

Vergaderjaar 2003–2004

29 200 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2004

Nr. 24

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 31 oktober 2003

Inleiding

In het overleg met de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 18 juni 2003, over de verruiming van de regeling voor zelfstandige behandelcentra (28 600-XVI, nr. 143), heb ik toegezegd de commissie nader te informeren over een aantal zaken. Die informatie doe ik u met deze brief toekomen. Om te beginnen en wellicht ten overvloede wil ik de gehanteerde terminologie verklaren. Met «privé-klinieken» doel ik op de instellingen die uitsluitend zorg uit het derde compartiment leveren. De onder de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) vallende instellingen die uitsluitend tweede compartimentszorg in dagbehandeling of polikliniek verlenen, duid ik aan als «zelfstandige behandelcentra». Behandelcentra die zowel tweede- als derde compartimentszorg verlenen, vallen in hun geheel onder de WZV.

Wettelijk kader voor privé-klinieken en behandelcentra

Tijdens het debat op 18 juni bleek dat er behoefte bestaat aan duidelijkheid over de wetten die op behandelcentra of privé-klinieken van toepassing zijn. In de onderstaande tabel is daarom schematisch weergegeven welke wetten van toepassing zijn op behandelcentra en privé-klinieken. De Kwaliteitswet en artikel 40 Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) zijn complementair: waar de Kwaliteitswet niet geldt (privé-klinieken, die louter derde compartimentszorg leveren), geldt artikel 40 Wet BIG. Artikel 40 bepaalt dat de in een register ingeschreven beroepsbeoefenaar die niet werkt in het kader van een instelling in de zin van de Kwaliteitswet, zijn werkzaamheden op een verantwoorde manier uit dient te voeren. Dit betekent dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in alle gevallen op de kwaliteit van de zorgverlening kan toezien, maar dat de wettelijke grondslag voor dat toezicht kan verschillen.

	Zelfstandig Behandelcentrum	Privé-kliniek	Toezicht	Sancties
WZV	Ja	Nee	IGZ	Wet economische delicten
Kwaliteitswet	Ja	Nee	IGZ	Bevel/aanwijzing bestuursdwang
Wet BIG art. 40 (kwaliteitseisen)	Nee	Ja	IGZ	Bevel bestuursdwang
Klachtwet	Ja	Nee	IGZ ¹	Aanwijzing bestuursdwang ²
Medezeggenschapswet	Ja ³	Nee	Kantonrechter	Vor dering tot naleving
Wet BIG art.3 (register)	Ja	Ja	IGZ	Strafrecht
Wet BIG tuchtrecht	Ja	Ja	IGZ	Tuchtmaatregel
ZFW	Ja	Nee	CVZ [4]/CTZ	Intrekking toelating
WTG	Ja	Ja	ECD	Wet economische delicten

¹ Na inwerkingtreding wetsvoorstel 28 489 (Wijziging Kwaliteitswet en Klachtwet)

² Na inwerkingtreding wetsvoorstel 28 489 (Wijziging Kwaliteitswet en Klachtwet)

³ Alleen indien gefinancierd via ZFW (wanneer contracten met ziekenfondsverzekeraars bestaan)

⁴ Via de toelating

Privé-klinieken betalen voor toezicht

Ik heb toegezegd te bezien of voor het toezicht op de privé-klinieken door hen een financiële bijdrage kan worden geleverd. Het volgende is hierbij van belang. In 1996 heeft een MDW-werkgroep een rapport opgesteld over het al dan niet doorberekenen van handhavingskosten. Het betreft het rapport «Maat houden» (Kamerstukken II, 1995/6, 24 036, nr. 22). In het kabinetsstandpunt bij het rapport is destijds verwoord dat het kabinet zich kan vinden in de door de werkgroep geformuleerde uitgangspunten («de Maat houden», blz. 51 e.v.).

