behaald moesten worden. Momenteel worden bij voorbeeld in de curatieve zorg en de AWBZ pas extra middelen om wachtlijsten weg te werken aan het budget toegevoegd als de productie daadwerkelijk is gestegen en is aangetoond dat dit niet ten koste is gegaan van de overige productie. Dit gebeurt niet door het rechtstreeks toedelen van middelen aan de instellingen. De

minister van VWS geeft bij voorbeeld aanwijzingen aan het CTG om beleidsregels te maken waardoor de budgetbepaling van de instellingen wijzigt of door nieuwe subsidieregelingen goed te keuren op basis waarvan het College voor zorgverzekeringen de subsidies verstrekt. Specifiek overleg over de toekenning van de additionele middelen tussen het ministerie van VWS en de afzonderlijke instellingen vindt dan ook niet plaats. Wel vindt er overleg plaats met individuele instellingen over bouwinitiatieven en over de begrotingsgefinancierde subsidies. Bij VWS is niet bekend hoe de door het College tarieven gezondheidszorg (CTG) op basis van de CTG-beleidsregels toegekende additionele middelen per instelling daadwerkelijk zijn besteed. Op macroniveau is bij VWS wel bekend hoe de additionele middelen in algemene zin en per sector beschikbaar zijn gesteld en hoe de additionele middelen daadwerkelijk door het CTG zijn toegekend. Bij het CTG is bekend welke additionele middelen aan welke afzonderlijke instelling zijn toegekend. De toekenning door het CTG gebeurt op basis van de CTG-beleidsregels en het jaarverslag van de instelling.

10

*Wie was in de periode 1994 – 2002 verantwoordelijk voor het bewaken van het budget van een instelling? Welke maatregelen, en door wie, werden getroffen bij het overschrijden van het budget? (pagina 35 en 36)*

Zie het antwoord op vraag 9.

11

*Is de TCOZ daadwerkelijk van mening dat de Kamer zich onvoldoende bewust is geweest van de complexiteit van de zorg, en ten onrechte een te lineair begrip van bijvoorbeeld de relatie tussen geld en wachtlijstbestrijding heeft gehanteerd? Wordt in deze conclusie de verantwoordelijkheid voor de extra middelen, bedoeld om wachttijden terug te brengen, niet erg gemakkelijk bij de Kamer neergelegd? Deelt de commissie de mening dat de Kamer de regering controleert, en dat de Kamer in de debatten naar aanleiding van bij voorbeeld de wachttijdproblematiek wel degelijk aandacht heeft besteed aan de verantwoording van deze middelen? Waarom wordt hier niet de minister als eerst verantwoordelijke aangemerkt c.q. de toezichthoudende organen? (pagina 36)*

De commissie is van mening dat – gegeven de inrichting van het zorgstelsel – de Kamer had kunnen weten dat zorgaanbieders verschillende graden van autonomie kennen. Teveel is gedacht dat het uittrekken van een bepaald extra bedrag voor bij voorbeeld wachtlijstbestrijding één op één tot een wachtlijstreductie zou leiden, terwijl er in de praktijk geen zekerheid vooraf bestaat dat het extra geld daar aan besteed wordt en er achteraf ook geen afzonderlijke verantwoording over extra middelen wordt afgelegd.

Dit betekent uiteraard niet dat de verantwoordelijkheid voor de besteding ervan bij de Kamer zou liggen. De verantwoordelijkheid ligt bij de instellingen.

De commissie is het eens met de CDA-fractie dat de minister eerst verantwoordelijk is voor de inrichting van het zorgstelsel en daarmee voor de informatievoorziening over de besteding van de zorgmiddelen aan de Kamer. Vandaar dat de commissie het de taak van de minister acht aan te geven of de Kamer achteraf inzicht kan krijgen in de effectiviteit van de (extra) middelen, wanneer de Kamer sommige budgetten wenst te oormerken.



12

*In overweging wordt gegeven de Algemene Rekenkamer (ARK) onderzoek te laten verrichten. Welke meerwaarde heeft een onderzoek van de Algemene Rekenkamer naar de feitelijke werking van het «boter-bij-de-vis»-principe boven de toezichthoudende colleges welke op dit moment deze taak uitoefenen? Is de ARK beter dan deze colleges in staat om de interne bedrijfsvoering van instellingen c.q. vrije beroepen te onderzoeken, mede gezien in het licht van het beroep op de privacywetgeving waarop de instellingen zich kunnen beroepen? (pagina 37)*

Gezien de expertise die de Algemene Rekenkamer heeft en op basis van het type onderzoek dat zij in de zorgsector eerder heeft gedaan, acht de commissie de Algemene Rekenkamer de bij uitstek geschikte instantie een dergelijk onafhankelijk onderzoek te verrichten. Daar komt nog bij dat de bestaande toezichthoudende instanties zelf partij zijn, in de zin dat ze ook een rol spelen in de wijze waarop «boter-bij-de-vis» in de praktijk feitelijk wordt uitgevoerd. Het is daarom voor de Kamer niet aanbevelenswaardig hen met een dergelijk onderzoek te belasten.

13

- a. *Wat bedoelt de commissie precies met aanbeveling 2? De invloed van de Kamer op de begroting vindt toch nagenoeg altijd plaats via amendementen en moties met daarin een vermelding welke geoormerkte budgetten dit betreft?*
- b. *Hoe verhoudt deze aanbeveling zich tot de systematiek die het ministerie van VWS hanteert bij het opstellen van de begroting? Zijn de intensiveringen per sector immers niet vastgelegd volgens door de regering vastgestelde budgetregels? Ziet de commissie mogelijkheden om binnen een sector, bij voorbeeld de cure, bepaalde onderdelen financieel te prioriteren (bij voorbeeld ambulancezorg)?*
- c. *Is de commissie van mening, daar waar zij bepaalde verantwoordelijkheden aan de Kamer toeschrijft voor wat betreft «geoormerkte budgetten», dat deze systematiek van budgetregels moet worden verlaten?*
- d. *Is de commissie van mening dat de Kamer doelgerichte en geoormerkte budgetten zelf moet kunnen vaststellen dan wel meer invloed moet hebben op de sectorale intensiveringen? Zo nee, op welke wijze kan de Kamer dan specifieke doelstellingen realiseren? (pagina 37)*

Aanbeveling 2 verwijst niet zozeer naar de wijze waarop de Kamer haar wensen kenbaar moet maken (amendementen waar het de begrotingsgefinancierde middelen betreft en moties waar het de premiegelden betreft), maar meer op de vertaling van deze wensen door de minister in concrete, juridische en administratieve voorwaarden die aan besteding van de middelen door zorgaanbieders worden gesteld. Moties en amendementen bevatten vaak wel een vermelding van de bestedingscategorie of sector, maar daarmee is vaak nog geen zekerheid geschapen dat het geld daar ook daadwerkelijk terecht komt. Dat is afhankelijk van de wijze van bekostiging en die loopt thans in veel sectoren via algemene, niet geoormerkte budgetten. Indien de Kamer in moties of amendementen expliciet zou kiezen voor bij voorbeeld doelgerichte subsidies is meer zekerheid ingebouwd voor de controleerbaarheid van de besteding vooraf en achteraf. Hier staat evenwel het nadeel van meer bureaucratie en administratieve lasten tegenover.

Het staat de Kamer overigens als begrotingswetgever te allen tijde vrij om binnen of tussen sectoren andere financiële prioriteiten te stellen dan het kabinet. Ook de systematiek van budgetregels is in beginsel niet bindend voor de Kamer als begrotingswetgever. In hoeverre de Kamer meer doelgerichte budgetten wil vaststellen is een punt van afweging tussen enerzijds meer directe controle en inzicht van de Kamer op de zorgsector,

maar anderzijds beperking van de eigen bestedingsvrijheid van instellingen en toename van bureaucratie en administratieve lasten in de zorgsector; een politieke afweging waarin de TCOZ niet wil treden.

14

*Waarom heeft de commissie in haar conclusies en aanbevelingen geen onderscheid gemaakt tussen uitgaven(intensiveringen) die behoren tot het begrotingsregime en intensiveringen die onder het Zorgnotaregime vallen? Heeft zij kennisgenomen van de kritiek van de ARK voor wat betreft intensiveringen vanuit de begroting VWS, waaruit blijkt dat slechts voor de helft van de intensiveringen het algemene doel kan worden afgeleid waaraan de intensivering bijdraagt? (pagina 55, ARK financiële verantwoording 2001). Welke conclusie verbindt de commissie aan deze constatering van de ARK?*

De conclusies en aanbevelingen van de commissie zijn in essentie gericht op de effectiviteit van (extra) middelen in de zorgsector. Voor effectiviteitsvraagstukken maakt het in beginsel niet uit of zorg met begrotingsgefinancierde of premiegefinancierde euro's worden bekostigd. Geleverde prestaties in de zorg en behaalde doelen zouden niet afhankelijk mogen zijn van de vraag hoe de bekostiging is geregeld.

De TCOZ heeft kennis genomen van de constatering van de Algemene Rekenkamer. De constatering van de Algemene Rekenkamer past in het beeld dat de commissie schetst met betrekking tot de mogelijkheden zicht te krijgen op de effectiviteit van de besteding van (extra) middelen. Wanneer doelen niet concreet genoeg geformuleerd zijn en prestatiegegevens ontbreken, is het onmogelijk naderhand vast te stellen of de daarvoor vrijgemaakte middelen effectief zijn besteed.

