

Vergaderjaar 2003–2004

29 379

Wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatiebekostiging en enige andere maatregelen (WTG ExPres)

Nr. 5

VERSLAG

Vastgesteld 26 februari 2004

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ belast met het voorbereidend onderzoek van bovenstaand wetsvoorstel, heeft de eer als volgt verslag uit te brengen van haar bevindingen.

Onder het voorbehoud dat de regering de vragen en opmerkingen in dit verslag afdoende zal beantwoorden, acht de commissie hiermee de openbare behandeling van het voorstel van wet voldoende voorbereid.

Inhoudsopgave	Blz.
1. Inleiding	2
2. Uitwerking van het Hoofdlijnenakkoord	4
3. Stap naar gereguleerde marktwerking	4
4. Karakter en werking van de WTG	7
5. Experimenten	8
6. Beheerste en soepele invoering prestatiebekostiging	10
7. Minder regels/Terugdringing administratieve lasten	13
8. Fraudebestrijding	14
9. Betekenis van de WTG ExPres voor de hoofdactoren	15
10. Ontwikkeling regelgeving	16
11. Toekomst van de WTG	16
12. Prijsvorming en gereguleerde marktwerking	17
13. Naar een zorgautoriteit	17
14. Relatie met het Europese recht	18
15. Informatievoorziening, toezicht en handhaving	18
16. Effecten op administratieve en bestuurlijke lasten	18
– Artikelsgewijs	18

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), de Grave (VVD), Lambrechts (D66), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Vendrik (GL), Kant (SP), 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), Omtzigt (CDA).

Plv. leden: Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), Griffith (VVD), Veenendaal (VVD), Bakker (D66), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GL), Gerkens (SP), Dijsselbloem (PvdA), Weekers (VVD), Tjong-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), Blok (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD), Eski (CDA).

1. Inleiding

De leden van de CDA-fractie hebben kennis genomen van het wetsvoorstel WTG ExPres. Zij ondersteunt de drieledige doelstelling van de wet om te komen tot het ondersteunen van prestatiegerichte bekostiging, bestrijding van bureaucratie en administratieve lasten en bestrijding van fraude. Tevens heeft zij met veel instemming gelezen dat de overheid uiteraard de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg blijft garanderen.

Ter inleiding hebben de leden van de CDA-fractie een algemene vraag die in het verlengde ligt van de vraag van de Raad van State naar de machtsverdeling tussen het ministerie en het zelfstandige bestuursorgaan College tarieven gezondheidszorg (CTG). Kan de regering toelichten of de Kamer door deze wijziging minder bevoegdheden krijgt? Zo ja, welke?

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het onderhavige wetsvoorstel. De WTG ExPres is een van de wetswijzigingen die bijdragen aan een stelselherziening in de gezondheidszorg. De leden van de PvdA-fractie stemmen in met een gefaseerde en gedifferentieerde invoering van meer marktwerking in de gezondheidszorg. Deze leden vinden dat de verantwoordelijkheid en dus de regierol voor kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg te allen tijde bij de minister van VWS moet blijven liggen. Zij hebben nog enkele vragen en opmerkingen. Vooraf willen zij graag opmerken dat zij enigszins teleurgesteld zijn over het abstracte karakter van de memorie van toelichting bij de WTG ExPres. Ook al snappen zij dat de WTG ExPres een proceswet is, toch bevat het wetsvoorstel wel degelijk politiek geladen voorstellen. Graag zien de leden een meer praktische benadering ten opzichte van de uitwerkingen van de verschillende wetswijzigingen tegemoet.

De regering stelt dat het onderhavige wetsvoorstel geen budgettaire consequenties heeft. De leden van de PvdA-fractie vragen op welke manier de regering van plan is de uitbreiding van de taken van het CTG, de oprichting van de zorgautoriteit, de kosten voor de administratieve aanpassingen van academische ziekenhuizen en de vele andere herzieningen voortkomend uit de wijziging van de WTG te financieren.

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatiebekostiging en enige andere maatregelen oftewel de WTG ExPres. De WTG ExPres beoogt, net als het wetsvoorstel Herziening overeenkomstenstelsel en de Wet toelating zorginstellingen (voorheen Wet exploitatie zorginstellingen/WEZ) marktwerking in de zorg te bevorderen. Marktwerking is een middel om het huidige systeem, dat flink is vastgelopen, te revitaliseren en toekomstbestendig te maken. De leden van de VVD-fractie steunen het streven van harte om waar mogelijk over te gaan van centrale aanbodsturing naar een decentraal, vraaggericht stelsel. Dit niet alleen op het gebied van de overeenkomst en toelating, maar ook op het gebied van de tariefstelling. De vier sporen waarlangs dit wetsvoorstel loopt, te weten het houden van experimenten, het invoeren van prestatiegerichte bekostiging, het tegengaan van bureaucratie dan wel het terugdringen van administratieve lasten en het tegengaan van fraude in de zorg kunnen eveneens rekenen op steun van deze leden. De genoemde leden zijn derhalve positief over de voornemens zoals neergelegd in de WTG ExPres. De vragen bij het wetsvoorstel, richten zich voornamelijk op de manier waarop de doelen bereikt dienen te worden. Daarbij is het niet helder wanneer welke doelen bereikt dienen te zijn, hetgeen het moeilijk maakt voor (markt-) partijen om te anticiperen op de veranderingen. De leden van de VVD-fractie vragen wat concreet de gewenste nieuwe bestuurlijke en financiële verhoudingen zijn tussen alle spelers in de zorg, en op welke wijze faciliteert dit wetsvoorstel deze nieuwe verhoudingen. Welke gevolgen heeft onderhavig wetsvoorstel, op welk moment, voor welke veldspelers?

Kan de regering precies aangeven wanneer en waar de WTG ExPres veldpartijen meer ruimte biedt dan de huidige WTG? Kan de regering toelichten welke prestaties en welke categorieën zorgaanbieders straks vallen onder de WTG en welke prestaties worden vrijgesteld?

In de memorie van toelichting wordt gesteld dat het wetsvoorstel geen budgettaire consequenties met zich meebrengt. Op grond waarvan veron-

derstelt de regering dit? Wat is de relatie tussen de voorliggende voorstellen, het Budgettair Kader Zorg (BKZ) en bijvoorbeeld de Zalmnorm?

De leden van de SP-fractie hebben kennis genomen van de voorliggende wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatiebekostiging en enig andere maatregelen (WTG ExPres). De leden stellen vast dat met deze wijziging duidelijk voor een meer liberale koers, met marktwerking, in de gezondheidszorg wordt gekozen. Zij vinden dit een ongewenste ontwikkeling. Zo vrezen zij dat de marktwerking juist zal leiden tot een minder toegankelijke gezondheidszorg en een stijging van de kosten.

In de inleiding van het algemene deel wordt toegelicht dat onderhavig voorstel geen directe budgettaire effecten heeft. De leden van de SP-fractie zouden graag vernemen waaruit dit is afgeleid, en of er wel indirecte budgettaire effecten zijn en welke dit dan zijn?

De leden van GroenLinks-fractie hebben kennis genomen van het onderhavige wetsvoorstel. Deze leden menen dat ondanks de grote wijzigingen in de memorie van toelichting naar aanleiding van het advies van de Raad van State het nog steeds een moeilijk te doorgronden wetswijziging betreft. Het onderhavige wetsvoorstel is één van de vele wetsvoorstellen die uiteindelijk moet leiden tot de omslag naar meer vraagsturing in de zorgsector. Genoemde leden zien wel in dat het wetsvoorstel daar deels het instrumentarium voor geeft, maar menen dat explicieter moet worden toegelicht hoe het instrument van deze wet, in de nabije toekomst, wordt ingezet.

De leden van de GroenLinks-fractie menen dat het onderhavige voorstel geen direct gevolg heeft voor de praktijk, maar wel het vervolgtraject op deze kaderstelling. Deze leden menen echter dat het zicht op het vervolgtraject nog steeds ontbreekt. Zij menen dan ook dat om het voorstel op zijn politieke consequenties te kunnen beoordelen meer inzicht in het vervolgtraject noodzakelijk is.

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het onderhavige wetsvoorstel, dat ertoe strekt experimenten met marktwerking in de zorg mogelijk te maken en prestatiegerichte bekostiging in te kunnen voeren. Tevens wordt met het wetsvoorstel de administratieve lastendruk teruggedrongen en fraude tegengegaan.

