

Vergaderjaar 2003–2004

29 379

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

Nr. 6

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 6 mei 2004

VOORWOORD EN INHOUDSOPGAVE

Algemene opvattingen van de fracties

Het verheugt mij dat de fracties van het CDA, de PvdA, de VVD, Groen-Links, ChristenUnie en de SGP zich vinden in de vier sporen van dit wetsvoorstel, te weten het houden van experimenten, het invoeren van prestatiegerichte bekostiging, het tegengaan van bureaucratie ofwel het terugdringen van administratieve lasten en het tegengaan van fraude in de zorg. Ik betreur het dat de fractie van de SP de liberalisering van de tariefvorming in de zorg lijkt af te wijzen en zou graag zien dat de SP fractie alle vier sporen waar het om gaat onderschrijft en onderhavig wetsvoorstel niet (en ten onrechte) verbindt met ongunstige marktwerking.

Waar de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) nu een strikte scheiding aanbrengt tussen punttarieven, maximumtarieven en vrije tarieven kan straks na inwerkingtreding van onderhavig wetsvoorstel de WTG gunstiger worden toegepast. Het is immers de bedoeling om niet meer te regelen per sector dan strikt noodzakelijk is voor de waarborging van een goede, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg. Daarvoor worden de deelmarkten verkend en onderzocht of, en zo ja welke, onderscheiden instrumenten van de WTG op die respectievelijke deelmarkten moeten worden ingezet.

De grote opgave daarbij is om een goede onderlinge balans te vinden tussen de publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. De praktijk leert dat noch marktwerking noch centrale sturing in pure vorm een optimale oplossing bieden. We moeten dus zoeken naar het juiste evenwicht. Ik wees daar al eerder op in mijn brief van 12 maart 2004 ten behoeve van het hoofdlijnen debat over de herziening van de zorgstelsels (Kamerstukken II, 0304, 23 619, nr. 21).

Het WTG instrumentarium is toepasbaar bij delen van de zorg waar volledige marktwerking mogelijk is, maar ook bij delen van de zorg waar geen marktwerking mogelijk is. De WTG is een neutrale wet, een kaderwet, die geschikt is voor elk financieel jaargetijde en wijze van ordening. De evaluatie van de WTG wijst dat uit.

Onderhavig voorstel, de WTG ExPres, is gericht op aanpassing, uitbreiding en inrichting van een adequaat instrumentarium waarmee in elke afzonderlijke situatie het onderlinge gedrag van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars bij de tariefvorming zo optimaal mogelijk kan worden begeleid en gestuurd om een goede, betaalbare en toegankelijke zorg te waarborgen.

Deze nota gaat vergezeld van een nota van wijziging.

Indeling en inhoud

De fracties van de ChristenUnie en de SGP dank ik voor hun complimenten over de toelichting. De Kamer heeft in het verslag de hoofdstukindeling van de memorie van toelichting gevolgd. De fracties hebben in het verslag aangegeven welke vragen bij welk hoofdstuk naar voren komen. In deze nota zijn de antwoorden op die vragen weer gerangschikt conform de hoofdstukindeling van de memorie van toelichting respectievelijk het verslag van de Kamer.

Inhoudsopgave

Voorwoord en inhoudsopgave	1	7. Minder regels/Terugdringing administratieve lasten	42
Algemene opvattingen van de fracties	1	Informatie en administratie	42
Indeling en inhoud	2	Verantwoording bestedingen zorgaanbieders	43
Inhoudsopgave	3	Jaarrekening en nacalculatie	43
1. Inleiding	4	Declaratieverkeer	44
Bestuurlijke verhouding parlement minister College	4	Kader declaratiecasus	45
Stappenplan	4	Lastendruk door derden	46
Budgettaire Consequenties wetvoorstel	5	Wijziging vastleggen tariefsoorten	46
Reikwijdte WTG	5	8. Fraudebestrijding	48
2. Uitwerking van het Hoofdlijnenakkoord	6	DBC-maatregelen	48
Rol van de markt	6	Fraudebestrijding en administratieve lasten	48
Kwaliteit van zorg en rol van patiëntenorganisaties	7	Verzekerden	48
Kwaliteit en wachtlijsten	7	Zorgaanbieders	49
3. Stap naar gereguleerde marktwerking	8	Verzekeraars	50
Afstemming ordening zorgaanbod	8	Uniforme gegevensuitwisseling	51
Vergroten capaciteit	9	Toezichtbelemmeringen ambulancevervoer en geneesmiddelen	51
Toelating en contracteerplicht	10	Meldpunt onregelmatige declaraties	52
Financiële positie zorgaanbieders	10	9. Betekenis van de WTG ExPres voor de hoofdactoren	52
Faillissement en continuïteit van zorg	11	Patiënt en informatie over overeenkomsten	52
Transparantie en benchmarking	12	Transparantie en informatie door College	53
Criteria indeling deelmarkten	13	Kader transparantie maatregelen College	54
Criteria ingrijpen in markt	15	Toezicht in het nieuwe stelsel	54
Ingrijpen bij tariefstijgingen	16	Instrumentarium College	54
AWBZ en markt	17	Kader bestuursdwang WTG	55
Internationale vergelijking	17	Verantwoording College	56
Alternatieven voor gereguleerde marktwerking	18	Grensregio's	58
Publieke borging	19	Rol minister/ingrijpen/individuele zorgaanbieder	58
Risicoselectie	20	10. Ontwikkeling regelgeving	60
4. Karakter en werking van de WTG	21	Schaarste	60
Regelniveau wetamvbbeleidsregels	21	Evenwichtige markt	60
Doelstellingen WTG en WTG ExPres	22	Relatie markt, schaarste en tarieven	61
5. Experimenten	23	11. Toekomst van de WTG	61
Inwerkingtreding WTG ExPres	23	Vervolg wijziging WTG	61
Voorbeelden experimenten	23	12. Prijsvorming en gereguleerde marktwerking	61
Vertraagde invoering experimenteerbepaling	25	Discretionnaire bevoegdheden College	61
Termijnen en fasen experimenten	26	Concentratie zorgverzekeraars	62
Betrokkenheid parlement bij experimenten	26	13. Naar een zorgautoriteit	63
Criteria experimenten	26	Wettelijke regeling zorgautoriteit	63
Kader aandachtspunten experimenten	27	Taken NMa en zorgautoriteit	64
Vervolg op experimenten	27	Omvang taken College en zorgautoriteit	64
Waarborgen experimenten	28	Herpositionering brancheorganisaties	65
Borging publiek belang bij experimenten	28	14. Relatie met het Europese recht	67
Grenzen aan experimenten	28	Buitenlandse aanbieders	67
Geen criteria experimenten in de wet	29	15. Informatievoorziening, toezicht en handhaving	67
Verplichte deelneming experimenten	29	Gegevensverstrekking	67
6. Beheerste en soepele invoering prestatiebekostiging	29	16. Effecten op ad	68
Prestatiebeschrijvingen/nieuwe behandelmethoden	29	ministratieve en bestuurlijke lasten	68
Kosten opleiding en kapitaallasten	31	Flexibiliteit en bureaucratie	68
Kosten opleiding en verzekeraars	33	Kwantificering	68
GGZ en dbc's	33	Administratieve lasten dbc's	70
Uurtarief medisch specialisten	34	Artikelsgewijze toelichting	70
Kostenstijging en premie	34	Geen verbod op onderaanneming	70
Uniform kostprijsmodel	35	Experimenten en verboden	70
«Ruimte voor resultaat»; lessen voor de toekomst	36	Verboden en patiënt	70
Dbc's en kwaliteit	38	Declaratieverkeer en administratieve lasten	71
Prestatiebekostiging AWBZ	39		
Stimulans microdoelmatigheid	39		
Budget en vrije tarieven	40		
Invoeringstraject dbc's	41		
Mededinging en overleg	41		
Onderlinge gegevensverstrekking	42		

1. INLEIDING

Bestuurlijke verhouding parlement minister College

De fracties van CDA, PvdA, VVD, GroenLinks, ChristenUnie en SGP vroegen naar de verhouding tussen het parlement, de minister en het CTG en de mogelijke wijzigingen daarin door onderhavig wetsvoorstel.

De betrokkenheid van het parlement bij de beslissingen over de toepassing van het instrumentarium en liberalisering van de tariefvorming in de zorg en de sturing van het zelfstandig bestuursorgaan, het College tarieven gezondheidszorg, verder aan te duiden als het College, wordt versterkt.

Het wetsvoorstel beoogt veel meer van de beslissingen over sturing in beleidsregels van het College vast te leggen. Bij belangrijke onderwerpen gaat daar een aanwijzing aan het College aan vooraf. Als gevolg van het amendement Lansink/De Korte bij de totstandkoming van de WTG wordt die aanwijzing voorgehangen bij het parlement (Kamerstukken II, 79/80, 14 182, nr. 47). De aanwijzingen richten zich onder andere straks ook op de aard van het tarief voor de prestatie (vast tarief, maximumtarief, minimumtarief, bandbreedte tarief) en op vrije tarieven voor in de aanwijzing aan te wijzen prestaties van zorgaanbieders. Door die aanwijzingen wordt het parlement rechtstreeks bij de keuzes voor meer of minder marktwerking betrokken.

Stappenplan

De leden van de fracties van de PvdA, VVD en GroenLinks wilden graag meer overzicht over de concrete vervolgstappen die met dit onderhavige wetsvoorstel worden gezet, ook al snappen zij dat de WTG ExPres een proceswet is. Graag zagen de leden een meer praktische benadering ten opzichte van de uitwerkingen van de verschillende wetswijzigingen tegemoet. De vragen bij het wetsvoorstel richtten zich voornamelijk op de manier waarop de doelen bereikt dienen te worden. De leden van de VVDfractie vroegen 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?

Met de brief van 12 maart 2004 over de herziening van het zorgstelsel is aan de wens om een overzicht van maatregelen, een «stappenplan», voldaan (Kamerstukken II, 0304, 23 619, nr. 21). Die brief beschrijft op hoofdlijnen het herzien van het stelsel van curatieve zorg, gaat in op de aanpak voor een beheerste omslag van aanbodsturing naar gereguleerde marktwerking, bevat de concrete maatregelen in de komende jaren om de omslag naar gereguleerde marktwerking in goede banen te leiden en behandelt tenslotte de organisatie en planning.

Op 15 april jl. is met u over dat stappenplan van gedachten gewisseld. Om te komen tot het gewenste stelsel van curatieve zorg moeten veel maatregelen worden genomen: voor het vernieuwen van de sturing in de zorg en ook voor het aanpassen van het verzekeringsstelsel. Met die brief heb ik u inzicht verschaft in de voornaamste maatregelen, evenals de onderlinge samenhang. Tegelijkertijd heb ik in die brief benadrukt dat het van belang is dat de besluitvorming over de diverse maatregelen voortgaat, gelet op de noodzaak om de zorg te vernieuwen en de afspraken die hierover in het Hoofdpijnenakkoord staan. Daarbij dient vanzelfsprekend ruimte te worden geboden aan voortschrijdend inzicht en wijzigingen die voortkomen uit overleg met het parlement. Ik doelde daarbij benevens onderhavig wetsvoorstel ook op de Wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg

Verder probeer ik steeds zo veel mogelijk op afgebakende terreinen concreet te zijn. In dat kader wijs ik u op de brieven die het parlement heeft ontvangen met betrekking tot concrete voorgenomen tariefmaatregelen en de beleidsvisies inzake acute zorg, ambulancevervoer, eerstelijnsgezondheidszorg en ziekenhuiszorg.

Met u is reeds gediscussieerd over de aanpak op een aantal deelmarkten van de zorg, te weten de acute zorg, de ambulancezorg en de eerstelijnszorg. Ik refereer aan het overleg op 6 november 2003 over acute zorg (29 247, nr. 1) en het beleidsstandpunt ambulancezorg (29 247, nr. 2) en het overleg op 29 januari 2004 over onder meer de beleidsbrief inzake de toekomstbestendige eerstelijnszorg (29 247, nr. 4). Op 18 maart heb ik met de Kamer overlegd over het geneesmiddelenbeleid. In al deze dossiers speelt onderhavig wetsvoorstel dan wel het openbreken van het gesloten systeem een rol.

Budgettaire consequenties wetsvoorstel

De leden van de fracties van de PvdA, de VVD en SP vroegen naar de budgettaire consequenties van het wetsvoorstel, met name naar de manier waarop de regering van plan is de uitbreiding van de taken van het College, 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. Verder vroegen zij wat de relatie is tussen de voorliggende voorstellen, het Budgettair Kader Zorg (BKZ) en bijvoorbeeld de Zalmnorm? Of er indirecte budgettaire effecten zijn en welke dit dan zijn?

In het wetsvoorstel is aangegeven wat de gevolgen voor het College zijn. Een aantal maatregelen leidt tot verzwaring van het takenpakket maar daar staan even zovele maatregelen tegenover die leiden tot een afname. Voorts treedt een reductie op bij de betrokken ministeries. Per saldo leidt dit niet tot hogere kosten. Over de budgettaire gevolgen van de oprichting van de zorgautoriteit zal de Kamer worden geïnformeerd in het kader van het desbetreffende wetsvoorstel. De kosten van administratieve aanpassingen van academische (en andere) ziekenhuizen hangen samen met de invoering van de dbcsystematiek. De hiervoor benodigde middelen zijn reeds door de Kamer beschikbaar gesteld.

Maar waar het in dit wetsvoorstel in essentie om gaat is de bevordering van de microdoelmatigheid van de zorgsector. Invoering van dit wetsvoorstel maakt het mogelijk in de bekostiging van instellingen meer prestatieprikkels op te nemen zodat zij worden gestimuleerd in hun streven naar betere zorg en doelmatiger bedrijfsprocessen. Nieuwe prikkels kunnen eerst worden getest in experimenten, zodat mogelijke ongewenste effecten tijdig kunnen worden onderkend en de vormgeving kan worden geoptimaliseerd. Benutting van deze mogelijkheden voor experiment en prestatiebekostiging kan een gunstige invloed hebben op kosten en tarieven en kan bijdragen aan de betaalbaarheid van de zorg.

Reikwijdte WTG

De fractie van de VVD vroeg welke prestaties en welke categorieën zorgaanbieders straks vallen onder de WTG en welke prestaties worden vrijgesteld?

De WTG strekt zich uit tot alle personen en instellingen die behoren tot de categorieën van zorgaanbieders genoemd in het Besluit werkingssfeer WTG 1992. Het betreft in beginsel alle instellingen en personen die zorg

leveren in het eerste en tweede verzekeringscompartiment. Alle prestaties van deze zorgaanbieders op het terrein van de gezondheidszorg, dus ook hun prestaties in het derde compartiment, vallen onder de WTG. Voor enkele prestaties stelt het College geen tarief vast. Dat betreft drogisterijartikelen, bloed en bloedproducten, zorg die gesubsidieerd wordt op basis van de Ziekenfondswet of de AWBZ en prestaties die te maken hebben met het nationaal programma grieppreventie. Ook zittend ziekenvervoer, hulpmiddelen, de prijs van geneesmiddelen, zelfstandige ergotherapeuten en podotherapeuten vallen niet onder de WTG. In de toekomst bestaat het voornemen een deel van de diagnose behandeling-combinaties vrij te laten en een experiment te starten met vrijere tarieven voor fysiotherapie. Daarvoor is de inwerkingtreding van de WTG ExPres nodig.

Hoofdstuk 5 «Experimenten» vermeldt nog enkele andere prestaties, die, al dan niet in de vorm van een experiment, voor vrijere tarieven in aanmerking zouden kunnen komen.

2. UITWERKING VAN HET HOOFDLIJNENAKKOORD

Rol van de markt

De leden van de SPfractie vroegen 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?

Zoals uit het voorwoord al blijkt wordt met onderhavig wetsvoorstel niet onverdeeld gekozen voor ongecontroleerde marktwerking. Ik heb uitdrukkelijk gewezen op de balans die moet worden gezocht tussen regelen en niet regelen, tussen sturen en niet sturen, tussen begeleiden en niet begeleiden. Dit voorstel biedt meer mogelijkheden voor die weging. Daarbij wordt «de markt» niet gezien als partij, net zo min als «de aanbodsturing». Het zijn slechts ordeningsprincipes die een bepaalde wijze van inzet van instrumenten veronderstellen. Markt en mededinging zijn net als aanbodsturing slechts middelen waarbij een doel wordt nagestreefd.

De overheid neemt haar verantwoordelijkheid juist door het beleid en de middelen aan te passen als de publieke doelen in de zorg (betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit) gevaar lopen. Door invoering van gereuleerde marktwerking kunnen die doelen in de zorg naar verwachting op sommige deelmarkten beter worden geborgd dan door de inzet van strikte aanbodsturing. In die deelmarkten wordt verwacht dat de gereuleerde marktwerking zal bijdragen aan een betere prijskwaliteitsverhouding van de zorg en aan vermindering van de wachtlijsten.

Op sommige deelmarkten kan op korte of langere termijn een vrije markt ontstaan, op veel andere deelmarkten zal dat niet het geval zijn. Bijvoorbeeld doordat er niet oplosbare schaarste aan de aanbodzijde bestaat of omdat het om een type zorg gaat waar (regionaal) een natuurlijk monopolie bestaat, zoals bijvoorbeeld bij zeer gespecialiseerde topklinische zorg het geval kan zijn. Het op een deelmarkt gevoerde beleid is dus afhankelijk van het type zorg en de kenmerken op de desbetreffende deelmarkt. Er zullen dus in de zorg tegelijkertijd verschillende reguleringvormen naast elkaar bestaan (vrije tariefvorming, efficiency stimulerende tarieven en vaste tarieven).

Ook bij markten met vrije tariefvorming is regulering nodig, zoals dat ook in andere sectoren van de economie het geval is. Van volledig vrije markt-

werking – dat wil zeggen zonder enige vorm van regulering – zal geen sprake zijn. Ook in de brief van 12 maart 2004 over de herziening van het zorgstelsel en het hoofdlijnen debat op 15 april jl. ben ik op deze materie uitvoerig ingegaan.

Kwaliteit van zorg en rol van patiëntenorganisaties

De fracties van de SGP, PvdA en SP vroegen naar de aandacht die er is voor de kwaliteit van de zorg en de positie van de verschillende betrokkenen en op welke manier behoud of verbetering van kwaliteit is gewaarborgd? In dit kader vroegen de leden van de SGPfractie of er niet meer aandacht gegeven kan worden aan de betrokkenheid van patiënten en consumentenorganisaties bij de kwaliteit van zorg.

Voor de kwaliteit van zorg is in eerste plaats de zorginstelling en de beroepsbeoefenaar verantwoordelijk. Voldaan moet worden aan de zogenaamde medisch professionele standaard. De zorginstelling moet op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen zorg voor een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. De individuele beroepsbeoefenaar moet zorgen dat hij blijft voldoen aan de vereisten die de Wet BIG stelt. De Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) ziet er vervolgens op toe dat de vereiste normen worden gehandhaafd.

De patiënt is de meest belanghebbende partij bij de kwaliteit van zorgverlening. In toenemende mate wordt ook erkend dat de patiënt – ook door de betaling van zorg aanspraak heeft op een deugdelijk product. Naar mijn mening zal het oordeel van de patiënt/consument over de kwaliteit van zorg een steeds belangrijke rol gaan spelen. Zorgverzekeraars zullen kritischer gaan inkopen op prijskwaliteit en kunnen zich onderscheiden van concurrenten door betere kwaliteit in te kopen. Klanttevredenheid is naar mijn mening één van de indicatoren die zorgaanbieders en zorgverzekeraars dienen mee te wegen bij de beoordeling c.q. evaluatie van de kwaliteit van zorg. De staatssecretaris en ik bevorderen het beschikbaar komen van voor de patiënt/consument toegankelijke vergelijkende informatie over zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Hierbij gaat het onder meer over informatie over de geboden kwaliteit van zorg.

Op de rol van de patiënt ben ik ook ingegaan in de nota naar aanleiding van het verslag bij de HOZ (Kamerstukken II, 0304, 28 994, nr. 4, p. 12 en 13) en in mijn reactie op het advies «Van Patiënt tot Klant» van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1 april 2004; Kamerstukken II, 0304, 27 807, nr. 21).

De regering is met de PvdA van mening dat kwaliteitsbevordering en kwaliteitsbewaking er ook is voor de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. Ook heeft in de ontwikkeling van (kwaliteits)normen de wetenschap c.q. kennisinstututen een belangrijke rol. Er zijn reeds meerdere instituten werkzaam op het gebied van kwaliteit van zorg, zoals de Stichting Centraal Begeleidingsorgaan Intercollegiale Toetsing (CBO), de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) en het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ), die kwaliteitscriteria vaststellen. De vakdisciplines, naast artsen kan ook gedacht worden aan de verpleging en verzorging, worden hierbij betrokken. In de kwaliteitsbrief van december 2002 aan uw Kamer heb ik reeds aangegeven hoe belangrijk ik deze ontwikkeling richting certificering en accreditering van zorgaanbieders vind. In dat opzicht steun ik de opvatting van de PvdA (Kamerstukken II, 0203, 28 439, nr. 2).

De introductie van gereguleerde marktwerking in bepaalde sectoren van de zorg doet geen afbreuk op bovengenoemde wettelijke regeling van de

Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG. Deze regels gaan zoals gemeld ook op voor de levering van zorg door private partijen.

Kwaliteit en wachtlijsten

De leden van de fractie van de SP constateren dat als het gaat om kwaliteitsverschillen en concurrentie er vaak wordt gesproken over cijfers en de duur van een behandeling. Deze leden waren 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?

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de volksgezondheid, zowel op de manier waarop de zorg georganiseerd is als op de kwaliteit van de geleverde zorg. De IGZ rapporteert en adviseert hierover aan de overheid en aan de zorginstellingen. In het werkplan van de IGZ voor 2004 is opgenomen dat het gefaseerd toezicht in 2004 in alle domeinen wordt ingevoerd. Bij dit gefaseerd toezicht maakt de IGZ gebruik van vragenlijsten voor de care en van prestatieindicatoren voor de curatief somatische zorgsector. Dit is een eerste stap in de ambitie van de IGZ om uiteindelijk voor alle instellingen uitkomstindicatoren te gebruiken bij de risicoanalyse als basis van het gefaseerd toezicht. Daarnaast vraagt de IGZ regelmatig aandacht de effecten van behandeling, zoals laatst het rapport dat ziekenhuizen en verpleeghuizen meer maatregelen moeten nemen om decubitus ofwel doorliggen te voorkomen.

3. STAP NAAR GEREGULEERDE MARKTWERKING

Afstemming ordening zorgaanbod

De leden van de CDAfractie vroegen 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?

Ik kan mij de gedachte goed voorstellen dat in de toekomst één wet vorm geeft aan de ordening van de zorgaanbieders/het zorgaanbod. Daarvoor is het nu echter nog te vroeg, en dat zou gelet op de onderstaande al in gang gezette afzonderlijke wetgevingstrajecten contraproductief werken. Dat wil niet zeggen dat de drie wettelijke regelingen niet al naar elkaar toegroeien. Die toegroei en samenhang blijkt uit de bedoelde voorstellen en heeft inmiddels geleid tot het beheer van die wetten binnen een organisatorische eenheid op het ministerie om de afstemming en samenhang te waarborgen.

De voorliggende wetsvoorstellen zijn qua positie en karakter niet gelijk. De WTZi vervangt de WZV, de HOZ wijzigt de Ziekenfondswet en de AWBZ en de WTG ExPres wijzigt de WTG.

Maar het is niet zo dat de ene wet niet zou kunnen werken zonder de andere. Bijvoorbeeld: het gedeeltelijk en experimenteel invoeren van vrijetariefvorming (WTG ExPres) is geen noodzakelijke voorwaarde voor

het dereguleren van het bouwregime of het kunnen toestaan van winst-oogmerk (WTZi) of het loslaten van centrale afspraken voor de zorginkoop (HOZ).

De drie genoemde wetsvoorstellen zijn alle drie van belang om het huidige gesloten systeem van aanbodregulering open te breken. Sterker nog zij versterken elkaar daarbij om het open breken een succes te laten worden.

Vergroten capaciteit

De leden van de CDAfractie vroegen naar de wijze waarop de WTG ExPres stimuleert dat er voldoende aanbod komt?

Op 9 oktober 2003 zond ik aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal een brief over de verhouding tussen de WTG en de belemmeringen voor het aanbod van zorg (Kamerstukken II, 0304, 29 200 XVI, nr. 13). De inrichting van een adequaat systeem van prestatie-bekostiging op basis van de WTG en de «tucht van de markt» moedigt instellingen aan doelmatige keuzes te maken. Het boterbijdevisprincipe voor zorgaanbieders en het loonnaarwerken bij huisartsen en medisch specialisten zorgt ervoor dat wordt afgerekend op basis van prestaties. Geen klanten betekent prestaties en dus geen geld. Dit vergroot ook de prikkels om te investeren in de kwaliteit en service van het zorgaanbod.

Aantrekkelijke tarieven kunnen (potentiële) zorgaanbieders stimuleren tot levering van zorg. Bijvoorbeeld in regio's waar de kosten van het instandhouden van een voorziening hoger zijn dan elders of voor bepaalde prestaties die op grond van het publiek belang moeten worden gewaarborgd. Zo kan worden gestimuleerd dat nieuwe aanbieders zich in zo'n regio vestigen of aanbod blijft gehandhaafd.

De bevordering van de prestatiebekostiging via de WTG ExPres is echter niet de enige optie om het zorgaanbod te vergroten. Daarnaast is het ook mogelijk de potentiële arbeidsreserve in deze sector (waar gemiddeld 32 uur wordt gewerkt) aan te boren en het ziekteverzuim terug te brengen. Verder wijs ik op de substitutiemogelijkheden die ontstaan tussen behandelplaatsen en individuele beroepsgroepen wanneer de verzekeringsaanspraken in de nieuwe zorgverzekeringswet in functie-gerichte termen worden omschreven. Een doelmatiger verdeling van het behandelaanbod wordt dan mogelijk en schaarste bij een beroepsgroep kan worden verminderd door het werk anders te organiseren. Het beleid om de komende jaren nieuwe beroepen te introduceren en taakherschikking bij bestaande beroepen (tandarts – mondhygiënist) mogelijk te maken draagt hieraan eveneens bij.

Daarnaast wordt de fysieke capaciteit de komende jaren verruimd. Ik noem de uitbreiding van de opleidingscapaciteit voor een aantal beroepen en de verkorting van de opleiding van medisch specialisten. De fysieke capaciteit kan de komende jaren ook worden verruimd door de toetredingsdrempels tot levering van (verzekerde) zorg te verlagen. Voorbeelden zijn het versoepelen van de toelatingscriteria voor zelfstandige behandelcentra en het dereguleren van het bouwregime door vervanging van de WZV door de WTZi.

Toelating en contracteerplicht

De leden van de CDAfractie vroegen hoe de opmerking over contracteerplicht op basis van spreiding en behoefte conform de WZV moet worden gezien in het licht van de WTZi en de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg?

