

Vergaderjaar 2004–2005

- 
- 28 994**                    **Wijziging van de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten, in verband met herziening van het overeenkomstenstelsel in de sociale ziektenkostenverzekering alsmede enkele andere wijzigingen (Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg)**
- 29 379**                    **Wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatiebekostiging en enige andere maatregelen (WTG ExPres)**
- 27 659**                    **Vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoeyenis met het aanbod van zorginstellingen (Wet toelating zorginstellingen)**

**D**                            **MEMORIE VAN ANTWOORD**  
Ontvangen 29 oktober 2004

## **Voorwoord**

Met genoegen heb ik geconstateerd dat de Eerste Kamer heeft gekozen voor integrale behandeling van de onderhavige wetsvoorstellen. Dat onderstreept de gemeenschappelijke richting van de drie wetsvoorstellen, die alle drie van belang zijn voor het openbreken van het huidige gesloten systeem van aanbodregulering. Tevens faciliteren deze wetsvoorstellen de geleidelijke overgang naar vraagsturing, dat wil zeggen naar een situatie waarin de beslissingen over de inzet van middelen zo veel mogelijk worden genomen daar waar vraag en aanbod elkaar ontmoeten. Het kabinet verwacht dat zo'n situatie verzekeraars en aanbieders meer ruimte biedt om de zorg op een efficiënte wijze in te richten, en dat het aanbod zich meer en sneller zal richten naar de vraag van patiënten en verzekeren.

Tegen deze achtergrond heb ik met veel belangstelling kennis genomen van het voorlopig verslag dat de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 19 oktober 2004 ter zake heeft uitgebracht. Naast de belangstelling die de wetsvoorstellen ontmoeten bevat het verslag kritische vragen, in het bijzonder over de administratieve lasten. Alle fracties vragen daar aandacht voor. Twee andere thema's die in het verslag uitgebreid aan bod komen zijn de positie van de consument en de onduidelijkheid die inherent is aan proceswetten.

Keuzevrijheid is essentieel voor een sterke positie van patiënten en verzekerden. Ik heb er vertrouwen in dat we daarmee op de goede weg zijn, en wel hierom:

- Zorgverzekeraars zullen eigener beweging geneigd zijn tot het bieden van arrangementen met een breed aanbod. Doen ze dat niet, dan verliezen ze verzekerden.
- De zorgplicht van verzekeraars die bevordert dat verzekerden de zorg die voor hen noodzakelijk is, ook daadwerkelijk krijgen.
- De introductie van het restitutie-element dat de keuzevrijheid van de verzekerde vergroot en dat met de Zorgverzekeringswet (Zvw) verder zal worden versterkt.
- De mogelijkheid voor verzekerden om zonder acceptatieproblemen van verzekeraar te wisselen.

Ik realiseer mij zeer wel dat er meer nodig is voor de toerusting van de consument. In het bijzonder de leden van de CDA-fractie wijzen in dit verband op de beschikbaarheid van informatie over aanbieders en verzekeraars. Ik kom hierop terug bij de beantwoording van de vragen. Daarbij geef ik aan welke initiatieven intussen zijn genomen.

Vooraf in de vragen en opmerkingen van de fracties van PvdA en CDA, maar ook in de bijdrage van de SP, lees ik dat deze fracties meer inzicht zouden willen hebben in de wijze van de vergoeding bij restitutie alsook in de uitwerking van het wetsvoorstel Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Wat betreft de vergoeding bij restitutie verwijs ik naar de meegezonden ontwerp-Amvb. Wat betreft de uitwerking van de WTZi is het mijn bedoeling medio november de volgende stukken aan de Tweede Kamer voor te leggen.

- Het uitvoeringsbesluit WTZi. Dit betreft een verzamel-Amvb waarin onder meer de eisen voor goed bestuur van instellingen zijn vastgelegd alsook de voornemens voor de korte termijn inzake de deregulering van het bouwregime, die voornamelijk betrekking hebben op de kleinschalige zorg.
- De beleidsvisie en de beleidsregels op grond van de WTZi, die de criteria voor de toelating van instellingen omvatten, de waarborgen voor onder meer de bereikbaarheid van acute zorg, en wat betreft de care de betrokkenheid bevorderen van bewoners en cliënten bij de inrichting van hun huisvesting.

Mede met het oog op het vervolg van de behandeling van de onderhavige wetsvoorstellen zal ik ervoor zorgdragen dat deze stukken ook voor de Eerste Kamer snel beschikbaar komen.

Hiernaast zijn het met name de leden van de fracties van CDA en SP die mijn toezegging aan de Tweede Kamer inzake de modernisering van de financiering van kapitaallasten signaleren. De desbetreffende notitie, die een aanzet moet geven voor verregaande deregulering van het bouwregime voor zowel de ziekenhuizen als de intramurale AWBZ-voorzieningen, zal ik eveneens, als het zover is, aan de Eerste Kamer beschikbaar stellen.

Voorts ga ik hier in op enkele algemene opmerkingen van de leden van de fracties van D'66 en OSF, en van SGP en ChristenUnie. Deze leden wijzen op het geheel van de hervormingsagenda, waarbij zij aangeven dat met de stapsgewijze aanpak van het kabinet het einddoel vervaagt. De leden van de fracties van D'66 en OSF voegen hieraan toe dat op onderdelen nog politiek onverdragen voorstellen bestaan, zoals de Zvw, de wet op de zorgtoeslagen en het draagvlak voor de wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). Tevens signaleren de leden van de fracties van D'66 en OSF steeds kritischer geluiden over marktwerking in de zorg. Ik herken deze opmerkingen. In dit verband wijs ik op het onderscheid tussen de vernieuwing van het verzekeringsstelsel en de vernieuwing van

het zorgstelsel. Bij de vernieuwing van het verzekeringsstelsel gaat het om de Zvw, de wet op de zorgtoeslagen en verder weg de WMO; kortom, zaken die wat verder in het verschiep liggen. Bij de vernieuwing van het zorgstelsel gaat het juist om de wetsvoorstellen die nu aan de orde zijn. Uiteraard bestaan er relaties tussen het ene en het andere. De vernieuwing van het zorgstelsel en de vernieuwing van het verzekeringsstelsel vullen elkaar aan. Dit hoeft echter een volgtijdelijke agendering niet in de weg staan; dit nog los van de praktische omstandigheid dat nu eenmaal niet alles tegelijk kan en het bovendien beter is om niet alles tegelijk te willen doen.

Wat betreft de kritische geluiden over marktwerking in de zorg: ik ben daarmee bekend en ik neem die geluiden ook serieus. Ze sterken mij in de overtuiging dat bij de overgang van aanbodregulering naar vraagsturing een weloverwogen en behoedzame aanpak geboden is.

Bij de beantwoording van de vragen heb ik zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij de indeling van het voorlopig verslag, met dien verstande dat het aspect van de administratieve lasten, gezien inhoud en samenhang van de daaromtrent gestelde vragen, in een afzonderlijk hoofdstuk is opgenomen. Aan dit hoofdstuk over de administratieve lasten is toegevoegd een overzicht van de wijzigingen in de regelgeving en de daardoor optredende veranderingen in de administratieve lasten; een overzicht waarom de vaste commissie verzocht bij brief van 5 oktober 2004. Dit heeft geleid tot de volgende indeling bij de beantwoording van de vragen:

I.	Inleiding	3
II.	Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg (28 994)	10
III.	WTG ExPres (29 379)	33
IV.	Wet toelating zorginstellingen (27 659)	53
V.	Administratieve lasten met Overzicht van wijzigingen regelgeving en administratieve lasten	75

Vanzelfsprekend heb ik gestreefd naar een zo volledig mogelijke beantwoording van de vragen, zoals de leden van de SP-fractie overigens verzoeken na hun constatering dat de onderhavige wetsvoorstellen een grote rol spelen bij de stelselherziening.

## **I. Inleiding**

1

*De leden van de PvdA-fractie hadden met belangstelling kennisgenomen van de onderhavige wetsvoorstellen. Graag zouden deze leden een toelichting willen hebben op de zelfstandige betekenis van de afzonderlijke wetsvoorstellen, in het bijzonder of de wetsvoorstellen ook onafhankelijk van elkaar in werking kunnen treden.*

Wat betreft de afzonderlijke betekenis van de drie wetsvoorstellen wil ik wijzen op de hoofdlijnen en thema's van elk van de drie wetsvoorstellen.

Voor het wetsvoorstel inzake de herziening van het overeenkomstenstelsel (HOZ) gaat het om het volgende:

- Het faciliteren van het opheffen van de (omgekeerde) contracteerplicht. Dit wordt mogelijk bij amvb.
- Het afschaffen van de wettelijke verplichting tot het sluiten van raamovereenkomsten, de zogenaamde uitkomsten van overleg, tussen brancheorganisaties van aanbieders en verzekeraars en de modelovereenkomsten.
- De introductie van restitutie voor zorgvormen waar noch sprake is van

- contracteerplicht, noch sprake van tarifiering krachtens de WTG; zulks op geleide van het amendement Schippers/Lambrechts en alleen van betekenis voor de Ziekenfondswet (Zfw).
- Het codificeren van de zorginkoop in het buitenland.

Voor de WTG Expres betreft het:

- De introductie van de mogelijkheid op beperkte schaal experimenten te houden met de bekostiging van zorgaanbieders of zorgprestaties.
- Het faciliteren van prestatiebekostiging respectievelijk het deelmarkt-gewijs dereguleren van het prijsregime.
- Maatregelen ter beperking van de administratieve lasten.
- Maatregelen met het oog op fraudebestrijding.

De hoofdlijn van de Wet toelating zorginstellingen bestaat uit het bieden van meer vrijheid en meer verantwoordelijkheid aan zorginstellingen. Bij die vrijheden gaat het in de eerste plaats om het deelmarkt-gewijs dereguleren van het bouwregime. In de tweede plaats gaat het om de mogelijkheid de instellingen toe te staan om risicodragend kapitaal aan te trekken. Zowel het eerste als het tweede wordt mogelijk bij amvb. Kernelement in het wetsvoorstel WTZi is de toelating. De toelating legt als het ware de bodem om vrijheden te kunnen geven. Die bodem bestaat uit eisen voor goed bestuur en waarborgen voor spreiding en toegankelijkheid. De eisen voor goed bestuur worden bij amvb vastgelegd. De waarborgen voor spreiding en toegankelijkheid zijn een belangrijk element in de beleidsvisie en de beleidsregels van de WTZi. Aanvullend biedt de WTZi de mogelijkheid om op beperkte schaal experimenten te houden waarbij bijvoorbeeld het bouwregime buiten toepassing wordt gelaten; een mogelijkheid die op geleide van een daartoe strekkend amendement in het wetsvoorstel is opgenomen.

Mijn antwoord op de vraag of de wetsvoorstellen ook onafhankelijk van elkaar in werking kunnen treden, luidt bevestigend. De voorliggende wetsvoorstellen zijn qua positie en karakter niet gelijk. De WTZi vervangt de WZV, de HOZ wijzigt de Ziekenfondswet en de AWBZ, en de WTG Expres wijzigt de WTG. Maar het is niet zo dat de ene wet niet zou kunnen werken zonder de andere. Bijvoorbeeld: het op kleine schaal bij experiment invoeren van vrije prijsvorming (WTG Expres) is geen noodzakelijke voorwaarde voor het toestaan van de mogelijkheid om risicodragend kapitaal aan te trekken (WTZi) of het loslaten van centrale afspraken voor de zorginkoop (HOZ).

Ik voeg hier wel aan toe dat het met het oog op de DBC bekostiging van ziekenhuizen, in het bijzonder de beoogde introductie per 1 januari 2005 van het zogenaamde B-segment DBC, noodzakelijk is dat zowel de HOZ als de WTG Expres per die datum kracht van werking hebben. Voor dat B-segment geldt immers vrije prijsvorming inzake bepaalde prestaties waarvan de beschrijvingen worden vastgelegd (WTG Expres) in een omgeving zonder contracteerplicht (HOZ). Volledigheidshalve wil ik verder wijzen op de toelichting bij het WTZi-amendement over experimenten. Die toelichting maakt gewag van de mogelijkheid van «een diepte-experiment op grond van de WTG en de WTZi». Daarbij wordt aangetekend «dat het voor een goede werking van een experiment op grond van de WTG nodig kan zijn dat bepalingen op grond van de WTZi, zoals die inzake het bouwregime buiten werking worden gesteld». Vastgesteld zij dat het voor bedoelde diepte-experimenten noodzakelijk is dat zowel de WTG ExPres als de WTZi kracht van werking hebben.

2

*Daarnaast merkten de leden van de PvdA-fractie op benieuwd te zijn naar de samenhang tussen de onderhavige voorstellen en het voorstel van de*

*Europese Commissie om de gezondheidszorg als gewone dienstverlening te beschouwen. Kan worden aangegeven op welke termijn verwacht wordt dat dit voorstel wordt behandeld en op welke termijn de implementatie van deze richtlijn in Nederland verwacht wordt?*

De gezondheidszorg als economische activiteit valt thans reeds onder de regels van het Europees Verdrag, met name de regels inzake de vrijheid van dienstverlening. Dit heeft enkele belangwekkende arresten van het Europese Hof opgeleverd over de vraag in hoeverre de (toegang tot de) gezondheidszorg mag worden belemmerd.

De voorgenomen Dienstenrichtlijn heeft in het bijzonder tot doel een rechtskader te scheppen voor de verschillende diensten. Het richtlijnvoorstel bevindt zich thans in het stadium van onderhandelingen; naar verwachting zullen die niet binnen een jaar zijn afgerond. Vaststelling en implementatie zijn voorshands voorzien voor 2008/2010, maar niet is uit te sluiten dat het later wordt.

3

*De leden van de PvdA-fractie vroegen zich hoe de minister de kwaliteit van de in Nederland verstrekte zorg wil bewaken. Welke indicatoren worden hiervoor gebruikt? Welke gegevens (en op welke gronden) worden daarvoor verzameld?*

De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de kwaliteit van zorg en dat blijft zo. Het leidende principe daarbij is dat de zorgaanbieders zelf de kwaliteitsnormen opstellen waarop het toezicht wordt uitgeoefend. Waar nodig speelt de Inspectie een actieve aanjagende of corrigerende rol. Een recent voorbeeld is de basisset prestatie-indicatoren voor de ziekenhuiszorg. Voor een doelmatiger uitoefening van het toezicht heeft de Inspectie het zogenoemde gefaseerde toezicht ontwikkeld, waarmee zij op systematischer wijze dan voorheen de kwaliteit van zorg in kaart brengt. Invalshoek is dat het toezicht daar het scherpst is waar de risico's het grootst zijn. Met deze gelaagde wijze van toezicht is de Inspectie goed op haar taken toegerust, ook bij de geleidelijke introductie van marktwerking in de zorg. Aan dat laatste levert de IGZ een actieve bijdrage; ook de openbaarmaking van de rapporten van de IGZ draagt bij aan de benodigde transparantie.

De kwaliteit van de zorg wordt niet alleen bewaakt door overheidstoezicht maar ook door een kritische opstelling van de consument. Met het oog daarop worden de eisen aan de kwaliteitsverantwoording van zorgaanbieders zodanig aangescherpt dat consumenten en verzekeraars (en ook de Inspectie) inzicht krijgen in de onderlinge kwaliteitsverschillen. De wetten op basis waarvan de benodigde informatie-eisen worden gesteld zijn Kwaliteitswet en WTZi.

Naast het toezicht en de verbetering van de kwaliteitsverantwoording worden de door partijen ontwikkelde prestatie-indicatoren op de website geplaatst van de gezondheidszorgportal die het RIVM aan het ontwikkelen is.

Ook de Consumentenbond en NPCF zijn bij dit initiatief betrokken.

4

*Ook vroegen de leden van de PvdA-fractie welke geslaagde vormen van marktwerking in de gezondheidszorg van andere landen als voorbeeld hebben gediend bij het opstellen van dit wetsvoorstel.*

Door institutionele en culturele verschillen zijn modellen van andere landen zelden één op één toepasbaar. Uitgangspunt voor de regering is het concept van zorgverzekeraars die onderling concurreren op de zorginkoopmarkt. Daarmee is in de Nederlandse ziekenfondssector de

afgelopen 10 jaar ervaring opgedaan, mogelijk gemaakt door een steeds verbeterd risicovereveningssysteem. Er is in de ogen van de regering sprake van een geslaagde marktwerking als de concurrentie tussen zorgverzekeraars leidt tot een zodanige concurrentie tussen zorgaanbieders dat de zorg doelmatig wordt verleend en bovendien voor iedereen toegankelijk is en kwalitatief van een goed niveau. De realiteit gebiedt onder ogen te zien dat dit niet voor alle deelsectoren in dezelfde mate, op dezelfde wijze en/of in hetzelfde tempo kan worden gerealiseerd. Voor de regering was de belangrijkste eis aan de wetsvoorstellen dan ook, dat maatwerk bij de transitie naar marktwerking mogelijk wordt.