De leden van de ChristenUnie-fractie waarderen de toelichting op de samenhang met andere aanhangige wetsvoorstellen. In het verslag over deze wetsvoorstellen (Herziening overeenkomstenstelsel zorg en de Wet toelating zorginstellingen) hebben deze leden bedenkingen van meer algemene aard over de toelating van meer marktwerking in de gezondheidszorg reeds verwoord. Zij beperken zich bij dit wetsvoorstel daarom tot enkele specifieke vragen en opmerkingen.

De leden van de SGP-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het wetsvoorstel WTG ExPress. Hoewel dit wetsvoorstel als zodanig de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) inhoudelijk niet veel wijzigt, biedt het tegelijkertijd veel mogelijkheden om te komen tot marktwerking in de gezondheidszorg. In dit kader is het voor deze leden van het grootste belang dat de publieke belangen van de waarborging van een kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg gewaarborgd worden. Vanuit dat oogpunt hebben deze leden dan ook het voorliggende wetsvoorstel beoordeeld. Vooraf spreken genoemde leden graag hun waardering uit over de overzichtelijke wijze waarop de memorie van toelichting in het algemeen is vormgegeven.

2. Uitwerking van het Hoofdlijnenakkoord

Er wordt geconstateerd, in de uitwerking van het hoofdlijnenakkoord, dat de centrale aanbodssturing is vastgelopen. De oplossing van de huidige regering is de invoering van gecontroleerde marktwerking. De leden van de SP-fractie vragen waarom de overheid niet zelf de verantwoordelijkheid neemt voor het oplossen van het vastlopen en zichzelf bijstuurt in plaats van de problemen op te laten lossen door een nieuwe partij namelijk de markt. Met dit wetsvoorstel wordt nog gekozen voor een gecontroleerde marktwerking. Is deze mogelijk een voorloper op een geheel vrije markt voor de zorg?

De nadruk in het wetsvoorstel ligt op het overleg tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, waarbij het College toezicht uitoefent. In het geheel is er naar de indruk van de leden van de SGP-fractie te weinig aandacht voor de verschillende aspecten die samenhangen met de kwaliteit van de gezondheidszorg. Aan de ene kant ligt deze zorg voor de kwaliteit vooral bij de zorgaanbieder. Tegelijkertijd heeft de zorgaanbieder belang bij zo gunstig mogelijke tarieven om aantrekkelijk te zijn voor zorgverzekeraars. Kwaliteit en diversiteit van de gezondheidszorg zouden hierdoor in gevaar kunnen komen. Op welke manier is behoud of verbetering van kwaliteit gewaarborgd? In dit kader vragen de leden van de SGP-fractie of er niet meer aandacht gegeven zou kunnen worden aan de betrokkenheid van patiënten- en cliëntenorganisaties bij de kwaliteit van de zorg.

3. Stap naar gereguleerde marktwerking

De leden van de CDA-fractie stellen de meer omvattende visie in de memorie van toelichting op het zorgstelsel op prijs. Zij vinden het echter jammer dat er, zoals de Raad van State vraagt, geen eenduidig einddoel met stappenplan naar het einddoel is geformuleerd en vragen waarom gekozen is voor aanpassing van de WTG, een nieuwe Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg en aanpassing van een aangepast wetsvoorstel voor opvolging van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV), de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Juist omdat deze drie wetten in principe kaderwetten zijn, zou één wet die het geheel vorm geeft gepaster zijn. Daarbij zouden afstemmingsproblemen voorkomen zijn. Kan de regering uiteenzetten op welke wijze afstemmingsproblemen voorkomen worden, en hoe de invoering op elkaar is afgestemd, c.q. op elkaar afgestemd moet zijn? Moet de WTG ExPres in verband met de omvorming van het CTG tot zorgautoriteit opnieuw worden aangepast? Op welke wijze stimuleert de WTG ExPres dat er voldoende aanbod komt? Hoe moet de opmerking over contracteerplicht op basis van spreiding en behoefte conform de WZV gezien worden in het licht van de WTZi en de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg?

In de memorie van toelichting wordt gesteld dat de balanspositie van de organen in de gezondheidszorg beter moet worden. Kan de regering toelichten wat de financiële consequenties zijn voor de komende begroting?

Is de regering van mening, gebaseerd op genoemde rapporten, dat ook transparantie en benchmarking van de producten van zowel verzekeraars als zorgaanbieders een voorwaarde is voor marktwerking in de gezondheidszorg? De leden van de PvdA-fractie vragen op welke manier de regering benchmarking en transparantie wil genereren en financieren.

De leden zijn verheugd dat de regering besloten heeft tot een gedifferentieerde en gefaseerde invoering van meer marktwerking in de gezondheidszorg. Zij vragen de regering op basis van welke criteria wordt beoordeeld welk type zorgaanbod tot welke deelmarkt behoort. Wanneer

worden deze criteria in de wet vastgelegd? De leden van de PvdA-fractie vinden de keuze voor gebruik van het begrip «bedrijfstakingen» in de tekst van de memorie van toelichting, waar een type zorg of deel van het zorgaanbod wordt bedoeld, ongelukkig.

Deze leden staan welwillend tegenover het experimenteren met liberaliseren van sommige deelmarkten, maar gaan er wel vanuit dat de regering met een gefaseerde en gedifferentieerde invoering ook daadwerkelijk ruimte en tijd inlast om te leren van de experimenten. Welke situatie in de praktijk zou voor de regering reden zijn om doorvoering van verdergaande marktwerking te staken of zelfs aangevatte liberaliseringstrajecten stop te zetten? De leden van de PvdA-fractie zijn van mening dat doorvoering van meer marktwerking moet worden stopgezet, teruggedraaid of ontraden moet worden bij die bedrijfstakingen waar het niet ten goede komt aan de kwaliteit. Dus in het geval dat de kwaliteit van de zorgproductie niet verbetert, maar ook indien de kwaliteit van de zorgproductie stagneert en niet doelmatiger wordt. Zij denken dat een onafhankelijk orgaan, gefinancierd door alle stakeholders (zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid) en bestaande uit artsen, deze kwaliteitscriteria zou moeten vaststellen. Deelt de regering de mening van deze leden? Vindt de regering het al dan niet oplopen van de wachtlijsten niet ook een criterium om (bepaalde) liberaliseringstrajecten stop te zetten? Welke instrumenten heeft de minister in handen om een experiment stop te zetten en die deelmarkt (weer) te reguleren? Welke instrumenten heeft de minister voorhanden om ingezette marktwerking op een bepaald type zorgaanbod terug te draaien en die deelmarkt weer te reguleren? Welke beslisboom, oftewel welke volgorde, hanteert de minister bij het al dan niet vrijgeven van bepaalde typen zorg voor meer marktwerking of het toelaten van een bepaald zorgaanbod tot een zekere deelmarkt? Maakt de minister daarbij gebruik van zogenaamde marktwerkingstoetsen? Deelt de regering de mening van deze leden dat het zaak is dat een marktmeester actief meewerkt in het creëren van deelmarkten?

Daarnaast maken genoemde leden zich zorgen over prijsstijgingen ten gevolge van marktwerking op sommige deelmarkten. Wanneer (bij welke mate van prijsstijgingen) en op welke manier is de minister van plan te interveniëren in de prijsstijgingen? Kan de regering dit toelichten aan de hand van een voorbeeld met een diagnosebehandeling combinaties (dbc) uit het vrije segment in de cure-sector, en met een voorbeeld uit de AWBZ gefinancierde zorg?

Gesteld wordt dat in de AWBZ geen sprake is van risicodragende verzekeraars en dat mede daarom zachtere prikkels voor de hand liggen. De leden van de VVD-fractie vragen welke andere belangrijke factoren maken dat in deze sector zachtere prikkels voor de hand liggen. Op welke termijn acht de regering onderdelen van de AWBZ-sector klaar voor marktwerking? Wat betekent de informatie die de regering bereikt vanuit Duitsland concreet voor de financiering van kapitaallasten van Nederlandse instellingen? Betekent dit dat straks ook in Nederland kapitaallasten niet langer uit de premies worden betaald, maar financiering van de kapitaallasten wordt verschoven naar de provincies? Dit komt deze leden uiterst onlogisch voor, omdat dan een geheel nieuwe speler in het veld wordt geïntroduceerd. Hoe waarschijnlijk is het dat in Nederland straks investeringen worden gefinancierd via de kapitaalmarkt?

De leden van de SP-fractie constateren dat de WTG ExPres de eerste in een traject naar gereguleerde marktwerking is, en dat de introductie niet over de hele linie in de zorgsector mogelijk is. Wil de regering hiermee mededelen dat er volgens hem ook delen van de zorgsector zijn waar de invoering van marktwerking onmogelijk is? Om welke delen in de zorgsector gaat het dan? Zo wordt er in dit stuk al toegelicht dat de ene deelmarkt binnen de zorgsector de andere niet is en daarom bij het bepalen

van het transitieproces naar meer of minder marktwerking gestreefd gaat worden. Wat is de reden dat hier de mogelijkheid van het uitsluiten, van marktwerking, voor deelmarkten niet wordt genoemd? Mocht de regering vinden dat overal in de zorg marktwerking mogelijk is kan hij dan toelichten wat wordt bedoeld met dat de introductie niet over de hele linie in de zorgsector mogelijk is?

De naam van de wet geeft al aan dat er mogelijkheden voor experimenten worden gecreëerd. Dit hoeft niet altijd verkeerd te zijn, maar de vraag blijft bestaan wat als de uitkomst van het experiment niet is wat men voor ogen had. En wat als uit het experiment zelfs blijkt dat de invoering van de gecontroleerde marktwerking niet het effect heeft wat de regering beoogd? In hoeverre staat de regering open voor andere oplossingen, van het vastlopen van de aanbodsturing, dan de gecontroleerde marktwerking?

De leden van de SP-fractie zijn verheugd dat er gebruik wordt gemaakt van informatie uit andere landen. Zo wordt er al verwezen naar Duitsland en België. Is er ook informatie uit andere landen betrokken? Is het mogelijk om de informatie die de regering heeft bereikt ook de Kamer toe te laten komen?

Genoemde leden vinden dat de gezondheidszorg toegankelijk moet zijn voor iedereen, en dat dit ook geborgd moet zijn. Zij zijn van mening dat de markt hiervoor niet kan zorgen. Zij vinden het dan ook opmerkelijk dat er in de onderhavige tekst wordt toegelicht dat er alleen sprake kan zijn van geclausuleerde markt vanwege de noodzakelijke publieke borging van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Erkent de regering hiermee dat de invoering van de markt in de gezondheidszorg wel eens andere gevolgen kan hebben dan de bedoeling is? De leden van de SP-fractie vragen wat bedoeld wordt met de passage dat er gewaakt moet worden voor ongewenste gevolgen voor transparantie en mededinging? (Advies Raad van State en Nader Rapport, bladzijde 2 en 3)

Gedurende de discussie over de invoering van gereguleerde marktwerking wordt er gesproken over de invoering van een zogenaamde zorgautoriteit. Deze leden vragen waarom deze niet eerst wordt opgericht alvorens de invoering van de markt. Hoever staat het met de oprichting van deze zorgautoriteit? (Advies Raad van State en Nader Rapport, bladzijde 4).

De leden van de GroenLinks-fractie willen een heldere en uitgebreide toelichting op het vervolgtraject. Kan de regering aangeven wat de toetsingscriteria zullen zijn, welke fasering er wordt gehanteerd en welke nadere regelgeving volgen? Zo is voorts de vraag aan de orde wanneer een deelsector als «rijp» voor meer marktwerking wordt gekwalificeerd en wanneer niet? Kan de regering de Kamer een faseringsplan geven, met daarbij aangegeven op welke termijn bepaalde sectoren worden gedereguleerd en in welke mate?

Deze leden menen dat het voor de Kamer zeer moeilijk te beoordelen is wat het voorliggende wetsvoorstel voor de praktijk betekent en menen daarom dat concreet inzicht in het vervolgtraject essentieel is. De beschrijving onder de kop «visie op het proces naar gereguleerde marktwerking» is naar de mening van genoemde leden te globaal en geeft nog onvoldoende inzicht in het concrete vervolgtraject. Zij begrijpen dat de concrete invulling per beleidsterrein in afzonderlijke beleidsdossiers aan de orde komt. Echter een totaaloverzicht van de verschillende beleidsdossiers mag niet ontbreken in deze kaderwetgeving.

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben naar aanleiding de toelichting op het continuüm tussen wel of geen marktwerking de vraag of de regering al meer in concreto kan ingaan op welke zorgvormen of sectoren (deelmarkten) in aanmerking komen voor de meest vergaande vorm van marktwerking, namelijk concurrentie op de markt. Zij stellen dezelfde

vraag ten aanzien van de minder vergaande vormen van marktwerking, namelijk concurrentie om de markt respectievelijk de maatstafconcurrentie.

Terecht besteedt de regering in de memorie van toelichting aandacht aan de route die gevolgd dient te worden om te komen tot een goede overgang van aanbodsturing naar gereguleerde marktwerking. De leden van de SGP-fractie zijn van mening dat goede criteria nodig zijn om te beoordelen of er in een bepaalde deelmarkt sprake kan zijn van marktwerking. Zij hebben de indruk dat op basis van de op bladzijde 7 genoemde voorwaarden nog weinig duidelijkheid te geven is. Genoemde leden vragen inzicht in de wijze waarop de toetsing concreet plaats zal vinden.

Een belangrijk aandachtspunt voor de leden van de SGP-fractie is dat risicoselectie zoveel mogelijk wordt uitgesloten. Zij betreuren het dat dit thema in de toelichting niet echt aan de orde komt. Het centraal stellen van de behoeften van de cliënten en patiënten in samenhang met marktwerking vraagt immers om een visie over de wijze waarop omgegaan zal moeten worden met overwegend de qua tarief onaantrekkelijke benodigde zorg. Deze veelal complexe zorg dient op een goede manier te zijn gewaarborgd. Graag zouden deze leden zien dat de regering uitgebreid aandacht geeft aan deze vraag. Onder meer wordt in dit verband gedacht aan de beschikbaarheid van intensieve palliatieve zorg, alsmede dure en weinig voorkomende operaties. Gesteld dat er zorgaanbieders zijn die dergelijke zorg aan willen bieden, dan moeten er wel zorgverzekeraars bereid zijn om die zorg ook daadwerkelijk te vergoeden. Op welke manier is in de bestaande en in dit wetsvoorstel voorgestelde regels gewaarborgd dat daadwerkelijk een contract tot stand zal komen? Tevens vragen de leden van de SGP-fractie aandacht voor de risico's van de toenemende schaalvergroting bij de zorgverzekeraars.

Een geleidelijke overgang naar gereguleerde marktwerking vraagt volgens de toelichting om een aanpassingstijd voor zorgaanbieders die lange tijd gewend zijn geweest aan risicoarm ondernemen. De leden vragen de regering een uitwerking op welke manier en gedurende welke periode de aanpassingstijd vorm zal krijgen. Voorts is een belangrijke vraag, aan de kant van de aanbieders, op welke wijze rekening gehouden zal worden met de langdurige kapitaallasten die zij hebben. Aan zorgaanbieders met een qua kosten onaantrekkelijk gebouw zal op de een of andere manier moeten worden gewaarborgd dat zij toch een contract met een verzekeraar tot stand zullen/kunnen brengen. Graag zien deze leden aandacht voor dit onderwerp.

4. Karakter en werking van de WTG

De leden van de CDA-fractie vragen de regering of zorgorganen failliet kunnen gaan of dat het CTG over moet gaan tot steunverlening zoals toegelicht in de memorie van toelichting.

De leden van de PvdA-fractie vragen om een overzicht van die onderdelen van de voorliggende wetswijziging, die bij of krachtens algemene maatregelen van bestuur zullen worden geregeld. Kan worden toegelicht welke afweging wordt gemaakt bij de keuze om zaken dan wel bij algemene maatregelen van bestuur te regelen, dan wel in de wet op te nemen?

De leden van de VVD-fractie constateren dat de WTG vier doelstellingen heeft: evenwichtige tarieven, uniforme procedures voor een transparante totstandkoming van tarieven, een doelmatige organisatie van de zorg en kostenbeheersing. Kan de regering toelichten hoe deze vier doelstellingen passen in de doelstellingen welke ten grondslag liggen aan het nieuwe zorgstelsel? Hoe verhouden centraal vastgestelde tarieven en kostenbeheersing zich bijvoorbeeld tot de wens om te komen tot een vraaggericht en toekomstbestendig stelsel? Past de WTG wel in dit einddoel of

is de huidige WTG nog slechts van tijdelijke aard die de transitie naar een nieuw stelsel moet begeleiden?