Het aanbodgestuurde gezondheidszorgsysteem in Nederland kan worden gekarakteriseerd als een gesloten systeem. Die geslotenheid wordt mede bepaald door de toelating van het aanbod door toetsing van behoefte aan capaciteit en door verlening van een bouwvergunning op basis van de WZV. Uitsluitend voor de toegelaten instellingen geldt de contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht in de ZFW en de AWBZ. Op deze manier draagt de ZFW en de AWBZ bij aan het gesloten systeem. Vanwege de gewenste omslag van aanbod naar vraagsturing zal dit gesloten systeem in het tweede verzekeringscompartment open gebroken worden. Dat impliceert onder meer het afschaffen van de contracteerplicht en omgekeerde contracteerplicht door middel van het voorstel van wet Herziening overeenkomstenstelsel zorg, de HOZ. Daarnaast vergt dit invoering van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Er moeten namelijk ook meer aanbieders op de (deel)markt kunnen toetreden en daarvoor is invoering van de WTZi noodzakelijk. Die wet biedt de mogelijkheid om op deelmarkten van de gezondheidszorg de toelating, planning en bouw gedifferentieerd te (de)reguleren. Een verruiming van de toetreding van aanbieders biedt de mogelijkheid selectief te contracteren mits de contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht zijn afgeschaft.

Financiële positie zorgaanbieders

De leden van de fracties van het CDA en SGP stelden vragen over de balanspositie van zorgaanbieders. In de memorie van toelichting wordt gesteld dat de balanspositie van de organen in de gezondheidszorg beter moet worden. Een geleidelijke overgang naar geregleerde marktwerking vraagt volgens de toelichting om een aanpassingstijd voor zorgaanbieders die lange tijd gewend zijn geweest aan risicoarm ondernemen. De leden van de fractie van het CDA vroegen toe te lichten wat de financiële consequenties zijn voor de komende begroting. De leden van de fractie van de SGP vroegen de regering een uitwerking op welke manier en gedurende welke periode de aanpassingstijd vorm zal krijgen. Voorts was 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 zagen de leden van de SGPfractie aandacht voor dit onderwerp.

Er is een samenhang tussen vrijheid en speelruimte voor aanbieders, de risico's die zij daarbij lopen en de reserves die zij daarom aanleggen als buffer. Bij een geleidelijke overgang naar geregleerde marktwerking met meer risico's voor zorgaanbieders moeten de financiële reserves van instellingen op een wat hoger niveau komen dan nu vaak het geval is. Zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering en daarmee ook voor de vergroting van hun financiële weerbaarheid. Zorginstellingen houden door realisatie van een positief exploitatiesaldo elk jaar hun solvabiliteitspositie op peil en verbeteren deze zo nodig. In het gesloten systeem van aanbodregulering zijn de zorginstellingen lange tijd ingesteld geweest op «risicoarm» ondernemen. Het management van zorginstellingen wordt bij zo'n overgang tijd gegund om zich meer markt-

conform te gaan gedragen. Onderdeel daarvan is dan het opbouwen van hogere financiële reserves, maar ook het streven naar kostenreductie en doelmatigheid.

In dat licht wijs ik er wel op dat deregulering niet alleen tot meer onzekerheden leidt maar ook tot meer prikkels en kansen. Het voorbeeld dat ik aanhaalde in de memorie van toelichting van de RöhhKlinikum AG in de Bondsrepubliek Duitsland laat dat zien. Ik kom hier later in dit hoofdstuk nog op terug onder het kopje «Internationale vergelijking».

Welke bedragen precies gemoeid zijn met de te hanteren financiële reserves is niet exact aan te geven. Dit is afhankelijk van de mate van deregulering, van het soort instelling en van de dan actuele vermogenspositie van de instellingen.

Financiële reserves zijn geen «dood geld» dat ten onrechte wordt onttrokken aan de zorg, maar getuigen van verantwoordelijkheidsbesef van instellingen om een financiële buffer te hebben. De overheid stelt als essentiële randvoorwaarde bij zo'n overgang naar gereguleerde marktwerking instellingen in staat een gezonde vermogenspositie te realiseren. Een voor de hand liggend instrument hiervoor is het hanteren van meer marktconforme bekostigingssystemen. Voor die overgang wordt een efficiënte tariefstelling zo vormgegeven dat het opbouwen van een gezonde financiële buffer wordt gestimuleerd. Het voorstel van Wet toelating zorginstellingen (WTZi) biedt de mogelijkheid om in delen van de zorg het winsttoogmerk toe te staan. Het loslaten van het verbod op winst biedt instellingen de mogelijkheid om eigen vermogen aan te trekken. Ook worden belemmeringen die niet passen in een marktsituatie fasegewijs opgeheven. Ten slotte mag niet onvermeld blijven dat mede door toedoen van de Minister van VWS in 1999 het Waarborgfonds voor de zorgsector (WfZ) is opgericht (Stb. 1999, 203). Instellingen kunnen hierdoor hun kredietwaardigheid belangrijk versterken. Een toenemend aantal instellingen sluit zich bij het WfZ aan.

Ten aanzien van het tweede deel van de vraag merk ik op dat voorliggend wetsvoorstel het mogelijk maakt dat voor een deel van een geleverde prestatie een (vast; niet onderhandelbaar) kapitaallastentarief in rekening wordt gebracht, terwijl tegelijkertijd voor een ander deel van de prestatie een onderhandelbaar tarief is overeengekomen. Er kan op deze manier als het ware een vergoeding voor kapitaallasten ontstaan, die voor iedere zorgaanbieder en afhankelijk van de relevante specifieke kenmerken verschillend kan zijn. Dit zorgt ervoor dat ook een zorgaanbieder met een qua kosten onaantrekkelijk gebouw zijn kapitaallasten krijgt vergoed, terwijl er tegelijkertijd wel mededinging is en onderhandelingen plaatsvinden over de tarifiering van de overige componenten van de prestatie.

Faillissement en continuïteit van zorg

De leden van de CDAfractie vroegen de regering of zorgorganen failliet kunnen gaan of dat het College over moet gaan tot steunverlening zoals toegelicht in de memorie van toelichting.

De overheid borgt de publieke belangen, waaronder de toegankelijkheid tot noodzakelijke zorg. De overheid vergewist zich er daarom van dat ten algemene de continuïteit van zorg voldoende is. Dat is niet hetzelfde als de continuïteit van iedere individuele instelling. Zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering. Zorginstellingen kunnen net als andere ondernemingen failliet gaan. Faillissementen vloeien voort uit een niet sluitende exploitatie en een onvoldoende financieel weerstandsvermogen.

Indien een instelling failliet dreigt te gaan, kan de instelling met de relevante ziektekostenverzekeraars die in de eerste plaats moeten zorgen voor voldoende aanbod en continuïteit van zorg in de desbetreffende regio tot een oplossing komen die dat aanbod en die continuïteit van zorg in die regio waarborgt. Door het sluiten van contracten met instellingen en de controle op de naleving ervan hebben verzekeraars een goed beeld van het reilen en zeilen van een gecontracteerde instelling. Een verslechterende situatie bij een instelling wordt dan ook door een oplettende verzekeraar tijdig gesignaleerd. Faillissementen vinden niet van de ene op de andere dag plaats, waardoor, in het geval van een verslechterende financiële situatie, vaak tijdig (financiële) noodmaatregelen mogelijk zijn. Daarbij hoort ook de optie dat een andere zorginstelling de noodlijdende instelling of de zorg overneemt. Hierdoor wordt de continuïteit van zorg gewaarborgd.

Indien het faillissement van een zorginstelling betekent dat de continuïteit van zorg ernstig bedreigd wordt, kan de overheid ten behoeve van het behoud van de continuïteit van het zorgaanbod besluiten dat, onder zeer stringente voorwaarden, hulp wordt verleend. In voorkomende gevallen besluit het College tot aanvullende financiering. Conform de WVG hoort hier een gezamenlijk verzoek van instelling en verzekeraar(s) aan ten grondslag te liggen. De aanvullende financiering bestaat uit een tijdelijke toeslag op het tarief dat de instelling in rekening mag brengen. In het geval van zeer ernstige continuïteits problemen overleggen het ministerie van VWS, het College en het College Sanering Zorginstellingen (CSZ) over de te treffen maatregelen.

Om onverhoedse bewegingen en ongelukken te voorkomen is mijn beleid gericht op een geleidelijke en begeleide overgang van aanbod naar vraagsturing en een gefaseerde overgang naar meer vrijheden voor zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars om de zorg voor patiënten en verzekerden optimaal in te richten. Belangrijke voorwaarde hiervoor is de aanpassing van de huidige bekostigingssystematiek.

Transparantie en benchmarking

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

Voor een goed functionerende markt is het nodig dat marktpartijen zicht hebben op de prijskwaliteitverhouding van de aangeboden producten en diensten. Dat geldt voor zowel de relaties tussen vragers en aanbieders als ook voor de relaties tussen aanbieders en verzekeraars onderling (spiegelinformatie ten opzichte van concurrenten). Veelal zullen partijen prima in staat zijn dit inzicht te verwerven. Dat kan door zelf het aanbod van verschillende aanbieders te vergelijken of door anderen de opdracht te geven dit te doen. Voorbeelden van de laatste categorie zijn reeds enige jaren waarneembaar in de vorm van internetsites waar consumenten terecht kunnen voor een vergelijking van verzekeringspolissen en bijbehorende premies (een markt op zich).

Tegelijkertijd is helder dat bij een aantal zorgvormen de informatie-asymmetrie tussen vragers en aanbieders groot is. In die situaties waar betrokken partijen, waaronder patiënten en consumenten, zelf niet in staat zijn de benodigde transparantie te verkrijgen of in situaties waarin partijen een belang hebben onvolledige of onjuiste informatie te leveren, kan het wenselijk zijn dat de overheid initiatief neemt die transparantie te

vergroten dan wel anderen vraagt dit te verzorgen. Voorbeelden daarvan zijn bijvoorbeeld de benchmarkinitiatieven in het kader van het «Sneller – beter»-traject (zie ook www.snellerbeter.nl), waarover ik de Tweede Kamer per brief heb geïnformeerd (Kamerstukken II, 0304, 28 439, nrs. 3 en 4) of de ontwikkeling van een Report Card Verzekeraars door de Consumentenbond (Kamerstukken II, 0304, 27 807, nr. 20). Bij dergelijke initiatieven wordt overigens continu gezocht naar optimalisering van de mate waarin transparantie wordt verschaft. Immers, te veel transparantie kan marktwerking ook verstoren in de zin dat de looper wordt uitgelegd voor afgestemd gedrag.

Voorzover sprake is van overheidsbetrokkenheid bij transparantievergroting wordt dit gefinancierd binnen het Budgettair Kader Zorg.

Op de rol van de patiënt en transparantie is ook ingegaan in de nota naar aanleiding van het verslag bij de HOZ (Kamerstukken II, 0304, 28 994, nr. 4, p. 12 en 13) en in de reactie op het advies «Van Patiënt tot Klant» van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1 april 2004; Kamerstukken II, 0304, 27 807, nr. 21).

Criteria indeling deelmarkten

De leden van de fracties van GroenLinks, PvdA, VVD, SP, ChristenUnie en SGP vroegen de regering op basis van welke criteria wordt beoordeeld welk type zorgaanbod tot welke deelmarkt behoort. En of introductie niet over de hele linie in de zorgsector mogelijk is. Of er gebruik wordt gemaakt van zogenaamde marktwerkingstoetsen en of het zaak is dat een marktmeester actief meewerkt in het creëren van deelmarkten? En of deze criteria in de wet worden vastgelegd.

In aanvulling op de nota naar aanleiding van het tweede nader verslag van de Wet toelating zorginstellingen waarin uitgebreid wordt ingegaan op de indeling van markten meld ik u het volgende.

Voor een goed begrip van de aanpak per deelmarkt zijn twee zaken van belang:

- In de eerste plaats kent de gezondheidszorg een aantal deelmarkten. Op hoofdlijnen gaat het om: de eerstelijnszorg, ambulancezorg, acute zorg, planbare (electieve) zorg, meer complexe topzorg en geneesmiddelenzorg.
- In de tweede plaats kent «marktwerking» meerdere verschijningsvormen, grosso modo:
 - Concurrentie op de markt. Er is dan sprake van vrije tariefvorming. Een voorbeeld vormen de plannen met een deel van de diagnose-behandelcombinaties (dbc's) vanaf 1 januari 2004, waarover u bij brief van 26 maart 2004 bent geïnformeerd (Kamerstukken II, 0304, 29 248, nr. 4).
 - Concurrentie om de markt. Wanneer vrije onderhandelingen niet voor de hand liggen, kan een vorm van aanbesteding uitkomst bieden. Daarbij concurreren meerdere aanbieders met elkaar om het (exclusieve) recht om gedurende een bepaalde termijn onder bepaalde voorwaarden op de markt actief te zijn.
 - Prestatievergelijking en maatstafconcurrentie. Bij prestatievergelijking worden de prestaties van aanbieders met elkaar vergeleken, waarna aanbieders inzicht krijgen in elkaars prestaties. Dit kan hen aanzetten tot efficiëntieverbeteringen. Bij maatstafconcurrentie geeft een toezichthouder/regulator elke aanbieder op basis van vergelijking een doelstelling tot efficiëntieverbetering. Waar tariefregulering noodzakelijk is, kan dat op basis van deze methodes. Een voorbeeld zijn analyses in Engeland over de efficiëntie van de gezondheidszorg.

Het tarief is bij elk van deze vormen van marktwerking slechts één van de kenmerken waarop aanbieders zich van elkaar kunnen onderscheiden. Concurrentie op prestatie, kwaliteit en/of imago is ook van belang. Daarnaast komen in de praktijk tussen en mengvormen van de drie vormen van marktwerking voor.

De invoering van gereguleerde marktwerking gaat op de diverse deelmarkten anders, met verschillende uitkomsten en in verschillend tempo. Niet alle zorgvormen lenen zich even goed voor meer concurrentie, omdat er – zoals eerder aangegeven – in de zorg sprake is van vormen van marktfalen. Bepalend zijn de kenmerken van de deelmarkten en de mate waarin aan de voorwaarden voor meer marktwerking is voldaan:

- De beperkte mogelijkheden van marktwerking kunnen het gevolg zijn van structurele kenmerken van de deelmarkt. De spoedeisende zorg leent zich bijvoorbeeld veel minder voor concurrentie op de markt dan zorg die goed te plannen is.
- Maar ook min of meer tijdelijke factoren kunnen ervoor zorgen dat de voorwaarden voor meer marktwerking nog niet zijn ingevuld. Zo helpt het voorhanden zijn van voldoende aanbod bij het voornemen om bij de fysiotherapie te experimenteren met concurrentie op de markt, terwijl deze vorm van marktwerking voor de huisartsenzorg door gebrek aan aanbod nog buiten beeld is. Het kabinet spant zich in om de belemmeringen voor meer marktwerking op termijn weg te nemen. Zo kan stapsgewijze, behoedzaam en selectief naar sterkere (vormen van) marktprikkels worden gegaan. Bijvoorbeeld eerst maatstafconcurrentie voor de stap naar concurrentie op de markt.

De deelmarkten zijn voorwerp van studie, waarbij ook de indeling in deelmarkten nog kan veranderen. Uw Kamer wordt met afzonderlijke beleidsvisies geïnformeerd over de uitwerking per deelmarkt:

- Met u is reeds gediscussieerd over de aanpak op een aantal deelmarkten van de zorg, te weten de acute zorg, de ambulancezorg en de eerstelijnszorg. Het overleg op 6 november 2003 over acute zorg (29 247, nr. 1), het beleidsstandpunt ambulancezorg (29 247, nr. 2) en het overleg op 29 januari 2004 over onder meer de beleidsbrief inzake de toekomstbestendige eerstelijnszorg (29 247, nr. 4). De visie op de eerstelijnszorg zal verder worden ingevuld.
- Op 28 januari en 18 maart 2004 is met u gesproken over het geneesmiddelenbeleid. Uw Kamer ontving in maart een plan van aanpak.
- Thans wordt gewerkt aan beleidsvisies voor de electieve zorg en de (meer complexe) topzorg. Deze vormen straks de basis voor verdere stappen bij het invoeren van dbc's en vrije tariefvorming.

De zorgautoriteit krijgt een essentiële rol bij het creëren, stimuleren en begeleiden van de verschillende deelmarkten. Ik kom daar later nog op terug in de hoofdstukken 9 en 13.

Het ligt niet in de rede om de criteria voor marktwerking en indeling in deelmarkten in de wet vast te leggen. De realiteit is veel diffuser dan regels kunnen bevatten. Bovendien levert vastleggen in regels van dynamische, zich ontwikkelende omstandigheden het gevaar van onoverkomelijke onvoorziene knelpunten, voetangels en klemmen op. De indeling van markttypen in de memorie van toelichting en hierboven moet dan ook in dat licht worden gezien. Die indeling laat zien welke typen mogelijk zijn, niet meer en niet minder dan dat.

De leden van de PvdAfractie vonden de keuze voor gebruik van het begrip «bedrijfstukken» in de tekst van de memorie van toelichting, waar een type zorg of deel van het zorgaanbod wordt bedoeld, ongelukkig.

Hoewel misschien niet gebruikelijk om in dergelijke zakelijke termen over de gezondheidszorg te spreken is het in economische termen zeker niet ongewoon om ook de gezondheidszorg als bedrijfstak te benoemen. Dit laat onverlet dat zaak is oog te hebben voor de behoeften van patiënten en de zorg waarmee die behoefte wordt vervuld door in de zorg werkzame personen en instellingen.

Criteria ingrijpen in markt

De leden van de fracties van de PvdA, VVD, SP, GroenLinks en SGP stelden vragen over het ingrijpen bij ongewenste marktontwikkelingen. 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? 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?

Liberaliseren van de zorg staat ten dienste van het realiseren van de publieke belangen: toegankelijkheid, goede kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. Liberaliseren van de zorg en het introduceren van marktconforme prikkels is geen doel maar een middel om deze publieke belangen te realiseren. In het geval de liberaliseringstrajecten de publieke belangen minder goed realiseren dan andere vormen van marktordering, is er reden goed te onderzoeken waar de oorzaak zit en te bezien of daarvoor een oplossing is.

De vragen over de opzet van een onafhankelijk orgaan voor de toetsing van de kwaliteitscriteria zijn beantwoord in het hoofdstuk inzake de uitwerking van het Hoofdlijnenakkoord.

Het niet oplopen van wachtlijsten lijkt geen reden liberaliseringstrajecten stop te zetten. In geval de wachtlijsten wel oplopen is er reden te analyseren waarom deze wachtlijsten oplopen. Afhankelijk van de analyse van de oorzaken van het oplopen worden maatregelen overwogen om deze ontwikkeling om te buigen. Op voorhand is er echter zeker geen reden te verwachten dat liberalisering leidt tot het oplopen van wachtlijsten.

Om te kunnen ingrijpen staat de minister te allen tijde het instrumentarium van de ordenende wetten in de zorg, de WZV/WTZi, het overeenkomstenstelsel Ziekenfondswet/AWBZ en de WTG, ten dienste. Met referentie aan de in de inleiding van deze nota gestelde over de verhouding tussen parlement, minister en het College is de uiteindelijke keuze van deelmarkten waar in meer of mindere mate vrije tariefvorming kan plaatsvinden een politieke keuze. Dus aan de minister van VWS, door middel van de goedkeuringsbevoegdheid van de beleidsregels en de aanwijzingsbevoegdheid. Wel kan het College de minister van informatie voorzien voor die keuze door middel van bijvoorbeeld signaleringen. De minister blijft ook op de deelmarkten waar in meer of mindere mate vrije tariefvorming plaatsvindt verantwoordelijk voor de «infrastructuur» van deze markten door middel van regelgeving over toelating van aanbieders, kwaliteit, opleidingsbeleid et cetera. De taak en bevoegdheidsverdeling tussen VWS, het College en de NMa verschilt dus afhankelijk van de aard en het aantal vrijheidsgraden die geïntroduceerd zijn op de desbetreffende deelmarkt. Vereenvoudigd weergegeven kan de taak en bevoegdheidsverdeling tussen het College, de minister van VWS en de NMa als volgt worden weergegeven.

Segmenten Taakverdeling	Vaste tarieven	Beperkte ruimte voor vrije tarief- vorming	Vrije tariefvorming
Minister	< Keuze welke deelmarkt in welk segment >		
CTG (College)	Goed- of afkeuren beleidsregels (op basis daarvan worden vaste tarieven vastgesteld door het College)	Goed of afkeuren beleidsregels (tariefregime met onderhandelingsruimte voor marktpartijen)	Goed of afkeuren beleidsregels met prestatiebeschrijvingen (prestatie ligt vast, tarieven zijn vrij)
	Infrastructuur markt	Infrastructuur markt	
	Beleidsregels vaststellen	Beleidsregels vaststellen	Beleidsregels vaststellen
		Monitoring + zonodig ingrijpen/VWS adviseren in te grijpen bij infrastructuure belemmeringen	Monitoring + zonodig ingrijpen/VWS adviseren in te grijpen bij infrastructuure belemmeringen
	Signaleren of er ruimte is voor vrije(re) tariefvorming of andere inzet van (WTG)-instrumenten	Signaleren of er ruimte is voor vrije(re) tariefvorming of andere inzet van (WTG)-instrumenten	Signaleren of er ruimte is voor vrije(re) tariefvorming of andere inzet van (WTG)-instrumenten
NMa	Voor die markten waar effectieve concurrentie mogelijk is, ziet de NMa toe op naleving van de Mededingingswet door beoordeling van kartelvorming, economische machtspositie en concentratie (fusies)		

Ingrijpen bij tariefstijgingen

De leden van de fracties van de PvdA, VVD en GroenLinks stelden vragen over tariefstijgingen ten gevolge van marktwerking op sommige deelmarkten. Wanneer (bij welke mate van tariefstijgingen) en op welke manier is de minister van plan te interveniëren in de tariefstijgingen? Kan de regering dit toelichten aan de hand van een voorbeeld met een diagnosebehandeling combinaties (dbc's) uit het vrije segment in de cure-sector, en met een voorbeeld uit de AWBZ gefinancierde zorg?

De overheid kan na inwerkingtreding van onderhavig wetsvoorstel altijd ingrijpen om op korte termijn een einde te maken aan de grote tariefstijgingen, bijvoorbeeld door een maximum, bandbreedte of vast tarief in te stellen. Dit ingrijpen dient zorgvuldig en behoedzaam te gebeuren en maakt onderdeel uit van de gereguleerde marktwerking zoals de overheid die zich voorstelt. Het gaat daarbij immers om een middel om de publieke belangen te waarborgen van een goede betaalbare en toegankelijke zorg. Wel moet partijen tijd worden gegund om tot een juist evenwicht te komen van de prijskwaliteitsschaarsteverhouding. In dat licht valt een omgekeerde weg van loslaten en overgaan tot minder stringente tariefstelling ook onder de gereguleerde marktwerking. Evenals het inzetten van andere middelen om tot een juiste prijskwaliteitsverhouding te komen, als bijvoorbeeld het voorschrijven van een kostentoe rekeningsmodel en het verbinden van voorwaarden, voorschriften of beperkingen aan het in rekening brengen van een tarief. Of door het vergroten van het aanbod door het verlagen of verwijderen van toetredingsdrempels of het mogelijk maken van substitutie van zorg.

Bij de beantwoording van de vraag of er moet worden ingegrepen is vooral de vraag van belang wat de oorzaak is van de tariefstijging. Die oorzaak bepaalt de keuze of en hoe zal worden ingegrepen. Dat ingrijpen hoeft dus niet altijd direct gericht te zijn op de tariefstelling, maar kan ook gericht zijn op het gedrag van de over het tarief onderhandelende partijen of op andere factoren die bij onderhandelen van belang zijn, als de mogelijkheid van toetreding van nieuwe zorgaanbieders of substitutie van de zorg.

Ter illustratie voorbeelden aangaande de dbc's in de ziekenhuiszorg. Als de tariefstijging het gevolg is van het misbruik van een economische machtspositie grijpt de NMa in. Als de tariefstijging het geval is van te

hoge toetredingsdrempels zal de minister van VWS die drempels trachten te verlagen. Als de tariefstijging het gevolg is van een gemiddeld hogere kwaliteit die bewust is ingekocht door verzekeraars, is er niet direct een reden om in te grijpen, tenzij dit een ongewenst en onverantwoord budgettair effect heeft op het BKZ.

Voor het voorbeeld van de AWBZ gefinancierde zorg verwijs ik naar het volgende antwoord.

AWBZ en markt

De leden van de VVD-fractie constateerden dat gesteld werd dat in de AWBZ geen sprake is van risicodragende verzekeraars en dat mede daarom zachtere prikkels voor de hand liggen. Zij vroegen 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?

In de AWBZ is reeds sprake van een ontwikkeling naar gereguleerde marktwerking. De NMa concludeert in haar in januari 2004 gepubliceerde visiedocument AWBZ-zorgmarkten dat zorgaanbieders sinds de functionariserings van de aanspraken per 1 april 2003 beperkte ruimte kennen om zich van elkaar te onderscheiden. Aanbieders hebben een prikkel om te concurreren vanwege de in omvang toenemende prestatiebekostiging en de toepassing van maximumtarieven in de extramurale zorg. Het zorgkantoor kan tot op zekere hoogte variëren in het in te kopen volume per aanbieder, en daarmee gebruik maken van de concurrentie. In de komende jaren neemt de ruimte voor concurrentie toe, onder meer door de introductie van functiegerichte bekostiging in de AWBZ en de afschaffing van de contracteerplicht. De toetreding tot de AWBZ is vereenvoudigd. Zoals ook de NMa constateert, is door de functiegerichte benadering toelating per deelmarkt mogelijk geworden. Dit leidt tot een sterke toename van de vraag en dito aantal toetreders c.q. toegelaten instellingen. In combinatie met en als gevolg van de bestaande contracteerplicht die ook voor die nieuwe instellingen geldt, wordt elke toetreder gecontracteerd, ongeacht de totale vraag aan zorg. In dat licht wordt de contracteerplicht voor extramurale zorg afgeschaft.

Internationale vergelijking

De leden van de fractie van de VVD stelden vragen over internationale vergelijkingen en informatie. 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 doorgeschoven naar de provincies? Dit kwam de leden uiterst onlogisch voor, omdat dan een geheel nieuwe speler in het veld wordt geïntroduceerd.

Het in de memorie van toelichting aangehaalde voorbeeld uit de Bondsrepubliek Duitsland (BRD) illustreert dat ziekenhuizen doelmatigheidswinsten kunnen behalen. De beursgenoteerde Duitse ziekenhuisketen RhönKlinikum AG slaagt erin ca. 30% doelmatiger te werken dan het gemiddelde Duitse ziekenhuis door bedrijfsprocessen te rationaliseren, uitsluitend te werken met specialisten in loondienst, het personeel beter op te leiden, prestatieprikkels voor het gehele personeel in te voeren en forse investeringen te doen in een doelmatige infrastructuur. Het gevolg is dat RhönKlinikum AG winstgevend kan zijn zonder een beroep te doen op de kapitaallastenvergoedingen van de Bundesländer. Daarmee voorkomt men ook de overheidsbemoediging rondom ziekenhuis-

bouw. In Duitsland mag men namelijk naar eigen inzicht investeren als men de kosten voor eigen risico financiert via de kapitaalmarkt. De reguliere tarieven die voor het gemiddelde Duitse ziekenhuis toereikend zijn voor de kosten exclusief kapitaallasten zijn voor RhönKlinikum AG zelfs voldoende hoog om ook de kapitaallasten te dekken. De financiering van kapitaallasten van Nederlandse ziekenhuizen is op vergelijkbare wijze gegarandeerd als een gemiddeld niet commercieel Duits ziekenhuis. Belangrijk verschil is dat in Duitsland een lokale overheid rechtstreeks financiert terwijl in Nederland kapitaallasten in tarieven zijn versleuteld en uiteindelijk via verzekeringspremies worden opgebracht. Het is geenszins mijn bedoeling om in Nederland de financiering van de kapitaallasten door te schuiven naar de provincies. Het Duitse voorbeeld illustreert juist dat behoorlijke besparingen mogelijk zijn indien zorginstellingen bedrijfseconomische afwegingen maken bij hun investeringsbeslissingen.