#### **Vragen PvdA-fractie**

15

*De TCOZ heeft in de onderzoeksopdracht de mogelijkheid meegekregen om de resultaten van eerder uitgevoerd onderzoek in de zorg op een rijtje te zetten. Van deze mogelijkheid is afgezien na het ontvangen van het overzicht onderzoeksrapporten en na commentaar van onafhankelijke deskundigen. Kan de commissie ingaan op de vraag waarom het overzicht aanleiding gaf om af te zien van dit deel van de onderzoeksopdracht? Is de reden gelegen in het feit dat er een grote hoeveelheid onderzoek in het verleden is verricht, en een overzicht teveel werk zou zijn? Kan worden ingegaan op de adviezen van onafhankelijke deskundigen op dit aspect? (pagina 7).*

De commissie verwijst voor een antwoord naar de inleiding.

16

*Als één van de redenen wordt aangegeven dat vele van de onderzoeksrapporten naar de Kamer zijn gezonden, en deel hebben uitgemaakt van overleg met de regering. Heeft de commissie overwogen of een selectie kon worden gemaakt uit deze onderzoeksrapportages om de vraag te kunnen beantwoorden of in die rapportages en het daarop gevolgde overleg tussen Kamer en regering de beleidsvragen, zoals opgeworpen in het onderzoek, voldoende zijn gewisseld? Is met andere woorden overwogen na te gaan of in de debatten voldoende aandacht is geweest voor de besteding van middelen en het beoordelen van de effectiviteit? (pagina 7)*

In de verkenningsfase ging het erom vast te stellen of het mogelijk was zicht te krijgen op de effectiviteit van de extra middelen. Als dat mogelijk was, dan zou in de verdiepingsfase eventueel een selectie van rapporten

gemaakt kunnen worden, aan de hand waarvan het een en ander diepgaand in kaart kan worden gebracht. In dit geval is dat, gelet op de bevindingen, niet aan de orde geweest (zie ook de inleiding).

17

*In het verleden hebben Kamer en regering besloten extra gelden uit te trekken voor specifieke doelen. In het debat zijn specifieke onderzoeksrapportages aan de orde geweest, waarin de vraag naar effectiviteit van bestede middelen is besproken, zoals de rapportages van wachtlijstbrigades, de stukken over de uitbreiding van dagbesteding gehandicapten, de stukken die betrekking hebben op meer geld voor vermindering van de werkdruk of het onderzoek naar het gebruik van persoonsgebonden budgetten. Was de commissie nieuwsgierig naar de vraag hoe in de Kamerdebatten de behandeling van deze rapportages is geweest, en heeft zij een oordeel over de prestaties van de Kamer op dit punt? (pagina 17).*

De commissie heeft geconstateerd dat Kamer en regering voor meerdere doelen geld hebben vrijgemaakt. De eerste vraag die de commissie heeft getracht te beantwoorden is hoeveel geld exact voor welk doel is ingezet. Die vraag bleek niet of nauwelijks goed te beantwoorden:

- de extra middelen op macroniveau administratief bleken te zijn toegekend aan doelen;
- dit onderscheid op het niveau van de instellingen werd niet altijd doorgezet;
- het onderscheid tussen volumegroei en nominale volumemiddelen was artificieel, en er waren geen «schotten» geplaatst tussen deze middelen, waardoor niet exact na te gaan is welk deel van de extra middelen op instellingsniveau is besteed aan volumegroei (en welk deel gebruikt is om de stijging van lonen en prijzen op te vangen);
- achteraf kon niet worden nagegaan hoe de aanwending van de extra middelen heeft plaatsgevonden.

Dit betekent dat de effectiviteitsvraag niet te beantwoorden is. In dat licht vond de commissie het weinig zinvol na te gaan hoe de Kamer in debat met de regering is omgegaan met rapportages over de diverse vormen van output die zorgaanbieders met de extra en reguliere middelen hebben geproduceerd.

Overigens is de commissie wel bekend met de genoemde rapportages. Deze rapportages geven geen integraal beeld. Niet alle relevante outputindicatoren komen aan bod, en er wordt geen (expliciete) relatie gelegd tussen de diverse outputindicatoren en de beschikbaar gestelde middelen. De rapportages, hoewel waardevol, bieden zelfstandig dan ook onvoldoende basis voor het trekken van conclusies over de effectiviteit.

18

*De TCOZ concludeert dat het zicht van de minister op de administratie van de instellingen beperkt is. De onderzoeksvragen waarmee de commissie aan de slag is gegaan zijn zeer gericht op gelden voor instellingen en de besteding door instellingen. Kan achteraf de conclusie luiden dat, door de onderzoeksvragen zo sterk te richten op wat instellingen hebben gedaan, dit naïef is geweest omdat de Kamer kon weten dat in het huidige systeem nooit is gestreefd naar gedetailleerd zicht op wat er binnen instellingen gebeurt? (pagina 10)*

Ja, dat is op zich juist. De commissie tekent daarbij nog wel aan dat, gegeven de doelstelling van het onderzoek, er weinig ruimte was om de onderzoeksvragen anders te formuleren. Wil effectiviteitsonderzoek valide resultaten opleveren, dan moet altijd ten minste een directe relatie gelegd

kunnen worden tussen de input en output van een systeem: in dit geval de extra middelen die worden vrijgemaakt (input) en de verschillende soorten output die daarmee worden geproduceerd. Een dergelijke relatie kan alleen worden gelegd indien alle instellingen beide soorten informatie volledig, juist en eenduidig vastleggen.

19

*Kan de commissie ingaan op de vraag of een onderzoek naar de effectiviteit van bestede extra middelen ook kon worden gedaan door bij wijze van steekproef enkele representatieve instellingen uit de verschillende zorgsectoren te selecteren, en de aanwending van middelen daar te onderzoeken? (pagina 10)*

Dat is in dit geval niet mogelijk. Het is niet mogelijk om op instellingsniveau onderscheid te maken tussen extra en reguliere middelen. Bovendien worden de verschillende soorten output van een instelling niet, of niet eenduidig, gemeten (zie ook antwoord op vraag 18). Het is zelfs niet goed mogelijk na te gaan hoeveel extra geld aan iedere instelling is gealloceerd; dit vanwege het grote aantal instellingen dat binnen de VWS-sector opereert, waarvan velen gedurende de onderzoeksperiode zijn gefuseerd, alsmede tegen de achtergrond van de talrijke mutaties die zich in deze periode in de verschillende bekostigingssystematieken hebben voorgedaan.

Voorts zijn er nog enkele methodologische problemen waarop men zou stuiten, indien men een dergelijk onderzoek zou willen uitvoeren. Het is praktisch onmogelijk te komen tot een representatieve steekproef. De conclusies die men trekt ten aanzien van een of meer instellingen in de populatie zijn niet te generaliseren naar de populatie als geheel. Er zijn teveel (lokale) exogene variabelen waar rekening mee moet worden gehouden. Daarnaast is het onduidelijk in hoeverre de output die wel gemeten wordt, betrouwbaar is.

De mogelijkheid tot het trekken van een verantwoorde steekproef is door onafhankelijke deskundigen op het gebied van onderzoek, waarmee de TCOZ gesprekken heeft gevoerd, onwaarschijnlijk geacht. De TCOZ komt, net als de minister, de Algemene Rekenkamer en enkele hoogleraren die zij heeft gesproken, tot de conclusies dat «de effectiviteit van de extra 15,6 miljard euro die in de zorg is gestoken» zich niet goed laat onderzoeken.

20

*De TCOZ concludeert dat inzicht in de besteding van middelen bij instellingen voorbij de voordeur van instellingen niet door het ministerie van VWS kan worden verschaft, omdat daar private uitvoerders bestedingsvrijheid hebben die noch door de minister van VWS, noch door Algemene Rekenkamer of toezichthouders, zoals het CTZ, worden bestreken. Is in het overzicht van onderzoeksrapportages zoals de minister die geeft in geen enkel geval sprake geweest van een onderzoek achter de voordeur? Zijn in het verleden pogingen ondernomen om, ondanks die bestedingsvrijheid, dat inzicht wel te verkrijgen? Hebben toezichthouders, zoals het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, het CTG en andere ZBO's in geen enkel geval en geen enkele omstandigheid recht op inzage in gegevens van instellingen? Hebben organisaties van zorginstellingen of zorginstellingen uit eigen beweging inzage verschaft in de manier waarop zij hun budgetten gebruiken? Zijn rapportages van hen (ZBO's en organisaties van instellingen of instellingen zelf) naar de Kamer gestuurd, en in het overleg met de minister betrokken? Wat is het oordeel van de commissie over deze eventuele rapportages en debatten? (pagina 11)*

Nader onderzoek naar de onderzoeksrapportages heeft niet plaatsgevonden. Onderzoek achter de voordeur vindt hooguit plaats bij instellingen in financiële problemen en dan alleen in die gevallen waarin de

minister van VWS besluit dat een instelling moet sluiten of haar capaciteit moet verminderen. Het College sanering ziekenhuisvoorzieningen (CSZ) voert dan een onderzoek uit. Het heeft dan tot taak om het saneringsproces bij die instelling financieel te begeleiden. Bij een nadelig saldo kan het CSZ een saneringssubsidie geven.

Zorgaanbieders hebben over het algemeen een privaatrechtelijke status, wat wil zeggen dat het geen door of vanwege de overheid geëxploiteerde instellingen zijn en dat de beroepsbeoefenaren geen dienstverband hebben bij de overheid. Het uitgangspunt in ons rechtsstelsel is dat private organisaties en personen (en dus ook zorgaanbieders) in de eerste plaats zelf verantwoordelijk zijn voor het eigen functioneren. Binnen de grenzen van de overeenkomst en de CTG-beleidsregels heeft de instelling bestedingsvrijheid. Ten behoeve van de door het CTG uitgevoerde nacalculatie ten behoeve van instellingen is door het CTG een controleprotocol vastgesteld. Dit bevat de voorschriften en instructies voor controle van de nacalculatie ten behoeve van externe accountants die de jaarrekening van instellingen dienen te controleren.

Instellingen leggen verantwoording af volgens de Regeling jaarverslaggeving zorginstellingen, die gebaseerd is op de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Daarnaast kan de informatie die instellingen aan het College tarieven gezondheidszorg (CTG) moeten verstrekken, beschouwd worden als verantwoording over de manier waarop zij middelen besteden, vanwege de nacalculatie en definitieve vaststelling van hun budgetten. Over die nacalculatie moet de instelling eerst overeenstemming bereiken met zorgverzekeraars. Vervolgens vindt goedkeuring door het CTG plaats.

De minister legt aan het parlement verantwoording af over zijn aansturing van en toezicht op de zelfstandige bestuursorganen (CVZ, CTZ, CTG, CBZ, CSZ) op basis van hun verantwoordingsdocumenten, zijn oordeel over de toezichtrapporten van het CTZ over de recht- en doelmatige uitvoering van de wettelijke zorgverzekeringen en zijn goedkeuring van de rekening van het CVZ van de Algemene Kas (AK) en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ).

Samengevat houdt de minister toezicht op het functioneren van de zelfstandige bestuursorganen. De minister heeft hiervoor diverse instrumenten ter beschikking. De minister legt hierover verantwoording af aan het parlement. Gezien de functionele decentralisatie van het zorgstelsel zijn de private zorgaanbieders zelf verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering en de besteding van middelen binnen hun budget. Afhankelijk van de voorwaarden die gesteld worden in wet- en regelgeving en de door hen gesloten contracten leggen instellingen verantwoording af over de besteding van middelen aan de verzekeraar.

21

*Gesprekspartners ventileerden het inzicht dat meer geld pompen in een inefficiënt systeem tot meer inefficiëntie leidt. Dit impliceert dat de gesprekspartners het huidige zorgsysteem als inefficiënt beschouwen. Deelt de TCOZ deze conclusie, en kan worden toegelicht waarom en op welke punten de gesprekspartners het zorgsysteem als inefficiënt beschouwen? (pagina 14)*

Voor de goede orde: de uitspraak dat geld pompen in een inefficiënt systeem alleen maar leidt tot meer inefficiëntie komt voor rekening van de gesprekspartner(s) die deze uitspraak heeft/ hebben gedaan. Gelet op de algemene strekking van de uitspraak kan de commissie de uitspraak echter wel onderschrijven. Of de zorg ook als een inefficiënt systeem moet

worden bestempeld kan de commissie niet beoordelen, om dezelfde reden als dat ze geen antwoord kan geven op de centrale onderzoeksvraag.

Ten overvloede wijst de TCOZ erop dat de uitspraken zijn opgenomen om de praktijk van besteding van de extra middelen scherper te duiden (zie pag. 12). De TCOZ wilde niet voorbij gaan aan wat bij de verschillende betrokkenen, waarmee de commissie heeft gesproken, leeft.

22

*De TCOZ concludeert dat in de onderzoeksperiode geen 14 miljard, geen 15,6 maar 8,3 miljard euro te beschouwen valt als extra middelen voor extra productie die aan de zorgsector zijn toegekend bovenop de loon- en prijsstijging. Kan de commissie een oordeel geven over de stelling dat ook die 8,3 miljard euro niet volledig te beschouwen zijn als «extra middelen» voor het wegwerken van wachtlijsten of verhoging van kwaliteit. Is het immers niet zo dat jarenlang de sector bewust te krap is gebudgetteerd om zoveel mogelijk de groei te beperken. In het regeerakkoord van het eerste paarse kabinet Kok is expliciet aangegeven dat een groeiraming voor de zorg van 1,3 % te krap is. Door de veroudering van de bevolking en technologische ontwikkeling, en verwachte loon en prijsbijstelling is het voorts te verwachten dat toegang tot de zorg en het kwaliteitsniveau achteruit zullen gaan. Is de 8,3 miljard euro dan nog wel te beschouwen als extra middelen waarmee wachtlijsten konden worden verminderd en kwaliteit verbeterd of moet worden geconcludeerd dat het «extra» al nodig is om de toegang tot de zorg en de kwaliteit gelijk te houden? (pagina 20)*

De commissie heeft allereerst inzichtelijk gemaakt welke middelen als extra aangemerkt moeten worden. Dit bleek een bedrag te zijn van 15,6 miljard euro. Een deel daarvan (8,3 miljard euro) is aan te merken als volumegroei. Het andere deel is bestempeld als nominale groei.

De commissie heeft geconstateerd dat het onderscheid tussen beide artificieel is en dat het ingeboekte bedrag voor nominale groei gebaseerd is op de verwachte gemiddelde loon- en prijsstijgingen in de zorg. De commissie concludeert dan ook dat de feitelijke stijging van lonen en prijzen hoger of lager kan zijn uitgevallen. Door de commissie is niet nagegaan welk aandeel nominale groei ten onrechte is aangemerkt als volumegroei.

Op verzoek van de commissie heeft de minister van VWS de volumegroei uitgesplitst naar bestedingswijze. De 8,3 miljard euro volumegroei is daarbij toegedeeld aan vier categorieën: «wachtlijsten en productie», «werkdruk en arbeidsmarkt», «beheer en administratie» en «kwaliteit en overig». Uit tabel 3 op pagina 21 valt af te lezen welk bedrag voor welk «doel» beschikbaar was.

Daarbij moeten twee kanttekeningen worden geplaatst: ten eerste moet bedacht worden dat deze toedeling gebaseerd is op cijfers die achteraf zijn geconstrueerd. Ten tweede constateert de commissie ook dat een deel van die middelen door de minister is aangemerkt als autonome groei: middelen die nodig zijn om de kostenstijgingen als gevolg van demografische groei, technologische ontwikkelingen en dergelijke op te vangen. De minister zelf noemt een percentage van 30%.

Dit impliceert dat de extra middelen, die zijn vrijgemaakt voor de verschillende doelen, zowel ingezet zijn om de wachtlijsten terug te dringen en de kwaliteit te verbeteren als ook om de nieuwe zorgvraag adequaat op te vangen (en daarmee nieuwe wachtlijsten te voorkomen en voor die nieuwe vraag verhoogde kwaliteit te leveren).

23

*Bestedingsvrijheid is een belangrijk uitgangspunt van het zorgstelsel, zo stelt de TCOZ terecht. Zo zijn de Van Rijn-gelden verwerkt in de algemene budgetten van instellingen en konden afzonderlijke instellingen in hun budgetten niet eens onderscheid maken tussen gelden in het kader van de Van Rijn-gelden en gelden bedoeld voor overige doelstellingen. Is het in de onderzoeksperiode technisch-juridisch mogelijk geweest om de gelden wel te oormerken tot op het niveau van de instelling? De commissie meldt dat met het verlenen van premiesubsidies meer gedetailleerde voorwaarden kunnen worden gesteld. Was en is het mogelijk in de systematiek van het CTG om bij het verlenen van budgetten aan instellingen voor delen van dat budget een specifieke bestedingsaanwijzing te geven. (pagina 22 en 26)*

De commissie verwijst naar het antwoord op vraag 9 waar het de huidige budgetteringsystematiek van het CTG betreft. De commissie heeft niet onderzocht of het technisch-juridisch mogelijk is in de toekomst binnen die systematiek anders te werk te gaan.

24

*Is de TCOZ van mening dat het niet oormerken van gelden tot op instellingsniveau in alle gevallen het zicht verhindert op de vraag of de middelen doelmatig zijn besteed en daar een effectmeting aan te koppelen? Zo ja, is deze conclusie ook toepasbaar op andere sectoren zoals in het onderwijs? (pagina 22 en 26)*

De TCOZ heeft zich niet verdiept in andere sectoren, zoals het onderwijs. Het is in het algemeen wel zo dat, als er geen schotten tussen verschillende geldstromen worden geplaatst, er sprake is van bestedingsvrijheid en er niet geadmistreerd wordt waaraan de middelen worden besteed, er nooit met zekerheid algemene uitspraken kunnen worden gedaan over de effectiviteit van specifiek beschikbaar gestelde middelen (zie ook het antwoord op vraag 19). Bovendien zal er in alle gevallen ook een nulmeting van de relevante output plaats moeten hebben gevonden, wil men achteraf uitspraken kunnen doen over de effectiviteit.

25

*De opmerking van de TCOZ dat CTG-beleidsregels alleen de prijs en het budget voor instellingen bepalen, en dat zorginstellingen vrij zijn hun budgetten te besteden schept een beeld alsof op geen enkele wijze duidelijk is wat er achter de voordeur met het geld gebeurt. Is de commissie van mening dat deze handelwijze op gelijke wijze geldt voor alle zorgsectoren? Ook wordt gesteld dat publieke zorgverzekeraars verplicht zijn afspraken te maken over te leveren productie en het daarvoor benodigde budget. Bestaan er op dit concrete punt nog belangrijke verschillen tussen de AWBZ (waar zorgkantoren een taak hebben) en de curatieve sector waar private ziektekostenverzekeraars werken? Is de commissie van mening dat het CTZ in haar toezichthoudende rol de mogelijkheid had om te letten op de doelmatigheid van de uitgaven en de waarde van afspraken tussen zorgverzekeraars en zorginstellingen? Op welke wijze had beter gelet kunnen worden op de doelmatige besteding van middelen (waar nu vooral naar rechtmatigheid is gekeken), zonder de autonomie van instellingen aan te tasten? (pagina 27)*

Zorgaanbieders zijn te onderscheiden in instellingen en individuele beroepsbeoefenaren. Zij hebben over het algemeen een privaatrechtelijke status, wat wil zeggen dat het geen door of vanwege de overheid geëxploiteerde instellingen zijn en dat de beroepsbeoefenaren geen dienstverband hebben bij de overheid. Het uitgangspunt in ons rechtstelsel is dat private organisaties en personen (en dus ook zorgaanbieders) in de eerste

plaats verantwoordelijk zijn voor het eigen functioneren. Binnen de grenzen van de overeenkomst en de CTG-beleidsregels heeft de instelling bestedingsvrijheid. Een zorgaanbieder mag geen tarieven in rekening brengen anders dan het ingevolge de WTG goedgekeurde of vastgestelde tarief. Een tarief mag niet hoger zijn dan het maximumtarief. Overtreding is een economisch delict.