In de notitie «Speelruimte en verantwoordelijkheid» (Kamerstuk 27 156, nrs. 1 en 2) wordt gesteld dat een aantal doelstellingen van de WTG zijn achterhaald. Waarom blijven de vier doelstellingen nu opeens ongewijzigd? Mag hieruit worden afgeleid dat bij nader inzien toch niet alle doelstellingen zijn bereikt? Om welke doelstellingen gaat het? Hoe verhoudt zich het een tot het ander?

Hoe wordt met onderhavig wetsvoorstel voorkomen dat meer flexibiliteit niet ontaard in meer bureaucratie? Betekent de meer flexibele WTG dat de regering zich de mogelijkheid voorbehoudt om bij schaarste de WTG weer in werking te laten treden? Wat is in dat kader de betekenis van flexibilisering? Wie bepaalt straks of sprake is van schaarste? Kan concreet worden aangegeven in hoeverre en op welke momenten de overheid en het CTG meer ruimte laten aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders ten opzichte van de huidige centralistische WTG? Op welke wijze draagt dit wetsvoorstel bij aan het streven van de overheid om te komen tot een reductie van de regellast met 25 procent? Welke regels verdwijnen en wat komt hiervoor in de plaats?

Waarom kan op dit moment geen betrouwbare kwantitatieve inschatting worden gemaakt over het effect op de administratieve belasting van het bedrijfsleven? Op welk moment kan dit wel? Wat als blijkt dat de lastendruk enorm toeneemt? Hoe wordt dit gemonitord?

Het CTG gaat straks op in de nieuw op te richten zorgautoriteit. Wat zal straks de verantwoordelijkheidsverdeling zijn tussen deze zorgautoriteit en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa)? Kan de regering expliciet ingaan op de verschillende taken en bevoegdheden van beide instanties, en de consequenties die daaruit voortvloeien voor elkaars functioneren en de zorgsector in haar geheel?

De leden van de GroenLinks-fractie vragen duidelijkheid of in hoofdzaak het ministerie verantwoordelijk is voor het totale traject naar meer marktwerking en vraagstuk of dat de toekomstige zorgautoriteit dit lijkt te worden. Wie bepaalt de snelheid waarmee deelmarkten aan meer marktwerking worden onderworpen? In hoeverre is de Kamer hierbij betrokken? Deze leden constateren dat de Kamer wel betrokken wordt bij een aanwijzing van de minister. Echter, worden de beleidsregels die door het College worden vastgesteld en door de minister worden goedgekeurd ook aan de Kamer voorgelegd?

Deelt de regering de mening dat de keuze voor de snelheid van het traject voornamelijk moet worden vastgesteld door het ministerie aangezien het hier om een heel politiek onderwerp gaat? Is de regering van mening dat het noodzakelijk is om de Kamer helderheid te verschaffen over dit traject en de criteria die gehanteerd zullen worden bij de fasering? Kan worden toegelicht op basis van welke criteria het CTG besluit dat tarieven te hoog zijn en eventueel overgaat tot het ultimatum remedium van het terughalen van de vrije tarieven binnen de werking van het CTG-regime?

5. Experimenten

De leden van de CDA-fractie constateren dat de WTG ExPres volgens het voorstel ingaat op 1 juli 2004. Is dit een reële tijdsplanning? Hoe verhoudt zich dit tijdstip van invoering tot de opmerking dat de invoering van beleidsregels tijdens een lopend boekjaar in beginsel niet gewenst zijn?

De leden van de PvdA-fractie vragen welke experimenten de regering voor ogen heeft als het gaat om experimenteren met marktwerking bij bepaalde typen zorg. Wat wordt verstaan onder kleinschalig, wanneer wordt gesproken over deze experimenten? Hoe kijkt de regering aan tegen

economische machtsposities (marktaandeelen) in deze typen zorg? Hoe wordt de omvang van een bepaalde markt of regio bepaald? Genoemde leden hechten er sterk aan dat de ruimte die gecreëerd wordt voor experimenten nooit gebruikt mag worden voor het (on)eigenlijke doorvoeren van meer marktwerking binnen een bepaalde deelmarkt, zonder dat de stakeholders daarover overeenstemming hebben bereikt. De leden vragen de regering hier op in te gaan, ook in samenhang met de mogelijkheid van verplichte deelname aan experimenten. Is de regering bereid de Kamer op de hoogte te stellen van elk voorgenomen experiment en wat de resultaten daarvan zijn?

De leden van de VVD-fractie vragen waarom met het oog op de genoemde experimenten niet eerder is geprobeerd om een experimenteer-mogelijkheid op te nemen in de WTG. Waarom is met betrekking tot de tijdelijkheid van de experimenten gekozen voor een termijn van vijf jaren?

De leden van de GroenLinks-fractie menen dat het goed is dat in het onderhavige wetsvoorstel wordt geregeld dat kleinschalige experimenten mogelijk zijn. Kan de regering bij dit onderdeel duidelijk maken in hoeverre Kamer en ministerie betrokken zijn bij de invoering, de vaststelling van de doelen en het beoordelen van de resultaten van het experiment, en in hoeverre dit slechts wordt vastgesteld en beoordeeld door het CTG?

Ten aanzien van de kleinschalige experimenten waarvoor dit wetsvoorstel in de WTG ruimte wil bieden, hebben de leden van de ChristenUnie-fractie de vraag aan welke criteria het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) toetst of het wenselijk is de mogelijkheid van een experiment op te nemen in een beleidsregel. Dezelfde vraag laat zich stellen ten aanzien van de bevoegdheid om aan zorgaanbieders een experiment toe te staan. Volgens welke criteria dient het CTG te beslissen – al of niet op een verzoek – om een experiment te starten?

Voorts vragen de leden van de ChristenUnie-fractie hoe de regering in de praktijk met beëindigde, succesvolle experimenten zal omgaan. Betekent het slagen van een experiment automatisch dat dit zal worden voortgezet, en zelfs zal worden verbreed naar andere deelmarkten? Wordt de Kamer in voorkomende gevallen vooraf geïnformeerd?

De leden van de SGP-fractie zijn blij met de mogelijkheden die het wetsvoorstel biedt om experimenten toe te staan met betrekking tot de in de WTG vastgestelde regels. Op deze manier zullen er goede mogelijkheden zijn om te komen tot innovatie. Tegelijkertijd zijn deze leden van mening dat er op dit terrein wel goede waarborgen moeten zijn. Er dient duidelijkheid te zijn over de vraag hoe ver experimenten kunnen gaan en over de voorwaarden waaronder deze zullen/kunnen plaatsvinden. Een belangrijke vraag is of het College op het terrein van de experimenten de volledige vrijheid krijgt. Op welke manier zal door de regering kunnen worden getoetst of de publieke belangen op een voldoende wijze zijn gewaarborgd?

De gedachte in de toelichting lijkt te zijn dat er vooral zal worden geëxperimenteerd op kleine schaal. Tegelijkertijd lijken de bewoordingen van artikel 15 ruimte te bieden voor ongelimiteerde experimenten. Is deze indruk juist? Zo ja, welke mogelijkheden zijn er om alsnog tijdig in te grijpen als een bepaald experiment dreigt te mislukken? Of betekent een eenmaal gegeven toestemming het recht voor zorgaanbieder en zorgverzekeraar om het experiment tot het einde van de looptijd door te zetten, los van de eventuele gevolgen?

De regering onderschrijft in de memorie van toelichting de mening van de Raad van State dat voorafgaand aan een experiment doel, toetsings-

criteria en vervolgacties duidelijk moeten zijn. Dit is van belang omdat experimenten het mogelijk maken om van de wet af te wijken. De leden van de SGP-fractie vragen of het daarom geen aanbeveling verdient om in de wet op te nemen dat tenminste die aspecten vastgelegd moeten zijn in een overeenkomst. Graag zien zij ook een inhoudelijke invulling van deze begrippen, zodat helder is aan wat voor soort criteria de regering denkt. Met betrekking tot eventuele verplichte deelname aan een experiment vragen deze leden of de mogelijkheid tot verplichting niet expliciet in de wet moet worden vastgelegd, inclusief de compensatie van eventuele nadelen.

6. Beheerste en soepele invoering prestatiebekostiging

De leden van de CDA-fractie vragen of het verbieden van tarieven voor prestaties waarvoor nog geen beschrijving is vastgesteld, leidt tot vertraging van invoering van nieuwe behandelmethoden. Op welke wijze wordt voorzien dat de tarifiering niet meer leidt tot verstarring van behandelingen en voldoende ruimte laat voor innovatie? Acht de regering herziening van de dbc-tarieven elke 6 maanden zoals aangegeven bij de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg voldoende mogelijk indien de WTG ExPres wordt ingevoerd?

De kosten voor opleiding en kapitaalslasten wil de regering versleutelen via toeslag op de prestatiekosten. Kan de regering dit aan de hand van voorbeelden uiteenzetten? Kan worden toegelicht wat de verschillende toeslagen betekenen voor de concurrentiepositie? Hoe verhoudt zich de toeslag voor topreferentie tot de voormalige fusiebonus, en op welke manier wordt rekening gehouden met de spreiding van voorzieningen zoals spoedeisende hulp (SEH), coronary care unit (CCU) etc.?

In de memorie van toelichting wordt ingegaan op dbc's bij de GGZ. Kan de regering mededelen of volgens hem de dbc's alleen gelden voor de curatieve GGZ, hoe de overige GGZ gefinancierd gaat worden en welke GGZ-zorg dit betreft?

In de memorie van toelichting wordt toegelicht dat het uurtarief van de specialisten een soms niet te nemen hindernis in de onderhandelingen zijn. Hoe denkt de regering dat in de toekomst deze hindernis wel genomen kan worden en indien niet, wat betekent dit volgens haar voor dit wetsvoorstel?

Over prestatiebekostiging is aan de hand van invoering van dbc's al veel gezegd en gevraagd. De leden van de PvdA-fractie zijn het eens met het streven om te komen tot bekostiging naar prestatie, mits ook dit gefaseerd en gedifferentieerd wordt doorgevoerd. Zij maken zich echter zorgen over mogelijke prijs- en/of kostenstijgingen. Zij vinden dat deze stijgingen niet op de ziekenfondspremies verhaald mag worden, maar volgens het boterbij-de-vis principe zullen moeten worden gefinancierd. Deze opmerkingen gelden overigens ook wanneer het gaat om de tien procent (= 500 miljoen tot 1 miljard) van de ziekenhuisproductie die nu het vrije segment vormt. Deelt de regering deze mening?

De leden van de PvdA-fractie zijn van mening dat een doelmatige aanbieder kan worden geïdentificeerd op basis van een uniform model voor berekening van kostprijzen. Tot op welk detailniveau wil de regering dat het CTG/Zorgautoriteit dit uniforme model voorschrijft? Welke lessen zijn getrokken rondom de disputen tussen KPN en Opta over veronderstellingen bij kostprijsberekeningen, evenzo voor de NMa? Hoe denkt de regering dergelijke disputen te vermijden? In hoeverre doet een uniform kostprijsmodel recht aan de pluriformiteit van de diverse zorgaanbieders?

Uit de evaluatie van het experiment «Ruimte met resultaat» is gebleken dat de implementatie van dbc's een aanzienlijke inspanning was voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Welke aanwijzingen heeft de regering

dat momenteel alle ziekenhuizen in Nederland de noodzakelijke voorbereidingen ook daadwerkelijk hebben getroffen? En dat alle zorgverzekeraars, juist ook de kleinere, deze voorbereidingen hebben getroffen? De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering heeft vastgelegd dat de zorgverzekeraars de kosten van deze (administratieve en personele) investeringen vanwege de introductie van dbc's niet mogen doorberekenen in de premies.

Genoemde leden vragen of de regering kwaliteitseisen heeft verbonden aan de landelijk vastgelegde (dbc)prestaties? Wordt de inhoud van deze dbc's ook kenbaar gemaakt aan de patiënten c.q. de bevolking? Op welke manier gebeurt dat? (ad punt 1, bladzijde 18),

Een deel van de prestatie kan vast- niet onderhandelbaar – in rekening worden gebracht, bijvoorbeeld het opleidingstarief. Indien een zorgverzekeraar dergelijke vaste kosten als een opleidingstarief toch wil vermijden, dient die verzekeraar dan ook prestatieafspraken met de instelling te vermijden of kunnen opleidingskosten toch op enige wijze onderdeel van de onderhandelingen uitmaken? Op welke wijze kan een zorgverzekeraar anderszins invloed uitoefenen op de doelmatigheid van opleidingen? (ad punt 2, bladzijde 18)

Kan de regering precies aangeven op welke wijze onderliggend wetsvoorstel de functiegerichte bekostiging in de AWBZ faciliteert, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

Welke beleidsmatige consequenties verbindt de regering aan de oorzaken van het feit dat slechts veertien dbc-contracten zijn gesloten? Dit met het oog op verdere experimenten dan wel gedeeltelijke of algehele invoering van dbc-systematiek? Wat gaat de regering in de toekomst doen om partijen te enthousiasmeren om mee te doen aan dbc-onderhandelingen? Op welke wijze maakt de WTG ExPres toetreding tot de zorgmarkt voor nieuwe aanbieders makkelijker en aantrekkelijker ten opzichte van de oude WTG?

Welke criteria hanteert de regering als het gaat om «het uit de hand lopen van de vrije prijzen»? Welke voorschriften kunnen dan worden gesteld? Hoe verhoudt zich dit tot de opmerking op bladzijde 24 dat het primaat van tariefafspraken bij partijen ligt?

In de discussie over wel of geen marktwerking wordt door de voorstanders altijd aangegeven dat het huidige systeem, zo ook de bestaande bekostigingsregels, niet optimaal stimuleert tot doelmatig en kostenbewust handelen door zorgaanbieders. Ook nu wordt medegedeeld dat de microdoelmatigheid relatief laag scoort. De leden van de SP-fractie vragen ten opzichte van wat men laag scoort. Wat is hier met elkaar vergeleken? Hoe zit het op macroniveau? En welke kennis maakt dat de regering ervan is overtuigd dat de introductie van marktwerking wel leidt tot doelmatigheid?

Verwarrend vinden de SP leden de toelichting «dat door middel van nacalculatie de zorgaanbieder in ieder geval tenminste het budget krijgt, als inkomsten uit de zelfonderhandelende tarieven achterblijven». Over welk budget en door wie vastgesteld wordt hier gesproken? En is het niet zo dat door dit te stellen de essentie, namelijk een scherpe prijs maar minimaal dekkend, van de marktwerking wordt weggenomen?

De invoering van de dbc's staat gepland halverwege 2004. Onlangs werd bij het nota overleg Jeugdzorg aangegeven dat de invoering van de Wet op Jeugdzorg met een jaar uitgesteld zou worden omdat invoeren halverwege een boekjaar onwenselijke gevolgen zou hebben. Wat maakt het dat de invoering van de dbc-systematiek halverwege een jaar die onwenselijke gevolgen niet zou hebben? En wat als de WTG ExPres niet voor die tijd behandeld is in de Tweede Kamer, welke gevolgen zou dit hebben

De leden van de GroenLinks-fractie willen van de regering weten wat de onderscheiden rollen zijn van overheid, de NMa en de op te richten zorgautoriteit bij het voorbereiden en corrigeren van onbedoelde effecten, zoals prijsstijgingen. Kan de regering nogmaals kort toelichten wat zij in hoofdzaak heeft geleerd van het experiment «Ruimte voor resultaat» en wat dat voor gevolg heeft gehad in beleidsvoornemens in zowel de voorliggende wet als in het vervolgtraject?

De leden van de ChristenUnie-fractie informeren hoe de prestatiebeschrijving tot stand komt. Als het om een landelijke vaste omschrijving gaat die bindend is voor alle partijen, hoe verhoudt zich dat dan tot de tekst van het wetsvoorstel (artikel 10a, lid 1) waarin staat dat één zorgaanbieder of verzekeraar het CTG kan verzoeken om een prestatiebeschrijving vast te stellen? Komt deze prestatiebeschrijving niet tot stand dan na overleg met alle betrokken partijen in het land?

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben vragen bij de budgetgarantie. Is het creëren van een mogelijkheid tot nacalculatie niet tegenstrijdig met het vrijgeven van de onderhandelbare tarieven? Kan de regering voorbeelden geven waarin een budgetgarantie nodig en wenselijk wordt geacht? Deze leden informeren bovendien naar de genoemde «andere modellen» waarnaar door de regering wordt verwezen.

Het wetsvoorstel beoogt eveneens prestatiebekostiging mogelijk te maken. Prestatiebekostiging en min of meer vrije prijsvorming veronderstellen een verbod op gemeenschappelijk overleg en gezamenlijke overeenstemming tussen meerdere zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De leden van de vragen de regering of deze veronderstelling juist is. In dit verband vragen zij aandacht voor de positie van bijvoorbeeld huisartsen en andere kleine «organen van de gezondheidszorg». Zij zijn vaak veel tijd kwijt aan het bereiken van overeenstemming over contracten en tarieven. Welke mogelijkheden hebben zij – in het kader van het terugdringen van de administratieve lasten – om gezamenlijk in overleg te treden met een zorgverzekeraar? Er is anders immers al snel geen sprake meer van een gelijkwaardige onderhandelingspositie.

Op bladzijde 17 beschrijft de memorie van toelichting de resultaten van «Ruimte voor resultaat». De leden van de SGP-fractie vragen of uit de evaluatie van dat project niet de conclusie getrokken moet worden dat bij de bewilliging in deelname vooral de wens om een hoger budget te krijgen op de voorgrond stond. Is hier meer inzicht in te geven? Dit zou immers bij een verder vrijgeven van de markt de verwachting oproepen dat ook dan het hogere budget voorop staat, zodat per saldo de gezondheidszorg bij gelijkblijvende kwaliteit alleen maar duurder wordt.

Uit dat experiment is ook duidelijk geworden dat de door medische specialisten gevraagde hoge uurtarieven een niet te nemen hindernis bleken in de onderhandelingen. Hoe denkt de regering in de toekomst om te gaan met claims op extreem hoge tarieven? Hoe kan er resultaat worden bereikt indien een dergelijke hindernis niet te nemen is? Kan het College of de regering in dat geval verplichten tot een bepaalde overeenkomst?

Het begrip «prestatie» roept nog de nodige vragen op bij de leden van de SGP-fractie. De prestatiebeschrijvingen worden vastgesteld door het College. In hoeverre is het mogelijk om te komen tot objectieve begripsomschrijvingen? Is het risico niet aanwezig dat er een verschillende interpretatie zal komen van dezelfde begrippen? Graag zouden deze leden voor de plenaire behandeling van het wetsvoorstel een voorbeeld ontvangen van een dergelijke prestatiebeschrijving, zodat duidelijk is hoe een dergelijke beleidsregel zal worden ingevuld. In het kader van de prestatie-

bekostiging is vooral ook het kwaliteitsaspect van belang. Het is deze leden nog onduidelijk op welke manier gewaarborgd is dat zorgaanbieders ook op kwaliteit kunnen blijven concurreren. Zijn zorgaanbieders op dit punt niet erg afhankelijk van de wil van de zorgverzekeraar? Onder punt 5 meldt de memorie van toelichting «Lopen de vrije prijzen voor bepaalde prestaties uit de hand dan kunnen de tarieven voor die prestaties door middel van een beleidsregelwijziging eenvoudig aan voorwaarden, voorschriften of beperkingen worden gebonden». In dit kader zou er volgens genoemde leden meer duidelijkheid moeten komen aan de hand van welke criteria deze beoordeling plaatsvindt. Eén van de voorgestelde maatregelen is de onderlinge gegevensverstrekking. Betekent deze maatregel ook dat een verzekeraar onbeperkt informatie kan inwinnen over de verzekerden bij de zorgaanbieder? Hoe ver gaat deze bevoegdheid? In dit verband vragen deze leden ook aandacht voor het medische beroepsgeheim van artsen.

7. Minder regels/Terugdringing administratieve lasten

De leden van de CDA-fractie hebben moeite met het voorschrijven van gedetailleerde interne administratie aan gezondheidszorgorganen. Vooral omdat daarbij de detaillering ingaat op de toerekening naar patiënten. Wie mag volgens de regering deze bedrijfsinformatie opvragen en hoe mag deze worden gebruikt bij prijsonderhandelingen met individuele zorgorganen? Mogen hieruit ook door degenen die de informatie hebben opgevraagd conclusies worden getrokken die van invloed zijn op het budget van het orgaan? Wat van deze informatie is in het kader van de Wet openbaarheid van bestuur op te vragen door derden?

De leden van de PvdA-fractie sluiten zich aan bij de beleidsmaatregelen van de regering ten aanzien van de verantwoording van zorgaanbieders. Zij onderstrepen het belang van transparantie. Zorgaanbieders dienen duidelijker verantwoording af te leggen over de besteding van de beschikbare middelen.

De leden van de VVD-fractie constateren dat de nacalculatie wordt geïntegreerd in de jaarrekening. Wat zijn de consequenties van deze integratie voor zorgverzekeraars? Krijgen zij op deze wijze geen invloed meer op de vaststelling van de nacalculatie? Zo ja, wat is hiervan de reden? Er komt een wettelijke regeling met betrekking tot het declaratieverkeer. Dit maakt het de overheid mogelijk om zorgverzekeraars een clearinghouseconstructie op te leggen. Graag vernemen de leden van de VVD-fractie wat de gevolgen van deze constructie zijn voor de verantwoordelijkheden van partijen? Wat betekent deze constructie voor de verantwoordelijkheden van verzekeraars en zorgaanbieders? Hoe verhoudt zich een dergelijke constructie met het recht van verzekeraars (op basis van polisvoorwaarden of ZFW/AWBZ) om declaraties te ontvangen, in te zien, of te betalen? Welke alternatieven heeft de regering in deze overwogen en op grond van precies welke argumenten (voor- en nadelen) heeft de regering voor een clearinghouseconstructie gekozen? Is met de zorgverzekeraars en zorgaanbieders overleg gevoerd over de nu voorgestelde clearinghouseconstructie? Zo ja, wat waren de uitkomsten van dit overleg? Waarom besteden zorgaanbieders nu al niet hun declaratieverkeer uit aan derden? Wat betekent dit voorstel voor de beoogde regierol van verzekeraars? Kunnen zij deze rol wel voldoende waarmaken op het moment dat zij declaraties niet langer ontvangen, in kunnen zien of betaalbaar kunnen stellen?

De leden van de SP-fractie zijn zeer tevreden dat er aandacht is voor de terugdringing van de bureaucratie. De vraag die na het lezen van de betreffende hoofdstukken en paragrafen naar boven komt is in hoeverre

rekening wordt gehouden met het feit dat andere partijen, dan de overheid, administratieve lasten gaan opleggen aan de zorgaanbieders? Op welke wijze wordt voorkomen dat dit gebeurt?

Teleurstellend vinden de leden van SP-fractie dat na alle positieve berichten er niet al te hoge verwachtingen mogen zijn ten aanzien van de terugdringing van de bureaucratie. Zij willen dan ook graag weten wat in de ogen van de regering te hoge verwachtingen zouden zijn. (Advies Raad van State en Nader Rapport, bladzijde 5)

Wanneer dit wetsvoorstel kracht van wet krijgt, zullen tarieven voortaan in een beleidsregel in plaats van in een algemene maatregel van bestuur worden vastgelegd. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of dit voor alle geldende tarieven of alleen voor nieuw omschreven prestaties zal worden doorgevoerd. Kunnen nu al voorbeelden worden genoemd van tarieven waarbij de relatie tussen werkelijke kosten en het vastgestelde tarief zoek is en welke met behulp van een beleidsregel op korte termijn zullen worden gecorrigeerd?

8. Fraudebestrijding

Deelt de regering de mening van de leden van de PvdA-fractie dat ook de validatiemodule ter bestrijding van fraude met declaraties van dbc's behoort tot het instrumentarium voor fraudebestrijding? Deelt de regering de mening dat ook de kaderregeling Administratieve Organisatie/ Interne Controle tot deze maatregelen behoort?

De WTG ExPres stelt nieuwe voorschriften ten aanzien van de administratie van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Van hen wordt verlangd dat zij voortaan meer gegevens vastleggen. Dit geldt ook voor particuliere verzekeraars. De leden van de VVD-fractie vragen welke gevolgen deze nieuwe administratievoorschriften hebben voor de inspanningen en kosten van verzekeraars en zorgaanbieders? Betekenen zij niet onmiskenbaar een substantiële toename van de administratieve lasten? Zijn er geen andere, minder administratief belastende, maatregelen die fraude door zorgaanbieders kunnen tegengaan? Vindt de regering dat de aangekondigde maatregelen ter bestrijding van fraude niet eenzijdig gericht zijn op verzekerden? Kan de regering een schematisch overzicht geven van de maatregelen welke gericht zijn op de aanbieders? Deelt de regering de mening van de leden van de VVD-fractie dat zorgverzekeraars inzicht moeten krijgen in de behandeling zoals gegeven door de zorgverlener om zo te kunnen bepalen waarvoor wordt betaald?