De leden van de SPfractie waren 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?

Bij de beleidsvoorbereiding wordt waar mogelijk gebruik gemaakt van informatie uit andere landen. Vaak echter is deze informatie niet goed vergelijkbaar. Dit heeft te maken met definitieverschillen en de grote verschillen in structuur en organisatie van de gezondheidszorg in andere landen. Bij gebruik van informatie uit andere landen wordt de Kamer daarover ingelicht.

Het signaleringsrapport «Sturing en financiering van de bouwkundige zorginfrastructuur in andere landen van de Europese Unie» van het Bouwcollege (8 oktober 2001) vergelijkt acht Europese landen. De overheid speelt in alle onderzochte landen een rol als eigenaar van infrastructuur in de gezondheidszorg, soms zelfs een dominante rol. Nederland neemt in dit opzicht een uitzonderingspositie in. De acht besproken landen geven een grote verscheidenheid te zien in de mate en wijze van financiering van de infrastructuur. De mate waarin de overheid bijdraagt in de kosten varieert van bijna nihil in Nederland en Frankrijk tot 100 procent in het geval van de provinciale overheid in Denemarken. In Duitsland, Denemarken en Zweden wordt de infrastructuur van ziekenhuizen door de overheid gefinancierd mits of voorzover de instellingen voldoen aan bepaalde voorwaarden. Ditzelfde is in het Verenigd Koninkrijk voor 94% van de ziekenhuizen het geval en in Spanje voor alle ziekenhuizen in 10 van de 17 autonome regio's. In twee landen, België en Oostenrijk, beperkt de overheid zich tot dekking van een gedeelte van de kosten van de infrastructuur. De resterende kosten hiervan worden via de tarieven doorberekend aan de verzekeraars, via eigen bijdragen aan de patiënten en in sommige gevallen aan de eigenaars.

Nederland neemt dus ook bij de financiering van infrastructuur, nu samen met Frankrijk, een uiterste positie in aangezien de overheid niet participeert in de financiering.

Alternatieven voor gereguleerde marktwerking

De leden van de SP-fractie stelden dat de naam van de wet al aangeeft dat er mogelijkheden voor experimenten worden gecreëerd. Dit hoeft volgens deze leden 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?

Het doet mij deugd de leden van de SP-fractie het creëren van de mogelijkheid voor experimenten ondersteunen. Wanneer gekozen wordt voor de opzet van een experiment is vanzelfsprekend dat de effecten worden geëvalueerd, indien de conclusie negatief uitpakt is het de bedoeling dat het experiment wordt opgeheven zonder de continuïteit van de zorg in gevaar te brengen. Het mooie is tevens dat met het experiment de gelegenheid ontstaat om de mogelijke ongewenste effecten te beperken. Op de vraag in hoeverre de regering open staat voor andere oplossingen lijkt het me evident dat beleid niet statisch is. Wel lijkt het me verstandig om de gecontroleerde marktwerking een reële kans te gunnen voordat we overstappen op andere alternatieven. Met betrekking tot experimenten verwijs ik verder naar Hoofdstuk 5 van deze nota.

Publieke borging

De leden van de SP-fractie vonden dat de gezondheidszorg toegankelijk moet zijn voor iedereen, en dat dit ook geborgd moet zijn. Zij waren van mening dat de markt hiervoor niet kan zorgen.

Zij vonden 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 vroegen 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) Het is ten principale zo dat indien er niets is geregeld de partijen in een volledige open marktsituatie opereren. De doelen en het handelen van iedere marktpartij worden dan gevoed door het eigen belang dat niet altijd parallel hoeft te lopen aan het algemeen publiek belang.

Juist omdat in de zorg de borging van publieke belangen toegankelijkheid, goede kwaliteit en betaalbaarheid zo belangrijk is kiest de regering voor gereguleerde marktwerking. Dat wil zeggen dat er alleen marktprikkels worden geïntroduceerd daar waar dat de realisatie van de publieke belangen dichterbij brengt. Bovendien worden de aard en omvang van de marktprikkels afgestemd op de specifieke markt-omstandigheden. Daarmee probeert de overheid te voorkomen dat invoering van marktwerking ongewenste gevolgen heeft. Een en ander neemt niet weg dat de invoering van de mogelijkheden tot meer marktwerking soms door de randvoorwaarden of omstandigheden ook wel eens onverwachte gevolgen heeft. In de memorie van toelichting heb ik daar al op gewezen in bij de passage over de Wet invoering maximumtarieven en beperking contracteerplicht in het hoofdstuk over de ontwikkeling van de regelgeving (Kamerstukken II, 03/03, 29 379, nr. 3, p. 29). Zoals al eerder is gesteld staan de genoemde publieke belangen voorop. Ik kies daarbij een realistische en pragmatische weg en hecht daarmee minder aan het middel dan aan het doel.

Daarbij dient ten algemene worden bedacht dat de gevolgen van de introductie van vormen van marktwerking op korte termijn anders kunnen zijn dan de gevolgen op langere termijn. Dat geldt navenant voor het aanbrengen van correcties en het treffen van maatregelen om de marktwerking bij te sturen. Het is derhalve nodig ontwikkelingen de tijd te gunnen en niet te snel een koers te wijzigen.

De passage over ongewenste gevolgen van marktwerking waar de leden van de SP-fractie op wijzen staat op pagina 6 van de memorie (Kamerstukken II, 0304, 29 379, nr. 4). Die passage handelt over de mogelijkheid om snel te wisselen tussen vaste , bandbreedte, maximum, minimum en vrije tarieven. Met de zinsnede dat gewaakt moet worden voor ongewenste gevolgen wordt het volgende bedoeld. Door het wisselen van tariefsoort voor een prestatie zouden eventuele ongewenste gevolgen kunnen zijn het mogelijk ontstaan van een intransparantie die ertoe leidt dat er geen goed onderscheid en vergelijking getroffen kan worden tussen de prestaties en de daaraan gekoppelde tarieven en dat er onvoldoende mededinging ontstaat door afgestemd gedrag en samenspanning. Die ongewenste gevolgen moeten we voorkomen. Die situatie zou kunnen ontstaan indien voor dezelfde prestatie in de onderscheiden verzekeringscompartimenten ongelijke tarieven zouden worden gehanteerd. Door die ongelijkheid ontstaat intransparantie en doemt het mogelijke gevaar op dat het voor de zorgaanbieder aantrekkelijk wordt om wel zorg te leveren waar het tarief hoger is en niet waar de tarieven lager zijn. Zo moet bij een beslissing welke tariefsoort past bij een prestatie altijd worden bedacht welke effecten die beslissing heeft op de betaalbaarheid, de kwaliteit, en vooral ook de toegankelijkheid van de prestatie. Zeker bij prestaties c.q. vormen van zorg die deels substituten zijn voor elkaar.

Risicoselectie

De leden van de SGP-fractie wezen op het belang van het voorkomen van risicoselectie vooral in de relatie met de toegankelijkheid voor verzekeren van de kostbare zorg. De toegang tot deze zorg moet gewaarborgd zijn, zo vonden de leden van de SGP-fractie. Zij vroegen zich in dat verband af hoe kan worden voorkomen dat dure, weinig voorkomende operaties of intensieve palliatieve zorg, niet worden gecontracteerd of erger nog, niet door verzekeraars worden vergoed.

Een startpunt voor de redenering ligt in de wettelijk geregelde aanspraken van de verzekerde. Biedt de wet de verzekerde recht op deze vormen van zorg dan moet de sociale ziektekostenverzekeraar die zorg ook daadwerkelijk aan de verzekerden aanbieden (zorgplicht). In het huidige duale stelsel betekent dit dat het ziekenfonds deze vormen van zorg moet contracteren en dat de particuliere ziektekostenverzekeraar aan de verzekerde de gemaakte kosten moet restitueren. In het nieuwe zorgstelsel zoals het kabinet dat ontwikkelt, ligt dat niet zo veel anders. Er is dan sprake van een verzekering voor curatieve zorg voor iedereen zonder onderscheid tussen particuliere en sociale verzekeraars. De wettelijk geregelde functie- neel omschreven aanspraken vertaalt de verzekeraar op elementen als wie levert deze zorg, waar en wanneer, in een polis die de verzekerde met de verzekeraar sluit. De verzekeraar kan er dan voor kiezen (en dus ook de verzekerde) om deze zorg aan te bieden als natura zorg of door middel van restitutie. In het eerste geval dient de verzekeraar overeenkomsten met aanbieders van zorg te sluiten, op zodanige wijze dat naar verwachting aan de vraag van zijn verzekerden kan worden voldaan. Hij maakt daarbij ook afspraken over de kwaliteit en het tarief van de te leveren zorg. In geval van restitutie heeft de verzekeraar de plicht om verzekerden te helpen bij het vinden van de juiste aanbieder van zorg; hij heeft een bemiddelingsplicht. Overigens zal ook een verzekeraar die met restitutie werkt, voor kostbare vormen van zorg afspraken met de zorgaanbieders willen maken om er zeker van te zijn dat ook voor zijn verzekerden de zorg beschikbaar en betaalbaar is. Het wetsvoorstel Herziening overeenkomstenstelsel zorg brengt, zoals dat is ingediend bij uw Kamer, daarin geen verandering. Voorts heeft het kabinet het voornemen om in de Zorgverzekeringswet, die de per 1 januari 2006 in te voeren algemene verzekering curatieve zorg regelt, een bepaling op te nemen die de over-

heid de mogelijkheid biedt om zorgvormen of deelmarkten van zorg aan te wijzen waarop verzekeraars verplicht zijn overeenkomsten met aanbieders van zorg te sluiten om zodoende de toegankelijkheid van deze vormen van zorg te waarborgen.

De leden van de SGP-fractie vroegen ook aandacht voor de risico's van toenemende schaalvergroting bij de zorgverzekeraars.

Het kabinet deelt deze zorg; wil goede marktwerking mogelijk zijn dan moet aan de voorwaarden van eerlijke concurrentie en een level playing field voor alle verzekeraars die de zorgverzekeringwet willen uitvoeren, zijn voldaan. Dat is vooral een overgangsvraagstuk, dat bij de invoering van de zorgverzekeringwet een belangrijke rol speelt. Daarnaast is van belang dat voldoende marktpartijen overblijven om van een concurrerende markt te kunnen spreken. Uitgaande van een eveneens verdergaande concentratie van zorgaanbieders acht het kabinet een situatie waarin op de langere termijn het aantal zorgverzekeraars terugloopt voor een goede marktontwikkeling niet ongewenst. Daarbij is wel van belang dat zowel nieuwe zorgaanbieders als nieuwe zorgverzekeraars zonder onnodige belemmeringen kunnen toetreden en dat bestaande marktpartijen geen misbruik maken van hun machtspositie. Het is om die reden dat het kabinet veel aandacht schenkt aan de totstandkoming van een zorgautoriteit die zich met name richt op het bevorderen en begeleiden van de marktwerking tussen aanbieders van zorg en tussen zorgverzekeraars en het bewaken van een evenwichtige verhouding tussen beide partijen. Zij heeft daarbij, behalve een bevorderende en regulerende taak ook een toezichthoudende taak, samen met de toezichthouder op de mededinging, de NMa, ter waarborging van het publiek belang.

4. KARAKTER EN WERKING VAN DE WTG

Regelniveau wet-amvb-beleidsregels

De leden van de PvdA-fractie vroegen 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?

Door het voorstel WTG ExPres komen een tweetal algemene maatregelen van bestuur gegrond op de WTG te vervallen. Het betreft het Besluit werkingssfeer maximumtarieven WTG en het Besluit gegevensverstrekking WTG te vervallen. Het eerstgenoemde besluit vervalt omdat de wet er van uitgaat dat alle tariefsoorten mogelijk zijn en dat deze tariefsoorten voor de onderscheiden prestaties worden neergelegd in beleidsregels van het College. Deze beleidsregels worden door de minister goedgekeurd. Via de eerder gememoreerde voorhangprocedure bij het parlement kunnen aanwijzingen over die beleidsregels worden gegeven. Het tweede besluit is vervallen omdat de relevante voorschriften uit dat besluit nu zijn opgenomen in de wet. Er komen met onderhavig voorstel in de WTG geen nieuwe grondslagen voor algemene maatregelen van bestuur bij.

Volgens de Aanwijzingen voor de regelgeving is de toedeling tussen wet en algemene maatregel van bestuur als volgt. Onderwerpen die strafrechtelijk of bestuurlijk worden gehandhaafd, moeten in de wet zijn vastgelegd. De nadere detaillering van die onderwerpen in lagere regels is toegestaan mits die mogelijkheid tot detaillering in de wet vastligt. Datzelfde geldt als aan betrokkenen toekomstige rechten en vrijheden

worden ingeperkt. Aldus is een algemene maatregel van bestuur steeds een uitwerking van in de wet vastgelegde mogelijkheid van detaillering van de hoofdzaken. Deze verdeling garandeert dat de hoofdzaken blijven behoren tot het primaat van de (mede)wetgever. De (mede)wetgever blijft betrokken bij de detaillering door voorhang van belangrijke beleidsregelbeslissingen bij het parlement. Als voorbeeld wijs ik op de voorhang van voorgenomen aanwijzingen in het kader van de WTG.

In dit kader wijs ik ook op de beantwoording van vragen van de fracties van de ChristenUnie en de SP over de vastlegging van tariefsoorten in beleidsregels in plaats van in een algemene maatregel van bestuur onder het kopje «Wijziging vastlegging tariefsoorten» in hoofdstuk 7.

Doelstellingen WTG en WTG ExPres

De leden van de VVD-fractie constateerden 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? En of sommige van de doelstellingen niet zijn achterhaald. Die leden vroegen ook hoe centraal vastgestelde tarieven en kostenbeheersing zich verhouden 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?

De WTG gaat uit van onderhandelende partijen bij de totstandkoming van een tarief voor een prestatie. In die zin zit «de markt» ingebakken in de WTG en is deze wet een schoolvoorbeeld van regels voor marktordening. De WTG is van oorsprong een lex specialis van de Prijzenwet. Er is echter een verschil tussen doelstellingen, regels, toepassing van regels en de beleving van de toepassing. Dat de toepassing van de WTG door de centrale overheid niet altijd bij betrokken partijen heeft geleid tot de beleving dat de WTG in beginsel uitgaat van onderhandelende partijen, is genoegzaam gebleken uit de evaluatie van de WTG. Ook in de WTG notitie «Speelruimte en verantwoordelijkheid» is daar aandacht aan geschonken. Echter, nog steeds passen de WTG doelstellingen op het nieuwe zorgstelsel. In die zin is de WTG een tijdloze wet omdat hij zowel in macrobudgettaire zware als minder zware tijden dienst kan doen. In alle tijden is een doelmatige organisatie van de zorg voor de patiënt gewenst. Voor de totstandkoming van evenwichtige tarieven is ook in een marktsituatie nodig dat kennis en beoordelingsvermogen aanwezig zijn en reële keuzes kunnen worden gemaakt tussen door verschillende zorgaanbieders aangeboden prestaties en daaraan verbonden kosten en tarieven. De WTG schrijft voor dat de tariefvorming geschiedt door met elkaar onderhandelende partijen als uniforme en transparante wijze van totstandkoming van tarieven.

In de notitie «Speelruimte en verantwoordelijkheid» (Kamerstukken II, 19 992 000, 27 156, nrs. 1 en 2) wordt in de samenvatting en in hoofdstuk 2 van die notitie ingegaan op de evaluatie van de WTG. In die evaluatie worden de doelstellingen van de WTG belicht. Daarbij is geconstateerd dat respondenten van mening zijn dat aan de doelstellingen uniforme totstandkoming van tarieven en kostenbeheersing is voldaan, doch dat de doelstellingen evenwichtige tarieven en doelmatigheid van zorg minder uit de verf zijn gekomen. Die conclusie mag er niet toe leiden dat de aandacht zich alleen op die laatste doelstellingen richt en dat de aandacht voor de transparantie van een uniforme totstandkoming van tarieven door onderhandelende partijen en voor de beheersing van kosten verslapt. Uit

voorgaande blijkt dat de doelstellingen van de WTG geenszins zijn achterhaald en ook na inwerkingtreding van de WTG ExPres volop van kracht blijven.

Hierboven is al geconstateerd dat met onderhavig voorstel de WTG als regulerend en begeleidend instrument voor deelmarkten in de zorg beter geschikt wordt gemaakt door meer nuancering in het instrumentarium te leggen. Ook zullen er deelmarkten zijn waar de zorgautoriteit strak moet reguleren ter wille van het publiek belang. Mocht echter elke deelmarkt in de zorg een volkomen markt zijn, pas dan komt aan de orde of je oude schoenen weg moet gooien.

5. EXPERIMENTEN

Inwerkingtreding WTG ExPres

De leden van de CDA-fractie constateerden 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 inwerkingtredingsdatum is (mede) gebaseerd op de door de regering gewenste oorspronkelijke invoeringsdatum van de dbc-systematiek. Inmiddels is dat voornemen gewijzigd en lopen invoering van beleidsregels en boekjaar weer synchroon. Ik heb u daarna bericht bij brief van 26 maart 2004 (Kamerstukken II, 0304, 29 248, nr. 4). Een nota van wijziging met betrekking tot de inwerkingtreding van onderhavig voorstel is bijgevoegd.

Voorbeelden experimenten

De leden van de PvdA-fractie vroegen 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 (markt-aandelen) in deze typen zorg? Hoe wordt de omvang van een bepaalde markt of regio bepaald? Genoemde leden hechtten 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 vroegen 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?

Voorbeelden

Aan de notitie Speelruimte en Verantwoordelijkheid over de WTG en de brief van 1 juni 2001 aan de Kamer (niet dossier stuk vws 0 000 772) over de beperking van de reikwijdte van de tarifiering door het CTG ontleen ik suggesties voor experimenten met volgende prestaties:

- vaccinaties ten behoeve van de preventie van influenza;
- verwijderen van een tatoeage;
- acupunctuur;
- chiropractie;
- haptonomie;

- homeopathie;
- gezondheidskeuringen;
- rijbewijskeuringen;
- aanstellingskeuringen;
- tropenkeuringen;
- werkzaamheden bij een opnameindicatiecommissie of regionaal indicatie orgaan;
- werkzaamheden bij een organisatie die zich uitsluitend richt op bevordering van reïntegratie in het arbeidsproces;
- prestaties die wordt gefinancierd uit subsidie op grond van de Ziekenfondswet, de AWBZ of de rijksbegroting;
- prestaties van een privéklinieken uitsluitend indien zij geen zorg verleend waarop bij of krachtens AWBZ of de Ziekenfondswet aanspraak bestaat, ongeacht de wijze waarop de kosten daarvan worden vergoed;
- prestatie van personen of instellingen die uitsluitend met AWBZ zorg vergelijkbare zorg leveren die niet wordt geleverd op grond en/of ten laste van de AWBZ;
- fitness en sport en zwangerschapsbegeleiding of het geven van opleiding of bijscholing door fysiotherapeuten en oefentherapeuten.

Kleinschalig

Met het woord kleinschalig wordt de tegenstelling met de mogelijkheid om te experimenteren in de huidige WTG benadrukt. In de huidige WTG zijn alleen landelijke experimenten mogelijk.

Met kleinschalig wordt bedoeld dat een experiment naar gelang de doelstelling op een specifieke doelgroep, prestatie, een of meerdere zorgaanbieders, een of meerdere ziektekostenverzekeraars of in een beperkte regio plaats kan hebben. Twee actuele voorbeelden van kleinschalige experimenten zijn de bekostiging van een beperkt aantal dbc's en vrijere tarifiering van de fysiotherapeuten.

Experimenteel karakter

Voor de goede orde zij gezegd dat WTGexperimenten niet per definitie betrekking hebben op de vrijere tarieven, maar juist een experimenteel karakter hebben doordat tijdelijk een andere set van WTG beleidsregels van toepassing is dan gebruikelijk. Dat betekent dat een experiment ook betrekking kan hebben op strakkere beleidsregels en minder vrijere tarieven en daartoe uiteindelijk ook kan leiden als de borging van eerder genoemde publieke belangen dat vergt.

Stakeholders/betrokkenen

Overeenstemming van de betrokkenen bij het experimenteren is meege-nomen maar niet strikt noodzakelijk. Daarbij merk ik het volgende op. De WTG biedt ook bescherming tegen een bedreigende machtsituatie. Zo is een indicatie voor een economische machtspositie de wil van zorgaanbieders om uit de WTG te gaan. Degenen die de vrijheid willen, zijn meestal schaars en zien hoge tarieven en dito winsten voor zich in het verschiet; degenen die niet schaars zijn zien daarentegen meer in de WTG als bescherming tegen te lage tarieven. Dat leidt tot adagium: «Wie uit de WTG wil moet erin blijven, wie in de WTG wil moet eruit blijven». De toepassing van dat adagium ligt, zo ik al eerder heb aangegeven, genuan-ceerder.

Verplichte deelname

Over verplichte deelname het volgende. Een experiment dat zich uitstrekt

tot aanbieders in een specifiek gebied kan alleen slagen als de deelnemers onder dezelfde condities werken. Omdat je anders ongelijke marktposities creëert, ligt verplichte deelname in de rede. Op het verplichte karakter kom ik in dit hoofdstuk nog separaat terug.

Inlichten parlement

Vanzelfsprekend wordt de Kamer van elk experiment en de resultaten op de hoogte gesteld, ofwel door middel van het verslag van werkzaamheden van het College ofwel separaat indien het experiment daartoe aanleiding geeft.

Vertraagde invoering experimenteerbepaling

De leden van de VVD-fractie vroegen waarom met het oog op de genoemde experimenten niet eerder is geprobeerd om een experimenteermogelijkheid op te nemen in de WTG.

Op grond van de evaluatie van de WTG is geconstateerd dat er behoefte is aan een experimenteermogelijkheid. In de WTG notitie Speelruimte en Verantwoordelijkheid van 12 mei 2000 is het voornemen geuit een dergelijke mogelijkheid in de wet op te nemen. Op 1 november 2000 werd dat nog eens bevestigd in het schriftelijk overleg over die notitie. Op 16 november 2000 verzocht de Vaste Commissie mij geen onomkeerbare stappen te ondernemen voordat uw Kamer zich over de voornemens in de WTG notitie had uitgesproken. Bij brief van 15 december 2000 heeft de toenmalige minister de Kamer toegezegd geen stappen te zetten zonder consultatie van uw Kamer. Het Algemeen overleg over de notitie op 24 januari 2001 is afgelast door uw Kamer. Het op 19 april 2001 geplande ronde tafelgesprek met brancheorganisaties uit het veld over de notitie is eveneens afgelast en gehouden op 6 juni 2001. Ook op 19 juni, 5 september en 27 september 2001 is het algemeen overleg afgelast. Op 28 september 2001 kondigde de Vaste commissie aan de WTG notitie te willen bespreken na het kerstreces samen met de notitie Vraag aan bod en de brief over de modernisering van de curatieve zorg. Daarbij vroeg de vaste commissie nogmaals geen onomkeerbare stappen te nemen. Op 13 maart 2002 heeft het hoofdlijnen debat plaats gehad en heeft de Kamer groen licht gegeven voor de uitwerking van de voornemens waaronder de experimenteermogelijkheid. Ondertussen heeft het departement niet stil gezeten en de voorbereidingen getroffen voor een aanpassing van de WTG. Die aanpassing is op 10 april 2002 in de vorm van een aanvraag uitvoeringstoets voorgelegd aan het College tarieven gezondheidszorg. Het College bracht 17 juni 2002 de uitvoeringstoets uit. In de zomer 2002 werd na een kabinetswisseling het accent van de werkzaamheden met betrekking tot de WTG verplaatst naar de formalisering van het experiment met dbc's «ruimte voor resultaat». Eind 2002 kon daardoor weer de draad worden opgepakt en werd de wijziging van de WTG eerst beperkt tot experimenten en prestatiebekostiging. In januari 2003 werd dat uitgebreid met de terugdringing van administratieve lasten en in februari 2003 moest alle hens aan dek voor het dossier fraude in de zorg. Eerst daarna kon de ontwikkeling van de WTG ExPres verder worden doorgezet. Het Hoofdlijnenakkoord vroeg aandacht voor de uitwerking van de verhouding tussen College, NMa en zorgautoriteit, mede op geleide van het advies van de Raad van State over de WTG ExPres. Bij brief van 21 november 2003 heb ik uw Kamer daarover bericht en kon het nader rapport en het voorstel van wet worden afgerond, nadat was besloten de wettelijke verankering van de zorgautoriteit niet in de WTG ExPres te regelen maar in een separaat wetsvoorstel. Nader rapport en onderhavig voorstel ontving u op 22 december 2003.

Termijnen en fasen experimenten

De leden van de fractie van de VVD vroegen waarom met betrekking tot de tijdelijkheid van de experimenten is gekozen voor een termijn van vijf jaren?

Ik ben mij ervan bewust dat elke termijn een zeker arbitrair karakter heeft en dat het tot stand komen van een experiment een zekere tijd nodig heeft. Bovendien zal dat verschillen van experiment tot experiment. Er dient ruimte te zijn voor onvoorziene startproblemen en voor een zorgvuldige beëindiging van het experiment, terwijl tevens voldoende ervaring moet worden opgedaan voor een adequate beoordeling. Het College evalueert het experiment tijdig en tijdens de uitvoering zodat het op grond van de evaluatie tijdig voorstellen in de vorm van beleidsregels kan doen waardoor de positieve ervaringen met een geslaagd experiment aan de gehele sector ten deel kunnen vallen. Een ruwe indeling in fasen brengt mij tot volgende indicatieve planning:

- eerste fase: aanloop problemen en bijstellen experiment;
- tweede fase: volledig draaien – eerste echte experimentfase;
- derde fase: bijstellen – volledig experiment;
- vierde fase: evaluatie door College + signalering naar de minister van VWS;
- vijfde fase: standpunt minister van VWS + voorhang aanwijzing parlement + aanwijzing aan het College + vaststelling beleidsregels College + goedkeuring minister + voorbereiding implementatie in en door zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars + communicatie naar patiënten/consumenten/verzekerden.

Van dit indicatieve schema kan per experiment worden afgeweken mits het experiment binnen de maximumtermijn blijft van vijf jaren. Het indicatieve overzicht geeft wel aan dat de stap van experiment naar een definitieve implementatie veel werkzaamheden en wettelijke procedures met zich brengt.

Betrokkenheid parlement bij experimenten

De leden van de GroenLinks-fractie meenden 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 College?

De Kamer is direct betrokken in geval het ministerie het experiment initieert door middel van een aanwijzing aan het College. In dat geval wordt de aanwijzing voorgehangen bij de Kamer. Tevens is het ministerie te allen tijde betrokken bij de goedkeuring van de in het kader van het experiment vastgestelde beleidsregels. De Kamer wordt van de resultaten van de experimenten op de hoogte gesteld ofwel door middel van het verslag van werkzaamheden van het College ofwel separaat indien het experiment daartoe aanleiding geeft.

Criteria experimenten

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben ten aanzien van de kleinschalige experimenten waarvoor dit wetsvoorstel in de WTG ruimte wil bieden, de vraag gesteld aan welke criteria het College toetst of het wenselijk is de mogelijkheid van een experiment op te nemen in een beleidsregel. Ook ten aanzien van de bevoegdheid om aan zorgaanbieders

een experiment toe te staan, hebben de leden van de fractie van de ChristenUnie gevraagd volgens welke criteria het College dient te beslissen – al dan niet op verzoek – om een experiment te starten.

De experimenteerbeleidsregel dient ertoe om het mogelijk te maken dat zorgaanbieders op kleine en beheerste schaal experimenteren met alternatieve wijzen van bekostiging en van kosten en tariefbeheersing. Tevens dient de experimenteerbeleidsregel ertoe om experimenten voldoende te kunnen afbakenen. Een experiment is maatwerk, waardoor de te hanteren criteria onder meer afhankelijk zijn van het doel en de omvang van het experiment. Het College zal bij het voorbereiden en vaststellen van een experimenteerbeleidsregel in elk geval de doelstellingen van de WtG moeten betrekken. Daarnaast zullen onder meer de technische en administratieve mogelijkheden van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars, het draagvlak voor het uitvoeren van het experiment bij zorgaanbieder(s) of zorgverzekeraar(s) en de administratieve lasten voor betrokken partijen/patiënten een rol spelen.

Kader aandachtspunten experimenten

Ter algemene moet bij een experiment aandacht worden besteed aan in willekeurige volgorde:

- Onderwerp
- Doel
- Functie
- Prestatiebeschrijvingen
- Tariefsoorten
- Toe te passen beleidsregels
- Toetsingscriteria en vervolgacties en tijdpad
- Sturing en begeleiding
- Rapportage
- Eigendom gegevens experiment
- Evaluatie door College
- Besluitvorming vervolg Minister
- Termijn en Boekjaar
- Gevolgen experiment voor patiënt, consument, verzekerde, zorgaanbieders en verzekeraars
- Meting administratieve lasten
- Bijzondere omstandigheden
- Vrijwillige/verplichte deelneming
- Mededingingseffecten
- Continuïteit van zorg
- Landelijk/regionaal
- Zelfde omgeving/verschillende omgeving (vergelijkend onderzoek/spiegelinformatie)
- Communicatie: voorlichting aan burgers, consumenten en verzekerden
- Inzet personeel, logistiek, financiële middelen
- Mogelijke schade door deelneming experiment
- Waarborgen publieke belangen

Vervolg op experimenten

Voorts vroegen 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?

Is het experiment geslaagd dan kunnen op grond van de evaluatie voorstellen worden gedaan tot het bijstellen van reguliere beleidsregels om de

positieve ervaring te delen met de hele sector. Zowel de voortzetting als de verbreding van het experiment gebeuren niet automatisch maar op grond van politieke besluitvorming naar aanleiding van de in aanvang en na evaluatie geformuleerde doel, criteria en vervolgacties van het experiment en omstandigheden en verwachtingen voor de toekomst. De Kamer wordt over de experimenten, de evaluatie en het vervolg geïnformeerd.

Waarborgen experimenten

De leden van de SGP-fractie waren 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 waren 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.

Het spreekt voor zich dat eerst doel, toetsingscriteria en vervolgacties van een experiment duidelijk zijn alvorens daaraan wordt begonnen. Als belangrijke voorwaarde geldt dat de continuïteit van de zorg niet in gevaar mag komen. De criteria heb ik hierboven aangegeven onder het kopje «Criteria experimenten».

Is het experiment niet geslaagd of zijn er andere redenen de opgedane ervaring niet verder te implementeren, dan resteert als ultimatum remedium dat de deelnemers weer volgens het gewone stamien van de algemeen geldende beleidsregels handelen.

Borging publiek belang bij experimenten

De leden van de SGP-fractie vroegen 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 beleidsbepaling behoort tot de competentie van de minister, de uitvoering van dat beleid aan het College. Daarbij legt het College de uitvoering vast in beleidsregels; die beleidsregels zijn onderhevig aan goedkeuring door de minister; de minister kan met betrekking tot de beleidsregels van het College zogenaamde globale aanwijzingen geven. Daarnaast beschikt de minister nog over schorsings en vernietigingsrecht van de besluiten van het College. Kortom de minister beslist over het houden van experimenten. De Kamer controleert de minister; globale aanwijzingen aan het College worden voorgehangen bij het parlement. Daarnaast kan bij lang lopende experimenten worden besloten tot tussentijdse rapportages, tussentijdse evaluatie en besluitvorming over doorgaan met het experiment.

Grenzen aan experimenten

De leden van de SGP-fractie vroegen of de indruk juist is dat de bewoordingen van artikel 15 ruimte te bieden voor ongelimiteerde experimenten. 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?

Experimenten zijn gebonden aan zinvolheid en de criteria zoals boven genoemd. Van een ongelimiteerd experiment is dan ook geen sprake,

zeker niet in de tijd, die tot een maximum van vijf jaren is begrensd. In uitzonderlijke gevallen waarbij de continuïteit van zorg in gevaar komt kan worden besloten het experiment te stoppen dan wel in de nadelige gevolgen daarvan nader te voorzien. Voorzover mogelijk zal het afbreukrisico van tevoren zijn geschat en meegenomen bij de uitvoering van het experiment.

Geen criteria experimenten in de wet

De leden van de SGP-fractie vroegen of het daarom geen aanbeveling verdient om in de wet op te nemen dat tenminste die aspecten vastgelegd moeten zijn in een overeenkomst. Dit is van belang omdat experimenten het mogelijk maken om van de wet af te wijken. Graag zagen zij ook een inhoudelijke invulling van deze begrippen, zodat helder is aan wat voor soort criteria de regering denkt.

Vastlegging in de wet van de overeenkomst of van de criteria levert verminderde flexibiliteit, verhoogde bureaucratie en onnodige administratieve lasten op. Voor de criteria verwijs ik naar mijn eerder antwoord terzake in dit hoofdstuk. Het vastleggen van het experiment in een beleidsregel geeft voldoende houvast voor en zekerheid aan alle betrokken partijen.

Verplichte deelneming experimenten

Met betrekking tot eventuele verplichte deelname aan een experiment vroegen de leden van de SGP-fractie of de mogelijkheid tot verplichting niet expliciet in de wet moet worden vastgelegd, inclusief de compensatie van eventuele nadelen.

Ingevolge artikel 2 van het wetsvoorstel is het verboden een tarief in rekening te brengen anders dan in overeenstemming met de daarvoor voorziene procedures. Bij die procedures spelen de beleidsregels van het College op grond van artikel 11 een essentiële rol; aan de hand daarvan wordt bepaald welk tarief de zorgaanbieder in rekening mag brengen. Ook experimenteerbeleidsregels zijn beleidsregels als bedoeld in artikel 11. Uit die beleidsregels zal blijken of sprake is van een vrijwillig dan wel een verplicht experiment; ook kunnen de beleidsregels bepalingen bevatten over nadeelcompensatie. Verschil in inhoud van de beleidsregels leidt niet tot verschillende posities van de zorgaanbieder in het licht van het verbod van artikel 2 (los van de mogelijkheid dat een beleidsregel zelf artikel 2 buiten toepassing verklaart; zie het antwoord terzake bij de artikelsgewijze toelichting). Maar ook dan is er voor de onder het experiment vallende zorgaanbieders geen verschil). Het expliciet opnemen in de wet van de mogelijkheid tot verplichte deelname aan een experiment heeft mijns inziens dan ook geen meerwaarde.

6. BEHEERSTE EN SOEPELE INVOERING PRESTATIEBEKOSTIGING

Prestatiebeschrijvingen/nieuwe behandelmethoden

De leden van de CDAfractie vroegen 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 behandelingsen en voldoende ruimte laat voor innovatie? Acht de regering herziening van de dbtarieven elke 6 maanden zoals aangegeven bij de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg voldoende mogelijk indien de WTG ExPres wordt ingevoerd?

Op grond van onderhavig voorstel kan iedere individuele zorgaanbieder en verzekeraar een tarief aanvragen voor een nieuwe behandelmethode. Dat zelfde geldt ook voor nieuwe behandelmethodes waarvoor op grond van de WVG geen tarief hoeft te worden vastgesteld door het College. De wettelijke procedures leiden niet tot verstarring.

Daarbij past wel de kanttekening dat de vraag moet worden beantwoord of er daadwerkelijk sprake is van een nieuwe behandelmethode. Die beoordeling kan tijd kosten omdat daarvoor ook een inhoudelijke toetsing plaats moet vinden.

Naast een snelle invoering van nieuwe behandelmethoden zijn hierbij ook andere zaken van belang. De kwaliteit van de nieuwe behandeling moet worden gegarandeerd. Er wordt vastgesteld of een behandeling deel uit maakt van het verzekerde pakket. En welk effect zij heeft op andere aanbieders en aanbod. Het kan zijn dat het College in afwachting van een definitief oordeel een behandelingsmethode tijdelijk vastlegt als een wettelijke prestatiebeschrijving en van een tarief voorziet. Dit laat een nieuwe behandelmethode voorlopig onder (beperkte) voorwaarden toe. Vervolgens wordt zo snel mogelijk een definitieve prestatiebeschrijving bepaald. Een dergelijke procedure biedt een goed evenwicht tussen snelheid en zorgvuldigheid. De tarifiering werkt niet belemmerend voor innovatie. De plannen voor het onderhoud van de dbcsystematiek gaan uit van een regelmatige bijstelling van oude en van een regelmatige introductie van nieuwe dbc's en (eventueel) daarbij horende tarieven.

De Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg (HOZ) biedt zorgverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid om over (dbc)tarieven te onderhandelen. Eerst wordt deze mogelijkheid voor 10% van de ziekenhuisproductie geïntroduceerd. Een uitbreiding van dit percentage in de toekomst is uiteraard onderwerp van politieke besluitvorming. Wanneer de contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht voor bepaalde dbc's is opgeheven zijn de contractvoorwaarden tussen ziekenfonds en aanbieder in beginsel vrij. Partijen kunnen dan zelf bepalen hoe vaak zij willen onderhandelen over tarieven voor die dbc's.

De leden van de ChristenUniefractie informeerden 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 College kan verzoeken om een prestatiebeschrijving vast te stellen? Komt deze prestatie niet tot stand dan na overleg met alle betrokken partijen in het land?

Op grond van artikel 10a, eerste lid, van dit wetsvoorstel kan het College op verzoek van een zorgaanbieder, een ziektekostenverzekeraar of een representatieve organisatie van aanbieders of verzekeraars een prestatiebeschrijvingsbesluit vaststellen. Een verzoek van een zorgaanbieder of ziektekostenverzekeraar toetst het College aan de (geldende) beleidsregels. Bij de totstandkoming van de beleidsregels op grond van artikel 11 van dit wetsvoorstel, maakt het College op grond van de Algemene wet bestuursrecht een zorgvuldige belangenafweging. Dat betekent dat de partijen bij de totstandkoming van de beleidsregels worden betrokken. Een bestuursorgaan dient op grond van dat laatste artikel bij de voorbereiding immers alle informatie en voorstellen van belanghebbenden zorgvuldig, integraal en kritisch te toetsen. Daarbij weegt het College het standpunt van de representatieve organisaties van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars mee. Op basis van die zorgvuldige belangenafweging komt het College uiteindelijk tot een eigenstandige en onafhankelijke vaststelling van beleidsregels. De beleidsregels hebben een algemene werking en zijn niet beperkt tot één zorgaanbieder dan wel één ziektekostenverzekeraar. De toets aan de beleidsregels door het College van het verzoek van één zorgaanbieder of één ziektekostenverzekeraar om

een prestatiebeschrijving vast te stellen impliceert derhalve dat landelijke belangen worden meegewogen.

Overigens kan het College op grond van artikel 10a, derde lid, van het wetsvoorstel ook ambtshalve een prestatiebeschrijvingsbesluit vaststellen. Het ligt voor de hand dat ingeval het om een landelijke vaste prestatiebeschrijving (zoals bijvoorbeeld de dbctypering) gaat die bindend is voor alle partijen, het College in de beleidsregel bepaalt dat de prestatiebeschrijvingen ambtshalve worden vastgesteld. In dat geval is een verzoek van één zorgaanbieder of één ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 10a, eerste lid, van dit wetsvoorstel overbodig. Ook kan ter zake een aanwijzing worden gegeven, met voorhang bij de Kamer.

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.

Het vaststellen van de prestatiebeschrijvingen is niet nieuw, doch maakt integraal onderdeel uit van de bepaling van tarieven en tariefvrijheden op grond van de WVG. Er kan immers nimmer een tarief worden vastgelegd zonder prestatie (prestatie en contraprestatie). Voorbeelden van prestatiebeschrijvingen zijn te vinden in de beleidsregels van het College, zoals bij huisartsen, fysiotherapeuten en tandartsen. Bij de laatste wordt per prestatiebeschrijving ook een code gegeven die op de declaratie wordt vermeld. Die beleidsregels zijn toegankelijk op de website van het College www.ctgzorg.nl.

Bij de dbc wordt een onderscheid gemaakt tussen de prestatiebeschrijving en de materiële inhoud van de dbc, het zogenaamde verrichtingenprofiel of zorgprofiel. Over dit profiel kan het ziekenhuis lokaal met de zorgverzekeraar onderhandelen, de prestatieomschrijving is landelijk uniform bepaald. De uniforme prestatiebeschrijvingen zijn tot stand gekomen op geleide van de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en de medisch adviseurs van de verzekeraars. Voorbeelden van dbc-prestatieomschrijvingen zijn te vinden op www.dbczorg.nl.

Door de prestatiebeschrijvingen vast te leggen in beleidsregels wordt zekerheid geboden voor de patient/consument/verzekerde, die weet, of achteraf kan nagaan wat er tot de in rekening gebrachte prestatie behoort en voor welk tarief. Op grond van onderhavig wetsvoorstel moet op de declaratie tenminste de prestatiebeschrijving en het daarvoor in rekening te brengen tarief zijn aangegeven (artikel 2, tweede lid). Door de vastlegging weten zorgaanbieders en verzekeraars waarover zij onderhandelen en weten zorgaanbieders en verzekeraars waarover zij onderling concurreren.

Kosten opleiding en kapitaallasten

De leden van de fracties van het CDA en de PvdA stelden vragen over de verrekening van de kosten voor opleiding en kapitaallasten in het tarief. De leden van de fractie van het CDA vroegen de regering aan de hand van een voorbeeld uiteen te zetten hoe de kosten voor opleiding en kapitaallasten worden versleuteld in het tarief en/of kan worden toegelicht wat de verschillende toeslagen betekenen voor de concurrentiepositie? Met

daarbij de vraag hoe de toeslag voor topreferentie zich verhoudt 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.?

Het College stelt naar verwachting in oktober 2004 dbc-tarieven vast voor het zogenoemde segment A. Deze tarieven hebben een landelijke werking en zijn voor elke zorgaanbieder gelijk. Voor zelfstandige behandelcentra zullen deze tarieven als maximumtarieven gaan gelden, voor ziekenhuizen als punttarieven. Dit is in de huidige situatie ook het geval. Voor segment B gaat gereguleerde marktwerking gelden, daar gelden dus vrij onderhandelbare prijzen.

In de dbc-tarieven voor segment A is een vergoeding voor kosten voor kapitaallasten opgenomen. Het College is uitgegaan van een gemiddelde kostenpost voor kapitaallasten van 12,5% voor een ziekenhuis en heeft dit verwerkt in de tarieven voor segment A. De kosten voor opleidingen zijn niet in de dbctarieven opgenomen. Deze kosten worden opgenomen in het zogenoemde sluittarief of verrekeningstarief. Dit tarief, dat in de vorm van een percentage over alle dbc's in segment A van het ziekenhuis wordt versleuteld, dekt alle kosten van het ziekenhuis die niet in de uniforme dbctarieven zijn opgenomen. Bij ziekenhuizen waar de kapitaallasten afwijken van 12,5%, komt het meer dan wel mindere aan kapitaallasten ook in het verrekeningstarief terecht. Omdat elk ziekenhuis andere kosten voor opleidingen, kapitaallasten e.d. heeft, krijgt elk ziekenhuis een ander opslagpercentage.

Het College berekent dit percentage op basis van het budget van het ziekenhuis enerzijds en de dbcproductieafspraken van het ziekenhuis met de ziektekostenverzekeraars anderzijds. Het verschil wordt uitgedrukt in een percentage, dat ziekenhuizen tegelijkertijd met de declaratie van dbc's aan de patiënten of ziektekostenverzekeraars in rekening mogen brengen.

Voorbeeld:

	Ziekenhuis A	Ziekenhuis B
DBC X:	€ 100	€ 100
Opslagpercentage:	8%	14%
Declaratie aan patiënt of ziektekostenverzekeraar:	€ 108	€ 114

Binnen de vrijonderhandelbare tarieven in het segment B zitten ook kapitaallasten verwerkt: 12,5% van ieder tarief van segment B rekent het College tot dekking van de kapitaallasten.

Aangezien in segment A de fb-systematiek en de contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht blijft gelden is er nog geen sprake van concurrentie. In segment B is dat uitdrukkelijk wel het geval; hier gelden vrije prijzen en ontbreken contracteerplicht en omgekeerde contracteerplicht (na inwerkingtreding van de HOZ en daarop gebaseerde algemene maatregelen van bestuur).

Aandachtspunt is dat vooralsnog binnen segment A het College het totaal van de dbctarieven en verrekeningstarieven per ziekenhuis splitst in een voor ziekenfondsen risicodragend dan wel minder risicodragend deel, op basis van de opbouw van het ziekenhuisbudget. Effectief betekent dit dat ziekenfondsen slechts voor 5% risico lopen over het vaste deel (zoals kapitaallasten en opleidingen) van het dbctarief in segment A. Wat betreft segment B zijn ziekenfondsen wel volledig risicodragend, met uitzondering van de 12,5% kapitaalopslag. Particuliere verzekeraars zijn volledig risicodragend voor zowel segment A als segment B.

Het ziekenhuisbudget blijft voorlopig leidend voor de allocatie van middelen in segment A. Dat betekent ook dat de spreiding van voorzieningen zoals spoedeisende hulp (SEH), coronary care unit (CCU) et cetera in de DBCsituatie ongewijzigd blijft. Binnen die ziekenhuisbudget is voornog sprake van een groottoeslag op productieparameters (de zogenaamde fusiebonus). Hierbij wordt aangetekend dat de omvang van deze fusiebonus de afgelopen jaren sterk is teruggebracht.

Kosten opleiding en verzekeraars

De leden van de PvdA-fractie vroegen naar de invloed van de verzekeraar bij verrekening van kosten voor opleiding. 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) Bij de invoering van dbc's worden voorlopig alle opleidingskosten toegerekend aan segment A. Het College stelt voor segment A landelijk uniforme tarieven vast. Deze tarieven zijn opgebouwd uit drie onderdelen: kosten voor het ziekenhuis, honorarium voor de medisch specialist en een opslag voor overige kosten, waaronder opleidingen (sluittarief). Voor segment A geldt contracteerplicht. Dat betekent dat als gevolg van de fbsystematiek voor deze dbc's alle zorgverzekeraars met alle aanbieders contracten moeten sluiten over het af te nemen volume (productieafspraken) tegen de landelijk geldende tarieven. Alle zorgverzekeraars betalen dus mee aan die opleidingskosten, die zijn opgenomen in het (sluit)tarief van het ziekenhuis. Overigens vormen doelmatigheid en kwaliteit wel in algemene zin onderdeel van de productafspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken.

In mijn brief aan de Tweede Kamer van 10 oktober 2003 (Kamerstukken II, 0304, 29 248, nr. 1) heb ik aangegeven dat er verschillende typen opleidingen in de ziekenhuiszorg bestaan. Deze variëren van kortdurende reguliere na en bijscholing tot de langdurige en kostbare opleiding tot medisch specialist. De kosten voor opleidingen die bij en nascholing betreffen, niet marktverstorend zijn en niet ziekenhuisspecifiek zijn, zullen onderdeel uitmaken van de dbckosten. Deze worden op termijn meegenomen in de vaste dbc-tarieven van segment A en/of in de onderhandelbare dbc-tarieven van segment B. De initiële opleidingen blijft het ministerie van OCW bekostigen. De overige opleidingen worden door een centrale instantie bekostigd.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderhandelen over de dbc-tarieven van segment B. Op termijn wordt ook een deel van de opleidingskosten in die tarieven doorberekend. Daarmee kunnen zorgverzekeraars iets directer invloed uitoefenen op ook de doelmatigheid van opleidingen. Voor dbc's in segment A houdt een zorgverzekeraar vanwege de contracteerplicht alleen in algemene termen invloed op de doelmatigheid.

GGZ en dbc's

De leden van de SGP-fractie vroegen of de dbc's voor de GGZ alleen gelden voor de curatieve GGZ, hoe de overige GGZ gefinancierd gaat worden en welke GGZ-zorg dit betreft?

Invoering van dbc's in de GGZ is een belangrijke voorwaarde voor de overheveling van GGZ naar de standaardverzekering curatieve zorg. Het

naar de standaardverzekering curatieve zorg overgehevelde deel van de GGZ wordt net als de ziekenhuiszorg bekostigd op basis van dbc's. Het GGZ-deel dat in de AWBZ blijft wordt, net als de overige care, bekostigd op basis van de AWBZ-brede functiegerichte bekostiging. Omdat een deel van de GGZ aanbieders te maken krijgt met twee bekostigingssystemen, wordt om pragmatische redenen gestreefd naar één dbcregistratie in de gehele GGZ waarbij via ICT-toepassingen conversie plaatsvindt naar de functiegerichte bekostiging in de AWBZ voor het GGZ-deel in de AWBZ. Tevens wordt zo de samenhang in en met de GGZ bevorderd. Bij brief van 5 maart 2004 heb ik u nader ingelicht over de overheveling (Kamerstukken II, 0304, 25 424, nr. 49).

Uurtarief medisch specialisten

De leden van de fracties van het CDA en de SGP wilden weten hoe in de toekomst kan worden omgegaan met uurtarief van medisch specialisten en welk effect dit kan hebben op onderhavig wetsvoorstel. 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?

Onder andere op basis van de ervaringen uit het experiment «Ruimte voor resultaat» wordt bij de invoering van de dbc's in segment B (het deel met vrije tariefvorming voor de ziekenhuizen) voorsnog uitgegaan van een vast uurtarief. Er wordt dus niet tussen ziekenhuizen/specialisten en verzekeraars onderhandeld over de hoogte van dit uurtarief. De invoering van het vaste uurtarief gaat niet gepaard met meer of minderkosten, het is een «macroneutraal» uurtarief. De beloning voor een specialist voor het leveren van een dbc wordt bepaald door de normtijd per dbc te vermenigvuldigen met het uurtarief. Ook in segment A blijven vaste specialistentarieven gelden. Het College legt het uurtarief vast in beleidsregels en in de beschikking. Het afwijking van een beschikking is strafbaar. De uitwerking van het uurtarief voor medisch specialisten heeft geen invloed op onderhavig wetsvoorstel. In de voortgangsrapportage van 26 maart jl. heb ik u over dit onderwerp nader bericht (Kamerstukken II, 0304, 29 248, nr. 4, p. 15).

Kostenstijging en premie

De leden van de PvdA-fractie waren het eens met het streven om te komen tot bekostiging naar prestatie, mits ook dit gefaseerd en gedifferentieerd wordt doorgevoerd. Zij maakten zich echter zorgen over mogelijke tarief en/of kostenstijgingen. Zij vonden dat deze stijgingen niet op de ziekenfondspremies verhaald mag worden, maar volgens het boterbijdevis principe zouden moeten worden gefinancierd. Deze opmerkingen golden overigens ook wanneer het gaat om de tien procent (= € 1 miljard) van de ziekenhuisproductie die nu het vrije segment vormt. Deelt de regering deze mening?

De invoering van dbc's zal gefaseerd plaatsvinden. Voor circa 90% van de «ziekenhuisproductie» blijven (nieuwe) door het College vastgestelde dbctarieven gelden (segment A). In dit segment kunnen de tarieven dus niet ongecontroleerd stijgen. Wel is het mogelijk dat de toename van de «ziekenhuisproductie» in dit segment leidt tot hogere zorguitgaven. De WTG kan niet (direct) het volume beperken.

Voor circa 10% van de «ziekenhuisproductie» wordt het tarief bepaald door vrije onderhandelingen tussen individuele ziekenhuizen en individuele verzekeraars (segment B). Dit betekent dat zowel de «productie» als

de tarieven in dit segment vrij kunnen veranderen. De uitkomsten van deze onderhandelingen zijn op voorhand niet te bepalen. Dit betekent dat er in beginsel een evenzo grote kans bestaat op tarief en volume en daarmee uitgavenstijgingen als op lagere tarieven en/of minder volume en dus lagere kosten van zorg. De vrije onderhandelingen kunnen ook leiden tot hogere kwaliteit van de zorg of de dienstverlening rondom de zorg. Het effect van de onderhandelingen zal per zorgaanbieder en per zorgverzekeraar verschillend zijn. Dit zorgt voor dynamiek op de markt; lagere tarieven/premies of hogere kwaliteit zal meer verzekerden/patiënten aantrekken dan hogere tarieven/premies of lagere kwaliteit. Hiervoor is het noodzakelijk dat zowel lagere als hogere tarieven in segment B tot uitdrukking komen in de nominale premie van de verzekeraar.

Of een stijging van de zorguitgaven leidt tot een hogere (nominale) ziekenfondspremie is overigens van veel zaken afhankelijk. In tegenstelling tot de suggestie in uw vraag kunnen ook zorguitgaven die volgens het boterbijdevis principe worden bekostigd leiden tot hogere premies.

Uniform kostprijsmodel

De leden van de PvdA-fractie gaven aan van mening te zijn dat een doelmatige aanbieder kan worden geïdentificeerd op basis van een uniform model voor berekening van kostprijzen. Zij stelden daarover de volgende vragen: 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?

Voor de toepassing van een kostprijsmodel zijn meerdere facetten van belang. Bij de ontwikkeling van het dbcsysteem is een uniform kostprijsmodel ontwikkeld. Dit model geeft uitgangspunten voor de toerekening van exploitatiekosten aan de verrichtingen die samen de dbc vormen. Dit model is niet zo gedetailleerd van opzet dat het niet toepasbaar zou zijn voor verschillende ziekenhuizen met onderscheiden organisatievormen. Voor het onderhoud van het systeem blijft een uniforme wijze van kosten-toerekening noodzakelijk. Het bestaande kostprijsmodel kan in die behoefte voorzien.

De disputen over kostprijsberekeningen tussen KPN en Opta hadden betrekking op de hoogte van (interconnectie)tarieven. Het betreft hier kostentoerekeningsmodellen. Het primaire doel daarvan voor de zorg is niet het vaststellen van tarieven, maar het kunnen beoordelen van tarieven en tariefontwikkelingen in het geliberaliseerde segment. De KPN/Opta ervaringen zijn daarom minder relevant voor de zorg. Dit neemt niet weg dat bij het opstellen van de kostentoerekeningsmodellen in de zorg lessen uit andere sectoren zullen worden getrokken. Daarbij valt ook te denken aan de Regulatory accounting rules van DTe.

Disputen over kostentoerekeningsmodellen zijn naar verwachting ook in de zorg niet helemaal te vermijden; de kans op disputen kan wel worden geminimaliseerd. Dit vereist heldere voorschriften die goed aansluiten op de gangbare boekhoudpraktijk in zorginstellingen. Deze overweging zal een belangrijke rol spelen bij de opstelling van kostentoerekeningsmodellen.

Eenduidige kostentoerekeningsmodellen staan in het geheel niet op gespannen voet met de diversiteit van zorgaanbieders.