Instellingen leggen verantwoording af volgens de Regeling jaarverslaggeving zorginstellingen, die gebaseerd is op de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Daarnaast kan de informatie die instellingen aan het College tarieven gezondheidszorg (CTG) moeten verstrekken, beschouwd worden als verantwoording over de manier waarop zij middelen besteden, vanwege de nacalculatie en definitieve vaststelling van hun budgetten. Over die nacalculatie moet de instelling eerst overeenstemming bereiken met zorgverzekeraars.

Voor de curatieve sector geldt dat publieke zorgverzekeraars afspraken met de aanbieders maken over de te leveren productie in een bepaald jaar. In de AWBZ-sector zijn dit de uitvoeringsorganisaties AWBZ. Het CTZ houdt toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de ZFW en de AWBZ door zorgverzekeraars en de uitvoeringsorganisaties AWBZ. Het CTZ houdt geen toezicht op de zorgaanbieders. De taak en bevoegdheden van het CTZ zijn bij de oprichting in 2001 wettelijk geregeld. Onderdeel van het toezicht is de besteding van de middelen die ingevolge de ZFW en de AWBZ beschikbaar zijn. Het CTZ beoordeelt of de organisaties waarop het toezicht houdt volgens de doelstellingen van de ZFW en AWBZ werken. Verder beoordeelt het CTZ onder meer of de uitgaven zijn gedaan:

- Aan een zorgaanbieder waarmee een overeenkomst is gesloten
- Voor de zorgverlening aan een ingeschreven wettelijke verzekerde
- Volgens de rechtsgeldige tarieven ingevolge de WTG
- Of de zorg daadwerkelijk is verleend aan de verzekerde

Er wordt nadrukkelijk opgemerkt dat het CTZ geen taak heeft in het rechtstreeks toezien op de effectieve besteding van middelen door zorgaanbieders. Wel houdt het CTZ toezicht op de activiteiten die zorgverzekeraars en uitvoeringsorganen AWBZ op het terrein van zorginkoop verrichten. De uitvoeringsorganen maken met de zorgaanbieders afspraken, vastgelegd in genoemde overeenkomsten, over onder meer de prijs, de kwaliteit en de hoeveelheid ingekochte zorg. In dit kader worden ook over de besteding van de additionele middelen aanvullende productieafspraken gemaakt. (Tweede Kamer 2003–2004, 28 852, nrs. 2–3, pagina 128)

26

*Instellingen zijn niet verplicht informatie te verstrekken aan het CTG over de doelen waarvoor middelen, regulier of extra, zijn besteed. Bij de «boter-bij-de-vis»-afspraken is dat anders. Voor de middelen die in dat kader zijn uitgetrokken zijn wel per instelling concrete productieafspraken gemaakt. Heeft die systematiek geleid tot het meer gedetailleerd vastleggen van productieafspraken voor het reguliere budget? Kan de TCOZ zich uitspreken over de vraag of bij de productieafspraken in het kader van de «boter-bij-de-vis»-gelden wel hebben geleid tot zicht op de vraag of gelden doelmatig zijn besteed? Is met andere woorden bij die «boter-bij-de-vis»-gelden wel duidelijk hoe de effectiviteit van de besteding van die middelen is geweest? (pagina 31)*

De TCOZ constateert dat met de introductie van «boter-bij-de-vis» de allocatie van extra middelen gegarandeerd is gekoppeld aan meer productie. Er bestaat op macroniveau echter geen zicht op de exacte inhoud van de productieafspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Conclusies over de effectiviteit van de besteding van deze middelen kunnen dan ook niet worden getrokken. Daarbij tekent de TCOZ



aan dat zij geen diepgaand onderzoek heeft gedaan naar de feitelijke werking van «boter-bij-de-vis». Zij ziet dan ook wel aanknopingspunten voor verder onderzoek op dit punt, mits de oorspronkelijke vraagstelling en de onderzoeksperiode beperkt worden.

27

*Kan de TCOZ ingaan op het gegeven dat de extra middelen voor wachtlijstreductie hebben geleid tot extra productie in de curatieve sector en de gehandicaptensector, en dat deze hebben geleid tot een positieve tendens bij de ontwikkeling van wachtlijsten en wachttijden? De commissie bedoelt hier kennelijk dat hoe dan ook zichtbaar is dat wachtlijsten zijn gereduceerd en dat wachttijden zijn teruggelopen. Waarom wil de commissie hier niet de conclusie aan verbinden dat het beleid daarmee effectief is gebleken? Het kan zijn dat achteraf geconcludeerd zou kunnen worden dat het beleid doelmatiger had gekund dan werkelijk is uitgekomen (zoals het theoretisch ook allemaal slechter had kunnen uitpakken), maar het resultaat is hoe dan ook positief. Is overwogen om op dit punt toch zelfstandig onderzoek te doen? Waarom is afgezien van het beoordelen van onderliggende gegevens en rapportages of verificatie van de door het ministerie van VWS verrichte onderzoeken? (pagina 32)*

De TCOZ constateert dat de ontwikkeling van de wachtlijsten en wachttijden, zoals deze door de minister van VWS is gedefinieerd, op sectorniveau over het algemeen een positieve tendens laat zien. Om uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van dit beleid is dit echter niet voldoende. Het is immers om meer dan een reden niet na te gaan hoeveel geld het heeft gekost om deze reductie te bewerkstelligen. Ook is onbekend hoe de ontwikkeling van de zorgvraag is geweest.

28

*De TCOZ merkt op dat de Kamer vooraf geen voorwaarden stelde aan de besteding van extra geld. De Kamer had hieraan vooraf duidelijke voorwaarden kunnen stellen, maar heeft dat niet gedaan. Wat is de basis van deze bevinding, en kan daarbij worden ingegaan op de stelling dat in het overleg tussen Kamer en minister/staatssecretaris van VWS op veel momenten concreet is aangegeven waartoe extra financiële ruimte is gereserveerd, zij het dat die doelen in macrotermen zijn aangegeven? In het kader van de meerjarenafspraken zijn meer gedetailleerde afspraken tot stand gekomen die in overleg tussen Kamer en minister/staatssecretaris zijn besproken en goedgekeurd. (pagina 34)*

In het algemeen geldt dat het overgrote deel van de extra middelen via reguliere wijze – via het CTG – aan de zorgaanbieders worden gealloceerd. Dit impliceert dat extra middelen die instellingen ontvangen worden toegevoegd aan het totale instellingsbudget. Extra middelen worden derhalve niet afzonderlijk geadmistreerd en verantwoord. Weliswaar kunnen door minister en Tweede Kamer -op macroniveau- vooraf bestedingsdoelen worden aangegeven (bijvoorbeeld wachtgeldbestrijding, werkdrukvermindering, etc.), maar duidelijke doelstellingen worden niet geformuleerd en zicht op de feitelijke aanwending (op microniveau) ontbreekt. Indien meer zekerheid over de besteding wenselijk wordt geacht, zouden minister en Tweede Kamer vooraf expliciete doelstellingen moeten formuleren omtrent de inzet van extra middelen en een bekostigingswijze kiezen (bijvoorbeeld subsidieregeling of geoormerkt budget) die meer inzicht geeft in de concrete bestedingswijze en de behaalde resultaten op microniveau.

De commissie heeft geconstateerd dat op enig moment het verschijnsel Meerjarenafspraken is geïntroduceerd; afspraken tussen het ministerie van VWS en de koepels van zorgaanbieders. De allocatiesystematiek is echter niet veranderd. Juridisch hebben deze afspraken bovendien geen

formele status. Slechts een klein deel van de extra gelden is in de onderzoeksperiode 1994–2002 via subsidies aan de zorgsectoren beschikbaar gesteld.

29

*Indien de commissie van mening is dat de afspraken en uitwisseling in de Kamerdebatten niet gelden als voorwaarden, op welke wijze hadden die voorwaarden dan geformuleerd en uitgewerkt moeten zijn? (pagina 34)*

Met behulp van het subsidie-instrument is het in principe goed mogelijk invloed uit te oefenen op de besteding van middelen door de instellingen. Hoe scherper de voorwaarden, des te minder bestedingsvrijheid zorgaanbieders hebben. Of dit wenselijk is, is aan de Kamer om te beoordelen. Twee opmerkingen wil de TCOZ hierbij plaatsen. Ten eerste gaat deze bekostigingswijze gepaard met veel meer uitvoeringskosten. Ten tweede: wanneer men de bestedingsvrijheid inperkt, bestaat de kans dat zorgaanbieders niet de mogelijkheid hebben de middelen aan te wenden voor zaken die zij als prioritair bestempelen. Dit kan leiden tot suboptimalisatie op microniveau.