Eén van de uitgangspunten is dat de kosten van preventieve en repressieve handhaving van wet- en regelgeving in beginsel niet in rekening worden gebracht bij burgers en bedrijven. Handhaving is niet individueel toerekenbaar en het individuele profijt is moeilijk vast te stellen. Bovendien geldt voor preventieve en repressieve handhaving dat deze ten aanzien van een ieder gelijkelijk moet kunnen worden uitgeoefend en dat dit niet afhankelijk mag zijn van particuliere bijdragen in de kosten. In beginsel dient handhaving dus uit de algemene middelen te worden gefinancierd.

De werkgroep constateert bovendien dat het de verantwoordelijkheid van de overheid is en blijft om te bepalen welke handhavingsactiviteiten nodig zijn om naleving van de wet- en regelgeving te waarborgen. Het principe van bestuurlijke zorgvuldigheid moet daarbij in acht worden genomen, wat onder andere betekent dat de mogelijkheid van doorberekening van de kosten bij de keuze van de handhavingsactiviteiten geen rol mag spelen. Gelet hierop ligt het niet in de rede dat ik voor het toezicht op zelfstandige behandelcentra of privé-klinieken de sector zelf een bijdrage kan vragen.

Register voor privé-klinieken

In het kader van het houden van toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg heb ik tevens toegezegd te bezien of er een registratieplicht zou moeten komen voor privé-klinieken.

Bij privé-klinieken is de IGZ bevoegd toezicht te houden op de artsen die er werkzaam zijn. De IGZ heeft deze bevoegdheid op grond van de Wet BIG. Alle in Nederland werkzame artsen staan geregistreerd in het zogenaamde BIG-register.

Privé-klinieken, zoals gedefinieerd aan het begin van deze brief, kunnen zonder vergunning worden opgericht en mede om die reden is het bestand van privé-klinieken nogal aan mutaties onderhevig. Het probleem dat de IGZ ondervindt is dat zij niet over een uitputtend en actueel bestand van de bestaande privé-klinieken kan beschikken. Het actueel houden van een bestand van privé-klinieken levert problemen op, doordat

te betwijfelen valt of wijzigingen en opheffingen zullen worden doorgegeven. Dat betekent dat het opstellen van een apart register voor privé-klinieken (wat overigens alleen kan plaatsvinden bij wet) naar mijn mening om praktische redenen niet zinvol is.

Doorberekenen van kosten die gemaakt worden naar aanleiding van het maken van fouten door artsen in privé-klinieken

De commissie verzocht mij om na te gaan of het zinvol zou zijn om artsen die in privé-klinieken door onzorgvuldig medisch handelen medische problemen veroorzaken, aansprakelijk te stellen voor de kosten van de vervolgbehandeling in een ziekenhuis of een behandelcentrum. Deze vervolgbehandeling komt namelijk ten laste van de collectieve middelen. Als antwoord hierop kan ik zeggen dat de verzekeraar van een patiënt, die door medische fouten binnen het derde compartiment kosten moet maken binnen het tweede compartiment, deze kosten kan verhalen op de veroorzaker van de fout. Met ingang van 1 januari 1998 is in de ziekenfondsbudgettering een financiële prikkel ter stimulering van het regres opgenomen. Het is de ziekenfondsen sindsdien toegestaan een derde van de regresopbrengst zelf te houden. Zij kunnen hieruit de kosten van hun verhaalsinspanningen dekken en de eventuele resterende opbrengst aan hun reserve-ZFW toevoegen.

In oktober 2002 heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) het rapport «Evaluatie verhaalsrecht ZFW» uitgebracht. In het rapport geeft het CVZ aan dat ziekenfondsen steeds meer aandacht besteden aan het instellen van verhaal in het kader van de ZFW. Het CVZ geeft aan dat de stimuleringsregeling waarschijnlijk positief heeft uitgewerkt op de aandacht van ziekenfondsen voor het verhaalsrecht.

Behandelcentra en onderaanneming

Tijdens het debat op 18 juni is kort gesproken over constructies die zouden bestaan, waardoor het voor behandelcentra mogelijk wordt om een winstoogmerk te hebben.