Voor een toetsing op de doelmatigheid van een aanbieder is een meer gedetailleerd model nodig: het gaat dan in wezen niet alleen om kostprijzen, maar om een vergelijking tussen aanbieders. Hiervoor zijn benchmarkmodellen eerder bruikbaar dan alleen een kostprijsmodel. Het College onderzoekt de mogelijkheid van dergelijke modellen.

«Ruimte voor resultaat»; lessen voor de toekomst

Uit de evaluatie van het experiment «Ruimte voor Resultaat» is gebleken dat de implementatie van dbc's een aanzienlijke inspanning was voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

De leden van de PvdA-fractie vroegen welke aanwijzingen de regering heeft 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? En 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.

Over de voortgang van de invoering van dbc's heb ik 24 maart jongstleden overleg gevoerd met alle betrokken veldpartijen en het College en CVZ. Tijdens dit overleg is overeenstemming bereikt over een stapsgewijze introductie van de dbcsystematiek. In de tweede helft van 2004 bereiden zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich verder voor op de dbc's. Op 1 juli 2004 hebben de instellingen de dbcregistratie op orde en starten zij de dbcvalidatie. Ik monitor periodiek hoe de instellingen en de zorgverzekeraars er voor staan. De uitkomsten van de monitoring publiceer ik op de website (www.dbczorg.nl). Bij instellingen die achterblijven zal een team van experts langskomen opdat ook deze instellingen op 1 januari 2005 klaar zijn. Vanaf 1 oktober 2004 leveren instellingen dbcgegevens aan het dbcinformatiesysteem. Dit is van belang om de instellingen te laten «proefdraaien» voordat de dbcdeclaratie start. Ook wordt hierdoor al een eerste kwaliteitsslag in de dbcdata gemaakt. Na inwerkingtreding van onderhavig voorstel wordt die levering verplicht. Als instellingen daarna niet aan deze verplichting voldoen, kan het CTG/Zorgautoriteit op basis van de WTG ExPres bestuursdwang toepassen. Op 1 oktober 2004 vindt in het kader van de monitoring een «nulmeting» plaats op de in de ziekenhuizen gevoerde administraties (vastgelegd in de kaderregeling AO/IC).

De regering heeft niet vastgelegd dat de zorgverzekeraars de kosten van de introductie van dbc's niet mogen doorberekenen in de premies en is ook niet voornemens dit te doen. Dit zou immers haaks staan op de introductie van gereguleerde marktwerking en deregulering van de ziekenhuissector. Van de introductie van een systeem van gereguleerde marktwerking gaat overigens naar verwachting wel een prikkel uit voor een zorgverzekeraar om tot een zo laag mogelijke (nominale) premiestelling te komen, om daarmee meer verzekerden aan te trekken.

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

Het experiment «Ruimte voor resultaat» heeft uiteindelijk niet geleid tot veel contracten, maar wel hebben vele zorgverzekeraars en zorgaan-

bieders ervaring opgedaan met de dbcsystematiek. Het experiment heeft bovendien waardevolle informatie opgeleverd voor de verdere invoering van de dbc's. De resultaten van de evaluatie van het experiment hebben mede gediend als inhoudelijke onderbouwing voor het invoeringsmodel waarlangs nu wordt gewerkt.

In het veld bestaat reeds enthousiasme omtrent de invoering van de dbc's, discussies gaan over tempo van invoeren en waarborgen voor onbedoelde neveneffecten. Deze discussies lijken soms te verhullen dat er eensgezindheid bestaat over het te bereiken einddoel van de dbc's. Dit primaire draagvlak is bestuurlijk door de betrokken brancheorganisaties uitgesproken en blijkt ook uit signalen uit het veld. Dit neemt niet weg dat de komende periode zowel door de brancheorganisaties als door het College, CVZ, CTZ en het ministerie diverse initiatieven worden genomen om de invoering van de dbc's in ziekenhuizen en bij zorgverzekeraars te vergemakkelijken en te ondersteunen, ook met betrekking tot de onderhandelingen die plaatsvinden in het kader van de zorginkoop. Ik heb u daarover bericht in mijn brief van 26 maart jl. over de voortgangsrapportage dbc's.

De leden van de fractie van GroenLinks vroegen de regering nogmaals kort toe te lichten 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?

Het experiment heeft een schat aan informatie opgeleverd voor zowel ziekenhuizen, medisch specialisten, zorgverzekeraars, brancheorganisaties, CTG, CVZ, CTZ en ministerie. Voor een wat uitgebreider overzicht wordt verwezen naar de brief van 10 oktober 2003 (Kamerstukken II, 0304, 29 248, nr. 1), waar als bijlage de evaluatie van experiment was toegevoegd. De drie belangrijkste aspecten die voortkwamen uit de evaluatie waren:

- op basis van vrijwilligheid worden te weinig dbcinkoopafspraken gemaakt. Om deze reden is het Bsegment (het vrije deel) verplicht gemaakt;
- invoeringstijd voor de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars voor de dbc's is circa zes maanden, op voorwaarde dat alle daarvoor noodzakelijke instrumenten (zoals de productstructuur en de ondersteunende software) beschikbaar zijn. Om deze reden is besloten de invoering per 1 januari 2005 te laten plaatsvinden;
- zonder aanvullend beleid vormen de honoraria voor de medisch specialisten een mogelijk struikelblok bij de onderhandelingen over de zorginkoop. Om deze reden is daarop specifiek beleid geformuleerd.

De leden van de SGP-fractie vroegen 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.

De precieze overwegingen van ziekenhuizen en specialisten om mee te doen zijn moeilijk vast te stellen. Veel aanbieders hebben het experiment «Ruimte voor resultaat» aangegrepen om wachtlijsten nog sneller weg te werken. In het experiment eisten met name specialisten veelal een (zeer) hoog uurtarief. Dit is een belangrijke reden waarom veel verzekeraars en aanbieders niet tot overeenstemming kwamen. Omdat het experiment een vrijwillig karakter had, vielen partijen automatisch terug op de bestaande systematiek.

Deze ervaringen zijn mede van belang geweest voor de vormgeving van het toekomstige segment B. In segment B wordt ieder ziekenhuis verplicht tot vrije tariefonderhandelingen met de verzekeraars. De ziekenhuisbudgetten worden verlaagd met het bedrag dat omgaat in segment B (macrobedrag = € 1 miljard). De onderhandelingspartijen kunnen zo nergens op terugvallen en worden zo gedwongen tot een onderhandelingsresultaat te komen. De uitgangssituatie van de onderhandelende partijen is daarmee meer in evenwicht. Bij een evenwichtige uitgangssituatie is het onderhandelingsresultaat niet alleen maar afhankelijk van de wensen van ziekenhuizen en specialisten, maar ook van de inzet van verzekeraars. Dit leidt naar verwachting tot evenwichtige onderhandelingsresultaten. Daarnaast wordt het risico op tariefstijgingen beperkt door in segment B voor specialisten nog niet uit te gaan van vrije tariefonderhandelingen, maar van een landelijk uniform uurtarief.

Dbc's en kwaliteit

De leden van de PvdA-fractie vroegen 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).

Minimumkwaliteit van de behandeling is gewaarborgd in een aantal wettelijke vereisten. Zo is er de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG), de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet klacht-recht cliënten zorgsector (WKCZ) en de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Deze vereisten zijn niet toegespitst op dbc-prestaties, maar wel op de input hiervoor. Conform de WGBO wordt een patiënt na de diagnosestelling door de behandelend arts geïnformeerd over de loop van haar/zijn zorgtraject. Met de invoering van de dbc's zal dit ook het geval zijn en verandert er voor de patiënt niets op dit punt.

Voor waarborging van processen zijn er onder andere normen en standaarden (NIAZ, ISO) op basis waarvan instellingen zich laten accreditieren. De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van zorgproducten die door de aanbieder geleverd worden. Daarnaast dienen ziektekostenverzekeraars die de AWBZ en Ziekenfondswet uitvoeren op basis van kwalitatief verantwoorde, veilige en eigentijdse zorg in te kopen en erop toe te zien dat de patiënt daadwerkelijk krijgt wat de verzekeraar heeft ingekocht. Het CTZ ziet erop toe dat zorgverzekeraars de ziekenfondswet en de AWBZ goed uitvoeren en bij de zorginkoop nadrukkelijk kwaliteitseisen stellen. Zorgverzekeraars Nederland vermeldt in de «DBC inkoopgids» een lijst met kwaliteitseisen, die de verzekeraar kan meenemen bij de dbc onderhandelingen met de aanbieder. Daarnaast wordt er op verschillende gebieden aandacht besteed aan kwaliteitsverbetering. Zo registreren de ziekenhuizen met ingang van 2004 de door de IGZ in samenwerking met het veld ontwikkelde indicatoren. Door informatie hierover openbaar te maken, worden ziekenhuizen gestimuleerd de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Het was de leden van de SGP-fractie 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?

De zorginkooponderhandelingen vergen van zowel de kant van de zorgverzekeraars als de kant van de ziekenhuizen het bespreken van het volume, het tarief maar zeker ook de kwaliteit. De kwaliteit van de zorg is overigens geborgd omdat de richtlijnen en de protocolen voor de behandelingen die de verschillende beroepsgroepen hebben ontwikkeld onver-

kort van kracht blijven. Verder houdt de IGZ toezicht op de geleverde kwaliteit. Aan deze basiselementen kunnen zorgverzekeraars bij hun onderhandelingen niet voorbij gaan. Er bestaat dus geen afhankelijkheid van de zorgaanbieders op dit punt van de zorgverzekeraars. Wel zal het gesprek gaan over ondoelmatigheid die soms voor kwaliteit wordt aangezien.

Prestatiebekostiging AWBZ

De leden van de VVD-fractie vroegen de regering aan te geven op welke wijze onderliggend wetsvoorstel de functiegerichte bekostiging in de AWBZ faciliteert.

Op basis van de huidige WTG is een start gemaakt met de invoering van de functiegerichte bekostiging. Het College heeft met ingang van 1 april 2003 beleidsregels vastgesteld die het mogelijk maken dat AWBZinstellingen voor wat betreft de extramurale zorg op elkaars werkteerrein opereren. Met ingang van die datum zijn de prestaties in de CTG-beleidsregels gerangschikt naar functies en de prestaties voor alle AWBZ-aanbieders gelijk. Tarieven zijn waar mogelijk geharmoniseerd. Ook voor de intramurale zorg staan belangrijke veranderingen op stapel die nog doorgevoerd kunnen worden met de bestaande WTG. De WTG EXPres heeft echter voor de WTG een zevental nieuwe mogelijkheden die in de vervoltrajecten van groot belang zijn. Voor een uitvoerige beschrijving daarvan verwijs ik naar pagina 18 en 19 van de memorie van toelichting. Ik volsta hier met enkele voorbeelden.

Met de WTG ExPres kan het College een landelijk bindende prestatiebeschrijving voor bijvoorbeeld een uur activerende begeleiding vastleggen zonder hiervoor een tarief te bepalen. Met de WTG ExPres ontstaat hierbij tevens de mogelijkheid om van dit vrijgesteld (functie)tarief in bijzondere situaties per beleidsregel voorwaarden, voorschriften of beperkingen te verbinden. In de huidige WTG kunnen slechts door middel van een algemene maatregel van bestuur (amvb) prestaties worden vrijgesteld van de tarifiering door het College. Nieuw is ook dat het wijzigen van een tariefsoort (vast, minimum, maximum, bandbreedte, vrij tarief) niet langer door middel van een amvb moet maar geregeld kan worden per beleidsregel.

Een tweede voorbeeld is dat door de WTG ExPres een veel flexibeler bekostigingssysteem ingevoerd kan worden dan met de huidige WTG mogelijk is. Ook deelprestaties en kostencomponenten van een functie van een individueel (onderhandelbaar) tarief kunnen van een tarief worden voorzien. Dit ondersteunt het voorgestane idee om bij extramurale zorg per functie één of enkele basistarieven vast te stellen en daarnaast vrij onderhandelbare modules of opslagen te onderscheiden. Bij intramurale zorg kan met behulp van de nieuwe regels in eerste instantie een tarief worden afgegeven voor een basisarrangement zorg per doelgroep, maar ook slechts voor de eenheden zorgfuncties waaruit het arrangement is opgebouwd.

Stimulans microdoelmatigheid

Volgens de leden van de SP-fractie wordt in de discussie over wel of geen marktwerking 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 vroegen 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?

Op verzoek van de Tweede Kamer is de WTG grondig geëvalueerd. Bij brief van 24 juni 1999 ontving de Kamer het evaluatierapport «Het speelveld van de WTG: strijd of samenspel?». De bevindingen uit dit evaluatierapport zijn vervolgens verwerkt in de notitie «Speelruimte en Verantwoordelijkheid over de WTG die de Kamer op 12 mei 2000 ontving (Kamerstukken II, 19 992 000, 27 156, nrs. 1 en 2).

Het is goed te benadrukken dat bij genoemde evaluatie conform de wens van de Kamer, externe deskundigen waren betrokken. En zo ook dat blijken een en ander de microdoelmatigheid als gevolg van de topdownsturing respectievelijk de wijze waarop de WTG daartoe door de overheid is benut, laag scoort. Ook achteraf kan zo'n uitkomst geen bevreesding wekken. De historie en de wereld om ons heen laten zien dat een centrale allocatie van middelen nogal eens tot verspilling leidt en tot inertie op het uitvoerende niveau.

Waar het dan grosso modo op aankomt is: meer speelruimte en meer verantwoordelijkheid voor het uitvoerende niveau met, waar dat kan, een allocatie van middelen die tot stand komt door onderhandelingen op het lokale en regionale niveau. Dit impliceert als vanzelf «marktwerking». Immers, de plaats waar men op basis van onderhandelingen al dan niet tot transacties komt wordt nu eenmaal getypeerd als de «markt»; tegelijkertijd een plaats die met het oog op het belang van consument en verzekerde omgeven is met bestaande en zo nodig nader te ontwikkelen spelregels.

De fractie van de SP heeft stellig een punt met het wijzen op de noodzaak van macrokostenbeheersing. Ik laat in dit verband niet na te herhalen dat de omslag van centrale aanbodsturing naar gereguleerde marktwerking behoedzaam en selectief moet worden opgepakt, dit mede met het oog op de macrokostenbeheersing. Selectief vooral, omdat in de zorg de situatie per deelmarkt en per zorgvorm kan verschillen, en dat steeds per situatie moet worden bekeken welk type (markt)prikkel het beste past. Voor het overige verwijs ik naar paragraaf 3 van de Memorie van toelichting die een beschouwing bevat over onder meer hardere en zachtere (markt-)prikkel die toepasbaar zijn in situaties van minder of meer marktfalen.

Budget en vrije tarieven

Verwarrend vonden de SP-fractieleden 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 tarief maar minimaal dekkend, van de marktwerking wordt weggenomen?

Het gaat hier om garanties voor aanbieders. Het lijkt in beginsel niet zo logisch om tarieven vrij te geven en tegelijkertijd een budgetgarantie te geven. Toch zijn er situaties denkbaar waarin dat een goede optie zou kunnen zijn. Bijvoorbeeld als er wordt overgestapt op een nieuwe financieringssysteem met vrije zelfonderhandelbare tarieven. Om aanbieders dan enige zekerheid te geven, kan er een vangnet in de vorm van een budgetgarantie worden afgegeven. Zo'n (kosten)budget wordt altijd vastgesteld door het College op verzoek van partijen. Aan een dergelijke constructie liggen beleidsregels ten grondslag. Daartoe kan ook een aanwijzing aan het College worden gegeven. Met een dergelijke constructie kunnen partijen ervaring opdoen met marktwerking zonder dat de continuïteit van de zorg of instelling in gevaar komt. In de praktijk zal dit waarschijnlijk meestal tijdelijk zijn.

De leden van de ChristenUnie-fractie hadden vragen bij de budgetgarantie. Is het creëren van een mogelijkheid tot nacalculatie niet tegenstrijdig met het vrijgeven van de onderhandelbare tarieven? Kan de rege-

ring voorbeelden geven waarin een budgetgarantie nodig en wenselijk wordt geacht? Deze leden informeerden bovendien naar de genoemde «andere modellen» waarnaar door de regering wordt verwezen. Zoals ik ook hiervoor al aangaf in mijn antwoord op vragen van de SP-fractie, lijkt de combinatie van een budgetgarantie en vrije tarieven in beginsel niet direct logisch. Er zit een zekere spanning in deze combinatie. Als voorbeeld waarin een dergelijke situatie toch nodig kan zijn, gaf ik de mogelijkheid van een vangnetconstructie bij een overgang naar vrij onderhandelbare tarieven. Of een dergelijke constructie wenselijk is, kan ik vooraf niet aangeven. In de toekomst wordt bij verdere stappen in de prestatiebekostiging steeds afgewogen of deze optie wenselijk is. Een heel inhoudelijk logisch ander model is het overgaan op prestatiebekostiging waarbij er geen sprake is van geheel vrije tarieven. Hierbinnen zijn dan vele varianten mogelijk, bijvoorbeeld prestaties met maximumtarieven of met tarieven met een onderhandelingsmarge (bandbreedte). En het is ook mogelijk om op weg naar prestatiebekostiging de tarieven slechts gedeeltelijk vrij te geven. Ook hier zijn dan weer varianten denkbaar. Zo zou voor een deel van het totaal van de prestaties de tariefvorming vrijgelaten kunnen worden of zou per prestatie een deel van de kostencomponenten vrij onderhandelbaar gemaakt kunnen worden.

Invoeringstraject dbc's

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 dbcssystematiek 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 voor de invoering van de dbc's? (Advies Raad van State en Nader Rapport, bladzijde 5).

Tijdens het bestuurlijk overleg op 24 maart 2004 zijn alle dbcpartijen het eens geworden over een model waarbij de invoering van de dbcssystematiek is gepland op 1 januari 2005. Daarover heb ik de Kamer uitvoerig bericht bij brief van 26 maart jl. met een daarbij gevoegde voortgangsrapportage. Daarmee is beantwoording van de vragen over de inwerkingtreding van de dbcssystematiek mede in relatie tot het boekjaar niet meer opportuun.

Indien de WTG ExPres niet per 1 januari 2005 van kracht wordt, is de invoering van marktwerking in de curatieve zorg per 1 januari 2005 niet mogelijk. De invoering van de dbc's in het zogenaamde segment A is niet gebonden aan de invoering van de WTG ExPres en kan dus onafhankelijk van de inwerkingtreding van de WTG ExPres per 1 januari 2005 doorgang vinden.

Mededinging en overleg

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 SGPfractie vroegen de regering of deze veronderstelling juist is.

In dit verband vroegen 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.

Daar waar de wetgever ruimte laat aan partijen om via onderhandelingen te komen tot afspraken over de hoeveelheid, kwaliteit en tarief mogen partijen deze ruimte niet «opvullen» door ongeoorloofde mededingingsbeperkende afspraken te maken. In januari 1998 is de Mededingingswet van kracht geworden, ook voor de zorgsector. De Mededingingswet stelt grenzen aan samenwerking, maar maakt samenwerking niet onmogelijk. De Mededingingswet verplicht zorgverzekeraars en individuele beroepsbeoefenaren dus niet zonder meer tot individuele onderhandelingen. Om dit te verhelderen stelde de NMa «Richtsnoeren voor de zorgsector» vast. Een voorbeeld bij de huisartsen. De bagatelbepaling stelt een grens aan de gezamenlijke omzet van huisartsen die samen onderhandelen. Rekening houdend met de bagatelgrens kunnen toch nog altijd vier à vijf full-time werkende huisartsen een HOED (Huisartsen Onder Een Dak) vormen en samen onderhandelen. In de brief over een toekomstbestendige eerstelijnszorg worden meer voorbeelden van geoorloofde vormen van samenwerking gegeven. Dergelijke vormen kunnen ook de administratieve lasten van het onderhandelingsproces beperken.

Onderlinge gegevensverstrekking

Eén van de voorgestelde maatregelen is de onderlinge gegevensverstrekking. De leden van de SGP-fractie vroegen of deze maatregel ook betekent dat een verzekeraar onbeperkt informatie kan inwinnen over de verzekerden bij de zorgaanbieder? Hoe ver gaat deze bevoegdheid? In dit verband vroegen deze leden ook aandacht voor het medische beroepsgeheim van artsen.

De zorgverzekeraars mogen op grond van het privacyrecht alleen gegevens verwerken die noodzakelijk zijn om hun taak uit te voeren. Dat betekent dat zorgverzekeraars niet onbeperkt informatie kunnen inwinnen over verzekerden bij de zorgaanbieder.

Bovendien mag een zorgaanbieder niet onbeperkt patiëntgegevens aan de zorgverzekeraars verstrekken. Zowel het privacyrecht als het medisch beroepsgeheim staan daaraan in de weg. Op dit moment wordt, onder meer op grond van het leerstuk van de «veronderstelde toestemming», algemeen aangenomen dat zorgaanbieders die persoonsgegevens aan de zorgverzekeraar van de patiënt mogen verstrekken, die noodzakelijk zijn voor de betaling, door de zorgverzekeraar, van de rekening van de zorgaanbieder. Een en ander zal voor ziekenfondsverzekerden een expliciete, wettelijke basis krijgen in een voorstel tot wijziging van de Ziekenfondswet, dat uw Kamer naar verwachting dit najaar zal worden aangeboden. Met ingang van 1 januari 2006 zal dit voor de gehele bevolking, derhalve ook voor particulier verzekerden, expliciet worden geregeld in de algemene verzekering van curatieve zorg. Over gegevensverstrekking bij dbc's en privacy heb ik u met het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) op 23 februari jl. een gezamenlijke brief gezonden (Kamerstukken II 2003-2004, 29 248, nr. 2).

7. MINDER REGELS/TERUGDRINGING ADMINISTRATIEVE LASTEN

Informatie en administratie

De leden van de CDA-fractie hadden moeite met het voorschrijven van gedetailleerde interne administratie aan gezondheidszorgorganen. Vooral omdat daarbij de detaillering in gaat op de toerekening naar patiënten. Wie mag volgens de regering deze bedrijfsinformatie opvragen en hoe

mag deze worden gebruikt bij tariefonderhandelingen 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?

Voor zover de informatie in de wet concreet is beschreven gaat deze niet verder dan de informatie die iedere zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar in zijn systeem voor een adequate eigen financiële bedrijfsvoering nodig heeft. Deze informatie is ook nodig om te beoordelen of er sprake is van onregelmatigheden en/of fraude in de gezondheidszorg. In het kader van de invoering van dbc's hebben NVZ, VAZ, OMS, ZN, CVZ en CTG en VWS een zogenaamde minimale dataset (mds) ontwikkeld die precies aangeeft welke gegevens voor welke wettelijke taak beschikbaar moeten worden gesteld. Die beschikbaarstelling zal geschieden door tussenkomst van een TTP (een zogenaam thrusted third party) die de persoonsgegevens de gezondheid betreffende zal ontdoen van de identificerende persoonskenmerken.

De geanonimiseerde gegevens mogen gebruikt worden voor tariefonderhandelingen met individuele zorgaanbieders. Ook nu zullen verzekeraars de prijs en kwaliteitsvergelijkingen maken en deze benutten voor het efficiënt inkopen van zorg.

Ik heb samen met het CBP op 23 februari 2004 een uitvoerige brief gezonden aan alle betrokken partijen over privacyaspecten bij dbc's. Uw Kamer heeft hiervan afschrift met een toelichting gekregen. Korthedshalve verwijs ik daarnaar (Kamerstukken II, 0304, 29 248, nr. 2).

De Wet openbaarheid van bestuur is alleen van toepassing op bestuursorganen en niet op zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars.

Verantwoording bestedingen zorgaanbieders

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

De regering constateert dat het streven naar grotere transparantie breed wordt gedeeld. Het beleid van de afgelopen jaren is hier ook mede op gericht. De Regeling jaarverslaggeving zorginstellingen is al aangepast en zal nog verder worden gemoderniseerd (Kamerstukken II, 0304, 29 515, nr. 6). Vormen van globale budgettering zijn steeds meer vervangen door bekostiging per prestatie. Het boterbijdevisprincipe is breed in de zorg ingevoerd. Deze ontwikkeling zet zich ook de komende jaren voort via dbc's in de ziekenhuizen en de GGZ, alsmede via de modernisering van de AWBZ. Al deze ontwikkelingen leiden tot een groter inzicht in de prestaties die worden geleverd en het tarief dat daarvoor wordt betaald. Dit beleid wordt de komende jaren voortgezet. In dit streven past wel dat de juiste balans wordt gevonden tussen de mate van detaillering enerzijds en de administratieve lasten die dit veroorzaakt anderzijds.

Jaarrekening en nacalculatie

De leden van de VVD-fractie constateerden dat de nacalculatie wordt geïntegreerd in de jaarrekening. Wat zijn de consequenties van deze integratie voor verzekeraars? Krijgen zij op deze wijze geen invloed meer op de vaststelling van de nacalculatie? Zo ja, wat is hiervan de reden?

Het is niet de bedoeling dat integratie van de nacalculatie in de jaarrekening ten koste gaat van de invloed van de verzekeraars. Evenmin komt deze integratie in de plaats van de toetsende rol van het College. De nacalculatie wordt definitief vastgesteld op basis van een eigenstandige beoordeling door het College nadat verzekeraars hierover een oordeel hebben kunnen geven.

Integratie van de jaarrekening heeft uit hoofde van vermindering van administratieve lasten een aantal voordelen die voor de Commissie De Beer reden was om dit voorstel te doen. De jaarrekening omvat aldus, in één document, alle gegevens die nodig zijn voor de definitieve berekening door het College. Een tweede voordeel is dat de verklaring van de instellingsaccountant zich ook over al deze gegevens uitstrekt. Er hoeft geen afzonderlijke controle meer plaats te vinden op een aparte nacalculatie. Deze controle loopt gelijk op met de controle van de jaarrekening sec. De accountantscontrole van beide documenten vindt geïntegreerd plaats. De verzekeraars en het College kunnen er vanuit gaan dat de gepresenteerde gegevens correct zijn. Dit wil echter nog niet zeggen dat daarmee is voldaan aan alle vereisten op grond van de WTG: instemming van de verzekeraar blijft vereist wil het College de nacalculatie als een goedkeuringsverzoek in behandeling nemen. Dit betekent onder meer dat de zorgverzekeraar in dient te stemmen met de prestaties, het volume, de tarieven en de wijze waarop de beleidsregels van het College zijn toegepast. Er wordt momenteel in het kader van het project maatschappelijke verantwoording in de sector verzorging en verpleging gewerkt aan een procedure die hierin op praktische wijze voorziet.

Bij een verdere concretisering van de in dit wetsvoorstel vervatte bevoegdheid van het College blijft het voorgaande dus als een randvoorwaarde overeind staan.

Over de modernisering van de jaarverantwoording heb ik u bericht bij brief van 13 april 2004 met het plan van aanpak administratieve lasten (Kamerstukken II, 0304, 29 515, nr. 6).

Declaratieverkeer

Er komt een wettelijke regeling met betrekking tot het declaratieverkeer. Dit maakt het de overheid mogelijk om zorgverzekeraars een clearinghouseconstructie op te leggen. Graag vernamen 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 fracties van de VVD en de ChristenUnie stelden vragen over de het declaratieverkeer (declaratiecasus). In de eerste plaats zijn partijen zelf verantwoordelijk voor het declaratieverkeer. Ook of ze dat zelf willen doen of uitbesteden. Partijen maken daarbij gebruik van intermediairs zoals Clearing House Apothekers (CHA), Veilig communiceren in de zorg (Vecozo), Zorgtrust en Infomedics of factureringsbedrijven als

Famed. Het kan ook een gezamenlijke instelling van zorgaanbieders, verzekeraars of zorgaanbieders én zorgverzekeraars zijn. De richtsnoeren voor de zorg van de NMa staan afspraken binnen en tussen brancheorganisaties niet in de weg zolang de voordelen van die afspraken ten goede komen aan de burger. Er zijn echter omstandigheden waarbij het gangbare declaratieverkeer of het ontbreken van efficiënte afspraken daarover een belemmering vormen voor de ontwikkeling van beleid met betrekking tot de bekostiging van zorgaanbieders of faciliteiten voor zorgaanbieders. In het bijzonder komt dat voor wanneer binnen de betrokken partijen onvoldoende draagvlak bestaat voor afspraken over het inzicht in de in rekening gebrachte prestaties, de opbrengsten uit declaraties en de onderlinge verrekening van gezamenlijke kosten en toedeling van de opbrengsten. In dergelijke gevallen kan een zogenaamd clearinghouse of een andere door het College voor te schrijven en met waarborgen omgeven wijze van declareren een uitkomst bieden om met de nodige zorgvuldigheid voor het declaratieverkeer zorg te dragen.

In onderhavig wetsvoorstel wordt de mogelijkheid gecreëerd om de wijze waarop het declaratieverkeer plaats vindt vast te leggen. De aanleiding is in de memorie van toelichting uiteengezet. Voordat tot een verplichting wordt besloten wordt met de betrokkenen overlegd.

Zo'n clearinghouse of declaratiewijze kan werkzaam zijn voor allen die behoren tot een zelfde categorie van zorgaanbieders, maar ook tussen een ziekenhuis en de daarin werkzame zelfstandige medisch specialisten.

In de onderlinge verantwoordelijkheden tussen de zorgaanbieders komt geen verandering, met dien verstande dat zij alle belang hebben bij het goed functioneren van zo'n clearinghouse of declaratiewijze. In de onderlinge verhouding tussen verzekeraars ZFW/AWBZ en zorgaanbieders komt ook geen wijziging. Zij kunnen hun overeenkomsten zo inrichten dat met een dergelijke constructie rekening wordt gehouden.

Een dergelijke constructie kent aanzienlijke doelmatigheidsvoordelen ten opzichte van het «los» en individueel declareren door standaardisatie waardoor transparantie en controleerbaarheid toenemen en vergissingen kunnen worden voorkomen.

Particuliere verzekeraars regelen in hun polis dat de verzekerde als bewijs de originele declaraties overlegt voor het verkrijgen van restitutie van het betaalde bedrag of voor betaling door de verzekeraar rechtstreeks aan de zorgaanbieder. Het is daar de verzekerde die beslist of de gegevens op de declaratie aan de particuliere verzekeraar worden verstrekt. Dat geldt in casu dus ook voor de gegevens die de gezondheid van de verzekerde of de medeverzekerden betreft.

Een voorgeschreven declaratiewijze heeft geen invloed op de regierol van verzekeraars. Verzekeraars hebben voor de regierol informatie nodig.

Kader declaratiecasus

Voor de duidelijkheid geef ik hieronder een overzicht hoe de regels rond het declaratieverkeer door middel van de WTG ExPres in de WTG worden verankerd.

De Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) is van toepassing op

- alle ziektekostenverzekeraars en verzekeringscompartmenten;
- die zorgaanbieders die horen tot de categorieën die zijn aangewezen bij het Besluit werkingssfeer WTG 1992;
- personen of instellingen, voor zover zij tarieven in rekening brengen namens, ten behoeve van of in verband met het leveren van een prestatie door die zorgaanbieders.

Het wetsvoorstel WTG ExPres wijzigt de WTG. Door die wijziging kan het declaratieverkeer worden geregeld tussen degenen die onder de WTG vallen.

Ingevolge het nieuwe artikel 6, eerste lid, aanhef en onder e, WTG doen partijen zelf een voorstel inzake de wijze waarop het declaratieverkeer onderling zal worden geregeld:

Een tariefaanvraag «bevat een voorstel voor:

- de toe te passen prestatiebeschrijving;*
- het voor de prestatie in rekening te brengen tarief;*
- degene aan wie het tarief in rekening wordt gebracht;*
- degene door wie het tarief in rekening wordt gebracht en*
- de wijze waarop het tarief in rekening wordt gebracht.»*

Ingevolge artikel 11, vijfde lid, WTG kan een beleidsregel voorschrijven hoe er wordt gedeclareerd:

«De beleidsregels kunnen inhouden aan wie, door wie en op welke wijze en met inachtneming van welke voorwaarden, voorschriften en beperkingen een tarief in rekening wordt gebracht.»

Het niet volgens de tariefbeschikking en de onderliggende beleidsregels declareren is strafbaar. Artikel 2, eerste lid, aanhef en onder e, WTG:

«Het is een orgaan voor gezondheidszorg verboden een tarief in rekening te brengen: e. anders dan op de wijze die overeenkomstig deze wet is goedgekeurd of vastgesteld.»

Patiënten hoeven een verkeerd gedeclareerd tarief niet te betalen. Artikel 2, vierde lid, WTG:

«4. Een orgaan voor gezondheidszorg en een ziektekostenverzekeraar kunnen [...] aan het in rekening brengen, [...] van een tarief, bedoeld in het eerste lid, geen rechten onttelen.»

Met de WTG wordt de inhoud van de declaratie bepaald. Artikel 2b WTG.

«Zorgaanbieders brengen een tarief in rekening onder vermelding van de daarbijbehorende prestatiebeschrijving. Het College stelt nadere regels betreffende het door zorgaanbieders [...]b. specificeren van op verrichte prestaties betrekking hebbende rekeningen.»

Lastendruk door derden

De leden van de SP-fractie waren 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?

De informatieverplichtingen die aan zorgaanbieders worden opgelegd op basis van wet en regelgeving door overheid en door afspraken met derden horen tot de administratieve lasten. Door vooraf goed te bepalen wat er inhoudelijk wordt opgelegd kan de last worden berekend en beheerst. Daarnaast kunnen zorgaanbieders met derden vrije afspraken maken. Deze afspraken vallen buiten het perspectief van de wet en regelgeving en tellen als zodanig niet mee bij de berekeningen van administratieve lasten waarop de terugdringing door de overheid zich richt. Het is aan de zorgaanbieder om te bepalen of hij deze afspraken wil maken.

Wijziging vastleggen tariefsoorten

De leden van de fracties van de ChristenUnie en de SP stelden vragen over het vastleggen van de tarieven in een beleidsregel in plaats van in een algemene maatregel van bestuur. De leden van de Christen-Unie-fractie vroegen of dit voor alle geldende tarieven of alleen voor de nieuw omschreven prestaties zal worden doorgevoerd.

Bij algemene maatregel van bestuur wordt vastgelegd welke categorieën van zorgaanbieders onder de WTG vallen, het Besluit werkingssfeer WTG

1992. In beginsel vallen alle prestaties van de aangewezen zorgaanbieders op het terrein van de gezondheidszorg onder de WTG. In de beleidsregels worden vastgelegd alle feiten en omstandigheden die bij het in rekening brengen van tarieven een rol spelen. In een door het College af te geven beschikking wordt bepaald welk tarief voor welke prestatie door welke (categorie van) zorgaanbieder(s) in rekening mag worden gebracht aan wie (personen of categorie van verzekeraars) en op welke wijze (declaratieverkeer). Tarieven liggen dus vast in beschikkingen van het College en niet in algemene maatregelen van bestuur.

In de vraag van de leden van de fractie van de ChristenUnie is sprake van het vastleggen van tarieven in een beleidsregel in plaats van in een algemene maatregel van bestuur. Vraagsteller bedoeld hier waarschijnlijk niet «tarieven» maar «tariefsoorten». De tarieven worden noch op basis van de huidige WTG noch op basis van dit wetsvoorstel in een beleidsregel vastgelegd. Vastlegging van een tarief geschiedt in een beschikking van het College.

De huidige WTG onderscheidt op niveau van de wet voor prestaties «punttarieven» of «maximumtarieven». Een beperkt tariefsoortenarsenaal. Een wijziging van «punt» naar maximumtarief voor prestaties moet worden geregeld door middel van een algemene maatregel van bestuur (een tijdrovende methode).

Met de WTG ExPres zijn meer tariefsoorten mogelijk: punt, minimum, bandbreedte, maximum en vrije tarief, per prestatie én (ook nieuw) per deelprestatie of kostencomponent. Daarmee ontstaat een zeer uitgebreid arsenaal aan mogelijkheden om een tarief op maat vast te stellen. Om al deze mogelijkheden te gebruiken moest een keuze gemaakt worden uit vastlegging in de wet met wijziging per amvb of vastlegging in de wet met wijziging per beleidsregel. Omwille van de eenvoud en de snelheid van mogelijke en noodzakelijke aanpassingen is gekozen voor het laatste. Met de WTG ExPres wordt een algemeen tariefbegrip ingevoerd dat betrekking heeft op alle tarieven, al dan niet vastgesteld of goedgekeurd door het College, die voor een prestatie door een zorgaanbieder die onder WTG valt kan worden geleverd. Daarmee keert de WTG weer terug naar zijn oorsprong die met de invoering van een expliciete titel in de wet voor maximumtarieven was verlaten.

Het vastleggen van de tariefsoort in beleidsregels zal voor alle geldende prestaties en tarieven en voor alle nieuw omschreven prestaties worden doorgevoerd. Op grond van het wetsvoorstel komt de huidige titel 4A in de Wet tarieven gezondheidszorg met betrekking tot de maximumtarieven te vervallen. Daarmee vervalt ook de grondslag voor het vigerende Besluit werkingssfeer maximumtarieven WTG.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of er nu al voorbeelden kunnen worden genoemd voor tarieven waarbij de relatie tussen de werkelijke kosten en het vastgestelde tarief zoek is en welke met behulp van een beleidsregel op korte termijn zullen worden gehonoreerd.

Voorbeelden van tarieven waarbij de relatie tussen werkelijke kosten en het vastgesteld tarief zoek is en die met behulp van een beleidsregel in korte termijn zijn op te lossen, zijn niet te geven. Ingeval sprake is van een ontbrekende relatie tussen werkelijke kosten en het vastgestelde tarief kan dit niet door het vastleggen van een tariefsoort in een beleidsregel, in plaats van in een algemene maatregel van bestuur, worden opgelost.

8. FRAUDEBESTRIJDING

DBC-maatregelen

De leden van de PvdA-fractie vroegen of de regering de mening deelt 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 regering deelt de mening van de leden van de PvdA-fractie in deze. De registratie, validatie en declaratie van dbc's dient zorgvuldig en juist te gebeuren. De validatiemodule is een cruciaal «technisch» instrument om te borgen dat de juiste dbc voor de juiste patiënt aan de zorgverzekeraar wordt gedeclareerd. De kaderregeling AO/IC, die voorschrijft dat de Raad van Bestuur van een zorginstelling een bestuursverklaring afgeeft over de gevoerde dbcadministratie en dat de accountant een goedkeurende verklaring dient af te geven, is van belang omdat de Raad van Bestuur daarmee extern toetsbare transparantie geeft over de interne bedrijfsvoering. Zowel de validatiemodule als de kaderregeling AO/IC zullen verplicht worden voorgeschreven voor alle ziekenhuizen op basis van regels van het College na inwerkingtreding van onderhavig voorstel.

Fraudebestrijding en administratieve lasten

De leden van de VVD-fractie vroegen welke gevolgen de nieuwe administratievoorschriften van het voorstel 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?

De gegevens die op grond van onderhavig wetsvoorstel zonder meer moeten worden vastgelegd in een administratie zijn beperkt tot die gegevens die nodig zijn voor een adequate financiële administratie. Zonder die vastlegging kunnen zorgaanbieders niet goed controleren of de geleverde prestaties zijn gedeclareerd en betaald. Ziektekostenverzekeraars kunnen niet goed controleren of de verzekerde wel gerechtigd was deze declaraties ten laste te laten komen van de ziektekostenverzekering en of deze niet al eerder zijn betaald. Deze minimale eisen zijn nodig voor het terugdringen van fraude. Daarenboven kan ik me niet voorstellen dat er zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars zijn die deze gegevens nu al niet vastleggen in hun administratie.

In dat licht is er materieel geen toename van administratieve lasten. Door de gekozen definitie van administratieve lasten, te weten elke verplichting tot administratie of informatie door een overheidsregeling is opgelegd, is er door vastlegging van de administratieve vereisten in de WTG formeel een toename van administratieve lasten. Nu is aangesloten bij hetgeen gebruikelijk zou moeten zijn hoeven daarom geen extra inspanningen te worden geleverd en is er van enige extra materiële belasting in verband met fraude geen sprake.

Verzekerden

De leden van de VVD-fractie vroegen of de regering vindt dat de aangekondigde maatregelen ter bestrijding van fraude niet eenzijdig gericht zijn op verzekerden?

De maatregelen ter bestrijding van fraude in onderhavig wetsvoorstel zijn in het bijzonder gericht op zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. Ze

zijn er bovendien op gericht de patiënt niet de dupe te laten worden van frauduleuze handelingen door zorgaanbieder en/of ziektekostenverzekeraar. Ik kom daar bij de Artikelsgewijze toelichting in deze nota nog op terug.

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

De bestrijding van fraude door verzekerden is geregeld in het wetsvoorstel Wet Fraudebestrijding zorgverzekeringswetten. De Raad van State heeft onlangs zijn advies over dit wetsvoorstel uitgebracht. Naar verwachting zal dit wetsvoorstel op korte termijn bij koninklijke boodschap aan de Kamer kunnen worden aangeboden. Daarnaast bestaat natuurlijk altijd de mogelijkheid van strafrechtelijke vervolging op grond van valsheid in geschrifte en oplichting.

Zorgaanbieders

De leden van de fractie van de VVD vroegen de regering een schematisch overzicht van de maatregelen welke gericht zijn op de aanbieders.

In de memorie van toelichting is op de pagina's 22 en 23 een overzicht opgenomen van alle maatregelen die er (mede) op gericht zijn om fraude te voorkomen en terug te dringen. Met verwijzing naar dat overzicht geef ik de belangrijkste maatregelen gericht op zorgaanbieders onderstaand weer:

- Algemeen administratievoorschrift zorgaanbieders (en verzekeraars) om vast te leggen (a) de geleverde prestaties, (b) de betrokken patiënt, (c) de in rekening gebrachte tarieven en (d) de betalingen.
- Administratieve en softwarematige beperkingen mogen de wettelijke vrijheid tariefafspraken niet belemmeren. De «Computer» mag niet automatisch maximumtarief declareren als lager tarief is afgesproken.
- Regels op maat per sector over bewaartermijnen, toegankelijkheid en inrichting van de administratie door het College.
- Tijdige patiëntinformatie. Zorgaanbieders informeren hun patiënten zorgvuldig en tijdig over de prestatie en tarief.
- Duidelijke declaraties. De declaratie bevat naast het tarief ook de daarbij behorende prestatiebeschrijving. Het College schrijft voor wat er verder op de declaratie moet staan.
- Transparant declaratieverkeer. Het College kan eisen stellen aan het declaratieverkeer, waaronder een centrale afhandeling van declaraties.
- Strafbaarheid. Zorgaanbieders (en ziektekostenverzekeraars) die een foutieve declaratie of prestatie vergoeden of betalen zijn strafbaar. Dat stimuleert hen tot betere interne controle.
- Gegevensuitwisseling tussen het College en de NMa en tussen het College en de IGZ bevordert toezicht en vermindert administratieve lasten bij zorgaanbieders (en verzekeraars).
- Voorlichting door het College aan zorgaanbieders, ziektekostenverzekeraars en consumenten over zijn beleidsregels, tarieven en besluiten vermindert vergissingen.
- Internet als informatiebron. Het College maakt alle relevante informatie toegankelijk op internet.
- Laagdrempelig Informatie en Meldpunt Onregelmatige Declaraties bij het College verbetert directe controle van en toezicht op zorgaanbieders door patiënt en verzekeraar.
- Efficiënte informatieverzameling. Alle personen en instanties die over

gegevens beschikken die nodig kunnen zijn voor een goede uitvoering van de wet zijn verplicht die (desgevraagd) te leveren.

- Toezichtbeperkingen bij ambulancevervoer en geneesmiddelen worden opgeheven.
- Met bestuursdwang en dwangsom worden administratie en informatieverplichtingen afgedwongen bij zorgaanbieders (en verzekeraars).

Verzekeraars

Deelt de regering de mening van de leden van de VVD-fractie dat zorgverzekeraars inzicht moeten krijgen in de behandeling zoals gegeven door de zorgverzekeraar om zo te kunnen bepalen waarvoor wordt betaald?

De regering deelt de mening van de VVD-fractie dat de verzekeraars materiële controle kunnen uitoefenen en kunnen zien of hun verzekerden zorg hebben gekregen waarvoor zij geïndiceerd zijn, die behoort tot het verzekerde pakket, voor het tarief dat daarvoor is afgesproken of daarvoor is vastgesteld. Ik verwijs ik u ook naar hoofdstuk 6 onder het kopje «Onderlinge gegevensverstrekking».

Volgens verzekeraars maakt het strafbaar stellen van verzekeraars die onjuiste declaraties vergoeden, het verzekeraars onmogelijk om verzekerden die te hoge nota's hebben voorgeschoten, schadeloos te stellen. De leden van de VVD-fractie vroegen of de regering de mening van de zorgverzekeraars deelt 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 constateerden ook dat de zorgverzekeraars zorgen hebben over de strafbaarheidsstelling. Deze leden meenden dat het goed is als het wetsvoorstel zorgverzekeraars stimuleert bij het voeren van een goede interne controle. Tegelijkertijd schetsten 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 terugvoert van de zorgaanbieders ook strafbaar worden gesteld. Kan de regering aangeven of het inderdaad de bedoeling is dat deze handelswijze ook strafbaar wordt?

De zorgen die verzekeraars hebben over de mogelijk strafbaarheid van hun handelen deel ik niet.

Kostenbeheersing en fraudebestrijding bij aanbieders heeft weinig zin als verzekeraars zonder terughoudendheid te hoge tarieven betalen. Die kosten worden dan toch weer afgewenteld op de verzekerden via de premie. Daarmee wordt het budget dat beschikbaar is voor de zorg overschreden.

Ook het Openbaar Ministerie constateert dat het systeem van kostenbeheersing niet gesloten is. Het OM voelt niet veel voor vervolging van zorgaanbieders voor het declareren van te hoge tarieven als de verzekeraars bij de betaling van die te hoge tarieven steeds vrijuit kunnen gaan. Hoewel op elke vergelijking valt af te dingen is ook in het commune strafrecht iedere (potentiële) betrokkene die het ongewenste gedrag zou kunnen stimuleren strafrechtelijk te vervolgen. Ik zie niet in waarom dat in de gezondheidszorg anders zou moeten zijn.

We willen immers naar een systeem waarbij de verzekeraar de belangen van zijn verzekerde goed behartigd. De strafbaarstelling stimuleert de verzekeraar tot het beter controleren van de declaratie. En tot overleg met

de zorgaanbieder voor een juiste declaratie voor de verzekerde. Het is daarbij volstrekt onnodig dat de verzekeraar eerst de te hoge rekening vergoedt aan verzekerde of de zorgaanbieder om ze daarna terug te vorderen. De verzekeraar kan mits daartoe gemachtigd door de verzekerde – hetgeen te regelen is in de verzekeringsspolis – de zorgaanbieder op zijn declaratiegedrag aanspreken. Niets staat de verzekeraar in de weg dat ook te doen indien de declaratie nog valt binnen het eigen risico van de verzekerde.

Bovendien is in het onderhavig wetsvoorstel een bepaling opgenomen die de patiënt vrijwaart van het betalen van een verboden declaratie. Dat maakt een dergelijke handelwijze van verzekeraars nog gemakkelijker. Strafbaarheid van verzekeraars belemmert ongewenst gedrag en verhoogt de pakkans van zorgaanbieders. Daar gaat een preventieve werking van uit. Ons strafstelsel biedt verder voldoende waarborgen voor een verzekeraar die aantoont dat hij er alles aan gedaan heeft om te voorkomen dat een onjuiste declaratie wordt vergoed.

De verzekeraars zijn geen slachtoffer. De kosten van de verzekering komen ten laste van alle verzekerden. Daardoor is niet de verzekeraar de dupe maar alle verzekerden bij die verzekeraar of op wie de te riante betaling wordt afgewenteld via de premie. Verzekeraars moeten in staat worden geacht een efficiënte en effectieve controle uit te oefenen op declaraties van zorgaanbieders. Dit in tegenstelling tot de gemiddelde individuele patiënt. Zoals al eerder geschreven bevordert een adequaat optreden van de verzekeraars dat overtredende zorgaanbieders tegen de lamp lopen. Dat dit voorgenomen beleid in strijd zou zijn met de door het CTZ aanvaarde controlepraktijk zie ik niet. Bovendien ziet die toezichthouder niet toe op de uitvoering van de WZV1998, de aanvullende verzekeringen, de overige particuliere verzekeringen en de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren. Ook daar is een efficiënte controle gewenst.

Uniforme gegevensuitwisseling

De leden van de ChristenUnie-fractie vroegen of 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 verbindt dat zorgaanbieders met vergelijkbare software zullen gaan werken, die probleemloze datauitwisseling mogelijk maakt.

Bij de invoering van dbc's is grote aandacht besteed aan het vooraf beschrijven van uniforme vereisten voor de administratie en declaratie en de minimale data set die zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars moeten leveren. Met onderhavig wetsvoorstel krijgt het College de bevoegdheid die vereisten voor verzamelen van gegevens, het neerleggen daarvan in de administratie, de verstrekking, verwerking en publicatie van die gegevens nader in regels vast te leggen en te handhaven.

Toezichtbelemmeringen ambulancevervoer en geneesmiddelen

De leden van de fractie van de ChristenUnie vroegen wat destijds de redenen waren voor de beperking van de toezichtsmogelijkheden voor ambulancevervoer en geneesmiddelen?

Toezichtsmiddelen moeten niet verder strekken dan strikt noodzakelijk is. Ik denk dat de mogelijkheid in de Algemene wet bestuursrecht om voertuigen te onderzoeken en monsters te nemen onbedoeld niet is geassocieerd met ambulancevervoer en het afleveren van geneesmiddelen dat als prestatie van apothekhoudenden ook onder de WZV valt.

Meldpunt onregelmatige declaraties

De leden van de SGP-fractie hadden een vraag over het op grond van het wetsvoorstel bij het College tarieven gezondheidszorg in te richten Meldpunt Onregelmatige Declaraties. Zij vroegen in de eerste plaats of er bepaalde voorwaarden zijn waaraan het College moet voldoen om klachten in behandeling te nemen.

In het wetsvoorstel zijn dergelijke voorwaarden niet opgenomen. Het opnemen van het Meldpunt in de wet is, zoals de memorie van toelichting aangeeft, mede noodzakelijk om betere mogelijkheden te creëren voor toezicht en opsporing. Ook nu reeds komen vele vragen over tarieven, meldingen van verkeerd gedeclareerde tarieven en daadwerkelijke klachten over tarieven binnen bij het College en bij de FIODECD. Het probleem op dit moment is echter dat niet is vastgelegd door wie en waarvoor de binnengekomen gegevens mogen worden gebruikt. Het wetsvoorstel poogt hierin verbetering te brengen door de wettelijke vastlegging van het Meldpunt.

De leden van de SGP-fractie vroegen zich verder af of er nog een controle noodzakelijk is voordat de bij het Meldpunt binnengekomen gegevens mogen worden gebruikt en of op een of andere manier is gewaarborgd dat gemelde gegevens niet worden gebruikt om onnodig of ongefundeerd zwart te maken.

In de praktijk is het ook nu reeds zo dat de FIODECD (die toezicht en opsporingsbevoegdheden heeft ingevolge de WTG) op grond van meldingen die bij het College, het ministerie of de FIODECD zelf binnemen niet bij elke klacht of melding in actie komt, maar indien meerdere klachten verwijzen naar eenzelfde zorgaanbieder dan wel de klacht van zodanige aard of omvang is dat direct actie moet worden ondernomen. Als er actie wordt ondernomen zal dat vrijwel altijd in eerste instantie slechts gaan om een toezichtonderzoek. Slechts indien blijkt dat er bij de betreffende zorgaanbieder daadwerkelijk ernstige WTG-overtredingen dan wel frauduleuze zaken aan de orde zijn, zal het toezichtonderzoek worden gestaakt en zal een opsporingsonderzoek worden ingesteld. Een dergelijk onderzoek kan uiteindelijk resulteren in vervolging door het Openbaar Ministerie. Het is overigens ook mogelijk dat uit beleids- of toezichtonderzoek van de FIODECD naar voren komt dat een bepaalde beleidsregel verkeerd wordt geïnterpreteerd door meerdere zorgaanbieders. In een dergelijk geval zal de te ondernemen actie zijn dat vanuit het College zorgaanbieders door middel van een circulaire nader worden geïnformeerd over de juiste interpretatie of dat de beleidsregel wordt aangepast. Tijdens het Algemeen Overleg over fraude in de zorg op 5 februari 2004 heeft de Kamer aangedrongen op het vergroten van de bekendheid van het Meldpunt onregelmatige declaraties (Kamerstukken II, 0304, 28 828, nr. 13, p. 6). Met het College en FIODECD is overleg gestart over hoe het vergroten van de bekendheid en de toegankelijkheid van het meldpunt kan leiden tot een verbeterde naleving van de WTG. Het College en FIODECD zullen inventariseren welke inzet van welke middelen nodig is. Over de resultaten van het overleg wordt de Kamer geïnformeerd.

9. BETEKENIS VAN DE WTG EXPRES VOOR DE HOOFDACTOREN

Patiënt en informatie over overeenkomsten

De leden van de PvdA-fractie hadden zich erover verbaasd dat de regering in de memorie van toelichting stelt dat desgevraagd de zorgaanbieder aan de patiënt moet laten weten of een overeenkomst is gesloten met een ziektekostenverzekeraar. 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 is in zijn algemeenheid zo dat het initiatief tot verkrijgen van zorg uitgaat van de patiënt. Wanneer die patiënt zorg nodig heeft wendt hij/zij zich tot een zorgaanbieder, meestal eerst de huisarts. Daarna gaat hij eventueel naar een andere behandelaar. Is dat een andere eerste lijnsvoorziening of vrij gevestigde hulpverlener, dan zal de verzekeraar niet met iedere hulpverlener een contract hebben gesloten. Omwille van het terugdringen van overbodige afspraken en het bevorderen van afspraken op maat over prestatie, volume en tarief, geldt daarvoor niet de contracteerplicht ZFW/AWBZ. In de particuliere verzekering en de publiek-rechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren wordt meestal met restitutie gewerkt en zijn er geen contracten. Voor intramurale instellingen als ziekenhuizen wordt ook bij opname van particuliere en publiekrechtelijke verzekerden veelal rechtstreeks betaald door de verzekeraar. Er bestaat een informatieplicht voor de zorgaanbieders zoals vermeld in de memorie van toelichting. Daarnaast is de verzekeraar ZFW/AWBZ verplicht om desgevraagd zijn verzekerden te informeren over de afgesloten overeenkomsten.

Om ervoor te zorgen dat de patiënt in de praktijk afdoende wordt geïnformeerd maakt het ministerie van VWS hierover met betrokken partijen (zorgverzekeraars, zorgaanbieders) afspraken. Zo wordt er met huisartsen overlegd om ervoor te zorgen dat bij de verwijzing door de huisarts de patiënt erop wordt gewezen om bij zijn zorgverzekeraar te informeren bij welke zorgaanbieders de patiënt behandeld kan worden.

De overige informatieverplichtingen vloeien voort uit de WGBO (onder meer: de behandelaar moet de patiënt goed informeren over de diagnose, voorgestelde behandeling en mogelijke alternatieven) en de Kwaliteitswet zorginstellingen (onder meer: de aanbieder moet zich publiek verantwoorden over de geleverde kwaliteit). In mijn standpunt van 1 april 2004 over het van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg getiteld «Van Patiënt tot Klant» ga ik op deze materie uitvoerig in (Kamerstukken II, 0304, 27 807, nr. 21).

Transparantie en informatie door College

De fractie van de PvdA stelde vast dat het CTG/Zorgautoriteit beschikt over een veelheid aan informatie en was van mening dat het CTG/Zorgautoriteit veel meer informatie kan verstrekken en publiekelijk kan aanreiken dan slechts de tarieven van gereguleerde markten. De fractie dacht daarbij aan informatie betreffende de kwaliteit van aanbieders, de prijskwaliteitverhouding van aanvullende ziektekostenpolissen en dergelijke.

Het College is thans druk doende met de voorbereiding van de maatregelen en communicatie naar zorgaanbieders, ziektekostenverzekeraars en publiek. In die communicatie wordt ook het informatiepunt over prestaties en tarieven en het meldpunt onregelmatige declaraties bij het College betrokken. De Tweede Kamer drong bij het Algemeen Overleg over Fraude in de zorg op 5 februari 2004 aan op meer bekendheid van het informatie en meldpunt.

Recent is bij het College een nieuwe afdeling Organisatie en Informatie opgericht. Deze afdeling gaat onder meer vorm geven aan het College als gegevensleverancier en informatieverschaffer. Deze taak en het verkrijgen van gegevens van zorgaanbieders en zorgverzekeraars vloeit voort uit de wet. Momenteel beschikt het College nog niet over kwaliteitsgegevens en

derhalve ook niet over gegevens betreffende verhouding prijskwaliteit. Door gebruik te maken van benchmarking zal dit wellicht in de toekomst voor het College wel tot de mogelijkheid behoren. Verder is recent bij het College een nieuwe afdeling Interne en Externe Communicatie opgericht. Deze afdeling zal gaan zorgen voor meer en betere voorlichting aan publiek, consumenten en patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

De WTG ExPres stelt verschillende maatregelen voor die van belang zijn voor het verwerven van inzicht van patiënten, verzekerden en consumenten.

Kader transparantie maatregelen College

In de WTG ExPres wordt in artikel 2b bepaald dat :

- 1 zorgaanbieders hun patiënten tijdig en zorgvuldig informeren omtrent het voor de prestatie in rekening te brengen tarief;
- 2 zorgaanbieders een tarief in rekening brengen onder vermelding van de daarbij behorende prestatiebeschrijving;
- 3 het College nadere regels stelt over het bekendmaken van tarieven door zorgaanbieders;
- 4 het College nadere regels stelt over het specificeren van op de verrichte prestatie betrekking hebbende rekeningen.

Artikel 29b bepaalt dat:

- 1 het College voorlichting geeft over de beleidsregels, beschikkingen en besluiten en over de uitvoering van zijn taken;
- 2 het College alle relevante informatie op internet zet;
- 3 het College een meldpunt heeft voor onregelmatige declaraties in de zorg (fraudebestrijding).

Artikel 2, vierde lid, bepaalt dat:

verzekeraars en zorgaanbieders geen rechten kunnen ontleen aan het in rekening brengen of betalen van een onjuiste declaratie.

Het beleid wordt bepaald door de minister.

De uitvoering is in handen van het College.

Het toezicht en de opsporing zijn in handen van de FIODECD en de IGZ.

Het parlement controleert de minister.

Toezicht in het nieuwe stelsel

De leden van de fractie van de PvdA vroegen welke instanties, na de stelselherziening, toezichthouders worden 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?

Over het toezicht in het nieuwe stelsel zal ik u separaat berichten.

Instrumentarium College

De leden van de PvdA fractie wilden graag een duidelijker taakomschrijving van het CTG/Zorgautoriteit. Deze leden vroegen 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?

Het College tarieven gezondheidszorg, het College, voert de WTG uit zoals die nu luidt en zoals die zal luiden na inwerkingtreding van de WTG ExPres. Na invoering van de WTG ExPres krijgt het College meer instrumenten. Een vergelijkende tabel van taken en bevoegdheden vóór en na onderhavig wetsvoorstel is opgenomen in de memorie (p. 37 en 38). Met de wet waarmee de zorgautoriteit wettelijk wordt verankerd zal het instrumentarium waar nodig verder worden uitgebreid. De wet op de zorgautoriteit bepaalt meer in het algemeen de rol en de taken van de zorgautoriteit. In deze wet kunnen eventueel meer generiek werkende instrumenten worden opgenomen. Of er daadwerkelijk additioneel instrumentarium nodig is wordt op dit moment nog onderzocht, onder andere kijkend naar ervaringen met soortgelijk toezicht in andere sectoren en in andere landen.

Met onderhavig wetsvoorstel is niet voorzien in het opleggen van bestuurlijke boetes door het College. Wel is voorzien in het toepassen van bestuursdwang. De WTG ExPres maakt bestuurlijke handhaving van administratieve en informatie voorschriften mogelijk. Zie daarvoor onderstaand kader.

Kader bestuursdwang WTG

De overheid dient zorgvuldig om te gaan met het opleggen van verplichtingen. Aan degene die een verplichting krijgt opgelegd moet een redelijke termijn worden gegeven om aan die verplichting te kunnen voldoen. Voor de aanpassing van de administratie is een redelijke termijn al gauw twee á drie maanden. Pas na afloop van die termijn is het redelijk om handhavinginstrumenten in te zetten. Gedurende de overgangstermijn kan wel steeds de begeleiding en druk om aan de norm te voldoen worden opgevoerd.

Als voorbeeld:

Het College moet een regeling inzake administratie, declaratie en bekendmaking van tarieven maken op basis van de WTG zoals die luidt na inwerkingtreding van de WTG ExPres.

Het College kan de regeling(en) bestuurlijk handhaven op grond van artikel 32 WTG (nieuw).

Dat gaat in volgende etappes:

- constateren van de overtreding
- aanschrijven/aanwijzen van de overtreder om aan de verplichting te voldoen plus een redelijke termijn stellen
- na die termijn constateren of aan de aanwijzing is voldaan
- bij nogmaals constateren van de overtreding nieuwe termijn stellen plus eventueel dwangsom opleggen
- na de termijn constateren of aan de aanwijzing is voldaan
- Indien nog steeds overtreding dan
 - inning dwangsom en /of
 - bestuursdwang uitoefenen waarbij op kosten van de overtreder het verzuim wordt hersteld

Het verzuim kan zijn het niet voldoen aan alle in de regeling opgelegde verplichtingen.

De bestuursdwang kan door het College zelf of onder eventuele opdracht verlening door het College aan een gekwalificeerde derde accountantsbureau.

De kosten van bestuursdwang zijn voor rekening van de overtreder.

Met bestuursdwang bereik je dat ook daadwerkelijk wordt gedaan wat moet worden gedaan, al is het kwaadschiks.

Op het takenpakket van het College in aanloop tot zorgautoriteit wordt ook ingegaan in hoofdstuk 13.

Verantwoording College

De Kamer controleert de uitvoering van de WTG door middel van het werkplan en jaarverslag van het College. De leden van de PvdA-fractie vroegen 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?

De minister legt op grond van de WTG, de WZV, de Ziekenfondswet en de AWBZ, verantwoording af aan de Tweede Kamer over het functioneren van de zelfstandige bestuursorganen die die wetten uitvoeren. De Kamer controleert de minister. De zelfstandige bestuursorganen leggen op grond van die wetten verantwoording af aan de minister. Er is dus sprake van een getrapte controle en verantwoording.

De verantwoordingsdocumenten van de uitvoeringsorganen gezondheidszorg College voor zorgverzekeringen (CVZ), College toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ), College tarieven gezondheidszorg (CTG), College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) en College sanering ziekenhuisvoorzieningen (CSZ) zijn een belangrijke bouwsteen voor mijn oordeel over het functioneren van deze uitvoeringsorganen. Naast het werkprogramma en het verslag van werkzaamheden leggen de uitvoeringsorganen ook verantwoording af door middel van de begroting en het financieel verslag. Bij de beoordeling van het functioneren van het uitvoeringsorgaan wordt naast genoemde verantwoordingsdocumenten ook gekeken naar tijdigheid en bruikbaarheid van uitvoeringstoetsen en de kwaliteit van regelingen en signaleringen over actuele ontwikkelingen in de uitvoeringspraktijk.

Ik beoordeel de werkzaamheden van de uitvoeringsorganen om te komen tot integrale verantwoording over het functioneren van het stelsel van zorgverzekeringen. Het oordeel over het functioneren van de uitvoeringsorganen in 2002 heb ik met bijbehorend uitgewerkt beoordelingskader, aan de Kamer bekend gemaakt (Kamerstukken II, 0304, 25 268, nr. 15).

Aan de verantwoordingsdocumenten stel ik algemene en specifieke eisen per orgaan. Deze eisen vormen de toetspunten voor de verantwoordingsdocumenten. Waar nodig overleg ik met de uitvoeringsorganen over de gestelde eisen. Over de eisen te stellen aan de verantwoording heb ik u bericht bij brief van 10 juli 2003 (niet dossierstuk VWS0 300 928). Overigens is ook een verplichting tot verantwoording over het werk van zbo's opgenomen in de Comptabiliteitswet.

Hieronder geef ik kort de algemene eisen en de specifieke eisen, die ik stel aan het werkprogramma en verslag van werkzaamheden van het College, weer.

Eisen aan het Werkprogramma

Het werkprogramma dient voor 1 oktober t1 bij mij ingediend te worden. Het geeft vooraf inzicht in:

- De vertaling van de belangrijkste beleidsontwikkelingen naar de uitvoering van de wettelijke taken;
- De activiteiten die in dit kader zullen worden verricht;
- De producten die in dit kader worden geleverd en de termijnen waarbinnen ze worden geleverd;
- De inzet van personele en materiele middelen bij de uitvoering van de activiteiten.

Ik zend het werkprogramma na mijn instemming naar de Kamer.

Eisen aan het Verslag van werkzaamheden

Het verslag dient voor 1 juli t +1 bij mij ingediend te worden. Het geeft achteraf inzicht in het gevoerde beleid en de doelmatigheid en doeltreffendheid van de werkwijze en werkzaamheden, waarmee het bestuursorgaan invulling heeft gegeven aan zijn wettelijke taken.

- Toetspunten bij de beoordeling van het verslag van werkzaamheden zijn:
- Realiseert het bestuursorgaan wat in het werkplan was voorgenomen?
 - Sluiten de uitgevoerde werkzaamheden aan bij de wettelijke taken?
 - Zijn de activiteiten van voldoende kwaliteit?
 - Verantwoordt het bestuursorgaan zich over de bedrijfsvoering?

Ik zend het verslag van werkzaamheden na mijn instemming naar de Kamer.

Specifieke eisen bij de taken van het College tarieven gezondheidszorg

De uitvoering van de hierna genoemde wettelijke taken worden in de verantwoordingsdocumenten van het College toegelicht in termen van activiteiten, producten en termijnen:

- vaststellen/ goedkeuren van budgetten en tarieven;
- het ontwerpen en vaststellen van beleidsregels;
- het rapporteren aan de minister over de uitvoerbaarheid en doelmatigheid van voorgenomen beleid (uitvoeringstoetsen);
- het signaleren aan de minister van belangrijke WTG aangelegenheden.

De prioritering van de werkzaamheden van het College volgt uit de wet of uit de «vraag uit het veld». Het is van belang dat het College in zijn werkprogramma en het verslag van werkzaamheden een globaal inzicht biedt in de wijze waarop het deze taken uitvoert, rekening houdend met de vorengestelde eisen, en in de capaciteit die daar mee is gemoeid, het gaat hierbij om:

- onderhoud beleidsregels;
- trendmatig aanpassen van beleidsregels en tarieven;
- overleg met individuele instellingen in verband met budgetvaststelling;
- idem voor beroepsgroepen;
- verzenden van circulaires aan alle instellingen en beroepsgroepen;
- voorbereiden en het houden van commissie (kamer) en college vergaderingen;
- steunverleningfunctie in de zin van zorgen voor continuïteit van zorg;
- handhaving: thematische onderzoeken;
- periodiek overleggen met aanbieders, CVZ en CBZ;
- behandelen van bezwaarschriften en beroepszaken;
- informatieverstrekking ten behoeve van de zorgnota aan aanbieders en verzekeraars.

Opdrachtverlening

Wensen ten aanzien van het werkprogramma en begroting maakt de minister tijdig aan het College bekend. Indien nodig vindt er overleg plaats met het College over de verantwoordingsdocumenten die zijn voorgelegd. De Kamer kan wensen ten aanzien van het werkprogramma van het College te allen tijde bij mij bekend maken. De opzet van het werkprogramma is zo, dat daarbinnen enige ruimte is om te komen tot een nadere prioritering van de werkzaamheden in de loop van de uitvoering. Dit is een waarborg voor flexibiliteit. Voor grote tussentijdse onderwerpen is aanvullende financiering nodig.

Grensregio's

De leden van de PvdA-fractie vroegen de regering wat deze van plan is 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 leden van de fractie van de PvdA refereren aan een ongelijk speelveld omdat de zorg die ziektekostenverzekeraars buiten Nederland inkopen en daar geleverd wordt aan hun verzekerden buiten de reikwijdte van de WTG valt. De werkingssfeer van de WTG is nu eenmaal territoriaal beperkt tot de prestaties van zorgaanbieders in Nederland. De vestiging van de ziektekostenverzekeraar doet niet ter zake. Buitenlandse ziektekostenverzekeraars die in Nederland zorg inkopen bij zorgaanbieders die onder de WTG vallen zijn net zo zeer gebonden aan de WTG als Nederlandse ziektekostenverzekeraars. Wordt er echter zorg ingekocht en geleverd buiten Nederland dan is de WTG niet van toepassing. Het feit dat de ziektekostenverzekeraar in Nederland is gevestigd, maakt dit niet anders. Het onderhavige wetsvoorstel verandert in dit opzicht dus niets in vergelijking met de vigerende wet. Er bestaat nu ook al een «ongelijk» speelveld. Deze situatie vormt op zich geen aanleiding voor ingrijpen van de kant van de overheid. Onder omstandigheden kunnen Nederlandse ziektekostenverzekeraars hier zelfs voordeel van hebben. Soms kan dezelfde zorg in het buitenland goedkoper worden ingekocht dan in Nederland zelf.

De leden van de PvdA-fractie vroegen of de kwaliteitseisen ook gelden voor prestaties die over de grens worden ingekocht. Evenals de tarievenwetgeving in de gezondheidszorg is ook de kwaliteitswetgeving voor zorgaanbieders territoriaal beperkt tot Nederland. In ieder geval is het zo dat op de zorg die in een ander land wordt ingekocht de kwaliteitswetgeving van het vestigingsland van de zorgaanbieder van toepassing is. In EU of EERverband geldt wat de kwaliteit betreft een heel complex van coördinatie en harmonisatierichtlijnen. Dit betekent overigens niet dat er geen eisen worden gesteld aan de zorg over de grens die ziektekostenverzekeraars inkopen voor hun AWBZ/Ziekenfondswetverzekerden in Nederland. Verder is het zo dat op die ziektekostenverzekeraars de verplichting rust om kwalitatief goede zorg voor hun verzekerden te contracteren. Wordt zorg ingekocht in een land waar geen regelgeving inzake kwaliteit bestaat dan moeten die ziektekostenverzekeraars in voorkomend geval zelf nagaan of de gecontracteerde zorg voldoet aan de daaraan te stellen eisen. Overigens wordt ook op deze problematiek ingegaan in het wetsvoorstel «Herziening overeenkomstenstelsel» dat bij uw Kamer aanhangig is (Kamerstukken II, 28 994).

Rol minister/ingrijpen/individuele zorgaanbieder

De leden van de fracties van de SGP en GroenLinks vroegen meer aandacht voor de rol van de minister in de memorie van toelichting. Zij 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 vroegen om een toelichting hierop.

Met het instemmen van het parlement met de WVG in 1980 en de volledige inwerkingtreding van de WVG op 7 februari 1982 is de bevoegdheid om tarieven goed te keuren of vast te stellen voor bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen zorgaanbieders expliciet en exclusief overgedragen (geattribueerd) aan het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg, sinds 2000 College tarieven gezondheidszorg genaamd. Daardoor is ieder ander bestuursorgaan uitgesloten van de bevoegdheid tot het vaststellen van tarieven, ook de minister. De tariefstelling door het College geschiedt na toetsing van de aanvragen daartoe aan de door het College op te stellen en door de minister goed te keuren beleidsregels.

De minister van VWS stelt het beleid vast. Met het opstellen van beleidsregels doet het College voorstellen voor het vertalen en uitvoeren van het beleid van de minister van VWS op het gebied van de tariefregulering en markttoezicht. Daarbij gebruikt het College zijn kennis van de praktijk. De minister moet de beleidsregels vervolgens goedkeuren. Dat is wat anders dan dat het College het beleid zou maken.

De minister van VWS heeft een aantal wettelijke mogelijkheden om in te grijpen. Ingevolge artikel 13 kan hij het College «opdragen» beleidsregels over een door hem aangegeven onderwerp vast te stellen; die «opdracht» geschiedt in de vorm van (globale) beleidsregels. De ingevolge zijn opdracht door het College vastgestelde beleidsregels behoeven de goedkeuring van de minister. Ten aanzien van de werkwijze van het College en zijn taakuitoefening kan de minister eveneens beleidsregels vaststellen (artikel 28; dit noem ik de huishoudelijke beleidsregels); voorts moet het College zijn bestuursreglement, werkprogramma, begroting en meerjarenraming ter goedkeuring aan de minister voorleggen. Ook is het College gehouden de minister van informatie te voorzien (artikel 29b). Op grond van artikel 29 kan de minister besluiten van het College vernietigen. De Algemene wet bestuursrecht geeft voor de uitoefening van die bevoegdheid nadere regels, onder meer op het punt van de schorsing in afwachting van een beslissing over vernietiging.

De minister kan geen aanwijzingen geven voor de tariefstelling in individuele gevallen. De reden hiervoor is dat de tariefstelling (en daarmee de budgetten van instellingen) op objectieve gronden moeten worden vastgesteld. Individueel ingrijpen zou kunnen leiden tot willekeur. Dat is in strijd met de beginselen van behoorlijk bestuur.

De minister moet niet in de positie worden geplaatst dat de veronderstelling kan worden opgeworpen c.q. ook maar enigszins de schijn kan worden gewekt al dan niet vermeende politieke voorkeuren een rol te laten spelen bij beslissingen in individuele gevallen op grond van niet objectiveerbare criteria bij de tariefvaststelling. Om dezelfde reden heeft de minister van Economische Zaken voorgesteld de NMa de status van zelfstandig bestuursorgaan te geven (Kamerstukken II, 20 002 001, 27 639, nr. 3, p. 3). Pas nadat de NMa een zelfstandig bestuursorgaan is kan de zorgautoriteit onderdeel worden van de NMa. Een eerdere opname van de zorgautoriteit zou de minister van Economische Zaken ook voor wat de betreft de tariefbeslissingen in de zorg in een niet gewenste positie brengen.

10. ONTWIKKELING REGELGEVING

Schaarste

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

Er is sprake van schaarste als het aanbod achterblijft bij de vraag. Daarbij is het natuurlijk wenselijk de ontwikkelingen over wat langere tijd te bezien in een reëel perspectief. Beoordeeld moet worden hoe de werkelijke vraag en aanbod zich in het recente verleden tot elkaar hebben verhouden, wat daarvan de gevolgen waren en of deze gevolgen tot onoverkomenlijke problemen hebben geleid. Met eenzelfde reële blik moet worden gekeken naar de verwachtingen over de ontwikkelingen van vraag en aanbod in de afzienbare toekomst. Verder is relevant bij de beoordeling van schaarste in hoeverre er mogelijkheden zijn tot toetreding van (nieuwe) aanbieders of tot substitutie door een ander zorgaanbod voor dezelfde vraag. Naarmate toetreding en substitutie eenvoudiger zijn, mag worden verwacht dat de schaarste minder lang zal voortduren. In dat licht is indertijd de zogenoemde flexizorgregeling (regeling vervangende hulp) gecreëerd in de ziekenfondsverzekering.

Evenwichtige markt

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 tarieven en is de overheid zich ermee gaan bemoeien. Genoemde leden vroegen 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 waren 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?

Een uitspraak over «de evenwichtigheid van de zorgmarkt» is eigenlijk niet goed te geven. Steeds zal per deelmarkt moeten worden bezien hoe de situatie is. Wat is de structuur van de markt, hoe gedragen partijen zich en wat is het resultaat? Daarbij past ook een analyse van de verhouding tussen vraag en aanbod in het nabije verleden en de voorzienbare toekomst. Ook de vraag of toetreding van nieuwe zorgaanbieders of substitutie van zorgaanbod mogelijk is moet in de beschouwing worden betrokken.

Per deelmarkt is een gedifferentieerde analyse nodig. Zo volstaat het niet te kijken naar de totale markt voor ziekenhuiszorg. Op onderdelen van die zorg zijn er wachtlijsten maar op andere onderdelen lijken vraag en aanbod meer in evenwicht. Naar de mening van de regering is het zeker mogelijk om ook bij acute zorg prikkels te introduceren die helpen de publieke belangen beter binnen bereik te brengen. In mijn beleidsvisie op de acute zorg ga ik daar verder op in (Kamerstukken II, 0304, 29 247, nr. 1). De regering vindt zich in de stelling dat het nogal wat uitmaakt of de keuze voor een «verkeerd potje pindakaas» wordt gemaakt of voor een «verkeerde zorgaanbieder». Het is daarbij overigens wel goed om precies te weten wat onder «verkeerd» wordt verstaan. Bij pindakaas kan bijvoorbeeld de smaak tegenvallen of de prijs achteraf gezien te hoog. De Warenwet vereist dat pindakaas voldoet aan de kwaliteitseisen die aan het

desbetreffende product worden gesteld. Evenzo eist de kwaliteitswetgeving in de zorg dat de zorg van kwalitatief voldoende niveau is. Dat betekent natuurlijk niet dat er geen differentiatie in kwaliteit is, de patiënt mag er echter wel van uit gaan dat de zorg op zich kwalitatief voldoende is.

Relatie markt, schaarste en tarieven

Het motto van paragraaf 10 van de memorie is «Kennis van de historie geeft meer kans op resultaat bij verandering dan het negeren daarvan». Deze paragraaf gaf 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 tarieven. 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, verbaasde 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 tarieven. Marktwerking zorgt immers niet automatisch voor een einde aan schaarste en daling van de tarieven. Graag zagen zij een beschouwing over dit onderwerp.

De regering onderschrijft de stelling dat marktwerking niet automatisch zorgt voor een einde aan schaarste en voor daling van tarieven. Daarom vindt liberalisering ook behoedzaam en selectief plaats. Deregulering daar waar dat nuttig is en kan, regulering daar waar dat nodig is. Alleen bij bepaalde marktomstandigheden leidt vrije prijsvorming tot lagere tarieven. Essentieel onderdeel van die marktomstandigheden is vrije en relatief eenvoudige toetreding van nieuwe aanbieders respectievelijk vergroting van het aanbod door de gevestigde aanbieders dan wel substitutie door andere zorg voor dezelfde zorgvraag. Die omstandigheden zijn er niet overal.

Over de relatie schaarste, markt en tarief is meer geschreven in hoofdstuk (3) over marktwerking in deze nota.

11. TOEKOMST VAN DE WTG

Vervolg wijziging WTG

De leden van de GroenLinksfractie wilden van de regering weten wanneer zij verwacht het volgende voorstel tot wijziging van de WTG aan de Kamer te sturen?

In mijn brief van 21 november 2003 over de oprichting van de zorgautoriteit heb ik mijn voornemen geuit de zorgautoriteit met ingang van 1 januari 2006 wettelijk te verankeren (Kamerstukken II, 0304, 29 342, nr. 1). Ten einde die ingangsdatum te kunnen halen neem ik mij voor te bevorderen het voorstel van wet dat daarvoor nodig is in het voorjaar van 2005 aan de Kamer aan te bieden.

12. PRIJSVORMING EN GEREGULEERDE MARKTWERKING

Discretionnaire bevoegdheden College

De leden van de PvdA-fractie stelden vast dat het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBB) toetst of het College heeft gehandeld binnen de hem toegekende discretionaire bevoegdheden. De leden van de PvdA-

fractie vroegen hoe gedetailleerd de discretionaire bevoegdheden omschreven zijn en daarmee toetsbaar zijn voor het CBB.

Het College stelt met het oog op het uitvoeren van zijn taken beleidsregels vast. Bij het vaststellen van deze beleidsregels heeft het College, uiteraard binnen de grenzen die de wet stelt, de vrijheid om te bepalen waarop de beleidsregels betrekking hebben. De minister keurt deze beleidsregels goed of af. In gedeeltelijke goed of afkeuring voorziet de wet niet. Tegen de na vaststelling door het College door de Minister van VWS goedgekeurde beleidsregels kunnen zorgaanbieders, ziektekostenverzekeraars dan wel de representatieve organisaties van zorgaanbieders of ziektekostenverzekeraars geen rechtstreeks beroep instellen. Deze beleidsregels brengen op zich niet direct rechtsgevolgen voor betrokken zorgaanbieders of verzekeraars mee. Dat gebeurt pas als het College een beschikking treft. Aan die beschikking gaat een beoordeling op grond van de beleidsregels vooraf. Zoals ook al in de memorie van toelichting is aangegeven dient het College zich bij de uitvoering van de wet te houden aan de door de minister goedgekeurde beleidsregels. De beschikkingen zijn wel gericht op rechtsgevolgen voor de betrokkenen. Daartegen kan wel bezwaar en beroep worden ingesteld. In een beroepsprocedure tegen een tariefbeschikking kan indirect de rechtmatigheid van de beleidsregel aan de orde worden gesteld. De wettelijke vrijheid die het College heeft met betrekking tot de inhoud van de beleidsregels en de integrale beoordeling die de minister heeft van die beleidsregels in de goedkeuringsprocedure brengt met zich dat het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) de beleidsregels marginaal toetst. In het geval het College de grenzen van zijn wettelijke vrijheid voor inrichten van de beleidsregels overschrijdt, zal het CBB de beleidsregel onrechtmatig en daarmee onverbindend verklaren. Het CBB zal daarbij in ieder geval toetsen aan de beginselen van behoorlijk bestuur. Het bovenstaande is met wettelijke waarborgen omgeven. De eisen aan beleidsregels en de beroepsmogelijkheid tegen beleidsregels liggen vast in de Algemene wet bestuursrecht, de goedkeuringsprocedure door de minister en wie er bezwaar en beroep in mag stellen tegen beschikkingen van het College ligt vast in de WVG, het CBB en zijn procedures liggen vast in de Wet administratieve rechtspraak bedrijfsorganisatie.

Concentratie zorgverzekeraars

Naar de mening van de leden van de SGP-fractie ging de regering wat te gemakkelijk voorbij aan de opmerkingen van de Raad van State over de concentratietendensen bij de zorgverzekeraars. In het bijzonder vroegen zij of de concentratietendensen in samenhang met de opheffing van de omgekeerde contracteerplicht er niet toe leiden 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.

Ook nu al nemen sommige verzekeraars een regionale monopoliepositie in. Daarin brengt het afschaffen van de – omgekeerde – contracteerplicht geen verandering. Bovendien is er juist nu sprake van één groot monopolie als gevolg van de nog bestaande omgekeerde contracteerplicht in de ziekenfondsverzekering en de AWBZ omdat daardoor alle verzekerden in feite op dezelfde voorwaarden worden behandeld. Afschaffing van de omgekeerde contracteerplicht brengt daarin verandering. Ik zie niet in dat daardoor de keuzevrijheid van de cliënt voor een verzekeraar onbetekenend wordt, integendeel. In een systeem van vraagsturing zal de verzekeraar rekening houden met de wensen van zijn verzekerden. Zijn verzekeraar zal selectiever kunnen contracteren en op grond daarvan kan de verzekerde zijn keuze eventueel heroverwegen en van verzekeraar veran-

deren. Het afschaffen van de contracteerplicht doorbreekt het gesloten uniforme systeem, waardoor de cliënt meer keuze krijgt.

13. NAAR EEN ZORGAUTORITEIT

Wettelijke regeling zorgautoriteit

De leden van de fracties van het CDA en de SP vroegen of de WTG (ExPres) in verband met de omvorming van het College tot zorgautoriteit opnieuw worden aangepast?

De leden van de fractie van de SP vroegen waarom de zogenaamde zorgautoriteit niet eerst wordt opgericht, vóór de invoering van de markt. En hoever het met die oprichting staat.

In mijn brief aan de voorzitter van uw Kamer van 21 november 2003 over de oprichting van een zorgautoriteit heb ik al aangegeven dat vervolgwetgeving nodig is (Kamerstukken II, 0304, 29 342, nr. 1). Die vervolgwetgeving betreft een volgende wijziging van de WTG met in ieder geval de omvorming van het College naar zorgautoriteit. Verder wordt gedacht aan de herpositionering van brancheorganisaties, het verbeteren van de handhaving en het toevoegen van extra instrumenten voor de zorgautoriteit. De precieze inhoud van het voorstel is nog niet bekend. Wel dat deze op 1 januari 2006 in werking zal moeten treden. Om dat te realiseren ligt een complex en veelomvattend wetsvoorstel niet direct in de rede. Het kan zijn dat de benodigde wetswijzigingen derhalve worden gefaseerd. Ter verkoming van misverstanden zij nog gezegd dat de WTG ExPres een wijziging is van de WTG en niet een wet die de WTG in zijn geheel vervangt. Zodra de WTG ExPres tot wet is verheven en in werking is getreden is de WTG gewijzigd en de WTG ExPres «verdwenen». Daarom wordt hierboven ook gesproken van in de zin van «vervolgwetgeving» bij de wettelijke verankering van de zorgautoriteit.

De oprichting van de zorgautoriteit wordt in de periode tot 1 januari 2006 voorbereid. De voorbereiding bestaat niet alleen uit de wettelijke verankering van de zorgautoriteit, maar richt zich ook op het instrumentarium van de toekomstige zorgautoriteit, de interne organisatie, de relatie tot marktpartijen en de externe communicatie over de rol en taken van de zorgautoriteit. Met ingang van 1 april is het vernieuwde bestuur van het College aangetreden, onder leiding van een nieuwe voorzitter afkomstig uit uw midden, de heer mr. F.G.H. de Grave. Dat bestuur heeft – naast de uitvoering van de WTG-taken de opdracht heeft meegekregen de omvorming van het College tot zorgautoriteit voor te bereiden. Met het inwerkingtreden van de WTG ExPres is het College weer beter geëquipeerd, mede om de introductie van marktelementen in de zorg begeleiden en om te interveniëren indien ongewenste effecten optreden. Mede in antwoord op de vraag van de leden van de SP-fractie waarom de markt niet wacht op de zorgautoriteit dient bedacht dat de marktelementen van oudsher in de WTG zijn ingebakken evenals in de wettelijke en niet wettelijke voorgangers van de WTG en de kern vormen van de WTG, namelijk het uitgaan van onderhandelingen tussen partijen. Ik verwijs kortheidshalve naar de beschouwing over de ontwikkeling van de regelgeving in de memorie van toelichting van onderhavig wetsvoorstel. Met ingang van 1992 is daarenboven het maximumtariefstelsel in de WTG vastgelegd, dat expliciet ruimte moest bieden aan onderhandelende partijen, binnen door de overheid te stellen tariefgrenzen. Het is derhalve niet meer mogelijk eerst de zorgautoriteit op te richten nu de markt al integraal onderdeel uitmaakt van het wettelijk systeem.

Taken NMa en zorgautoriteit

De leden van de fracties van de VVD, GroenLinks en de PvdA vroegen de regering expliciet in te gaan op de verschillende taken en bevoegdheden van de zorgautoriteit en de NMa, en de consequenties die daaruit voortvloeien voor elkaars functioneren en de zorgsector in haar geheel?

De NMa zal – net als thans – het mededingingstoezicht uit hoofde van de Mededingingswet uitoefenen in de zorg. Dat wil zeggen dat de NMa toeziet op het naleven van het verbod op kartelvorming en misbruik van economische machtspositie en ook de fusiecontrole uitvoert. De zorgautoriteit zal in aanvulling op het toezicht van de NMa toezien op prestaties waar de tarieven al in meer of mindere mate zijn vrijgegeven. Het reguleren en stimuleren door de zorgautoriteit is vooral gericht op het «op gang brengen van markten» (denk aan transparantie, toetredingsbarrières, kostentoe rekeningsvraagstukken e.d.). De zorgautoriteit monitort hiertoe de ontwikkelingen en zal zo nodig bijsturen en begeleiden en/of de minister van VWS of de NMa adviseren andere instrumenten in te zetten dan waarover de zorgautoriteit beschikt.

Daarnaast blijft de zorgautoriteit de klassieke taken in het kader de huidige WTG uitvoeren voor deelmarkten waar nog geen sprake is van vrije prijsvorming. De zorgautoriteit schenkt daarbij ook aandacht schenken aan de doelmatigheid en de continuïteit van de zorgverlening.

Vanwege de inhoudelijke verwevenheid van taken zullen de NMa en de zorgautoriteit nauw samenwerken. Het onderhavig wetsvoorstel voorziet daartoe in een wettelijke basis voor wederzijdse gegevensuitwisseling tussen het College en de NMa.

Omvang taken College en zorgautoriteit

De leden van de PvdA-fractie maakten zich zorgen over het zeer uitgebreide takenpakket en de cumulatie van rollen en bevoegdheden van het CTG/Zorgautoriteit. Zij sloten zich aan bij het advies van de Raad van State en waren 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? Begrepen deze leden het goed dat de regering, de mening niet deelt dat het CTG/Zorgautoriteit te kampen heeft met tegenstrijdige belangenbehartiging?

De redenen voor het combineren van de aangegeven taken in één zelfstandig bestuursorgaan zijn gelegen in het voordeel van een geïntegreerde afstemming en aanpak van tarieven en achterliggend gedrag bij zorgaanbieders, zorgverzekeraars, consumenten, patiënten en verzekeren. Het samenvoegen van de werkzaamheden van de zorgautoriteit en van de NMa in de zorg, waardoor mededinging en marktordeningsinstrumenten bij elkaar komen, draagt verder bij aan consistent en transparant toezicht op en inzicht in de verschillende deelmarkten in de zorg. Het verminderen van het aantal regulerende zelfstandige bestuursorganen in de zorg vermindert ook de administratieve lasten of afstemming van regulering en toezicht.

Met de huidige WTG kan het College alleen maximum en punttarieven vastleggen. Na inwerkingtreding van onderhavig voorstel kan het College

meerdere tariefsoorten toepassen (bijvoorbeeld ook een minimumtarief om kruissubsidiëring tegen te gaan). Daarnaast kan het College ook voorwaarden aan de tariefstelling stellen (bijvoorbeeld een kostenmodel of kostenoriëntatie voorschrijven). Administratieve en informatievoorschriften kunnen bovendien bestuurlijk worden gehandhaafd. Kortom, het College kan met de verworvenheden van de WTG ExPres het gedrag van marktpartijen beter begeleiden en (bij)sturen. De WTG ExPres bevat ook een experimenteerartikel en maakt het daarnaast mogelijk prestaties vast te stellen zonder daar een tarief aan vast te koppelen. Dit zijn noodzakelijke voorwaarden voor het experiment in de fysiotherapie en de 10% vrije dbc's. Op bladzijde 37 en 38 van de memorie van toelichting is een overzicht opgenomen van de instrumenten van het College vóór en na de inwerkingtreding van onderhavig wetsvoorstel.

Het College en straks ook de zorgautoriteit hebben alleen de wettelijke doelen na te streven en te dienen. Dat zijn voor het College de doelstellingen van de WTG, zoals hieronder aangegeven, en deze dan gezien in het licht van het algemene publieke belang van een goede, betaalbare en toegankelijke zorg. Dat voor die verwezenlijking partijen nodig zijn die met een keuze voor het eigenbelang onderling tegenstrijdige doeleinden nastreven is inherent aan de WTG die uitgaat van onderhandelende partijen bij de vaststelling van tarieven en een gegeven waarmee rekening wordt gehouden. Ik kom er hieronder onder het kopje «Herpositionering brancheorganisaties» nog op terug.

Herpositionering brancheorganisaties

De leden van de GroenLinksfractie waren zeer gelukkig met de modernisering van de werkwijze van het College. Deze leden meenden 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 hoopten 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 tarieven 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?

De leden van de fractie van GroenLinks gingen tevens in op de manier waarop de consultatie van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars binnen het College altijd tot stand is gekomen en hoe die in de toekomst tot stand zal komen. Tevens vroeg deze fractie uitleg over de zinsnede dat «zonder de invloed van betrokken marktpartijen op de prestatiebeschrijvingen en de tarieven deze niet uitvoerbaar en handhaafbaar zijn». De leden vroegen zich af om welke invloed het hierbij gaat.

Voor een goed begrip van een en ander is zowel de verleden, heden en toekomst van het College van belang en in latere instantie de zorgautoriteit.

Van oudsher speelt in de WTG en privaatrechtelijke en publiekrechtelijke voorgangers daarvan de overlegstructuur een belangrijke rol. Dat blijkt ook uit het historisch perspectief dat ik in de memorie heb geschetst. Dit heeft met name te maken met de doelstellingen die geformuleerd zijn bij de totstandkoming van de WTG, te weten:

- het tot stand brengen van een evenwichtig stelsel van tarieven;
- het bijdragen aan de beheersing van de kosten van de gezondheidszorg;
- het bijdragen aan het doelmatig functioneren van de gezondheidszorg;
- het scheppen van een uniforme procedure voor de totstandkoming van tarieven.

Het wetsvoorstel handhaaft bovengenoemde doelstellingen van de WTG en er worden bovendien nieuwe instrumenten toegevoegd om de onderhandelingen tussen een individuele zorgaanbieder en een individuele zorgverzekeraar te faciliteren en te stimuleren. Op grond van het wetsvoorstel voert het College als Zorgautoriteit in oprichting zowel de huidige Collegetaken als de nieuwe taken in het licht van gereguleerde marktwerking uit. De organisatie verkeert daarbij in een transitiefase: van College via CTG/Zorgautoriteit i.o. naar Zorgautoriteit.

In zijn uitvoeringstoets van juni 2002 over de Renovatie van de WTG is het College uitgebreid ingegaan op argumenten voor en tegen de wijziging van de consultatiestructuur van het College. Het College merkt in zijn uitvoeringstoets op dat de organisaties van de aanbieders en de ziektekostenverzekeraars in de loop der jaren steeds meer het karakter van belangenorganisaties (brancheorganisaties) hebben gekregen. Het College meent dat het een goede zaak is in de kamers van het College deskundigen op te nemen. Het zou daarbij, anders dan in het College zelf waar voornamelijk bestuurlijke deskundigheid vereist is, in de kamers vooral moeten gaan om inhoudelijke «materie»deskundigen. Het College wijst er daarbij op dat artikel 3:2 van de Awb vereist dat het College alle relevante feiten en af te wegen belangen in zijn besluitvorming betreft. Door het geheel verdwijnen van de organisaties uit de kamers gaat een deel van de huidige gesystematiseerde informatievoorziening door deze organisaties verloren. Daardoor wordt het voor het College moeilijker systematisch gegevens te verzamelen. Bovendien wordt, door het geheel schrappen van de brancheorganisaties, het draagvlak van beleidsregels en de daarop gebaseerde tarieven versmald, waardoor de acceptatie van CTGbeleidsregels en besluiten wordt bemoeilijkt. Uit de huidige jurisprudentie van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) blijkt dat het CBB veel waarde hecht aan het oordeel en de rol van de brancheorganisaties bij de totstandkoming van de beleidsregels. De uitkomst van een gerechtelijke procedure zonder een directe rol van de brancheorganisaties bij de totstandkoming van de beleidsregels lijkt op voorhand ongewisser.

Nu koepelorganisaties steeds meer belangenorganisaties zijn geworden en het College annex Zorgautoriteit i.o. marktwerking in de zorg zal gaan stimuleren, is het moment gekomen om een begin te maken met de vervanging van belangenbehartigers door materiedeskundigen in de consultatiestructuur. Zolang er echter sprake is van een overgang van College (WTG) naar zorgautoriteit (Wet op de Zorgautoriteit), en er dus ook sprake is van een mengeling van oude en nieuwe doelstellingen, zal er ook in de consultatiestructuur van het College sprake zijn van een overgangssituatie. De bedoeling daarbij is om consultatie van organisaties steeds meer te vervangen door consultatie van materiedeskundigen. In het traject naar een wettelijke basis voor de zorgautoriteit wordt ook de positie van de brancheorganisaties in de WTG heroverwogen.

De leden van de GroenLinksfractie stelden tevens de vraag of en zo ja welke budgettaire winst met deze verschuivingen te behalen is en, indien deze vraag niet te beantwoorden is, of deze verschuivingen dan in theorie en praktijk tot een belangrijke kostendaling kan leiden.

Deze vraag lijkt ervan uit te gaan dat door het huidige consultatiemodel van het College de (belangen)organisaties bij de besluitvorming van het College de dienst uit maken en zo de kosten van de gezondheidszorg opdrijven. Dat is niet het geval. Reeds sinds 1982 is het COTG, later CTG, een zelfstandig bestuursorgaan. Sinds 2000 hebben in het College alleen nog volkomen onafhankelijke deskundige leden zitting. Bepaalde functies in de zorg zijn voor deze leden niet verenigbaar met hun College-lidmaatschap. Het College laat zich voor het afwegen van alle relevante belangen onder andere voeden vanuit gremia (de zogenoemde «kamers» van het College), waarin alle belanghebbende partijen hun mening over beleidsregels laten horen. Het College beslist vervolgens, de meningen van alle betrokkenen gehoord hebbend, ook nu reeds geheel onafhankelijk en eigenstandig welk besluit wordt genomen. Op grond van de Algemene wet bestuursrecht zal het College annex Zorgautoriteit i.o. en later de zorgautoriteit, in de toekomst ook verplicht blijven, alvorens tot besluitvorming over te gaan, partijen in de gelegenheid te stellen hun mening te geven. Dat de verschuivingen in de consultatiestructuur tot grote kostenbesparingen aanleiding zal geven, is derhalve niet op voorhand een theoretisch gegeven. Hoe dit in de praktijk uitpakt, leert de toekomst.

14. RELATIE MET HET EUROPESE RECHT

Buitenlandse aanbieders

De leden van de VVD-fractie constateerden 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?

Het gaat bij deze wettelijke eisen om normale eisen van administratieve aard dan wel van informatieverplichtingen die gebruikelijk zijn in het maatschappelijke verkeer, die ofwel al in fiscale of boekhoudkundige regels zijn vastgelegd dan wel aansluiten bij patiëntenwetgeving (WGBO). Ik ga er niet van uit dat zorgaanbieders uit Nederland weg blijven vanwege de maatregelen in genoemde artikelen van onderhavig wetsvoorstel. Daar heb ik ook geen aanwijzingen voor. Een negatief effect op de schaarste van het zorgaanbod verwacht ik zeker niet.

15. INFORMATIEVOORZIENING, TOEZICHT EN HANDHAVING

Gegevensverstrekking

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

De dbc-systematiek vereist het aanleveren van persoonsgegevens voor het onderhoud van de dbcprestatiebeschrijvingen. Voordat de gegevens voor dat doel worden gebruikt worden deze ontdaan van de persoons-identificerende kenmerken. Dat gebeurt door een trusted third party (TTP). Dat TTP/Datawarehouse wordt onder verantwoordelijkheid van het departement opgericht. In eerste instantie waren de brancheorganisaties (NVZ, VAZ, OMS en ZN) gevraagd dit ter hand te nemen. Omdat het echter niet mogelijk bleek voor genoemde partijen om in gezamenlijkheid tot het inrichten van een TTP/Datawarehouse te komen heeft het departement

daarvoor het initiatief genomen. De gegevens in de TTP/Datawarehouse zullen worden gebruikt voor diverse informatiefuncties zoals onderhoud van de prestatiebeschrijvingen van de dbc's, informatievoorziening voor betrokkenen en zelfstandige bestuursorganen als CVZ en College, naleving van internationale verdragen met betrekking tot onderzoek naar de gezondheidszorg. Ook ziekenhuizen en zorgverzekeraars (op brancheniveau maar ook individueel) zullen toegang krijgen tot de informatie. Het gebruik van de informatie is gekoppeld aan de wettelijke eisen doelbinding en proportionaliteit. Tevens zullen alle geldende eisen met betrekking tot privacy in acht worden genomen. Daarover heb ik u op 23 februari 2004 een brief gezonden samen met het College bescherming persoonsgegevens (Kamerstukken II, 0304, 29 248, nr. 2).

16. EFFECTEN OP ADMINISTRatieve EN BESTUURLIJKE LASTEN

Flexibiliteit en bureaucratie

De leden van de fractie van de VVD vroegen hoe met onderhavig wetsvoorstel wordt voorkomen dat meer flexibiliteit niet onttaard in meer bureaucratie? En op welke wijze dit wetsvoorstel bijdraagt 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?

De WTG kent verschillende instrumenten die worden ingezet al naar gelang de situatie op de deelmarkt daar aanleiding voor geeft. Zo kan het voorkomen dat de deelmarkt zo goed werkt dat de monitor als enige instrument wordt ingezet om op de hoogte te blijven van de feitelijke ontwikkelingen op die deelmarkt. Waar nodig kan een niet optimaal functioneren deelmarkt worden begeleid door het opleggen van een kostprijsmodel en de verplichte openbare bekendmaking van product en tarief, tot het allerzwaarste middel de individuele beoordeling van de kosten en de vaststelling van een tarief voor een individuele zorgaanbieder. Al naar gelang de deelmarkt zich beter ontwikkeld neemt de begeleiding door de overheid af. Dat heeft gevolgen voor de reductie van de regellast. Welke regels dan verdwijnen, hangt af van de bevindingen met de deelmarkt en het inzicht in welke instrumenten nog nodig zijn voor de begeleiding. Verdwijnen overheidsregels dan komt er vrijheid voor partijen om onderling hun zaken te regelen ofwel «de tucht van de markt».

Kwantificering

De leden van de fractie van de VVD, SP en GroenLinks vroegen ook waarom op dit moment geen betrouwbare kwantitatieve inschatting kan worden gemaakt van het effect op de administratieve belasting van het bedrijfsleven? Op welk moment kan dit wel? Waarom de waarschuwing voor te hoge verwachtingen? Wat als blijkt dat de lastendruk enorm toeneemt? Hoe wordt dit gemonitord? Is deze berekening dan geen integraal onderdeel geweest bij het opstellen van het voorliggende voorstel?

De totstandkoming van onderhavig voorstel is afgerond vóórdat het ministerie van VWS een standaardkostenmodel voor het berekenen van administratieve lasten ter beschikking had. Daarom is ervoor gekozen om in het wetsontwerp aan te sluiten bij de berekeningen die destijds zijn uitgevoerd door de Commissie Terugdringing administratieve lasten zorgsector (Commissie De Beer). Dit geeft een eerste analyse van de lasten die uit de WTG ExPres voortvloeien. In hoofdstuk 16 van de memorie van toelichting is hier nader op ingegaan.

De concrete uitwerking van de wetsartikelen zal, zoals dat ook bij de huidige WTG het geval is, plaatsvinden via CTG-beleidsregels. Pas als deze zijn opgesteld en door de minister van VWS zijn goedgekeurd, bestaat er

inzicht in de feitelijke informatieverplichtingen voor het bedrijfsleven en kunnen, conform de wens van Actal, de administratieve lasten worden berekend.

De verwachtingen ten aanzien van de reductie van administratieve lasten hangt af van de keuzes die de partijen zelf maken om van de geboden mogelijkheden gebruik te maken. Nu dat aan partijen zelf is overgelaten is de mate van gebruik onzeker en is de opbrengst daarvan navenant onzeker. In die zin is gewaarschuwd voor al te optimistische verwachtingen.

Monitoring van administratieve lasten van de WTG ExPres maakt onderdeel uit van de monitoring van de ontwikkeling van administratieve lasten binnen het gehele VWSwetgevingsdomein, die jaarlijks zal worden uitgevoerd tot en met de situatie eind 2006. Als blijkt dat de administratieve lasten toenemen moet elders binnen het VWSwetgevingsdomein compensatie worden gezocht om aldus aan te blijven sluiten bij de reductiedoelstelling van administratieve lasten in de periode tot eind 2006.

De weging van en aandacht voor van administratieve lasten is zeker integraal onderdeel geweest bij het opstellen van het voorliggende wetsvoorstel. Dat blijkt nu juist ook expliciet uit de maatregelen die in het voorstel zijn opgenomen om die lasten terug te dringen en de verhoudingsgewijze vele aandacht die aan administratieve – en bestuurlijke lasten en hun onderlinge verhouding is gegeven in de memorie van toelichting. Daarenboven is aandacht besteed aan maatregelen die de Commissie De Beer in de zorg heeft voorgesteld en die voorzover dat op dat moment mogelijk was binnen het kader van de WTG in onderhavig voorstel zijn opgenomen. Ook al is er misschien niet kwantitatief exact geïnventariseerd, de kwalitatieve beoordeling van de maatregelen levert voldoende argumenten op voor het doorzetten van die maatregelen.

Het «nadeel» van een kaderwet als de WTG, die niet rechtstreeks verplichtingen oplegt, is dat er wel mogelijkheden kunnen worden geschapen voor het reduceren van administratieve lasten, doch dat het aan belanghebbenden is om van die mogelijkheden gebruik te maken. Het is daarom dat het gebruik en de omvang daarvan niet van te voren is in te schatten. Ik vertrouw erop dat partijen hun verantwoordelijkheid nemen en dat zij de lasten terugdringen om meer geld voor de zorg vrij te maken. Ik zie derhalve, mede in verband met de beschikbare capaciteit op dit moment af van andere berekeningen van administratieve lasten dan binnen het kader van de lopende administratieve lasten projecten waarover ik u op 13 april jongstleden heb bericht.

De leden van de fractie van GroenLinks meenden 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.

Gelet op de verhoudingsgewijze aandacht die in de wet en toelichting staat over het terugdringen van administratieve lasten deel ik geenszins de mening van de GroenLinksfractie dat Actal niet serieus genomen wordt. Actal verzoekt nader aan te geven wat de administratieve lasten zouden zijn van mogelijke in overweging genomen alternatieven en of deze hebben geleid tot de keuze voor het minst belastende alternatief. In de memorie is aangegeven dat al voorafgaand aan de indiening van onderhavig voorstel aan de Tweede Kamer in het schriftelijk verslag over fraude in de zorg toezeggingen zijn gedaan. Het is echter – tenzij er sprake is van een standaardvraag op zijn zachtst gezegd enigszins verwonderlijk om nadat met de Kamer over de te treffen maatregelen is gesproken op basis van concrete voorstellen en daaraan uitvoering wordt gegeven in

onderhavig wetsvoorstel nog naar alternatieven te vragen. In de overtuiging dat al wat binnen de kaders van de WTG passende maatregelen tot terugdringing van administratieve lasten is gedaan conform afspraak met de Tweede Kamer is, er voor mij geen ruimte meer is om daarvan af te wijken en voor het overwegen van alternatieven. Het enige alternatief is dan «niets doen». Dat is niet gewenst. Afspraak is afspraak.

Administratieve lasten dbc's

De leden van de fractie van GroenLinks wilden 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.

De regering gaat vooralsnog uit van de stappen die zijn gemeld in de brief van 26 maart 2004 inzake de gefaseerde invoering van dbc's per 2004 (Kamerstukken II, 0304, 29 248, nr. 1).

In die brief, waarover ik met u nog afzonderlijk overleg, wordt op pagina 12 en verder van de voortgangsrapportage aandacht besteed aan de administratieve lasten van dbc's. Korthedshalve verwijs ik u daarnaar.

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Artikel I, onder c Verbodsbepaling (artikel 2)

Geen verbod op onderaanneming

De leden van de CDA-fractie constateerden 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?

Artikel 2, tweede lid, bevat geen absoluut verbod zoals de aan het woord zijnde leden lijken te veronderstellen, maar bepaalt dat het een orgaan voor gezondheidszorg verboden is een tarief aan derden te vergoeden indien dat tarief niet voldoet aan de in het eerste lid bedoelde eisen. Onderaanneming is dus nog steeds mogelijk.

Experimenten en verboden

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

Zoals ik hierboven in hoofdstuk 5 onder het kopje «Verplichte deelneming experimenten» heb gesteld, gaat het ook in artikel 15 om beleidsregels als bedoeld in artikel 11. In de experimenteerbeleidsregels kan het College dan ook op voet van artikel 11, vierde lid, onder c, opnemen dat met betrekking tot het in rekening te brengen tarief artikel 2, eerste lid, onder c of d, niet geldt.

Verboden en patiënt

De leden van de SGP-fractie lazen in de toelichting bij artikel 2 in het kader van verboden declaraties de zinsnede «Dit betekent dat een zorgaanbieder en een ziektekostenverzekeraar aan verboden afspraken geen rechten

kunnen ontlenen, terwijl deze wel jegens de patiënt c.q. verzekerde in stand blijven en moeten worden nagekomen». Zij vroegen hoe dit moet worden begrepen? Op welke manier komt de patiënt aan zijn afgesproken zorg? Is deze verplichting om te leveren ook wettelijk verankerd?

De door de leden aangehaalde passage moet zó worden begrepen dat bijvoorbeeld de verzekeraar een bij hem in rekening gebracht tarief dat niet voldoet aan de wet, niet hoeft te vergoeden. Dit laat de zorgplicht van de verzekeraar, zoals volgt uit artikel 8 juncto 44 van de Ziekenfondswet, onverlet; de patiënt behoudt zijn aanspraak.

Artikel I, onder F

Declaratieverkeer en administratieve lasten

De leden van de VVD-fractie constateerden 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?

Met verwijzing naar mijn antwoorden over declaratieverkeer in hoofdstuk 7 van deze nota en naar de brief met voornemens tot reductie van administratieve lasten is een prominente plaats toegekend aan de doelmatigheidswinst c.q. reductie van administratieve lasten die met doelmatig declareren zijn te halen (declaratiecasus). Het blijft aan partijen zelf om van die mogelijkheid gebruik te maken. Waar nodig en mogelijk zal ik dat initiëren en stimuleren (Kamerstukken II, 0304, 29 515, nr. 6).

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