5

*Zonder acceptatieplicht leidt marktwerking in het zorgstelsel tot risicoselectie. In het verlengde hiervan geldt straks ook een verbod op premiedifferentiatie. Welke persoonsgerelateerde factoren mogen niet tot premiedifferentiatie leiden? Gelden het verbod op premiedifferentiatie en de acceptatieplicht ook voor de aanvullende verzekering?*

Bij de Zvw mag geen enkele persoonsgerelateerde factor leiden tot premiedifferentiatie. De zorgverzekeraar moet per aangeboden polis ieder individu onder dezelfde voorwaarden accepteren. Dat geldt niet voor de aanvullende verzekering.

6

*De leden van de PvdA-fractie vroegen of er onderzoek is gedaan naar de mogelijkheden en de gevolgen van het sturen van patiëntenstromen door verzekeraars.*

Verzekeraars kunnen zich door een actief contracteerbeleid gaan profileren op bepaalde patiëntengroepen. Zo is er bijvoorbeeld een verzekeraar, die zich inspent om goede diabeteszorg in te kopen die aansluit bij de wensen van diabetespatiënten. Verzekeraars krijgen steeds meer ruimte om zorgaanbieders die geen goede of te dure zorg leveren niet te contracteren. Een actief inkoopbeleid kan de verzekerden zeer ten goede komen.

7

*Voorts stelden de leden van de PvdA-fractie de vraag of van patiënten die zich in hun laatste levensfase bevinden, verwacht kan worden dat zij zich bij de keuze voor een zorgaanbieder laten leiden door de contracten die de verzekeraar heeft gesloten*

Een begrijpelijke vraag. Ik wil in dit verband ten eerste wijzen op de zorgplicht van verzekeraars met inbegrip van het gegeven dat dezen in hun inkoopbeleid hebben te rekenen met de wensen van hun verzekerden. In de tweede plaats wijs ik erop dat de Tweede Kamer mede met het oog op dergelijke situaties een amendement van de heer Van der Vlies bij de behandeling van de HOZ unaniem heeft gesteund. Dat amendement behelst de continuïteit van een behandelrelatie bij beëindiging van een contract tussen zorgverzekeraars en behandelaar. De patiënt moet daar niet de dupe van worden.

8

*De leden van de PvdA fractie vroegen welke dwangmiddelen de minister kan hanteren bij onvoldoende zorginkoop? Wanneer de verzekeraar tekort schiet, hoe krijgt de verzekerde dan de medisch noodzakelijke zorg?*

De ziekenfondsverzekerde heeft jegens zijn ziekenfonds recht op zorg; Hij kan dat recht bij de rechter afdwingen indien deze niet binnen redelijke

termijn (invulling bijvoorbeeld door middel van Treektermijnen) wordt geleverd omdat de verzekeraar onvoldoende heeft ingekocht. Het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) kan bij de beoordeling van de verantwoordingsprodukten van het ziekenfonds opmerkingen maken over het zorginkoopbeleid. Een stap verder is dat het CTZ verscherpt toezicht uitoefent op het inkoopbeleid van het ziekenfonds bijvoorbeeld door het verlangen van een tweemaandelijks rapportage. In het uiterste geval kan het CTZ het ziekenfonds met betrekking tot de zorginkoop een aanwijzing geven. Blijft de verzekeraar te kort schieten en komt daardoor de medisch noodzakelijke zorg voor de verzekerden in gevaar, dan zou nog gedacht kunnen worden aan een ministerieel restitutiebepaling om acute problemen op te lossen.

9

*De leden van de PvdA-fractie vroegen of preciezer kan worden aangegeven aan welke vormen van zorg of categorieën van instellingen wordt gedacht om de contracteerplicht op te heffen.*

Met het wetsvoorstel HOZ is in de Zfw de mogelijkheid gecreëerd om bepaalde, bij amvb aan te wijzen, vormen van zorg uit te zonderen van de contracteerplicht. Per 1 januari 2005 wordt daarvan gebruik gemaakt voor het segment DBC's dat vanaf dat tijdstip aan vrije prijsvorming onderhevig wordt. De Zvw gaat een stap verder. In de Zvw kunnen verzekeraars ervoor kiezen of zij de zorg in natura willen verzekeren of dat ze de zorg verzekeren door middel van vergoeding van de gemaakte kosten. Uitgangspunt in de Zvw is dat er geen contracteerplicht is. De Zvw bevat wel de mogelijkheid om bij amvb vormen van zorg aan te wijzen waarvoor contracteerplicht geldt. Voor de criteria die ik op dit punt zal hanteren verwijs ik naar mijn brief over de liberalisering van electieve zorg, die ik op 20 oktober 2004 aan de Tweede Kamer heb gezonden. Ten aanzien van de AWBZ is per 1 september 2004 de contracteerplicht voor een groot aantal extramurale functies opgeheven (publicatie d.d. 30 augustus 2004, Stb. 419). Binnen de AWBZ is het, anders dan binnen de Zfw, namelijk nu al mogelijk de omgekeerde contracteerplicht (dat wil zeggen de contracteerplicht voor instellingen jegens de uitvoeringsorganen AWBZ) op te heffen (zie artikel 46, tweede volzin, van de huidige AWBZ). Ook voor de AWBZ geldt als streven de contracteerplicht op termijn zoveel mogelijk uit te schakelen.

10

*De leden van de PvdA-fractie hadden een opmerking over het halen van «krenten uit de pap». In de Memorie van Toelichting van de Wet HOZ wordt aangegeven dat een voldoende spreiding van de voorzieningen gegarandeerd wordt. In hoeverre zal dit leiden tot een kostenverhoging als sommige aanbieders de krenten uit de pap halen en deze aanbieders geen representatieve spreiding te zien geven. Zullen, gelet op de arbeidsmarkt, nieuwe aanbieders personeel werven bij bestaande instellingen?*

Om te voorkomen dat «krenten uit de pap» worden gehaald, ga ik gefaseerd te werk. Per 1 januari 2005 wordt een belangrijke stap gezet in de ontwikkeling van (gereguleerde) marktwerking, met name in de ziekenhuiszorg, maar dit is een bewuste en voorzichtige stap. Het gaat om een overzienbaar risico. Als aanbieders de «krenten uit de pap» kiezen, ga ik er van uit dat de verzekeraar met dergelijke aanbieders lagere prijsafspraken maakt. Dit zal de «krenten» minder aantrekkelijk maken. Tevens ontstaat er dan ruimte om op andere terreinen iets hogere prijzen te betalen als dat nodig is. Daarmee wordt de «pap» dus ook aantrekkelijker in financieel opzicht.

Dat nieuwe aanbieders personeel kunnen werven bij bestaande instellingen was altijd al mogelijk. Gezien de huidige arbeidsmarkt verwacht ik dat dit niet direct tot problemen leidt. Op langere termijn wil ik er voor zorgen dat er voldoende kwalitatief geschikt personeel wordt opgeleid. Daartoe wordt een opleidingsfonds in het leven geroepen. Hieruit kunnen de noodzakelijke opleidingen worden gefinancierd, voorzover er een te groot risico bestaat dat deze in het gedrang komen bij de onderhandelingen over DBC-prijzen (Kamerstuk II, 2003–2004, 29 282, nr. 1).

11

*De leden van de PvdA-fractie vroegen of er een inventarisatie heeft plaatsgevonden van de problemen die het veld door invoering per 1 januari 2005 verwacht en zo ja welke oplossingen voor deze problemen zijn gevonden.*

Het veld is goed op de hoogte van de invoering van de DBC's per 1 januari 2005 en de mogelijke problemen die daarbij spelen. In gezamenlijk overleg met betrokkenen worden daar oplossingen voor gezocht. De invoering van restitutie in de Zfw zal mogelijk aanloopproblemen geven. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is echter wel steeds betrokken geweest bij de vormgeving van dit nieuwe element in de ziekenfondsverzekering. Wat betreft de WTZi zijn voor het veld vooral van belang de voornemens inzake de deregulering van het bouwregime en de transparantie-eisen. Na de aanvaarding van het wetsvoorstel door de Tweede Kamer is de communicatie met het veld gestart. Ik verwacht geen onoverkomelijke problemen. Ik voeg hieraan toe dat intussen aan CTZ/ZAio inzake de dereguleringsvoornemens een uitvoeringstoets is gevraagd over de vertaling naar de bekostiging. De brancheorganisaties zijn bij de uitwerking betrokken.

12

*De leden van de fracties van de SGP en ChristenUnie merkten op dat in het huidige zorgstelsel onvoldoende tegemoetgekomen wordt aan de vraag van de zorggebruiker. Er zijn te beperkte keuzemogelijkheden. Er moet een omvorming plaatsvinden van een aanbodgericht naar een vraaggericht gezondheidszorgstelsel met een actievere rol van de zorggebruiker. Deze leden constateren dat de onderhavige wetsvoorstellen met elkaar gemeen hebben dat zij de noodzakelijk geachte marktwerking in de gezondheidszorg beogen. Voor alle duidelijkheid merken deze leden op dat hun fracties geen voorstanders zijn van te ver doorgevoerde, vrije marktwerking in de gezondheidszorg. Nu beoogt, als zij het goed zagen, het kabinet ook allerm minst vrije marktwerking, maar een vorm van gereguleerde concurrentie. Is deze conclusie juist?*

Het verheugt mij dat de fracties van de SGP en ChristenUnie zich voorstander tonen van marktwerking. Evenzo verheugt het mij dat zij geen voorstander zijn van te ver doorgevoerde vrije marktwerking. Hun conclusie dat het kabinet een vorm van gereguleerde concurrentie in de zorg voorstaat is dan ook juist. Een van de redenen voor de keuze voor gereguleerde marktwerking ligt in de omstandigheid dat in de zorg een aantal deelmarkten is te onderscheiden, waarbij de ene deelmarkt zich meer dan de andere deelmarkt leent voor marktwerking. Hierbij speelt ook het publieke belang. Een vrije markt mag dan mooi klinken, maar is dat uiteraard niet als dat het publieke belang zou schaden. Dan zijn er regels nodig om de negatieve effecten van marktwerking teniet te doen dan wel, indien nodig, marktwerking uit te sluiten. Voor het overige verwijs ik naar het voorwoord.

13



*De leden van de fracties van de SGP en ChristenUnie hadden opmerkingen over het fasegewijs loslaten van de centrale aanbodsturing. Juist om deze reden hadden deze leden nogal wat problemen met de wetsvoorstellen. Er wordt niet duidelijk gekozen voor vraagsturing. Hierover wilden zij een duidelijk antwoord. Zij misten vervolgens helderheid over toetsingscriteria. Waarom is er niet een duidelijk spoorboekje bijgevoegd?*

Ik wil verwijzen naar het stappenplan, dat is opgenomen in mijn brief van 12 maart 2004 over de herziening van het zorgstelsel (kamerstukken II, 0304, 23 619, nr. 21). Die brief beschrijft op hoofdlijnen het herzien van het stelsel van curatieve zorg, gaat in op de aanpak voor een beheerste omslag van aanbodsturing naar gereguleerde marktwerking, bevat de concrete maatregelen in de komende jaren om de omslag naar gereguleerde marktwerking in goede banen te leiden en behandelt tenslotte de organisatie en planning.

Voor de te hanteren toetsingscriteria bij de liberalisering verwijs ik naar mijn brief over de liberalisering van de electieve zorg, die ik op 20 oktober jongstleden aan de Tweede Kamer heb gestuurd. Criteria die deze brief noemt zijn onder meer: een evenwichtige verdeling van marktmacht tussen aanbieders en verzekeraars, de beschikbaarheid van voldoende informatie, en producten die vrijwel geen medische complicaties kennen.

14

*Verder vroegen de leden van de fracties van SGP en ChristenUnie hoe dure, hoogwaardige en complexe zorg gewaarborgd is.*

Deze vormen van zorg acht ik op economische gronden vooralsnog niet geschikt voor liberalisering. Daarnaast is het ook mogelijk dat regulering nodig is vanuit het toegankelijkheids- en kwaliteitsoogpunt. Hiervoor wil ik de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) en de academische component blijven gebruiken. Voor de besluitvorming over waar en in welke mate regulering nodig is, dient het toetsingskader dat is opgenomen in mijn hiervoor genoemde brief over de electieve zorg.

15

*De leden van de fracties van SGP en ChristenUnie merkten op dat een instelling die te maken heeft met een modern gebouw, veel gemakkelijker goedkope zorg kan leveren dan een instelling die in een oud pand zit. Hoe wordt met die verschillen rekening gehouden?*

In de eerste plaats vraag ik mij af of de verschillen tussen oud en nieuw zo groot zijn als de vraag suggereert. In de zorginfrastructuur, in het bijzonder die van ziekenhuizen, wordt doorlopend gerenoveerd met gemiddeld genomen eens per 20 jaar een ingrijpende renovatie. Tegen die achtergrond meen ik dat de verschillen in exploitatiekosten die een gevolg zijn van verschillen in de ouderdom van de infrastructuur, niet moeten worden overdreven.

In de tweede plaats wijs ik erop dat oudere gebouwen weliswaar duurder in exploitatie kunnen zijn, maar dat dit althans voor een deel wordt gecompenseerd door lagere kapitaallasten.

Een en ander neemt niet weg dat hier een aandachtspunt ligt. Ik stel mij voor dit punt te betrekken bij de voorbereiding van de notitie over kapitaallasten, die ik heb toegezegd aan de Tweede Kamer.

16

*De leden van de fracties van SGP en ChristenUnie stelden voorts de vraag wat de gevolgen van de toenemende marktwerking voor de toepassing van de MW zijn. Is daarmee geen groot risico gegeven dat bijv. kleine organisaties niet meer met elkaar in zee mogen gaan om gezamenlijk sterk te staan tegenover de zorgverzekeraars?*

*Dit ook in verband met de (relatieve) monopoliepositie die zorgkantoren hebben.*

In januari 1998 werd de Mededingingswet (MW) van kracht. De MW is van toepassing indien en voor zover concurrentie mogelijk is.

De NMa heeft in januari 2004 in de Visiedocumenten «Concurrentie in de Ziekenhuissector» (3128/55) en «AWBZ-zorgmarkten» (3130/66) na een uitgebreide consultatie vastgesteld dat de MW van toepassing is voor de aanbieders van ziekenhuiszorg en de AWBZ zorgaanbieders. Het risico dat kleine organisaties niet meer met elkaar in zee mogen gaan, is beperkt. In mijn brief «De toekomstbestendige eerstelijnszorg», die ik 21 november 2003 aan de TK heb gezonden, heb ik dit toegelicht. De samenwerkingsgedachte in de eerstelijnszorg past binnen de MW. De MW onderkent de spanning tussen samenwerking en marktwerking, en bevat daarom kaders voor samenwerking. Het van toepassing zijn van de MW betekent dus niet dat zorgverzekeraars en individuele beroepsbeoefenaren zonder meer worden verplicht tot individuele onderhandelingen. Om een en ander te verhelderen stelde de NMa in oktober 2002 de «Richtsnoeren voor de zorgsector» vast. Deze richtsnoeren geven duidelijkheid over de mogelijkheden voor samenwerkingsvormen in het licht van de MW.

## **II. Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg (28 994)**

17

*De leden van de CDA-fractie vroegen om een overzicht van mijn toezeggingen in het kader van de Wet HOZ alsmede de termijnen waarop deze zullen worden gehonoreerd.*

Ik heb de volgende toezeggingen bij de behandeling van het wetsvoorstel HOZ aan de Tweede Kamer gedaan:

- (a) De Kamer wordt geïnformeerd over de elementen solvabiliteit en bereikbaarheid bij eventuele vervolgstappen in relatie tot de wet overeenkomstenstelsel. Dat neem ik mee in de voor februari 2005 geplande notitie over de modernisering van de financiering van de kapitaallasten van zorginstellingen.
- (b) Ik zal het grensoverschrijdend patiëntenverkeer laten monitoren door het CVZ/CTZ in verband met de financiering van de infrastructurele kosten. Ik zal de Kamer hierover medio 2006 informeren
- (c) In de brief over de zorgautoriteit (Kamerstukken II, 2003–2004, 29 323, nr. 3) en bij het wetsvoorstel Marktordening Gezondheidszorg (WVG) wordt de Kamer geïnformeerd over «breed toezicht» inclusief verticale integratie.
- (d) In bovengenoemde notitie over de modernisering van de financiering van de kapitaallasten zorginstellingen wordt de Kamer tevens geïnformeerd over btw-heffing.
- (e) De mogelijkheden voor restitutie in de AWBZ worden onderzocht in het kader van het IBO-onderzoek doelmatige uitvoering AWBZ. Planning van het onderzoek: 2005.

18

*De leden van de CDA-fractie informeerden naar mogelijke verdergaande maatregelen om de positie van de patiënt ten opzichte van de zorgverzekeraar te versterken en stellen voor om een rol te geven aan gekozen ledenraden van de verzekeraars. Ze noemen daarbij de mogelijkheid dat verzekeraars hun zorginkoop laten toetsen door hun ledenraad.*

---

<sup>1</sup> Invloed verzekeren op het bestuur van ziekenfondsen. Amstelveen: College voor zorgverzekeringen, 2002.