Zelfstandige behandelcentra zijn in 1998 onder het vergunningensysteem van de Wet ziekenhuisvoorzieningen gebracht. Hierdoor kregen behandelcentra te maken met een «verbod op winstoogmerk». Een WZV-vergunning wordt namelijk uitsluitend afgegeven aan een rechtspersoon die zich niet richt op het maken van winst. Het eventuele positieve exploitatieresultaat van het behandelcentrum mag dan ook niet vrij worden besteed, bijvoorbeeld in de vorm van een uitkering aan derden (eigenaren of aandeelhouders), maar dient overeenkomstig de doelstelling van de rechtspersoon (zorgverlening) te worden aangewend. Het komt voor dat behandelcentra werkzaamheden uitbesteden aan onderaannemers (medisch specialisten) die wel werkzaam zijn binnen een winstbeogende rechtspersoon, bijvoorbeeld een BV. De onderaannemers declareren hun werkzaamheden bij het behandelcentrum (dat zelf dus geen winst mag maken). De ruimte voor zorginhoudelijke en financiële afspraken tussen behandelcentrum en onderaannemers, en dus de ruimte voor winst bij de onderaannemers, wordt bepaald door het contract dat het behandelcentrum sluit met de zorgverzekeraar. Hierbij bestaan geen zekerheden, er is immers geen contracterplicht en geen budgetgarantie. Daarnaast is er ruimte voor volume- en prijsonderhandelingen. Behandelcentra kunnen maximaal de honorariumtarieven in rekening brengen zoals omschreven in de tarieflijsten voor medisch-specialistische hulp van het CTG. Daarnaast kunnen zij, op grond van een beleidsregel van het CTG, bepaalde kostentarieven in rekening brengen. Beide tarieven zijn maximumtarieven. Als de verzekeraar scherp onderhandelt, kan de gecontracteerde prijs lager zijn.

In het tweede compartiment is het winstoogmerk overigens al gangbaar

bij de zorgverleners die als zelfstandige ondernemer optreden. De medische handelingen worden, zowel in behandelcentra als in ziekenhuizen, verricht door medisch specialisten. Binnen de ziekenhuizen maakt het merendeel van de specialisten deel uit van maatschappen, zelfstandige samenwerkingsverbanden van twee of meer personen. Het inkomen van de specialisten hangt af van de winst van de maatschap. Ook hier wordt dus «winst» gemaakt.

Winst in de ziekenhuiszorg is dan ook minder bijzonder dan het lijkt. Tot slot merk ik op, dat het toelaten van winstbeogende zorgaanbieders ook voordelen kan hebben in het licht van het nastreven van een goede kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg en een doelmatige organisatie hiervan. Op de vraag of het wenselijk is meer ruimte te bieden aan winstbeogende zorgaanbieders beraad ik mij in het kader van de stelsel-discussie.

Efficiencyvoordelen van behandelcentra ten opzichte van ziekenhuizen en de financiële gevolgen hiervan

Dat instellingen die kleinschalig zijn en zich richten op enkele specifieke medische verrichtingen, efficiencyvoordelen boeken ten opzichte van grote instellingen waarin een breed scala aan behandelingen wordt aangeboden, is aannemelijk. De Kamer heeft mij gevraagd om kwantitatieve gegevens over deze voordelen.

Voor zinvol vergelijkend kwantitatief onderzoek over efficiencyvoordelen zijn vergelijkbare gegevens nodig over meer instellingen en over meer jaren. Op dit moment en op korte termijn zijn deze gegevens voor behandelcentra en ziekenhuizen niet beschikbaar. Een onderzoek naar deze efficiencyvoordelen is momenteel niet opportuun. Dit houdt mede verband met het feit dat momenteel een omslag wordt voorbereid in de bekostiging van ziekenhuiszorg. De huidige budgetteringsystematiek zal in de komende jaren worden vervangen door een systeem van output-bekostiging op basis van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). Hierover heb ik de Tweede Kamer op 10 oktober middels een brief (CZ/B-2419 299) geïnformeerd.

Het staat buiten kijf dat er mogelijkheden bestaan om ziekenhuiszorg doelmatiger te organiseren. Daarom volgen hieronder enkele kwalitatieve aanvullingen op de opmerkingen over dit thema in mijn eerdere brief over zelfstandige behandelcentra.

De logistieke organisatie van planbare dagbehandelingen in de behandelcentra is overzichtelijker (en daardoor goedkoper) dan de organisatie binnen de ziekenhuizen waarin planbare en niet-planbare zorg worden gecombineerd. Bovendien kunnen voor planbare dagbehandelingen in behandelcentra minder kostbare apparaten worden gebruikt dan in ziekenhuizen gebruikelijk is. In ziekenhuizen is het immers de bedoeling dat de beschikbare voorzieningen ook kunnen worden benut voor complexere aandoeningen. Derhalve kunnen de behandelcentra dezelfde dagbehandeling doelmatiger uitvoeren en is de kostprijs lager. Bovendien zorgt de beperking van de dienstverlening door zelfstandige behandelcentra tot planbare en relatief eenvoudige verrichtingen voor ervaring en routine, hetgeen de kwaliteit ten goede komt. Voor een specifieke behandeling is de zorg dan efficiënter georganiseerd.

Een volgend aspect betreft de vraag of ook de totale zorg profiteert van de grotere doelmatigheid bij de zelfstandige behandelcentra. Immers, als de apparatuur in het ziekenhuis minder wordt benut, dan slaan deze kosten neer op de overige zorg binnen de ziekenhuizen. Het totale zorgvolume verandert dan niet, maar is wel duurder omdat ook de onbenutte infrastructuur moet worden gefinancierd. Wanneer de ziekenhuizen de beschikbare infrastructuur echter aanwenden voor andere behandelingen (onder andere voor wachtlijstreductie), dan is er geen sprake van onbe-

nutte infrastructuur en is de toename in de uitgaven voor ziekenhuiszorg het resultaat van het feit dat meer en beter wordt voorzien in de zorgvraag.

Tot slot kan bij de ziekenhuizen ook een efficiencyvoordeel ontstaan omdat de beschikbaarheid van een alternatief, de behandelcentra, de ziekenhuizen prikkelt de logistieke organisatie en personeelsinzet nog eens goed te bezien. Bij de antwoorden op de schriftelijke kamervragen ter voorbereiding op het AO van 18 juni is al het voorbeeld genoemd dat er verschillende ziekenhuizen zijn die, bijvoorbeeld op het terrein van orthopedie, door een andere manier van plannen en organiseren de wachtlijsten konden wegwerken. Het streven naar het beter benutten van beschikbare voorzieningen en personeel door ziekenhuizen zal nog sterker zijn indien capaciteit tijdelijk onbenut blijft. Op de wat langere termijn ontstaat door dit veranderingsproces juist een doelmatiger, meer vraag-gerichte zorg en meer tevreden personeel.

Vooralsnog zijn er dus weinig aanwijzingen dat de behandelcentra tot gevolg hebben dat ziekenhuizen duurder worden. De voorgenomen invoering van DBC's als bekostigingsmethode zal bovendien leiden tot meer transparantie waardoor ziekenhuizen doelmatiger gaan werken.

Inspectie voor de Gezondheidszorg

Aan de IGZ heb ik verzocht om in juli 2004 een vervolgrapportage op het in juni 2003 uitgebrachte rapport te publiceren. Tevens heb ik de Inspectie verzocht de instellingen te bezoeken die als zelfstandig behandelcentrum een WZV-vergunning van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) ontvangen. Deze inspectiebezoeken dienen enkele maanden na het operationeel worden van het centrum te worden afgelegd. Hiertoe ontvangt de IGZ van het CBZ een afschrift van alle vergunningen die vanaf heden aan behandelcentra worden afgegeven. Het CBZ is hiervan op de hoogte gebracht.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst