

Vergaderjaar 2001–2002

**28 480**

## **Evaluatie Wet op de bijzondere medische verrichtingen**

**Nr. 1**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 juli 2002

Bij brief van 9 oktober 2001 (kenmerk IBE/I/2219498)<sup>1</sup> heb ik u het verslag van de evaluatie van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV) aangeboden. Deze brief bevat mijn standpunt op genoemde evaluatie.

#### **1. Inleiding: regulering bijzondere medische verrichtingen**

Reeds vanaf de jaren tachtig heeft de regulering van bijzondere medische voorzieningen, ook wel «topklinische zorg» genoemd, op grond van artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) een vaste plaats gekregen in de Nederlandse gezondheidszorg. De kern van deze regulering was dat door middel van een vergunningensysteem voor wat betreft omvang en aantal locaties een beheerste introductie kon plaatsvinden van de daartoe aangewezen bijzondere medische verrichtingen.

In de afgelopen jaren is in diverse brieven aan de Kamer uitgesproken dat de aanbodplanning van topklinische zorg tot de taak van de overheid zal blijven behoren. In de Nota modernisering curatieve zorg van 1995<sup>2</sup> is aangegeven dat aparte regulering van bijzondere functies -bijvoorbeeld topklinische zorg- om uiteenlopende redenen wenselijk is. Daarbij gaat het om het waarborgen van kwaliteit, doelmatigheid en gepast gebruik vanwege medische, ethische en maatschappelijke aspecten. Ook is in de Beleidsbrief Medische Technology Assessment neergelegd dat een bepaalde mate van centrale aansturing van bijzondere medische technologieën past in het beleid gericht op doelmatigheid van zorg<sup>3</sup>. Tegelijk bleek een verbreding van het regulerende instrumentarium met de mogelijkheid van financiële stimulering gewenst. Dat laatste vloeide onder meer voort uit de nota «Zorg in het regeerakkoord» van 20 maart 1995<sup>4</sup>. De overheid had een instrument nodig waarmee zij ontwikkelingen rond bepaalde bijzondere medische verrichtingen zou kunnen stimuleren, concentreren en afremmen of verbieden. Dit alles heeft uiteindelijk geresulteerd in een

<sup>1</sup> VWS-01-1364.

<sup>2</sup> Standpunt op het advies van de Commissie modernisering curatieve zorg, Kamerstukken II, 1994–1995, 23 619, nrs. 3–4.

<sup>3</sup> Beleidsbrief Medische Technology Assessment (MTA) en doelmatigheid van zorg van 28 november 1995, Kamerstukken II, 1995–1996, 24 126, nr. 9.

<sup>4</sup> Kamerstukken II, 1994–1995, 24 124, nr. 1.

afzonderlijke wettelijke regeling voor bijzondere medische verrichtingen, de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV).

## 2. WBMV in het kort

De WBMV is op 24 oktober 1997 (Stb. 1997, 515) vastgesteld en op 14 november 1997 van kracht geworden. Het instrumentarium van de wet omvat momenteel drie systemen:

- regulering door verbod behoudens vergunning (art. 2);
- regulering door algeheel verbod (art. 3);
- regulering door financiële ondersteuning (art. 8).

Er zijn thans elf bijzondere medische verrichtingen aangewezen, waarvoor een vergunning is voorgeschreven. De nadere regelgeving hiervan is opgenomen in acht planningsbesluiten<sup>1</sup>. Daarnaast zijn er twee bijzondere medische verrichtingen waarvoor een algeheel verbod geldt<sup>2</sup>. Op grond van artikel 8 zijn er zes bijzondere medische verrichtingen aangewezen waarvoor een financiële ondersteuning geldt.<sup>3</sup>

De huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg hebben tot gevolg dat zelfregulering steeds meer het uitgangspunt wordt. Dit geldt dus ook voor de WBMV, in het bijzonder wanneer het gaat om de toepassing van artikel 8. Toepassing van de WBMV is een optie mocht blijken dat:

- zelfregulering niet tot stand komt;
- zelfregulering tot maatschappelijk of ethisch ongewenste ontwikkelingen leidt;
- zelfregulering niet op een kwalitatief verantwoorde wijze tot stand komt;
- de organisatie die door zelfregulering tot stand is gekomen tot ongewenste stijging van de kosten van de zorg, uitsluiting van groepen leidt etc.

Op grond van artikel 20 van de WBMV dient de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport binnen vier jaar na inwerkingtreding van deze wet een verslag over de doeltreffendheid en effecten van deze wet in de praktijk aan de Staten-Generaal te zenden. Met het oog daarop heb ik ZorgOnderzoek Nederland (thans ZonMW) verzocht in haar Programma wets-evaluatie ook de evaluatie van de WBMV op te nemen. Het daarop betrekking hebbende evaluatieonderzoek is onder begeleiding van ZonMW uitgevoerd door TNO Preventie en Gezondheid te Leiden en de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Hieronder geef ik eerst kort de uitkomsten (paragraaf 3) en conclusies en aanbevelingen van het evaluatierapport (paragraaf 4) weer. Paragraaf 5 bevat mijn standpunt op hoofdlijnen en paragraaf 6, tenslotte, mijn slot-overweging.

## 3. Evaluatierapport: uitkomsten

Bij de evaluatie van de WBMV was de centrale vraagstelling van het onderzoek wat de effecten van de wet zijn en in hoeverre de verschillende instrumenten van de wet doeltreffend en doelmatig zijn ingezet. Om deze vraag te kunnen beantwoorden hebben de onderzoekers gekeken naar de volgende punten:

- a. de gevolgen van de WBMV voor de toegankelijkheid van de zorg;
- b. de criteria voor toepassing van de WBMV en de wijze waarop deze zijn geoperationaliseerd;
- c. effecten in termen van kwaliteit van zorg en kosten van het inzetten van de instrumenten van de WBMV;
- d. mogelijkheden voor toepassing op andere gebieden en de te verwachten effecten;

<sup>1</sup> Te weten: het planningsbesluit orgaan-transplantatie, het planningsbesluit bijzondere interventies aan het hart, het planningsbesluit radiotherapie, het planningsbesluit neurochirurgie, het planningsbesluit bijzondere perinatalogische zorg, het planningsbesluit in-vitro-fertilisatie, de regeling klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadviesing en de regeling haemopoïetische stamceltransplantatie.

<sup>2</sup> Besluit verbod geslachtskeuze om niet-medische redenen en het nog niet van kracht zijnde verbod op het uitvoeren van medische verrichtingen met toepassing van xenotransplantatie, Wet van 16 mei 2002, Stb. 2002, 263 (deze wet zal naar verwachting per 1 september 2002 in werking treden).

<sup>3</sup> Het gaat dan om kenniscentra arbeidsrelevante aandoeningen, traumacentra, hemofiliecentra, uitnameteams orgaandonatie, landelijke kenniscentra in de GGZ en HIV-behandelcentra. In 2002 zijn wat betreft kenniscentra in de GGZ enkele aangewezen op het gebied van kinder- en jeugdpsychiatrie, ouderenpsychiatrie, eetstoornissen en interculturalisatie geestelijke gezondheidszorg.

- e. naleving van de wet door het veld en de wijze waarop IGZ hierop toezicht houdt;
- f. relatie WBMV met (inter)nationale wetgeving.

*Ad a. de gevolgen van de WBMV voor de toegankelijkheid van de zorg*

Uit de evaluatie blijkt dat algemeen kan worden geconcludeerd dat de toepassing van de WBMV geen negatieve gevolgen heeft voor de directe toegankelijkheid van de zorg.

De toepassing van artikel 2 levert geen van belang zijnde beperkingen op. Met de toepassing van het vergunningensysteem wordt concentratie bewerkstelligd en ongewenste spreiding tegengegaan. Hierbij wordt aangegeven dat wanneer aan slechts één instelling vergunning voor het uitvoeren van een bijzondere medische verrichting wordt verleend daaraan enige bezwaren kleven omdat bij onverwachte gebeurtenissen een ernstige vermindering van de toegankelijkheid kan optreden. Voorts komt uit het evaluatierapport naar voren dat met de toepassing van artikel 8, het begunstigingssysteem, de toegankelijkheid juist wordt verbeterd indien het hierdoor mogelijk wordt een kennis- of behandelcentrum op te richten dat er eerder niet was. Het hoofdeffect van de toepassing van het begunstigingssysteem is dat iets mogelijk wordt gemaakt dat anders wellicht niet was ontstaan. Omdat kenniscentra bovendien actief hun kennis dienen te verspreiden wordt de toegankelijkheid zelfs nog verhoogd.

*Ad b. de criteria voor toepassing van de WBMV en de wijze waarop deze zijn geoperationaliseerd.*

Volgens de onderzoekers zijn de criteria voor het vergunningensysteem globaal beschreven en zijn er geen absolute criteria waarop alle verrichtingen beoordeeld zouden kunnen worden. Verder vinden zij de criteria voor de nuloptie vaag en daardoor moeilijk te toetsen. De criteria voor de toepassing van het begunstigingssysteem zijn volgens de onderzoekers niet bruikbaar of onvoldoende duidelijk om te beoordelen of een bepaalde verrichting al dan niet onder dit regime zou dienen te vallen.

*Ad c. effecten in termen van kwaliteit van zorg en kosten van het inzetten van de instrumenten van de WBMV*

Deze vraag is door de onderzoekers, zoals in het evaluatierapport zelf ook wordt aangegeven, niet afdoende beantwoord. Volgens de onderzoekers is de algemene aanname dat concentratie in een beperkt aantal instellingen leidt tot kwaliteitswinst. Zij vinden het plausibel dat toepassing van artikel 2, met name gebruikmaking van het instrument concentratie, alleen al door beperking van overheadkosten bijdraagt aan kostenbeheersing.

Ten aanzien van toepassing van artikel 3, de nuloptie, wordt gesteld dat dit zeker kan leiden tot verhoging van de kwaliteit indien het verrichtingen betreft die als onverantwoord worden beschouwd. Toepassing van artikel 8 werkt volgens de onderzoekers per definitie kostenverhogend omdat het om financiële stimulering gaat. De betreffende verrichtingen zijn evenwel (nog) niet in die zin geëvalueerd.

*Ad d. mogelijkheden voor toepassing op andere gebieden en de te verwachten effecten*

In het evaluatierapport worden een aantal verrichtingen genoemd die volgens de onderzoekers ook in aanmerking komen voor toepassing onder artikel 8: brandwondencentra, weesgeneesmiddelen cochleaire implantaten celtransplantaties, thuisbeademingscentra, centra voor

parentale voeding thuis, complexe psychiatrische zorg, geavanceerde diagnostiek bij jonge verstandelijk gehandicapten en kunsthart. De effecten bij toepassing op deze gebieden zijn volgens de onderzoekers in eerste instantie kostenverhogend, maar kan worden gerechtvaardigd als hierdoor de kwaliteit van zorg wordt verhoogd. Voorwaarde is wel een goede registratie van zowel de verrichtingen als van de resultaten.

*Ad e. naleving van de wet door het veld en de wijze waarop IGZ hierop toezicht houdt*

In het rapport wordt gesteld dat de IGZ niet stelselmatig controleert of instellingen die een vergunning voor een bijzondere medische verrichting hebben verkregen ook blijven voldoen aan de gestelde voorwaarden. Toezicht van de IGZ is beperkt tot thematische onderzoeken en specifiek toezicht wanneer een signaal binnenkomt dat zich bij een instelling een kwaliteitsprobleem voordoet. De IGZ heeft volgens het rapport wel behoefte aan stelselmatig toezicht op WBMV-verrichtingen, niet alleen ter voorkoming van misstanden, maar ook ter verbetering van de kwaliteit van de zorg.

*Ad f. relatie WBMV met (inter)nationale wetgeving*

Blijkens het evaluatierapport is de verwachting dat de verhouding van wet en regelgeving van de WBMV tot het Europese recht ook in de toekomst niet problematisch zal zijn. De onderzoekers doen evenwel de aanbeveling om op dit terrein internationaal vergelijkend onderzoek te laten verrichten naar de relatie tussen regulering van bijzondere verrichtingen en de uitkomsten daarvan.

#### **4. Conclusies en aanbevelingen van het rapport**

*Conclusie*

Uit de resultaten van het evaluatieonderzoek kan volgens de onderzoekers worden geconcludeerd dat de instrumenten die de WBMV heeft, ieder voor zich een bewezen werkzaamheid hebben en dat de verzameling instrumenten die de wet biedt noodzakelijk en voldoende is om de gewenste effectieve sturing uit te voeren.

*Aanbevelingen*

In het evaluatierapport worden een aantal aanbevelingen voor de toekomst gedaan en wel in de vorm van een drietal opties. Dit, omdat de onderzoekers van mening zijn dat er duidelijk zou moeten worden gekozen voor een bepaalde richting en dus voor één optie. De onderzoekers zelf maken geen keuze: zij geven aan dat de keuze voor een van de opties in eerste instantie vooral inhoudelijke aspecten betreft. Naar hun mening is de keuze voor een van de opties politiek van aard. Voor een duidelijk beeld van de aanbevelingen volgt hieronder een schets van de drie opties uit het evaluatierapport.

*Optie 1: geleide introductie en spreiding*

Deze optie gaat ervan uit dat de minister reeds in de beginfase van ontwikkeling van medische technologieën wil ingrijpen. Dit betekent dat daarvoor een structuur zal moeten worden ontwikkeld, zodanig dat nieuwe ontwikkelingen actief en adequaat worden gesignaleerd zodat er indien nodig direct regulerend kan worden opgetreden om vroegtijdige ongewenste spreiding te voorkomen. Voorwaarde is dat een visie wordt ontwikkeld op basis van de gehele levenscyclus van een medische techno-

logie. Er worden verder een aantal aanbevelingen gedaan over de wijze waarop deze optie vorm kan krijgen waaronder het formuleren van heldere criteria voor in-, door- en uitstroom van de diverse reguleringsinstrumenten. Ook wordt er een aanzet gegeven tot een model voor doelgerichte toepassing van de wet ten behoeve van stelselmatige introductie en verspreiding van nieuwe verrichtingen.

#### *Optie 2: handhaven huidige situatie met enige verbeteringen*

De tweede optie is het handhaven van de huidige situatie waarbij enige verbeteringen dienen te worden aangebracht. De onderzoekers doen enkele aanbevelingen voor het verbeteren van de huidige situatie waaronder het aanscherpen van de criteria voor toepassing van art. 8 en het instellen van een onafhankelijk forum voor signalering en screening van potentiële art. 8-verrichtingen. Ook geven zij aan dat de Gezondheidsraad opnieuw structureel bij de toepassing van het vergunningensysteem dient te worden betrokken, zoals dat ook bij de toepassing van artikel 18 van de WZV het geval was.

#### *Optie 3: verdergaand dereguleren.*

Hierbij geven de onderzoekers aan dat de huidige art. 2 verrichtingen gezien het feit dat het nog nauwelijks in-ontwikkeling-zijnde verrichtingen betreft, voor het merendeel kunnen worden gedereguleerd. Voor zover nodig zou met zelfregulering kunnen worden volstaan. In overleg met de beroepsgroepen, verzekeraars en ziekenhuizen zouden hierover afspraken kunnen worden gemaakt. De beroepsgroepen dienen dan zelf indicatiecriteria en visitaties te organiseren en daarover halfjaarlijks te rapporteren. De onderzoekers doen nog een aantal aanbevelingen om deze optie verder uit te werken.

### **5. Standpunt op hoofdlijnen**

De centrale vraagstelling van het evaluatieonderzoek was: Wat zijn de effecten van de WBMV en in hoeverre zijn de verschillende instrumenten van de wet doeltreffend en doelmatig ingezet. Voor het innemen van een standpunt op het evaluatierapport heb ik in de eerste plaats gekeken naar deze centrale vraagstelling en de aanbevelingen worden in dat licht gezien. Zoals hierboven reeds aangegeven kan uit de resultaten van het evaluatieonderzoek worden afgeleid dat de instrumenten die de WBMV heeft, ieder voor zich een bewezen werkzaamheid hebben en dat de verzameling instrumenten die de wet biedt noodzakelijk en voldoende zijn om de gewenste sturing en regulering van bijzondere medische verrichtingen te bereiken. Op grond van de uitkomsten van het evaluatieonderzoek gaat mijn voorkeur uit naar het handhaven van de huidige opzet van de WBMV met enige verbeteringen, zoals bij de aanbevelingen in optie 2 is verwoord.

In het volgende ga ik verder in op specifieke punten uit het rapport.

#### *Toegankelijkheid*

Blijkens de uitkomsten van het onderzoek, zoals uiteengezet in paragraaf 3, heeft de toepassing van de WBMV positieve gevolgen voor de toegankelijkheid van de zorg. Dit vind ik onder meer van belang vanuit het patiëntenperspectief aangezien juist door het toepassen van de WBMV, met name de concentratie van bijzondere medische verrichtingen en het stimuleren van bijvoorbeeld kenniscentra, is bewerkstelligd dat beoogde doelen van de WBMV zoals het waarborgen van kwalitatief verantwoorde zorg en het bundelen, toegankelijk maken en verspreiden van kennis in belangrijke mate zijn gerealiseerd.

Ik deel de in het rapport genoemde bezwaren die kleven aan het verlenen van een vergunning aan één instelling voor het uitvoeren van een verrichting en heb daarom in voorkomende gevallen de nodige maatregelen getroffen om te voorkomen dat een dergelijke situatie blijft bestaan door aan ten minste twee instellingen een vergunning te verstrekken voor het uitvoeren van bijzondere medische verrichtingen.

### *Criteria*

In het evaluatierapport wordt als een belangrijk punt van kritiek aangegeven dat heldere criteria voor de toepassing van de WBMV, in het bijzonder voor de toepassing van artikel 8, ontbreken. Aanbevolen wordt om dergelijke criteria te formuleren. Ik vind dit een belangrijk signaal en zal daar in de komende periode de nodige aandacht aan schenken in samenhang met de criteria die reeds worden gehanteerd voor de toepassing van de artikelen 2 en 8 WBMV zoals uiteengezet in de brief van 15 juli 1999 aan de Tweede Kamer<sup>1</sup>. Gezien de huidige snelle (technologische) ontwikkelingen is het overigens niet mogelijk op voorhand te bepalen met welke situaties en verrichtingen rekening gehouden zou moeten worden. Dit vraagt bij het verder verduidelijken van de gehanteerde criteria noodzakelijkerwijs om enige beleidsruimte teneinde bij voorkomende misstanden of onvoorziene situaties adequaat te kunnen reageren.

### *Kwaliteit*

De effecten in termen van kwaliteit van zorg en kosten van het inzetten van de instrumenten van de WBMV zijn in het onderzoek niet onderzocht. Ik ben van mening dat onderzoek naar genoemde effecten onderdeel zal dienen uit te maken van een volgende evaluatie. Ik merk hierbij op dat blijkens de beleidsevaluaties van afzonderlijke verrichtingen van het College voor zorgverzekeringen de WBMV heeft bijgedragen aan een betere kwaliteit van zorg. Juist door de concentratie met de daaraan gekoppelde voorwaarden, is vanuit de zorgaanbieders de nodige aandacht besteed aan (uniforme landelijke) registratie en het tot stand brengen van kwaliteitssystemen.

Overigens wil ik in dit verband nog eens benadrukken dat de Kwaliteitswet zorginstellingen bij uitstek het instrument is om de kwaliteit van zorg te bewaken en te reguleren. Dit houdt ook in dat specifieke kwaliteitseisen van bijzondere medische verrichtingen in de eerste plaats hun basis vinden in de Kwaliteitswet. Deze kwaliteitseisen dienen verder te worden uitgewerkt aan de hand van de kwaliteitseisen zoals verwoord in de diverse adviesrapporten van de Gezondheidsraad. Slechts in uitzonderingsgevallen zullen in de WBMV-regelgeving nog nadere eisen worden geformuleerd.

### *Verrichtingen artikel 8*

Voor wat betreft de door de onderzoekers genoemde verrichtingen waarop artikel 8 ook van toepassing zou kunnen zijn, merk ik op dat, zoals hiervoor uiteengezet, voor de toepassing van de WBMV het uitgangspunt het ontbreken van zelfregulering dient te zijn. Alleen wanneer de noodzaak daartoe bestaat, is het onderbrengen van een verrichting onder de WBMV een optie.

Wellicht ten overvloede, benadruk ik hierbij dat artikel 8 van de WBMV niet bedoeld is om geormerkte financiering te regelen. Ik ben het met de onderzoekers eens dat partijen in het veld op gezette tijden geïnformeerd dienen te worden over de toepassing van dit artikel. Ik zal derhalve de nodige aandacht daaraan schenken en de eerder genoemde brief waarin de criteria voor toepassing van de WBMV zijn uiteengezet tesamen met

---

<sup>1</sup> Brief van 15 juli 1999, kenmerk CSZ/ZT/997423.

deze brief breed verspreiden. In dit verband merk ik op dat thans de nodige voorbereidingen worden getroffen om enkele medische verrichtingen onder de werkingssfeer van de WBMV te brengen. Het gaat hier om twee kenniscentra van de GGZ, cochleaire implantaten en pediatrische intensive care.

#### *Toezicht*

De vraag waar en op welke wijze actie nodig is voor wat betreft toezicht op naleving van de regels zal ik aan de IGZ voorleggen; een en ander in samenhang met mijn standpunt op het rapport van de Adviescommissie IGZ betreffende de strategie van en voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg van 9 juli 2001<sup>1</sup>.

#### *Europeesrechtelijke aspecten*

Gezien de steeds groter wordende invloed van Europese regelgeving ben ik van oordeel dat de Europeesrechtelijke aspecten van de WBMV onderzocht dienen te worden. Ik onderschrijf dan ook de aanbeveling aangaande internationaal vergelijkend onderzoek en zal nagaan op welke wijze een dergelijk onderzoek verricht kan worden.

#### *Geleide introductie en spreiding*

Wat betreft de geleide introductie en spreiding van nieuwe medische technologieën merk ik op dat daarvoor andere instrumenten voorhanden zijn. Ik denk dan aan de mogelijkheid van «early warning» door bijvoorbeeld de Gezondheidsraad en de regelmatige advisering door de Raad voor Gezondheidsonderzoek over prioriteitenstellingen op het gebied van doelmatigheidsonderzoek (inclusief ontwikkelingsgeneeskunde). Ook noem ik in dit verband de subsidiëring door het College voor zorgverzekeringen van de ontwikkeling van kwaliteitssystemen bij de toepassing van nieuwe medische technologieën en de diverse onderzoeksprogramma's bij ZonMW, zoals het programma doelmatigheidsonderzoek. Deze instrumenten volstaan naar mijn mening om een geleide introductie en spreiding van nieuwe technologieën in goede banen te leiden.

#### *Gezondheidsraad*

De onderzoekers doen de aanbeveling om bij het handhaven van de huidige situatie de Gezondheidsraad opnieuw structureel te betrekken bij de toepassing van het vergunningensysteem. Deze Raad is bij uitstek het orgaan dat mij gevraagd en ongevraagd adviseert over de stand van de wetenschap. Waar nodig wordt de Gezondheidsraad daarom ook altijd om advies gevraagd. De doeltreffendheid en effecten van de Kaderwet adviescolleges<sup>2</sup> is onlangs onderwerp van evaluatieonderzoek geweest. Uit het verslag dat naar de Kamer is gezonden blijkt niet dat op dit punt een wijziging zou dienen te worden aangebracht. Een ander onafhankelijk forum voor het signaleren en screenen acht ik niet gewenst. De hiervoor genoemde organen als de Gezondheidsraad, de Raad voor Gezondheidsonderzoek, het College voor zorgverzekeringen en ZonMW zijn als onafhankelijke instanties voldoende in staat om de overheid te informeren en te adviseren over de toepassing van de WBMV. De uiteindelijke beslissing om – als uiterste middel – in te breken in de verantwoordelijkheden van zorgaanbieders en verzekeraars en de regie centraal te voeren voor (aspecten van) bijzonder medische verrichtingen is een bestuurlijke afweging en is derhalve aan de politiek verantwoordelijke minister. Vanzelfsprekend moet dat gebeuren op basis van goede criteria.

---

<sup>1</sup> Brief van 9 juli 2001 betreffende Standpunt rapport Adviescommissie IGZ, kenmerk DBO-2195392; Kamerstukken II, 2000–2001, 27 400 XVI, nr. 94.

<sup>2</sup> Kamerstukken II, 2001–2002, 28 101, nr. 1.

## *Deregulering*

In het evaluatierapport wordt ook ingegaan op deregulering. Ik ben het met de onderzoekers eens dat de mogelijkheden tot dereguleren verder onderzocht kunnen worden. Dat sluit ook aan op de trend die inmiddels met betrekking tot de WBMV is ingezet. Ik wijs in dat verband naar het dereguleringstraject rond dialyse<sup>1</sup>. Ik zal daarom in de komende periode de diverse onder de WBMV vallende verrichtingen, in het bijzonder de verrichtingen die reeds enige tijd onder artikel 2 zijn opgenomen, onder de loep nemen en waar mogelijk dereguleren. Allereerst zullen de bijzondere interventies aan het hart (dotteren, hartchirurgie, catheterablaties) aan de orde komen. Ik zal de commissie beleidsevaluaties WBMV van het CVZ die zich bezig houdt met evaluaties van planningsbesluiten en beleidsvisies verzoeken deze verrichtingen op mogelijke deregulering te onderzoeken. Ook zal ik de Gezondheidsraad vragen mij over de stand van de wetenschap hieromtrent te adviseren.

### **6. Slotoverweging**

De systematiek van de WBMV sluit aan op een duidelijke afbakening van verantwoordelijkheden van betrokken partijen. Uitgangspunt is dat zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor een aanbod dat aansluit op de vraag naar zorg. Als een verrichting is opgenomen in het verstrekkingenpakket hebben verzekeraars een zorgplicht. Naast die grotere eigen verantwoordelijkheid voor de veldpartijen tot invulling van de zorg te komen, moet er ook een mogelijkheid blijven om waar dat nodig is een centrale regie te voeren. Met de WBMV heeft de overheid een instrument waarmee zij ontwikkelingen rond bepaalde medische verrichtingen kan stimuleren, concentreren en afremmen of verbieden.

Onderhavig evaluatieonderzoek is een eerste evaluatie van de WBMV. Enkele punten, zoals de vraag wat de effecten van het inzetten van de instrumenten van de WBMV zijn in termen van kwaliteit van zorg en kosten, dienen bij een volgende evaluatie beantwoord te worden. Het rapport biedt evenwel inzicht in de toepassing van de diverse instrumenten van de WBMV sinds de inwerkingtreding in november 1997. Uit de resultaten van het evaluatieonderzoek kan in zijn algemeenheid worden geconcludeerd dat de instrumenten die de WBMV heeft, ieder voor zich een bewezen werkzaamheid hebben en dat de verzameling instrumenten die de wet biedt noodzakelijk en voldoende is om de gewenste effectieve sturing uit te voeren.

In deze brief heb ik aangegeven dat ik ervoor kies de huidige situatie te handhaven, waarbij ik de nodige verbeteringen zal aanbrengen. Ik zal ook aandacht besteden aan het verduidelijken van de gehanteerde criteria en de deregulering van de reeds geruime tijd onder de WBMV vallende verrichtingen. Ik ben het met de onderzoekers eens dat partijen in het veld op gezette tijden geïnformeerd dienen te worden over de toepassing van de WBMV. Dit standpunt op de wetsevaluatie van de WBMV zal ik dan ook breed verspreiden.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. Borst-Eilers

---

<sup>1</sup> Zie Stb. 1998, 616; Stb. Stcrt. 1999, nr. 126; brief van 6 mei 2002, kenmerk CZ/IZ/2262409.