Het strafbaar stellen van verzekeraars die onjuiste declaraties vergoeden, maakt het verzekeraars onmogelijk om verzekerden die te hoge nota's hebben voorgesloten, schadeloos te stellen. Deelt de regering de mening van de zorgverzekeraars dat hierdoor het slachtoffer van een strafbaar feit wordt gestraft in plaats van de dader? Ziet de regering geen mogelijkheden om ook echt de dader te straffen in plaats van het slachtoffer? Is het waar dat dit voorgenomen beleid de door de toezichthouder aanvaarde controlepraktijk doorkruist? Zo neen, waarom niet?

De leden van de GroenLinks-fractie constateren dat de zorgverzekeraars zorgen hebben over de strafbaarheidstelling. Deze leden menen dat het goed is als het wetsvoorstel zorgverzekeraars stimuleert bij het voeren van een goede interne controle. Tegelijkertijd schetsen zij het beeld dat het wetsvoorstel ertoe zou leiden dat zorgverzekeraars die soms bewust een rekening betalen, om de verzekerde niet de dupe te laten worden van de onenigheid die er kan bestaan tussen dokter en verzekeraar, maar deze verkeerd gedeclareerde bedragen later terugvordert van de zorgaanbieders ook strafbaar worden gesteld. Kan de regering aangeven of het inderdaad de bedoeling is dat deze handelwijze ook strafbaar wordt?

Verbindt de regering aan de verplichting tot het bijhouden van een administratie met berekende tarieven en geleverde prestaties (artikel 2a, lid 1 en 2), ook de doelstelling dat zorgaanbieders met vergelijkbare software zullen gaan werken, die probleemloze data-uitwisseling mogelijk maakt, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

Deze leden vragen wat moet worden verstaan onder een centrale afhandeling van declaraties. Moet gedacht worden aan een gezamenlijke instelling van zorgaanbieders? Wat waren destijds de redenen voor de beperking van de toezichtsmogelijkheden voor ambulancevervoer en geneesmiddelen?

Het wetsvoorstel legt begrijpelijkerwijs de verantwoordelijkheid voor fraudebestrijding met name bij zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De leden van de SGP-fractie zijn van mening dat ook de frauderende burger moet kunnen worden aangepakt. Op welke manier zijn hiervoor waarborgen gegeven in de wetgeving?

Het wetsvoorstel geeft het College ook de opdracht een Meldpunt Onregelmatige Declaraties in te richten. Zijn er nog bepaalde voorwaarden waaraan het College moet voldoen om klachten in behandeling te nemen? Volgens het wetsvoorstel mogen de gegevens worden gebruikt voor een aantal doeleinden. Is er voordat gegevens gebruikt mogen worden nog een controle noodzakelijk? Op welke manier is gewaarborgd dat gemelde gegevens niet worden gebruikt om onnodig of ongefundeerd zwart te maken?

9. Betekenis van de WTG Expres voor de hoofdactoren

De regering stelt in de memorie van toelichting dat desgevraagd de zorgaanbieder aan de patiënt moet laten weten of een overeenkomst is gesloten met een ziektekostenverzekeraar. De leden van de PvdA-fractie hebben zich hierover verbaasd. Begrijpen zij goed dat het initiatief nu van de patiënt moet uitgaan? Waarom is niet gekozen voor de oplossing waarbij een patiënt er vanuit kan gaan dat sprake is van een overeenkomst tenzij hij of zij daar vooraf op gewezen wordt dat dit niet het geval is? Kan dit niet deel uit maken van de verplichtingen een patiënt tijdig te informeren? Wat houden die overige informatie verplichtingen in? Het CTG/Zorgautoriteit beschikt over een veelheid aan informatie over (kwaliteit van) zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Wat is het CTG/Zorgautoriteit van plan te ondernemen om deze informatie aan consumenten/patiënten kenbaar te maken? De leden van de PvdA-fractie zijn van mening dat het CTG/Zorgautoriteit veel meer informatie kan verstrekken en publiekelijk kan aanreiken dan slechts de tarieven van gereguleerde markten. Daarbij wordt gedacht aan informatie betreffende de kwaliteit van aanbieders, de prijs-kwaliteitverhouding van aanvullende ziektekostenpolissen en dergelijke.

Welke instanties worden, na de stelselherziening, toezichthouders in de gezondheidszorg? Welke instantie wordt marktmeester in de gezondheidszorg? Wat is de relatie van het CTG/Zorgautoriteit met de verschillende (advies)colleges in de gezondheidszorg, bijvoorbeeld het CTZ? En met de inspectie? Wat is de taakafbakening tussen de verschillende toezichthouders? De leden van de PvdA-fractie willen graag een duidelijker taakomschrijving van het CTG/Zorgautoriteit. Deze leden vragen om een overzicht van het instrumentarium van het CTG/Zorgautoriteit. Zijn bestuurlijke boetes ook een instrument van het CTG/Zorgautoriteit? Op welke manier is het CTG/Zorgautoriteit van plan met dit instrument om te gaan? De Kamer controleert de uitvoering van de WTG door middel van het werkplan en jaarverslag van het College. De leden van de PvdA-fractie vragen welke eisen zijn gesteld aan het werkplan en jaarverslag? Op welke

termijn wordt de Kamer geïnformeerd over het werkplan zodat er nog sprake kan zijn van tijdig overleg c.q. bijstelling?

Wat is de regering van plan te ondernemen – vooral in de grensregio's – wanneer er een ongelijk speelveld ontstaat doordat zorgverzekeraars buiten Nederland, en dus buiten de reikwijdte van de WTG vallen? Gelden kwaliteitseisen, zoals die worden opgelegd aan prestaties in Nederland, ook voor zorg die over de grens wordt ingekocht?

De betekenis van het wetsvoorstel voor de rol van de minister krijgt relatief weinig aandacht in de toelichting. De leden van de SGP-fractie zijn van mening dat het toch erg belangrijk is dat de taak van de minister duidelijk is geformuleerd, met name als het gaat over zijn bevoegdheid met betrekking tot de individuele zorgaanbieder. Graag zouden deze leden een nadere uitwerking zien van de mogelijkheden om in te grijpen. Ook is de verhouding tussen en de afbakening van de begrippen «globale aanwijzingen», «huishoudelijke aanwijzingen» en het «schorsings- en vernietigingsrecht» onduidelijk. Deze leden vragen om een toelichting hierop.

10. Ontwikkeling regelgeving

De regering stelt dat sterkere vormen van marktwerking mogelijk is als er geen sprake is van schaarste. De leden van de PvdA-fractie vragen wanneer de regering vindt dat er voor bepaalde typen van zorg geen schaarste meer is.

Het is volgens de SP-fractie altijd goed om het verleden te betrekken in het heden omdat daarvan geleerd kan worden. Zo blijkt dat er oorspronkelijk geen overheidsbemoeienis was bij de prijsvorming van tarieven. Doordat er geen evenwichtige markt was, stegen de prijzen en is de overheid zich ermee gaan bemoeien. Genoemde leden vragen de regering in hoeverre hij de markt op dit moment evenwichtig acht, gezien de wachtlijsten. Is dit wel mogelijk in een sector waar mensen wel gebruik moeten maken van zorg zodra gezondheidsklachten opspelen of juist ter voorkoming ervan? Deze leden zijn namelijk van mening dat er nogal een verschil zit in het kiezen voor een «verkeerd potje pindakaas» als voor een «verkeerde zorgaanbieder» wanneer men de keuze maakt op basis van financiën. Wat is de mening van de regering hierover?

Het motto van paragraaf 10 is «Kennissen van de historie geeft meer kans op resultaat bij verandering dan het negeren daarvan». Deze paragraaf geeft naar de mening van de leden van de SGP-fractie goed inzicht in de ontwikkeling van de wetgeving op het terrein van tarieven. In de beschrijving is regelmatig aandacht voor de relatie tussen de afwezigheid van een evenwichtige markt, optredende schaarste en stijgende prijzen. In het huidige wetsvoorstel beoogt de regering meer onderdelen van de zorg naar de markt te brengen met als achterliggende gedachte «Speelruimte en verantwoordelijkheid». Met het algemene motto van paragraaf 10 in het achterhoofd, verbaast het de leden van de SGP-fractie dat er niet meer aandacht is gegeven aan de eventuele gevolgen van dit wetsvoorstel voor de genoemde relatie tussen schaarste en prijzen. Marktwerking zorgt immers niet automatisch voor een einde aan schaarste en daling van de prijzen. Graag zien zij een beschouwing over dit onderwerp.

11. Toekomst van de WTG

De leden van de GroenLinks-fractie willen van de regering weten wanneer zij verwacht het volgende voorstel tot wijziging van de WTG aan de Kamer te sturen?

12. Prijsvorming en gereguleerde marktwerking

Het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBB) toetst of het College gehandeld heeft binnen de haar toegekende discretionaire bevoegdheden. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe gedetailleerd de discretionaire bevoegdheden omschreven zijn en daarmee toetsbaar voor het CBB?

De leden van de SP-fractie vragen waarom gekozen is voor beleidsregels om tarieven vast te leggen, in plaats van de algemene maatregelen van bestuur. Als het gaat om kwaliteitsverschillen en concurrentie wordt er vaak gesproken over cijfers en de duur van een behandeling. Deze leden zijn van mening dat een discussie over wat kwaliteit is over meer zou moeten gaan, namelijk hoe worden mensen begeleid tijdens hun ziek zijn, en wat heeft de behandeling voor effect op langere termijn. Daarom is het goed dat de inspectie een rol krijgt, maar gaat deze ook andere dan statistisch eenvoudige aspecten meeneemt in zijn rapporten?

Naar de mening van de leden van de SGP-fractie gaat de regering wat te gemakkelijk voorbij aan de opmerkingen van de Raad van State over de concentratietendenzen bij de zorgverzekeraars. In het bijzonder vragen zij of de concentratietendenzen in samenhang met de opheffing van de omgekeerde contracteerplicht er niet toe leidt dat de vrije keuze van een zorgverzekeraar voor de cliënt in de praktijk onbetekenend wordt, doordat de verzekeraar een regionaal monopolie krijgt. Graag een verduidelijkende reactie op dit punt.

13. Naar een zorgautoriteit

De leden van de PvdA-fractie maken zich zorgen over het zeer uitgebreide takenpakket en de cumulatie van rollen en bevoegdheden van het CTG/Zorgautoriteit. Zij sluiten zich aan bij het advies van de Raad van State en zijn niet overtuigd door de argumenten van de regering om hier geen gehoor aan te geven. Wat zijn de argumenten van de regering om de verschillende taken, rollen en bevoegdheden per se in een instituut onder te brengen? Welke bevoegdheden worden het CTG/Zorgautoriteit met deze wetswijziging extra toegekend? Is de regering bereid deze vraag te beantwoorden rekening houdend met het onderscheid tussen beleid, de uitvoering en handhaving van het beleid, en rekeninghoudend met de belangen van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en consumenten? Begrijpen deze leden het goed dat de regering, de mening niet deelt dat het CTG/Zorgautoriteit te kampen heeft met tegenstrijdige belangenbehartiging?

De leden van de fractie van GroenLinks-fractie menen dat met het vaststellen van de beleidsregels door het CTG en straks de zorgautoriteit, niet werkelijk sprake is van scheiding tussen beleid en uitvoering. Deze leden menen dat het vaststellen van beleidsregels eerder gezien kan worden als het maken van beleid dan dat het slechts goedkeuren van beleidsregels gezien kan worden als beleidsbepaling. Kan de regering uitvoerig aangeven wat er tegen pleit om de minister in individuele gevallen wel degelijk aanwijzingen te geven voor de tariefstelling?

De leden van de GroenLinks-fractie zijn zeer gelukkig met de modernisering van de werkwijze van het College. Deze leden menen al veel langer dat de geïnstitutionaliseerde advisering door belangenorganisaties vervangen dient te worden door consultatie van deskundigen. Kan de regering toelichten hoeveel mogelijke budgettaire winst er te halen is in het Budgettair Kader Zorg (BKZ) door deze verschuiving in de werkwijze van het College? Genoemde leden hopen op een uitgebreid en financieel onderbouwd antwoord van de regering, maar indien dat niet mogelijk is,

kan de regering dan aangeven of zij het met deze leden eens is dat deze verschuiving zorgt voor een veel kritischere blik op de huidige prijzen en dat deze verschuiving dan ook in theorie en praktijk tot een belangrijke kostendaling zou kunnen leiden? Kan de regering nog wel aan deze leden uitleg verschaffen over de zinsnede dat «zonder de invloed van betrokken marktpartijen op de prestatiebeschrijvingen en de tarieven deze niet uitvoerbaar en handhaafbaar zijn». Om welke invloed gaat het hier?

14. Relatie met het Europese recht

De leden van de VVD-fractie constateren dat maatregelen zoals neergelegd in de artikelen 2, 2a en 2b van het wetsvoorstel het voor aanbieders uit andere lidstaten minder aantrekkelijk maakt om zich hier te vestigen. Waarom heeft de regering hiervoor gekozen? Wat betekent dit voor de schaarste van het zorgaanbod in ons land?

15. Informatievoorziening, toezicht en handhaving

Uit het onderhavige stuk blijkt dat om de marktwerking te kunnen invoeren er aan anderen dan de behandelaar gegevens van patiënten bekend gemaakt moeten worden. Hiervoor wordt een zogenaamde TTP opgezet. De leden van de SP-fractie vragen wie hier plaats innemen en kunnen mensen protest aan tekenen tegen het verstrekken van gegevens. Mogen zorgverzekeraars deze gegevens bijvoorbeeld gebruiken bij het wel of niet afsluiten van een aanvullende verzekering?

16. Effecten op de administratieve en bestuurlijke lasten

De leden van de fractie van GroenLinks-fractie menen dat het voorstel lastig te beoordelen is op zijn (mogelijk) effect op de administratieve en bestuurlijke lasten. Deze leden menen dat ondanks de twee heldere tabellen, het totaaleffect onduidelijk blijft. Zij menen dat het eigenaardig is om de berekening van de administratieve lasten in een later tijdstip toe te sturen. Is deze berekening dan geen integraal onderdeel geweest bij het opstellen van het voorliggende voorstel?

De leden van de fractie van GroenLinks menen dat de regering geen serieus antwoord geeft op de vraag van Actal wat de administratieve lasten zouden zijn van mogelijk in overweging genomen alternatieven, daar de regering alleen stelt dat «niets doen» geen optie is.

De leden van de fractie van GroenLinks willen een toelichting op de zinsnede op bladzijde 54 van de memorie van toelichting dat «een goede en zorgvuldige berekening wenselijk kan zijn voordat tot nieuwe stappen met de invoering van dbc's wordt besloten». Daarbij zal moeten worden ingegaan op het woord «kan» alsmede hoe de regering momenteel denkt over de wenselijkheid van het nemen van nieuwe stappen in de invoering van dbc's.

ARTIKELSGEWIJS

Artikel I, onder c

– Verbodsbepaling (artikel 2)

De leden van de CDA-fractie constateren dat de regering in artikel 2, lid 2 aangeeft dat er een verbod is voor gezondheidszorgorganen om aan derden het tarief te vergoeden. Betekent dit dat een gezondheidsorgaan geen onderaannemer meer mag zijn van een ander gezondheidsorgaan?

De leden van de SGP-fractie vragen hoe de relatie is tussen artikel 2 en het experimenteerartikel. Welke ruimte biedt artikel 15 om artikel 2 volledig buiten werking te stellen?

In de toelichting bij artikel 2 staat in het kader van verboden declaraties «Dit betekent dat een zorgaanbieder en een ziektekostenverzekeraar aan verboden afspraken geen rechten kunnen ontleen, terwijl deze wel jegens de patiënt c.q. verzekerde in stand blijven en moeten worden nagekomen». Hoe moet dit worden begrepen? Op welke manier komt de patiënt aan zijn afgesproken zorg? Is deze verplichting om te leveren ook wettelijk verankerd?

Artikel I, onder F

– Declaratieverkeer

De leden van de VVD-fractie constateren dat volgens artikel I, onder F de declaratiewijze in beginsel wordt overgelaten aan partijen. Echter, in bijzondere gevallen kan een beleidsregel voorschrijven hoe een aanvraag wordt ingediend respectievelijk hoe er wordt gedeclareerd. In bijzondere gevallen kan een beleidsregel een centraal punt eisen waar de declaraties worden verzonden, geïnd en waar de inkomsten aan de rechthebbenden worden toegedeeld (clearinghouseconstructie). Wat betekent een dergelijke constructie voor het verder terugdringen van administratieve lasten?

De ondervoorzitter van de commissie,
Van Oerle-van der Horst

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp