

Vergaderjaar 2003–2004

29 379

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

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

Inhoudsopgave

	Algemeen deel	3	9.	Betekenis van de WTG ExPres voor de hoofdactoren	24
I	Inleiding	3		Betekenis voor de consument	24
1.	Inleiding	3		Betekenis voor zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars	24
	Samenvatting	3		Betekenis voor het College tarieven gezondheidszorg	25
	Opbouw memorie van toelichting	3		Betekenis voor de minister	25
II	Context van de WTG ExPres	3		Betekenis voor het parlement	25
2.	Uitwerking van het Hoofdlijnenakkoord	3		Betekenis voor het College van Beroep voor het bedrijfsleven	26
3.	Stap naar gereguleerde marktwerking	4		Betekenis voor buitenlandse aanbieders	26
	Twee trajecten	4	IV	Overheid en prijsvorming zorg	27
	Samenhangende aanpassing regels	5	10.	Ontwikkeling regelgeving	27
	Voorwaarden voor marktwerking	7		Prijsoptimalisatie- en hamsterwet 1939	27
	Visie op het proces naar gereguleerde marktwerking	7		Stichting Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven	27
III	Maatregelen van de WTG ExPres	9		Tegenstrijdige sfeer	28
4.	Karakter en werking van de WTG	9		Wet ziekenhuistarieven	28
	Raamwet en werkingsfeer	10		Wet tarieven gezondheidszorg	28
	Toepassing	10		Algemene wet bestuursrecht	29
5.	Experimenten	10		Mededingingswet	29
	Behoefte	10		WTG ExPres maakt omslag	30
	Experiment	11	11.	Toekomst van de WTG	30
	Beperkingen	12		Speelruimte en verantwoordelijkheid	30
	Vrijwillig of verplicht	12		Uitvoeringstoets wijziging WTG	30
6.	De voorgestelde maatregel	13		Gefaseerde wijziging WTG	31
	Beheerste en soepele invoering prestatiebekostiging	13	12.	Prijsvorming en gereguleerde marktwerking	31
	Voorwaarde voor gereguleerde marktwerking	13		Transitie en WTG	31
	Begrip Prestatie	13		Interferentie van markt- en niet-markttarieven	31
	Onderhoud prestatiebeschrijving en prestatie-indicatoren	14		Transparantie tarief en prestatie	32
	Prestatiebekostiging	15		Verskillende tariefsystemen	33
	Prestatiebekostiging in de AWBZ	15		Kwaliteitsverschillen en concurrentie	33
	Prestatiebekostiging in de geestelijke gezondheidszorg	16		Concentratietendensen	35
	Prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg	16	V	Achtergronden van de WTG ExPres	35
	Toetsing van het DBC-concept via het experiment	16	13.	Naar een zorgautoriteit	35
	«Ruimte voor Resultaat»	16		Positie College tarieven gezondheidszorg	35
	Juridisch kader dbc/prestatiebekostiging	17		Ontwikkeling zorgautoriteit	36
	De voorgestelde maatregelen	18		Bevoegdheden uitvoeringsorgaan WTG	37
7.	Minder regels/Terugdringing administratieve lasten	20	14.	Relatie met het Europese recht	38
	Minder regels/meer zorg	20		Fundamentele vrijheden	39
	De voorgestelde maatregelen	20		Nuttig effect mededingingsregels	40
8.	Fraudebestrijding	22	15.	Informatievoorziening, toezicht en handhaving	41
	Zorgfraude	22		Informatievoorziening	41
	De voorgestelde maatregelen	22		Persoonsgegevens	42

	Beleid, toezicht en opsporing	43	5.	Bestuurlijke lasten voor de overheid	47
	Wettelijke grondslag gegevensverzameling	43	6.	Tabelsgewijze beschrijving van de maatregelen	48
	FIOD-ECD	44	7.	Kwantificering	49
	Nemo tenetur beginsel	44	8.	Afweging en alternatieven	52
16.	Effecten op administratieve en bestuurlijke lasten	45	9.	Administratieve lasten en de transitie naar vraaggestuurde zorg	53
1.	Inleiding	45	10.	Toekomstige ontwikkelingen	54
2.	De betekenis van de WTG voor administratieve lasten.	46	11.	Conclusie	54
3.	Adviescollege toetsing administratieve lasten.	46		Artikelsgewijze toelichting	55
4.	Administratieve lasten voor de zorgsector	47			

ALGEMEEN DEEL

I Inleiding

1. Inleiding

Samenvatting

Dit wetsvoorstel brengt een aantal wijzigingen aan in de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG).

De wijzigingen houden verband met het houden van experimenten, het beheerst en soepel invoeren van prestatiegerichte bekostiging, het voorkomen van onnodige bureaucratie dan wel het terugdringen van administratieve lasten en het tegengaan van fraude. Dit zijn de vier sporen van dit wetsvoorstel, die overigens in hun uitwerking onderling kunnen samenhangen, maar afzonderlijk worden toegelicht. De naam WTG ExPres is ontleend aan het scheppen van mogelijkheden voor experimenten en het faciliteren van prestatiebekostiging. Het onderhavige voorstel heeft geen directe budgettaire effecten.

Opbouw memorie van toelichting

De memorie is als volgt opgebouwd. Na deze *Inleiding* volgt een beschrijving van de *Context* van dit voorstel waarbij wordt ingegaan op de relatie met het Hoofdlijnenakkoord, de samenhang van de WTG met andere wetgeving, de voorwaarden voor marktwerking en de visie op het proces naar het einddoel van de gereguleerde marktwerking.

Dan wordt in het onderdeel *Maatregelen* ingegaan op het voorstel van wet en volgt uitleg over de vier sporen en de daarbij te treffen maatregelen, voorafgegaan door een korte beschrijving van het karakter en de werking van de WTG.

Daarna komt in het onderdeel *Overheid en prijsvorming zorg* de evolutie van de prijsregulering en de toekomst van de WTG aan de orde, met tot besluit enkele aandachtspunten bij prijsvorming in een systeem van gereguleerde marktwerking.

Tenslotte volgen *Achtergronden* van de WTG ExPres als de bevoegdheden van het uitvoeringsorgaan en de zorgautoriteit, de verhouding tot het Europese recht, informatievoorziening, handhaving en toezicht en de effecten op administratieve en bestuurlijke lasten.

De memorie sluit af met de artikelsgewijze toelichting. Een handzaam overzicht van de verschillende hoofdstukken biedt de inhoudsopgave aan het begin van deze memorie.

II Context van de WTG ExPres

2. Uitwerking van het Hoofdlijnenakkoord

Het Hoofdlijnenakkoord, gevoegd bij de brief van 16 mei 2003 van de informateurs, schetst het perspectief van de zorg in de komende tijd (Kamerstukken II, 2002–2003, 28 637, nr.19). De centrale aanbodsuring is vastgelopen en wordt zo snel als verantwoord is vervangen door gereguleerde marktwerking. Die vervanging staat beschreven in het volgende hoofdstuk. Tevens accentueert het Hoofdlijnenakkoord de eigen verantwoordelijkheid van maatschappelijke actoren.

De voorgestelde wijzigingen kunnen enerzijds de transitie van aanbodsuring naar vraagsturing bevorderen waardoor in de zorg de behoeften van patiënten en cliënten meer centraal komen staan. Anderzijds wordt met enkele van de voorgestelde maatregelen een nadrukkelijker accent gelegd op de eigen verantwoordelijkheid van partijen in de zorg. De overheid blijft uiteraard toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg garanderen.

Het onderhavig voorstel vergroot de mogelijkheden van de overheid om aan het perspectief van gereguleerde marktwerking vorm te geven door een uitbreiding van WTG-instrumentarium. De notitie Speelruimte en verantwoordelijkheid over de WTG gaf al aan dat de WTG goede mogelijkheden biedt om aan die transitie en normalisering bij te dragen (Kamerstukken II, 1999–2000, 27 156, nrs. 1 en 2; zie ook hoofdstuk 11). Met name het eerste en tweede spoor van dit wetsontwerp, waarmee mogelijkheden worden gecreëerd om experimenten te houden in de bekostiging van zorgaanbieders en om prestatiebekostiging toe te passen, bieden in dat kader mogelijkheden snel, soepel en beheerst de overheidsbemoeienis met de prijsvorming los te laten, terwijl de mogelijkheid tot bijsturen blijft.

Door speelruimte te bieden aan zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars en onnodige overheidsregulering te schrappen ontstaat meer ruimte voor hun eigen verantwoordelijkheid. Door bijvoorbeeld elektronische aanvragen voor een tarief of een prestatiebeschrijving mogelijk te maken, onnodige hoorprocedures en aanvragen voor tarief of prestatiebeschrijving te schrappen en meervoudig gebruik van gegevens mogelijk te maken worden de administratieve lastendruk, de bureaucratie en de overhead verminderd (het derde spoor van dit wetsontwerp). Het voorstel voorziet bovendien in een wettelijke basis voor gegevensuitwisseling tussen het College tarieven gezondheidszorg, verder te noemen het College, en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (Nma). Dat draagt bij aan de afstemming van hun activiteiten en aan het verminderen van de informatielast bij de bevrageden.

Tenslotte bevat dit wetsvoorstel maatregelen gericht op het tegengaan van fraude (het vierde spoor van het wetsontwerp). De fraudemaatregelen in dit voorstel gaan ervan uit dat een verantwoordelijke zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar uit zichzelf een goede administratie voeren. Een stap naar het opleggen van een verplichting daartoe en het inzichtelijk en toegankelijk maken daarvan is dan niet groot.

De vier sporen van dit voorstel, het mogelijk maken van experimenten op het terrein van bekostiging van zorgaanbieders of zorgprestaties, het faciliteren van prestatiebekostiging in AWBZ, GGZ en ziekenhuiszorg, het terugdringen van administratieve en bestuurlijke lasten en het tegengaan van fraude sluiten aan op de doelstellingen verwoord in het Hoofdlijnenakkoord.

3. Stap naar gereguleerde marktwerking

Twee trajecten

Met referentie aan de uitgebreide schets over de samenhang tussen verzekeringswetgeving en aanbodwetgeving in de zorg zoals die in de derde nota van wijziging bij de Wet exploitatie zorginstellingen (Kamerstukken II, 2003–2004, 27 659, nr. 15) is opgenomen en aan een verkorte versie daarvan in de nota naar aanleiding van het verslag bij het voorstel van wet tot wijziging van het overeenkomstenstelsel in de Ziekenfondswet en de AWBZ (Kamerstukken II, 2002–2003, 28 994, nr. 5) geef ik ook in deze memorie die samenhang weer toegespitst op het perspectief van de WTG. Ook de Raad van State adviseerde een dergelijke schets op te nemen.

De vernieuwing van het stelsel verloopt langs twee trajecten. Het eerste traject geldt het «zorgstelsel» en leidt door invoering van meer marktwerking tot een doelmatiger en meer op de wensen van de cliënt gerichte sturing van de zorg. Het tweede traject geldt het verzekeringsstelsel en betreft de invoering van een algemene verzekering voor curatieve zorg met acceptatieplicht en zorgplicht voor de verzekeraar, dat als doel heeft dat alle verzekeraars onder gelijke condities werken. Daarmee moet het verschil worden opgeheven dat thans bestaat tussen ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars en uitvoerders van publiekrechtelijke

ziekttekostenregelingen voor ambtenaren. Omdat bij de aanpassing van het stelsel van de ziektekostenverzekeringen ervan wordt uitgegaan dat deze concurreren op de zorginkoop, is het dringend gewenst dat waar mogelijk voortgang wordt geboekt bij het eerste beleidstraject (het liberaliseringspoor).

De onderhavige wijziging van de WTG hoort in het eerste traject, de aanpassing van het «zorgstelsel». Voor gereguleerde marktwerking is het van belang dat er voldoende aanbod van zorg is en instellingen en verzekeraars hiervoor zoveel mogelijk ruimte krijgen en eigen verantwoordelijkheid gaan dragen. Onderhavig voorstel beoogt mede liberalisering te bevorderen dan wel te bewerkstelligen op het terrein van de prijsvorming in de gezondheidszorg, een en ander afhankelijk van de mogelijkheden op de verschillende deelmarkten. Met een verantwoorde liberalisering wordt voorkomen dat de beheersing van de kostenontwikkeling bij zorgaanbieders in het gedrang komt en de publieke belangen in de zorg niet meer zijn gewaarborgd.

Samenhangende aanpassing regels

Het onderhavige wetsvoorstel staat niet op zichzelf. Het is een onderdeel van een bredere aanpassing van de gezondheidszorgwetgeving om gereguleerde concurrentie mogelijk te maken. Om dat duidelijk te maken belicht ik allereerst de verwevenheid tussen de bestaande verzekeringswetgeving en de aanbodwetgeving en de rol van de particuliere verzekeraars daarbij. Door deze verwevenheid is een min of meer gesloten systeem ontstaan dat we kennen als de centrale aanbodssturing. Het introduceren van gereguleerde concurrentie vergt het op verantwoorde wijze openen van het bestaande systeem. Dit noodzaakt tot aanpassing van verschillende wetten. Een thema dat zeer relevant is voor een goed begrip van de noodzaak tot opening van het systeem is de introductie van een bekostigingssystematiek die is gerelateerd aan prestaties. In samenhang hiermee worden ondernemingen in de zorg zelf ook meer verantwoordelijk voor hun investeringsbeslissingen. Overigens heeft de zorgsector niet over de hele linie dezelfde mogelijkheden om vormen van vraagsturing en concurrentie te introduceren vanwege het verschil in marktsituaties. Dat stelt nog een aanvullende eis aan de aanpassing van de wetgeving, namelijk dat de deregulering van en de liberalisering van de aanbodzijde gefaseerd en gedifferentieerd kan verlopen.

Het perspectief van een stelsel dat beter en doelmatiger tegemoet komt aan de vraag van burgers, betekent dat concurrerende zorgverzekeraars meer in vrijheid en meer in concurrentie met elkaar zaken moeten kunnen doen met zorgaanbieders die ook meer dan thans het geval is elkaars concurrenten zijn. De centrale belemmering daarvoor in de bestaande regelgeving is de, in de verzekeringswetgeving verankerde, (omgekeerde) contracteerplicht voor zorginstellingen.

De contracteerplicht houdt in dat de ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ (uitvoeringsorganen van de verzekeringswetgeving) verplicht zijn met iedere instelling binnen hun werkgebied, die zorg kan verlenen die tot het wettelijk pakket behoort, overeenkomsten te sluiten, als die instelling dat wenst. De omgekeerde contracteerplicht impliceert dat een instelling die met een uitvoeringsorgaan een overeenkomst heeft, een gelijke overeenkomst met een ander uitvoeringsorgaan moet sluiten als dat andere uitvoeringsorgaan dat wenst. Overigens geldt vanaf 1992 voor de vrije beroepsbeoefenaren de (omgekeerde) contracteerplicht niet meer. Voor een goed begrip van de uitwerking van de (omgekeerde) contracteerplicht zijn nog twee wettelijk geregelde zaken van belang. Ten eerste komen voor contracten met uitvoeringsorganen alleen instellingen in aanmerking die voldoen aan de wettelijke voorschriften ten aanzien van spreiding en behoefte op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Ten tweede is op die categorie instellingen de WTG van toepas-

sing. Krachtens door de minister goedgekeurde WTG beleidsregels worden de «aanvaardbare kosten» voor de instellingen vastgesteld en de daarop gebaseerde tarieven die ze bij verzekeraars in rekening mogen brengen (gebudgetteerde instellingen). Tot de aanvaardbare kosten behoren ondermeer de kosten die met de gedane investeringen verband houden, zoals rente, afschrijving en onderhoud.

Voor de particuliere verzekeraars geldt de contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht niet. De WTG en de beleidsregels van het College voor gebudgetteerde instellingen leiden er echter toe dat ook de particuliere ziektekostenverzekeraars bij de collectieve budget- en tariefonderhandelingen met een instelling zijn betrokken. Alle verzekeraars dragen bij aan de vulling van het budget van de instelling.

Aldus is een samenhangend systeem gecreëerd op basis van de vier genoemde wetten: AWBZ, Ziekenfondswet, WZV en WTG. De contracteerplicht, de omgekeerde contracteerplicht, de bouwvergunningen ex WZV en de beleidsregels voor gebudgetteerde instellingen leiden ertoe dat de dekking van lasten die voortvloeien uit uitbreidingsinvesteringen min of meer gegarandeerd is. Weliswaar schrijft de verzekeringswetgeving geen te contracteren hoeveelheden voor, maar het aanbod is door toepassing van de behoefte- en spreidingscriteria van de WZV zodanig beperkt dat de afzet van instellingen met veel zekerheden is omgeven. De dekking van de kapitaallasten die samenhangen met «WZV-goedgekeurde» investeringen, is binnen de «aanvaardbare kosten systematiek» zelfs een automatisme. De omgekeerde contracteerplicht maakt selectief contracteren onmogelijk, waardoor een meer marktconforme prijsvorming wordt verhinderd. Daarbij komt nog dat de «aanvaardbare kosten systematiek» (c.q. instellingsbudgettering) die begin jaren '80 tot stand kwam op aanwijzing van de overheid, ervoor heeft gezorgd dat de prijzen die er zijn geen reële afspiegeling zijn en hoeven te zijn van de onderliggende kosten.

In het model van gereguleerde concurrentie heeft de (omgekeerde) contracteerplicht plaatsgemaakt voor selectieve onderhandelingen, dragen zorgaanbieders zelf verantwoordelijkheid voor hun investeringsbeslissingen en zijn prijzen een afspiegeling van de kosten. Om daar te komen wordt het systeem op een aantal plaatsen aangepast. Dit vereist aanpassing van de Ziekenfondswet, AWBZ, WZV en WTG en de beleidsregels voor gebudgetteerde instellingen. De stand van zaken met betrekking tot die wijzigingen is als volgt:

– *Herziening overeenkomstenstelsel zorg*

Onder deze naam is dit jaar bij de Kamer een wetsvoorstel ingediend om (onder meer) in de Ziekenfondswet de bepaling op te nemen dat bij algemene maatregel van bestuur kan worden geregeld voor welke «vormen van zorg of categorieën instellingen» de (omgekeerde) contracteerplicht niet geldt. In de toelichting bij deze wetswijziging is duidelijk gemaakt dat de toepassing van deze bepaling mede verband houdt met het voorstellen om op beperkte schaal de prijsvorming van de ziekenhuiszorg vrij te laten. De nota naar aanleiding van het verslag ontving de Kamer in december 2003. (Kamerstukken II, 28 994)

– *Vervanging Wet ziekenhuisvoorzieningen*

De noodzakelijke geachte verandering van de planning- en bouw-wetgeving heeft u voorgelegd gekregen in de vorm van een wetsvoorstel tot wijziging van de WZV. In het kader van de behandeling van het wetsvoorstel is onlangs een derde nota van wijziging ingediend waarin het belang van het voorstel verder wordt gemotiveerd en is aangegeven op welke onderdelen het voorstel is verbeterd. (Kamerstukken II, 27 659)

– *Het onderhavig wetsvoorstel (WTG ExPres)*

Voor de hierboven beschreven efficiënte prijsvorming zoals voor de dbc's is een verruiming van het tarievenarsenaal in de WTG nodig. Het onderhavige voorstel voorziet daarin.

Voorwaarden voor marktwerking

Met de Raad van State ben ik van mening dat het rapport van het CPB («Zorg voor concurrentie, een analyse van het nieuwe zorgstelsel») bruikbaar is bij de transitie naar meer marktwerking in de gezondheidszorg. Naast het rapport van het CPB heeft ook de Raad voor Volksgezondheid en Zorg een aantal adviezen uitgebracht over verschillende deelmarkten en de mogelijkheden voor concurrentie. Met aanbevelingen uit die rapporten wordt rekening gehouden bij de concrete beslissingen die in de transitiefase per deelmarkt worden genomen. Dan komt ook aan de orde welke instrumenten en prikkels worden ingezet, die voor de verschillende deelmarkten verschillend kunnen zijn. Over die afweging gaat ook de lezenswaardige oratie van prof. dr. E. Schut «De zorg is toch geen markt? *Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg*», gehouden op vrijdag 9 mei 2003.

Voorwaarden voor marktwerking die in genoemde rapporten naar voren komen zijn ondermeer, dat er sprake moet zijn van:

- risicodragende verzekeraars,
- een transparante bekostiging op basis van adequate prestatie-indicatoren,
- voldoende toetredingsmogelijkheden,
- keuzemogelijkheden,
- geen contracteerplicht voor verzekeraars met (alle) instellingen,
- deregulering capaciteitsbepalingen en prijzen, en
- een goed kwaliteits- en mededingingstoezicht.

Deze voorwaarden komen in andere vorm naar voren bij hoofdstuk 6 over prestatiebekostiging.

Visie op het proces naar gereguleerde marktwerking

De Raad van State geeft in zijn advies aan dat wel duidelijk is wat het einddoel van de gereguleerde marktwerking is, maar dat de indruk wordt gewekt dat er geen visie is ontwikkeld op het proces daar te komen. Dat geeft mij aanleiding om in deze memorie die indruk weg te nemen. De visie die het kabinet heeft op het transitieproces is als volgt.

De bedrijfstak gezondheidszorg kent uiteenlopende deelmarkten. Deze verschillen in de marktstructuur, productkenmerken en in de vorm en mate van marktfalen. Dat kan leiden tot een verschil in de wijze waarop de publieke belangen geborgd kunnen worden. Deze verschillen vragen om maatwerk in weten regelgeving en bepalen de vormgeving van het transitieproces naar meer of minder marktwerking. Voor maatwerksturing op iedere deelmarkt is nodig dat de deelmarkten gedefinieerd en geanalyseerd zijn en dat de overheid een visie heeft op de publieke belangen in iedere deelmarkt en de wijze waarop deze belangen in een markt-omgeving worden geborgd. Ook is nodig dat deze visie op de toekomstige ordening en sturing van een deelmarkt gerealiseerd wordt door passende wetgeving en adequate instituties, zoals een zorgautoriteit.

In de benadering die ik voorsta worden de verschillende deelmarkten getoetst aan deze condities, en wordt aan de hand van de uitkomsten van die toetsing bepaald welke marktprikkel het best bij de getoetste deelmarkt past. Hierbij kan gekozen worden uit hardere dan wel zachtere marktprikkels. Het is dus niet: wél concurrentie of géén concurrentie. In plaats van een digitale keuze is er sprake van een continuüm. De invoe-

ring van die prikkels kan ineens, maar kan ook eerst worden geprobeerd in een experiment, in welke mogelijkheid dit voorstel voorziet. Het sterkst is «concurrentie óp de markt», dat wil zeggen meerdere aanbieders concurreren tegelijk om de gunsten van de vragers. Binnen de door de overheid gesteld randvoorwaarden (bijvoorbeeld op het terrein van kwaliteit) werken in beginsel alle prikkels maximaal. Deze vorm van marktwerking, die vrij onderhandelbare tarieven impliceert, wordt in feite nagestreefd met de dbc's voor de planbare ziekenhuiszorg.

Marktfalen kan een reden zijn een minder vergaande vorm van concurrentie toe te passen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als een rendabele dienstverlening slechts door één aanbieder verricht zou kunnen worden. Een concurrentiemodaliteit die in dit geval tot efficiënte uitkomsten leidt is «concurrentie óm de markt»: meerdere aanbieders concurreren op een bepaald moment om het recht de markt voor een bepaalde tijd te mogen bedienen. Dit kan in de vorm van aanbesteden, veilen of het toekennen van bepaalde rechten.

Bij ernstige vormen van marktfalen (en op sommige plaatsen in de zorg kan dit het geval zijn) is bijna altijd nog toepassing van de meest milde variant van marktprikkels mogelijk, namelijk «maatstafconcurrentie». Dat houdt in het aanleggen van maatstaven voor de prestaties van bedrijven of overheidsdiensten én introductie van een mechanisme om de prestaties op basis van deze maatstaf af te rekenen. Benchmarken is een lichte vorm van maatstafconcurrentie omdat hier uitsluitend vergelijking van de prestaties plaatsvindt.

In de AWBZ waar geen sprake is van risicodragende verzekeraars, ligt mede om die reden de toepassing van zachtere marktprikkels zoals maatstafconcurrentie voor de hand. Zachtere marktprikkels zijn eveneens aangewezen voor de acute (curatieve) zorg. In de eerste plaats van de bijzondere isen die het publieke belang stelt aan spreiding en beschikbaarheid, in de tweede plaats omdat de ernst van de omstandigheden aan de patiënt geen keuze laat.

Vanuit het oogpunt van continuïteit van het aanbod is een geleidelijke en begeleide overgang gewenst. Instellingen zijn gedurende lange periode ingesteld op het «risico-arme» ondernemen. Het management zal aanpassingstijd worden gegund om zich marktconform te gaan gedragen. Ook de balanspositie van instellingen behoeft aanpassing. Financiers hebben door het gesloten systeem – en de rol van de overheid op de achtergrond – altijd genoeg genomen met een geringe solvabiliteitseis. In een meer open systeem nemen de bedrijfsrisico's toe en worden navent ook hogere eisen aan de financiële weerbaarheid van instellingen gesteld.

Voor de structurele oplossing zal zeker gebruik worden gemaakt van de informatie die ons bereikt vanuit de Bondsrepubliek Duitsland (BRD). In de BRD zijn de Bundesländer verantwoordelijk voor de infrastructuur. De kapitaallasten, die ongeveer tussen de twaalf en vijftien procent bedragen worden á fonds perdu gefinancierd door de Bundesländer. Dit in tegenstelling tot Nederland waar premies de financieringsbron zijn. De Duitse ziekenhuizen krijgen hun overige kosten vergoed via de reguliere tarieven die men de Krankenkassen in rekening brengt.

In de BRD kan er ook voor worden gekozen om bij de investeringen af te zien van de overheidsmiddelen en deze investeringen te financieren via de kapitaalmarkt. In dat geval heeft de instelling een grote vrijheid bij het plegen van investeringen. De beursgenoteerde Duitse ziekenhuisketen Rhön-Kliniken AG blijkt in staat ook de kapitaallasten te dekken uit de reguliere tarieven. Dit is mogelijk gebleken door de bedrijfsprocessen aan te pakken (best practices; zie ook in hoofdstuk 12 de paragraaf kwaliteit en concurrentie en het project Sneller Beter), het personeel beter op te

leiden, prestatieprikkels voor het gehele personeel in te voeren en forse investeringen te doen in een doelmatige infrastructuur.

III Maatregelen van de WTG ExPres

Om de wijzigingen die onderhavig wetsvoorstel in de WTG aanbrengt te verduidelijken beschrijft het volgende hoofdstuk op hoofdlijnen het karakter en de bestuurlijke vormgeving, de achtergrond en positie, de reikwijdte en de doelstellingen van de WTG. Daarna wordt in de volgende hoofdstukken achtereenvolgens op de vier sporen ingegaan.

4. Karakter en werking van de WTG

De WTG heeft vier doelstellingen: evenwichtige tarieven, uniforme procedures voor een transparante totstandkoming van tarieven, een doelmatige organisatie van de zorg en kostenbeheersing. Door het raamwetkarakter van de WTG kan er flexibel worden ingespeeld op veranderingen. Dit voorstel versterkt die flexibiliteit. De doelstellingen van de WTG blijven ongewijzigd.

- De WTG is een procedurewet. De wet geeft spelregels voor de wijze waarop tarieven in de zorg tot stand komen en definieert de bevoegdheden van de diverse actoren. De spelregels zijn gemakkelijk aan veranderende omstandigheden en beleidsvisies aan te passen.
- Uitgangspunt is dat de tarieven tot stand komen in onderhandelingen tussen krachtens de wet aangewezen aanbieders en ziektekostenverzekeraars op het regionale en lokale niveau.
- Het College(tarieven gezondheidszorg) toetst de tarieven die aangegeven partijen op regionaal/lokaal niveau zijn overeengekomen aan de beleidsregels van de WTG. Dat geldt momenteel ook nog voor maximumtarieven waarbij landelijke representatieve organisaties zijn betrokken. Het College stelt de tarieven of maximumtarieven vast, ambtshalve of bij een eenzijdig verzoek van een zorgaanbieder of ziektekostenverzekeraar, of keurt deze goed, na een daartoe gedaan gezamenlijk verzoek van een zorgaanbieder en een ziektekostenverzekeraar. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald op welke prestaties de maximumtarievenssystematiek van de WTG van toepassing is. Als lokale partijen voor een laatstbedoelde prestatie een tarief overeenkomen dat in concrete situaties in rekening mag worden gebracht, hoeven zij dit tarief niet voor te leggen aan het College mits dit niet hoger is dan het maximumtarief dat het College voor die prestatie heeft vastgesteld of goedgekeurd.
- De beleidsregels komen tot stand op initiatief van partijen, het College, dan wel op verzoek of op aanwijzing¹ van de minister. De beleidsregels gaan, conform de huidige WTG, over de hoogte, de opbouw en de wijze van berekening van tarieven of maximumtarieven. Het College stelt de beleidsregels vast; de minister keurt deze goed. Voorgenomen aanwijzingen van de minister aan het College worden voorgelegd aan het parlement².
- Door de systematiek van beleidsregels is de WTG flexibel toe te passen. Een voorbeeld: de instellingsbudgettering is niet in de wet voorgeschreven, maar ligt vast in CTG-beleidsregels. Regeltechnisch gesproken is het eenvoudig om (deze) beleidsregels aan te passen of in te trekken. Als het wenselijk is om de beleidsregels voor de instellingsbudgettering in te trekken, dan kunnen daar (eventuele) andere voor in de plaats komen; bijvoorbeeld beleidsregels die de

¹ De wet spreekt sedert 1 januari 2000 van «beleidsregels» (artikel 13 WTG). Omdat deze wettelijke term verwarring schept met de door het CTG vastgestelde beleidsregels (artikel 11 WTG) wordt in deze memorie de oude en gangbare term «aanwijzing» gehanteerd.

² Amendement Lansink-De Korte; Kamerstukken II, 1979/80, 14 182, nr. 47.

opbouw, samenstelling en hoogte bepalen van een aantal (maximum)tarieven voor relevante prestaties.

- In bijzondere omstandigheden kan het College afwijken van de beleidsregels. Namelijk indien toepassen van een beleidsregel gevolgen zou hebben die wegens bijzondere omstandigheden onevenredig zijn in verhouding tot het met de beleidsregel te dienen doel¹. Dit kan aan de orde zijn bij instellingen in financiële problemen. In voorkomende gevallen besluit het College tot steunverlening. Conform de WVG hoort hier een gezamenlijk verzoek van instelling en verzekeraar(s) aan ten grondslag te liggen. De steunverlening bestaat uit een tijdelijke toeslag op het tarief dat de instelling in rekening mag brengen.
- Een ander flexibel element van de WVG betreft het speelveld. De reikwijdte van de wet ligt niet vast in de wet zelf, maar in lagere regelgeving. Bij algemene maatregel van bestuur kan het speelveld worden ingekrompen of uitgebreid. Zorgaanbieders die onder de WVG vallen, zijn aangewezen in het Besluit werkingssfeer WVG 1992. Het Besluit werkingssfeer maximumtarieven WVG wijst de zorgaanbieders aan van wie de prestaties onder de maximumtarieven systematiek van de WVG vallen. Het Vrijstellingsbesluit WVG stelt bepaalde prestaties van aanbieders die onder het bereik van de wet vallen, vrij van tarifiering door het College.

Om de wettelijke doelstellingen te verwezenlijken beschikt de WVG, behalve over de mogelijkheid tarieven goed te keuren en vast te stellen, ook nog over de mogelijkheid tot het geven van voorschriften betreffende administratie, bekendmaking van tarieven en maximumtarieven, declaratie en verstrekking van informatie.

Raamwet en werkingssfeer

De wijzigingen zijn door het raamwetkarakter van de WVG van belang voor alle verzekeringscompartimenten. De concrete toepassing van de mogelijkheden die de WVG biedt, geschiedt na zorgvuldige voorbereiding en consultatie van deskundigen of betrokken partijen.

De WVG strekt zich uit tot alle ziektekostenverzekeraars. De WVG is slechts van toepassing op zorgaanbieders voorzover deze behoren tot een categorie van organen voor gezondheidszorg die is genoemd in een algemene maatregel van bestuur, het Besluit werkingssfeer WVG 1992. Die organen voor gezondheidszorg worden in deze memorie overeenkomstig het spraakgebruik aangeduid als zorgaanbieders.

Toepassing

Het daadwerkelijk gebruik van die mogelijkheden, de inhoudelijke afwijkingen die daarbij een rol spelen en de keuzen die daarbij worden gemaakt, worden bepaald door specifieke beleidsdossiers als de modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de invoering van diagnosebehandeling combinaties (dbc's) in de curatieve somatische zorg en in de geestelijke gezondheidszorg, het terugdringen van administratieve lasten en het voorkomen en bestrijden van fraude. Over de inhoudelijke kanten van die verschillende beleidsdossiers wordt afzonderlijk, dus los van dit voorstel, overleg gevoerd met het parlement.

5. Experimenten

Behoeft

De gezondheidszorg bestaat uit vele deelmarkten, die alle verschillend reageren op marktprikkels. Alvorens die marktprikkels op een deelmarkt te introduceren kan het, mede gelet op de voorgestane geleidelijke en bege-

¹ Betreft de afwijkingsmogelijkheid neergelegd in artikel 4:84 Algemene wet bestuursrecht.

leide overgang naar gereguleerde marktwerking, wenselijk zijn eerst op kleine schaal te experimenteren.

De WTG is van toepassing op instellingen en personen die behoren tot expliciet aangewezen categorieën van organen voor gezondheidszorg (zorgaanbieders). Afgezien van de situatie van beleidsregels die gericht zijn op vrije tarieven, worden al hun prestaties geprijsd aan de hand van de beleidsregels die zijn opgesteld door het College en die zijn goedgekeurd door de minister. Die beleidsregels bevatten objectieve maatstaven en gelden voor iedereen die behoort tot een in die beleidsregel aangewezen categorie van zorgaanbieders of ziektekostenverzekeraars, zonder dat thans de mogelijkheid bestaat daarvan een of meerdere uit te sluiten. Initiatieven voor nieuwe of alternatieve bekostigingswijzen van zorgaanbieders en prestaties moeten door het College worden getoetst aan die algemene beleidsregels. Het College mag daarbij alleen van die algemene beleidsregels afwijken als op grond van de omstandigheden van het individuele geval die beleidsregels in redelijkheid en billijkheid niet kunnen worden toegepast (artikel 4:84 Algemene wet bestuursrecht).

Die afwijkingsruimte is te gering om onder regie van het College op kleine en beheerste schaal te kunnen experimenteren met alternatieve wijzen van bekostiging en van kosten- en prijsbeheersing of om deze experimenten voldoende te kunnen afbakenen. Alleen landelijk uniforme experimenten zijn thans op basis van vigerende regels mogelijk. Daarmee kunnen grote financiële risico's zijn gemoeid. De WTG biedt thans niet de uitdrukkelijke mogelijkheid om een individuele zorgaanbieder of een individuele zorgverzekeraar van de werking van de algemene beleidsregels van het College uit te zonderen ten behoeve van een beperkt experiment. Dit remt de innovatie van het bekostigingsstelsel.

Voorbeelden voor de behoefte aan een wettelijke basis voor experimenten met de bekostiging in de afgelopen jaren zijn de proef met het geven van meerjarig vaste aanneemsommen aan een zestal ziekenhuizen om te bezien of deze daarmee een goede en adequate exploitatie konden voeren en aan de gecombineerde prijsvorming van medicijngebruik en huisartsenzorg in het zuiden van Limburg. De afbakening van die proeven had eenvoudiger en eenduidiger gekund wanneer er in de WTG een experimenteermogelijkheid was geweest die niet automatisch voor iedereen openstond. Een recenter voorbeeld is de wens tot het versneld ervaring opdoen met de bekostiging door middel van een beperkt aantal dbc's. Het opdoen van ervaring juridisch te beperken tot alleen bij een instelling in Heerlen en Groningen was op grond van de WTG niet mogelijk, waardoor alleen de mogelijkheid overbleef van een landelijk experiment (Kamerstukken II, 2002–2003, 28 600 XVI, nrs 17 en 97).

Experiment

Onderhavig voorstel voorziet conform het voornemen in § 4 van de notitie Speelruimte en verantwoordelijkheid in de mogelijkheid kleinschalige experimenten te houden. Ingevolge het nieuwe artikel 15 WTG kan het College een beleidsregel opstellen voor experimenten met de bekostiging van zorgaanbieders of zorgprestaties. Die beleidsregel moet voldoen aan de voorwaarden uit het rapport van 6 juli 2000 genaamd «het proberen waard» van het Interdepartementaal wetgevingsberaad inzake experimenteerbepalingen. De daarin gestelde eisen zijn het voldoen aan algemene wetgevingskwaliteit, gelijkheidsbeginsel, rechtszekerheidsbeginsel en het alleen in een beleidsregel opnemen bij verwachting van zinvolle experimenten, waarbij onderwerp, doel, functie en tijd moeten zijn begrensd. Dat geldt ook voor de afwijkingsmogelijkheid van de overige voorwaarden, voorschriften en beperkingen in beleidsregels. De door het rapport gewenste tijdelijkheid van een experiment wordt vastgelegd in de beleidsregel en is ingevolge het nieuwe artikel maximaal vijf jaren. Er is ruimte voor onvoorziene startproblemen en voor een zorgvul-

dige 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 bijtijds voorstellen in de vorm van beleidsregels kan doen waardoor de positieve ervaringen met een geslaagd experiment aan de gehele sector ten deel kunnen vallen. Met de Raad van State ben ik het ten algemene eens dat het voor zich spreekt dat eerst doel, toetsingscriteria en vervolgacties van een experiment duidelijk zijn alvorens daaraan wordt begonnen. Is het experiment niet geslaagd of zijn er andere redenen de opgedane ervaring niet verder te implementeren, dan moeten de deelnemers weer volgens het gewone stramien van de algemeen geldende beleidsregels handelen. Dat kan een betekenisvolle wijziging inhouden voor de omvang van de gelden die de zorgaanbieder voor zijn exploitatie beschikbaar heeft. Ook uit oogpunt van beperking van administratieve lasten is een terugschakeling naar het reguliere stelsel van beleidsregels op enig moment in een lopend boekjaar in beginsel niet gewenst. Om die overgang soepel te laten verlopen, heeft het College de mogelijkheid de gevolgen van het experiment te laten bestaan tot het einde van het boekjaar volgende op het boekjaar waarin het experiment is beëindigd. Wat de bijzondere omstandigheden zijn van een experiment hangt af van het individuele experiment. Derhalve is niet voorzien in een algemene overgangsregeling maar kan per experiment in maatwerk worden voorzien.

Beperkingen

Hoewel in beginsel op basis van artikel 4:84 Awb van beleidsregels kan worden afgeweken indien de toepassing daarvan onredelijk zou zijn ligt een dergelijke afwijking, gelet op de specifieke aard van de beleidsregels inzake experimenten, niet voor de hand. Daarmee wordt het experimentele karakter verlaten en ontstaat er een situatie waarbij deze experimenten alleen worden gehouden zolang het de betrokkene goed uitkomt. Dat kan nimmer de bedoeling van een experiment zijn.

Voor zover op grond van artikel 13 van de wet de minister het College een aanwijzing geeft een experiment te starten is deze aanwijzing slechts globaal van aard en heeft geen betrekking op individuele zorgaanbieders of ziektekostenverzekeraars. Verleiding daartoe zou mogelijk kunnen ontstaan indien de continuïteit van een zorgaanbieder dan wel de zorg in gevaar zou komen. Voor dergelijke situaties is het experiment geen geëigend middel.

In het oorspronkelijke wetsvoorstel was sprake van afzonderlijke experimenteerbeleidsregels, naast de gewone beleidsregels van artikel 11. De Raad van State stelt vast dat ook via gewone beleidsregels experimenteren mogelijk is. Het College zou zonder nadere regel de keuze hebben tussen gewone (artikel 11) en de experimenteerbeleidsregels (artikel 15). De Raad van State stelt voor de experimenteerbepaling aldus op te zetten, dat indien het College in een beleidsregel op grond van artikel 11 de mogelijkheid opneemt van een experiment inzake bekostiging van een prestatie, daarbij de in artikel 15 genoemde bepalingen in acht moeten worden genomen. Het voorstel van de Raad is gevolgd.

Vrijwillig of verplicht

De Raad vraagt naar het karakter van het experiment, vrijwillig of verplicht. In geval van experimenten die zich beperken tot een individuele aanbieder ligt het in beginsel voor de hand dat deze deelneemt op basis van vrijwilligheid. Voor zover er sprake is van verplichte deelname dient ook voorzien te zijn in compensatie van het eventuele nadeel dat de deelnemer zou kunnen leiden ten opzichte van niet deelnemers. Een experiment zou wellicht concurrentievervalsend kunnen werken ten opzichte van andere aanbieders die zich op dezelfde markt bevinden. Strekt het experiment zich uit tot aanbieders in een specifiek gebied dan

zal er meer ruimte zijn voor een verplichte deelname. Zo zou het experiment zich kunnen richten op het onderzoeken van de gevolgen van het loslaten van tarifiering door het College in een bepaald geografisch gebied, bijvoorbeeld in vergelijking met een ander gebied. Dan zou het experiment alleen kunnen slagen als de deelnemers onder dezelfde condities werken.

De voorgestelde maatregel

Dit voorstel legt expliciet de mogelijkheid vast voor experimenten op het terrein van de bekostiging van zorgaanbieders en prestaties. Ten behoeve van een experiment kan van de algemeen toepasselijke beleidsregels voor zorgaanbieders worden afgeweken, mits dat in de betrokken beleidsregel of een specifieke beleidsregel is vastgelegd. Een experiment kan zelfs beperkt blijven tot een zorgaanbieder of een prestatie of een in de beleidsregel aangeven territorium. Die beperking was tot nu toe niet mogelijk. (Nieuw artikel 15).

6. Beheerste en soepele invoering prestatiebekostiging

Voorwaarde voor gereguleerde marktwerking

Een belangrijke voorwaarde om het concept van gereguleerde marktwerking te laten werken is de aanpassing van het bestaande bekostigingssysteem. De centraal gestuurde allocatie van de beschikbare middelen op basis van de «aanvaardbare kosten systematiek» moet plaats maken voor een bekostiging die is gerelateerd aan geleverde prestaties. Deze prestaties zullen daarbij zoveel mogelijk integrale kostendragers zijn. Voor deze overgang moeten vijf stappen worden gezet:

- *Vaststellen van adequate prestatie-indicatoren.* Een voorbeeld is de dbc's voor de ziekenhuizen. Ook in de andere sectoren zijn goede prestatie-indicatoren nodig. De prestatie-indicatoren worden vastgelegd in prestatiebeschrijvingen in WTG-beleidsregels;
- *Maken van de administratieve omslag.* De gedefinieerde prestaties moeten kostendragers worden binnen de (administraties van de) ondernemingen;
- *Zorgdragen voor een efficiënte prijsvorming.* In sommige delen van de zorg zal het concurrentiemechanisme hier wellicht zelf voor zorgdragen, in andere delen zal voor een efficiënte prijsstelling een belangrijke taak zijn weggelegd voor de zorgautoriteit;
- *Maken van de omslag naar concurreren door de instellingen.* Dit proces zal de nodige tijd vergen. Los van de cultuuromslag die het management moet maken zal ook de solvabiliteit van de ondernemingen (als buffer voor tegenslagen) moeten worden verstevigd. Als het «risico-arm ondernemen» plaatsmaakt voor meer onzekerheid over omzet en bedrijfsresultaat zullen de kapitaalverschaffers – en naast deze waarschijnlijk ook het Waarborgfonds voor de zorgsector – hogere eisen aan de solvabiliteit gaan stellen;
- *Vorbereiden en corrigeren van onbedoelde effecten* zoals prijsstijgingen en oneerlijke concurrentie. Hier is vooral een taak weggelegd voor de overheid en in het bijzonder de NMa en de op te richten zorgautoriteit.

De wijzigingen in verband met prestatiebekostiging zijn toepasbaar in elk verzekeringscompartiment. De formulering van de tekstvoorstellen houdt daar rekening mee. De uitwerking in het onderhavige wetsvoorstel is geschikt voor vele uitvoeringsmodaliteiten. Voorafgaand aan de bespreking van die wijzigingen is het gewenst in te gaan op het begrip prestatie.

Begrip Prestatie

In de wet en onderhavig voorstel is geen definitie van het begrip prestatie opgenomen. Dat is echter wel overwogen. In het verleden bleek dat het

ontbreken van een exacte omschrijving van het begrip prestatie in de WTG in gerechtelijke procedures grote problemen gaf bij het vaststellen van de reikwijdte van de wet en de daarbij te beantwoorden vraag of het College wel of niet bevoegd was een tarief voor de prestatie vast te stellen (Zie ook Bijlage IV van de notitie Speelruimte en verantwoording Kamerstukken II, 1999–2000, 27 156, nrs.1 en 2). De definitie zou nodig kunnen zijn om buiten elke twijfel te stellen dat het verstrekken van informatie door een orgaan voor gezondheidszorg aan een verzekeraar of een derde in verband met geleverde of nog te leveren prestaties aan patiënt, cliënt of verzekerde ook een prestatie is in de zin van de WTG. Datzelfde geldt voor het tevergeefs wachten door en het beschikbaar zijn van een zorgaanbieder als een patiënt niet op de gemaakte afspraak verschijnt. Het verstrekken van informatie vooraf over zorg, prijs en verzekering aan patiënten behoort tot de normale informatie die een zorgaanbieder in een vraaggeoriënteerde zorg verstrekt waarvoor in beginsel geen afzonderlijk tarief in rekening wordt gebracht. Het vastleggen van een definitie in de wet, die naar haar aard globaal moet zijn, draagt het onvermijdelijke nadeel in zich dat daarbij grenzen worden aangegeven die voor interpretatie en discussie vatbaar zijn. Daarenboven kan het opnemen van een definitie van het begrip prestatie in de WTG tot het ongewenste effect kunnen leiden in die zin dat een niet onder de definitie vallende verrichting niet als prestatie onder de WTG zou vallen. Bovenbedoelde bijlage van de notitie Speelruimte en Verantwoordelijkheid laat de dilemma's zien. Alles overwegende is van het opnemen van een definitie in de wet afgezien omdat uit de eis dat voor een prestatie geen tarief in rekening mag worden gebracht zonder de daarvoor vastgestelde prestatiebeschrijving volgt dat bij het in rekening brengen van een tarief meteen duidelijk is wat de inhoud van de betrokken prestatie is. Het College kan in beleidsregels prestatiebeschrijvingen vaststellen die bij het in rekening brengen van tarieven moeten worden gehanteerd. Die beleidsregels worden ter goedkeuring voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Onderhoud prestatiebeschrijving en prestatie-indicatoren

Het onderhoud van de dbc-prestaties is cruciaal om het dbc-systeem up-to-date te houden en te blijven voorzien in adequate prestatie-indicatoren die in prestatiebeschrijvingen worden neergelegd. Net zoals dat geldt voor alle prestatiebeschrijvingen die het College sinds de inwerkingtreding van de WTG vastlegt in beleidsregels of beschikkingen. Voor een adequaat onderhoud is een periodieke informatiestroom nodig. De WTG biedt het College de mogelijkheid regels te stellen betreffende de registratie van relevante gegevens, kostprijsberekening(modellen), de interne controle daarop en welke gegevens en inlichtingen regelmatig moeten worden verstrekt. Verder is in de mogelijkheid voorzien voor het voorschrijven van periodieke of statistische informatie die regelmatig geleverd moet worden aan het College. Dit voorstel bevat een wettelijke basis voor onderlinge gegevensverstrekking tussen zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. Dit kan mede een basis bieden voor onderhoud van prestatiebeschrijvingen door zorgaanbieders en verzekeraars. Wil een prestatiebeschrijving afdwingbaar zijn dan dient deze beschrijving op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen door een overheidsorgaan te zijn vastgesteld. Dit voorstel voorziet ook in een wettelijke basis voor de verwerking als daarbij persoonsgegevens, waaronder gegevens betreffende de gezondheid, als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) noodzakelijke zijn. Dat biedt een wettelijke basis met handhavingsmogelijkheden voor een dbc-onderhoudsysteem. Zie in dit verband ook Hoofdstuk 15 inzake informatievoorziening, toezicht en handhaving.

Prestatiebekostiging

Onder prestatiebekostiging wordt verstaan de bekostiging per prestatie, ongeacht hoe die prestatie verder wordt beschreven of genoemd. Als prestaties worden in de AWBZ zorgfuncties beschouwd, in de curatieve zorg in het tweede verzekeringscompartiment wordt gesproken over verrichtingen, zittingen, consulten, diagnose behandelingcombinaties (dbc's) etcetera.

De evaluatie van de WTG leert dat de bestaande bekostigingsregels niet optimaal stimuleren tot doelmatig en kostenbewust handelen bij zorgaanbieders. De microdoelmatigheid scoort relatief laag. Ook de transparantie van de kosten die gemoeid zijn met het leveren van de onderscheiden prestaties in de zorg kan beter. Deze beide aspecten vereisen meer aandacht. De sleutel tot verbetering ligt in het meer prestatiegericht maken van de bekostiging. Dit vergt het ontwikkelen van kostenconforme parameters en tarieven voor relevante prestaties. Daarbij is het niet zinvol om de beoogde kostenconformiteit te enten op een instelling die ondoelmatig is georganiseerd. Het gaat erom kostenconforme parameters en tarieven voor zinnige prestaties en gestandaardiseerde behandelwijzen te ontwikkelen, uitgaande van instellingen met een behoorlijk doelmatigheids- en kwaliteitsniveau. De doelmatige aanbieder kan worden geïdentificeerd op basis van een uniform model voor de berekening van kostprijzen. Goed onderbouwde tarieven zijn ook in het belang van de aanbieders van zorg. Er is een beter verhaal voor eventuele intensiveringen en compensatie voor loon- en prijsontwikkelingen indien de tarieven goed zijn onderbouwd. Dit stimuleert het veld om werk te maken van de microdoelmatigheid en de transparantie van maatschappelijk gewenste zorg door middel van prestatietypering en benchmarking. Zie ook de notitie Speelruimte en verantwoordelijkheid, hoofdstukken 3.2, 3.4 en 4.3.5. Dit spoor van het voorliggende wetsvoorstel, het mogelijk maken van een soepele invoering van prestatiebekostiging, is van belang voor de modernisering van de AWBZ en de invoering van dbc's in de curatieve somatische en de geestelijke gezondheidszorg. Onderstaand wordt nader ingegaan op de invoering van prestatiebekostiging bij de AWBZ, bij de geestelijke gezondheidszorg en bij de ziekenhuiszorg.

Prestatiebekostiging in de AWBZ

Bij de modernisering van de AWBZ gaat het om het bieden van meer keuzevrijheid voor cliënten tussen zorg in natura en persoonsgebonden budget (pgb) en het creëren van keuzemogelijkheden door zorgaanbieders toe te laten en de huidige aanbieders de gelegenheid te bieden AWBZ-brede zorg te leveren. De omslag van aanbodsturing naar vraagsturing is per 1 april 2003 geïnitieerd. De aanspraken zijn in AWBZ-brede functies omschreven, de indicatiestelling vindt AWBZ-breed in functies plaats, de toelating is AWBZ-breed in termen van functies en voor alle functies exclusief behandeling en verblijf is een AWBZ-breed pgb mogelijk. Er zijn stappen voorzien die ertoe leiden dat ook een AWBZ-brede prestatiebekostiging, registratie en verantwoording tot stand komt. Deze operatie vindt plaats onder de noemer invoering functiegerichte bekostiging. Hierover is de Kamer geïnformeerd per brief van 29 augustus 2003 (Kamerstukken II, 2002–2003, 26 631, nr. 54). De bekostiging van de aanspraken is per 1 april 2003 nog zodanig ingericht dat deze voorshands nog zoveel mogelijk aansluit bij de voor 1 april geldende systematiek. Dat wil zeggen handhaving van het budgetmodel en het systeem van productieafspraken op basis van WTG-producten. Er is per 1 april 2003 een begin gemaakt met de ontschotting. Om deze op een werkbare manier te stimuleren, is besloten de modernisering eerst te richten op de ontschotting van de producten die volledig betrekking hebben op afzonderlijke extramurale functies, dan wel een combinatie van functies, die niet een planning- of bouwregime kennen. Als eerste fase van de invoering van de functiegerichte bekostiging is het voor alle AWBZ-instellingen mogelijk

gemaakt om, naast de gebruikelijke extramurale producten uit de «eigen» sector, ook extramurale producten uit alle andere AWBZ-sectoren te leveren. In volgende fases wordt ook de bekostiging van intramurale zorg herzien. De instrumenten die onderhavig voorstel aan de WTG toevoegt kunnen die functiegerichte bekostiging van de AWBZ faciliteren.

Prestatiebekostiging in de geestelijke gezondheidszorg

In 2001 is in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) het project DBC-GGZ gestart. Dit project sluit nauw aan bij het DBC2003 project voor ziekenhuizen (zie hieronder). Doelstelling van dit project is het realiseren van een bekostiging die aansluit bij de zorgvraag van de patiënt/cliënt, transparantie biedt in de zorg die geleverd wordt, aansluit bij de bekostiging in het tweede compartiment en bruikbaar is als onderhandelstaal. Doordat de GGZ straks op eenzelfde manier wordt bekostigd als de curatief somatische zorg via diagnose behandelingcombinaties (dbc's), kan de GGZ beter aansluiten bij die curatief somatische zorg. DBC's vormen dan ook een belangrijke voorwaarde voor de overheveling van de GGZ naar de nieuwe algemene verzekering voor curatieve zorg.

In het eindmodel onderhandelen zorgaanbieders en verzekeraars over de prijs, het volume en de kwaliteit van maximaal 50 te onderscheiden hoofdgroepen van dbc's.

Het model voor dbc-registratie en het kostprijsmodel is in hoofdlijnen gereed. In het najaar van 2003 heeft de eerste koplopergroep proefgedraaid. Na de evaluatie van de eerste testfase zal in 2004 een tweede en indien nodig een derde koplopergroep starten om de dbc-systematiek verder te ontwikkelen. De partijen hebben de ambitie om per 1-1-2006 de DBC-systematiek in de GGZ definitief in te voeren. Verder hebben de betrokken partijen (Zorgverzekeraars Nederland, GGZ Nederland, de Orde van Medisch Specialisten, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Vereniging Academische Ziekenhuizen en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen) een gemeenschappelijk plan van aanpak (GPVA) opgesteld waarin het eindmodel van de dbc's in de GGZ is omschreven. Het GPVA is recent bestuurlijk afgestemd en het streven van de partijen is om dit GPVA voor het eind van het jaar aan te bieden aan de Tweede Kamer. De instrumenten die onderhavig voorstel aan de WTG toevoegt, kunnen net als bij het DBC2003 project de invoering van dbc's in GGZ faciliteren.

Prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg

In het kader van het project Diagnose Behandeling Combinaties 2003 (DBC2003) is een model ontwikkeld voor de overgang naar prestatiegerelateerde bekostiging van zorgaanbieders in de curatieve somatische zorg in het tweede verzekeringscompartiment. Daarbij is bezien of regelgeving noodzakelijk is om prestatiebekostiging op basis van dbc's mogelijk te maken. Geconcludeerd is dat aanvullende regelgeving onontbeerlijk is voor het welslagen van het DBC2003-traject en dat de WTG de meest gereede wet is om die hiertoe noodzakelijke regelgeving te verankeren. Op 21 december 2001 is de Tweede Kamer over het DBC2003 project ingelicht (Kamerstukken II, 2001–2002, 28 008, nr.16; Voortgang Modernisering Curatieve Zorg). Een eerste stap met de invoering van dbc's is gezet met ingang van 1 januari 2003 (Kamerstukken II, 2002–2003, 28 600 XVI, nrs. 17 en 97). Een volgende stap wordt gezet met ingang van 1 juli 2004. Daarover is de kamer bij brief van 10 oktober 2003 (Kamerstukken II, 2003–2004, 29 248, nr. 1) bericht.

Toetsing van het DBC-concept via het experiment «Ruimte voor Resultaat»

De laatstbedoelde brief van 10 oktober 2003 bericht over de evaluatie van de experimenten met dbc's en de gefaseerde invoering van Dbc's per 2004. De evaluatie is als bijlage bij die brief meegezonden. Desgevraagd door de Raad van State bevestig ik dat de uitkomsten van het experiment

de beslissing rechtvaardigen om de instrumenten die ook bruikbaar zijn voor de dbc-systematiek in de WTG op te nemen.

Het experiment «Ruimte voor Resultaat» biedt zorgverzekeraars en ziekenhuizen de gelegenheid te onderhandelen over volume, prijs en kwaliteit van de geleverde zorg. In beginsel gold het experiment voor het jaar 2003 en kan het gezien worden als opstap naar de integrale invoering van de nieuwe systematiek. Het onderhandelingsproces tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars betreft zowel de ziekenhuiscomponent als de honorering van de medisch specialist.

De omvang van «Ruimte voor Resultaat» werd bepaald door twee aspecten: het aantal producten (dbc's) binnen het experiment en het aantal ziekenhuizen/specialisten dat eraan meedoet. Voor het experiment zijn 105 Dbc's in 17 groepen geselecteerd. Berekend is dat met deze ingrepen in het huidige systeem circa € 750 mln. is gemoeid (€ 630 mln. ziekenhuiscomponent en € 120 mln. honorering van de medisch specialisten). Dit komt overeen met circa 6% van de uitgaven voor ziekenhuizen en medisch specialisten. De resultaten van het experiment bieden belangrijke aangrijpingspunten voor de wijze waarop en in welk tempo de nieuwe systematiek ingevoerd kan worden. Veel zorgverzekeraars en 40 ziekenhuizen hebben de mogelijkheid verkend om dbc-contracten te sluiten. Hoewel slechts veertien contracten zijn gesloten, moet het effect van het experiment niet worden onderschat. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars zijn over de dbc's in gesprek geraakt en hebben gemerkt wat er samenhangt met vrije prijsonderhandeling, in plaats van budgetonderhandelingen. De beperkte deelname had onder meer de volgende oorzaken:

- Deelname was vrijwillig. Ziekenhuizen konden dus besluiten gebruik te blijven maken van het huidige budgetsysteem als de onderhandelingen over experiment-dbc's geen hoger budget opleverden. Ook zorgverzekeraars namen daardoor veelal een afwachtende houding aan.
- De door de medisch specialisten gevraagde hoge uurtarieven bleken een soms niet te nemen hindernis in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen.
- De implementatie van dbc's bleek een aanzienlijke inspanning voor ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Het impliceert herziene werkprocessen, een andere administratieve organisatie, een betere registratie en aangepaste ICT-toepassingen. Veel ziekenhuizen hebben gewacht met de noodzakelijke voorbereidingen, in verband met het uitblijven van duidelijkheid over het invoeringsmodel.

Juridisch kader dbc/prestatiebekostiging

Bij de wijzigingen ten behoeve van prestatiebekostiging is gekeken naar het juridisch kader dat nodig is om de in de brief van 10 oktober 2003 aangegeven stappen met dbc's in de curatieve somatische zorg te realiseren, naar de functiegerichte bekostiging voor de AWBZ en naar het GPVA voor de GGZ. Een geheel nieuw wettelijk kader ontwerpen enkel voor de invoering van dbc-systematiek is ongewenst, mede in verband met de noodzakelijke afstemming en samenhang met de overige sectoren in de gezondheidszorg zoals hiervoor is aangegeven. Voor een begrijpelijke en eenvoudige invoering wordt uitgegaan van de bestaande instrumenten en methoden die bekend zijn en die hun werking reeds hebben bewezen. Waar nodig past onderhavig voorstel die instrumenten aan waardoor voor de overgangs- en eindsituatie een solide juridische basis ontstaat, waarbij ook rekening is gehouden met nationale en Europese regels. Een wettelijke grondslag is noodzakelijk omdat een invoering van de dbc-systematiek op basis van enkel collectieve onderhandelingen tussen betrokken organisaties enerzijds niet kan worden afgedwongen en

anderzijds mededingingsrechtelijk aanvechtbaar is. Zie daarvoor ook het hoofdstuk (14) over de verhouding van het voorstel met het Europese recht.

De voorgestelde maatregelen

1. Landelijke vaste prestaties, bindend voor alle partijen. Ten behoeve van zorgaanbieders, ziektekostenverzekeraars en verzekerden kunnen landelijke bindende prestatiebeschrijvingen in de vorm van dbc's worden vastgesteld, ook zonder dat het College voor die prestatie een tarief bepaalt. Dat laatste – «zonder tariefbepaling door het College» – is nieuw ten opzichte van de bestaande situatie. Om de wettelijke regeling bindend te laten zijn voor alle betrokken partijen blijft de WTG van toepassing op degenen die behoren tot aangewezen categorieën van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. De categorieën van ziektekostenverzekeraars waarop de WTG van toepassing is zijn aangewezen in de wet (artikel 1, eerste lid, onder e). De categorieën van zorgaanbieders zijn aangewezen in de algemene maatregel van bestuur betreffende de werkingssfeer van de WTG, het Besluit werkingssfeer WTG 1992. DBC2003-partijen hechten er aan dat er een dbc-prestatiebeschrijving kan worden vastgesteld die landelijk geldt en waarvan door individuele partijen niet kan worden afgeweken. Dit biedt rechtsbescherming aan de verzekerde, die recht heeft op de inhoud van de prestatiebeschrijving voor het afgesproken tarief, verzekeraars kunnen zo de tarieven vergelijken bij dezelfde inhoud en zorgaanbieders kunnen bij eenzelfde prestatie-inhoud moeilijker dump-tarieven aanbieden. *Artikel 10a.*

2. Vaststelling specifieke kostencomponenten; individuele tarieven voor kapitaallasten en dergelijke.
Doordat een prestatie kan worden opgedeeld in meerdere deelprestaties en aan elke deelprestatie een afzonderlijke tariefsoort kan worden gehangen of van tarifiering door het College kan worden vrijgesteld, ontstaat er een flexibel tarief-/bekostigingssysteem, waarbij het in extremis mogelijk is voor een deel van de prestatie een vast tarief in rekening te brengen en voor een ander deel van die prestatie het tarief vrij onderhandelbaar te laten. Daarbij kan voor ieder deel van die prestatie een andere beleidsregel en een andere toe te passen tarief(soort) gelden. Op die wijze kan bijvoorbeeld voor een deel van de prestatie een (vast; niet onderhandelbaar) «kapitaallastentarief», «opleidingstarief» of «topreferentietarief» in rekening worden gebracht, terwijl tegelijkertijd voor een ander deel van de prestatie een onderhandelbaar tarief kan worden overeengekomen en zonder tussenkomst van het College in rekening gebracht. Er ontstaat dan als het ware een minimumtarief, dat voor iedere zorgaanbieder en afhankelijk de relevante specifieke kenmerken verschillend kan zijn. *Artikel 11, zevende lid.*

Figuur 1
een voorbeeld van een prestatie naar deelprestaties naar één declaratie voor een prestatie

Eén samengestelde prestatie	deelprestatie	Bijvoorbeeld: Verrichtingen	Tariefsoort: vrij, bandbreedte, minimum, maximum, vast, individueel, tariefdeel	Eén samengestelde declaratie
	deelprestatie	Bijvoorbeeld: kapitaallasten, topreferentie, opleiding	Tariefsoort: vrij, bandbreedte, minimum, maximum, vast, individueel, tariefdeel	

3. Budgetgarantie en vrije tarieven. Het wordt mogelijk een «budgetgarantie» te geven in de vorm van een tarief voor het geheel van prestaties (budget), terwijl tegelijkertijd – als meest vergaande variant – de bepaling van het daadwerkelijk in rekening te brengen tarief voor de individuele prestatie / dbc aan partijen wordt overgelaten. Door middel van nacalculatie krijgt de zorgaanbieder in ieder geval tenminste het budget, als de inkomsten uit de zelfonderhandelende tarieven achterblijven. Binnen de kaders van dit voorstel is het eventueel ook mogelijk een dergelijk vangnet geleidelijk af te bouwen c.q. de garantie alleen betrekking te doen hebben op specifieke kostencomponenten. Volledigheidshalve zij er op gewezen dat er ook andere modellen denkbaar zijn naar prestatiebekostiging waarbij geen budgetgarantie wordt gegeven. *Artikel 1, eerste lid, onder h, juncto artikel 11, vierde lid, j^o artikelen 4 tot en met 10.*
4. Alle tariefsoorten. De onderhandelingsruimte kan op maat worden gemaakt doordat allerlei tariefsoorten mogelijk zijn op basis van beleidsregels. Voorheen bestond alleen de keuze uit punttarieven, maximumtarieven en vrije tarieven waarvan de vaststelling aan partijen werd overgelaten. Die keuze werd geformaliseerd door een algemene maatregel van bestuur. Uit de evaluatie van de WTG is gebleken dat een algemene maatregel van bestuur voor het maken van die keuze in de praktijk een te grof en verstarrend middel is. *Artikel 11, vierde lid, onder a en b.*
5. Vrije tarieven en ultimatum remedium. Een beleidsregel kan bepalen dat een vaste prestatiebeschrijving wordt gehanteerd en dat de vaststelling van het concreet voor de prestatie in rekening te brengen tarief aan de onderhandelende partijen wordt overgelaten. Lopen de vrije prijzen voor bepaalde prestaties uit de hand dan kunnen de tarieven voor die prestaties door middel van een beleidsregelwijziging eenvoudig aan voorwaarden, voorschriften of beperkingen worden gebonden. Dat kan onder meer door in de beleidsregel te bepalen dat het in rekening te brengen tarief aan bepaalde voorwaarden moet voldoen waaronder de eis van kostenoriëntatie. Dat kan bijvoorbeeld ook door in een beleidsregel te bepalen dat voor een prestatie ten hoogste een bepaald bedrag als tarief voor die prestatie in rekening mag worden gebracht, zijnde een maximumtarief, dan wel door te bepalen dat een tarief, voor die prestatie in rekening te brengen, vooraf aan het College ter beoordeling moet worden voorgelegd. *Artikel 11, vierde lid, onder c.*
6. Onderlinge gegevensverstrekking. Er komt een wettelijke basis voor onderlinge gegevensverstrekking tussen zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars ten behoeve van een goede uitvoering van deze wet. Dit kan onder meer een basis bieden voor het onderhoud van prestatiebeschrijvingen door zorgaanbieders en verzekeraars of de voorbereidingen daarvan. Wil een prestatiebeschrijving afdwingbaar zijn, dan dient deze beschrijving door een overheidsorgaan te zijn vastgesteld om niet strijdig te zijn met het Europese mededingingsrecht (zie daarvoor hoofdstuk 14). De gegevensverstrekking aan verzekeraars is mede gericht op vergelijkbaarheid van zorgaanbieders op basis van kostenhomogeniteit. *Artikel 30a, eerste en derde lid.*
7. Persoonsgegevens voor onderhoud. In de WTG wordt een wettelijke basis gelegd voor het verwerken van persoonsgegevens ten behoeve van het onderhoud van prestatiebeschrijvingen, rekening houdend met de Wet bescherming persoonsgegevens. *Artikel 30b.*

7. Minder regels/Terugdringing administratieve lasten

Minder regels/meer zorg

Op 29 januari 2002 zond de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het eindrapport van de Commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector (Commissie De Beer) getiteld «Minder regels, meer zorg» aan de Tweede Kamer. Het rapport bevat voorstellen, gericht op het verminderen van de administratieve lastendruk in de zorgsector. Een implementatieplan is op 28 november 2002 aan die kamer gezonden (Kamerstukken II, 2002–2003, 24 036, nr. 272).

Het beleid is, aldus het implementatieplan «Minder regels, meer zorg», gericht op:

- Preventie: zorgen dat er geen onnodige lasten bij komen;
- Onderhoud: kritisch kijken naar bestaande regels;
- Minder plichten: zoveel mogelijk onnodige verplichtingen schrappen;
- Betere uitvoering: dubblures schrappen in verplichtingen en stroomlijnen van verplichtingen die erg op elkaar lijken, maar toch net even anders zijn.

Op 11 februari 2003 heeft de Tweede Kamer vragen gesteld over dit implementatieplan welke zijn beantwoord op 4 april 2003 (Kamerstukken II, 2002–2003, 24 036, nr. 279, schriftelijk overleg). Ook het Hoofdlijnenakkoord gaat uit van een forse reductie van administratieve lasten en irritatiefactoren. Hoofdstuk 16 gaat uitvoerig in op de administratieve en bestuurlijke lasten van dit voorstel.

De voorgestelde maatregelen

1. Vereenvoudiging tariefkeuze door beleidsregel. De keuze voor een vast tarief, maximumtarief of vrij tarief is gemakkelijker gemaakt. Tot nu toe werd de keuze geformaliseerd door een algemene maatregel van bestuur. Zoals hiervoor al is opgemerkt bleek dat het hanteren van een algemene maatregel verstarrend werkt. De formele procedure en termijn van een amvb bedraagt ongeveer acht maanden. Daarvoor in de plaats komt het formaliseren van de keuze in de beleidsregels van het College. Dat duurt ongeveer een maand. Zo kan een tariefstelsel actueel en op maat blijven. Beleidsregels zijn namelijk aanmerkelijk sneller en met meer betrokkenheid van belanghebbende partijen aan te passen dan een algemene maatregel van bestuur. Partijen adviseren het College en leggen draagvlak in hun achterban. De publieke verantwoording wordt afgelegd door de vaststelling van de beleidsregels in een openbare vergadering van het College. De goedkeuring door de minister zorgt voor de democratische controle. De minister kan met globale aanwijzingen bijsturen, die hij eerst voorlegt aan het parlement. *Artikelen 11 tot en met 13.*
2. Snelle tariefcorrectie door beleidsregel. Ongewenste tariefhoogtes worden gemakkelijker gecorrigeerd. Indien een vrij tarief stijgt tot onaanvaardbare hoogte wordt door middel van een beleidsregelwijziging het tarief weer onder de WTG worden gebracht, als ultimum remedium. Voorheen – zie hiervoor onder 1 – was daarvoor een algemene maatregel van bestuur nodig. *Artikel 11, vierde lid.*
3. Ambtshalve herstel vormfouten door het College. Er is een vangnet voor die gevallen waarin tariefverzoeken niet voldoen aan de eisen die de wet of beleidsregels stellen. Indien alle relevante informatie aanwezig is kan het College, met medeweten van de betrokkenen, een beslissing ambtshalve nemen. Daardoor hoeft niet altijd een nieuw verzoek te worden ingediend. *Artikel 8, vierde lid.*
4. Schrappen overbodige aanvraag en vooraf horen. Een beleidsregel kan partijen ontheffen van de verplichting een verzoek te doen in situaties waarbij het nemen van een beschikking door het College op grond van

- de inhoud van de beleidsregels slechts tot een vaste uitkomst leidt. Indien van een verzoek is in die gevallen volstrekt overbodig, zoals bijvoorbeeld bij trendmatige aanpassingen. *Artikel 11, zesde lid, juncto artikel 8, vijfde lid, juncto artikel 9.*
5. Efficiënte informatieverzameling. De informatieplicht strekt zich uit tot alle personen en instanties die over gegevens beschikken die nodig kunnen zijn voor een goede uitvoering van de wet. Daardoor is het niet meer nodig om altijd individuele zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars te bevragen. Zie ook de artikelsgewijze toelichting bij Artikel I, onder O. *Artikel 30.*
 6. Onderlinge gegevensverstrekking. Door de mogelijkheid van onderlinge gegevensverstrekking tussen ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders in de WTG te verankeren, kunnen in voorkomende gevallen moeizame private afspraken over gegevensverstrekking worden voorkomen. *Artikel 30a.*
 7. Eén administratieve rechter. Administratief beroep tegen alle beschikkingen op grond van de WTG is alleen nog maar in te stellen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven. Voorheen waren verschillende administratieve rechters bevoegd. Zie ook de artikelsgewijze toelichting bij Artikel I, onder U. *Artikel 35.*
 8. Eenheid van taal. Dit is een speerpunt in het implementatieplan terugdringing administratieve lasten zorgsector. Aan het streven naar meer eenduidige en programmeerbare definities van producten, tarieven en prijzen en werkwijze kan indien nodig een bescheiden bijdrage worden geleverd door nadere beschrijving van de definities in artikel 1, eerste lid, onder e tot en met h, van de WTG mogelijk te maken (*artikel 1, vijfde lid, eerste volzin*), door het vaststellen van nadere regelen inzake administratie en declaratie (*artikelen 2a en 2b*) en een landelijk verplichte prestatiebeschrijving zonder tarief (*Artikel 10a*). De landelijk verplichte prestatiebeschrijving mét tariefvaststelling bestaat al sinds de inwerkingtreding van de WTG.
 9. Voorlichting door het College. De voorlichtingstaak van het College wordt wettelijk verankerd. Ook maakt het College relevante informatie toegankelijk via internet. Goede voorlichting reduceert inspanning en tijdverlies bij informatieverzameling van zorgaanbieder, ziektekostenverzekeraar en patiënt. *Artikel 29d, eerste lid, onder a en b.*
 10. Transparant declaratieverkeer. Er komt een wettelijke basis voor het voorschrijven van het declaratieverkeer. *Artikel 11, vijfde lid.*
 11. Elektronisch aanvragen. Het College kan in beleidsregels vaststellen hoe een verzoek om een tarief of prestatiebeschrijving moet worden gedaan. Zo kan het College ook elektronische aanvragen toestaan of verplichten. *Artikel 11, tweede lid.*
 12. Nacalculatie integreren in jaarrekening. Het College kan beleidsregels zodanig redigeren inzake de wijze en onder welke voorwaarden, voorschriften of beperkingen een verzoek tot nacalculatie moet worden ingediend, dat materieel uitvoering kan worden gegeven aan het voorstel van de Commissie De Beer tot integratie van de nacalculatie en de jaarrekening. Voor een volledige integratie moet de wettelijke basis voor de nacalculatie en voor de jaarrekening gelijk zijn. *Artikel 11, tweede lid.*
 13. Eenduidige informatie. De informatielast voor zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars kan worden gematigd door een wettelijke basis te creëren voor de uitwisseling van informatie tussen het College en de Nederlandse Mededingingsautoriteit en tussen het College en het Staatstoezicht op de volksgezondheid. *Artikel 29c, tweede en derde lid.*

8. Fraudebestrijding

Zorgfraude

Bij brieven van 3 februari en 25 februari 2003 kondigde de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport maatregelen aan tegen fraude, waaronder het treffen van wettelijke maatregelen in de WTG (Kamerstukken II, 2002–2003, 28 600 XVI, nr. 103 en nr. 109, bijlage A, § 3). De onafhankelijke eindrapporteurs, professor dr. R. J. van der Veen en dr. N. Groenendijk, brachten op 28 maart 2003 een frauderisicoanalyse over de gezondheidszorg uit (Kamerstukken II, 2002–2003, 28 828, nr. 1 en bijlagen). Een van de bijlagen bij dat rapport werd opgesteld door het College (tarieven gezondheidszorg) en de Belastingdienst/Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst en Economische Controledienst van het Ministerie van Financiën, verder te noemen de FIOD-ECD, over fraude op het terrein van zorgaanbieders. Het standpunt van het kabinet over die rapportage ontving het parlement daarna bij brief van 17 april 2003, met aankondiging van onderhavig voorstel (Kamerstukken II, 2002–2003, 28 828, nr. 2). Over die stukken is met de Tweede Kamer schriftelijk overleg gevoerd (Kamerstukken II, 2002–2003, 28 828, nr. 3). In de antwoorden op vragen gesteld over het standpunt en het verslag van het schriftelijk overleg is een overzicht opgenomen van maatregelen die in onderhavig voorstel zijn opgenomen met het oog op het voorkomen en bestrijden van fraude (Kamerstukken II, 2002–2003, 28 828, nr. 4, antwoord op vraag 15 van de VVD-fractie).

Naast onderhavig voorstel zijn in dit kader nog twee voorstellen van belang. Het betreft het voorstel van wet tot wijziging van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ter verduidelijking van de grondslag voor verstrekking van persoonsgegevens ten behoeve van de uitvoering van die wetten en het voorstel van wet houdende wijziging van Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 en de Ziekenfondswet in verband met invoering van een identificatieplicht bij het verkrijgen van zorg, maatregelen voor het tegengaan van declaratiefraude door verzekeren, invoering van het Sofi-nummer in de WTZ1998, elektronisch berichtenverkeer in de Ziekenfondswet en enige andere wijzigingen (fraudebestrijding zorgverzekeringswetten). Het eerste voorstel ligt ter advisering voor aan het College bescherming persoonsgegevens. Het tweede voorstel ligt ter advisering voor bij de Raad van State. Bedoelde wetsvoorstellen hebben betrekking op de in hun titel aangegeven wetten. Onderhavig voorstel heeft een ruimere werking en strekt zich met de WTG uit tot alle verzekeringscompartimenten, waaronder de particuliere ziektekostenverzekeringen (inclusief de zogenoemde aanvullende verzekering) en de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren.

De voorgestelde maatregelen

1. Algemeen administratievoorschrift. De wet bevat een algemeen voorschrift voor zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars om een administratie te voeren waarin onder andere zichtbaar zijn de geleverde prestaties, de daarvoor in rekening gebrachte tarieven en de in verband daarmee ontvangen of verrichte betalingen en vergoedingen aan derden. Dit sluit aan bij de aanbevelingen in het rapport van het Openbaar Ministerie, «Zorg om Zorgfraude», en de rapportages van de FIOD-ECD over de rol van verzekeraars en factureringsmaatschappijen bij de uitvoering van de WTG. *Artikel 2a, eerste en tweede lid.*
2. Opheffen administratieve belemmeringen. De administratie moet zodanig zijn dat de feitelijke werking van de wet niet wordt belemmerd en de onderhandelingsvrijheid van partijen niet door administratieve c.q. softwarematige beperkingen wordt tenietgedaan. *Artikel 2a, derde lid.*
3. Administratieregels op maat. Het College stelt nadere regels inzake de

- administratie, zoals met betrekking tot de bewaartermijnen, de toegankelijkheid en de inrichting van de administratie. *Artikel 2a, vierde lid.*
4. Tijdige patiëntinformatie. Zorgaanbieders informeren hun patiënten zorgvuldig en tijdig omtrent het voor de prestatie in rekening te brengen tarief. *Artikel 2b, eerste lid.*
 5. Duidelijke declaraties. De declaratie bevat naast het tarief ook de daarbij behorende prestatiebeschrijving. *Artikel 2b, tweede lid.*
 6. Informatieregels op maat. Het College stelt nadere eisen aan de bekendmaking door zorgaanbieders van hun tarieven voorafgaand aan de behandeling en aan de inhoud van de declaratie achteraf. *Artikel 2b, derde lid.*
 7. Transparant declaratieverkeer. Het College kan eisen stellen aan het declaratieverkeer, waaronder een centrale afhandeling van declaraties. *Artikel 11, vijfde lid.*
 8. Strafbaarheid. Ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders die een foutieve declaratie of prestatie vergoeden of betalen zijn strafbaar. Dat stimuleert hen tot betere interne controle. De strafbaarheid is van overeenkomstige toepassing op een verzekeraar als bedoeld in de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993, voor zover niet al begrepen onder ziektekostenverzekeraars in de zin van de WVG. Dat voorkomt dat de bepaling alleen ziektekostenverzekeraars treft en niet verzuim- of andere schadeverzekeraars, waardoor het effect van het verbod via een omweg kan worden tenietgedaan. *Artikel 2.*
 9. Eenduidige toezichtinformatie. Gegevensuitwisseling tussen het College en de Nederlandse Mededingingsautoriteit en tussen het College en het Staatstoezicht op de volksgezondheid wordt wettelijk mogelijk. *Artikel 29c, tweede en derde lid.*
 10. Voorlichting door het College. Het College geeft voorlichting aan zorgaanbieders, ziektekostenverzekeraars en consumenten over zijn beleidsregels, beschikkingen en besluiten. *Artikel 29d, eerste lid, onder a.*
 11. Internet als informatiebron. Het College maakt alle relevante informatie toegankelijk op internet. *Artikel 29d, eerste lid, onder b.*
 12. Meldpunt Onregelmatige Declaraties. Het Meldpunt Onregelmatige Declaraties bij het College, dat alle klachten en meldingen verzamelt van burgers, consumentenorganisaties, verzekeraars, VWS en FIOD-ECD over feiten en omstandigheden die mogelijk niet in overeenstemming zijn met het bij of krachtens de WVG bepaalde, krijgt een wettelijke basis. De herkenbaarheid van het meldpunt verlaagt de signalering- en aangifteredmpel. *Artikel 29d, eerste lid, onder d, en tweede lid.*
 13. 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. *Artikel 30, eerste lid.*
 14. Opheffing toezichtbeperkingen. Toezichtbeperkingen bij ambulancevervoer en geneesmiddelen worden opgeheven. Het huidige artikel 32 komt anders te luiden. *Artikel 32.*
 15. Bestuursdwang administratie- en informatieverplichtingen. Voorschriften inzake administratie, bekendmaking, declaratie en gegevensverstrekking hebben alleen zin indien er een adequate handhavingsmethode voor naleving zorgt. Derhalve krijgt het College de bevoegdheid tot het toepassen van bestuursdwang (waaronder begrepen de bevoegdheid tot het opleggen van een dwangsom) bij niet naleving van die voorschriften. *Artikel 32.*

9. Betekenis van de WTG ExPres voor de hoofdactoren

Dit hoofdstuk geeft voor de belangrijkste actoren uit de WTG aan wat voor hen de betekenis is van onderhavig wetsvoorstel. Het gaat dus niet om principiële wijzigingen. Door onderhavig voorstel blijven de doelstellingen en het flexibele karakter van de WTG gehandhaafd en daarmee in essentie ook de onderlinge posities van de actoren.

Betekenis voor de consument

Behalve de voorlichting door zorgaanbieders zijn er nog een aantal maatregelen voor de consument van belang. Het College richt voor consumenten (en andere belangstellenden) een Informatiepunt over tarieven en declaraties in. Die publieksvoorlichtingstaak wordt wettelijk verankerd. Bij dat punt kan de belangstellende informatie halen voor keuze (van een zorgaanbieder) vooraf en een check achteraf van de declaratie van zijn zorgaanbieder. Het gaat daarbij alleen om informatie van het College betreffende de regelgeving inclusief inhoud van beleidsregels en de beschikkingen van het College over tarieven. De voorlichtingstaak strekt zich niet uit tot de exacte hoogte van tarieven die niet door het College worden goedgekeurd of vastgesteld.

Het Meldpunt ongebruikelijke declaraties bij het College dient ter voorkoming van misbruik en vergissingen en een betere handhaving van juiste declaraties. Deze maatregelen bevorderen de transparantie van de prijsvorming voor de consument en de mededinging in de zorg.

Betekenis voor zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars

Het primaat voor een tariefafspraken ligt net als in de huidige wet bij de individuele zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraars. Zij krijgen daarbij wel meer speelruimte. In de (uitvoering van de) wet komt de nadruk bij tariefonderhandelingen te liggen op decentraal niveau. Geen collectieve dictaten met weinig ruimte voor individuele en lokale oplossingen meer. De introductie van meer tariefsoorten dan alleen een vast- en een maximumtarief vergroot de speelruimte. Allerlei verschillende tariefsoorten als een vast tarief, maximumtarief, minimumtarief, toptarief, basistarief, bodemtarief, opslagtarief, deeltarief, bandbreedtetarief, totaal-tarief (inkomstenbudget), of een andere in een zodanige beleidsregel beschreven juridisch bindende tariefsoort kunnen worden toegepast. Een experimenteerartikel in de wet bevordert innovatie van bekostigingssystemen voor zorgaanbieders en prestaties. Een zorgaanbieder met een nieuwe nog niet in beleidsregels beschreven prestatie kan zelf bij het College een tarief of prestatiebeschrijving aanvragen. De aanvraag hoeft niet gedaan te worden in samenwerking met een representatieve organisatie. Daardoor wordt een bestaande toetredingsbelemmering opgeheven. Bij trendmatige tariefaanpassingen hoeven partijen geen overbodige aanvraag te doen of te worden gehoord.

Maar speelruimte schept verantwoordelijkheid. Het wordt wettelijk verplicht een administratie te voeren, zodat gegevens die zijn vastgelegd in die administratie ook opvraagbaar zijn voor beleid, uitvoering en handhaving van de WTG en aanwezig zijn voor de naleving van medewerkersovereenkomsten als bedoeld in de Ziekenfondswet en de AWBZ. De administratie moet zo worden ingericht dat de wettelijk geboden speelruimte voor zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar om zelf, al dan niet door op basis van de WTG vastgestelde grenzen, tarieven af te spreken, ook benut kan worden.

De informatieplicht van de zorgaanbieder strekt zich niet alleen uit tot zorginhoudelijke aangelegenheden maar ook tot de tarief- en verzekeringsaspecten. Desgevraagd moet de zorgaanbieder aan de patiënt

laten weten of een overeenkomst is gesloten met een ziektekostenverzekeraar.

Bij die speelruimte en verantwoordelijkheid kan hulp worden geboden. Hulp door het College, dat de individuele zorgaanbieder of ziektekostenverzekeraar dan wel beiden gezamenlijk, ondersteunt bij onderhandelingen over tarieftechniek als zij daar behoefte aan hebben. Zij kunnen een beroep doen op de consultatiefunctie van het College voor uitleg over en uitwerking van beleidsregels. Van die reeds thans bestaande mogelijkheid wordt te weinig gebruik gemaakt, terwijl daar – zo blijkt uit de voornoemde evaluatie van de WTG – wel behoefte aan is. Het College geeft aan zijn voorlichtings- en consultatiefunctie meer bekendheid.

De rechtsbescherming tegen besluiten van het College én van de Minister in het kader van de WTG wordt geconcentreerd bij één bestuursrechter, het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB), dat is efficiënt en overzichtelijk.

Betekenis voor het College tarieven gezondheidszorg

Aan het College worden meer bevoegdheden toegekend met het oog op de ontwikkeling van een zorgautoriteit waaraan de uitvoering van de WTG zal worden opgedragen. Over die ontwikkeling, waarop ik later nog terug kom, is de Kamer bij brief van 21 november 2003 bericht (Kamerstukken II, 2003–2004, 29 324, nr. 1). Een overzicht van bevoegdheden opgedragen aan de uitvoerder van de WTG is opgenomen in hoofdstuk 13.

Het College kan samen met het veld veel meer, gedifferentieerd en op maat, speelruimte bieden door een bredere inhoud van de beleidsregels en tariefbegrippen. Bijvoorbeeld door middel van het bepalen van een tariefsoort, het splitsen van een prestatie in deelprestaties en het splitsen in verschillende tariefsoorten per deeltarief, het geven van voorschriften, voorwaarden en beperkingen bij beschikkingen inzake een tarief en/of een prestatiebeschrijving en waar nodig het vastleggen van het declaratieverkeer.

Het kan in een beleidsregel vastleggen welke prestatiebeschrijving bij de declaratie gehanteerd moet worden zonder daaraan verplicht een tarief te koppelen. De prestatie-inhoud is op deze wijze transparant en voor alle aanbieders bepaald, het tarief is vrij ter onderhandeling.

Het College bevordert zijn publiekstaak door middel van een informatie- en meldpunt over declaraties. Het College krijgt bestuurlijke sanctiebevoegdheid, indien niet aan administratieve en informatievoorschriften wordt voldaan.

Betekenis voor de minister

Onderhavig wetsvoorstel maakt beleid inzake prijsvorming op maat beter uitvoerbaar.

De minister stuurt op hoofdlijnen van beleid, door middel van het bepalen welke categorieën van zorgaanbieders onder de reikwijdte en de bepalingen van de WTG vallen, de goedkeuring van beleidsregels, het geven van globale aanwijzingen inzake die beleidsregels, zogenaamde huishoudelijke aanwijzingen en het schorsings- en vernietigingsrecht met betrekking tot besluiten van het College.

Betekenis voor het parlement

Het parlement beoordeelt de zakelijke inhoud van voorgenomen aanwijzingen van de minister alvorens deze een aanwijzing geeft aan het College. Die aanwijzingen kunnen gedifferentieerder zijn naarmate de WTG daar expliciet meer mogelijkheden toe biedt. Zo'n aanwijzing moet globaal zijn en mag zich niet richten tot een individueel geval.

Het parlement controleert de uitvoering van de WTG, onder andere door

middel van het werkplan en het jaarverslag van het College dat het parlement via de minister ontvangt.

Betekenis voor het College van Beroep voor het bedrijfsleven

Het CBB wordt de enige administratieve rechter voor de WTG. Het CBB is gespecialiseerd in rechtspraak over de uitvoering van regelingen van sociaal-economische aard, dat wil zeggen regelingen die economische ordening of sturing dan wel kwaliteitsnormen voor producten behelzen. Van een regeling van sociaal-economische aard wordt in het algemeen ook gesproken, indien het gaat om wettelijke voorschriften die primair de uitoefening van beroepen of bedrijven betreffen. De beslissingen die worden genomen op grond van de WTG inzake representativiteit, onthouding van goedkeuring aan beleidsregels, tarieven, prestatiebeschrijvingen en bestuursdwang dragen een dergelijk karakter. De besluiten inzake representativiteit en goedkeuring van beleidsregels kunnen materieel worden gezien als voorlopers van de finale beslissing inzake een tarief of een prestatiebeschrijving. Het administratief beroep tegen deze samenhangende besluiten wordt met onderhavig voorstel in één hand gebracht.

Betekenis voor buitenlandse aanbieders

De WTG heeft een territoriale werking en is derhalve alleen op in Nederland geleverde prestaties van toepassing voorzover deze worden geleverd door personen en instellingen die behoren tot een voor de WTG aangegeven categorie van zorgaanbieders. De op grond van de WTG tot stand gekomen tarieven voor die prestaties gelden voor iedereen, zonder onderscheid naar nationaliteit of herkomst van de zorgaanbieder of ziektekostenverzekeraar en zonder onderscheid naar nationaliteit of herkomst van de patiënt. Wel kan de WTG onderscheid maken naar verzekeringsvorm: sociaal-, particulier of publiekrechtelijk. Van instellingen waarvoor de budgetteringssystematiek van de WTG van toepassing is wordt het budget «aanvaardbare kosten» integraal vastgesteld en omvat het budget alle gezondheidszorgkosten¹. Dat wil zeggen dat productieafspraken voor enig jaar tevens de geschatte productie te leveren aan personen die niet behoren tot de ingezetenen van Nederland omvatten.

De constatering van de Raad van State dat er niet altijd gelijke omstandigheden zijn voor nationale en internationale zorgaanbieders deel ik. Dat hoeft niet altijd ongunstig te zijn voor de Nederlandse situatie. Zo is bij de financiering van grote infrastructurele voorzieningen in Duitsland en België aan de overheid een rol toebedeeld die er toe leidt dat de zorgprestaties die direct in rekening worden gebracht minder duur zijn dan in Nederland. Onder bepaalde condities die door het EG-Hof zijn neergelegd in het arrest Peerboom – Smits stuit dit verschil niet op onoverbrugbare bezwaren. Omgekeerd heeft de Nederlandse ziekenfondsverzekerde de mogelijkheid zich rechtstreeks – dat wil zeggen zonder toestemming van zijn ziekenfonds vooraf – te wenden tot een buitenlandse tandarts of huisarts. Aldus dat zelfde hof in de zaken Müller – Fauré en Van Riet. In het wetsvoorstel herziening overeenkomstenstelsel (HOZ; Kamerstukken II, 2002–2003, 28 994, nr. 3) wordt daaraan uitgebreider aandacht besteed. In de beleidsvoorbereiding wordt ten algemene in het kader van marktwerking gepleit voor een gelijk speelveld waarop partijen dan concurrerend kunnen presteren. Is dat gelijke speelveld er niet, dan kan dat betekenen dat er op dat moment geen eerlijke concurrentie zal ontstaan zonder aanvullende maatregelen te treffen (gereguleerde marktwerking). De borging van het publieke belang van een toegankelijke, beschikbare en betaalbare zorg is bepalend in hoeverre er marktwerking op een in beginsel ongelijk speelveld mogelijk is en in hoeverre aanvullende maatregelen nodig zijn. Daarbij wordt ook de substitutie van zorg die over de grens beschikbaar is meegewogen.

¹ Het gaat bij een «instellingsbudget» ex WTG niet om budgettering van de inkomsten maar om budgettering van de kosten, de uitgaven. De inkomsten om die kosten te dekken bestaan uit tarieven per prestatie. Het totaal aan inkomsten mag in enig jaar niet groter zijn dan het totale (kosten)budget. Het verschil wordt het volgend jaar verrekend. Het instellingsbudget is dus een uitgavenbudget en niet een inkomstenbudget.

IV Overheid en prijsvorming zorg

Dit voorstel heeft ook een plaats in de tijd van de ontwikkeling van de bemoeienis van de overheid met prijsvorming in de zorg. Daarnaast is er de relatie tussen prijsvorming en gereguleerde marktwerking. Deze elementen komen alle in de navolgende hoofdstukken aan de orde.

10. Ontwikkeling regelgeving

De Raad van State vroeg naar de positionering het wetsvoorstel. Om de positie te beoordelen is niet alleen kennis nodig van de samenhang met de omringende wetgeving en de voornemens met betrekking tot de toekomst. Kennis van de historie geeft meer kans op resultaat bij verandering dan het negeren daarvan. Daarenboven geeft de historie van wetgeving vaak weer hoe de mogelijkheden van gedragsbeïnvloeding door die wet zijn. Een evaluatie van een wet kan in dat kader nuttig zijn. Ook voor de WTG is een brede evaluatie gehouden. Ik kom daar nog op terug.

De bemoeienis van de overheid met tarieven en prijzen in de gezondheidszorg is langzaam en met de grootste terughoudendheid gegroeid. De bemoeienis is in de loop van de historie geëvolueerd tot een zelfstandige bestuurlijke taak die los is komen te staan van privaatrechtelijke overeenkomsten over tarieven en prijzen. Een uitgebreide beschouwing met bronvermelding is te vinden in het boek «Tarieven in de gezondheidszorg» van de heer prof. mr. G. R. J. de Groot, uitgebracht in 1998. Hieronder wordt kort ingegaan op de historie van die overheidsbemoeienis, de daaruit te trekken conclusie en de betekenis voor dit wetsvoorstel.

Prijsopdrijvings- en hamsterwet 1939

Oorspronkelijk waren tarieven tussen patiënten en zorgaanbieders vrij van overheidsbemoeienis. Daaraan kwam met de totstandkoming van het Ziekenfondsenbesluit in 1941 voorzichtig een einde voor ziekenfondsverzekerden. Over tarieven werd als zodanig niets specifiek geregeld, doch op de overeenkomsten die ziekenfondsen moesten sluiten met zorgaanbieders werd uiteindelijk toegezien door de Ziekenfondsraad.

Door de afwezigheid van een evenwichtige markt stegen de prijzen echter dusdanig dat de overheid besloot speciale wetgeving in te zetten om de prijsstijgingen te beheersen. Mede om de kosten van levensonderhoud te beheersen. Een nog steeds valide reden. Eerst werden de prijsstijgingen gemaximeerd op basis van de Prijsopdrijvings- en hamsterwet 1939. De ziekenfondsen speelden het, mede door het verzet van ziekenhuizen tegen inmenging in interne aangelegenheden, niet klaar onder de door de overheid vastgestelde maximumprijzen te contracteren. In 1953 bevatte de modelovereenkomst (nu uitkomst van overleg) tussen ziekenfondsen en ziekenhuizen slechts een minimale tariefbepaling.

De overheid greep niet in met regelgeving, maar initieerde een overlegorgaan van ziekenfondsen en ziekenhuizen dat adviseerde over algemene tariefwijzigingen, het Landelijk Orgaan van Overleg inzake Ziekenhuistarieven. (Van Europese- en mededingingsregels was nog niets bekend). Die instelling en het overlaten aan het veld had wederom niet het gewenste resultaat. Na lang dralen stelde de overheid de ziekenfondsen en ziekenhuizen een wettelijke regeling in het vooruitzicht als zij de zaak niet in goed onderling overleg wisten op te lossen.

Stichting Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven

In 1962 werd de Stichting Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ) opgericht, waarbij ook de particuliere ziektekostenverzekeraars zich aansloten om afwenteling van kosten in hun richting te voorkomen. Het COZ kreeg krachtens zijn statuten in het bijzonder tot taak het vaststellen van richtlijnen waarmee bij de berekening van verpleegtarieven

rekening diende te worden gehouden, het beoordelen van afwijkingen van die richtlijnen, het toetsen van overeengekomen tarieven aan de richtlijnen en het vaststellen van verpleegprijzen in gevallen waarin ziekenfondsen en ziekenhuizen geen overeenstemming hadden bereikt. Deze taken werden niet uitgevoerd op basis van een wet maar op basis van afspraken tussen partijen. De systematiek vertoont al de contouren van de latere Wet ziekenhuistarieven en de Wet tarieven gezondheidszorg.

Tegenstrijdige sfeer

In 1962 werden twee wetsvoorstellen bij de Tweede Kamer ingediend die een tegengestelde sfeer uitstraalden met betrekking tot overheidsbemoeienis met prijzen en tarieven. Te weten de Ziekenfondswet en de Wet ziekenhuistarieven (WZT). Bij de Ziekenfondswet concentreerde zich de discussie op de algemene introductie van het naturastelsel. En vond de regering dat er geen wettelijke regeling voor honoraria en tarieven nodig of zinnig was, omdat volgens de regering niemand verplicht was medewerker te worden van een ziekenfonds of te blijven. De prijsvorming werd aan contracterende partijen overgelaten. De Ziekenfondsraad keurde die overeenkomsten goed. De overeenkomsten werden geacht te zijn goedgekeurd indien ze in overeenstemming waren met de tussen de brancheorganisaties gesloten modelovereenkomst die voor ieder ziekenfonds en iedere zorgaanbieder gold.

De WZT, waarbij het historisch besef vooral op de totstandkoming van tarieven en prijzen was gericht, strekte ertoe dat alle nieuwe tarieven en prijsverhogingen werden aangemeld bij de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Na verzet uit het veld en Tweede Kamer werd het wetsvoorstel zo aangepast dat daar een plaats werd ingeruimd voor de opzet en werkwijze van het COZ. De Ziekenfondswet werd op het punt van minimale tariefbepalingen niet gewijzigd. De later vastgestelde AWBZ bevatte een kopie van deze Ziekenfondswet bepalingen. Een nadere discussie over de tariefvaststelling werd daarbij niet gevoerd.

Wet ziekenhuistarieven

De WZT introduceerde een zeer complex stelsel. Met de WZT werd de zelfordening van ziekenfondsen, particuliere verzekeraars en ziekenhuizen wettelijk verankerd. De systematiek is vergelijkbaar met die van het privaatrechtelijke COZ, met dien verstande dat de richtlijnen die bij de tariefbeoordeling werden gebruikt de instemming van Ziekenfondsraad en centrale overheid nodig hadden. De latere WTG kent ook de goedkeuringsprocedure van richtlijnen.

De WZT werd uitgebreid tot verpleeghuizen en psychiatrische inrichtingen. De uitvoering van de WZT werd opgedragen aan het COZ. Het COZ kreeg taak te adviseren over de tarieven van een veelheid van instellingen die al dan niet bekostigd werd uit de kassen van de sociale ziektekosten verzekering of de Algemene Bijstandswet.

Het COZ maakte de evolutie door van een privaatrechtelijk orgaan naar een orgaan dat in 1979 volgens de toenmalige bestuursrechter behoorde tot de centrale overheid.

Een andere belangrijke evolutie van het COZ was dat het COZ tenslotte, zeker in de ogen van zorgaanbieders, optrad als vertegenwoordiger van de ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars in de onderhandelingen. De instelling onderhandelde met de medewerker(s) van het COZ. De overheid leek aldus direct te gaan over de tarieven.

Wet tarieven gezondheidszorg

De centrale overheid vond het instrumentarium te beperkt om de loonkosten te beheersen. Mede op geleide van de Sociaal Economische Raad werd geconcludeerd dat de Prijzenwet (1961) niet voldoende was om de tariefstijgingen in de gezondheidszorg uit conjunctureel oogpunt in de tang te houden. Een lex specialis was nodig. Dat werd de Wet tarieven

gezondheidszorg (WTG) waarbij de tariefvaststelling aan een zelfstandig bestuursorgaan werd geattribueerd, het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg (COTG). Het COZ ging op in het COTG.

Om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de tekst van de WZT werden in die WTG (wederom) de bevoegdheden van de privaatrechtelijke COZ regeling neergelegd alsook de goedkeuringsprocedure van richtlijnen uit de WZT. De centrale overheid kreeg de bevoegdheid de richtlijnen (thans beleidsregels genoemd) voor de beoordeling van tarieven goed te keuren en globale aanwijzingen te geven. Het parlement verwierf bij amendement het recht op voorhang van zo'n aanwijzing (Amendement Lansink-De Korte; Kamerstukken II, 1979/80, 14 182, nr. 47). De WTG werd van toepassing voor alle categorieën van ziektekostenverzekeraars en door middel van aanwijzing in een algemene maatregel van bestuur op personen en instellingen die zorg leverden of daaraan bijdroegen.

Wet invoering maximumtarieven en beperking contracteerplicht

In 1992 is in de WTG naast het systeem van vaste tarieven een systeem van maximumtarieven geïntroduceerd. Die maximumtarieven geven ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid om tot ten hoogste dat maximumtarief onderling een tarief af te spreken dat niet hoeft te worden goedgekeurd of vastgesteld door het College. De maximumtarieven systematiek is van toepassing verklaard voor vrije beroepsbeoefenaren. De vrijheid is, zo blijkt uit de evaluatie van de WTG, niet benut omdat er schaarste was van aanbod, de maximumtarieven zijn vastgesteld op een gemiddelde van gangbare tarieven en er in de jaren daarna een aantal keren een generieke korting op die tarieven is toegepast.

Algemene wet bestuursrecht

Inmiddels is de Algemene wet bestuursrecht (Awb) in onderscheiden tranches ingevoerd. En is ook de bestuursrechtelijke positie van het tariefbeoordelend bestuursorgaan herzien met de Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid. Die hebben beide een andere kijk op de wijze waarop een bestuursorgaan zijn taak uitoefent dan is neergelegd in de procedures van de WTG.

Die kijk sluit overigens wel aan bij de feitelijke uitvoering van de WTG. De toetsing van de tariefaanvraag gaat niet meer uit van de overeenkomst die wordt voorgelegd maar van de beleidsregel. Feitelijk ontstaat daarmee een vergunningstelsel, waarbij de vergunninghouder (de zorgaanbieder) gegund wordt om voor zijn prestaties een tarief in rekening te brengen aan eventueel nader in de vergunning (beschikking College) te noemen personen en instellingen.

Mededingingswet

De terminologie van de privaatrechtelijke regeling van het COZ werd gehandhaafd in de WTG. Daarin wordt uitgegaan van onderhandelingen tussen partijen waarna het College een beslissing neemt, beoordelend naar zijn eigen richtlijnen. Na invoering van de Algemene wet bestuursrecht worden die richtlijnen beleidsregels genoemd. De beleidsregels komen nu, op grond van het door de minister goedgekeurde bestuursreglement van het College, tot stand met advies van de betrokken brancheorganisaties. Deze procesbeschrijving kan de suggestie wekken dat het College niet voldoende zelfstandig toetst. In mijn brief aan het bestuur van het College over de oprichting van een zorgautoriteit heb ik daarvoor aandacht gevraagd (Bijlage bij Kamerstukken II, 2003–2004, 29 324, nr. 1).

Voor de Mededingingswet is van belang dat de beleidsregels en tarieven die tot stand komen een zodanige voorbereidingsprocedure kennen, dat daaruit blijkt dat het bestuursorgaan alle informatie en voorstellen van belanghebbenden zorgvuldig, integraal en kritisch toetst en op basis

daarvan komt tot een eigenstandige en onafhankelijke besluitvorming over beleidsregels en tarieven¹. Eenzelfde criterium vereist de Europese jurisprudentie die later in deze memorie aan de orde komt.

WTG ExPres maakt omslag

De historie toont een constante lijn naar meer overheidsbemoeienis met de tariefstelling. Telkens is de argumentatie voor die toename er op gebaseerd dat er geen evenwichtige markt is tussen zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. En dat de prijsstijgingen leiden tot premiestijgingen en zo tot druk op de lonen. Met alle ongewenste conjuncturele gevolgen van dien.

De historie toont ook een steeds verdere verzelfstandiging van de tariefbeoordeling. Bij de toetsing van een tarief wordt niet meer de door zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar gesloten overeenkomst als referentie genomen, maar de objectiveerbare normen die in beleidsregels zijn vastgelegd. Die verzelfstandiging, hoewel op zich begrijpelijk, is niet gewenst in een situatie van gereguleerde marktwerking met ruimte voor resultaat op basis van onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars in ruil voor een versterkte verantwoording door partijen.

Met onderhavig voorstel wordt de weg terug ingeslagen naar die speelruimte en verantwoordelijkheid.

11. Toekomst van de WTG

Speelruimte en verantwoordelijkheid

Op verzoek van de Tweede Kamer der Staten-Generaal is de WTG grondig geëvalueerd. Op 12 mei 2000 werd de notitie «Speelruimte en verantwoordelijkheid» over de WTG naar de Tweede Kamer gezonden (Kamerstukken II, 1999–2000, 27 156, nrs. 1 en 2). Overeenkomstig de wens van de kamer zijn omwille van de objectiviteit deskundigen uit het veld – die de dagelijkse praktijk kennen – betrokken bij het onderzoek, de conclusies en aanbevelingen uit de evaluatie en het opstellen van de notitie. De notitie beschrijft de huidige WTG op hoofdlijnen, de met de WTG opgedane ervaringen, het kabinetsbeleid voor de verschillende verzekeringscompartimenten alsmede de externe invloeden en concludeert dat actie moet worden ondernomen. De notitie bevat voornemens en maatregelen die moeten leiden tot vergroting van de speelruimte en verantwoordelijkheid van de individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars om een voor de patiënt doelmatige zorgorganisatie tot stand te brengen. Daarvoor is nodig de aanpassing van de bekostiging van instellingen met het oog op een betere aansluiting op de werkelijke kostenstructuur en meer transparantie en ruimte voor onderhandelingen over tarief, doelmatigheid en kwaliteit en minder procedureregels in de WTG.

Vanuit het gezamenlijk perspectief, het bevorderen van de transparantie van prestatie, prijs en procedure ten behoeve van speelruimte voor het veld, komen de voorgenomen wijzigingen in de WTG grotendeels overeen met de wijzigingen die zijn voorzien als uitvoering van de notitie Speelruimte en verantwoordelijkheid. Op 13 maart 2002 stemde de Tweede Kamer in het Hoofdlijnendebat Zorg in met de voornemens uit de notitie Speelruimte en Verantwoordelijkheid en het DBC2003 project in de brief Voortgang Modernisering Curatieve Zorg (Handelingen TK, 2001–2002, nr. 55, pag. 3754–3783).

Uitvoeringstoets wijziging WTG

Bij brief van 10 april 2002 is aan het College gevraagd een uitvoeringstoets uit te brengen over de voornemens met betrekking tot de wijziging van de WTG. Het College bracht op 17 juni 2002 een uitvoeringstoets uit en toont zich daarbij voorstander van de in dit voorstel gedane maatregelen.

¹ De Nederlandse Mededingingsautoriteit heeft deze norm vastgelegd in de uitspraak in de zaak Shiva versus KLM, (zaaknummer 11).

Gefaseerde wijziging WTG

Er is gekozen voor een gefaseerde aanpak van de voorgestelde wijzigingen van de WTG. Er is een prioriteitstelling aangebracht die, zoals reeds kon worden geconstateerd, zich beperkt tot het expliciteren in de wet van experimenteren en tot het faciliteren van prestatiebekostiging om een en ander overzichtelijk en beheersbaar te houden. In de loop van het ontwikkelingsproces zijn daar, mede gevoed door de noden van het veld en de politieke actualiteit, achtereenvolgens het terugdringen van administratieve en bestuurlijke lasten en het tegengaan van fraude bijgekomen. Dat heeft al met al op zich geleid tot een omvangrijk wetsvoorstel met vele kleine en grotere aanpassingen van de WTG.

In een volgend voorstel van wet tot wijziging van de WTG komen aan bod de positie van de zorgautoriteit, de uitbreiding van bestuurlijke handhaving en de ontcollectivering van de procedures.

12. Prijsvorming en gereguleerde marktwerking

In dit hoofdstuk komen enkele aandachtspunten aan de orde die een rol spelen bij prijsvorming op weg naar of in een systeem van gereguleerde marktwerking in de zorg.

Transitie en WTG

De huidige toepassing van onder meer de WTG heeft er in belangrijke mate toe bijgedragen dat in de zorgsector sprake is van een beheerste kostenontwikkeling op macroniveau. Tegelijkertijd is de ruimte voor individuele initiatieven van zorgaanbieders en van zorgverzekeraars voor een doelmatige en meer op de wensen van de zorggebruikers ingerichte zorgverlening door de nadruk op kostenbeheersing te leggen onder druk komen te staan.

Daar waar de omstandigheden het toelaten dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars, zoveel mogelijk uitgaande van de wensen van de zorggebruikers respectievelijk verzekerden, er zelf in slagen tot een kwalitatief goede, doelmatige zorgverlening tegen redelijke prijzen te komen, neemt de noodzakelijke bemoeienis van de overheid met betrekking tot de vaststelling dan wel vorming en transparantie van prijzen af. De overheid scheidt dan de randvoorwaarden waarbinnen partijen tot afspraken komen. Sterkere vormen van marktwerking, zoals in hoofdstuk 3 bij de visie op het proces naar gereguleerde marktwerking zijn aangegeven, zijn bijvoorbeeld mogelijk als er geen sprake is van schaarste of als er voldoende toetredingsmogelijkheden bestaan, waarin de partijen die onderhandelen aan elkaar gewaagd zijn en waar sprake is van een voor de zorggebruiker/verzekerde voldoende heldere prijs/product verhouding. Bij sterkere vormen van marktwerking horen meer speelruimte en verantwoordelijkheid voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorggebruikers. Markten waar meer marktwerking mogelijk is vallen niet automatisch buiten de WTG. Een eerste stap in dergelijke markten kan zijn de tariefbepaling van de WTG buiten werking te stellen, met handhaving van het overig instrumentarium van de WTG. Op die manier blijven onder andere de mogelijkheid om de prijsvorming te monitoren en transparantie te bevorderen (nog) bestaan.

Interferentie van markt- en niet-markttarieven

De Raad van State adviseerde in de toelichting een systematische analyse van de mogelijke interferentie van markttarieven en niet-markttarieven en activiteiten op te nemen.

Op 1 juni 2001 heb ik de Tweede Kamer bij brief een analyse toegezonden met betrekking tot de mogelijkheden van vrijstelling van tarifiering door het College. Daarbij wordt voor verschillende zorgaanbieders en prestaties een brede analyse gepleegd van die mogelijkheden en worden

concrete voorstellen gedaan (niet-dossierstuk vws 0000772 over beperking reikwijdte tarifiering WTG). De brief was een nadere uitwerking van paragraaf 4.2.3 van de notitie Speelruimte en verantwoordelijkheid, eerder genoemd. Bij de selectie van de prestaties die voor beperking van de reikwijdte van het tarifieringinstrument van de WTG in aanmerking komen, is de beslisboom gehanteerd die schematisch is weergegeven op de laatste bladzijde van die WTG-notitie. Daarna is de selectie gemaakt in hoeverre de prestaties niet alleen van het tarifieringinstrument kunnen worden vrijgesteld, maar ook in hoeverre deze prestaties kunnen worden vrijgesteld van de overige bovenaangegeven instrumenten van de WTG. Daarbij is de mogelijkheid opengehouden tot het monitoren van de (vrijgestelde) prijsvorming door het College en tot het stellen van zowel randvoorwaarden aan de onderhandelingsuitkomsten als van administratie-, declaratie, en bekendmakingvoorschriften ten behoeve van de transparantie en controleerbaarheid door zorgaanbieders zelf, zorgverzekeraars en zorgconsumenten/patiënten /verzekerden. Verder is er op gelet of het te maken onderscheid tussen de van tarifiering vrijgestelde prestaties en de overige prestaties te leveren door dezelfde zorgaanbieders wel voldoende transparant en controleerbaar is voor genoemde betrokken partijen. Of de vrijstelling van de WTG uitvoerbaar én handhaafbaar is en er ongewenste mededingingseffecten worden gegenereerd. En last but not least is er gelet op mogelijke effecten op de toegankelijkheid van de overige door de zorgaanbieder te leveren zorg. Met name om zorgaanbieders die in beginsel zorg leveren die qua financiering behoort tot het eerste of tweede compartiment niet te stimuleren tot het inzetten van schaars personeel en schaarse middelen voor zorg die niet daartoe behoort. Zoals reeds in de notitie over de WTG is geconstateerd, is het onvermijdelijk dat er door keuzes die in het kader van de WTG worden gemaakt om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden ongelijkheid kan ontstaan tussen de prijsvorming van prestaties van zorgaanbieders die wel en prijsvorming van zorgaanbieders die niet onder de WTG vallen. De noodzaak van bevordering van voldoende toegankelijk aanbod weegt in voorkomende gevallen voor de overheid zwaarder dan de enkele ongelijkheid (Speelruimte en verantwoordelijkheid, Kamerstukken II, 1999–2000, 27 156, nr. 2, Bijlage IV, paragraaf 6).

Eventueel kan een stap op weg naar een gelijke concurrentiepositie daarin zijn gelegen dat een categorie van zorgaanbieders onder WTG wordt gebracht, waarbij bijvoorbeeld eerst gekozen wordt voor tariefvrijheid in combinatie met een van bovenbedoelde randvoorwaarden.

In plaats van een algemene analyse zoals de Raad van State die vraagt hecht ik er meer aan per concreet geval, waarin een dergelijke interferentie zich voor kan doen, die analyse te maken en te betrekken bij de besluitvorming hoe tarieven het best tot stand kunnen komen. Ook dan zal leidraad zijn de mate waarin het publieke belang wordt geborgd.

Transparantie tarief en prestatie

De WTG beschikt over mogelijkheden de transparantie inzake prestatie en tarief bevorderen. De transparantie is nodig om te onderhandelen en keuzes te maken. Transparantie draagt er bovendien op die manier aan bij dat vergissingen, misverstanden en fraude door zorgaanbieders, patiënten en verzekeraars worden voorkomen. Het betreft de administratievoorschriften, de declaratievoorschriften en voorschriften over de bekendmaking door zorgaanbieders van tarieven en daarbij behorende prestaties en het opleggen van kostenoriëntatie.

Voldoende transparantie van prijs en prestatie is tegelijkertijd noodzakelijk voor een verzekeraar en een individuele zorgvrager die een keus wenst te maken uit het beschikbare aanbod. In de zorg bestaat een informatie-scheefheid tussen de zorgaanbieder en de patiënt. De zorgaanbieder is bekend met de voor de patiënt noodzakelijke zorg, weet of, en zo ja welk, contract hij heeft afgesloten met de ziektekostenverzekeraar van de

patiënt over dergelijke zorg en weet ook wat hij derhalve aan die patiënt of zijn verzekeraar voor de zorg in rekening kan brengen. De individuele patiënt beschikt over minder informatie dan de aanbieder. Voor zover het gaat om zorginhoudelijke aangelegenheden is de zorgaanbieder op basis van de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) gehouden de patiënt te informeren. Een dergelijke verplichting ontbrak tot nu toe wanneer het gaat om informatie over tarieven en prestaties, mede gerelateerd aan gesloten verzekeringsovereenkomsten. Met de verplichtingen om de patiënt tijdig te informeren en het feit dat het College aanvullende regels stelt over het bekendmaken van tarieven door zorgaanbieders wordt in die informatieplicht voorzien. Daarbij hoort ook het desgevraagd informeren van de patiënt over de tarieven die met de verzekeraars zijn afgesproken, waar de Raad van State naar vroeg. Uit die informatie kan de patiënt opmaken met welke verzekeraar een contract is gesloten. Vergelijk de voorschriften inzake aanduiding van producthoeveelheid en prijs op de schappen van de supermarkt, die ook leiden tot een betere afweging en keuze door de consument. Het goed informeren van de patiënt opdat deze de voor hem juiste afwegingen en keuze kan maken, is een administratieve last die bij een vraaggestuurde zorg onvermijdelijk is. De kosten in termen van administratieve lasten en baten voor de bijdrage aan de versterking van de positie van de afnemer (verzekerde en verzekeraar) dienen steeds goed te worden afgewogen.

Verschillende tariefssystemen

De Raad van State vroeg aandacht te schenken in deze memorie aan de uitbreiding van de tariefssystemen. In de hoofdstukken 6 en 9 is daar vanuit het perspectief van prestatiebekostiging en de verschillende actoren op ingegaan. Het wetsvoorstel maakt dat met de WTG meer mogelijk is met betrekking tot tarieven. Grof geschetst kan sprake zijn van instellingstarieven, prestatietarieven (dbc-tarieven) en vrije tarieven met alle mogelijke tussenposities. Deze structuur voorziet in een flexibele prijssystematiek, aansluitend bij de verschillen in en tussen deelmarkten, die niet alle even rijp zijn voor (gereguleerde) marktwerking. Voor iedere deelmarkt, zelfs voor iedere deelprestatie, kan immers flexibel en eenvoudig een passende methode van tarifiering bepaald worden. Bij het hanteren van die flexibele methodiek voor de bepaling van de prijs/tariefsoort moet natuurlijk worden gewaakt voor ongewenste gevolgen voor transparantie en mededinging. De keuze van een aanbieder om slechts die zorg aan te bieden waarvan de tarifiering niet onder de WTG valt is een eigen keuze.

De keuze voor een tariefsoort wordt neergelegd in beleidsregels. Daartegen staat geen bezwaar of beroep open. Bij de beslissing tot het toekennen van een tariefsoort is het College gebonden aan die beleidsregels. Tot nu toe werden die tariefsoorten bepaald bij algemene maatregel van bestuur. Het College van Beroep voor het bedrijfsleven toetst of het College op de juiste wijze gebruik heeft gemaakt van zijn bevoegdheden en gebleven is binnen de discretionaire bevoegdheden die de beleidsregels hem bieden.

Kwaliteitsverschillen en concurrentie

De Raad van State adviseerde in de toelichting aandacht te besteden aan de mogelijkheid om niet alleen op basis van prijs maar ook op basis van kwaliteit te concurreren bij ziekenhuizen. Die concurrentie is mogelijk mits degene die de keuze maakt transparante en objectieve informatie heeft, waarbij natuurlijk een minimum kwaliteitsniveau moet zijn gewaarborgd. Het voorbereiden van de ziekenhuissector op marktwerking betekent ook dat ziekenhuizen en andere betrokken partijen moeten beschikken over gegevens die de onderlinge sterke en zwakke punten in beeld brengen. Daarvoor worden verschillende activiteiten ontplooid. Het gaat bijvoorbeeld om de ontwikkeling van prestatie-indicatoren om de medisch-

inhoudelijke kwaliteit van ziekenhuiszorg en huisartsenzorg te meten. Het gaat bijvoorbeeld om het vaststellen van een kernset van indicatoren voor kwaliteit en doelmatigheid van zorg om zo te komen tot een benchmark doelmatigheid ziekenhuiszorg. Maar het gaat ook om het verzamelen en tonen van bestaande cijfers, bijvoorbeeld over wachttijden en wachtlijsten bij ziekenhuizen.

Teneinde structuur aan te brengen is op 20 november 2003 door de minister samen met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) het landelijke programma «Sneller Beter» gestart. Dit programma staat in het teken van de verdere verbetering van de doelmatigheid en kwaliteit in de curatieve zorg. In eerste instantie ligt de nadruk op de doelmatigheids- en kwaliteitsverbetering in de ziekenhuizen. Later wordt het uitgebreid naar de eerstelijnszorg (waaronder huisartsen). De betrokken partners in het programma zijn naast de NVZ en het ministerie van VWS, de Inspectie Gezondheidszorg en de Consumentenbond.

Uitgangspunt voor «Sneller Beter» is dat er ook met de huidige financiële middelen meer en betere zorg kan worden geleverd. Er is nog een flinke doelmatigheids- en kwaliteitswinst in de curatieve zorg mogelijk. Dat kan bereikt worden door middel van meer openheid over inzet van mensen en middelen (transparantie), het onderling vergelijken van prestaties (maatstafconcurrentie en benchmarking), het werken op basis van normen en protocollen en het verspreiden van goede voorbeelden (best practices). Op al deze fronten valt er in de Nederlandse ziekenhuizen en bij andere zorgverleners nog een wereld te winnen. Er gebeuren heel veel goede dingen maar die zijn vaak niet zichtbaar voor de buitenwereld en worden onvoldoende met elkaar uitgewisseld. Die cultuur moet veranderen, zeker met het oog op het nieuwe ziektekostenstelsel dat in 2006 wordt ingevoerd. Zorgverleners en zorgverzekeraars moeten meer gaan concurreren om de gunst van de cliënt. De overheid heeft als rol om dat proces te stimuleren en te ondersteunen.

Het programma «Sneller Beter» bestaat uit drie peilers: Allereerst start er vanaf januari 2004 een benchmarktraject in een tiental ziekenhuizen. Tegelijkertijd worden er samen met de NVZ landelijke bijeenkomsten gehouden met alle ruim honderd Nederlandse ziekenhuizen waarbij hun prestaties op het gebied van doelmatigheid onderling worden vergeleken. Deze bijeenkomsten hebben als doel ziekenhuizen nog meer bewust te maken van het nut van transparantie en benchmarking. Waarschijnlijk zal in twee regio's tevens een benchmark eerstelijnszorg onder huisartsen starten.

Ten tweede heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg kwaliteitsindicatoren over goede en veilige ziekenhuiszorg ontwikkeld, zowel ziekenhuisbreed, als per specialisme en ziektebeeld. Deze set bevat indicatoren voor patiëntveiligheid zoals medicatie, wondinfecties en bloedtransfusiereacties en indicatoren voor patiëntenlogistiek, zoals wachttijden. Begin 2004 worden alle Nederlandse ziekenhuizen gevraagd informatie over deze indicatoren openbaar te maken.

Ten derde loopt er het Landelijk Actieprogramma Kwaliteit, Innovatie en Doelmatigheid. In 2004 zal hier de nadruk komen te liggen op de verspreiding van goede voorbeelden (best practices) met name op het gebied van patiëntenlogistiek, patiëntveiligheid en zeggenschap. Voor wat betreft patiëntenlogistiek gaat het om de wijze waarop en de snelheid waarmee patiënten het behandelproces doorlopen. De winst die hier te behalen valt, zit vooral in een betere voorbereiding en de afstemming tussen de verschillende schakels in de keten. Maar het gaat bijvoorbeeld ook om het omgaan met afgezegde operaties. Het plan is vanaf 2004 aan acht ziekenhuizen de kans te bieden mee te doen aan deze verbeterprogramma's. Dit wordt gefaseerd uitgebreid naar een twintigtal ziekenhuizen. Daarna zal dit als een olievlek zijn uitwerking hebben over de rest van Nederland.

Concentratietendensen

De Raad van State stelt zich de vraag of de Nederlandse markt groot genoeg is om beschermde marktposities en (regionale) monopolies te voorkomen, mede gelet op concentratietendensen bij verzekeraars en aanbieders. De opmerking van de Raad van State over de grootte van de Nederlandse markt laat zich zo lezen dat, gelet op de omvang van de interne markt (die geografisch het gebied van de Europese Unie bestrijkt), het niet vreemd is dat zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars samen streven naar een goede uitgangspositie in die markt. De vraag die dan opdoemt is of Nederland op zich zelf een markt vormt of niet. Hierbij moet onderscheid worden gemaakt tussen de zorginkoopmarkt en de zorgverzekeraarsmarkt. De WTG grijpt aan bij de zorginkoopmarkt. Voor deze markt bestaat er geen twijfel, de zorginkoop vindt nu en naar verwachting ook in de nabije toekomst voor het overgrote deel plaats binnen de landsgrenzen. Vele zorgaanbieders hebben een min of meer regionaal verzorgingsgebied dat kan variëren afhankelijk van de aard van de zorgprestatie. Hoewel patiënten in veel gevallen zorg in de buurt prefereren vind ik het niet bezwaarlijk om voor electieve zorg langere afstanden te overbruggen. Binnen het grondgebied van het Koninkrijk gelegen in Europa bestaat voldoende ruimte voor concurrerend gedrag tussen zorgaanbieders en tussen ziektekostenverzekeraars. Het concentratietoezicht wordt uitgevoerd door de NMa. De NMa toetst op de effecten van fusies op de onderhandelingspositie van partijen op markten. Een en ander laat onverlet dat binnen de richtsnoeren van de NMa voor de zorg voldoende mogelijkheden bestaan tot samenwerking voor het organiseren van een adequate zorgverlening, waar dat de mededinging niet beperkt. Waar al verregaande concentraties hebben plaatsgevonden toetst de NMa op misbruik van economische machtsposities. Daarnaast heeft de Minister van VWS in de toekomst ook via de toelating van aanbieders tot de markt (zie de vervanging van de WZV, Kamerstukken II, 27 659) direct invloed op de spreiding van locaties over het land.

V Achtergronden van de WTG ExPres

In onderstaande hoofdstukken wordt ingegaan op de ontwikkeling van een zorgautoriteit, de verhouding van het voorstel met het Europese recht, de informatievoorziening, toezicht en handhaving van de WTG en de effecten op administratieve en bestuurlijke lasten van het voorstel.

13. Naar een zorgautoriteit

Positie College tarieven gezondheidszorg

De Raad van State vraagt expliciet in te gaan op relatie tussen de wetgever enerzijds en de bevoegdheid van het College beleidsregels vast te stellen. De relatie – die in deze memorie al eerder impliciet aan de orde was – is als volgt. De wetgever bepaalt bij wet (verzekeraars) en bij algemene maatregel van bestuur (zorgaanbieders) op wie de WTG van toepassing is. Bij beleidsregel van het College wordt bepaald hoe de bevoegdheden worden uitgevoerd. Die beleidsregels worden goedgekeurd door de minister. De minister kan daarenboven nog globale aanwijzingen geven over de inhoud van die beleidsregels. De zakelijke inhoud van de aanwijzing wordt voorgehangen bij het parlement. Het is de minister niet toegestaan aanwijzingen te geven voor de tariefstelling in individuele gevallen. Aldus is beleid en uitvoering zorgvuldig gescheiden met inachtneming van ieders verantwoordelijkheid.

De Raad adviseert tot heroverweging van de versterking van de positie van het College. De Raad vindt de cumulatie van rollen en bevoegdheden die met het wetsvoorstel worden toebedeeld aan het College te ver gaan. De Raad lijkt daarbij op het oog te hebben dat het College zowel het

beleid, de uitvoering en de handhaving volledig zelfstandig bepaalt. Dat is echter niet juist. In voorgaande alinea is al geschetst hoe beleid en uitvoering gescheiden zijn. De beleidsbepaling behoort tot de competentie van de minister, de uitvoering van dat beleid aan het College. Daarbij is het beleid dat het College vastlegt in beleidsregels onderhevig aan goedkeuring van die beleidsregels en kan de minister met betrekking tot de taakuitoefening van het College zogenaamde huishoudelijke aanwijzingen geven. Daarnaast beschikt de minister nog over schorsings- en vernietigingsrecht van de besluiten van het College. Daarenboven verandert de positie van het uitvoeringsorgaan van de WTG, zoals in de volgende paragraaf is beschreven. In dat licht zie ik geen redenen van de versterking van de positie van het College door het toekennen van meer bevoegdheden af te zien.

Ontwikkeling zorgautoriteit

Het kabinet is van mening dat de oprichting wenselijk is van een sector-specifieke toezichthouder die in aanvulling op de Nma de gereguleerde marktwerking in de zorg stimuleert en begeleidt. Daarover is op 21 november 2003 een uitvoerige brief aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal gezonden, waarin ook aandacht wordt besteed aan de rollen, bevoegdheden, afstemming en positie van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het College en de NMa (Kamerstukken II, 2003–2004, 29 324, nr. 1). In die brief wordt aangegeven dat het College opgaat in de zorgautoriteit. De uitvoering van de WTG zal in 2006 bij wet worden opgedragen aan de zorgautoriteit. De overgang naar gereguleerde marktwerking vraagt echter aanpassing in de organisatie, werkwijze en cultuur van het ministerie en van het College. Het bestuur van het College dat op 1 april 2004 aantreedt is naast het uitvoeren van de WTG belast met de voorbereiding van de zorgautoriteit. Om uiting te geven aan deze veranderslag wordt in bedoelde brief gesproken van CTG/Zorgautoriteit in oprichting. Om de zorgautoriteit tijdig toe te rusten wordt met de WTG ExPres al in bevoegdheden voorzien die de zorgautoriteit nodig heeft. Daarbij valt te denken aan de mogelijkheid om voorschriften te geven inzake de inhoud van de declaratie, het declaratieverkeer, de aanduiding/bekendmaking van tarieven, kostenoriëntatie van tarieven en om aanvullende administratievoorschriften uit te vaardigen, waarbij ook in de bestuurlijke handhaving van die voorschriften is voorzien.

Het verschil in taken tussen het huidige College en de taken van de CTG/Zorgautoriteit in oprichting (als gevolg van invoering van de WTG ExPres) is evident. Zie de tabel in volgende paragraaf. De uitvoerder van de WTG kan zich met de nieuwe bevoegdheden ontwikkelen tot zorgautoriteit met volgende activiteiten:

1. de bestaande «klassieke» activiteiten in het kader van de uitvoering van de tarievenwetgeving, de (herziene) WTG;
2. het concreet vormgeven van nieuwe prijs- en daaraan gerelateerde gedragsregulering op basis van het wettelijk instrumentarium zoals de (herziene) WTG op markten waar de prijsvorming (nog) niet aan de markt wordt overgelaten;
3. het monitoren en analyseren van de prijs- en marktontwikkeling en zo nodig ingrijpen of de minister van VWS adviseren in te grijpen op markten waar de prijzen niet of al in meer of mindere mate zijn vrijgegeven.

Door deze drie activiteiten in één hand te geven, ontstaat een toezichthouder/regulator die het ingroeimodel van aanbodsturing naar gereguleerde marktwerking in de zorg goed kan begeleiden en ook kan stimuleren. De nieuwe manieren van prijsregulering, waarbij ik verwijs naar hetgeen hiervoor in hoofdstuk 3 is geschreven over voorwaarden voor marktwerking, zullen steeds vaker in de plaats komen van de klassieke wijze van prijsregulering. Dit maakt deze markten vervolgens eerder

gereed voor meer/grotere vrijheden, ofwel voor het in meer of mindere mate vrijgeven van de prijzen.

Zoals in de brief aan de kamer is geschetst zal de verdere opbouw van een zorgautoriteit de nodige inspanningen vergen. De komende jaren worden benut om het toezichtinstrumentarium op de verschillende deelmarkten in de zorg verder vorm te geven. Daarbij gaat het om de volgende invalshoeken:

- de inhoudelijke, dit betreft de verschillende aspecten van mogelijk marktfalen waarop de zorgautoriteit toezicht houdt;
- de werkwijze van het toezichtorgaan, dit betreft de betrokkenheid van veldpartijen bij het prijstoezicht en de bestuurlijke verhouding tussen minister en zorgautoriteit;
- de juridische aspecten, dit betreft de wijze waarop het wettelijk instrumentarium concreet wordt vormgegeven bij de toepassing. Speciaal aandacht vraagt daarin de verhouding met het huidige prijsbeleid op basis van de WTG.

Het kabinet acht het in het licht van de nieuwe taken van belang dat de huidige werkwijze van het College wordt gemoderniseerd. Geïstitutionaliseerde advisering door belangenorganisaties past niet in de huidige tijd en ook niet bij de rol van een zorgautoriteit. Een verschuiving van consultatie van brancheorganisaties naar consultatie van deskundigen is dringend gewenst. Dat sluit overigens niet uit dat marktpartijen (gericht) om een reactie wordt gevraagd, zoals bijvoorbeeld de NMa dat doet met consultatiedocumenten. Deze wijziging komt neer op een andere invulling van artikel 3:2 van de Algemene wet bestuursrecht. Dat artikel verplicht een bestuursorgaan voorafgaand aan het nemen van een besluit de nodige kennis omtrent relevante feiten en belangen te vergaren. Het kabinet heeft het bestuur van het College gevraagd hiertoe voorstellen voor te bereiden. *tikel verplicht een bestuursorgaan voorafgaand aan het nemen van een besluit de nodige kennis omtrent relevante feiten en b*

Naast de wijziging van de WTG in 2004, zal vervolg wetgeving nodig zijn om de formele oprichting van de zorgautoriteit en het instrumentarium van de zorgautoriteit te regelen respectievelijk aan te vullen. Dan is ook de definitieve naamgeving van de autoriteit aan de orde. Het streven is per 1 januari 2006 de zorgautoriteit volledig te hebben geëquipeerd.

Bevoegdheden uitvoeringsorgaan WTG

In onderstaande tabel worden de verschillen geduid in bevoegdheden van de uitvoerder van de WTG voor de inwerkingtreding van de WTG ExPres en nadat de WTG ExPres in werking is getreden. Zo is eenvoudig zichtbaar dat de WTG ExPres een substantiële uitbreiding bewerkstelligt van taken en bevoegdheden die alle op het terrein van de uitvoering van de WTG liggen. Inzake het beleid heeft de minister het laatste woord door middel van zijn goedkeurings- en aanwijzingsbevoegdheid van de beleidsregels.

	WTG ExPres		WTG	
	Voor	Na	Incl. WTG	ExPres
Taken en bevoegdheden uitvoeringsorgaan WTG			Incl. WTG	ExPres
			Artikel	
Administratievoorschrift		+	2a	
Bekendmaking tarieven vooraf		+	2b	
Declaratievoorschrift		+	2b	
Tariefbepaling met prestatiebeschrijving	+	+	4 t/m 10	
Prestatiebeschrijving (DBC) zonder tariefbepaling		+	10a	

	WTG ExPres		WTG	
	Voor	Na	Incl. WTG	ExPres
Taken en bevoegdheden uitvoeringsorgaan WTG			Artikel	
Ambtshalve herstel vormfouten tariefaanvraag		+	8-4	
Schrappen overbodige aanvraag en horen		+	9	
Beleidsregels vaststellen uitvoeren taak	+	+	11-1	
Eisen en beperking tariefaanvraag	+	+	11-2	
Middel tariefaanvraag (schriftelijk / elektronisch)		+	11-2	
Tariefsoort bepalen per prestatie of aanbieder (vast/min/max/vrij/combi)		+	11-4	
Transparant declaratieverkeer		+	11-5	
Kostenoriëntatie		+	11-5	
Tarief voorwaarden, voorschriften en beperkingen		+	11-5	
Ambtshalve tarief	+	+	11-6	
Ambtshalve prestatiebeschrijving		+	11-6	
Specifieke kostencomponenten en tarief vaststellen per deel van een prestatie	+	+	11-7	
Combi vrije tarieven en budgetgarantie		+	1-1h, 11-4	
Combi nacalculatie en jaarrekening		+	11-2	
Experiment (individueel; territoriaal)		+	15	
Uitvoeringstoetsen en signalementen	+	+	29a	
Inlichten Minister	+	+	29b	
Gegevensuitwisseling met CvZ, CTZ, CBZ en CSZ	+	+	29c-1	
Gegevensuitwisseling met NMa en IGZ		+	29c-2&3	
Voorlichting	(+)	+	29d-1a&b	
Meldpunt onregelmatige declaraties	(+)	+	29d-1c	
Monitoren tariefontwikkeling	+	+	30	
Periodieke gegevensverzameling	+	+	30a-1	
Uitbesteding verzameling, bewerking, publicatie		+	30a-3	
Bestuurlijke handhaving administratieve voorschriften		+	32	

Toelichting: + = nu aanwezig (+) = nu aanwezig, formalisering volgt

Nadere verklaring van de taken en bevoegdheden is te vinden in het algemeen deel van deze memorie en bij de respectievelijke artikelen in de artikelsgewijze toelichting.

De uitbreiding van taken en bevoegdheden past bij de instelling van een zorgautoriteit. Onderhavig voorstel kan in dat licht worden beschouwd als een eerste fase in de equipering van het instrumentarium van de zorgautoriteit.

14. Relatie met het Europese recht

Bij dit wetsvoorstel is het van belang twee aspecten van Europees recht in ogenschouw te nemen. In de eerste plaats is van belang te toetsen aan de in het EG-Verdrag neergelegde fundamentele vrijheden. Daarbij komen vragen aan de orde als worden met dit wetsvoorstel maatregelen genomen die een inbreuk maken op het vrije recht van vestiging en het

recht op vrije dienstverrichting binnen de Europese Unie en zo ja, of deze maatregelen met een beroep op het algemene belang kunnen worden gerechtvaardigd. In de tweede plaats is van belang te toetsen aan de mededingingsregels in het EG-Verdrag. Daarbij komen vragen aan de orde als wordt met de voorgestelde maatregelen het nuttige effect van die mededingingsregels niet wordt ontnomen door kartels op te leggen of te begunstigen dan wel de werking ervan te versterken, of door de verantwoordelijkheid voor het nemen van besluiten tot interventie op economisch gebied aan particuliere marktdeelnemers over te dragen.

Fundamentele vrijheden

Artikel 43 EG gebiedt de afschaffing van belemmeringen van de vrijheid van vestiging. Artikel 49 EG gebiedt de afschaffing van belemmeringen van het vrij verrichten van diensten. Als dergelijke belemmeringen zijn te beschouwen alle maatregelen die de uitoefening van deze vrijheden verbieden, belemmeren of minder aantrekkelijk maken (zie voor de vrijheid van vestiging, arrest van 30 maart 1993, Konstantinidis, C-168/91, Jurispr. blz. I-1191, punt 15, en voor de vrijheid van dienstverlening, arrest van 20 februari 2001, Analir e.a., C-205/99, Jurispr. blz. I-1271, punt 21). Uit de rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen volgt, dat nationale maatregelen die de uitoefening van de door het Verdrag gewaarborgde fundamentele vrijheden belemmeren, slechts gerechtvaardigd kunnen zijn wanneer zij aan vier voorwaarden voldoen: zij moeten zonder discriminatie worden toegepast, beantwoorden aan dwingende redenen van algemeen belang en geschikt zijn om de verwezenlijking van het nagestreefde doel te waarborgen en zij mogen niet verder gaan dan nodig is voor het bereiken van dat doel (zie arresten van 30 november 1995, Gebhard, C-55/94, Jurispr. blz. I-4165, punt 37, en 4 juli 2000, Haim, C-424/97, Jurispr. blz. I-5123, punt 57, en arrest Mac Quen e.a., C-108/96, Jurispr. blz. I-837, punt 26).

Het wetsvoorstel bevat een aantal maatregelen die het vrij verrichten van diensten of de vrijheid van vestiging belemmeren. Het betreft de maatregelen in de voorgestelde artikelen 2, 2a en 2b. Artikel 2 bevat verboden voor het in rekening brengen van bepaalde prestaties en het betalen voor bepaalde prestaties. Deze verboden maken het zorgaanbieders uit andere lidstaten minder aantrekkelijk in Nederland diensten aan te bieden of zich hier te vestigen. Dit geldt ook voor artikel 2a waarin organen voor gezondheidszorg wordt verplicht een bepaalde administratie te voeren en 2b dat voorschriften geeft over voorlichting en declaratie. Deze verplichtingen maakt het minder aantrekkelijk voor zorgaanbieders uit andere lidstaten om zich in Nederland te vestigen.

De genoemde verboden en verplichtingen zijn van toepassing ongeacht de nationaliteit en de lidstaat van vestiging van de personen tot wie het gericht is. De in het wetsvoorstel opgenomen bepalingen voldoen daarmee aan het vereiste van non-discriminatie.

Het is vervolgens de vraag of een dwingende reden van algemeen belang de genoemde maatregelen kan rechtvaardigen. Er zijn twee dwingende redenen van algemeen belang die, gelet op de jurisprudentie van het Hof, hier van toepassing zijn. Die redenen zijn de volksgezondheid (de artikelen 46, eerste lid, en 55 EG) en het risico van een ernstige aantasting van het financiële evenwicht van het stelsel van sociale zekerheid (arrest van 13 mei 2003, Müller/Fauré, C-85/99)¹. Beide dwingende redenen van algemeen belang komen in feite op hetzelfde neer: de overheid moet de toegang tot de gezondheidszorg kunnen garanderen. Op de Nederlandse markt voor gezondheidsdiensten kan die toegang niet voor iedereen worden gegarandeerd als de prijzen voor die diensten zonder meer worden vrijgelaten. Op een markt voor gezondheidsdiensten geldt immers

¹ Deze dwingende redenen van algemeen belang kunnen ook worden teruggevonden in de doelstellingen van de Wet tarieven gezondheidszorg. Zie voor die doelstellingen het proefschrift van G. R. J. de Groot, *Tarieven in de gezondheidszorg*, Kluwer – Deventer 1998, blz. 26–34.

dat de afnemer van die diensten vaak niet in staat is de waarde van die diensten te bepalen. Bovendien is er in Nederland niet zoveel aanbod op markten voor gezondheidsdiensten dat redelijke prijzen voor die diensten gegarandeerd zijn. Een parallel kan getrokken worden met geneesmiddelen waarvoor de gemeenschapswetgever van oordeel is dat de lidstaten prijsmaatregelen moeten kunnen nemen om de beschikbaarheid van voldoende geneesmiddelen tegen redelijke prijzen te garanderen¹. Het reguleren van de prijzen voor gezondheidsdiensten en het mogelijk maken van een goed toezicht op de naleving van die regels is daarom een geschikt middel om de toegang tot de gezondheidszorg te garanderen en daarmee een geschikt middel ter bescherming van de volksgezondheid en ter vermijding van het risico van een ernstige aantasting van het nationale gezondheidszorgstelsel.

Tot slot is van belang of de voorgestelde maatregelen noodzakelijk en evenredig zijn aan het nagestreefde doel. Er zijn voor de Nederlandse situatie geen alternatieven bekend die op dit moment aantoonbaar tot een minder belemmerend resultaat zouden kunnen leiden en tegelijkertijd met dezelfde effectiviteit de doelstellingen zouden kunnen halen. Een beroep op andere systemen in andere lidstaten kan in ieder geval niet slagen. Het is hierbij van belang te vermelden dat wanneer in een lidstaat minder strikte bepalingen gelden dan in een andere lidstaat, dit op zich niet betekent dat de in laatstbedoelde lidstaat geldende bepalingen onevenredig zijn en daarom onverenigbaar met het gemeenschapsrecht (zie arrest van 12 december 1996, *Reisebüro Broede*, C-3/95, Jurispr. blz. I-6511, punt 42; arrest *Mac Quen e.a.*, C-108/96, Jurispr. blz. I-837, punt 33, en arrest van 19 februari 2002, *Wouters e.a.*, C-309/99, Jurispr. blz. I-1577, punt 108). De enkele omstandigheid dat een lidstaat voor een ander stelsel van bescherming heeft gekozen dan een andere lidstaat, kan immers niet van invloed zijn op de beoordeling van de noodzaak en de evenredigheid van de terzake getroffen regelingen (arrest van 21 oktober 1999, *Zenatti*, C-67/98, Jurispr. blz. I-7289, punt 34, en arrest *Mac Quen e.a.*, reeds aangehaald, punt 34).

Nuttig effect mededingingsregels

Artikel 81 EG (verbod op kartels) heeft als zodanig slechts betrekking op het gedrag van ondernemingen en niet op wettelijke of bestuursrechtelijke maatregelen van de lidstaten. Uit de jurisprudentie van het Hof volgt echter dat dit artikel in samenhang met artikel 10 EG voorschrijft, dat de lidstaten geen maatregelen, zelfs niet van wettelijke of bestuursrechtelijke aard, mogen nemen of handhaven die het nuttig effect van de op de ondernemingen toepasselijke mededingingsregels ongedaan kunnen maken (arresten van 21 september 1988, *Van Eycke*, 267/86, Jurispr. blz. 4769, punt 16; 17 november 1993, *Reiff*, C-185/91, Jurispr. blz. I-5801, punt 14; 9 juni 1994, *Delta Schiffahrts- und Speditionsgesellschaft*, C-153/93, Jurispr. blz. I-2517, punt 14; 5 oktober 1995, *Centro Servizi Spediporto*, C-96/94, Jurispr. blz. I-2883, punt 20; 18 juni 1998, *Commissie/Italië*, C-35/96, Jurispr. blz. I-3851, punt 53, en 19 februari 2002, *Arduino*, C-35/99, Jurispr. I-1529, punt 34).

Het Hof heeft geoordeeld, dat de artikelen 10 en 81 EG worden geschon- den wanneer een lidstaat het tot stand komen van met artikel 81 strijdige mededingingsregelingen oplegt of begunstigt dan wel de werking ervan versterkt, of aan haar eigen regeling het overheidskarakter ontnemt door de verantwoordelijkheid voor het nemen van besluiten tot interventie op economisch gebied aan particuliere marktdeelnemers over te dragen (zie reeds aangehaalde arresten *Van Eycke*, punt 16; *Reiff*, punt 14; *Delta Schiffahrtsund Speditionsgesellschaft*, punt 14; *Centro Servizi Spediporto*, punt 21, en *Commissie/Italië*, punt 54). Het Hof heeft onder andere bepaald dat het feit dat een lidstaat de opstelling van een ontwerptariefregeling opdraagt aan een beroepsorganisatie, niet automatisch het karakter van

¹ Zie de considerans van richtlijn 89/105/EEG van de Raad van 21 december 1988 betreffende de doorzichtigheid van maatregelen ter regeling van prijsstelling van geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de opnemings daarvan in de nationale stelsels van gezondheidszorg (Pb. EG 1989, L 40/8).

overheidsregeling ontnemt aan de uiteindelijk vastgestelde tariefregeling (Arduino, punt 36). Bepalend is of de overheid afstand heeft gedaan van de bevoegdheid om in laatste instantie te beslissen (Arduino, punt 40).

Met de goedkeuring of ambtshalve vaststelling van de tarieven en de prestatiebeschrijvingen door het College en de in artikel 11 van de wet geregelde bevoegdheid van het College tot het stellen van beleidsregels, kan niet worden gezegd dat de overheid afstand heeft gedaan van de bevoegdheid in laatste instantie te beslissen. Van belang is daarbij dat een beleidsregel de goedkeuring nodig heeft van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op grond van artikel 12 van de WVG. Daarbij is uitdrukkelijk het algemene belang in het geding, omdat de goedkeuring slechts mag worden geweigerd wegens strijd met het recht en in het belang van de volksgezondheid. Ook is van belang dat een akkoord tussen marktpartijen over een tarief of een prestatiebeschrijving pas verbindend is nadat het College deze heeft goedgekeurd. Daarmee kan niet worden gezegd dat de overheid mededingingsbeperkende afspraken oplegt of begunstigt. Gelet op de complexiteit van gezondheidszorgdiensten is het onvermijdelijk voor een goede werking van de prijsregulering dat de betrokken marktpartijen binnen de door de overheid vastgestelde grenzen invloed kunnen uitoefenen op de prestatiebeschrijvingen en de tarieven. Zonder die invloed bestaat er een te groot gevaar dat de prestatiebeschrijvingen en tarieven niet uitvoerbaar en daarmee niet handhaafbaar zijn.

Door de rechtstreekse werking van de genoemde bepalingen in het EG-Verdrag over fundamentele vrijheden en mededinging zal ook bij de uitwerking van de beleidsregels en de goedkeuring en vaststelling van tarieven en prestatiebeschrijvingen moeten worden getoetst of het te nemen besluit verenigbaar is met die bepalingen in het EG-Verdrag. Het voorliggende wetsvoorstel bevat in ieder geval geen bepalingen die dwingen tot het nemen van besluiten die met die bepalingen niet verenigbaar zijn.

15. Informatievoorziening, toezicht en handhaving

Informatievoorziening

Het verstrekken van gegevens en inlichtingen in de artikelen 30 en 30a ten behoeve van de uitvoering van de WVG geschiedt globaal ten behoeve van de volgende taken van de minister of het College :

- het aanwijzen of beëindigen van een aanwijzing van een categorie zorgaanbieders waarop de WVG van toepassing is door de minister;
- het geven van nadere definities en het beperken van de reikwijdte van artikelen van de WVG door de minister;
- het vaststellen of wijzigen van aanvullende administratievoorschriften, voorschriften met betrekking het bekendmaken van tarieven en het specificeren van op de verrichte prestaties betrekking hebbende rekeningen door het College;
- het aanwijzen van representatieve organisaties door de minister;
- het beoordelen van een ter goedkeuring of vaststelling voorgelegd tarief door het College;
- het vaststellen of wijzigen van een prestatiebeschrijving door het College;
- het vaststellen of wijzigen van beleidsregels door het College;
- het beoordelen van de door het College ter kennisneming voorgelegde tarieven en ter goedkeuring voorgelegde beleidsregels door de minister;
- het geven van globale aanwijzingen door de minister;
- het uitbrengen van uitvoeringstoetsen en signalen door het College;

- het verkrijgen van inzicht in de effecten van het gevoerde beleid dan wel in de effecten die zijn te verwachten van het te voeren beleid van de Minister en van het College.

Persoonsgegevens

Op grond van de WTG dient het College prestatiebeschrijvingen te maken voor de daaraan door het College te koppelen tarieven (prestatie en prijs). Tot nu toe kon de uitvoering van de WTG geschieden zonder dat daarvoor persoonsgegevens als bedoeld in de Wbp noodzakelijk zijn. Voor het onderhoud van prestatiebeschrijvingen van dbc's is het echter wel noodzakelijk dat over de persoonsgegevens betreffende de gezondheid van patiënten wordt beschikt. Dat is vastgesteld in een rapport betreffende de minimale dataset die voor het functioneren van de dbc-systematiek noodzakelijk is.

Ook al worden de gegevens bij een anonieme derde ontdaan van de persoonsidentificerende kenmerken, dan nog moet het bestuursorgaan over alle gegevens kunnen beschikken om niet in strijd te komen met Europeesrechtelijke of nationaalrechtelijke mededingingsregelen, die eisen dat het bestuursorgaan zelfstandig kan beslissen (zie daarover hoofdstuk 14 over de verhouding met het Europese recht). Een en ander kan van geval tot geval verschillen en is afhankelijk van de wijze van aanlevering. Zoals bijvoorbeeld in onderhavig geval over de inhoud, opbouw en wijziging van dbc's die als prestatiebeschrijving moeten worden verankerd in beleidsregels van het College, ook als er geen zogenoemde «trusted third party» (ttp) of onderhoudsorgaan is.

Het gebruik van persoonsgegevens is verder nog noodzakelijk in het kader van de bij beleidsregel opgelegde wijze van declareren, het betalen van het tarief voor de geleverde prestatie, het houden van een adequate administratie, de bestuurlijke handhaving van de opgelegde administratieve voorschriften en de bestrijding van fraude.

Ingeval gegevens worden verzameld en verstrekt op persoons-/patiëntniveau stelt de Wbp eisen. In casu moet wettelijk geregeld worden dat het College over die persoonsgegevens kan beschikken, omdat daarmee het medisch beroepsgeheim wordt doorbroken. Dit voorstel voorziet daarin door een nieuw artikel op te nemen in de wet, artikel 30b. Zie daarover ook de artikelsgewijze toelichting.

Het ligt in het voornemen dat een onafhankelijke derde de gegevens die noodzakelijk zijn voor het onderhoud van dbc's eerst van hun identificerende kenmerken ontdoet (een zogenoemd «TTP» ; trusted third party). Daarna geleidt deze de geanonimiseerde gegevens door naar een «onderhoudsorgaan» dat voorstellen doet omtrent de prestatiebeschrijving van dbc's. Dat dit onderhoudsorgaan op privaat- c.q. publiekrechtelijke basis wordt geregeld doet er niet aan af dat een wettelijk vangnet en een wettelijke bevoegdheid om die persoonsgegevens te krijgen en te kunnen verwerken noodzakelijk is voor het kunnen vormen van een eigenstandig oordeel en het bijsturen van prestatiebeschrijvingen door het College.

Wil de WTG goed kunnen worden uitgevoerd, dan zal in zekere mate sprake moeten zijn van uitwisseling van gegevens, waaronder gegevens omtrent de gezondheid van de verzekerden, tussen de personen en instanties die bij de uitvoering van die wetten betrokken zijn. De Wbp en de wetgeving rond het medisch beroepsgeheim gaan er met het oog op de bescherming van de privacy van de betrokkenen van uit dat verwerking (waaronder verstrekking) van gezondheidspersoonsgegevens zonder toestemming van de verzekerden verboden is. Deze verboden kennen echter een aantal uitzonderingen. Teneinde eenduidig vast te stellen dat het College over de persoonsgevoelige gegevens mag beschikken is dit expliciet vastgelegd in onderhavig wetsvoorstel (artikel 30b). Gevoelige persoonsgegevens mogen worden gebruikt voor de informatie-

verzameling op grond van de artikel 30 en 30a, bij de declaratievoorschriften op grond van artikel 2b, en bij het declaratieverkeer op grond van de artikelen 11, vijfde lid, WTG.

Voor de controle moet de patiënt weten welke dbc aan haar of hem is geleverd. Daarom bepaalt artikel 2b, eerste lid, WTG dat zorgaanbieders een tarief in rekening brengen onder vermelding van de daarbij behorende prestatiebeschrijving. En artikel 2a dat zorgaanbieders en verzekeraars dat vastleggen in hun administratie. Het niet navolgen van dat wettelijk voorschrift is een economisch delict.

Een uitvoerige analyse van het juridisch kader waaronder persoonsgegevens mogen worden verwerkt is te vinden in het voorstel van wet houdende wijziging van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ter verduidelijking van de grondslag voor verstrekking van persoonsgegevens ten behoeve van de uitvoering van die wetten, dat naar verwachting begin 2004 aan de Kamer wordt aangeboden.

Wellicht ten overvloede zij gesteld dat het College niet in alle gevallen over de persoonsgegevens hoeft te beschikken. Indien iedere betrokkene doet wat hij of zij moet doen en de juiste gegevens en inlichtingen verstrekt op grond waarvan het College tot een besluit over een prestatiebeschrijving kan komen is de verstrekking niet nodig. Mocht dat echter niet zo zijn dan beschikt het College over de wettelijke middelen die gegevens en inlichtingen te vorderen.

Beleid, toezicht en opsporing

In verband met de algemene inlichtingen plicht jegens de FIOD-ECD die het voorgestelde artikel 30 geeft, verdient de vraag naar de grens tussen handhaving van de wet en opsporing van strafbare feiten aandacht. Dit punt doet zich ook voor in het voorgestelde artikel 29d, waarin een meldpunt voor onregelmatige declaraties wordt ingesteld bij het College. De personen belast met toezicht en opsporing van strafbare feiten als bedoeld in de WTG kunnen gebruik maken op gegevens die herleidbaar zijn tot individuele personen en instellingen. Nu het wetsvoorstel naast de verantwoording door zorgaanbieders en verzekeraars uitdrukkelijk fraudebestrijding tot doel heeft, is het temeer van belang dat er geen misverstanden zijn over of problemen die op het grensvlak van handhaving en opsporing kunnen ontstaan.

In dit verband wijst de Raad van State er ten eerste op dat het van belang is om te bepalen waar en wanneer een toezichtsfase overgaat in een (strafrechtelijke) opsporingsfase. Dit moment is namelijk bepalend voor de vraag vanaf welk moment iemand een beroep kan doen op zijn zwijgrecht om te voorkomen dat hij meewerkt aan zijn eigen veroordeling, het zogenaamde nemo tenetur-beginsel. Dit beginsel volgt uit artikel 6, eerste lid, van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EHRM 25 februari 1993, zaak Funke). Ten tweede is de vraag van belang in hoeverre informatie die in de fase van toezicht is verkregen nog wel kan worden gebruikt in een daaropvolgend strafproces (ECRM 10 mei 1994, zaak Saunders).

Wettelijke grondslag gegevensverzameling

Eerst dient onderscheid te worden gemaakt tussen de wettelijke grondslag voor de vergaring van gegevens en inlichtingen voor beleid, toezicht en opsporing.

De gegevens en inlichtingen die op grond van artikel 30 en 30a worden vergaard, worden in beginsel voor beleidsdoeleinden gebruikt. Die gegevens en inlichtingen dienen te worden verstrekt aan de minister, het College en de FIOD-ECD dan wel door deze aan te wijzen personen. De personen die toezicht houden op de naleving van de WTG zijn aangewezen op grond van artikel 31. Het betreft personen werkzaam bij het

ministerie van VWS, het College en de rechercheurs van de FIOD-ECD. Omdat is gebleken dat in tuchtrechtzaken ook het onjuist declareren wordt vervolgd, los van de strafrechtelijke procedure die volgens de WTG en de Wet op economische delicten wordt gevolgd, zal ook personeel werkzaam bij het Staatstoezicht voor de volksgezondheid als toezichthouder worden aangewezen. De bevoegdheden van de toezichthouders zijn niet gebaseerd op artikelen in de WTG, maar op afdeling 5.2 van de Algemene wet bestuursrecht, waaronder de bepalingen 5:16 en 5:17 Awb voor gegevensvergaring.

Overtredingen in de zin van de WTG zijn aangewezen als overtredingen in de zin van de WED.

De FIOD-ECD en voorheen de ECD is van oudsher belast met het opsporen van economische delicten. De gegevensvergaring geschiedt op basis van de bevoegdheden in de WED en het Wetboek van strafvordering (Sv).

FIOD-ECD

De FIOD-ECD is belast met een drietal taken in het kader van de WTG. Ten eerste het verzamelen van beleidsgegevens op grond van de artikelen 30 en 30a, ten tweede het toezicht, dat op grond van artikel 31 mede is opgedragen aan de rechercheurs van de FIOD-ECD en ten slotte de opsporing van overtredingen van de WTG die als economisch delict in de zin van de Wet op de economische delicten zijn aangemerkt.

De opdracht om beleidsgegevens te verzamelen is gegeven bij een wijziging van het Besluit gegevensverstrekking WTG in 1999. De redenen daarvoor waren dat de rechercheurs van de FIOD-ECD (toen nog ECD) belast waren met toezicht en dat de toezichtgegevens, op grond van de tekst van de toelichting van het besluit waarbij de rechercheurs als toezichthouder van de WTG waren aangewezen, alleen gebruikt mochten worden om vast te stellen of de bestaande regels werden nageleefd. De vergaarde gegevens konden als gevolg van het gestelde in die toelichting niet gebruikt worden voor toekomstig beleid van de minister of het College. Een manco, dat met bedoelde wijziging is opgelost en nu leidt tot rechtstreekse aanwijzing in de wet van de FIOD-ECD als gegevensvrager.

Nemo tenetur beginsel

In de paragraaf Beleid, toezicht en opsporing is al gewezen op het zogeheten nemo tenetur beginsel. Door de Hoge Raad wordt dit beginsel omschreven als het beginsel dat de verdachte niet mag worden verplicht actief mee te werken aan hetgeen tot zijn veroordeling kan leiden. Over dit beginsel heeft de minister van Justitie een uitvoerige notitie gezonden aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal (Kamerstukken II, 2001–2002, 28 176, nr.1).

Een onvoorwaardelijk recht of beginsel dat een verdachte op generlei wijze kan worden verplicht tot het verlenen van medewerking aan het verkrijgen van mogelijk voor hem bezwarend bewijsmateriaal, is volgens de rechtspraak van de Hoge Raad niet in het Nederlands Recht verankerd (zie onder meer HR 29 oktober 1996, NJ 1997, 32). Wel brengt het bepaalde in artikel 29 van het Wetboek van Strafvordering (Sv) met zich mee dat een verdachte niet kan worden verplicht tot het afleggen van een verklaring waarvan niet kan worden gezegd dat zij in vrijheid is afgelegd. Indien het niet gaat om het afleggen van een verklaring of het verschaffen van schriftelijke inlichtingen door de verdachte omtrent de mogelijke betrokkenheid bij een strafbaar feit, maar om het afgeven van administratieve bescheiden is artikel 29 Sv niet van toepassing (HR 21 oktober 1997, NJ 1998, 173). Zo kunnen zorgaanbieders die zelf worden verdacht van strafbare feiten zich niet op hun geheimhoudingsplicht beroepen en door het niet verstrekken van patiëntgegevens proberen het onderzoek te frustreren.

Om détournement de pouvoir te voorkomen hanteert de FIOD-ECD de volgende gedragslijn. Gegevens die bij een individuele zorgaanbieder worden verzameld op basis van een beleidsonderzoek op grond van artikel 30 WTG worden nimmer gebruikt voor een opsporingsonderzoek. Het beleidsonderzoek heeft als doel het meten van effecten van gevoerd beleid. De bevoegdheden die in artikel 30 worden opgesomd zijn derhalve niet verleend om de naleving van de WTG te toetsen. Zodoende kunnen gegevens die zijn verkregen door toepassing van deze bevoegdheden nooit aangewend worden ten behoeve van een opsporingsonderzoek.

Het doel van toezicht in de zin van artikelen 31 e.v. WTG is controle op de naleving van de WTG. Het kan zo zijn dat er gedurende het toezichtonderzoek zodanige vermoedens rijzen van een strafbaar feit dat er terstond wordt overgegaan op een strafrechtelijk opsporingsonderzoek. In dat geval wordt de betrokkene bij die omslag van de aard van het onderzoek op de hoogte gebracht van zijn zwijgrecht. In andere gevallen kunnen na een afgerond toezichtonderzoek zodanige vermoedens zijn gerezen dat deze een opsporingsonderzoek rechtvaardigen. Dat opsporingsonderzoek wordt gedaan door een andere ambtenaar dan de inspecteur die het toezichtonderzoek heeft verricht. De interne organisatie van de FIOD-ECD kent daartoe een scheiding tussen inspecteurs die belast zijn met toezicht en rechercheurs die belast zijn met opsporingsonderzoek. Deze procedures worden gevolgd om niet in conflict te komen met het nemo tenetur beginsel.

Algemene toezichtgegevens dragen per definitie bij aan het inzicht in de naleving van de regels. Op grond van de bevindingen kan worden besloten binnen het onderzochte toezichtsgebied bij de aanbieders of verzekeraars opsporingsonderzoeken te verrichten.

16. Effecten op administratieve en bestuurlijke lasten

1. Inleiding

Onderhavig wetsvoorstel heeft betrekking op een groot aantal maatregelen die invloed kunnen hebben op de administratieve lasten voor het bedrijfsleven en op de lasten voor het bestuur. Vaak gaat het om dezelfde maatregelen, waarbij soms een verschuiving optreedt tussen de inspanning die wordt geleverd door het bedrijfsleven en door de overheid of die een gezamenlijke lastenvermindering laat zien door herstructurering van processen en procedures. Voor een goed overzicht van de effecten die onderhavig wetsvoorstel met zich brengt kan derhalve niet worden volstaan met alleen het beschrijven van de effecten op de lasten voor het bedrijfsleven, maar ook op die van het bestuur.

In dit hoofdstuk wordt onder bedrijfsleven verstaan de zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. De WTG richt zich als kaderwet op processen die zich tussen ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders afspelen in het kader van de vorming van tarief en prestatiebeschrijving. Op het niveau van de wet maakt WTG daarbij echter in beginsel geen onderscheid tussen de verschillende categorieën ziektekostenverzekeraars. Dat onderscheid kan wel worden gemaakt in de beleidsregels van het College. Onder bestuur wordt begrepen alle bij deze wet of het wetgevingsproces betrokken overheidsorganen, als het College, de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de overige ministers, de ministerraad, de Koningin met daarbij het Kabinet van de Koningin en de Raad van State.

Hieronder wordt achtereenvolgens ingegaan op:

2. De betekenis van de WTG voor administratieve lasten
3. Het Adviescollege toetsing administratieve lasten

4. Administratieve lasten voor het bedrijfsleven
5. Bestuurlijke lasten voor de overheid
6. Tabelsgewijze beschrijving van de maatregelen
7. Kwantificering
8. Afweging en alternatieven
9. Transitie naar vraaggestuurde zorg
10. Toekomstige ontwikkelingen
11. Conclusie

2. De betekenis van de WTG voor administratieve lasten.

De WTG is een kaderwet die zich richt op processen ten behoeve van een gereguleerde prijsvorming in de zorgsector. De invulling van die processen wordt veelal bepaald door degenen die direct bij de uitvoering van de wet en de prijsvorming zijn betrokken, de zorgaanbieders, de ziektekostenverzekeraars en het College. Zij bepalen in hoge mate de administratieve lasten door de keuzen die zij maken bij de uitvoering van de wet. Dit wetsvoorstel heeft dan ook niet of nauwelijks directe gevolgen voor de administratieve lasten in materiële en in financiële zin. Dit voorstel is voornamelijk van belang doordat het wettelijke belemmeringen wegneemt en wettelijke grondslag biedt voor maatregelen die het terugdringen van lasten voor zorgsector en bestuur bevorderen. De concrete invulling van de geboden mogelijkheden bepaalt de kwalitatieve en kwantitatieve effecten op de administratieve lasten.

3. Adviescollege toetsing administratieve lasten.

Op 4 juni 2003 heeft het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal) over het voorstel advies uitgebracht. Actal adviseert het wetsvoorstel niet in te dienen alvorens met de aanbevelingen uit zijn advies is rekening gehouden. Die aanbevelingen worden in deze subparagraaf kort besproken, waarbij zoveel mogelijk de volgorde uit het advies is aangehouden.

Actal vraagt een volledige kwalitatieve beschrijving van de gevolgen op het niveau van informatieverplichtingen en de daarmee gepaard gaande administratieve lastendruk voor het bedrijfsleven. Omdat de WTG slechts de kaders biedt waarbinnen de informatieverplichtingen nader worden vormgegeven, is kwaliteit noch kwantiteit van nog niet uitgewerkte maatregelen te geven.

Om een beeld te krijgen in hoeverre dit voorstel wel kan bijdragen aan het realiseren van de kabinetsdoelstelling om de administratieve lasten met 25% te verminderen, is het nodig om alle wijzigingen van dit voorstel nader te beschouwen op hun mogelijke lasteneffecten. Dat zal gebeuren nadat dit voorstel bij koninklijke boodschap bij de Tweede Kamer is ingediend. De resultaten van die doorrekening worden separaat aan die kamer gezonden. Bij die doorrekening wordt gebruik gemaakt van de daarvoor beschikbare infrastructuur, nulmetingen en standaardkostenmodellen, zoals ook Actal adviseert. Het is daarbij de vraag of de vermindering van administratieve lasten die voortvloeit uit concrete inzet van partijen in het veld, aan dit voorstel mogen worden toegerekend.

Ook Actal signaleert de spanning die er in het voorstel zit met betrekking tot enerzijds maatregelen die de lasten verlichten en anderzijds maatregelen ter bestrijding van fraude die mogelijk lastenverhogend zijn. Conform de verwachting van Actal wordt gestreefd naar een maximale reductie van lasten.

Tussen beide dient een goed evenwicht worden gezocht, waarbij het voorkomen van fraude voorop staat. Daar is bij de wijzigingen op gelet door aan te sluiten bij de bestaande beroeps- en bedrijfsuitoefening en hetgeen daarvoor in de administratie is vastgelegd. Als de maatregelen

aansluiten bij de normale gang van zaken worden deze ook als minder knellend ervaren en hebben ze een breder draagvlak.

Ingevolge de wens van Actal wordt duidelijker aangegeven in onderstaande subparagraaf 7.3.2 in hoeverre voorstellen van de Commissie De Beer integraal zijn opgenomen in onderhavig voorstel. Ten algemene geldt ook hier dat de WTG wel de kaders schept, maar dat de concrete invulling van die kaders de lasten bepalen. Het voorbeeld van de elf te schrappen enquêtes, door Actal in zijn advies genoemd, is daarvoor illustratief. Het College, CBS en Prismant maken daarover afspraken. Voor zover een wettelijke basis nodig is om die afspraken te kunnen realiseren wordt deze in dit voorstel gelegd.

Actal verzoekt nader aan te geven wat de administratieve lasten zouden zijn van mogelijk in overweging genomen alternatieven en of deze hebben geleid tot de keuze voor het minst belastende alternatief. Gelet op eerdere toezeggingen aan de Tweede Kamer zoals in het verslag van het schriftelijk overleg over fraudebestrijding in de zorg is vermeld, is het goedkoopste alternatief, zijnde geen maatregel treffen, geen optie.

In volgende subparagrafen wordt waar nodig aan het Actal advies aandacht besteed.

4. Administratieve lasten voor de zorgsector

Terugdringing van administratieve lasten is een belangrijke doelstelling van het huidige kabinet. Het Hoofdlijnenakkoord voor een kabinet van CDA, VVD en D66 gaat uit van een forse reductie van administratieve lasten. Onder administratieve lasten wordt verstaan: »de kosten om te voldoen aan informatieverplichtingen voortvloeiend uit wet- en regelgeving van de overheid. Het gaat om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie». Bij bedoelde administratieve lasten maakt het niet uit of de informatie ook al voor eigen of ander gebruik wordt verzameld en gebruikt. Het gaat om alle administratieve kosten: bestuderen regelgeving, verzamelen, bewerken, registreren, versturen en bewaren van gegevens, inclusief de kosten van verplichte accountantsonderzoeken en dergelijke. Actal toetst de administratieve lasten van regelgeving.

In 1998 heeft de Tweede Kamer het kabinet verzocht (aanvullende) maatregelen te treffen om de administratieve lasten voor het bedrijfsleven met 25% te verminderen. In het verlengde hiervan heeft de minister van Volksgezondheid het vraagstuk van de administratieve lasten in de zorgsector opgepakt. Op 29 januari 2002 heeft de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het eindrapport van de Commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector (Commissie De Beer) getiteld «Minder regels, meer zorg» aangeboden aan de Tweede Kamer. Een implementatieplan is op 28 november 2002 aan die kamer gezonden (Kamerstukken II, 24 036).

5. Bestuurlijke lasten voor de overheid

De overheid heeft de verantwoordelijkheid voor een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg. Elke euro die wordt bespaard op bureaucratie, kan extra worden ingezet in de zorg. De vermindering van de papiermolen leidt tot minder irritatie en tot een toename van de arbeidstevredenheid. In dat licht bevat dit voorstel een aantal wijzigingen die uit oogpunt van terugdringing van lasten van belang zijn voor het bedrijfsleven of die eveneens winst opleveren bij de overheid.

Daarnaast noem ik nog een aantal andere voorstellen die invloed hebben op de administratieve en bestuurlijke lasten. Dat zijn met name de voorstellen met betrekking tot voorkomen en bestrijden van fraude in de zorg,

zoals het algemeen administratievoorschrift voor zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars, de informatieplicht van de zorgaanbieder inzake prestatie en daarbij behorend tarief aan de patiënt, het bekendmaken van tarieven voor prestaties ten algemene en de informatie die declaraties moeten bevatten.

6. Tabelsgewijze beschrijving van de maatregelen

In onderstaande tabel zijn de administratieve en bestuurlijke lasten uitgewerkt per maatregel. Daarbij is de volgorde aangehouden van de maatregelen vermeld in hoofdstuk 5 tot en met 8 van onderhavige memorie.

Nr	Korte aanduiding	Administratieve lasten		Bestuurlijke lasten	
		Effect op bedrijfsleven	Resultaat voor bedrijfsleven	Effect op bestuur	Resultaat bestuur
	Experimenten				
	Experiment	Van landelijke naar individuele experimenten	Geen last voor niet-deelnemers	Uitbreiding taak College	Toename werk College
	Prestatiebekostiging				
1	Landelijke vaste prestaties	Geen effect	Neutraal	Geen effect	Neutraal
2	Vaststelling specifieke kostencomponenten	Geen effect	Neutraal	Geen effect	Neutraal
3	Budgetgarantie en vrije tarieven	Toename vrijheid eigen tariefbepaling leidt tot minder tariefaanvragen	Afname	Toename mogelijkheden	Toename werk bij College; Afname individuele tarieven
4	Allerlei tariefsoorten	Toename vrijheid eigen tariefbepaling leidt tot minder tariefaanvragen	Afname	Geen amvb maar snelle, simpele en ruimere keuze tariefsoort door beleidsregels College	Reductie bij VWS, Jus, Actal, MR, RvState
5	Vrije tarieven	Als bij 4	Afname	Als bij 4	Als bij 4
6	Onderlinge gegevensverstrekking	Geeft basis voor onderlinge afspraken	Formeel toename; materieel afname	Nieuwe taak College	Toename werk College
	Minder regels				
1	Vereenvoudiging tariefkeuze zie bij prestatiebekostiging, punt 4. Mogelijkheid tariefsoort op maat	Neutraal	Geen amvb maar beleidsregel	Reductie bij VWS, Jus, Actal, MR, RvState	
2	Snelle tarief correctie	Snelheid geeft minder onzekerheid	Neutraal	Beleidsregel bij tarief ontsporing	Reductie bij VWS, Jus, Actal, MR, RvState
3	Ambtshalve herstel vormfouten aanvragen	Verkomt herhaald indien indien alle gegevens compleet	Reductie, onbekend aantal situaties	Inhoudelijke beoordeling door College vóór formeel niet-ontvankelijk verklaren van verzoek	Afname lasten College
4	Schrappen overbodig aanvraag en horen vooraf bij tariefbesluiten College	Geen onnodige aanvragen en vooraf horen bij trendmatige aanpassingen	Afname	College besluit direct over tarief en wacht niet op tariefaanvraag, aankondiging van besluit en horen	Afname
5	Efficiënte informatie verzameling	Uitbreiding informatieplicht derden; Reductie informatielast zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars	Toename Afname	Gebruik van andere verzamelingen en bewerkingen bespaart eigen verzameling en bewerking	Afname
6	Onderlinge gegevensverstrekking	efficiënte onderlinge uitwisseling en hergebruik gegevens	Reductie enquêtes	Reductie enquêtelast bij CBS, College en Prismant	Afname
7	Één administratieve rechter (procesefficiëntcy)	Geen zoek en lange procedures	Tijdwinst	Gespecialiseerde bestuursrechter	Toename bij CBB; Afname overige bestuursrechters

Nr	Korte aanduiding	Administratieve lasten		Bestuurlijke lasten	
		Effect op bedrijfsleven	Resultaat voor bedrijfsleven	Effect op bestuur	Resultaat bestuur
8	Eenheid van taal	Verbeterd eenduidigheid gegevens	Afname	Afstemming begrippen	Toename
9	Voorlichting door College	Reduceert voorlichting door aanbieders en verzekeraars	Afname	Vergroting taak College	Toename
10	Transparant declaratieverkeer	Verplicht centraal declaratiepunt	Afname	Onderzoek, motivering en besluit College	Toename
11	Elektronisch aanvragen	Snelle aanvraag, geen postkosten	Afname	Uitbreiding taak College; gemakkelijker toetsing	Afname
12	Nacalculatie integreren in jaarrekening	Integratie van het opstellen van de jaarrekening en de nacalculatie	Afname	Versnelt afwikkeling nacalculatie met eenduidigheid van informatie	Afname
13	Eenduidige informatie	Hergebruik gegevens toezicht	Afname	Reductie informatie verzameling NMa, College, IGZ	Afname
Fraudebestrijding					
1	Algemeen administratievoorschrift	Verplichte vastlegging	Formeel toename; materieel neutraal	Heft toezicht- belemmering op	Neutraal
2	Opheffen administratieve belemmeringen	Vergt flexibele administratie en declaratiesoftware	Toename	Beter toezicht mogelijk	Neutraal
3	Administratieregels op maat	Eenduidig toepasbaar	Beheerst (op maat)	Beter toezicht mogelijk	Toename
4	Tijdige patiënt informatie	Zorgaanbieder informeert	Toename	Uitbreiding taak College	Neutraal
5	Duidelijke declaraties	Vergt zorgvuldig declareren	Toename interne controle	Beter toezicht mogelijk	Neutraal
6	Informatieregels op maat	Interne administratieve aanpassing	Beheerste (op maat) toename	Uitbreiding taak College	Toename
7	Transparant declaratieverkeer	Centrale afhandeling declaraties voorkomt fouten	Afname	Betere «eigen controle» bedrijfsleven vermindert toezichtlasten	Afname
8	Strafbaarheid	Stimuleert tot betere controle declaraties	Toename	Verbeterd kwaliteit aangifte	Neutraal
9	Eenduidige toezichtinformatie	Zie bij tabel nr. 13 minder regels			
10	Voorlichting door College	Zie bij tabel nr. 9 minder regels			
11	Informatie op internet	Vergroot toegang informatie	Afname	Verzwarend taak College	Toename
12	Meldpunt onregelmatige declaraties	Één meldpunt verlaagt aangifte drempel	Afname	Nieuwe taak College; vermindert last FIOD-ECD	Toename
13	Efficiënte informatie verzameling	Zie bij tabel nr.5 minder regels			
14	Opheffen toezichtbeperkingen	Vermindert onduidelijkheid	Neutraal	Verbeterd toezicht mogelijkheid	Neutraal
15	Bestuursdwang administratieve – en informatieplichten	Beter zelf doen dan later verplicht of door extern personeel	Neutraal	Uitbreiding taak College	Toename

7. Kwantificering

7.1 Kwantificering van zorgaanbieders

De WTG is van toepassing op een groot aantal categorieën van zorgaanbieders. Iedere categorie van zorgaanbieders vormt min of meer zijn eigen deelmarkt. Er is nog weinig substitutie.

7.1.1 Zorgaanbieders met collectieve tarieven

Het gaat dan bij benadering om ongeveer de volgende aantallen extramuurwerkende declarerende beroepsbeoefenaren (bron Jaarverslag CTG

2001), verdeeld over 39 categorieën dan wel subcategorieën, waarvoor collectieve tarieven gelden:

Huisartsen 7 000	Apotheekhoudende huisartsen 700
Apothekers 1 570	Tandartsen 7 300
Kaakchirurgen 200	Orthodontisten 250
28 medisch specialismen 7 000	Psychiaters 1 200
Verloskundigen 950	Fysiotherapeuten 11 500
Oefentherapeuten Cesar/Mensendieck 1 750	Logopedisten 1 800

Totaal 25 220

7.1.2 Individuele tarieven curatieve zorg

In de curatieve zorg krijgen volgende instellingen een individuele tariefbeschikking. De zogenaamde lokale initiatieven betreft het aantal instellingen en niet het aantal vrije beroepsbeoefenaren. Elk initiatief kent voor elk jaar een lumpsumberekening, een voorschot op de verrekening, een voorlopige verrekening en een definitieve verrekening.

Tandheelkundige instellingen 30
Instellingen voor jeugd tandverzorging 10
Gezondheidscentra/samenwerkingsverbanden huisartsen 160
Lokale initiatieven:
• ziekenhuizen 120
• extramuraal 2
– psychiaters 22

Totaal 344

7.1.3 Individuele tarieven AWBZ-instellingen

Voor het overzicht hoeveel instellingen er zijn, is uitgegaan van de benaming die deze instellingen hadden voor de modernisering van de AWBZ die op 1 april 2003 in werking trad. De AWBZ-instellingen krijgen een individuele tariefbeschikking. Het gaat dan om ongeveer:

Thuiszorginstellingen 165
Verpleeghuizen 350
Verzorgingshuizen 1350
Psychiatrische ziekenhuizen 75
Riagg 60
Regionale instellingen voor beschermd wonen 40
Gezinsvervangende tehuizen 640
Zwakzinnigeninrichtingen 140

Totaal 2820

7.2 Kwantificering van maatregelen Commissie De Beer

Dit wetsvoorstel kan de realisering ondersteunen van een aantal aanbevelingen van de Commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector. De voorstellen van die commissie betreffen met name uitvoeringsaangelegenheden en kunnen derhalve niet integraal worden opgenomen in het voorstel doch enkel worden ondersteund door te zorgen voor een wettelijke grondslag indien dat nodig is. Veel van de in het implementatieplan gedane voorstellen zijn te realiseren zonder wijziging van de WTG. De werkelijke realisatie hangt af of van de geboden mogelijkheden ook gebruik wordt gemaakt. Dit voorstel verplicht daar niet toe. De kolom «bijdrage» verwijst naar de nummers in bovenstaande tabel en naar de nummers die in de hoofdstukken 6 en 7 worden vermeld. De vermelding van het besparingpotentieel is onder voorbehoud. Zoals eerder vermeld volgt de berekening van de administratieve lasten nadat het wetsvoorstel aan de Tweede Kamer is aangeboden.

Nr	Speerpunt	Bijdrage door	Artikel WTG	Besparings-potentieel	Kanttekening
P 1	Het gebruik van eenduidige definities van producten, prijzen en werkwijze	7.8 eenheid van taal en 6.1 landelijke vaste prestatiebeschrijving	1, vijfde lid, eerste volzin; 2a, vierde en 2b, tweede lid; 10a en 11	Maximaal € 616 000	Nadere wettelijke definities zorgaanbieders, ziektekostenverzekeraar en tarief bij amvb.; Andere definities in beleidsregels zoals prestatiebeschrijving
P 4	Digitaal berichten-verkeer zorgaanbieders en ziektekosten-verzekeraars met College	7.11 elektronisch aanvragen	6, eerste lid; 11, tweede lid; 30; 30a en 32	PM	
P 4	Nacalculatie integreren in jaarrekening	7.12 wijze, voorwaarden, voorschriften en beperkingen bij aanvraag	11, tweede lid; 30; 30a en 32	Maximaal € 9 019 000	Geen volledige juridische integratie maar materieel parallele indiening nacalculatie en jaarrekening realiseerbaar
P 5	Oprichting van een landelijke databank t.b.v. gegevens-uitwisseling declaratie-verkeer	7.10 Transparant declaratieverkeer en 7.6 onderlinge gegevensverstrekking	6, eerste lid; 11, vijfde lid ; 30; 30a en 32	Maximaal € 83 993 000	Realisatie is afhankelijk van (verplichte) deelname centrale declaratie
E 11	Afschaffen elf dataverzamelingen	7.5 Efficiënte informatieverzameling en 7.6 onderlinge gegevensverstrekking	30; 30a en 32	Maximaal € 204 000	
J 1	Ontwikkeling jaarverslag tot centraal verantwoordingsdocument		Zie bij P 4 nacalculatie		

7.3 Kwantificering enkele overige maatregelen

7.3.1 Trendmatige aanpassingen

Het College past een à tweemaal per jaar tarieven trendmatig aan op grond van gewijzigde beleidsregels. Volgens wettelijk voorschrift dient tot nu toe de belanghebbende voor het verkrijgen van dat tarief door het College een tariefaanvraag te doen en voor het besluit van College over dat tarief te worden gehoord. Het besluit heeft echter een vaste uitkomst waarvan de beleidsregel geen mogelijkheid voor het College laat om af te wijken. In dergelijke gevallen is het indienen van een tariefverzoek en het horen vooraf onnodig belastend. Onderhavig voorstel schrapt de plicht daartoe.

Het College past bij de gebudgetteerde instellingen tweemaal per jaar het individuele tarief trendmatig aan. Eenmaal in het voorjaar als de indexcijfers bekend zijn, eenmaal in de nazomer als het OVA-percentage (Overheidsbijdrage voor arbeidskostenontwikkeling) bekend is. Het College trof in 2001 voor de instellingen die onder de WTG vallen ongeveer 10 000 beschikkingen, waarvoor ongeveer 4 000 tariefverzoeken een individuele beoordeling kregen (Bron jaarverslag CTG 2001). Het indienen van een individueel tariefverzoek kost voor alle ziekenhuizen gemeten naar de zogenoemde één-meting van administratieve lasten over het jaar 2002 een totaalbedrag van ongeveer € 900 000. Voor de AWBZ-instellingen kost het opstellen van een tariefverzoek volgens de één-meting in totaal ongeveer € 480 000. Indien één verzoek per instelling per jaar voor een trendmatige aanpassing achterwege blijft levert dat een besparing op. Op geleide van het advies van Actal worden de mogelijke effecten van deze maatregel nog nader berekend en de uitkomsten van de berekening aan de Tweede Kamer bekendgemaakt.

Bij niet gebudgetteerde instellingen wordt een maal per jaar het tarief trendmatig aangepast. Als dat niet gepaard gaat met een individuele beoordeling is ook daar een besparing te halen.

Voor de gehele beroepsgroep dan wel subcategorie van individuele beroepsbeoefenaren treft het College gemiddeld één beschikking per jaar inzake hen regarderende maximumtarieven. Dat zijn ten hoogste 39 stuks; zie hiervoor. Dat tarief mag niet hoger zijn dan het maximumbedrag dat in de tariefbeschikking door het College is vastgelegd. Ook hier kan het meestal door koepelorganisaties gedane verzoek tot trendmatige aanpassing achterwege blijven en een besparing opleveren. Over de tarieven die daadwerkelijk voor de prestatie in rekening worden gebracht voor de te leveren of geleverde prestatie onderhandelt de zorgaanbieder met de ziektekostenverzekeraar of met de patiënt. Die transactiekosten blijven bestaan.

Op geleide van het advies van Actal worden de mogelijke effecten van deze maatregel nog nader berekend en de uitkomsten van de berekening aan de Tweede Kamer bekendgemaakt.

7.3.2 Verplichte basisadministratie

De overheid wenst dat zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars gegevens die voor de uitvoering en naleving van deze wet nodig zijn beschikbaar en toegankelijk houden. Het gaat dan met name om de gegevens betreffende de overeengekomen en geleverde prestaties, het tijdstip waarop de prestaties zijn geleverd, de gehanteerde prestatiebeschrijvingen, de in rekening gebrachte tarieven en de in verband daarmee ontvangen of verrichte betalingen of vergoedingen aan derden in verband met de geleverde prestaties. Deze gegevens legt iedere aanbieder uit zichzelf al vast in zijn administratie. Om de betrokkenen geen nieuwe basisadministratie aan te laten leggen is aangesloten bij de bestaande administratie van de zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar en de daarvoor geldende verplichtingen, zie ook volgende subparagraaf. Een andere keuze of alternatief lijkt er niet te zijn. Een materieel kosten-effect als gevolg van het meer of minder vastleggen van gegevens is met deze keuze dan ook niet te verwachten. De effecten die met een goede administratie worden beoogd, kunnen uiteindelijk leiden tot een zuiverder vaststelling van premies voor ziektekostenverzekering, door het voorkomen van vergissingen, miscalculaties en verschrijvingen. Het kan overigens eveneens voorkomen dat een verbetering van de administratie leidt tot een verhoging van de premies. Een goede interne controle van de administratie kost tenslotte ook geld.

Op geleide van het advies van Actal worden de mogelijke effecten van deze maatregel nog nader berekend en de uitkomsten van de berekening aan de Tweede Kamer bekendgemaakt.

8. Afweging en alternatieven

Bij het opleggen van een administratieve last is in het bijzonder eerst bezien of de gevraagde gegevens reeds eerder zijn bevroegd door een overheidsinstantie als College voor zorgverzekeringen, het College toezicht zorgverzekeringen, het College bouw ziekenhuisvoorzieningen, het College sanering ziekenhuisvoorzieningen, het Centraal Bureau voor de Statistiek, de NMa, het Staatstoezicht voor de volksgezondheid of een privaatrechtelijke instantie die zich bezighoudt met gegevensverzameling en bewerking als Prismant. In dat geval kan worden volstaan met gebruikmaking van de bevoegdheden die reeds in de wet aanwezig zijn op het terrein van onderlinge gegevensuitwisseling of die met dit voorstel voor die onderlinge uitwisseling en bewerking worden geschapen. Waar de benodigde gegevens niet eerder bevroegd zijn in het kader van de WTG maar deze uit oogpunt van toezicht en handhaving verplicht

aanwezig moeten zijn bij zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar, is bezien of de normale administratie die behoort bij de uitoefening van een beroep en bedrijf in de zorg dan wel bij verplichtingen die uit hoofde van andere wetten al zijn opgelegd daarin reeds voorziet. Het betreft de gegevens genoemd in artikel 2a, eerste en tweede lid (Artikel I, onder C). Met betrekking tot de administratieve verplichtingen en inlichtingenplicht is bewust aangesloten bij de Algemene wet inzake rijksbelastingen (AWR). Het gaat bij de AWR en WTG om gegevens van dezelfde bedrijfseconomische aard. De gegevens welke als voorbeeld zijn opgesomd in het eerste respectievelijk tweede lid van artikel 2a, betreffen gegevens die iedere zorgaanbieder respectievelijk iedere ziektekostenverzekeraar zonder meer in zijn administratie heeft vastgelegd of behoort vast te leggen voor een efficiënte bedrijfsvoering. De verplichting tot het voeren van een administratie is dan ook niet ingegeven door het feit dat die gegevens niet worden vastgelegd, maar door de omstandigheid dat in voorkomende gevallen aan toezichthouders in het kader van de WTG geweigerd is inzage te geven in een administratie, omdat er volgens de weigeraars geen verplichting bestond in de WTG om een zodanige administratie bij te houden. Met het opnemen van deze verplichting is daaraan een einde gemaakt. Een alternatief voor die toezichtmaatregel lijkt er niet te zijn. Het College stelt nadere regels over de inrichting van de administratie. De administratie van de verschillende categorieën van zorgaanbieders wordt ook beïnvloed door andere wetten die soms specifieke regels voorschrijven die afwijken van hetgeen in het bedrijfsleven algemeen gangbaar is. Zoals bijvoorbeeld de bewaarplicht van de administratie die op grond van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening voor apothekhoudenden op zes jaren is gesteld, terwijl op grond van het Burgerlijk Wetboek een algemene bewaarplicht van zeven jaren geldt. Het College kan met dergelijke verschillen rekening houden.

9. Administratieve lasten en de transitie naar vraaggestuurde zorg

De voortgangsrapportage over de terugdringing van administratieve lasten die de minister van Economische Zaken op 21 mei 2003 aan de voorzitter van de Tweede Kamer zond vermeldt dat ook tot de administratieve lasten worden gerekend de informatie die bedrijven op grond van wettelijk voorschrift aan derden moeten verstrekken (Kamerstukken II, 2002–2003, 24 036, nr. 283). Als voorbeeld worden genoemd de bekendmaking van prijzen op product of winkelschap. Ook in dit wetsvoorstel is een dergelijke verplichting tot publieksvoorlichting opgenomen in de vorm van de verplichting voor de zorgaanbieder de patiënt tijdig te informeren over tarief en prestatie, en het bekendmaken door de zorgaanbieder van tarieven ten algemene.

Transparantie van prijs en prestatie is noodzakelijk voor een zorgvrager die een keus wenst te maken uit het beschikbare aanbod. In de zorg bestaat een informatiescheefheid tussen de zorgaanbieder en de patiënt. De zorgaanbieder is bekend met de voor de patiënt noodzakelijke zorg, weet of hij een contract heeft gesloten met de ziektekostenverzekeraar van de patiënt over dergelijke zorg en weet ook wat hij derhalve aan die patiënt of zijn verzekeraar voor de zorg in rekening kan brengen. Die informatie heeft de patiënt niet of nauwelijks. Voor zover het gaat om zorginhoudelijke aangelegenheden is de zorgaanbieder op basis van de WGBO gehouden de patiënt te informeren. Een dergelijke verplichting ontbrak tot nu toe wanneer het gaat om het tarief- of verzekeringsaspecten van zorg. Met de verplichtingen om de patiënt tijdig te informeren en het feit dat het College aanvullende regels stelt betreffende het bekendmaken van tarieven door zorgaanbieders wordt in die informatieplicht voorzien. Vergelijk de voorschriften inzake prijsaanduiding op basis van de Prijzenwet, die ook leiden tot een betere afweging en keuze door

de consument. Het goed informeren van de patiënt opdat deze de voor hem juiste afwegingen en keuze kan maken is een administratieve last die bij een vraaggestuurde zorg onvermijdelijk is. Soms is die schriftelijk, soms mondeling. Mocht de keuze uit de verschillende prestaties dan wel declareerbare eenheden bij de desbetreffende zorgaanbieder beperkt zijn, dan is met het bekendmaken van het tarief voor die prestaties niet veel gemoeid. De patiënt inzicht geven in het prestatieaanbod van ziekenhuizen heeft weinig zin, veeleer is te beginnen bij vrije beroepsbeoefenaren. Volgens het jaarverslag van het College gaat het daarbij om ongeveer 25 000 personen. Voor een gedeelte kunnen die verplichting en de kosten die die verplichting met zich brengt, worden ondervangen door de voorlichtingsfunctie van het College en de zorgverzekeraars. De verplichting van de zorgaanbieder de patiënt zorgvuldig te informeren sluit aan bij de dossierplicht van de WGBO. De zorgaanbieder heeft ingevolge die wet de plicht een medisch dossier bij te houden. Het medisch dossier bevat aantekeningen van de zorgaanbieder(s) over de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt. Dit alles voor zover dit voor een goede zorgverlening aan de patiënt nodig is. De zorgverlener moet het dossier minimaal tien jaren bewaren, of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit.

10. Toekomstige ontwikkelingen

De vastgelegde gegevens in het bovenbedoeld medisch dossier dienen als bron voor de declaratie. In het huidige systeem wordt elke verrichting gedeclareerd. In het beoogde dbc-systeem, waarbij de dbc bestaat uit een combinatie van verrichtingen, wordt slechts eenmaal de dbc gedeclareerd. Het aantal declaraties neemt daardoor af. De onderliggende gegevens in het medisch dossier blijven wel van belang voor de controle of de juiste dbc is gedeclareerd. Die gegevens hoeven niet bij elke declaratie aan de patiënt of de sociale ziektekostenverzekeraar te worden gezonden, doch voor controledoeleinden wel beschikbaar en toegankelijk te blijven voor degene die ingevolge artikel 7:461 BW de declaratie moet betalen. Met betrekking tot de toegang tot die gegevens door sociale ziektekostenverzekeraars is een wijziging van de Ziekenfondswet voorzien. De wijze van declareren bij de dbc-systematiek lijkt door de clustering van verrichtingen en afname van het aantal declaraties een positief kosteneffect op te leveren. Leidt de invoering van de dbc-systematiek tot ongeveer vijfhonderd declareerbare eenheden net als in andere landen die een soortgelijk systeem hanteren, dan zal er zeker een besparing zijn op het declaratieverkeer. Een globale doorrekening van het Strategisch Akkoord van het kabinet CDA, VVD en LPF gaf een eerste indicatie van een mogelijke besparing van € 6 miljoen aan voor ziekenhuizen. Inmiddels hebben DBC2003-partijen een kaderregeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake dbc-registratie en facturering vastgesteld. Cijfers over de administratieve besparing die de inrichting volgens die kaderregeling met zich zou kunnen brengen zijn niet aanwezig, wel beperkt de regeling zich tot het minimale. Een goede en zorgvuldige berekening kan wenselijk zijn voordat tot nieuwe stappen met de invoering van dbc's wordt besloten.

11. Conclusie

Dit wetsvoorstel treft veel maatregelen die effect kunnen hebben op de lasten voor bedrijfsleven en bestuur. Op basis van het op dit moment beschikbare cijfermateriaal is er geen betrouwbare kwantitatieve inschatting te maken over het effect op de administratieve lasten voor het bedrijfsleven. Het algemeen beeld dat met name uit het tabelsgewijze overzicht van maatregelen voortkomt, laat zien dat de maatregelen naar verwachting in totaliteit de lasten voor zowel bedrijfsleven als overheid

kunnen terugdringen. De WTG is een kaderwet. Het hangt van de keuzes af of de geboden mogelijkheden ook worden benut. Om een goed beeld te krijgen van de mogelijke effecten op de administratieve en bestuurlijke lasten, mede ten behoeve van de realisering van de voornemens van het kabinet deze lasten aanzienlijk te reduceren, worden mogelijke effecten van dit voorstel op geleide van het advies van Actal nog nader berekend en de uitkomsten van de berekening aan de Tweede Kamer bekendgemaakt.

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Artikel I, onder A

FIOD-ECD (artikel 1, eerste lid, onder c)

Met ingang van 1 september 1999 is de Economische Controledienst van het Ministerie van Economische Zaken samengevoegd met de Belastingdienst/Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst van het Ministerie van Financiën. Onderhavig voorstel wijzigt de aanduiding van de Economische Controledienst in FIOD/ECD. Artikel 1, eerste lid, onder c, is daarvoor vacant.

Tarief (artikel 1, eerste lid, onder h)

Onder tarief wordt verstaan het bedrag dat concreet in rekening wordt gebracht dan wel kan worden gebracht voor de geleverde of de te leveren prestatie, ongeacht hoe die prijs tot stand is gekomen. De nieuwe definitie van tarief maakt onmiskenbaar duidelijk dat het mogelijk is om voor een prestatie of een deel van een prestatie of een geheel van prestaties een tarief in de zin van de WTG goed te keuren of vast te stellen. Een splitsing van een prestatie is nodig voor een diagnose behandeling combinatie die moet bestaan uit afzonderlijke tarieven voor delen van die prestatie. In beleidsregels kan worden opgenomen dat voor delen van een prestatie verschillende tariefsoorten gelden. Per deel kan ook een beschikking worden vastgesteld. Tenslotte mondt alles uit in een overzichtelijke en inzichtelijke declaratie. Wetstechnisch is splitsing in de tariefdefinitie van een prestatie in delen wellicht overbodig, doch voor alle betrokkenen zonder meer duidelijk. Vermelding van de zinsnede «geheel van prestaties» is nodig in verband met vaststelling van budgetten. Zie ook de artikelsgewijze toelichting bij het nieuwe artikel 11, zevende lid.

Artikel I, onder B

Nadere definities (Artikel 1, vijfde lid, eerste volzin)

Met de wijziging van de eerste volzin is het mogelijk met betrekking tot de definities in artikel 1, eerste lid, onder e tot en met h, van de WTG nadere regels te stellen. Voor deze wijziging was het slechts mogelijk nadere definities te geven van de begrippen «tarief» en «maximumtarief». Met de uitbreiding van die mogelijkheid tot de begrippen ziektekostenverzekeraar, orgaan voor gezondheidszorg en instelling voor gezondheidszorg kan een bescheiden bijdrage geleverd worden aan de harmonisatie van begrippen in het kader van de terugdringing van administratieve lasten. Harmonisatie van begrippen is een van de separate doelen van het implementatieplan terugdringing administratieve lasten in de zorgsector (Kamerstukken II, 2002–2003, 24 036, nr. 272).

Nadere afbakening toepassing (Artikel 1, vijfde lid, tweede volzin)

Vrijstelling per bepaling geeft mogelijkheden voor experimenten en prestatiebekostiging op maat en het soepel en beheerst loslaten van prijsregulering.

Artikel I, onder C

Verbodsbepaling (Artikel 2)

Het opnemen van de mogelijkheid voor het College om bindende besluiten te nemen met betrekking tot een prestatiebeschrijving zonder tariefvaststelling en de verbreding van het tariefbegrip door het nieuwe artikel 6a nopen tot herformulering van de strafbepalingen in artikel 2. De verboden in dit artikel gelden ingevolge het vijfde lid ook voor een (tarief voor een) deel van een prestatie of een geheel van prestaties. Het tweede lid heeft betrekking op de onderlinge relatie tussen zorgaanbieders, zoals bij geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf als bedoeld in de Wet integratie medisch specialistische hulp (Wet van 24 december 1998 tot wijziging van de Ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen in verband met het invoeren van de aanspraak op medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis), bij de relatie met productiesamenwerkingsverbanden, bij de samenwerking bij dbc's en bij huisartsendienstenstructuren. Onder het begrip «derde» wordt ook verstaan de patiënt, de verzekerde of een factureringsbedrijf. Daarbij zij er op gewezen dat factureringsbedrijven zelf ook vaak orgaan voor gezondheidszorg zijn in de zin van de WTG. Zij vallen namelijk onder artikel 4 van het Besluit werkingssfeer WTG 1992 (BWWTG1992): «Als organen voor gezondheidszorg worden mede aangemerkt personen of instellingen, voor zover zij tarieven in rekening brengen namens, ten behoeve van of in verband met het leveren van een prestatie of geheel van prestaties door organen voor gezondheidszorg als bedoeld in de artikelen 1 tot en met 3». Het tarief door een zorgaanbieder aan een zorgaanbieder in rekening te brengen is gebonden aan het bij of krachtens de WTG bepaalde. Het College stelt op grond van het nieuwe artikel 11, vierde lid, in beleidsregels vast in hoeverre zorgaanbieders onderling aan door het College goedgekeurde of vastgestelde tarieven zijn gebonden. Het verbod in het eerste lid, aanhef en onder a en b, van artikel 2 zorgt voor afdwingbaarheid van een prestatiebeschrijving en van onderdelen daarvan, ook indien aan de prestatiebeschrijving niet een tarief is gekoppeld door het College. Dit laatste is mede vereist in verband met de mogelijke eindfase van de invoering van de diagnose behandelingcombinaties in de curatieve zorg.

Ingevolge het vierde lid kunnen een orgaan voor gezondheidszorg en een ziektekostenverzekeraar aan het aanbieden, overeenkomen, leveren van een prestatie als bedoeld in het eerste lid, onder a of b, of aan het in rekening brengen, betalen of aan een derde vergoeden van een tarief als bedoeld in het eerste lid, geen rechten ontlenen. 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.

Het derde tot en met zesde lid zijn van overeenkomstige toepassing op een verzekeraar als bedoeld in de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993, voor zover niet begrepen onder artikel 1, eerste lid, onder e, sub 2, van deze wet. Dit artikellid voorkomt dat de bepaling alleen ziektekostenverzekeraars treft en niet verzuim- of andere schadeverzekeraars, waardoor het effect van het verbod via een omweg kan worden tenietgedaan. Overtreding van dit artikel is als een economisch delict aangemerkt in artikel 1, onder 2, van de Wet economische delicten.

Artikel I, onder D

Administratie (artikel 2a)

Een goede administratie is onontbeerlijk voor de eigen bedrijfsvoering. Mede in verband met het verstrekken van gegevens en inlichtingen ten behoeve van de uitvoering van de wet en het toezicht daarop is het noodzakelijk te bepalen dat organen voor gezondheidszorg en ziektekosten-

verzekeraars een administratie voeren waarin de in dat kader relevante gegevens vastliggen en toegankelijk zijn. Dit artikel voorziet erin dat een administratie ook moet worden bijgehouden in het belang van een goede uitvoering van de wet, waarbij deze verplichting zich tevens uitstrekt tot derden die administratie voeren voor die organen voor gezondheidszorg en de ziektekostenverzekeraars.

De in het eerste lid van het nieuw geformuleerde artikel 2a gespecificeerde items zijn noodzakelijk voor een goede uitoefening van beroep en bedrijf van zorgaanbieders en zijn derhalve reeds in de bestaande administratie opgenomen. De verplichting stelt zeker dat er niet zonder meer kan worden ontkend dat een administratie wordt gevoerd dan wel dat deze administratie voor toezichthouders in het kader van de WTG niet opvraagbaar is. Het tweede lid treft een overeenkomstige verplichting voor ziektekostenverzekeraars.

Uit bevindingen van de FIOD-ECD en het College blijkt dat zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars soms een administratie voeren die het in rekening brengen respectievelijk betalen van een ander tarief dan het maximumtarief belemmert. Dergelijke administraties belemmeren het sluiten van een overeenkomst waarin andere tarieven dan maximumtarieven worden opgenomen. Het derde lid van het nieuwe artikel 2a strekt er mede toe deze (mededingings)belemmering op te heffen. Het College stelt nadere regels betreffende de administratie. Mede vanwege de diversiteit in categorieën zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars is er voor gekozen geen algemene alomvattende verplichting in de wet op te nemen, maar daarin te voorzien door regels van het College die op maat op hun bedrijfsvoering zijn toegesneden. Het College kan deskundigen en betrokken partijen over de regelen raadplegen via de kamerstructuur, waarin het bestuursreglement van het College voorziet om uitvoering te geven aan artikel 3:2 Awb. De nadere voorschriften kunnen bijvoorbeeld gaan over de bewaartermijn of inhouden dat (afschriften) van declaraties behoren tot administratie; dat tot de administratie behoort hetgeen ingevolge andere wetten wordt bijgehouden, aangetekend of opgemaakt; dat gegevensdragers beschikbaar, toegankelijk en leesbaar worden gehouden; zie bijvoorbeeld de administratievoorschriften farmaceutische hulp WTG. Het biedt het College de mogelijkheid regels te stellen betreffende de registratie van relevante gegevens, kostprijsberekening(smodellen), de interne en externe controle. Het vijfde lid bepaalt dat de voorschriften ook van toepassing zijn voor derden die de administratie geheel of gedeeltelijk voeren voor zorgaanbieders of verzekeraars.

Artikel I, onder E

Tarief- en prestatie-informatie (artikel 2b)

Goede voorlichting over tarieven behoort tot de zorgvuldige informatieverstrekking die van een zorgaanbieder ten opzichte van een patiënt mag worden verwacht, ter voorkoming van vergissingen, misverstanden en onregelmatige declaraties. Het eerste lid sluit aan op de bepaling in de WGBO, artikel 7:448 BW.

Het College stelt eveneens nadere regels betreffende het in rekening brengen van tarieven en het bekendmaken van tarieven, op grond van het derde lid van artikel 2b. Eventueel in combinatie met artikel 30a.

De overdracht aan het College van regelgevende bevoegdheid inzake de inrichting van de administratie, de bekendmaking van tarieven door zorgaanbieders en de inrichting van declaraties vindt zijn grondslag in het feit dat voor op maat toegesneden regelingen specifieke deskundigheid noodzakelijk is en dat het College daarover mede als gevolg van de uitvoering van zijn (overige) wettelijk opgedragen taken beschikt.

Artikel I, onder F

Eisen tariefaanvraag en beschikking (artikel 6, eerste lid)

Het nieuwe eerste lid van artikel 6 bevat algemene criteria voor de tariefaanvraag en de daaruit voortvloeiende beschikking. Artikel 6 geldt voor de procedures tot goedkeuring van de aanvragen en is ingevolge artikel 10 van overeenkomstige toepassing op de vaststellingsprocedure, bedoeld in artikel 8. Ooit op grond van het «oude» eerste lid vastgestelde regels voor indiening van een verzoek zijn door het College ingetrokken. Het College neemt nu soms in overeenstemming met het veld dergelijke eisen op in beleidsregels. Dat levert geen problemen op. Die praktijk wordt nu expliciet verankerd bij de vaststelling van beleidsregels als bedoeld in artikel 11 van de WTG.

Declaratieverkeer

Ingevolge het nieuwe artikel 6, eerste lid, aanhef en onder e, doen partijen zelf een voorstel inzake de wijze waarop het declaratieverkeer onderling is geregeld. Ingevolge artikel 11, tweede respectievelijk vijfde lid, kan een beleidsregel voorschrijven hoe een aanvraag wordt ingediend respectievelijk hoe er wordt gedeclareerd. Die declaratiewijze wordt in beginsel aan partijen overgelaten doch in bijzondere gevallen kan zo'n beleidsregel bijvoorbeeld een centraal punt eisen waar de declaraties worden verzonden, geïnd en waar de inkomsten aan de rechthebbenden worden toegeedeeld (een clearinghouseconstructie). Zo'n bijzonder geval doet zich voor indien de gewenste dienstverlening of zorg anders niet, nauwelijks, moeizaam of naar het oordeel van minister of College niet tijdig tot stand komt, zoals bij huisartsendienstenstructuren, bij ondersteuning van huisartsen door praktijkverpleegkundigen of bij het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Deze mogelijkheid is ook belangrijk in verband met het terugdringen van administratieve lasten.

Over de verhouding tussen artikel 6, eerste lid, en artikel 8, zesde lid, valt het volgende op te merken. Bij een vaststellingsverzoek is op grond van artikel 8, zesde lid, 6 geregeld dat een beschikking in ieder geval de onderwerpen van artikel 6, eerste lid, bevat. Bij een goedkeuringsverzoek is in artikel 6, eerste lid, alleen geregeld dat een verzoek een voorstel voor die onderwerpen bevat. De suggestie die daaruit mogelijk zou kunnen blijken dat bij een dergelijk verzoek die onderwerpen kennelijk niet in ieder geval in de beschikking hoeven te staan is onjuist.

Bij een goedkeuringsverzoek als bedoeld in artikel 6, eerste lid, wordt het voorgelegde goed of afgekeurd. Er is geen tussenruimte. Als dat verzoek de in artikel 6, eerste lid, bedoelde elementen bevat keurt de beschikking alle elementen goed. Herhaling in de beschikking is dan in beginsel niet nodig, echter, het moet wel duidelijk zijn wat er dan is goedgekeurd. Daartoe kan de beschikking verwijzen naar het (bijgevoegde/aangehechte) verzoek dan wel door opneming van die elementen in de beschikking. Daarmee bevatten goedkeurings- en vaststellingbeschikking dezelfde elementen.

Artikel I, onder G

Tariefsoorten bij goedkeuring (artikel 6a)

Op grond van het nieuwe artikel 6a kan een aanvraag worden gedaan voor de goedkeuring van een bedrag dat tenminste of ten hoogste als tarief in rekening mag worden gebracht voor de prestatie. Door de gekozen formulering is ook een combinatie mogelijk van een bedrag dat tenminste en een bedrag dat ten hoogste in rekening wordt gebracht, waardoor een bandbreedte-tarief ontstaat. Op deze wijze zijn allerlei tarieven met verschillende karakters mogelijk, waarbij ook de vrijheid om die tarieven zelf vast te stellen kan verschillen. Onder tarief wordt verstaan

het bedrag dat concreet in rekening wordt gebracht dan wel kan worden gebracht voor de geleverde of de te leveren prestatie. De aanvraagprocedures van artikel 4 en 5 zijn van overeenkomstige toepassing. Door de mogelijkheden die dit nieuwe artikel biedt is Titel 4a betreffende maximumtarieven overbodig en komt te vervallen.

Artikel I, onder H

Ontbureaucratisering (Artikel 8)

Het nieuwe vierde lid van artikel 8 is een vangnet voor tariefverzoeken die niet voldoen aan de eisen die bij of krachtens de wet of bij beleidsregels zijn gesteld. Indien alle relevante informatie aanwezig is kan het College op grond van dat artikellid een beslissing ambtshalve nemen. Betrokkenheid van partijen is gegarandeerd ingevolge artikel 9, juncto artikel 7, het horen van partijen vooraf.

Het nieuwe vijfde lid van artikel 8 ziet op de situatie dat op grond van artikel 11, zesde lid, in een beleidsregel is opgenomen dat het College op grond van het in die beleidsregel gestelde ambtshalve een beslissing neemt. De bevoegdheden van het vierde en het vijfde lid zijn vooral noodzakelijk bij de terugdringing van de bureaucratie en de administratieve lasten voor organen voor gezondheidszorg en ziektekostenverzekeraars in die situaties waarin het nemen van een beschikking door het College op grond van de inhoud van de beleidsregels slechts tot een vaste uitkomst kan leiden. Indien van een verzoek is in die gevallen overbodig. Doordat artikel 9 de overeenkomstige toepassing van artikel 7 (het horen bij het vaststellen van een tarief) beperkt tot de procedures voorzien in de eerste vier leden van artikel 8 zijn het College en de belanghebbende partijen ook van het horen vooraf door het College vrijgesteld als het College gebruik maakt van zijn bevoegdheid in het vijfde lid.

Artikel I, onder I

Tariefsoorten bij vaststelling (Artikel 8a)

De WTG onderscheidt procedures voor de goedkeuring van tarieven (Titel 2), voor vaststelling van tarieven (Titel 3), voor maximumtarieven (Titel 4a) en voor bijzondere tarieven ingeval er onvoldoende medewerkersovereenkomsten zijn gesloten als bedoeld in de Ziekenfondswet of de AWBZ (Titel 4b). De procedure voor maximumtarieven vervalt in dit voorstel. De procedure voor bijzondere tarieven vervalt indien het voorstel tot herziening van het overeenkomstenstelsel in de zorg tot wet is verheven en in werking is getreden. De WTG wordt zodoende beperkt tot twee procedures die beide een ander karakter hebben. De nieuwe bepaling 8a ten behoeve van de procedures inzake vaststelling van tarieven door het College loopt voor zover mogelijk parallel aan het nieuwe artikel 6a voor de procedures voor goedkeuring van tarieven door het College.

Artikel I, onder J

Beperking horen vooraf tot tariefvaststellen op verzoek (Artikel 9)

Met verwijzing naar artikel I, onder G, is het «horen vooraf» aan het treffen van een beschikking door het College beperkt tot die gevallen waarin het vaststellen van de beschikking gebeurt op verzoek van zorgpartijen. Het horen vooraf vervalt indien een tarief ondubbelzinnig voortvloeit uit goedgekeurde beleidsregels. De betrokken brancheorganisaties van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars hebben immers al advies uitgebracht in de kamers van het College of het daaraan voorafgaand technisch overleg over die beleidsregels. Bezwaar en beroep tegen de individuele of collectieve beschikking biedt voldoende rechtsbescherming.

Artikel I, onder K

Vaststelling van prestatiebeschrijving (Titel 3a)

Het nieuwe artikel 10a volgt de wetsystematiek van de WTG. Het initiatief is in beginsel aan het veld. Veelal zal ook hier echter een vaststelling van een beleidsregel plaats vinden die wat betreft de prestatiebeschrijving in de beschikking van het College geen afwijking toelaat. Over die beleidsregel brengen partijen eerst advies uit. In die gevallen doet zich de situatie voor als bedoeld bij artikel I, onder G en I. Derhalve zijn artikel 6, tweede tot en met vierde lid, en artikel 8, derde tot en met zesde lid, in het derde lid van het nieuwe artikel van overeenkomstige toepassing verklaard.

Naleving prestatiebeschrijving

Het kan onder bepaalde marktomstandigheden vereist zijn dat aan alle aanbieders de verplichting kan worden opgelegd om eenzelfde prestatiebeschrijving (dbc) te hanteren om onderling te kunnen vergelijken. Die onderlinge vergelijking is noodzakelijk voor de mededinging, de inhoud van de dbc als deel van de uniforme verstrekking ziekenhuiszorg en het onderhoud daarvan. Het College maakt een beleidsregel met prestatiebeschrijvingen. Daarna maakt het College voor de categorie van zorgaanbieders die die prestatie kunnen leveren, een beschikking waarin voor die categorie wordt bepaald dat zij bij het in rekening brengen van de prestatie alleen rechtsgeldig die prestatiebeschrijving kunnen hanteren. Hanteren zij een andere prestatiebeschrijving dan valt de prestatie niet onder de vrijstelling van tariefgoedkeuring door het College. Een en ander wordt strafbaar gesteld in artikel 2. Voor een inhoudelijke toelichting wordt verwezen naar het algemeen deel van deze memorie.

Vrijstelling representatieve organisaties (artikel 11, vierde lid, onder c)

Op grond van artikel 11, vierde lid, onder c, kan in een beleidsregel worden bepaald dat de artikelen 3 tot en met 10 niet van toepassing zijn op een tarief. De artikelen 4 tot en met 10 beschrijven de procedure die nodig is voor de goedkeuring of vaststelling van tarieven. Artikel 3 gaat over de representatief verklaring van organisaties van ziektekostenverzekeraars of van zorgaanbieders. Op grond van zo'n representatief verklaring hebben zij het recht om zelfstandig een tarief aan te vragen, een prestatiebeschrijving aan te vragen of tegen de goedkeuring of vaststelling van een tarief of prestatiebeschrijving bezwaar en beroep aan te tekenen. Nu op een tarief niet de tariefprocedures van toepassing zijn, is het logisch voor dat tarief ook de representativiteit niet van toepassing te laten zijn, noch voor de goedkeuring of vaststelling, noch voor het aantekenen van bezwaar en beroep. Deze vrijstelling laat echter onverlet de bevoegdheden van de representatieve organisatie bij prestatiebeschrijvingen (artikel 10a).

Artikel I, onder L

Beleidsregelinhoud (Artikel 11)

Voorgesteld wordt om Artikel 11 te herzien in verband met de expliciete verankering van de mogelijkheid van experimenten in beleidsregels. Van die gelegenheid wordt gebruik gemaakt de algemene bepaling over beleidsregels aan te passen aan de in de afgelopen twintig jaren gegroeide praktijk en de in die praktijk gerezen onduidelijkheden uit de weg te ruimen. Zo is gebleken dat de zinsnede «hoogte, opbouw en wijze van berekening van een tarief» het misverstand op kan roepen dat de reikwijdte, strekking en inhoud die beleidsregels kunnen hebben beperkter zou zijn dan nodig is voor een goede uitvoering van deze wet. Het eerste lid bevat de algemene opdracht aan het College beleidsregels vast te stellen voor het goedkeuren of vaststellen van tarieven en het vaststellen van prestatiebeschrijvingen. Die beleidsregels bevatten

bijvoorbeeld normen, rekenkundige waarden, procedures, feiten en omstandigheden, voorschriften, voorwaarden en beperkingen, toepasselijke tariefsoorten, prestatiebeschrijvingen en dergelijke die relevant kunnen zijn voor de goedkeuring of vaststelling van een tarief voor een prestatie of van een prestatiebeschrijving. Zo houden de beleidsregels ook rekening met het inkomen van de beroepsbeoefenaren als element bij de tariefopbouw. De beleidsregels kunnen tevens gericht zijn op het tot stand brengen van afhankelijkheid tussen de hoogte van een tarief of tarieven en het totaal van in enige periode in rekening gebrachte, dan wel in rekening te brengen tarieven. De minister keurt de beleidsregels ingevolge artikel 12 van de wet goed. Dat laat onverlet dat het College op basis van 4:81 Awb ook beleidsregels vast kan stellen voor andere («huishoudelijke») taken. Die vereisen geen ministeriële goedkeuring.

Het tweede lid geeft de mogelijkheid in beleidsregels vast te stellen wie er een aanvraag mogen doen, met eventueel uitsluiting van anderen, of zelfs moeten doen om voor een tarief of prestatiebeschrijving in aanmerking te komen. Dit verankert mede de bestaande praktijk bij de goedgekeurde beleidsregels over wachtlijsten, capaciteitswijziging, dure geneesmiddelen en indieningtermijnen. Zo kunnen de beleidsregels vastleggen op welk moment bepaalde prestatiebeschrijvingen of tarieven voor herziening in aanmerking komen (periodiek onderhoud) en of een verzoek schriftelijk dan wel elektronisch wordt ingediend. In verband met het terugdringen administratieve lasten is het kunnen doen van een elektronisch verzoek een speerpunt.

Bovendien biedt het tweede lid het College onder meer de mogelijkheid beleidsregels inzake de wijze waarop en de voorwaarden, voorschriften of beperkingen waaronder een verzoek tot nacalculatie moet worden ingediend, zodanig te redigeren dat materieel uitvoering kan worden gegeven aan het voorstel van de Commissie De Beer tot integratie van de nacalculatie en de jaarrekening. Voor een volledige integratie moet de wettelijke basis voor de nacalculatie en voor de jaarrekening gelijk zijn.

Het derde en vierde lid bepalen dat het College in zijn beleidsregels de relevante prestatiebeschrijving en tariefsoort opneemt. Onder a: individueel punttarief of collectief punttarief. Onder b: alle tarieftypen waarbij het concreet in rekening te brengen tarief gebonden is aan door het College goed te keuren of vast te stellen grensbedragen als bijvoorbeeld: minimumtarief, maximumtarief, bandbreedtetarief, pendeltarief, toptarief, opslagtarief, basistarief, bodemtarief, deeltarief, totaal tarief, Onder c: het zogenaamde «vrije tarief», waarover het College geen oordeel geeft. Zie ook de artikelsgewijze toelichting bij artikel I, onder E.

Het vijfde lid komt tegemoet aan de behoefte om waar dat noodzakelijk wordt geacht nadere voorschriften te verbinden aan de onderhandelingsuitkomsten (bijvoorbeeld de eis van kostenoriëntatie) en om bij gebrek aan overeenstemming tussen betrokkenen of bij behoefte aan een dwingend voorschrift voor te schrijven wie het tarief in rekening kan brengen aan wie en daarbij tevens voor te schrijven op welke wijze. Had de WTG reeds deze expliciete mogelijkheid gekend dan zou de uitvoering van de Wet integratie medisch specialistische zorg veel gemakkelijker zijn geweest, zou voor de instelling van huisartsendienstenstructuren niet een afzonderlijke categorie van instellingen met een ingewikkelde formele structuur zijn bedacht voor de bekostiging via de WTG en zou de inzet van praktijkondersteuning bij huisartsen via een clearinghouse soepel zijn uitgevoerd. Dit is ook belangrijk in verband met het terugdringen van administratieve lasten. Zie ook artikel I, onder E.

Het zesde lid biedt de grondslag voor de ambtshalve vaststelling van tarieven als bedoeld in artikel 8, derde tot en met zesde lid, en van prestatiebeschrijvingen als bedoeld in artikel 10a, tweede lid.

Het zevende lid van artikel 11 maakt, in samenhang met het derde lid, onder meer mogelijk in een beleidsregel vast te stellen dat bijvoorbeeld voor een deel van een prestatie een vast bedrag (kapitaallasten) wordt

vastgesteld terwijl voor een ander deel van de prestatie een advies of vrij tarief geldt. Zo kan bijvoorbeeld voor een geheel van prestaties een beleidsregel gelden, waardoor het geheel van de prestaties is geprijsd, doch die – in het meest vergaande geval – het tarief voor de individuele prestaties aan de vrije onderhandelingen tussen partijen overlaat. Dit artikellid vervangt ook het «macrobudget-artikel», waarbij volume x prijs altijd een vaste macrowaarde is.

Artikel I, onder M

Uitbreiding aanwijzing ambtshalve vaststelling (Artikel 13)

Door de wijziging van artikel 11 dient de bevoegdheid van de minister op grond van artikel 13 om globale aanwijzingen te geven zich niet te beperken tot het eerste en tweede lid van artikel 11 maar zich uit te strekken tot alle leden van dat artikel. Met deze wijziging wordt dat bereikt.

Artikel I, onder N

Experimentbeleidsregels (Artikel 15)

De mogelijkheid om te experimenteren is uitdrukkelijk vastgelegd in het nieuwe artikel 15. De WTG is van toepassing op instellingen en personen die behoren tot expliciet aangewezen categorieën van organen voor gezondheidszorg (zorgaanbieders). Al hun prestaties worden geprijsd volgens de systematiek van de WTG. Voor al die zorgaanbieders zijn de algemeen geldende beleidsregels van het College van toepassing. Initiatieven voor nieuwe of alternatieve bekostigingssystematieken van zorgaanbieders en zorgverzekeraars toetst het College aan die algemene beleidsregels. Onder regie van het College kan met dit artikel op kleine schaal worden geëxperimenteerd met alternatieve wijzen van bekostiging en van kosten- en prijsbeheersing. De WTG biedt met dit nieuwe artikel de mogelijkheid voor experimenten en kan daarvoor een individuele zorgaanbieder of een individuele zorgverzekeraar van de werking van de algemene beleidsregels uitzonderen. Indien het College in een beleidsregel de mogelijkheid opneemt van een experiment inzake bekostiging van een prestatie neemt hij de in dit artikel bedoelde bepalingen in acht. Zie ook hoofdstuk 5 van het algemeen deel van de memorie van toelichting.

Artikel I, onder O

Vervallen afzonderlijke procedures maximumtarieven (vervallen Titel 4a)

Doordat ingevolge artikel I, onder F respectievelijk G, de «gewone» procedures voor tariefaanvragen uit Titel 1 tot en met 3 van Hoofdstuk II van de wet van toepassing zijn op alle mogelijke soorten tarieven is een afzonderlijke titel voor maximumtarieven niet meer nodig. Die afzonderlijke titel en afzonderlijke procedures vervallen met dit artikel. Deze vereenvoudiging maakt de WTG overzichtelijk en draagt bij aan de terugdringing van administratieve lasten.

Met het vervallen van deze titel vervalt impliciet de beperking in de wet dat voor het aanvragen van een maximumtarief door een individuele zorgaanbieder of verzekeraar een representatieve organisatie nodig was. In § 3.3 van de notitie Speelruimte en verantwoordelijkheid over de WTG is geconstateerd dat deze beperking de mededinging belemmert en zal worden opgeheven. Met het vervallen van deze afzonderlijke procedures vervallen ook de verwijzingen in het tweede en vierde lid van artikel 43 (artikel I, onder W).

Artikel I, onder P

Verbetering toezicht/reductie informatielast (Artikel 29c)

Door de toevoeging van twee nieuwe leden aan artikel 29c wordt de gegevensuitwisseling tussen het College en het Staatstoezicht op de volksgezondheid en tussen het College en de mededingingsautoriteit, bedoeld in de Mededingingswet, wettelijk verankerd. De gegevensuitwisseling is beperkt tot datgene wat ieder voor de uitvoering van zijn wettelijke taken nodig heeft. De gegevensuitwisseling kan tot reductie van informatieverstrekking leiden bij de zorgaanbieders dan wel de verzekeraars.

Artikel I, onder Q

Voorlichting en meldpunt (Artikel 29d)

Met het nieuwe artikel 29d wordt de voorlichtingstaak van het College inzake beleidsregels, beschikkingen en besluiten en ten algemene inzake de uitvoering van zijn overige taken, wettelijk verankerd. De taak strekt zich uit tot zorgaanbieders, verzekeraars, verzekerden en individuele patiënten.

Met dit artikel krijgt ook het meldpunt onregelmatige declaraties een wettelijke basis. Die wettelijke verankering is mede noodzakelijk om aan te geven dat dit een afzonderlijke taak is van het College. Het tweede lid geeft aan waarvoor de informatie die het meldpunt verzamelt, mag worden gebruikt. Personen belast met toezicht en opsporing mogen op grond van artikel gegevens krijgen die herleidbaar zijn tot individuele personen en instellingen. Voor beleidsaangelegenheden is dergelijke kennis op detailniveau niet nodig, die mag vanuit het meldpunt dan ook niet worden verstrekt.^{1, 2}

Artikel I, onder R

Uitbreiding inlichtingplichtigen (Artikel 30)

Ten behoeve van het verkrijgen van gegevens en inlichtingen die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de wet, waaronder het onderhoud van de prestatiebeschrijvingen en de prestatiebekostiging en ten behoeve van de bestrijding van fraude is het nodig de informatieplicht voor de uitvoering van de WTG niet te beperken tot individuele zorgaanbieders en individuele ziektekostenverzekeraars. Koepel- en brancheorganisaties en wetenschappelijke verenigingen beschikken vaak over relevante al dan niet geaggregeerde en al dan niet geanonimiseerde gegevens en informatie die voor uitvoering en handhaving van de WTG bruikbaar zijn. Het huidige artikel 30 beperkt die informatieplicht tot individuele zorgaanbieders en individuele ziektekostenverzekeraars en dient derhalve te worden aangepast.

Ook in andere opzichten is het artikel verouderd en verdient het geactualiseerd te worden. De algemene maatregel van bestuur in het huidige artikel 30, tweede lid, het reglement voor het beheer van gegevens in het vierde lid, en de eisen in derde, vijfde en zesde lid, zijn waarborgen die, volgens de parlementaire geschiedenis in 1979, zijn aangebracht, omdat er indertijd geen algemene wet was die de noodzakelijke bescherming regelde. Later kwam de Wet op de persoonsregistraties en thans biedt de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) voldoende waarborgen om de opdrachten tot het treffen van specifieke formele regelgeving in artikel 30, tweede tot en met zesde lid, WTG te laten vervallen.

Deze (vervallen) bepalingen hielden in dat bij algemene maatregel van bestuur werd geregeld:

- voor welke doeleinden gegevens moesten worden verstrekt (lid 2a);
- de aard van de gegevens die moesten worden verstrekt (lid 2b);

¹ Op 17 oktober 2003 keurde het kabinet een wetsvoorstel goed over strafvorderlijke gegevensvergaring in het algemeen. Momenteel ligt dit wetsvoorstel bij de Raad van State voor advies. Wanneer de Raad van State dit advies heeft gegeven, zal het wetsvoorstel – zo nodig gewijzigd – bij de Tweede Kamer worden ingediend.

² 28 353 Wijziging van het Wetboek van Strafvordering in verband met de regeling van bevoegdheden tot het vorderen van gegevens van instellingen in de financiële sector, mede ter uitvoering van het op 16 oktober 2001 te Luxemburg tot stand gekomen Protocol bij de Overeenkomst betreffende de wederzijdse rechtshulp in strafzaken tussen de Lid-Staten van de Europese Unie, door de Raad vastgesteld overeenkomstig artikel 34 van het Verdrag betreffende de Europese Unie (vorderen gegevens financiële sector) GEWIJZIGD VOORSTEL VAN WET 28 november 2002; memorie van antwoord EK.

- de tijdvakken waarop (lid 2c) en de termijnen (lid 2d) waarbinnen de gegevens moesten worden verstrekt.

En bij ministeriële regeling moest worden vastgesteld:

- aan wie welke gegevens moeten worden verstrekt (lid 3);
- hoe de verstrekte gegevens dienen te worden beheerd (lid 4);
- de vorm van verstrekking en de wijze van bewerking van de gegevens (lid 5);

Verder mochten de gegevens niet tot individuele personen herleidbaar zijn (lid 6).

Aan deze overregulering wordt een einde gemaakt. Gelet op het voorgaande is het artikel geheel herschreven waarbij de essentiële waarborgen voor de bevragede zijn blijven bestaan. Daarbij is aangesloten bij bestaande regelgeving. Er is gekozen voor de formulering van de bepalingen in de Algemene wet inzake rijksbelastingen (AWR) omdat die wet net als de WTG voor zijn uitvoering afhankelijk is van gegevens met dezelfde financieel-economische aard. Daarmee is met het oog op administratieve lasten aangesloten bij een verplichting die reeds voor deze inlichtingplichtigen bestaat tot het vastleggen van gegevens van dezelfde aard. Zie daarover ook hoofdstuk 16 inzake administratieve en bestuurlijke lasten, met name paragraaf 8.

De eerste twee leden van het herschreven artikel 30 komen overeen met de eerste twee leden van artikel 47 van de AWR. De leden drie en vier komen overeen met de eerste twee leden van artikel 48 van de AWR. De leden vijf en zes komen overeen met de eerste twee leden van artikel 49 van de AWR. Het zevende lid komt overeen met het vervallen artikel 34 van de WTG.

Daarmee zijn de waarborgen voor de bevragede niet overboord gezet. De vrager geeft de doeleinden waarvoor de gegevens worden gevraagd duidelijk aan. Daarbij kan deze niet buiten de doelstellingen van de WTG en de taken die in die wet aan een ieder zijn opgedragen. Die doelstellingen en taken zijn beschreven in het algemeen deel van de toelichting. De met deze regeling vervallen algemene maatregel van bestuur, het Besluit gegevensverstrekking WTG, hield op grond van artikel 30, tweede lid, onder b, een zodanig ruime opsomming van de aard van de gegevens die het mogelijk maakt om elke vraag te stellen en elk gegeven en inlichting te vragen die voor de uitvoering van de WTG nodig is. Een beperking ging daar niet van uit. De grenzen werden ook toen al gevormd door de doelstellingen van de WTG en de taken die die wet opdraagt. Het is onnodig en verdragend om elk gegeven weer terug te voeren naar de aard daarvan. Een dergelijke bepaling is overbodig en kan dus vervallen. De op grond van artikel 30, tweede lid, onder c, gestelde termijnen zijn archaisch; zij stammen uit het tijdperk van het begin van de kopieermachine. Inmiddels is de wijze van gegevensopslag en gegevensvergarings dusdanig geëvolueerd dat die termijnen kunnen vervallen. Niet veranderd is dat ook in het huidige artikel de tijdvakken waarop de gegevens betrekking hebben en de termijn die gesteld is aan het verstrekken van gegevens redelijk moeten zijn. Die termijn kan afhangen van de wijze van opslag van de gegevens en de mogelijkheid deze te reproduceren of te kopiëren. Dat is zo vanzelfsprekend dat daarover geen bepaling is opgenomen. Een voorbeeld van moderne gegevensvergaringswijze is de wijze waarop de mededingingsautoriteit, als bedoeld in de Mededingingswet invulling geeft aan de bevoegdheid om op grond van artikel 5:17 Awb digitaal onderzoek te doen.

Het College valt als zelfstandig bestuursorgaan onder de Archiefwet en stelt als zodanig zelf regels aan het beheer van z'n administratieve organisatie. Het is niet nodig dat de minister daar regels over opstelt. Het vierde lid kan dus vervallen.

De vorm waarin en de wijze waarop gegevens moeten worden aangeleverd of bewerkt is geregeld in het derde lid van het nieuwe artikel

30a. Van de bevoegdheid die het vervallen vijfde lid van artikel 30 biedt is nimmer gebruik gemaakt.

De bepaling dat gegevens niet herleid mogen worden tot personen is vervallen omdat de WTG niet meer uitvoerbaar is zonder van persoonsgegevens gebruik te maken. Zie daarover ook de artikelsgewijze toelichting bij het nieuwe artikel 30b en hoofdstuk 15 van het algemeen deel van de toelichting.

Het Besluit gegevensverstrekking WTG en het Reglement gegevensbeheer College tarieven gezondheidszorg vervallen als gevolg van de wijziging.

Artikel I, onder S

Periodieke gegevensverstrekking/vermindering enquêtedruk (Artikel 30a)

Het voortdurende verversen van informatie voor onderhoud van prestatiebeschrijvingen à la dbc's vergt een bepaling die de grondslag kan vormen voor periodieke verstrekking van gegevens en inlichtingen van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars, koepel- en brancheorganisaties en wetenschappelijke verenigingen aan het College. Daarin wordt met het eerste en tweede lid van dit artikel voorzien. Aangesloten is bij de tekst van artikel 1x12 Ziekenfondswet voor een overeenkomstig doel. In combinatie met het derde lid kan deze bepaling als basis dienen voor de onderlinge gegevensverstrekking tussen zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars en voor de bewerking die nodig kan zijn voor het onderhoud van product- en prestatiebeschrijvingen door zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars dan wel door een privaatrechtelijk onderhoudsorgaan dan wel voor de voorbereiding daarvan door een derde die bijvoorbeeld de basisgegevens ontdoet van persoonskenmerken (trusted third party). Dit artikel kan mede in samenhang met het nieuwe artikel 30 ook een bijdrage leveren aan het verminderen van de enquêtedruk op zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars, zoals bij de samenwerking tussen het College, het Centraal Bureau voor de Statistiek en Prismant. Het artikel voorziet ook in de mogelijkheid tot het opdragen van de wijze van bekendmaken van (verzamelde en bewerkte) gegevens door derden. De gegevens en inlichtingen dienen volledig en naar waarheid te worden verstrekt. Overtreding van dit artikel is strafbaar op grond van de Wet economische delicten (Artikel II).

Persoonsgegevens betreffende de gezondheid (Artikel 30b)

De Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) bepaalt onder andere dat persoonsgegevens alleen in overeenstemming met de wet en op behoorlijke en zorgvuldige wijze mogen worden verwerkt, voor welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden mogen worden verzameld en dat de verwerking daarvan noodzakelijk moet zijn (artikelen 6, 7 en 8 Wbp). Voor de verwerking van persoonsgegevens betreffende (onder andere) iemands gezondheid, geldt een strenger regime dan voor «overige» persoonsgegevens (artikel 16 juncto artikel 21 Wbp). Zie ook hiervoor hoofdstuk 15 van de algemene toelichting.

Met artikel 30b wordt het mogelijk persoonsgegevens met betrekking tot de gezondheid te verwerken die nodig zijn voor de uitvoering van de WTG. In hoofdstuk 15 is een opsomming gegeven van uitvoeringsdoelen waarvoor inlichtingen en gegevens nodig zijn. Het gebruik van persoonsgegevens is daarbij in het algemeen voor de WTG niet noodzakelijk, maar – zo is vastgesteld in het Rapport minimale dataset dbc's – wel ingeval van het vaststellen van prestatiebeschrijvingen voor dbc's, de bij beleidsregel opgelegde wijze van declareren en betalen van het tarief voor de geleverde prestatie en de bestuurlijke handhaving van de opgelegde administratieve voorschriften en het bestrijding van fraude. Bedoeld rapport bevat de Minimale Dataset die voor het functioneren van de DBC-systematiek noodzakelijk is.

Het nieuwe artikel 30b WTG bevat in combinatie met de artikel 30 en 30a

WTG een wettelijk voorschrift dat een uitzondering maakt op de uit het medisch beroepsgeheim voortvloeiende zwijgplicht.

Artikel I, onder T

Bestuurlijke handhaving administratieve voorschriften. (Artikel 32)

Voorschriften inzake administratie, bekendmaking, declaratie en gegevensverstrekking hebben alleen zin indien een adequate handhavingmethode voor naleving zorgt. Het enkel constateren, bewijzen en bestraffen dat deze voorschriften niet worden nageleefd levert calculerend gedrag op. Het gaat erom dat deze voorschriften worden nageleefd ten behoeve van alle betrokkenen. Iedereen is er meer bij gebaat dat deze voorschriftendesnoods kwaadschiks – worden nageleefd. Derhalve krijgt het College de bevoegdheid tot het toepassen van bestuursdwang, waaronder ingevolge de Awb het opleggen van een dwangsom, bij niet naleving van die voorschriften.

Opneming van artikel 30b in dit voorschrift is overbodig, omdat het bepaalde in dat artikel onlosmakelijk is verbonden met de wel vermelde artikelen 30 en 30a.

Door het herredigeren van artikel 32 vervallen de bestaande beperkingen met betrekking tot toezicht. Adequaat toezicht is niet mogelijk indien geen voertuigcontrole gehouden kan worden, bijvoorbeeld bij ambulances of andere zorgaanbieders waarbij aan de mobiliteit die onderdeel uitmaakt van het karakter van hun werkzaamheden, kosten zijn verbonden die in rekening worden gebracht. Adequaat toezicht is ook niet mogelijk indien bepaalde geneesmiddelen op basis van de daarin verwerkte werkzame stof onder de tarifiering van de WTG zijn gebracht en er geen bevoegdheid is tot het nemen van monsters om te controleren of van die werkzame stof sprake is. Derhalve vervallen de beperkingen die het bestaande artikel 32 maakt in de krachtens de Awb geldende bevoegdheden. De toezichthouders aangewezen op grond van artikel 31 WTG beschikken over de bevoegdheden neergelegd in afdeling 5.2 van de Awb.

Artikel I, onder U

Vervallen artikel 34

De bevoegdheden van toezichthouders zijn ten algemene vastgelegd in Afdeling 5.2 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb). Artikel 34 WTG stamt uit de tijd dat het toezichtkader nog niet op grond van de Awb was gebaseerd. Artikel 34 regelt niets meer dan wat op grond van de Awb al is geregeld dan wel reeds op grond van artikel 30 is geregeld ten aanzien van de gegevensverstrekking aan Minister, College en FIOD-ECD. Het artikel kan derhalve vervallen. De toezichthouders aangewezen op grond van artikel 31 WTG beschikken over de bevoegdheden neergelegd in afdeling 5.2 van de Awb.

Artikel I, onder V

Uniforme bezwaar- en beroep procedure (Artikel 35)

Naast tariefbeschikkingen treft het College op grond van de gewijzigde WTG ook beschikkingen over prestatiebeschrijvingen, experimenten en bestuurlijke handhaving van administratie- en informatievoorschriften die rechtstreeks het belang van een orgaan voor gezondheidszorg of ziektekostenverzekeraar kunnen raken. Zonder expliciete wijziging van artikel 35 zou door het enumeratieve karakter daarvan tegen niet in dat artikel genoemde beschikkingen beroep open staan bij de algemene bestuursrechter. Dat is niet gewenst. In bescheiden doch toenemende mate wordt door organen voor gezondheidszorg, ziektekosten-

verzekeraars en representatieve organisaties beroep ingesteld tegen overige beschikkingen die op grond van de WTG worden getroffen, zoals twee maal een bezwaar tegen representativiteitsverklaringen op grond van artikel 3 van de wet en diverse procedures door een drietal belanghebbenden tegen het onthouden van goedkeuring aan beleidsregels op grond van artikel 12 van de wet. De bezwaren tegen de representativiteit hebben niet geleid tot het instellen van beroep. Het beroep van de drie belanghebbenden is zowel in eerste aanleg bij de algemene bestuursrechter als in hoger beroep bij de Raad van State ongegrond verklaard, waarop de belanghebbenden alsnog bezwaar hebben gemaakt bij het College tegen de tariefbeschikking en beroep hebben aangetekend bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) tegen het besluit van het College op het bezwaarschrift. Het CBB heeft thans een werkvoorraad van ongeveer vijftig WTG-zaken.

De laatste zes jaren doet het CBB gemiddeld twaalf keer uitspraak in gewoon beroep, anderhalf keer in een voorlopige voorzieningsprocedure, en worden per jaar ongeveer vierentwintig zaken bij het CBB aangebracht. Een grote toename van zaken wordt niet verwacht. De huidige besluiten van het College inzake tarieven en de nieuwe besluiten inzake prestatiebeschrijvingen zonder tarief en tarieven voor experimenten zijn communicerende vaten waarbij de afname aan de ene kant een toename aan de andere laat zien. Ervan uitgaande dat een ieder zijn administratie als gevolg van andere regels al op orde heeft, wordt verwacht dat het College slechts bij uitzondering van zijn bevoegdheid tot bestuurlijke handhaving van administratieve en informatievoorschriften gebruik hoeft te maken. De geringe hoeveelheid zaken betreffende representativiteit en onthouding van goedkeuring aan beleidsregels is hiervoor al beschreven.

In de parlementaire geschiedenis van de WTG is geconstateerd dat bij alle tariefbeschikkingen economische en bedrijfseconomische belangen een zodanig belangrijke rol spelen dat met betrekking tot die beschikkingen is gekozen voor een rechtsgang bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB). Tijdens die constatering was er van bezwaar of beroep tegen andere beschikkingen in de praktijk nog geen sprake. Het staat echter buiten elke twijfel dat die gronden ook op die andere beschikkingen van toepassing zijn. Daarenboven is het tijdrovend en uit proceseconomisch oogpunt niet efficiënt om deze geschillen aan verschillende en territoriaal gespreide rechterlijke instanties voor te leggen, die zich niet alleen de WTG, maar ook het voor de werking van de WTG zo belangrijke complex van wetgeving in de gezondheidszorg eigen moeten maken. Uiteindelijk culminereren alle beslissingen toch in een tariefbeschikking waartegen dan beroep bij het CBB open staat, waardoor het gevaar bestaat dat de zaak dan nogmaals opnieuw aan de orde komt met alle bestuurlijke en gerechtelijke lasten van dien. Derhalve bewerkstelligt de onderhavige wijziging dat tegen alle beschikkingen op grond van deze wet beroep kan worden ingesteld bij het CBB.

Naast deze materiële grond dient ook ingevolge Aanwijzing voor de regelgeving 150 e.v. voor één bijzondere wet één administratieve rechter te worden ingesteld. Van de gelegenheid om het artikel uit te breiden tot besluiten inzake prestatiebeschrijvingen zonder tarief en de bestuurlijke handhaving is gebruik gemaakt om aan te sluiten bij de bedoelde Aanwijzingen en wordt voorgesteld om het CBB de enige administratieve rechter voor WTG-zaken te maken.

Onder de formulering «een op grond van deze wet genomen besluit» vallen ook besluiten die genomen zijn op grond van uitvoeringsregelen van de wet.

Ingevolge artikel 95 van de Wet op de rechterlijke organisatie is aan de Raad voor de Rechtspraak advies gevraagd over het ontwerp wetsvoorstel. De Raad heeft op 29 juli 2003, kenmerk UIT 2320/ONTW RCH, een

positief advies gegeven over het ontwerp wetsvoorstel. De raad juicht in het bijzonder toe dat beroepszaken op grond van de WTG worden geconcentreerd bij het CBB. Het voorstel bevat geen aanwijzingen dat de wetswijziging een in aanmerking te nemen verhoging van de belasting van het CBB met zich brengt.

Artikel I, onder W

Vervallen artikel 43, tweede en vierde lid

Met het vervallen van titel 4a over de maximumtarieven zijn ook de verwijzingen in artikel 43 naar die maximumtarieven overbodig. Het tweede en vierde lid van dat artikel vervallen.

Artikel II

Economische delicten

Overtreding van het bepaalde bij of krachtens artikel 2a van de WTG is strafbaar gesteld in artikel 1, onder 4, van de Wet op de economische delicten (WED); de effecten van het niet voldoen aan die administratie-, declaratie- en bekendmakingsvoorschriften kunnen hetzelfde zijn als het niet voldoen aan de voorschriften in de overige WTG verbodsartikelen, zoals het in rekening brengen van een hoger tarief dan toegestaan. Mede vanwege de eenvoud en overzichtelijkheid van de strafmaat worden nu alle WTG-overtredingen onder artikel 1, onder 2, WED gebracht. Dit artikel stelt daarenboven het overtreden van artikel 2b en 30a in de WED strafbaar. Strafbbaarstelling van overtreden van het gestelde in de artikelen 17b en van 34 vervalt nu de afzonderlijke procedure voor maximumtarieven (Titel IVa) en de overbodige toezichtbepaling vervallen.

Artikel III

Inwerkingtreding

In het kader van de terugdringing van administratieve lasten is het wenselijk wijzigingen die invloed hebben op de uitoefening van beroep en bedrijf zoveel mogelijk per boekjaar in te voeren. Een wijziging halverwege een boekjaar kan lasten en kosten met zich brengen die bij de aanvang van het boekjaar niet waren te overzien. Het onderhavige voorstel vergroot de mogelijkheden om maatregelen te treffen die van invloed zijn op die uitoefening van beroep en bedrijf. Het is derhalve in beginsel wenselijk het wetsvoorstel aan het begin van een boekjaar in werking te laten treden. Er is echter voor gekozen met ingang van 1 juli de volgende stappen te zetten in de bekostiging van ziekenhuiszorg met behulp van diagnose behandeling combinaties.

Artikel IV

Citeertitel

Een van de lessen van «de Wet van 24 december 1998 tot wijziging van de Ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen in verband met het invoeren van de aanspraak op medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis» is dat een goede titel veel verwarring kan voorkomen. Die wet wordt ingevolge het ontbreken van een officiële aanduiding op velerlei wijze geciteerd als Wet Biesheuvel, de Integratiewet, de Wet integratie medisch specialistische zorg e.d.. Een ander betreuenswaardig voorbeeld van het ontbreken van een naam is de wet waarbij de maximumtarievenssystematiek in de WTG is ingevoerd en de contracterplicht in Ziekenfondswet en AWBZ is beperkt. Naar verwachting zal er in het veld ook behoefte zijn aan een korte efficiënte aanduiding van deze wet. Dat aan anderen over te laten leidt naar verwachting tot eenzelfde creativiteit die bij deze wet al naar het gebe-

zigde spoor experimentwet, prestatiewet of fraudewet genoemd kan worden.

De gegeven naam weerspiegelt het oorspronkelijke voornemen de wijziging van de WTG te beperken tot het opnemen in de WTG van uitdrukkelijke mogelijkheden voor het houden van experimenten en het faciliteren van prestatiebekostiging. Toen is gekozen voor een samentrekking van de woorden experiment en prestatiebekostiging in samenhang met de aanduiding van de wetsfamilie waartoe deze wijzigingswet behoort, de WTG. Anticiperend op het spraakgebruik is gekozen voor de citeertitel WTG ExPres. Daarmee tevens symboliserend de snelheid waarmee na inwerkingtreding van deze wet het tarieven- en bekostigingsbeleid door alle betrokken partijen gezamenlijk op maat kan worden vorm gegeven. De latere toevoeging van andere sporen heeft niet geleid tot de behoefte de naam te wijzigen.

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