Ik heb deze mogelijkheid overwogen, maar heb hiervan om diverse redenen afgezien. Uit onderzoek van het NIVEL in opdracht van het CVZ<sup>1</sup> is gebleken dat de ledenraden slechts beperkte invloed hebben op het

beleid van de huidige ziekenfondsen. De zorgverzekeraars zijn in de toekomst allemaal private organisaties. Ik wil hen niet opleggen op welke wijze zij het best de wensen van hun (toekomstige) klanten kunnen inventariseren. Ik verwacht dat de patiënten vooral in een sterkere positie komen, omdat er meer vergelijkende informatie komt over het presteren van de verschillende zorgverzekeraars. Vanwege de acceptatieplicht kunnen de patiënten/verzekerden vervolgens stemmen met hun voeten.

19

*De leden van de CDA-fractie vroegen een overzicht van praktijkvoorbeelden van zorgverzekeraars die nu reeds trachten patiënten/verzekerden méér te betrekken bij het zorginkoopproces.*

Mij zijn meerdere initiatieven bekend. Zorgverzekeraar VGZ-IZA betreft patiënten/consumentenplatforms bij de inkoop van zorg. Samen met deze platforms worden prestatie-indicatoren vanuit patiëntperspectief ontwikkeld die opgenomen worden in de ziekenhuiscontracten voor 2005. Ook zal deze samenwerking worden gebruikt voor de herinrichting van de spoedeisende (eerstelijns)zorg in hun werkgebied. Daarnaast is een aantal verzekeraars bezig met onderzoek onder verzekerden. Zorgverzekeraar AGIS heeft enkele groepen verzekerden waaronder diabetespatiënten gevraagd naar hun ervaringen in de zorg. Zorgverzekeraar De Friesland heeft haar verzekerden gevraagd naar de kwaliteit van de dienstverlening van de Friese ziekenhuizen. De verzekeraars betrekken de uitkomsten bij het inkopen van zorg.

20

*De CDA-fractie stelden dat toegankelijke, vergelijkende informatie over zorgverzekeraars en zorgaanbieders onmisbaar is om patiënten/verzekerden echt te kunnen laten kiezen.*

Ik deel deze opvatting. Burgers moeten zo toegerust worden dat ze een goed tegenwicht kunnen bieden op de zorgmarkt. Goede informatie is daarbij essentieel. Er wordt hard gewerkt om goede consumenten-informatie te ontwikkelen, te verzamelen en toegankelijk voor burgers te publiceren. Zo ook informatie over zorgverzekeraars. Ik ondersteun de Consumentenbond financieel om keuze-informatie over verzekeraars tot stand te brengen. Vanaf eind 2004 komt deze keuze-informatie beschikbaar op de portalwebsite die het RIVM gaat opstarten. De Consumentenbond heeft het jaar 2003 besteed aan het onderzoeken van de bruikbaarheid van een «keuzegids zorgverzekeraars» (report card) voor de Nederlandse situatie. Hierbij is gekeken naar de ervaringen in het buitenland maar ook is onderzoek gedaan naar de behoeften van verzekerden. Het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG/ Erasmusuniversiteit) heeft deze onderzoeken in opdracht van de Consumentenbond uitgevoerd. Relevante partijen waaronder de NPCF en Zorgverzekeraars Nederland worden door de Consumentenbond zoveel mogelijk betrokken bij de ontwikkeling van de keuzegids. Daarnaast is er recent overleg gestart met de verschillende partijen om tot een meer structurele informatievoorziening te komen voor de burger over zorgverzekeraars. NPCF, Consumentenbond en ZN hebben hierbij het voortouw. Begin 2005 wil ik met partijen bestuurlijke afspraken maken over het beschikbaar krijgen van al bestaande informatie en het bundelen en verbeteren van deze informatie. Openheid over prijzen en kwaliteit in de zorg voor de burger is cruciaal voor het slagen van het stelsel dat dit kabinet voor ogen staat. Er kan daarom geen sprake zijn van vrijblijvendheid. Indien nodig zal ik overgaan tot verplichting van de levering van informatie.

21

*De leden van de CDA-fractie refereerden aan het convenant met het CTZ, de NPCF en de Consumentenbond om samen te werken aan consumenteninformatie over verzekeraars. Zij vroegen of de betrokkenheid van het CTZ wel juist was, gelet op de aan de toezichthouder opgedragen wettelijke taken.*

Om de administratieve lasten bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders zo laag mogelijk te houden, is het streven om waar mogelijk bestaande informatie ook voor andere doelen te gebruiken. In dit kader dient deze samenwerking gezien te worden.

22

*De leden van de CDA-fractie vroegen hoe het voornemen om in het uiterste geval partijen te dwingen tot het verschaffen van goede consumenteninformatie zich verhoudt tot de nu voorliggende wetgeving?*

Ik ga in de informatievoorziening voor patiënten/consumenten pragmatisch te werk. Ik wil hierin snelle resultaten bereiken door het bundelen van bestaande informatie die voor de consument en patiënt van belang is. Hiervoor moet deze informatie openbaar worden. Dit wil ik in bestuurlijke afspraken vastleggen, op basis van gezamenlijkheid en draagvlak in het veld. Dwingen door middel van een wet helpt hierbij in eerste instantie niet. Ik heb op dit moment de verwachting dat de bestuurlijke afspraken goed zullen werken. Wel wil ik uiteindelijk onwillige partijen kunnen dwingen mee te werken.

Er bestaan in diverse wetten nu al informatie verplichtingen, zoals bijvoorbeeld in de WZV artikel 22. Delen van deze informatie zijn vertaalbaar naar consumenten informatie. Wanneer duidelijk wordt dat de convenanten niet werken zal ik overgaan tot verplichting van de levering van consumenteninformatie. Dit kan op verschillende manieren vorm worden gegeven. Ik denk hierbij vooral aan het aansluiten bij regelgeving in bestaande wetten, zoals bijvoorbeeld de Kwaliteitswet, de Zorgverzekeringswet of de wet op de zorgautoriteit.

23

*De leden van de CDA- en SP-fractie vroegen naar de voortgang op de nota «Met zorg kiezen».*

Op 8 juni 2004 is een brief naar de Tweede Kamer gestuurd over de voortgang. Deze is vervolgens 14 oktober jl. tijdens een Algemeen Overleg met de Tweede Kamer besproken. Ik ga hieronder in op de belangrijkste punten.

(a) Informatie voor zorggebruikers:

Eind 2005 is een portalorganisatie operationeel die vragen van zorggebruikers over de zorg beantwoordt via een internetwebsite. Naar verwachting wordt in 2006 de dienstverlening uitgebreid met beantwoording van vragen via een telefoonlijn. Ook kunnen bestaande fysieke loketten bij hun dienstverlening aan burgers gebruik maken van de portalwebsite. Burgers kunnen dan op één adres met betrouwbare informatie terecht met hun vragen. Het RIVM is onlangs begonnen deze portalorganisatie te ontwikkelen.

Eind 2004 is er reeds vergelijkende informatie over zorgverzekeraars beschikbaar. Hierbij gaat het om informatie over prijs/dekking verzekering, service/bereikbaarheid/bejegening, verzekerdentevredenheid en zorginkoop. Vanaf 2005 wordt vervolgens – voor zover mogelijk – informatie over de kwaliteit van de ingekochte zorg toegevoegd.

Eind 2005 is er vergelijkende informatie over ziekenhuizen, verpleging en verzorging/thuiszorg en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)/verslavings-

zorg beschikbaar. Hierbij gaat het – voor zover mogelijk – om informatie over service/bereikbaarheid/bejegening, patiënttevredenheid/patiënten-oordelen, wachtlijsten, ligduur, veiligheid, kwaliteit van de aangeboden zorg, effectiviteit van de geboden behandeling en prijzen.

(b) Krachtige organisaties die de belangen van zorggebruikers vertegenwoordigen:

Om in een situatie van gereguleerde marktwerking een goed tegenwicht te kunnen bieden aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders, is het van belang dat er krachtige organisaties zijn, die de belangen van zorggebruikers vertegenwoordigen. Samen met het Fonds voor Patiënten-, Gehandicaptenorganisaties en Ouderenbonden (Fonds PGO) werken wij in 2004 een nieuw beleid uit voor de subsidiëring van organisaties van zorggebruikers. Dit nieuwe subsidiebeleid moet, meer dan in de huidige situatie, gericht zijn op voor zorggebruikers noodzakelijke functies en prestaties. Het is ons doel dat de beperkte beschikbare middelen zoveel mogelijk resultaten gaan opleveren voor zorggebruikers.

24

*De leden van de CDA-fractie vroegen welke maatregelen verder nodig zijn, zodat zorgverzekeraars de kwaliteit van zorgaanbieders adequaat kunnen gaan beoordelen.*

In mijn beleid streef ik naar grotere transparantie van het functioneren van zorgaanbieders. Dit uit zich onder meer in openbaarmaking van de rapporten van de IGZ en in het beoordelen van de zorg vanuit patiënten/consumentenoptiek. Partijen ontwikkelen hiervoor in gezamenlijkheid prestatie-indicatoren. De informatie wordt geplaatst op de website van de portalorganisatie die het RIVM aan het ontwikkelen is. Zorgverzekeraars kunnen kennis nemen van deze gegevens. Daarnaast hebben de zorgverzekeraars uiteraard de mogelijkheid om hiervoor zelf onderzoek naar te doen, zoals sommige zorgverzekeraars nu al demonstreren.

25

*De leden van de CDA-fractie vroegen of zorgaanbieders wel in staat zijn om per 1 januari 2005 als de contracteerplicht is opgeheven op verantwoordelijke wijze contracten af te sluiten.*

Voor circa 10% van de ziekenhuiszorg wordt er per 1 januari 2005 marktwerking geïntroduceerd. Zoals de CDA-fractie aangeeft zijn in dit marktwerkingsegment zorgverzekeraars vanaf 1 januari vrij om contracten met zorgaanbieders te sluiten. Bij deze contracten kunnen ook afspraken worden gemaakt over de kwaliteit en het monitoren daarvan.

Zo kunnen er afspraken worden gemaakt over de kwaliteit van de gebruikte heupimplantaten of afspraken over een maximum aantal nastaarbehandelingen na een cataractoperatie. Dit gebeurt overigens al geruime tijd, bijvoorbeeld bij het contracteren van zelfstandige behandelcentra (ZBC's). Bij ZBC's bestaat immers al langer contracteervrijheid. De CDA-fractie vraagt zich af of dit wel verantwoord gaat gebeuren. Het kenniscentrum van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) verzamelt informatie over dit soort algemene kwaliteitseisen. In de DBC-inkoopgids van ZN zijn dit soort algemene eisen op een rij gezet. Verzekeraars hebben dus zeker de mogelijkheid om al per 1 januari 2005 goed geïnformeerd te onderhandelen over kwaliteit. De beroepsorganisatie van adviserende geneeskundigen van zorgverzekeraars (VAGZ) organiseert daarnaast bijeenkomsten waarin de deskundigheid op dit vlak gericht wordt bevorderd. In de loop van de tijd zullen verzekeraars deze informatie kunnen uitbreiden op basis van de nu lopende projecten op dat terrein.

*De leden van de CDA-fractie vroegen of de maatregelen om te voorzien in voorlichting aan allochtonen en analfabeten voldoende zijn.*

Ja. Mijn uitgangspunt is dat de zorginstellingen, zorgverzekeraars, patiënten(organisaties) en andere relevante partijen in de zorg zelf verantwoordelijk zijn voor een goede voorlichting. Voorop staat dat het in eerste instantie aan mensen zelf is om hun zaken op orde te krijgen. Daarbij kunnen ze ook hun familie, vrienden of burens inschakelen. Maar als dat niet lukt dan vind ik het belangrijk dat er een plaats is waar zij terecht kunnen met hun vragen, waar zij niet alleen informatie maar ook hulp bij het kiezen kunnen krijgen (cliëntondersteuning). De gemeente, dicht bij huis, bekend en op de hoogte van de lokale situatie, is bij uitstek de juiste partij om dit te (laten) organiseren. Ik heb er vertrouwen in dat gemeenten in staat zijn om deze taak goed te vervullen. Ik acht het daarnaast voor deze specifieke groep aandacht vanuit de overheid nodig. Het Fonds PGO schenkt aandacht aan de positie van allochtonen. Daarnaast wordt tot 2008 een stimuleringsprogramma gefinancierd.

*De leden van de CDA-fractie wilden weten van wie – overheid, zorgverzekeraars of ziekenhuizen – welke voorlichting over DBC's mag worden verwacht die vóór 1 januari noodzakelijk is.*

De door de CDA-fractie gevraagde voorlichting aan patiënten, verzekerden en consumenten wordt in principe door alle betrokken partijen voorbereid. De primaire verantwoordelijkheid voor de communicatie over de instellingen waarmee in het vrije segment contracten zijn afgesloten, ligt in eerste instantie bij de zorgverzekeraars. Zij zullen hun verzekerden voor 1 januari 2005 informeren over de veranderingen in de polis en de aanbieders waarmee contracten zijn gesloten. Ook bij een concrete zorgvraag moet de verzekeraar de patiënt informeren over waar hij terecht kan.

De aanbieders zijn op basis van de WTG ExPres verplicht om desgevraagd ook patiënten te informeren. Wanneer er voor een bepaalde behandeling geen contract is afgesloten moet de zorgaanbieder desgevraagd uitleggen wat de standaardprijs van deze behandeling is.

Het CVZ verzorgt eind 2004 voor VWS een eindejaarscampagne, waarin alle veranderingen per 1 januari 2005 zullen worden toegelicht. Tevens werkt VWS met het RIVM en de Consumentenbond aan het digitaal beschikbaar stellen van vergelijkende informatie over verzekeraars en aanbieders. CTG/ZAio heeft een themawebsite «nieuwe tijden, andere regels» ontwikkeld waarop zij de consument bewuster wil maken van wat er per 1 januari 2005 gaat veranderen, voor welke zorg dit geldt en welke veranderingen voor de toekomst zijn gepland.

Daarnaast kunnen patiënten/consumenten bij Postbus 51 terecht met hun vragen.

*De fractieleden van het CDA vroegen of de ervaringen in het buitenland ook knelpunten hebben opgeleverd waarmee in de Nederlandse situatie rekening moet worden gehouden*

In het buitenland zijn initiatieven bekend die kenmerken vertonen van de informatievoorziening voor de burger via een portalorganisatie zoals die in Nederland wordt opgezet. In diverse landen treffen we initiatieven aan die eenzelfde doelstelling nastreven maar niet de in Nederland beoogde geïntegreerde aanpak vertonen. Enkel in het Verenigd Koninkrijk is een sterk geïntegreerde benadering aangetroffen. Het initiatief daar, NHS Direct, verstrekt informatie over zorg en gezondheid via internet, telefoon

en fysieke loketten. De ervaring met NHS Direct is tot op heden over het algemeen zeer positief. Het wordt beschouwd als een van de meest succesvolle moderniseringslagen in de organisatie van de NHS. De voornaamste uitdagingen schuilen in de vereiste capaciteit om op kwalitatief hoogstaande wijze te kunnen blijven voldoen aan de groeiende vraag en de integratie met andere diensten gericht op adviesverlening en informatieverstrekking. Er wordt onderkend dat NHS Direct bepaalde lagen in de bevolking nog onvoldoende bereikt, zoals ouderen en allochtonen. De initiatieven in andere landen zijn minder goed vergelijkbaar omdat ze uitsluitend het internet als medium benutten (bv. Australië, Canada) of weinig vraaggericht zijn georganiseerd (bv. VS, Frankrijk).

29

*De leden van de CDA-fractie vroegen of hun vragen die zij tijdens het begrotingsdebat stelden over de afstemming van de nieuwe bekostigingssystematiek voor de opleidingen met het traject voor de invoering van de DBC's en die toen niet beantwoord konden worden, nu wel beantwoord kunnen worden. Ook vroegen zij of onderscheid wordt gemaakt tussen de academische ziekenhuizen en de overige ziekenhuizen.*

Aan de nieuwe bekostigingssystematiek voor opleidingen in relatie tot DBC's wordt op dit moment gewerkt. Planning is dat in 2006 het opleidingsfonds opgericht is. Momenteel kan nog niet worden aangegeven welke opleidingen uit dit fonds bekostigd zullen worden. Bij de huidige B-segment DBC's zijn de opleidingskosten nog buiten beschouwing gelaten, deze zijn gegarandeerd via het A-segment. Of onderscheid gemaakt wordt tussen academische en overige ziekenhuizen, laat zich nu nog niet overzien. Uitgangspunt is om zo min mogelijk onderscheid te maken om de concurrentieposities niet te verstoren.

30

*De leden van de CDA-fractie vroegen een nadere toelichting op de stelling dat het invoeringsmodel voor de DBC-systematiek zodanig is vorm gegeven, dat de risico's beheersbaar zijn. Ook vroegen zij inzicht in het financiële beeld, dat in de afgelopen periode is ontstaan bij de uitwerking van een beperkt aantal DBC's.*

Bij het invoeringsmodel van DBC's is het voorkomen van financiële risico's een belangrijk uitgangspunt. Voor circa 90% van de ziekenhuiszorg blijft het CTG de tarieven vast stellen. In dit segment hebben aanbieders geen invloed op de prijs die in rekening wordt gebracht.

Voor circa 10% van de ziekenhuiszorg wordt een eerste stap gezet richting marktwerking. De DBC's in dit segment zijn mede uitgezocht met het oog op marktwerking. Het betreft niet-complexe electieve zorg, grotendeels uitvoerbaar in dagbehandeling. Voor een belangrijk deel kunnen deze DBC's ook door zelfstandige behandelcentra worden aangeboden. Naar verwachting is het aanbod in dit marktwerkingsegment voldoende om prijsstijgingen te voorkomen. Mogelijk leidt marktwerking in dit segment tot in de toekomst tot een betere prijs/kwaliteitverhouding. Het zal wellicht wel enige tijd vergen voordat alle betrokken partijen zich hebben aangepast aan de nieuwe marktverhoudingen.

Om risico's op prijsstijgingen in dit segment verder te beheersen heb ik er voor gekozen om de specialistenhonoraria landelijk vast te stellen. Het uurtarief voor specialisten is voor deze DBC's onlangs landelijk bepaald. Het beeld over 2003 is te vinden in de evaluatie van het experiment Ruimte voor Resultaat. Deze evaluatie was gevoegd bij de invoeringsbrief van vorig jaar (bijlage bij kamerstuk 2003-2004 29 248, nr. 1). Korthedshalve verwijst ik voor 2003 naar deze brief.

31

*De leden van de CDA-fractie vroegen naar een oplossing voor de academische component die bedoeld is voor de bekostiging van topreferente zorg, ontwikkeling&innovatie en opleidingen, die de academische ziekenhuizen kennen in hun budget.*

De kosten hiervan kunnen niet op een transparante wijze worden toegerekend aan afzonderlijke prestaties omdat het inzicht hiertoe ontbreekt. Om die reden is bij de ontwikkeling van de DBC's besloten dat deze kosten niet moeten worden toegerekend aan het (onderhandelbare) deel van de prijs. Een opslag op de DBC-prijs leidt immers tot ongewenste, ongelijke kosten en concurrentieposities van verzekeraars en ziekenhuizen.

Op dit moment wordt de academische component door verzekeraars gefinancierd via het verpleegtariaf en een bovenregionale toeslag. Omdat deze financieringswijze in het DBC-tijdperk vanaf 1 januari 2005 uitgesloten is, is gezocht naar een nieuwe methodiek. Deze is gevonden in de voorgenomen oprichting per 1 januari 2005 van een centraal fonds waar zorgverzekeraars aan bijdragen op basis van het aantal verzekerden. Uit het fonds worden vervolgens de betalingen verricht aan de academische ziekenhuizen ten behoeve van de academische component.

32

*De leden van de CDA-fractie vroegen of het juist is dat de ICT binnen de academische ziekenhuizen niet tijdig gereed zal zijn.*

De veronderstelling dat de ICT binnen de academische ziekenhuizen niet tijdig gereed zal zijn, is niet juist. De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) enquêteert de academische ziekenhuizen over de voortgang van de DBC implementatie. Een belangrijk onderdeel hiervan is de voortgang op ICT gebied. Uit de antwoorden van de academische ziekenhuizen komt naar voren dat de ICT voor 1-1-2005 gereed is.

33

*De fractieleden van het CDA wilden weten welke oplossing is gevonden voor de liquiditeitsproblematiek die ontstaat bij de overstap naar de DBC-systematiek.*

In overleg met het veld wordt er momenteel een oplossing voor het liquiditeitsprobleem uitgewerkt. Deze oplossing gaat uit van een financiële prikkel voor verzekeraars om te bevoorschotten. Ziekenhuizen en ZBC's krijgen in dit voorstel de mogelijkheid om verzekeraars die niet bevoorschotten een renteheffing in rekening te brengen. Het uitgangspunt is dat deze prikkel voldoende is om (tijdig) bevoorschotting te realiseren. Door bevoorschotting van verzekeraars worden liquiditeitsproblemen bij aanbieders voorkomen. Wanneer onverhoopt geen bevoorschotting tot stand komt dan mogen ziekenhuizen en ZBC's in dit voorstel de renteheffing in rekening brengen. Via de inkomsten uit deze renteheffing worden ze dan ieder geval (grotendeels) financieel gecompenseerd.

34

*De leden van de CDA-fractie vroegen naar de «code of conduct» in verband met de privacy.*

Deze «Gedragscode verwerking van persoonsgegevens Financiële Instellingen» met het addendum bij de gedragscode verwerking persoonsgegevens van het Verbond van Verzekeraars wordt aangepast. Deze gedragscode inclusief addendum bestaat al langer, maar behoeft inmiddels aanpassing. ZN heeft een wijzigingstraject gestart om dit



addendum aan te passen aan de privacy-eisen van deze tijd. ZN heeft inmiddels verkennende gesprekken hierover gevoerd met de NPCF en het CBP. Ik vind het een goede ontwikkeling dat ZN een wijzigingstraject voor de privacy in de gedragscode heeft gestart. Het totstandkomen van de gedragscode betekent zelfregulering binnen de financiële sector en deze ontwikkeling ondersteun ik.

35

*De leden van de CDA-fractie vroegen of ik het eens ben met de NVZ dat de mate van risicodragendheid als gevolg van de knip in DBA-segmenten per ziekenhuisprofiel verschillend kan uitpakken, waardoor er een ongelijk speelveld ontstaat. Ook wilden zij weten wat hieraan kan worden gedaan.*

De budgetten van ziekenhuizen moeten worden geschoond voor alle DBC's uit het B-segment (het marktwerkingsdeel). Gemiddeld genomen betreft segment B circa 10% van de ziekenhuiszorg. Bij sommige ziekenhuizen zal het percentage hiervan afwijken. Bij academische ziekenhuizen ligt het aandeel eerder in de buurt van de 5%. Ik ben het niet eens met de kritiek van de NVZ, die de CDA-fractie aanhaalt, op het punt van de risicodragendheid. Het is niet duidelijk waarom genoemde afwijkingen tot verschil in speelveld zouden moeten leiden.

36

*De leden van de CDA-fractie vroegen hoe het preferred providerschap zich verhoudt met keuze-mogelijkheden voor de patiënt.*

Het kiezen voor een «preferred providers polis» betekent niet dat de patiënt geen vrije keuze voor een zorgverlener heeft. Elke patiënt kan altijd bij alle aanbieders terecht, maar de verzekeraar zal niet in alle gevallen de rekening (geheel) betalen. Bovendien heeft de verzekerde in de toekomst meer keuzemogelijkheid omdat hij meer dan nu vergelijkende informatie heeft over de diverse aanbieders.

37

*De leden van de CDA-fractie hebben node gemist dat restitutie het kostenbesef kan doen toenemen.*

Ik realiseer mij dat heel goed en ben het op dat punt eens met de CDA-fractie.

38

*De leden van de CDA-fractie vroegen of de minister zich kan voorstellen dat het niet contracteren van bepaalde aanbieders in strijd kan komen met het adagium «zorg op maat». Zij vragen hoe zorgverzekeraars deze conflicterende belangen bij het afschaffen van de contracteerplicht kunnen verzoenen.*

Zorgverzekeraars zijn zich hiervan bewust. Wat betreft de ziekenhuiszorg en dan vooral de segment-B DBC's zullen zij naar mijn verwachting de meeste bestaande aanbieders voorlopig blijven contracteren. Voorzover dat niet het geval is, kan via de weg van restitutie zorg op maat aan de verzekerde worden geleverd. Daarom heb ik mij ook achter een daartoe strekkend amendement van de Tweede Kamerleden Schippers en Lambrechts gesteld. Dat amendement is in Artikel I, onderdeel L van het wetsvoorstel opgenomen.

39

*De leden van de CDA-fractie vroegen of de AMvB over de uitwerking van de vergoeding bij restitutie ook wordt voorgelegd aan de Eerste Kamer.*

Voorhang is voorgeschreven in artikel I, onderdeel L, in het voorgestelde artikel 11, vierde lid. Voor het overige verwijs ik naar de meegezonden ontwerp amvb.

40

*De leden van de CDA-fractie wezen erop dat patiënten/zorggebruikers voor hun informatievoorziening in veel gevallen afhankelijk blijven van de adviezen de huisarts. Zij vroegen hoe hier in de overgangperiode tot en met 2006 mee zal worden omgegaan.*

Volgens de WGBO moet de huisarts adequate informatie verschaffen over de aandoening, de diverse behandelopties en de gevolgen van de keuzes. Naarmate meer vergelijkende informatie beschikbaar komt is ook de huisarts beter in staat om invulling te geven aan deze taak.

41

*De leden van de CDA-fractie merkten op dat het niet de bedoeling kan zijn dat patiënten met een jarenlange behandelrelatie met een bepaalde zorgaanbieder – na beëindiging van het contract met deze zorgaanbieder door de zorgverzekeraar – moeten bijbetalen en ook de reiskosten voor hun rekening moeten nemen.*

Dat doet zich echter nu ook al wel eens voor bij beëindiging van een contract met een vrije beroepsbeoefenaar. Jegens vrije beroepsbeoefenaars geldt namelijk al sinds 1 januari 1992 geen contacteerplicht meer. Het is dus geen nieuw verschijnsel. Vaak wordt bij beëindiging van een overeenkomst in onderling overleg een oplossing gevonden in de vorm van een overgangsof afbouwregeling. Nieuw is dat het zich nu ook kan gaan voordoen bij specialistische hulp in het ziekenhuis. Door een amendement van het Tweede Kamerlid Van der Vlies is in het wetsvoorstel een regeling opgenomen die een oplossing biedt voor het door de leden van de CDA-fractie genoemde probleem (zie de voorgestelde artikelen 44 Ziekenfondswet en 42 AWBZ, respectievelijk de leden 3 en 4, en 4 en 5). Ik kom hier later nog op terug bij het antwoord op een vraag hierover van de leden van de PvdA-fractie. Ook kan het ziekenfonds op grond van artikel 9 van de Zfw toestemming verlenen voor een behandeling door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarnaast kan in voorkomende gevallen ook nog langs de weg van restitutie een oplossing worden gevonden voor het voortzetten van de behandeling; dan moet het echter om niet WTG-getarifeerde zorg gaan.

42

*De leden van de CDA-fractie vroegen wanneer er in het kader van de Richtsnoeren voor de zorg (NMa) al dan niet een verplichting tot aanbesteding zal ontstaan.*

De verplichting tot aanbesteding bestaat al en wel op grond van Europese regels daarover. De NMa gaat niet over aanbesteding.

43

*De leden van de CDA-fractie stelden enkele vragen over mogelijke beperking van keuzemogelijkheden voor de patiënten/verzekerden in geval van selectief contracteren. Hoe zal de regionale spreiding van bepaalde functies worden gehandhaafd.*

Ik verwijs naar antwoord 58 op het verslag dat de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer op 16 februari 2004 naar aanleiding van de derde nota van wijziging inzake de Herziening van het stelsel van overheidsbemoeienis met het aanbod van zorginstellingen (Wet toelating zorginstellingen) heeft uitgebracht (Kamerstukken II,

27 659, nummer 17). Daarin heb ik aangegeven, dat ik de WTZi wil gebruiken om ervoor te zorgen dat er voldoende acute zorg aangeboden wordt.

44

*De leden van de PvdA-fractie vroegen nader te onderbouwen hoe de mogelijkheid van zorgaanbieders meer te presteren wordt ingeschat. Zij meenden dat nieuwe aanbieders, gezien de situatie op de arbeidsmarkt, hun personeel zullen weghalen bij bestaande instellingen, die daardoor minder efficiënt kunnen werken. Een anesthesist minder betekent bijvoorbeeld dat een operatiekamer (OK) minder vaak gebruikt kan worden, aldus deze leden. Zij vroegen hoe dit capaciteitsverlies wordt ingeschat.*

Ik kan moeilijk een kwantitatieve inschatting geven van de mogelijkheid van zorgaanbieders om meer te presteren. Ik verwacht dat competitie tot betere prestaties leidt. De competitie wordt bevorderd door het afschaffen van de plicht tot contracteren. Aanbieders zullen naar een contract moeten dingen. Voorlopig zal er geen capaciteitsverlies optreden door het toetreden van nieuwe aanbieders. Er is op diverse zorgterreinen nog sprake van een tekort aan aanbieders. Door nieuwe toetreders zal dat tekort kunnen worden ingelopen en de kwaliteit kunnen toenemen.

45

*De leden van de PvdA-fractie vroegen waarin de aanspraak op vergoeding van kosten verschilt van het centraal vaststellen van een vergoeding. Waarom en wanneer zal er gebruik van moeten worden gemaakt. Hoe wordt de vergoeding bepaald en zal er bijbetaald moeten worden? Zo ja, wat zijn de mogelijkheden dan voor minder vermogenden?*

De leden van de PvdA-fractie doelen kennelijk op de situatie waarvoor Artikel I, onderdeel M, artikel 11a is geschreven. Op basis van dat artikel kan een restitutiebepaling worden genomen wanneer een ziekenfonds in de onmogelijkheid verkeert om tot voldoende overeenkomsten te komen. Hierbij is in de eerste plaats niet gedacht aan een situatie die door toedoen van het ziekenfonds is ontstaan, maar veelal door een complex van factoren. Ook de opstelling van aanbieders kan namelijk heel goed tot zo'n situatie leiden. Wanneer in zo'n situatie wordt overgegaan op het nemen van een restitutiebepaling zal het om een vergoeding gaan die kostendekkend is, verminderd met de eventuele wettelijke bijdragen en uiteraard voorzover het om zorg gaat waarop de verzekerde aanspraak heeft. Een dergelijk besluit is niet bedoeld als landelijke regeling te gelden, al zou dat wel denkbaar zijn namelijk wanneer zich in het gehele land dezelfde problemen zouden voordoen met een groep van aanbieders. De regeling is niet nieuw. In de Ziekenfondswet is in het huidige artikel 11 een overeenkomstige regeling opgenomen.

46

*Verondersteld lijkt te worden, zo vervolgden deze leden, dat het merendeel van de ziekenfondsen een regionaal werkgebied heeft. In de praktijk hebben ziekenfondsen zo langzamerhand vaak steeds meer een landelijk werkgebied. Zij zijn door Artikel I, onderdeel Q, artikel 47 verplicht met alle Nederlandse instellingen op hun verzoek een overeenkomst af te sluiten. Wat zijn de verschillen met de huidige situatie waarin de omgekeerde contracteerplicht bestaat?*

Vrijwel alle ziekenfondsen hebben statutair het gehele land als hun werkgebied aangewezen. Dat wil niet zeggen dat zij overal even sterk aanwezig zijn. Er zijn vanoudsher vaak nog sterke regionale accenten. Met het vervallen van de (omgekeerde) contracteerplicht in de toekomst,

zullen verzekeraars niet langer collectief afspraken kunnen maken met zorginstellingen over de budgetten. Dat geldt nu nog slechts voor dat deel waarvoor de (omgekeerde) contracteerplicht wordt opgeheven (het B-segment dbc's). Ik verwijs voor de gevolgen van het afschaffen van de (omgekeerde) contracteerplicht voor de functionele budgettering oftewel fb-systematiek onder meer naar het Algemeen deel van de memorie van toelichting op het wetsvoorstel HOZ, onder 3b «Het opheffen van de contracteerplicht».

47

*De leden van de PvdA-fractie vroegen naar de «ernstige bezwaren» tegen het sluiten van overeenkomsten. Wat zijn «ernstige bezwaren» in de zin van de voorgestelde artikelen 47 Zfw en 45 AWBZ? Welke bezwaren worden voldoende ernstig geacht dat er niet gecontracteerd hoeft te worden (ondanks de contracteerplicht), en wie controleert of er sprake is van ernstige bezwaren?*

Hierover is veel jurisprudentie, vooral uit begin jaren '80, toen er voor de individuele beroepsbeoefenaren ook nog een contracteerplicht gold. De Hoge Raad heeft ooit het begrip ernstige bezwaren geformuleerd als: er kan in redelijkheid niet gevergd worden dat het ziekenfonds een overeenkomst met deze zorgaanbieder sluit. De voormalige Ziekenfondsraad heeft – bij gebrek aan concretisering van het begrip in de wet – een richtlijn opgesteld wat onder ernstige bezwaren moet worden verstaan. De richtlijn onderscheidt bezwaren die verband houden met de gedragingen van de betrokken zorgaanbieder (en bij een instelling: de beleidsvoering) en de omstandigheden waaronder de betrokken zorgaanbieder haar werkzaamheden verricht, tengevolge waarvan de verwachting gewettigd is dat de zorgaanbieder geen goed «medewerker» zal zijn.

Ernstige bezwaren zijn niet: bezwaren die in hun gevolgen begrepen dienen te worden als te zijn gericht op de beperking van de vestigingsvrijheid m.a.w. inbreuk op het vestigingsbeleid van een verzekeraar kon niet als ernstig bezwaar worden gehanteerd voor het afhouden van een overeenkomst.

Als voorbeelden de volgende uitspraken:

- het ontbreken van ziekenhuisfaciliteiten is voor een aantal specialisten een ernstig bezwaar. Maar het ontbreken van ziekenhuisfaciliteiten bij een allergoloog en een psychiater is geen ernstig bezwaar.
- een bepaalde getroffen waarnemingsregeling van een huisarts omdat hij niet werd toegelaten bij de lokale huisartsen-waarneming is geen ernstig bezwaar.
- het eenzijdig afwijzen door een huisarts van andere verzekerden dan een bepaalde categorie werd op gespannen voet geacht met het principe van de vrije toegankelijkheid van de hulpverlener en levert een ernstig bezwaar op.
- de mening van het ziekenfonds dat het tarief dat de zorgaanbieder berekent te hoog is, kan een ernstige bezwaar opleveren.

Verder is de vraag wie controleert of er daadwerkelijk sprake is van ernstige bezwaren? Op grond van artikel 77 en 79 Zfw en art. 62 en 64 AWBZ kan de zorgaanbieder die een overeenkomst geweigerd wordt zich wenden tot het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Vervolgens staat beroep bij de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State open (overigens is er sinds eens jaren '80 vrijwel geen beroep meer op het CVZ gedaan in dit kader)

De leden vragen nog welke gegevens de instantie verzamelt die controleert of er sprake is van ernstige bezwaren? Het CVZ weegt alle feiten en

omstandigheden af op grond waarvan het ziekenfonds weigert een overeenkomst te sluiten met de zorgaanbieder, en doet hier vervolgens een uitspraak over.

«Ernstige bezwaren» zien vooral op individuele situaties. Een ontheffing op grond van artikel 42 Zfw ziet op een andere, generieke, situatie. Daar gaat het er om of een ziekenfonds zelf diensten of zaken mag leveren, die zij normaal gesproken inkoopt (contracteert) bij zorgaanbieders. Als het ziekenfonds toestemming krijgt om zelf zaken of diensten te leveren, kan dat eventueel gepaard gaan met een ontheffing van de contracteerplicht.

48

*De leden van de PvdA-fractie merkten op dat instellingen verplicht zijn om met een ziekenfonds dat daarom vraagt dezelfde overeenkomst af te sluiten als met een ander ziekenfonds reeds is afgesloten. Zij vroegen welke mogelijkheden deze verplichting aan ziekenfondsen laat om bijvoorbeeld in verband met de afname van een groter pakket zorg, bij een zorgaanbieder een lagere prijs te bedingen.*

Er is geen mogelijkheid voor een ander ziekenfonds – wanneer de omgekeerde contracteerplicht van toepassing is – om een lagere prijs voor zorg te bedingen dan door een ziekenfonds al is overeengekomen. Dat is straks onder de nieuwe wetgeving nog steeds het geval, zoals dat ook in de huidige situatie het geval is. Dat hangt samen met de functiegerichte budgettering.

De vraag in hoeverre een zorgaanbieder kan weigeren om een overeenkomst met het ziekenfonds te sluiten is een theoretische in het kader van de huidige wijze van financiering. Daar waar de (omgekeerde) contracteerplicht van toepassing is, zal een zorginstelling er geen belang bij hebben om met een bepaald ziekenfonds geen contract te willen hebben.

49

*De leden van de PvdA-fractie merkten op dat het hen niet duidelijk is hoeverre het voorgestelde Artikel II, onderdeel I, artikel 12a de mogelijkheden van verzekeraars om tot een concurrerend prijsniveau te komen, beperkt. Hoe wordt de vergoeding in dergelijke gevallen vastgesteld?*

Evenals het voorgestelde Artikel I, onderdeel M, artikel 11a, regelt dit artikel – maar dan voor de AWBZ – dat de minister een restitutiebesluit kan nemen met het oog op situaties waarin door marktgedrag geen overeenkomsten tot stand komen. Een dergelijk besluit is een ultimatum remedium voor het geval dat verzekerden daarvan de dupe (dreigen te) worden. De verzekerden zullen wat betreft hun zorgaanspraken gevrijwaard moeten worden van eventuele niet wettelijke (bij)betalingen. De vergoeding moet daarmee rekening houden.

50

*De leden van de PvdA fractie vroegen ten laste van wie het verschil in tarief komt van een voortgezette behandeling na beëindiging door het ziekenfonds van een overeenkomst om redenen van een niet-concurrerend prijsniveau.*

Er kan geen sprake zijn van een verschil, want het voorstel is om gedurende de tijdelijke voortzetting van de zorg tussen aanbieder en verzekeraar de voorwaarden van toepassing te laten zijn waaronder de zorg aan de verzekerde is aangevangen. Bovendien wordt in het naturalstelsel de verzekerde niet met een rekening geconfronteerd. Dan kan er ook geen sprake zijn van bijbetaling.

51

*De leden van de PvdA-fractie vroegen hoeveel tijd zorgaanbieders en ziekenfondsen en uitvoeringsorganen nodig zullen hebben voor het sluiten van nieuwe overeenkomsten, mede omdat in Artikel IX lid 2 is bepaald (naar ik aanneem bedoelen de vragenstellers het eerste lid) dat gesloten overeenkomsten vervallen uiterlijk een jaar na inwerkingtreding van de betreffende artikelen.*

Voor het overgrote deel is dat «business as usual». Veel overeenkomsten worden nu al regelmatig vernieuwd. In hoeverre er toch zorg zal worden voortgezet op basis van oude overeenkomsten ingeval overeenkomsten niet opnieuw worden gesloten, kan ik niet zeggen. Dat ligt aan het contracteerbeleid van verzekeraars en aan de wensen van patiënten. De bepaling is bij amendement in het wetsvoorstel opgenomen. In de nulmeting is berekend – volgens het standaardkostenmodel – hoeveel de duur en kosten van het afsluiten van overeenkomsten met zich meebrengt. Het afsluiten van nieuwe overeenkomsten wijkt hier niet van af.

52

*De leden van de PvdA-fractie vroegen of verzekerden wel goed een verzekeraar kunnen kiezen, omdat men niet bij voorbaat weet welke aandoeningen men zal krijgen en welke zorg men nodig zal hebben.*

Verzekerden hebben de mogelijkheid om eenmaal per jaar te wisselen van verzekeraar. Mochten de behoeften van verzekerden gedurende de looptijd van hun contract met een verzekeraar wijzigen dan kunnen ze aan het einde van het jaar de overstap maken naar een verzekering die beter aansluit bij hun behoeften. Eén van de aspecten die bij de keuze voor een verzekeraar meespeelt is de gecontracteerde zorg. Daarnaast zullen ook andere aspecten zoals de premie, service en kwaliteit van gecontracteerde zorg van belang zijn bij het maken van een keuze.

53

*De leden van de PvdA-fractie vroegen hoe het doel van de HOZ de «countervailing power» van verzekeraars ten opzichte van zorginstellingen te versterken, zich verhoudt tot het voorbeeld van de Verenigde Staten, waar uit onderzoek blijkt dat het vertrouwen van patiënten in specialisten groter is dan in verzekeraars en waar patiënten dus geen genoegen nemen met een beperkte keuze.*

Het is zaak voor de zorgverzekeraar om polissen aan te bieden die de wensen van verzekerden voldoende dekken. De contractering van zorgaanbieders zal daarom meer en meer op maat gaan plaatsvinden waarbij de behoeften van verzekerden/patiënten worden meegenomen. Onderzoek in de Nederlandse situatie, verricht voor de ontwikkeling van de «keuzegids zorgverzekeraars», bevestigt de trend in de VS niet. Het is zelfs vaak nog zo dat verzekerden hun verzekeraar niet als een betrokkene zien bij het verbeteren van de organisatie en kwaliteit van zorg. In het nieuwe stelsel onder de Zorgverzekeringswet is het altijd mogelijk om, ongeacht het type polis, toch een aanbieder naar eigen keuze te nemen. Dit kan wel leiden tot bijbetaling.

54

*De leden van de PvdA-fractie vroegen naar de invloed van patiënten/verzekerden op de verzekeraars.*

Patiënten/verzekerden zullen het meest duidelijk invloed hebben op zorgverzekeraars door te stemmen met hun voeten. Zorgverzekeraars gaan dan concurreren om de gunst van de consument en gaan meer

nadruk leggen op de kwaliteit van de zorg. Om deze reden besteed ik veel aandacht aan goede vergelijkende informatie voor burgers over verzekeraars en aanbieders. Daarnaast wordt in de ontwerp Zvw aandacht besteed aan een laagdrempelige klachtafhandeling. Zorgverzekeraars worden verplicht zich aan te sluiten bij een onafhankelijke geschillencommissie die klachten over de uitvoering van de zorgverzekeringswet in behandeling neemt.

Klachten over de zorgaanbieders moeten uiteraard bij deze aanbieders worden ingediend. Dat geeft de meest directe feedback om de zorg te verbeteren. De zorgverzekeraar doet er overigens goed aan zich bij hun zorginkoop te informeren over de waardering van patiënten van de aangeboden zorg.

55

*De leden van de PvdA-fractie vroegen een toelichting hoe Artikel I, onderdeel K, artikel 9, lid 5 verzekeraars in staat kan stellen het aantal verzekerden dat bij een instelling staat ingeschreven, te beperken en tegelijkertijd de keuzevrijheid van de verzekerde niet te verkleinen.*

Het voorgestelde vijfde lid van artikel 9 is een herformulering van het huidige vijfde lid van artikel 9, van de Ziekenfondswet. De strekking ervan is niet gewijzigd. De bepaling is vooral van belang voor de huisartsenpraktijk, apotheek en tandartsenpraktijk. Bij een tekort aan zorgaanbieders, bijvoorbeeld huisartsen, doet het artikel zijn werk. Als er een beperking van de keuzevrijheid door deze bepaling wordt veroorzaakt – en dat doet zich zeker voor ten aanzien van een praktijk, wanneer deze is «volgestroomd» – dan kan dat van belang zijn voor de kwaliteitshandhaving. Een beperking van de keuzevrijheid is bovenal een gevolg van een schaars aanbod en niet van deze bepaling.

56

*De leden van de PvdA-fractie wilden weten in welke gevallen en onder welke voorwaarden verzekeringen voor het verkrijgen van een vergoeding geen toestemming vooraf nodig hebben van het ziekenfonds. Ook wilden zij weten of spoedeisende zorg hier ook onder valt of dat verzekerden ook voor spoedeisende zorg zijn aangewezen op instellingen waarmee de verzekeraar een contract heeft. Verder vroegen deze leden nog of de hoogte van de vergoeding het hoogste van het op dat moment geldende tarief is.*

De ministeriële regeling op dit punt zal in eerste instantie een uitwerking zijn van jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie in de zaak Muller/Fauré.

Daarbij gaat het om extramurale hulp in het buitenland. Daarnaast zou in de toekomst gedacht kunnen worden aan vormen van zorg waarvoor onvoldoende overeenkomsten tot stand komen.

De ministeriële regeling op dit punt zal in eerste instantie een uitwerking zijn van jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie in de zaak Muller/Fauré. Daarbij gaat het om extramurale hulp in het buitenland. Daarnaast zou in de toekomst gedacht kunnen worden aan vormen van zorg waarvoor onvoldoende overeenkomsten tot stand komen. Het is denkbaar dat de hoogte van de vergoeding het hoogste tarief is, zij het dat er dan voor die vorm van zorg tarieven moeten zijn vastgesteld. Bovendien zal de vergoeding nooit meer bedragen dan de gemaakte kosten.

57

*De leden van de PvdA-fractie vroegen naar de gevolgen voor medeverzekerden, bijvoorbeeld kinderen, wanneer op grond van Artikel I, onderdeel N, artikel 20, de kosten op de verzekerde worden verhaald of vergoedingen worden geweigerd. Zij vroegen verder welke regeling garandeert dat medeverzekerden, die in het geval het kinderen zijn handelingsonbekwaam zijn, de medisch noodzakelijke zorg krijgen en geen gevolgen ondervinden van het schuldig nalatig blijven van de hoofdverzekerde*

Artikel 20 Zfw regelt dat de kosten van eenmaal aan een (mede)verzekerde verstrekte zorg, op de (hoofd)verzekerde kunnen worden verhaald. Is de zorg in de vorm van een verstrekking – dat wil zeggen: in natura – verleend, dan zal dat leiden tot een vordering op de (hoofd)verzekerde (onderdeel a). Heeft de verzekerde een rekening van een zorgaanbieder voldaan (restitutie), dan zal het niet betalen van de premie ertoe kunnen leiden dat het ziekenfonds zijn verzoek om de kosten te vergoeden geheel of gedeeltelijk niet honoreert, dan wel een reeds betaalde vergoeding geheel of gedeeltelijk terugvordert. In beide gevallen is de zorg aan een medeverzekerde echter wel al verleend. Toepassing van artikel 20 Zfw, welk artikel overigens ook nu al in de Zfw staat en in voorliggend wetsvoorstel slechts ten gevolge van de uitbreiding van de restitutiemogelijkheden moest worden aangepast, kan er derhalve niet toe leiden dat medeverzekerden van medisch noodzakelijke zorg verstoken blijven.

58

*De leden van de PvdA-fractie vroegen op welke gronden een inkomensafhankelijke bijdrage in de zorg wordt gevraagd.*

Daar zijn onder meer zijn de volgende motieven voor aan te voeren: medefinanciering, doelmatigheid en het besparingsmotief.

59

*De leden van de PvdA-fractie vroegen naar de financiering van de zorg na het tijdstip waarop de verzekering respectievelijk de overeenkomst is beëindigd. Ook vroegen zij ik door verplichte opnemings in de overeenkomst van prijsindexatie wil voorkomen dat voortgezette zorg voor de verzekeraar verhoudingsgewijs te duur wordt of voor de instelling een te lage vergoeding oplevert.*

Na einde verzekering heeft de verzekerde aanspraak op voortzetting van bepaalde reeds aangevangen verstrekkingen (zorg in natura); de financiering komt blijft dan nog voor rekening van het (oude) ziekenfonds; dat geldt ook voor eventuele prijsverhogingen.

De andere situatie waar de vragenstellers op doelen is die waarbij tijdens de behandeling van een verzekerde de overeenkomst ziekenfonds-zorgaanbieder wordt beëindigd. In dat geval wordt de behandeling als gevolg van het door de Tweede Kamer aangenomen amendement Van der Vlies eveneens voortgezet voor rekening van de wettelijke verzekering (ziekenfonds). Eventuele prijsverhogingen mogen dan niet door de zorgaanbieder worden doorberekend. Aangezien het tweede voorbeeld een gevolg is van de contracteervrijheid van partijen en het over het algemeen om tijdelijke situaties zal gaan, zie ik geen reden om partijen te verplichten tot het opnemen van een prijsindexatie in de overeenkomst.

60

*De leden van de PvdA-fractie vroegen op welke wijze en op grond van welke gegevens de in Artikel II, onderdeel F, artikel 10, lid 3b, genoemde hoogte van de vergoeding wordt vastgesteld.*



Het gaat hier om de hoogte van de vergoeding, vast te stellen bij ministeriële regeling, voor AWBZ-zorg op restitutiebasis. Zoals bekend vindt restitutie in de AWBZ nu niet plaats. Voor de meeste AWBZ-zorg kan natuurlijk wel een Persoonsgebonden budget (PGB) worden verkregen. Aan de Tweede Kamer heb ik overigens toegezegd dat ik zal laten onderzoeken of restitutie in de AWBZ mogelijk is. De door de leden van de PvdA-fractie aangehaalde bepaling is vergelijkbaar met een voorgestelde bepaling in de Ziekenfondswet (Artikel I, Onderdeel K, artikel 9, lid 4b). Die bepaling werd ingegeven door Europese jurisprudentie. Mocht restitutie op een of andere schaal in de AWBZ worden ingevoerd, dan zou voor de (maximale) vergoedingen kunnen worden aangesloten bij PGB- en/of WTG-tarieven of de keuze kunnen worden gelaten aan het zorgkantoor.

61

*De leden van de VVD-fractie merkten op dat in het wetsvoorstel WTZi de minister instellingen wel toelaat maar houdt hij daarbij wel rekening met het financieel kader. Hoe kan het ziekenfonds aan zijn zorgplicht voldoen als er minder financiële middelen beschikbaar zijn om aan de vraag naar zorg te voldoen en er dus te weinig instellingen worden toegelaten.*

De toets aan het financiële kader op het moment van toelating is geschrapt bij de derde nota van wijziging. Dit hangt samen met een duidelijke keuze voor een vraaggericht stelsel. Beheersing van kosten vindt in een vraaggericht stelsel niet via regulering bij toetreding plaats. In een vraaggericht stelsel bepaalt de zorgvraag welke zorg wordt afgenomen, hoeveel zorg er wordt afgenomen, en tegen welke prijs die zorg wordt afgenomen. Door concurrentie op de zorgmarkt, door prijsregulering op grond van de WTG, door goede indicatiestelling en in combinatie met de budgettering van verzekeraars worden de totale uitgaven beheerst. Het is mogelijk dat een sterke ontwikkeling van de zorgvraag in een vraaggestuurd stelsel ondanks een realistische raming van de totale zorgvraag, leidt tot een overschrijding van het budgettaire kader zorg. In dat geval moet worden gezien hoe daarmee om te gaan. De instrumenten die daarbij in beginsel kunnen worden gehanteerd zijn eigen betalingen, de omvang en samenstelling van het verzekerde pakket en het inbouwen van doelmatigheidsprikkels.

62

*De leden van de VVD-fractie vroegen hoe de minister binnen het financiële kader denkt te blijven wanneer het ziekenfonds bij wachtlijsten uitwijkt naar het buitenland en daar contracten sluit ten behoeve van zijn verzekerden.*

De kosten daarvan komen, zoals de vragensteller terecht heeft opgemerkt, voor rekening van het ziekenfonds en zijn daarmee kosten voor de Nederlandse gezondheidszorg. De ziekenfondsen zijn echter gebudgetteerd en worden er toe gestimuleerd om doelmatig, dus ook kostenbewust, in te kopen. De zorg die het ziekenfonds in het buitenland inkoop kan soms goedkoper zijn dan de Nederlandse zorg. Omgekeerd liggen er ook patiënten in Nederlandse ziekenhuizen, die voor rekening van het buitenland komen. Tot dusver is mij niet gebleken dat kosten voor de Nederlandse gezondheidszorg door zorg aan Nederlandse verzekerden in het buitenland zijn gestegen. Zoals ik al aan de Tweede Kamer heb toegezegd, zal ik de zorginkoop in het buitenland gaan monitoren, met name in verband met de infrastructurele kosten.

63

*Indien de «omgekeerde contracteerplicht» volledig zal zijn verdwenen lopen ziekenhuizen meer risico. Zij zullen grotere reserves moeten aanhouden. De leden van de VVD-fractie vragen of de Minister van plan*

*hieromtrent nadere regels te geven.*

Toenemende vraagsturing en marktwerking maken een hogere buffer noodzakelijk. Bij veel zorginstellingen zal de vermogenspositie verbeterd moeten worden. Ik ga daarbij vooral uit van de inzet van de aanbieders zelf. Het is de eigen verantwoordelijkheid van zorginstellingen om die vermogenspositie te realiseren die past bij de marktomstandigheden waarin de desbetreffende zorginstelling verkeert. De overheid kan hierbij faciliterend optreden. Zo moet de regelgeving het realiseren van een gezonde vermogenspositie mogelijk maken. Een voor de hand liggend instrument hiervoor is het hanteren van meer marktconforme bekostigingssystematieken. Ook de mogelijkheid om het aantrekken van eigen vermogen toe te staan (winstoogmerk) wil ik in dit verband niet ongenoemd laten. Ik ben echter niet van plan om nadere regels vast te stellen omtrent de minimale solvabiliteit die zorginstellingen dienen te hebben.

64

*De leden van de VVD-fractie vroegen naar de criteria die ik zal hanteren die leiden tot volledige opheffing van de contracteerplicht bij de ziekenhuizen.*

Met het wetsvoorstel HOZ is in de Zfw de mogelijkheid gecreëerd om bepaalde, bij amvb aan te wijzen, vormen van zorg uit te zonderen van de contracteerplicht. Daarvan zal in ieder geval gebruik worden gemaakt voor het segment DBC's dat vanaf 1 januari aan vrije prijsvorming onderhevig wordt.

Mijn eerdergenoemde brief over de liberalisering van de electieve zorg bevat het toetsingskader voor verdere stappen in de deregulering. In die brief heb ik aangegeven op welke deelmarkten binnen de curatieve zorg sneller, minder snel dan wel niet tot verdere liberalisering kan worden gekomen. Hiermee is nadrukkelijk niet gezegd dat de contracteerplicht gehandhaafd zou moeten worden op deelmarkten waar in meer of mindere mate regulering blijft bestaan. Per slot is de contracteerplicht eigenlijk een vorm van gedwongen winkelnering, die haaks staat op de beoogde vraagsturing.

Vermeld zij dat de Zvw op het punt van het uitschakelen van de contracteerplicht verder gaat.

In de Zvw kunnen verzekeraars ervoor kiezen of zij de zorg in natura willen verzekeren of dat zij de zorg verzekeren door middel van vergoeding van de gemaakte kosten. Uitgangspunt in de Zvw is dat er geen contracteerplicht bestaat. Wel zal de Zvw de mogelijkheid bevatten om van dit uitgangspunt af te wijken. Bij amvb kunnen zorgvormen worden aangegeven waarvoor wel contracteerplicht geldt.

65

*De leden van de VVD-fractie vroegen welke prikkel er is voor ziekenfondsen om een keuze te maken voor het ene of het andere ziekenhuis nu er landelijk vastgestelde prijzen voor de eerste DBC's komen. Is het niet te verwachten dat de meeste ziekenfondsen het standaard tarief zullen hanteren? Deze leden merkten op dat de praktijk heeft geleerd dat er vrijwel nooit onder deze maximum tarieven is gecontracteerd. Zij vroegen waarom ik verwacht dat het nu anders zal zijn, zeker nu er geen sprake is van overcapaciteit in de ziekenhuizen.*

*Verder vroegen de VVD-fractieleden of de opheffing van de omgekeerde contracteerplicht voorlopig geen wassen neus is, nu er sprake is van beperkte capaciteit, zodat de zorgverzekeraar verplicht is vrijwel alle zorgaanbieders te contracteren die hij nu ook contracteert.*

Bij de invoering van DBC's per 1-1-2005 wordt een eerste stap gezet richting marktwerking. Voor circa 10% van de ziekenhuiszorg zullen verzekeraars met ziekenhuizen onderhandelen over prijzen, kwaliteit en volumes van de geleverde zorg. Het uurtarief voor de medisch specialisten voor deze DBC's blijft buiten de onderhandeling. Dit is een terechte opmerking van de VVD-fractie. Maar gezien de macrokostenrisico's heb ik besloten dit onderdeel vast te zetten. Het uurtarief voor specialisten is voor deze DBC's onlangs landelijk bepaald.

De DBC's in dit segment zijn mede geselecteerd met het oog op marktwerking. Het betreft niet-complexe electieve zorg, uitvoerbaar in dagbehandeling. Voor een belangrijk deel kunnen deze DBC's ook door zelfstandige behandelcentra (ZBC's) worden aangeboden. Wat eventueel niet bij ziekenhuizen wordt ingekocht, zou bij DBC's kunnen worden ingekocht. Voor ziekenhuizen geldt straks voor het «10% deel» geen contracteerplicht meer; voor ZBC's gold er al helemaal geen contracteerplicht. Daarmee komen ziekenhuizen en ZBC's in een meer gelijk speelveld terecht. Het opheffen van de contracteerplicht is dus zeker geen wassen neus. De inschatting is dat er voldoende (verborgen) capaciteit beschikbaar is en voldoende mogelijkheden voor productiviteitsverhoging. Voor de DBC's in het marktwerkingsegment moet de contracteerplicht worden opgeheven om individuele onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en aanbieders mogelijk te maken. Het opheffen van de omgekeerde contracteerplicht is van belang, omdat het doorbreekt dat een ziekenhuis met elk ziekenfonds dezelfde prijs moet afspreken. Voor circa 90% van de ziekenhuiszorg blijft het CTG landelijk de tarieven vast stellen. Er is hier geen sprake van individuele onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en ziekenhuizen. In dit deel van de ziekenhuiszorg wordt nog collectief onderhandeld.

66

*De leden van de VVD-fractie vroegen of de minister al inzicht kan geven over de wijze waarop hij gaat regelen dat de patiënt alleen de eventuele meerkosten van zorg van een niet-gecontracteerde aanbieder zelf moet gaan betalen.*

Ik verwijs naar de meegezonden ontwerp-amvb.

67

*De leden van de VVD-fractie vroegen verder wie de meerkosten betaalt wanneer iemand na een ongeluk per ambulance naar een ziekenhuis wordt gebracht waarmee zijn verzekeraar geen contract heeft en de behandeling duurder is dan door wel gecontracteerde aanbieders.*

Die situatie is nu nog niet aan de orde. De verzekeraars moeten daarvoor in de toekomst natuurlijk wel een oplossing vinden. Maar voor acute zorg bestaat voorlopig nog de contracteerplicht. De vrij onderhandelbare DBC's betreffen namelijk niet de acute zorg.

Ik verwacht overigens dat de verzekeraars in de toekomst de meerkosten van deze niet electieve zorg voor hun rekening zullen nemen. De acute zorg behoort immers tot hun zorgplicht.

68

*De leden van de VVD-fractie vroegen in hoeverre de arresten Muller-Fauré/van Riet en Smits/Peerbooms nog zullen standhouden, nu de minister zelf de concurrentie wil bevorderen.*

Bij Smits en Peerbooms is de zorg geleverd door intramurale instellingen. Het Hof van Justitie heeft hierover het volgende bepaald. Lidstaten zijn bevoegd zijn om hun socialezekerheidsstelsels zelf in te richten. Elke

nationale regeling bepaalt hoe iemand zich moet aansluiten bij een stelsel van sociale zekerheid en op welke verstrekkingen en uitkeringen recht bestaat. Lidstaten moeten wel het gemeenschapsrecht eerbiedigen, zo ook het beginsel van het vrij verrichten van diensten. Hiertoe behoren ook medische diensten.

Onderzocht is of het Nederlandse toestemmingsvereiste voor behandeling in het buitenland beperkende gevolgen heeft voor het vrij verrichten van diensten. De regeling stelt de vergoeding van kosten afhankelijk van de verkrijging van toestemming, waarvoor aan twee voorwaarden moet zijn voldaan (de behandeling moet in de kring der beroepsgenoten gebruikelijk zijn; de behandeling in het buitenland moet noodzakelijk zijn). Dit vormt een belemmering voor het vrij verrichten van diensten.

Het Hof ziet een rechtvaardiging voor die belemmering. Het risico van aantasting van het financiële evenwicht van het sociale zekerheidsstelsel en het behoud van een voor ieder toegankelijke zorg, vormen dwingende redenen die een belemmering van het vrij verrichten van diensten kunnen rechtvaardigen.

Een regeling van voorafgaande toestemming in het kader van een op het overeenkomstenstelsel gebaseerde gezondheidszorg, maakt het met het oog op de planning van de zorg mogelijk om op het nationale grondgebied een toereikende en permanente toegang tot een evenwichtig aanbod van kwaliteitszorg te bieden en ervoor te zorgen, dat de kosten worden beheerst en iedere verspilling van financiële en technische middelen en personeel wordt vermeden.

Bij Müller-Fauré en Van Riet betrof het extramurale zorg. Hier heeft het Hof bepaald dat vergoeding van kosten voor extramurale zorg, verstrekt door een zorgverlener waarmee het ziekenfonds geen contract heeft gesloten, niet afhankelijk mag zijn van voorafgaande toestemming. Het Europese recht verzet zich hiertegen.

Het betrof in beide gevallen de vraag naar zorg. U vraagt naar de capaciteit van zorg en naar de mogelijkheid van concurrentie. Die vragen hebben vooral ook betrekking op het aanbod van zorg. De in deze arresten beantwoorde rechtsvragen betreffen niet mate waarin er concurrentie mogelijk is, noch hoe groot de capaciteit van het aanbod zal zijn.

69

*De leden van VVD-fractie vroegen of ik voornemens ben om ten aanzien van extramurale zorg een ministeriële regeling op te stellen die ten aanzien van deze zorgvormen alleen nog maar voor vergoeding in aanmerking laat komen die zorg die in de andere lidstaat ook aan eigen onderdanen vergoed. Wordt daardoor niet het vrij verkeer van diensten van Nederlandse burgers beperkt omdat zij diensten die in Nederland wel vergoed worden nu over de grens niet meer vergoed zullen worden.*

Ik wees al op de regeling die in voorbereiding is en die de kosten van extramurale zorg vergoedt in een andere EU-lidstaat zonder dat het ziekenfonds daarvoor vooraf toestemming heeft moeten verlenen. Het gaat hierbij om zorg die behoort tot het Nederlandse verzekeringspakket. De regeling beoogt de belemmering van het vrij verkeer van diensten op te heffen.

70

*De leden van de SP-fractie vroegen door welke elementen in het wetsvoorstel HOZ de keuzevrijheid voor de patiënt toeneemt.*

Een van de elementen is het element van restitutie. Daarnaast formaliseert het wetsvoorstel hulp in het buitenland, zowel in natura als op restitutiebasis.

Voorts krijgen verzekeraars ten behoeve van de verzekerden meer keuzemogelijkheden onder meer als gevolg van het afschaffen van de contracteerplicht.

71

*De leden van de SP-fractie hadden begrepen dat de vrije keus van verzekerden alleen geldt voor het basispakket en niet voor het aanvullende pakket en dat deze twee nog steeds aan elkaar gekoppeld zijn. Zij vroegen of zij mijn uitspraak misschien zo konden verstaan dat het in de toekomst mogelijk wordt dat de aanvullende verzekering wordt behouden bij het overstappen naar een basispakket van een andere verzekeraar.*

Ik weet niet welke uitspraak zij in dit verband op het oog hebben. Zoals ik al eerder heb meegedeeld heb ik geen zeggenschap over – de voorwaarden voor – particuliere verzekeringen.

72

*Hoe gaat de minister tegen dat er niet te passeren machtsblokken van verzekeraars ontstaan, vroegen de leden van de SP-fractie.*

Voorshands zie ik geen problemen, en ga ik ervan uit dat in het nieuwe verzekeringsstelsel geen sprake zal zijn van een (te) beperkt aantal zorgverzekeraars op de Nederlandse markt.

Zeker in vergelijking met de telecom en de energiesector is eerder het omgekeerde het geval. Mochten er desalniettemin zorgverzekeraars zijn die concurrentiebeperkend gedrag vertonen, dan wordt dat tegengegaan door de zorgautoriteit en de NMa. De NMa ziet toe op afspraken en gedragingen die de concurrentie beperken en op misbruik van economische machtsposities. Ook wordt het ontstaan van te grote economische machtsposities voorkomen door voorgenomen concentraties (fusies, overnames en bepaalde typen joint ventures) vooraf te toetsen. Daarbij borg ik via de oprichting van de zorgautoriteit dat een aantal extra sectorspecifieke mededingingsregels gaan gelden voor de zorg die de concurrentie op deelmarkten stimuleren en op gang brengen. Deze regels gelden zowel voor zorgverzekeraars als voor zorgaanbieders. Zo kan de zorgautoriteit ondernemingen die een aanmerkelijke marktmacht hebben bepaalde aanvullende verplichtingen opleggen. Met aanmerkelijke marktmacht bedoel ik een zo krachtige positie op de markt dat deze niet bevorderlijk kan zijn voor (het ontstaan van) concurrentie.

73

*Hoe wordt voorkomen, zo vroegen de leden van de SP-fractie, dat patiënten die door een vrij onderhandelbare DBC het meest opbrengen voor een ziekenhuis het eerst geholpen worden. Kan de minister garanderen dat een lucratieve patiënt niet hoger op de wachtlijst komt? Blijft dit ook in de toekomst een punt van aandacht wanneer er steeds meer vrij te onderhandelen valt?*

Ik onderschrijf dat met het opheffen van de contracteerplicht voor de DBC's in het B-segment zal leiden tot onderhandelingen tussen individuele zorgaanbieders en individuele zorgverzekeraars met verschillende uitkomsten. Dit is de bedoeling van de door mij beoogde gereguleerde marktwerking. Alleen wanneer er verschillen zijn, heeft keuzes maken zin. Verschillen bevorderen dat verzekerden weloverwogen keuzes maken. Dit leidt uiteindelijk tot mobiliteit van verzekerden, waardoor zorgverzekeraars weer worden aangespoord zich in te spannen als contractpartij van zorgaanbieders.

Met het systeem van marktwerking gaat de productie op korte termijn waarschijnlijk omhoog en worden de wachtlijsten voor bepaalde

behandeling korter of verdwijnen. Dit geldt uiteraard vooral voor de DBC's uit segment B. Overigens sluit ik niet dat verzekeraars zich zullen proberen te onderscheiden op wachttijden, zoals nu feitelijk ook al wordt gedaan. In brede zin mag dit echter niet ten koste gaan van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

74

*Waarom, zo vroegen de leden van de SP-fractie, ziet de minister wel gevaren in machtsblokvorming bij zorgaanbieders en niet bij zorgverzekeraars? Waarom heeft hij meer vertrouwen in zorgverzekeraars dan in professionals? Weet de minister dat een belangrijke reden voor collectief onderhandelen in het verleden was het verhogen van de kwaliteit van de zorg?*

Hiervoor heb ik aangegeven dat zowel het algemeen als het sectorspecifiek mededingingstoezicht geldt voor zorgaanbieders én zorgverzekeraars. Ik kan me dus niet vinden in de stelling dat ik meer of minder vertrouwen zou hebben in bepaalde partijen. Bovendien laat de trackrecord van de NMa zien dat niet op voorhand is aan te geven dat in een bepaalde bedrijfstak of beroepsgroep meer oneerlijke concurrentie zou voorkomen dan in andere.

Zoals ik bij vraag 16 al heb opgemerkt onderkent de MW de spanning tussen samenwerking en marktwerking, en bevat daarom kaders voor samenwerking.

Collectief overleg over kwaliteitsbevordering levert in de zorgsector in het algemeen geen concurrentiebeperking op indien dit enkel tot doel heeft via objectieve en transparante criteria de verantwoordelijkheden en bekwaamheden van de zorgaanbieders te verzekeren en het algemeen kwaliteitsniveau te bevorderen. Op het moment dat dergelijke overeenkomsten over kwaliteit worden gekoppeld aan andere overeenkomsten die niet direct met kwaliteit samenhangen, moeten deze aanvullende afspraken apart op hun verenigbaarheid met het kartelverbod worden getoetst.

Op grond van de MW zijn collectieve onderhandelingen over vestiging en tarieven die traditioneel op regionaal niveau tussen organisaties van medische vrije beroepsbeoefenaren en organisaties van zorgverzekeraars hebben plaatsgevonden verboden, aangezien zij leiden tot prijsafspraken en marktverdeling. Beide hebben tot doel de concurrentie te beperken. Zij vallen onder het kartelverbod.

75

*De leden van de fractie van de SP wilden weten waarom het afschaffen van de contracteerplicht leidt tot een vermindering van de regeldruk in de zorgsector. Naar hun mening neemt de bureaucratie bij individueel onderhandelen juist toe. Zij vroegen of het klopt dat Actal deze toename van bureaucratie niet meeneemt in zijn toetsing van de administratieve lastendruk. Zij wilden weten of ik het met hen eens ben dat daardoor een eenzijdig beeld wordt neergezet van de zogenaamde afname.*

Het afschaffen van de contracteerplicht leidt tot een vermindering van de administratieve lasten, omdat het afsluiten niet meer wettelijk voorgeschreven wordt. Dit is gebaseerd op de kabinetsdefinitie en als zodanig correct.

Actal neemt de toename van de bureaucratie, wederom conform de kabinetsdefinitie, wel degelijk mee in zijn berekening. Deze berekening zal, deels indicatief, voor het einde van het jaar gereed zijn. In een later stadium in het DBC traject zal nadere kwantificering plaatsvinden.

76

*De leden van de SP-fractie vroegen of de ervaringen van huisartsen met het individueel onderhandelen nog door mij worden geëvalueerd en of de resultaten worden verwerkt bij verdere plannen.*

De ervaringen van met het contracteren van huisartsen zijn mij bekend. Bij het ontwikkelen van het wetsvoorstel HOZ zijn die ook meegenomen. Dat heeft geleid tot de maatregel dat het College Toezicht in bepaalde situaties tot een ontheffing van het overeenkomstenvereiste kan komen.

77

*Deelt de minister de zorg van de leden van de SP-fractie dat hierdoor het management ook wordt uitgedaagd zich marktconform te belonen? Is inmiddels de toegezegde notitie over de inkomensontwikkeling in de zorgsector aan de hand van de normen, die de commissie Simons heeft opgesteld, verschenen?*

Ik deel uw zorgen op dit punt niet. Mijn beleid is er op gericht om de prestaties in de zorg te verbeteren. Aanbieders in de zorg worden uitgedaagd meer klantgericht hun zorg te gaan leveren. Hiertoe worden in de structuurwetten (tarieven en bouw) instrumenten voor aanbieders en zorgverzekeraars geboden. Zo ook de opheffing van de contracteerplicht. Door het opheffen van de contracteerplicht voor de zorgkantoren kan de zorg doelmatiger worden ingekocht. Deze ontwikkelingen in de bouw- en tarievenwetgeving stellen wel eisen aan de bestuurders en toezichthouders in de zorg. Ik vraag aldus van de gezondheidszorg deskundige en professionele bestuurders en toezichthouders, ook in deze transitiefase naar een nieuwe zorgverzekeringswet en een vernieuwde AWBZ. Bij marktconforme lonen horen ook de bijbehorende risico's voor bestuurders en toezichthouders, en deze risico's zijn in de gezondheidszorg nog van een andere orde.

Met de Tweede Kamer ben ik dan ook bezorgd over de huidige hoge salarissen van ziekenhuisdirecteuren. Op 6 oktober jongstleden heb ik aan de Tweede Kamer een uitgebreide analyse en een plan van aanpak voor de topinkomens in de zorg gestuurd. De hoge salarissen zijn voor mij aanleiding om het topinkomensbeleid te intensiveren. De transparantie moet verder worden vergroot en de Raden van Toezicht zullen bij de onderhandelingen over de arbeidsvoorwaarden een volwaardige positie moeten gaan innemen.

Bij de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in de Zorg (NVTZ) heb ik er op aangedrongen dat er snel een vervolg moet komen op het rapport van de Commissie-Simons waardoor de Raden van Toezicht kunnen beschikken over een eigen adviesregeling voor het vaststellen van de beloning van de leden van de Raden van Bestuur/de directeuren.

78

*De SP-fractieleiden merkten op dat volgens de minister de gevolgen van faillissementen voor cliënten van zorginstellingen en premiebetalers gering zijn, omdat het ziekenfonds gehouden is om dan op een andere wijze in zorg te voorzien. Zij vroegen of ik dit ook vindt als het bewoners van een verpleeghuis of verzorgingstehuis betreft, mensen voor wie elke verandering traumatisch en zelfs levensbedreigend kan zijn.*

Bij een dreigend faillissement van een zorginstelling kan deze zorginstelling met de relevante ziektekostenverzekeraars tot een oplossing komen die voldoende aanbod en de continuïteit van zorg in die regio waarborgt. Het door de verzekeraar in een andere wijze van zorg voorzien kan in voorkomende gevallen ook betekenen dat een andere zorginstelling de

noodlijdende instelling of de zorg overneemt. Het komt er dan op neer dat het falend management wordt vervangen, terwijl de veranderingen voor de patiënten minimaal kunnen zijn.

Overigens wil ik ook op het volgende wijzen: doordat de verzekeraars contracten sluiten met de zorginstellingen en de naleving ervan controleren, hebben verzekeraars een goed beeld van de bedrijfsvoering van een gecontracteerde instelling. Een verslechterende situatie bij een instelling wordt door een oplettende verzekeraar dan ook tijdig gesignaleerd. Faillissementen vinden niet van de ene op de andere dag plaats waardoor, in het geval van een verslechterende financiële situatie, vaak tijdig (financiële) noodmaatregelen mogelijk zijn.

79

*De leden van de SP-fractie vroegen bij wie de zorgplicht ligt, bij de minister of bij zorgverzekeraar?*

De zorgplicht ligt primair bij de verzekeraar. De verzekeraars zijn er voor verantwoordelijk dat zij voldoende zorg blijven inkopen, ook daar waar de contracteerplicht wordt opgeheven. Het CTZ beoordeelt of verzekeraars hun zorgplicht nakomen.

In antwoord op een desbetreffende vraag deel ik nog mee dat het CTZ niet toeziet op de Treeknormen. Die normen stellen de verzekeraars en de andere partijen in de zorg zichzelf ten doel in verband met de wachtlijsten voor de ziekenhuiszorg.

80

*De leden van de SP-fractie vroegen of de voortgangsbrief over het bevorderen van de informatievoorziening aan patiënten/consumenten al is verschenen. Ook wilden zij weten hoe wordt bevorderd dat de regie over de zorg bij patiënten ligt. Verder vroegen zij hoe de het staat met de «empowerment» van de groep zorggebruikers, die langdurig van zorg gebruik maakt en hoe dat gemonitord wordt.*

Voor het antwoord op deze vraag, verwijs ik naar het antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie naar de voortgang op de nota «Met zorg kiezen».

81

*De leden van de SP-fractie vroegen, welke instrumenten ter beschikking staan om toe te zien op de kwaliteit en overigens ook de beschikbaarheid en betaalbaarheid van zorg in het buitenland in verband met de mogelijkheid in het buitenland te contracteren.*

Op de zorgverzekeraars rust de verantwoordelijkheid om kwalitatief goede zorg in te kopen, ook in het buitenland. In het wetsvoorstel is opgenomen dat er gecontracteerd kan worden met instellingen, die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land geldende socialezekerheidssysteem, dan wel zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen.

Dat vormt een zekere garantie voor de kwaliteit van de ingekochte zorg, omdat in een dergelijk systeem vaak wordt toegezien op de kwaliteit van de geleverde zorg. Wat betreft de betaalbaarheid van de zorg, is het in eerste instantie aan de verzekeraar om te beoordelen of de prijs/kwaliteitsverhouding past binnen het kader van de uitgaven die in de Nederlandse gezondheidszorg gebruikelijk zijn.

82

*De leden van de fracties van de SGP en de ChristenUnie vroegen waarom gekozen is voor een ontheffingsmogelijkheid door het CTZ voor het*



*sluiten van overeenkomsten en of ook het mogelijk maken van restitutie in de ziekenfondsverzekering is overwogen wanneer het ziekenfonds in de onmogelijkheid verkeert om met voldoende aanbieders overeenkomsten te sluiten. Verder vroegen zij hoe de bevoegdheid van het CTZ zich verhoudt tot het amendement-Schippers over het recht op restitutie voor verstrekkingen waarvoor de contracteerplicht is opgeheven.*

Zoals bekend is de ziekenfondsverzekering nu nog in hoofdzaak een naturaverzekering. In dat kader zijn de inspanningen van het ziekenfonds er op gericht om voldoende overeenkomsten tot stand te brengen (zorgplicht). Het kan de ziekenfondsen lang niet altijd worden aangerekend dat zij niet in staat zijn om in voldoende mate overeenkomsten te sluiten. Als er betalingen plaatsvinden aan aanbieders waarmee geen contract tot stand is gekomen, zijn die echter wel onrechtmatig. Dat kan hen een afkeurende accountantsverklaring opleveren. De maatregel is er op gericht om dat te voorkomen. In het oorspronkelijke wetsvoorstel was een restitutiemogelijkheid per zorgvorm – in te voeren bij amvb – opgenomen. De Tweede Kamer heeft het betreffende artikel door een andere restitutie bepaling vervangen middels het amendement Schippers/Lambrechts (het thans voorgestelde Artikel I, onderdeel L, artikel 11). Verder vroegen deze leden zich af hoe de bevoegdheid van het CTZ zich verhoudt tot dat amendement (recht op restitutie waarvoor de contracteerplicht is opgeheven). Het antwoord daarop is dat er nauwelijks of geen beroep zal worden gedaan op de ontheffingsbevoegdheid van het CTZ voor die vormen van zorg die als gevolg van dat amendement (ook) op restitutiebasis kunnen worden vergoed. Daarbij speelt immers niet meer het probleem dat de uitgaven die het ziekenfonds aan verzekerden vergoed gebaseerd moeten zijn op een overeenkomst tussen een aanbieder en het ziekenfonds.

### **III. WTG ExPres (29 379)**

83

*De leden van de CDA-fractie vonden het ontbreken van een plan met betrekking tot de deregulering van de onderscheiden deelmarkten opvallend. Zij achtten het van belang, dat de minister zijn voornemens in de tijd zo mogelijk nu al bekend maakt.*

Met de CDA-fractie ben ik van mening dat waar een plan tot deregulering van de onderscheiden deelmarkten vast staat deze zo snel mogelijk bekend wordt gemaakt. Met betrekking tot verschillende deelmarkten en de deregulering daarvan bericht ik het parlement herhaaldelijk bij brief, notitie of beleidsvisie. Nadat deze met het parlement, meestal de Tweede Kamer der Staten-Generaal, zijn besproken en laatste daarmee heeft ingestemd kan worden overgegaan tot de uitwerking. Ik hecht eraan deze visies niet in het kader van een wijziging van het instrumentarium aan het parlement te presenteren, maar daarvoor een afzonderlijk traject te volgen. Zo heb ik visies aan het parlement gezonden over acute zorg, ziekenhuiszorg c.q. DBC's, ambulancezorg, eerstelijnszorg, huisartsenzorg en geneesmiddelen. In september jongstleden heb ik aan het parlement een planningsoverzicht doen toekomen waarbij in een bijlage een aantal visiedocumenten heb aangekondigd als een visie op het beleid te voeren bij de integrale eerstelijnszorg, electieve zorg, ouderenzorg en over voortgang van het geneesmiddelen (Kamerstukken II, Bijlage bij niet-dossierstuk vws0401164).

84

*Wanneer ontvangt het parlement de beleidsvisie electieve zorg, zo wilden de leden van de CDA-fractie weten.*

Op 20 oktober jongstleden heb ik het parlement de beleidsvisie electieve zorg toegezonden.

85

*Met de Raad van State vreesden de leden van de CDA-fractie, dat er slechts sprake zal zijn van een bureaucratisch georiënteerde marktwerking. Zij vroegen hoe de minister dit denkt te voorkomen.*

Dat de Raad van State van opvatting is dat er slechts sprake zal zijn van bureaucratisch georiënteerde marktwerking herken ik niet. Wel constateert de Raad terecht dat het in de kern gaat om vergroting van de efficiency met borging van publiek belang van kwaliteit, betaalbaarheid en beschikbaarheid van zorg. Met de Raad ben ik voorts van mening dat elke markt regels en instrumenten nodig heeft om de doelstellingen te waarborgen en zo nodig af te dwingen. Welke regels en instrumenten dat zijn hangt af van de desbetreffende deelmarkt in de zorg. Om dat te bepalen wordt onderzoek gedaan per deelmarkt om te beziën in hoeverre regels en instrumenten nodig zijn. Dat zal per deelmarkt verschillen.

86

*De leden van de CDA-fractie vroegen hoe ik aankijk tegen hun suggestie om de Nederlandse zorgautoriteit de volgende taakstelling mee te geven: na drie jaar op het niveau van het CTG, daarna een lager budget.*

Op dit moment kan ik nog niet aangegeven welk budget de Nederlandse Zorgautoriteit nodig zal hebben om haar taken naar behoren uit te kunnen voeren. De zorgautoriteit ontstaat door het CTG en het CTZ samen te voegen. Het ligt voor de hand vooralsnog uit te gaan van het samenvoegen van de hiermee gemoeide budgetten. Per jaar zal worden beziën welk budget nodig is, gegeven de omvang en intensiteit van de verschillende onderdelen van het takenpakket van de zorgautoriteit. In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel Wet marktordening gezondheidszorg zal ik dieper op deze materie ingaan.

87

*De leden van de CDA-fractie vroegen waar in de toekomst het primaat van de tariefafspraken komt te liggen. En wanneer de minister vanwege de aard van deze bijzondere markt ook in de toekomst van zijn discretionaire bevoegdheden gebruik zal maken.*

Met de wijziging van de WTG door de WTG ExPres wijzigt de positie en rollen van de spelers in de WTG niet. Het primaat van de tariefafspraken blijft dan ook bij de zorgaanbieders en verzekeraars. De minister zal gebruik maken van zijn discretionaire bevoegdheden indien hij vreest dat de publieke belangen van een kwalitatief goede en toegankelijke zorg voor iedereen in het gedrang lijkt te komen. Daarbij richt hij zich in eerste instantie op de zorg zoals die is vastgelegd in de sociale ziektekostenverzekeringen AWBZ en Ziekenfondswet.

Daarbij is er een onderscheid te maken naar de mate waarin de tarieven zijn geliberaliseerd. Waar sprake is van een vrij tarief kunnen partijen zelf over de hoogte afspraken maken zonder dat het CTG deze tarieven toetst. Waar sprake is van minimum-, maximum- of bandbreedtetarieven zijn partijen ook vrij om zelf hun tarief vast te stellen zonder dat het CTG dat toetst, mits zij zich aan de grenzen van die tarieven houden. Tenslotte zijn er nog de vaste tarieven, waarbij partijen ook eerst zelf onderhandelen over een tariefvoorstel aan het CTG en het CTG het daadwerkelijk in rekening te brengen tarief vaststelt. In alle gevallen ligt het primaat bij de onderhandelende zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar.

88

*De leden van de CDA-fractie vroegen of de noodzakelijke inspanningen van alle partijen om wetten, procedures en handelen op basis van de huidige regels over ziektekosten, planning en bouw van instellingen en tarifiering van zorgprestaties te veranderen in een systeem dat meer recht doet aan de wensen van de consument, wel opweegt tegen een naar het oordeel van die fractie kennelijke magere oogst.*

De conclusie dat aan het huidige systeem de nodige bezwaren kleven wordt breed gedeeld. Zie ook de resultaten van het evaluatieonderzoek dat gehouden is onder de gebruikers van de WVG. De resultaten staan kort vermeld in de notitie Speelruimte en Verantwoordelijkheid (Kamerstukken II, 1999–2000, 27 156. Juist het huidige systeem levert een magere oogst op. Daaraan heb ik al eerder in deze memorie aandacht besteed. Elke inspanning die (onder meer) de innovatie, de klantgerichtheid en de doelmatigheid bevordert is de moeite waard.