30

*Er wordt opgemerkt dat alleen kan worden gecontroleerd wat vooraf is bepaald en administratief bijgehouden. Er is geen nulmeting verricht. Bedoelt de TCOZ een nulmeting per sector, per instelling of een ander soort nulmeting? (pagina 35)*

Het ging de TCOZ om de vraag of er op macroniveau zicht bestaat op de effectiviteit van de besteding van de extra middelen. In eerste instantie bedoelt de TCOZ dus dat er op macroniveau een nulmeting moet zijn verricht (per geïdentificeerde doelstelling). Noodzakelijkerwijze betekent dit echter dat bij iedere zorgaanbieder die geacht wordt bij te dragen aan het bereiken van die geïdentificeerde doelstelling, eigenlijk een nulmeting moet zijn verricht. Gebeurt dit niet, dan kan er op macroniveau ook nooit sprake zijn van een volledig totaalbeeld.

31

*Op welke wijze had beter gelet kunnen worden op doelmatige besteding van de middelen (waar nu vooral naar rechtmatigheid is gekeken), zonder de autonomie van instellingen aan te tasten? (pagina 35)*

Het stellen van voorwaarden vooraf hoe bepaalde middelen exact besteed moeten worden beperkt de autonomie van instellingen. Het stellen van voorwaarden aan de wijze waarop de besteding van middelen inzichtelijk wordt gemaakt en het stellen van eisen aan de transparantie waarmee door de instelling gemaakte keuzes worden verantwoord beperkt de autonomie van instellingen daarentegen niet.

Meer inzicht in doelmatigheid zonder aantasting van de autonomie van instellingen kan dus bereikt worden door te zorgen voor een uniforme en transparante wijze van verantwoorden over bestedingen. Naar de mening van de TCOZ zijn alle betrokkenen er vooral bij gebaat indien daarnaast ook de informatievoorziening over de geleverde prestaties van zorgaanbieders (en zorgverzekeraars) wordt verbeterd. Vandaar dat de TCOZ een belangrijke rol ziet weggelegd voor verdere toepassing van te instrument van benchmarking. Daarvoor hoeft de autonomie van instellingen niet te worden aangetast.

Indien men echter op macroniveau met zekerheid algemene uitspraken wil kunnen doen over de doelmatigheid van de besteding van algemene middelen dan zullen de budgetten meer dan nu geoormerkt moeten worden, wat als een aantasting van de autonomie van instellingen kan worden gezien (zie ook antwoord op vraag 29).

32

*Een van de conclusies luidt dat zorginstellingen extra gelden hebben besteed aan normale bedrijfsvoering. Kan de commissie op dit punt nog eens nadrukkelijk een oordeel geven over de krappe ramingen voor de zorgsector gedurende de onderzoeksperiode, waarbij bij voorbeeld het eerste paarse Kabinet bij voorbaat wist en erkende dat de raming krap waren. Zijn middelen die in een later stadium alsnog worden toegekend, bovenop bewust te krap gehouden ramingen, nog wel te kenschetsen als extra middelen? (pagina 37)*

Zie het antwoord op vraag 22.

33

*De commissie concludeert dat de gelden hebben bijgedragen aan het verminderen en voorkomen van wachtlijsten en verlichting van werkdruk, maar niet in die mate die kon worden verwacht bij de hoogte van het bestede bedrag. Kan uitputtend worden aangeven waarom meer resultaat had mogen worden verwacht? (pagina 37)*

De commissie heeft de indruk dat er vaak sprake was van een verwachtingspatroon, ook bij de Tweede Kamer, dat gebaseerd was op het totale bedrag van ruim 15 miljard euro dat in acht jaar extra naar de Zorg is gegaan. Van dit bedrag is evenwel een zeer groot deel (dat de minister op 7,3 miljard euro becijfert) nodig voor het opvangen van de loon- en prijsstijgingen in deze periode. Van het overige deel, ruim 8 miljard euro, is vervolgens ook weer een deel nodig geweest voor het opvangen van de zogenaamde autonome groei (als gevolg van bijvoorbeeld demografische en technologische ontwikkelingen). Het dan resterende deel, dat zich niet exact laat becijferen, is te beschouwen als middelen die daadwerkelijk besteed konden worden aan bij voorbeeld het terugdringen van wachtlijsten of het verminderen van de werkdruk. Op deze punten is minder gerealiseerd dan verwacht mocht worden wanneer het verwachtingspatroon is gebaseerd op de hoogte van het bedrag van 15,6 miljard euro.

34

*In het rapport wordt gesteld dat het verwezenlijken van specifieke doelstellingen in de verschillende sectoren van de zorg moet worden gedaan door middel van gerichte en geoormerkte gelden. Kan worden aangegeven welke andere methoden theoretisch mogelijk zijn, en waarom in dit geval het middel van oormerking essentieel is? Geldt de conclusie ook voor andere sectoren, zoals onderwijs of sociale zekerheid? (pagina 37, aanbeveling 2)*

De TCOZ heeft zich niet bezig gehouden met het ontwikkelen en uitwerken van bekostigingssystemen. Wel heeft de TCOZ gesignaleerd dat, indien meer zekerheid gewenst is over de feitelijke besteding van extra middelen, deze middelen ook als zodanig geoormerkt moeten worden. Hoe dit technisch vormgegeven zou moeten worden en welke varianten daarbij denkbaar zijn is niet aan de TCOZ. Een alternatief voor het oormerken van middelen binnen de totale budgetten is het verstrekken van middelen buiten de budgetten om in de vorm van doelgerichte subsidies. In hoeverre deze conclusie ook geldt voor andere sectoren dan de zorgsector heeft de TCOZ niet onderzocht.

35

*Acht de commissie het denkbaar dat het zicht krijgen op de effectiviteit van extra middelen ook mogelijk is zonder oormerking van budgetten, zoals door het transparant maken van prestatiegegevens van zorginstellingen en het onderbrengen daarvan in een openbaar benchmark-systeem? (pagina 37, aanbeveling 3 en 4)*

Zie het antwoord op vraag 31.

36

*In het rapport wordt een rol weggelegd voor de minister van VWS bij het coördineren, stimuleren en verspreiden van best practices. Vereist de controlerende rol van de Kamer niet dat de minister gevraagd moet worden een benchmarksysteem verplicht op te leggen, en de gegevens daaruit over prijs, kwaliteit van geleverde diensten en arbeidsvoorwaarden openbaar te maken, opdat volksvertegenwoordigers en het volk zelf kunnen oordelen of beschikbaar gestelde middelen, of dat nu extra of reguliere middelen zijn, doelmatig worden besteed en de gewenste uitkomsten opleveren? (pagina 37, aanbeveling 5)*

Een antwoord op deze vraag vereist een waardeoordeel van de commissie over de wijze waarop de Kamer haar controlerende taak zou moeten invullen. Het geven van een dergelijk oordeel en het invulling geven aan de aanbevelingen van de TCOZ is iets dat de commissie wenst over te laten aan individuele fracties c.q. de Tweede Kamer.

37

*Heeft het TCOZ een opvatting over een eventuele wijziging in de toezichtstructuur in de zorgsector? Heeft zij een oordeel over de vraag of de huidige opzet van de Kwaliteitswet, waarbij zorginstellingen zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van geleverde diensten terwijl ze ook volledige bestedingsvrijheid hebben, nog voldoende is?*

De TCOZ heeft geen opvatting over een eventuele wijziging in de toezichtstructuur of over de huidige opzet van de Kwaliteitswet. In het kader van de aan haar verstrekte onderzoeksopdracht heeft de TCOZ in dit kader alleen geconstateerd dat er geen (integraal) toezicht is op de doelmatigheid van de besteding van de extra middelen door zorgaanbieders.

#### **Vragen VVD-fractie**

38

*Er is onderzocht wat het effect is geweest van de extra middelen. Bij de uitwerking van de probleemstelling wordt een aantal stappen gemist. Relevant lijken vragen als: Wat waren de oorspronkelijke doelen van de extra middelen? In de bevindingen op pagina 35 wordt toegelicht dat de beantwoording van de effectiviteitsvraag alleen goed mogelijk is indien de doelen van de extra bestedingen vooraf helder zijn geformuleerd. Op pagina 10 stelt de commissie voorts dat gedetailleerd onderzoek naar de relatie tussen inzet van geld en effect op de werkvloer van de gehele zorgsector ondoenlijk is, nog afgezien van de vraag naar welke effecten men precies op zoek is en welke effecten als gewenste effecten worden betiteld. Kan de commissie aangeven of er tijdens debatten, in kabinetsstukken, etc. geen enkele – indirecte – doelstelling is gekoppeld aan extra gelden? Er werden toch wel politieke doelstellingen geformuleerd en vastgesteld? Hoe komt het dat die doelstellingen niet werden geconcretiseerd en vertaald in concrete afspraken? Geldt dat ook voor het onderlinge verkeer tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar? Ander relevante vragen zijn bij voorbeeld: Zijn die doelen meetbaar? Hebben de middelen bijgedragen aan de realisatie van de vooraf gestelde doelen? Wat is de optimale inzet van de middelen? Wat is het verschil tussen de feitelijke inzet en de optimale inzet? Zijn de middelen ingezet zoals ze ingezet zouden moeten worden? Is er bewust niet voor een dergelijke aanpak gekozen? Zo ja, waarom is hier niet voor gekozen? Hoe is het proces van het onderzoek daadwerkelijk verlopen? Problemen tijdens het onderzoek worden niet besproken. Waarom niet?*

Voor beantwoording van deze vragen, die allen gericht zijn op de door de TCOZ gekozen aanpak, zij verwezen naar de algemene inleiding. Op grond van de door de Tweede Kamer met algemene stemmen aangenomen onderzoeksopdracht is de TCOZ belast met de uitvoering van de verkenningsfase. De TCOZ heeft getracht het beperkte aantal onderzoeksvragen zo goed mogelijk te beantwoorden. Uitgangspunt voor de TCOZ was de vraag of er op macroniveau zicht bestaat op de effectiviteit van de besteding van de extra middelen. Zie ook de antwoorden op vraag 7, 15, 16 en 17.

Wat de VVD-fractie exact bedoelt met problemen tijdens het onderzoek ontgaat de TCOZ. Niet ontkend kan worden dat de uitwerking van de vraagstelling, gebaseerd op de motie Wilders c.s., langdurige beraadslagingen heeft gevegd om tot consensus te komen, niet op de laatste plaats vanwege de duur van de te onderzoeken periode, de beschikbaarheid en onderzoekbaarheid van (niet-)gecertificeerde gegevens, de complexiteit van de zorgsector en de daarin gehanteerde en vele malen gemuteerde bekostigingssystematieken.

39

*Heeft de commissie een beeld van het verloop van de intensivering gedurende de onderzochte jaren? Is er een relatie te leggen tussen de uitgavenstijgingen en de aanwezige countervailing powers? Kan de commissie hierop ingaan? (pagina 10)*

Voor een overzicht van de groei van het BKZ in de periode 1994–2002 wordt verwezen naar pagina 20 van het rapport. Voor een overzicht van de ontwikkeling van volumegroei wordt verwezen naar pagina 21 van het rapport.

Het is de TCOZ onvoldoende duidelijk wat de VVD-fractie in dit verband exact bedoelt met countervailing powers. De TCOZ heeft onderzocht hoe de uitgavenstijging is opgebouwd in termen van onderliggende posten, maar heeft niet onderzocht welke actoren in welke mate al dan niet aan deze uitgavenstijging hebben bijgedragen, respectievelijk deze hebben getemperd.

40

*In het rapport wordt gesteld dat de bestedingsvrijheid van private uitvoerders inzicht in de bestedingen van middelen voorbij de voordeur belemmerden. In het private verkeer worden vaak afspraken gemaakt: zoveel prestatie voor zoveel geld. Onderling is na te gaan of deze prestaties zijn geleverd en of het geld is betaald. Dat is toch in de gezondheidszorg niet anders. De verantwoording wordt echter niet centraal afgelegd, maar tussen de contractpartijen. Daarom is deze conclusie in het rapport te kort door de bocht. De TCOZ heeft gezocht op de verkeerde plek. Kan hierop een reactie worden gegeven? (pagina 11)*

De TCOZ heeft bij beantwoording van de onderzoeksvragen een aanpak gekozen waarbij op macroniveau inzicht is verkregen, door gebruik te maken van gegevens die bij de minister en de ZBO's beschikbaar waren. Een antwoord op de vragen op basis van een benadering op microniveau, dus door gegevens bij alle instelling op te vragen, is door de TCOZ om tal van praktische en methodologische bezwaren niet zinvol en doelmatig geacht. De TCOZ heeft dus niet op de verkeerde plek gezocht, maar heeft er beargumenteerd van afgezien om bij alle zorgaanbieders en verzekeraars de betalingen na te gaan. Zie ook de algemene toelichting bij deze vragenlijst, alsmede het antwoord op vraag 45.

41

*In het licht van het voorgaande is de conclusie op pagina 14, dat de publiekrechtelijke controle op de zorgaanbieders de ontbrekende schakel was verbazingwekkend. Kan de TCOZ hierover haar mening geven? Wat is de oorzaak/zijn de oorzaken van de vrijblijvendheid van de controle op het contract tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, zoals de commissie stelt? Wie is hierin de (te) zwakke partij? (pagina 11 en 14)*

Op pagina 14 van het rapport worden geen conclusies getrokken over de controle, maar worden door de TCOZ enkele uitspraken en meningen opgetekend van gesprekspartners van de commissie. De oorzaak van het niet sluitend zijn van de controleketen betreft het feit dat het CTZ geen toegang heeft tot de zorgaanbieders. Volgens sommige gesprekspartners is de controle op het contract tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars te vrijblijvend. Deze stelling is door de TCOZ niet verder onderzocht omdat dit buiten haar taakopdracht ligt.

42

*Waarom is er tijdens de vragenrondes gevraagd naar meningen en niet naar feiten? (pagina 13)*

Dit onderzoek was een verkennend onderzoek dat in feite gericht was op de onderzoekbaarheid van de motie-Wilders c.s. Het verkennend onderzoek is dus primair gericht geweest op het verkrijgen van inzicht in de werking van het stelsel. Voor die doelstelling achtte de commissie het houden van besloten gesprekken het beste instrument, omdat sprekers dan vrijuit kunnen vertellen. De commissie heeft om die reden er ook niet voor gekozen om woordelijke verslagen op te stellen. De hoorzittingen van de commissie waren er op gericht om het beeld dat de commissie uit de schriftelijke antwoorden had gekregen verder in te kleuren met ervaringen uit de praktijk. Dat de TCOZ in de vragenronde alleen gevraagd zou hebben naar meningen en niet naar feiten, acht de TCOZ een suggestieve vraagstelling. De beschrijving van het stelsel in het rapport van de TCOZ is vanzelfsprekend uitsluitend gebaseerd op feiten. Daar waar sprake is van meningen, ontleend aan de gesprekken, is dat expliciet aangegeven in de tekst. Bovendien zijn de gesprekspartners in de gelegenheid gesteld, en soms zelfs expliciet gevraagd, feitenmateriaal aan te leveren (zie bijlagen 3a t/m 7 van het rapport).

43

*Hoe zijn die gesprekken gevoerd? Er wordt opgemerkt dat de gesprekken in beslotenheid zijn gehouden. Hiertoe is besloten gezien de fase waarin het onderzoek op dat moment verkeerde. Waarom was de commissie van mening dat de fase van het onderzoek vereiste dat de gesprekken in beslotenheid moesten plaatsvinden? (pagina 13)*

Zie het antwoord op vraag 42

44

*Hoe is er met de gesprekken omgegaan? Zijn deze opgenomen en vervolgens geanalyseerd? Zo ja, op welke manier zijn de gegevens geanalyseerd? Zo nee, waarom is er niet voor een dergelijke methode gekozen? (pagina 13)*

Zie het antwoord op vraag 42

45

*Nederland heeft geen centraal aangestuurde staatsgezondheidszorg. Waarom heeft de commissie getracht de miljarden te traceren via de zelfstandige bestuursorganen en niet bij de feitelijke actoren, door en aan*

*wie verantwoording moest worden afgelegd (zorgaanbieders en zorgverzekeraars)? Wat was de achterliggende gedachte bij deze keuze? Was door dit besluit niet al heel snel duidelijk dat de onderzoeksvragen niet beantwoord zouden kunnen worden? Wanneer werd geconstateerd dat de onderzoeksvragen op deze wijze niet bevredigend konden worden beantwoord? Waarom heeft de commissie vervolgens niet besloten om een andere onderzoeksmethode te kiezen? (pagina 13)*

De TCOZ heeft zich bij aanvang van haar opdracht gerealiseerd dat inzicht in de doelmatigheid van de besteding van de 15,6 miljard euro waarmee het BKZ in de onderzoeksperiode 1994–2002 is gegroeid, het best verkregen kan worden door bij alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars de jaarverslagen en eventueel onderliggende stukken op te vragen. Verondersteld werd echter dat dit een enorm omvangrijke exercitie zou zijn. Dit werd bevestigd doordat uit de bij het ministerie opgevraagde lijst met toegelaten instellingen (bijlage 4) en de lijst met verzekeraars (bijlage 7) bleek dat er 9 academische, 111 algemene en 37 categoriale ziekenhuizen, 56 psychiatrische ziekenhuizen, 22 instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, 20 instellingen voor verslaafdenzorg, 58 psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, 9 gesubsidieerde psychiatrische woonvoorzieningen, 9 herstellingsoorden, 38 regionale instellingen voor beschermd wonen, 98 algemene inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten, 20 instituten voor licht verstandelijk gehandicapten, 9 instellingen voor meervoudig gehandicapten, 11 instellingen voor zintuiglijk gehandicapten, 77 somatische verpleeghuizen, 143 psychogeriatrische verpleeghuizen en 324 gecombineerde verpleeghuizen, 36 zorgverzekeraars particulier-privaat, 3 zorgverzekeraars particulier-publiek, 23 ziekenfondsen en 32 zorgkantoren zijn.

Voorts heeft de TCOZ de minister verzocht een uitputtende lijst van instellingen en verzekeraars op te stellen waaruit duidelijk wordt waar de extra gelden terecht zijn gekomen. De minister bleek daar om verschillende redenen niet toe in staat (zie antwoord op vraag 2.1, pag. 68–69). Al zou de TCOZ van al deze instellingen bijvoorbeeld de jaarverslagen hebben opgevraagd, dan zou de gewenste duidelijkheid nog niet verkregen zijn omdat de extra middelen en de reguliere middelen niet uit elkaar worden gehouden. Voor een verdere toelichting op de door de TCOZ gevolgde werkwijze zij verwezen naar de algemene inleiding.

46

*Het werkelijke proces in de gezondheidszorg vindt plaats binnen drie deelmarkten; de zorginkoopmarkt (verzekeraar-zorginstelling), de zorgverleningsmarkt (zorginstelling-zorgvrager) en de verzekeringsmarkt (verzekerde-verzekeraar). Op deze drie deelmarkten worden resultaatverplichtingen aangegaan en wordt verantwoording afgelegd. Waarom heeft de commissie haar onderzoek niet op deze processen (in de drie deelmarkten) gericht? (pagina 13)*

De TCOZ heeft het proces van de gezondheidszorg, waaronder het regime van verantwoording, zo helder mogelijk trachten te beschrijven. Bij deze beschrijving is ervoor gekozen om zoveel mogelijk het totale stelsel in zijn onderlinge samenhang te beschrijven, en niet uit te gaan van een benadering waarin onderscheid gemaakt wordt naar deelmarkten. Een dergelijke benaderingswijze maakte ook geen deel uit van de door de Kamer vastgestelde taakopdracht voor de TCOZ, maar zou wellicht een bruikbaar perspectief kunnen zijn voor een eventueel vervolgonderzoek.

47

*Op pagina 14 wordt de mening van gesprekspartners diverse malen aangehaald. Wat is het oordeel van de TCOZ over deze verzuchtingen en opinies? Er wordt bijvoorbeeld in algemene termen gesproken over de gelijktijdige inzet op diverse niveaus. Er wordt niet meegedeeld wie inzet, wie verantwoordelijk is en wie stuurt. Dat is nu cruciaal. De mening over hoe dat in de toekomst moet, kan verschillen. Maar wat is het oordeel van de commissie over de taak en verantwoordelijkheidsverdeling in de onderzochte periode? Kan de commissie daarop ingaan? (pagina 14)*

In de vraag wordt gerefereerd aan paragraaf 2.4 van het rapport van de TCOZ dat niet voor niets de titel «het beeld ingekleurd» heeft gekregen. De functie van deze paragraaf met meningen en opinies uit het veld is namelijk om inkleuring te geven aan de feitelijke en statische beschrijvingen van het stelsel die daarvoor is gegeven. De opzet van de TCOZ is dus om de verschillende meningen en opinies weer te geven, maar niet om er eigen oordelen aan te koppelen. De oordelen van de TCOZ zijn opgenomen in de paragraaf met conclusies en aanbevelingen.

48

*De TCOZ stelt dat 30% van de volumemiddelen is besteed aan extra zorg t.g.v. demografische ontwikkelingen. Kan de commissie deze stelling toelichten? Is daarin meegenomen dat bij meer productie de kostprijs per product lager is? Is deze doelmatigheid meegenomen in deze stelling? Extra zorg is een algemeen begrip. Wat verstaat de commissie daaronder, en kan zij dit specificeren? Wat kan de commissie zeggen over de effectiviteit van deze middelen, en waarop is dat gebaseerd? (pagina 20)*

Dat 30% van de volumemiddelen is besteed aan extra zorg ten gevolge van demografische ontwikkelingen is niet een stelling van de TCOZ, maar een bewering van de minister waaraan de TCOZ op pagina 20 van haar rapport refereert. Hoe dit bedrag is berekend en wat er in meegenomen is de TCOZ niet bekend. De TCOZ heeft dit gegeven evenwel in haar rapport opgenomen ter illustratie van het feit dat er geen één op één relatie is tussen extra volumemiddelen en bijvoorbeeld reductie van wachtlijsten. Extra volumegeld is deels ook nodig voor autonome groei van de zorg als gevolg van vergrijzing. Wat de commissie in dit onderzoek onder «extra zorg» of «extra middelen» verstaat is uitvoerig beschreven in paragraaf 3.2.3 «de zorgmiljarden ontleed», namelijk de BKZ-groei in de periode 1994–2002. De effectiviteit hiervan kan niet zonder meer worden aangetoond.

49

*In het rapport staat opgetekend dat bestedingsvrijheid van de instelling een belangrijk uitgangspunt is in het zorgstelsel. Waarop baseert de commissie dit? Kan dit worden toegelicht? (pagina 22)*

Dat instellingen bestedingsvrijheid kennen is niet zozeer een stelling van de TCOZ als wel een feitelijke constatering. In de huidige wet- en regelgeving is dit uitgangspunt verankerd. Dit uitgangspunt is politiek-historisch bepaald.

50

*De TCOZ stelt dat «waar het uitgaven van deze instellingen betreft, wordt geen onderscheid gemaakt tussen de met publieke euro's geleverde productie en de met private euro's geleverde productie». Nu bestaat er wel degelijk een verantwoordingsstructuur over publieke gelden. Kan de commissie deze stelling toelichten? (pagina 23)*



De TCOZ heeft met deze constatering niet willen suggereren dat er geen adequate verantwoording van publieke gelden zou plaatsvinden, maar heeft willen duidelijk maken dat een extra complicerende factor bij doelmatigheidsonderzoek wordt gevormd door het feit dat productie vaak met publieke en private middelen wordt geleverd. Uitgaven die tot extra productie leiden (bij voorbeeld een extra OK openen of meer personeel aannemen) worden uit de algehele exploitatie bekostigd, waarbij geen onderscheid gemaakt kan worden naar de bronnen (private middelen, publieke middelen, leningen, reserves, etc.). Kortom, het zal praktisch erg lastig zijn om bij een instelling vast te stellen welke productie geleverd is met uitsluitend de extra BKZ-middelen die de instelling in een jaar heeft ontvangen.

51

*Waarom heeft de commissie niet kunnen vaststellen hoe het «boter-bij-de-vis»-principe in de praktijk wordt vormgegeven, en hoe het heeft gefunctioneerd in de onderzoeksjaren? Is dit niet juist uiterst relevante informatie om (een deel van de) onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden? (pagina 24)*

De TCOZ had als opdracht zich te richten op de periode 1994–2002. Pas aan het eind van deze periode wordt het systeem van «boter-bij-vis» geïntroduceerd. Een oordeel over het functioneren ervan kan het best verkregen worden door ook de jaren 2003 en 2004 te onderzoeken. Hoe het systeem «op papier» werkt en welke voordelen het in potentie kan hebben is de TCOZ wel duidelijk geworden. Hoe het in de praktijk wordt ingevuld door instellingen, verzekeraars en ZBO's, zou nader onderzoek vergen. De TCOZ acht dit een meer zinvolle, meer gerichte en politiek meer relevante richting voor vervolgonderzoek dan te trachten verder inzicht te krijgen in de besteding van 15 miljard euro in de hele zorgsector in een periode van acht jaar.

52

*Om een oordeel over de effectiviteit van de extra zorgmiljarden te vellen (de crux van de motie-Wilders c.s en van dit onderzoek) is het van belang de relatie te kunnen leggen tussen middelen enerzijds en prestaties en effecten anderzijds. De TCOZ merkt op dat er noch door het ministerie van VWS noch door derden (onderzoeksbureaus, wetenschappers) veel pogingen op dit punt zijn ondernomen. Is dit niet ook een taak geweest van de commissie om te proberen juist deze onderlinge relatie aan het licht te brengen? Heeft zij aan de minister en aan derden toegelicht dat juist dit van belang was om na te gaan wat de effecten waren van de extra zorggelden? Zo ja, op welke wijze? Zo neen, waarom niet? (pagina 25)*

De TCOZ heeft ook getracht deze relatie in beeld te brengen, maar kwam al snel tot de conclusie dat de hiervoor benodigde gegevens niet voorhanden zijn, en bovendien te omvangrijk zijn gezien de taakopdracht (zie ook antwoord op vraag 45). Voor de effectiviteit van ruim 15 miljard euro in een periode van 8 jaar zijn geen uitspraken te doen. De TCOZ heeft wel degelijk diverse vragen gesteld aan de minister om te achterhalen welk zicht er bestond op het ministerie op de besteding van extra zorgmiljarden. Door middel van dit rapport wil de TCOZ de minister en derden aansporen meer aandacht te besteden aan effectiviteitsmeting van (extra) zorgmiddelen.

53

*Het is opmerkelijk dat op pagina 32 van het rapport wordt aangegeven dat het maar de vraag is of er überhaupt wel conclusies kunnen worden getrokken over de causale relatie tussen geld, prestaties en effecten. Kan de commissie dit toelichten? (pagina 25 en 32)*

De TCOZ heeft willen aangeven dat er naast de praktische en methodologische complicaties die het lastig maken om een direct verband tussen extra middelen en daarvoor geleverde productie te leggen, er ook simpelweg een probleem kan zijn met de beschikbaarheid en betrouwbaarheid van gegevens. Gebleken is dat er tussen en binnen sectoren verschillen zijn in bij voorbeeld de inrichting van de administratie, in de gegevens die worden bijgehouden, in de wijze waarop dat gebeurt, etc. Als gevolg van het toetreden, verdwijnen en fuseren van instellingen zijn bovendien in de tijd vergelijkbare cijfers niet beschikbaar.

54

*De commissie wijst terecht op de verantwoordelijkheden van de ziekenfondsen. Duidelijk is dat hier de verantwoordingslijn ligt. Dit is in het licht van de onderzoeksvragen de bron om te zoeken. Des te meer is het bevreemdend dat de commissie niet op deze voor de hand liggende lijn is doorgeslagen. Onderaan pagina 30 en bovenaan pagina 31 schets de commissie een onderzoeksmogelijkheid. Ook deze variant is een indirecte: de minister koopt geen zorg in, maar de zorgverzekeraars. De meest voor de hand liggende is echter een audit/steekproef van het proces: stap voor stap het proces doorlopen en kijken naar waarborgen voor efficiëntie, effectiviteit, fraude, etc. Kan hierop een reactie worden gegeven? (pagina 27)*

De taakopdracht van de commissie was gericht op het inzichtelijk krijgen van de effectiviteit van ruim 15 miljard euro in de periode 1994–2002. Hiervoor kan niet volstaan worden met een steekproef bij enkele instellingen (zie ook antwoord op vraag 19). Evenmin geeft een steekproef van de huidige situatie zicht op wat er in 8 jaar in de zorgsector is gebeurd met het extra geld. De in de vraag geschetste methode zou wel geschikt zijn om een beeld te krijgen hoe het thans in een bepaalde deelsector (in plaats van de hele zorgsector) toegaat.

55

*Waarom zijn de onderliggende gegevens en de rapportages niet beoordeeld, en waarom zijn de door het ministerie van VWS verrichte onderzoeken niet geverifieerd? Tevens wordt door de commissie opgemerkt dat de gegevens die de minister heeft aangeleverd met betrekking tot werkdruk, beheer en administratie en kwaliteit/overig niet zijn gecontroleerd. Waarom is dit niet gedaan? (pagina 33 )*

Dit heeft te maken met de taakopdracht van de commissie en de door de commissie gekozen werkwijze, zoals beschreven in het antwoord op vraag 7.

56

*Waarom heeft de commissie het begrip effectiviteit niet geoperationaliseerd? In het rapport wordt gesteld dat de doelen van de extra bestedingen vooraf niet helder zijn geformuleerd. Is hier nu juist geen sprake van het wel formuleren van doelen, maar niet het operationaliseren ervan? (pagina 35)*

De TCOZ heeft het begrip effectiviteit, dat ook zonder verdere uitleg genoemd wordt in de motie Wilders c.s., niet kunnen operationaliseren. De TCOZ heeft dit begrip bekend verondersteld en opgevat als de relatie tussen input (welke middelen stop je er in) en output (wat krijg je er voor terug). Juist omdat «output» zich vaak moeilijk laat meten, per sector kan verschillen en zich ook kan manifesteren in toegenomen kwaliteit, constateert de TCOZ (op pag. 35) dat er niet per sector tot eensluidende conclusies gekomen kan worden over «de effectiviteit van de zorgmiljarden». Het is daarom van belang om vooraf duidelijke doelen te stellen en te

kiezen voor heldere en eenduidige outputindicatoren. In de praktijk is inderdaad nog vaak sprake van het formuleren van mooie abstracte doelen («werkdrukvermindering», «kwaliteitsverbetering»), zonder dat deze geoperationaliseerd zijn en voorzien van indicatoren met duidelijke streefwaarden.

57

*In hoeverre vindt de commissie doelgerichte en geormerkte budgetten strijdig met het verzekeringsprincipe van de Nederlandse gezondheidszorg en in hoeverre wordt daarmee een tweede sturingsprincipe gehanteerd? (pagina 37)*

Uitgangspunt voor de TCOZ is het huidige zorgstelsel, waarbij een groot deel van de beschikbare middelen gealloceerd wordt door een systeem waarin van bovenaf budgetten centraal worden vastgesteld. In hoeverre oormerken van budgetten wenselijk en nodig is in andere soorten stelselherziening. De TCOZ heeft zich beperkt tot de door haar onderzochte periode 1994–2002 en heeft geconstateerd dat veel van de extra middelen in de instellingsbudgetten zijn verdisconteerd zonder oormerking. Indien de Kamer in een dergelijk systeem meer zekerheid wenst over de exacte bestedingsrichting is het introduceren van geormerkte budgetten een optie.

### **Vragen SP-fractie**

58

*Door het veld is kritiek geuit op de lumpsum financiering. Deze systematiek zou in de hand werken dat specialisten minder zouden zijn gaan werken. Is er vanuit het veld ook aangegeven hoe de financiering wel geregeld zou moeten worden, en wat de mogelijke gevolgen zouden zijn van een prestatiegerichte beloning? (pagina 13)*

Neen. Gegeven de onderzoeksopdracht van de TCOZ is in het onderzoek, en dus ook in de gevoerde gesprekken, vooral «teruggekeken» naar de periode 1994–2002, en getracht een analyse te maken van hoe zaken zijn gelopen. In dat kader is de lumpsum financiering aan de orde gekomen. De TCOZ heeft derhalve de gevoerde gesprekken niet gebruikt om te filosoferen over de stelselherziening of te komen tot een alternatief bekostigingssysteem.

59

*Om inzicht te krijgen in de besteding van de gelden zou er een scherpe controle- en verantwoordelijkheidsstructuur nodig zijn. Wat zijn de voorstellen van deze partijen om zo'n structuur op te zetten zonder dat er te veel bureaucratische regels bijkomen, en vinden zij het wenselijk dat er zo'n structuur komt? (pagina 14)*

Ook hier zij verwezen naar de taakopdracht van de TCOZ die niet gericht was op het komen tot verbetering van de huidige bekostigings- of verantwoordingssystematiek, maar op het in beeld krijgen van 15 miljard euro in de periode 1994–2002.

60

*Er wordt aangegeven dat het niet stimuleert dat het CTG in de huidige structuur altijd bijspringt. Wat wordt hier concreet mee bedoeld? Tot wat stimuleert het bij voorbeeld niet? (pagina 14)*

In dit verband werd verwezen naar het zogenaamde «stropenpotje» dat het CTG hanteert en waar instellingen die in financiële problemen zijn,

onder voorwaarden, in aanmerking kunnen komen voor een bijdrage. Het betreft hier de weergave van uitspraken die zijn gedaan in de gesprekken die de TCOZ heeft gevoerd. Gesteld werd dat het instellingen niet tot ultieme doelmatigheid stimuleert indien men de zekerheid heeft dat het CTG bijspringt in geval van een dreigend faillissement.

61

*Het is de commissie opgevallen dat noch door het ministerie van VWS, noch door derden een relatie is gelegd tussen de middelen en de prestaties en de effecten. Wat is de reden dat deze relaties nooit zijn gelegd, en gaat dat nog wel gebeuren?*

De reden dat dit zo weinig gebeurt heeft waarschijnlijk te maken met de problemen waarop de TCOZ ook is gestuit, zoals bij voorbeeld het gebrek aan voldoende betrouwbare en eenduidige gegevens en de diverse methodologische problemen om causaliteit tussen geld en prestaties en tussen prestaties en effecten betrouwbaar aan te tonen. Niettemin is dit op het niveau van instellingen of sectoren wel mogelijk, en zijn er ook steeds meer ontwikkelingen gaande in de zorg, gericht op uniforme definities en registraties voor zorgprestaties. Ook de rijksbrede VBTB-operatie begint in de zorgsector ook langzaam maar zeker ingang te vinden.

62

*Het is onduidelijk wie of wat en welke aspecten meespelen in het verdelen van extra middelen. Dit zou een vervolgonderzoek vergen maar de commissie vraagt zich af of een dergelijke reconstructie zinvol zou zijn. Ligt deze twijfel in het feit dat het zeer arbeidsintensief zou zijn en kostbaar, zoals gesteld op pagina 36? Zo neen, waarom deze twijfel? (pagina 30)*

De TCOZ heeft uitsluitend twijfel bij eventueel vervolgonderzoek, zoals dat aanvankelijk was voorzien, namelijk gericht op de periode 1994–2002 en zonder inperking naar bepaalde deelsectoren. Deze twijfel is inderdaad ingegeven door het feit dat dit een zeer arbeidsintensief en kostbaar proces zou zijn, en dat – gelet op het ontbreken van gegevens bij aanbieders – geen volledige duidelijkheid zou kunnen ontstaan. De TCOZ pleit er derhalve voor eventueel vervolgonderzoek te richten op de periode vanaf 2002.

63

*Er wordt geconcludeerd dat het begrip effectiviteit zich noch eenvoudig noch volledig in geld laat uitdrukken. Wat wordt hier concreet mee bedoeld, en geeft de commissie hiermee aan dat effectiviteit in de zorg niet altijd gekoppeld is aan de hoeveelheid productie die wordt gedraaid?*

Zie het antwoord op vraag 56.

64

*Heeft de commissie de gevolgen van de bureaucratie in de zorg, voor het besteden van gelden, meegenomen?*

De TCOZ heeft niet afzonderlijk gekeken naar de kosten van bureaucratie in de zorg of de gevolgen van bureaucratie voor het functioneren van de zorgsector. Nog los van het feit dat dit niet in de taakopdracht van de TCOZ was meegenomen is het ook lastig om te komen tot een werkbare definitie van «de bureaucratie», en laat zich dit ook nauwelijks afzonderlijk meten. De TCOZ heeft wel vragen gesteld aan de minister van VWS over de omvang van dat deel van de extra zorgmiljarden dat niet rechtstreeks bij de instellingen terecht is gekomen (zie pagina 70 en 71), en heeft tevens gevraagd naar de bedragen die jaarlijks gemoeid zijn met «beheer

en administratie» (zie o.a. pagina 65). In tabel 3 op pagina 21 is tevens inzichtelijk gemaakt welk deel van de extra middelen is toegerekend aan beheer en administratie, namelijk 104 miljoen euro in 8 jaar ofwel 1% van de extra middelen. De TCOZ vindt dit overigens een ongeloofwaardig percentage en plaatst in haar rapport kritische kanttekeningen bij de arbitraire wijze van toerekenen van de zorgmiljarden door de minister naar bestedingscategorieën.

65

*Is door de commissie gekeken naar het deel van het extra geld dat is opgegaan aan bureaucratie? Zo neen, waarom is dit aspect niet meegenomen? Zo ja, om hoeveel geld, procentueel gezien, gaat het dan?*

Zie het antwoord op vraag 64.