89

*De leden van de CDA fractie vroegen of de overheid de instellingen in staat zal stellen een gezonde vermogenspositie te realiseren. Zal hierbij van meet af aan sprake zijn van een gelijk speelveld? Ook voor nieuwe toetreders en instellingen in bijvoorbeeld groeikernen, die geen vermogen hebben kunnen opbouwen?*

*Wordt niet te lichtvaardig gedacht over zorginstellingen, die net als andere ondernemingen failliet kunnen gaan, gelet op de noodzakelijke keuzevrijheid voor de patiënten? Een niet sluitende exploitatie en een onvoldoende financieel weerstandsvermogen hoeven niet op financieel mismanagement te slaan.*

Zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering. De regelgeving moet het realiseren van een gezonde vermogenspositie mogelijk maken. De vraag of er op het vlak van de opbouw van vermogen sprake is van een gelijk speelveld wordt meegenomen in mijn brief die ik aan de Tweede Kamer over de modernisering van de financiering van de kapitaallasten van zorginstellingen heb toegezegd.

Ik ben van mening dat zeker niet te lichtvaardig wordt gedacht over faillissementen van zorginstellingen in relatie tot de keuzevrijheid voor patiënten. Faillissementen komen ook nu al voor in een aanbodgestuurd systeem.

Faillissementen kunnen natuurlijk een beperking van de keuze van aanbieders tot gevolg hebben. De mogelijkheid van faillissement dwingt zorgaanbieders allereerst om op een efficiënte wijze zorg van een goede kwaliteit te leveren. Daarnaast zullen zorgaanbieders gedwongen worden vraaggericht te opereren. Dat komt weer ten goede aan de patiënt. In hoofdstuk IV over de WTZi wordt verder ingegaan op faillissementen bij zorginstellingen.

90

*De leden van de CDA-fractie vroegen zich in dit kader ook af of de patiënten zullen worden betrokken bij de te nemen maatregelen om bij faillissement de continuïteit van zorg te verzekeren. En op welke wijze?*

In een systeem met meer marktwerking is het van belang dat een zorginstelling op een vraaggerichte manier zorg aanbiedt. Instellingen die onvoldoende luisteren naar hun cliënten komen in een situatie met meer marktwerking in de problemen. In die zin dwingt marktwerking instellingen te luisteren naar de cliënt. De Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen ziet op een adviesrecht van cliëntenraden over besluiten die de zorginstelling betreffen. Op die wijze kunnen cliënten/patiënten

invloed uitoefenen op het beleid van een zorginstelling, ook als het gaat om gehele of gedeeltelijke opheffing van de instelling. Daarnaast is het mogelijk dat cliëntenraden bij de Ondernemingskamer een verzoek indienen voor een onderzoek naar het beleid van een onderneming, mits zij in statuten van de instelling als belanghebbenden zijn aangewezen. Ik laat de aanwijzing over aan instellingen zelf, onder voorwaarde dat tenminste één orgaan dat cliënten vertegenwoordigt als belanghebbende wordt aangewezen.

Faillissementen kunnen ook voor patiënten overlast veroorzaken. Faillissementen vinden echter niet van de ene op de andere dag plaats. Een verslechterende situatie bij een instelling wordt door een oplettende verzekeraar, die optreedt als belangenbehartiger van zijn cliënten, dan ook tijdig gesignaleerd. Een verantwoordelijke verzekeraar zal de hinder voor zijn klanten, in samenwerking met de andere partijen, zoveel mogelijk beperken. Bij een dreigend faillissement van een zorginstelling kan de zorginstelling met de relevante ziektekostenverzekeraars tot een oplossing komen die voldoende aanbod en de continuïteit van zorg in die regio waarborgt.

91

*De leden van de CDA fractie vroegen zich af of zij terecht constateerden dat de WTG niet andere opties dan prestatiebekostiging van meer invloed zijn op het bevorderen van aanbod.*

De WTG is in beginsel niet geschreven voor het verruimen van het aanbod. Daarvoor zijn het verruimen van opleidingen en opleidingsplaatsen, taakherschikking en functionele pakketomschrijving van de verzekering meer aangewezen. De leden van de CDA fractie hebben terzake de juiste conclusie getrokken.

92

*Met waardering voor het creëren van een experimenteermogelijkheid vroegen de leden van de CDA-fractie of experimenten altijd een gunstige invloed op kosten en tarieven moeten hebben.*

Het verheugt mij dat de leden van de CDA-fractie de experimenteermogelijkheid die gecreëerd wordt binnen de WTG zo waarderen. Inderdaad is een gunstige invloed op kosten en tarieven essentieel voor mij. Er moet een evenwicht zijn tussen prestatie, kosten en tarieven. Een andere uitkomst is echter niet per definitie onmogelijk of ongewenst. Dat hangt van de vooraf geformuleerde doelstellingen van het experiment af. Bijvoorbeeld zou het doel kunnen zijn dat bij gelijkblijvend kader de kwaliteit toeneemt. Vanzelfsprekend moet dit alles wel binnen de randvoorwaarden van de doelen van de WTG en de inmiddels op basis van de WTG ExPres vastgestelde beleidsregel.

93

*Kan de minister voorbeelden geven waaraan wordt gedacht bij het experimenteren met strakkere beleidsregels en minder vrije tarieven, zo vroegen de leden van de CDA-fractie.*

De ideeën, die zich op dit moment aandienen, hebben vooral betrekking op experimenten met vrijere prijsvorming. Toch zou ik mij voor kunnen stellen dat een experiment wordt gehouden met de financiering van verschillende tariefcomponenten op een verschillende wijze. De definitie van tarief in de zin van de WTG ExPres maakt dat mogelijk. Die definitie heeft tot gevolg dat ook een tarief kan worden vastgesteld voor een deel van een prestatie. Zo kan enerzijds door het CTG een individueel tariefdeel worden vastgesteld waarbij rekening wordt gehouden met

beschikbaarheidskosten van bijvoorbeeld huisvesting of voorraad van geneesmiddelen. Terwijl voor de diensten die worden verricht een maximumtarief of vrij tarief geldt. Indien een dergelijk experiment wordt gehouden bij een zorgaanbieder die normaliter een volledig maximumtarief of vrij tarief in rekening kan brengen voor zijn prestatie is er sprake van strakkere beleidsregels en een minder vrij tarief. Op zich ligt een dergelijk experiment op dit moment echter niet in de lijn van de verwachting. Maar met dit wetsvoorstel wordt die mogelijkheid om een dergelijk experiment te starten wel expliciet gecreëerd.

94

*De leden van de CDA-fractie vroegen of de startdatum van 1 januari 2005 voor het fysiotherapie-experiment nog haalbaar is, of daar een aanwijzing voor gegeven wordt aan het CTG en hoe rekening gehouden wordt met de macrokosten.*

Mijn inziens is de startdatum van 1 januari 2005 nog steeds haalbaar. Ik zal daartoe het aanwijzingsinstrument niet gebruiken. Het CTG zal op mijn verzoek een beleidsregel opstellen en ik heb dan de bevoegdheid deze goed te keuren of goedkeuring te onthouden. Eén van de overwegingen die bij mijn beslissing mee speelt is de invloed op de macrokosten. Voor een groot deel gaat het overigens bij dit geplande experiment fysiotherapie over zorg die niet onder het tweede compartiment valt.

95

*De leden van de CDA-fractie wensen aandacht voor de overhead bij experimenten.*

Terecht wordt aandacht gevraagd voor de administratieve en andere werkzaamheden die een experiment met zich mee brengt. Dit zal zeker een element zijn dat in de beoordeling van aanvragen voor een experiment wordt meegenomen. Ik wil ook dat dergelijke experimenten met zo min mogelijk bureaucratie worden uitgevoerd. Het is echter niet mogelijk om vooraf een percentage aan te geven dat reëel is. De aandachtspunten zijn, zo blijkt al uit de aanduiding, meer een checklist van punten waar bij een experiment aan te denken valt. Een geheugensteun, constant aangevuld uit ervaringen met (de opzet van andere) experimenten. De punten zijn niet altijd van toepassing bij ieder experiment. Dat zal per experiment sterk kunnen verschillen. De uitvoeringskosten zijn afhankelijk van het experiment. Ik ben overigens niet van plan hiervoor extra middelen te reserveren.

96

*De leden van de CDA-fractie vroegen zich af hoe de patiënten/verzekerden worden geholpen om de samenhang in de komende veranderingen te zien.*

Momenteel ben ik bezig met de voorbereidingen om de burger te informeren over de veranderingen in het zorgstelsel en de gevolgen voor hen. Onderdeel van deze voorlichting is het bewust maken van burgers dat kiezen belangrijk is. Daarnaast ben ik bezig om de informatievoorziening aan de burger te verbeteren via een portaalorganisatie die het RIVM aan het opzetten is. Uitgangspunt bij deze portaalorganisatie is dat de informatie aansluit bij de behoefte van de burger. Uiteraard kunnen ook (kleine) instellingen gebruik maken van deze portaalorganisatie.

97

*Graag zagen de leden van de CDA-fractie een uiteenzetting over de limitatief opgesomde doelen waarvoor het CTG nadere administratieve voorschriften op kan leggen.*

Met het gewijzigde amendement Vietsch, dat na overname de derde nota van wijziging is geworden, verschuift de wettelijke verplichting tot bijhouden van een administratie waaruit de opbouw en wijze van berekening van een tarief blijkt naar een discretionaire bevoegdheid van het CTG dat per deelmarkt / categorie van zorgaanbieders in te vullen. Een dergelijke administratie is nodig zeker ingeval er direct aan de patiënt c.q. verzekerde kosten van derden in rekening worden gebracht als techniekkosten bij tandartsen en geneesmiddelen bij apothekhoudenden. Ter voorkoming van misverstanden zij gezegd dat het in beginsel niet zo is dat ten algemene per patiënt kosten moeten worden bijgehouden. Dat blijkt ook niet uit het artikel.

Bij de derde nota van wijziging is uitgegaan van de strekking van het ingediende amendement Vietsch, namelijk de bedoeling om administratieve lasten te beperken. Bij de derde nota van wijziging is ook uitgegaan van de ruimte die de minister nodig heeft tot aanpassing in verband met het bestrijden van fraude, in verband met de invoering van DBC's en in verband met de bestuurlijke handhaving van de voorschriften die nodig zijn voor een adequate inrichting van de DBC systematiek. Voor dat laatste is noodzakelijk dat het CTG op basis van het derde lid voorschriften vast kan stellen.

In het eerste lid van het oorspronkelijke wetsartikel 2a WTG ExPres is geschrapt de verplichting voor iedere zorgaanbieder om in zijn administratie bij te houden hoe de opbouw en wijze van berekening van een tarief is. Zo wordt daar waar dat niet nodig is onnodige administratieve handelingen voorkomen. Verder wordt in dat lid wel de relatie tussen patiënt-prestatie-declaratie-betaling-vergoeding gehandhaafd in verband met het voorkomen en bestrijden van fraude.

Zoals al door de minister in het plenair debat in de Tweede Kamer bij de behandeling van de WTG ExPres is aangegeven volgt hij het amendement door de ongelimiteerde bevoegdheid van het CTG om aanvullende regels te stellen betreffende de administratie in te perken. De derde nota van wijziging beperkt die bevoegdheid tot vier omschreven doelen. Die vier limitatieve doelen zijn hieronder opgesomd, waarbij tevens is aangegeven aan welk doel c.q. welke concrete invulling daarbij gedacht kan worden:

- (a) Concurrentie in de regio; absoluut nodig voor DBC-voorschriften (de kostprijsmodellen).
- (b) Adequate bedrijfsvoering; concreet betreft dit de in te stellen AO/IC voorschriften bij DBC's (dat zijn door zorgaanbieders en verzekeraars overeengekomen voorschriften over de inrichting van de administratieve organisatie en de interne controle bij DBC's).
- (c) Het voorkomen van fraude: voor DBC's zijn dat de valudatievoorschriften (softwaremodule; voorschriften die indicatie/diagnose fraude door «upgrading» tegengaan bij DBC's; in Algemeen overleggen met Tweede Kamer over de voortgang DBCproject en bij WTG ExPres is dat nog uitdrukkelijk aan de orde geweest).
- (d) De inzichtelijkheid en toegankelijkheid van de administratie ( zie de AO/IC voorschriften DBC's en de bestaande controleprotocollen bij thuiszorg).

98

*De leden van de CDA-fractie hadden vragen over de strafbaarheid van zorgaanbieders en verzekeraars die een foute declaratie vergoeden of betalen.*

Met het strafbaar stellen van het vergoeden of betalen van een foutieve declaratie door een zorgaanbieder of verzekeraar wordt ten eerste beoogd, dat zij als ontvangers van de declaratie nagaan of deze declaratie juist is. Ten tweede geeft het de ontvangers bij constatering van een onjuiste declaratie een wettelijke grond de vergoeding of betaling te weigeren. De bedoelde zinsnede geeft aan dat de controle en de

weigeringsgrond onjuist declaratiegedrag ontmoedigt. Fraude wordt noch door interne controle noch door externe controle volledig uitgesloten. Wel dient het de fraudeur zo moeilijk mogelijk te worden gemaakt. De door fraude misgelopen inkomsten zie ik niet als schade.

Het controleren op de juistheid van inkomsten en uitgaven, waaronder het betalen van declaraties, door zorgaanbieders en verzekeraars zie ik als een normale bedrijfsmatige taak die iedere ondernemer heeft.

99

*Over het opleggen van de wijze waarop het declaratieverkeer wordt ingericht hadden de leden van de CDA-fractie nog vragen.*

De overheid laat de wijze waarop het declaratieverkeer wordt ingericht in beginsel over aan de betrokken partijen. Dat blijkt ook uit het gewijzigde artikel 6, eerste lid, van de WVG waarbij partijen gevraagd wordt om als onderdeel van een tariefverzoek aan het CTG tegelijkertijd aan te geven op welke wijze het tarief in rekening wordt gebracht. Nadeel van een opgelegde constructie is dat er weinig draagvlak is en dus weinig verantwoordelijkheid wordt gevoeld voor de uitvoering. Het voordeel is echter dat in situaties waarin partijen niet zelfstandig tot een regeling van het declaratieverkeer komen, omdat zij te verdeeld zijn om over hun tegengestelde belangen heen tot een oplossing te komen, de gordiaanse knoop wordt doorgesneden. Dat kan belangrijk zijn als de gordiaanse knoop de beoogde zorg of beoogde wijze van zorgverlening in de weg staat. Zorgaanbieders kunnen dan weer zorg leveren aan patiënten, declareren en vergoeding ontvangen. Een clearinghouseconstructie kan aangewezen zijn uit oogpunt van reductie van administratieve lasten en in gevallen waarin een herverdeling van inkomsten uit (gecombineerde) declaraties nodig is voor de betrokken zorgaanbieders dan wel voor afdracht van middelen aan een derde zorgaanbieder of ondersteunende dienst.

100

*De leden van de CDA fractie onderschrijven het streven naar een grotere transparantie maar vragen zich af wie uiteindelijk verantwoordelijk is voor alle informatie, het doel, betrouwbaarheid en bruikbaarheid daarvan.*

Alle betrokken partijen (zorgverzekeraars, zorgaanbieders, consumentenorganisaties, consumenten en overheid) hebben behoefte aan betrouwbare en bruikbare informatie voor hun eigen doeleinden (bijvoorbeeld de bedrijfsvoering, het meten van prestaties, het vergelijken van resultaten). Bij de ontwikkeling van betrouwbare en bruikbare informatie hebben betrokken partijen een eigenstandige verantwoordelijkheid.

Om betrouwbare en bruikbare informatie voor de consument beschikbaar en bruikbaar te kunnen maken wordt door het RIVM gewerkt aan een portalwebsite. Deze is vanaf 2005 via internet beschikbaar en maakt het voor de consument die direct dan wel indirect toegang heeft tot internet beter mogelijk om keuzes te maken in de zorg.

Daarnaast genereren ook zorgverzekeraars en zorgaanbieders informatie die interessant is voor verschillende belanghebbenden (voor henzelf maar ook voor consumentenorganisaties en de overheid). In het maatschappelijke verantwoordingstraject maken deze belanghebbenden aan elkaar duidelijk welke informatie zij van elkaar nodig hebben en voor welke doeleinden dat is. Vanaf het boekjaar 2006 verschijnt een integraal jaarverslag van zorgaanbieders en zorgverzekeraars waarin deze informatie is opgenomen. Om de betrouwbaarheid en bruikbaarheid te garanderen zijn de afspraken voor het integrale jaarverslag wettelijk verankerd.

De overheid heeft informatie nodig om te kunnen monitoren wat het gezondheidssysteem bijdraagt aan de gezondheid van de burger om beter

onderbouwde keuzes te kunnen maken voor beleidsdoeleinden. Om het gezondheidssysteem te kunnen monitoren is betrouwbare en bruikbare informatie nodig. Deze informatie sluit voor een belangrijk deel aan bij de informatie uit de eerder genoemde trajecten van de portal. Het integrale jaarverslag zal ook benut worden voor internationale vergelijkingen. Met de digitalisering van de brancherapporten 2000–2003 is een begin gemaakt met het kijken over de grenzen van de prestaties van de afzonderlijke VWS-sectoren.

De nieuwe rapportages gaat nog verder en zal op macroniveau naar de prestaties van het hele zorgstelsel kijken. Deze jaarlijkse rapportage zal voor het eerst op de derde woensdag in mei van 2006 worden uitgebracht, onder de naam Zorgbalans. De Zorgbalans zal ingaan op de belangrijkste trends uit de VTV (volksgezondheidsinformatie) en geeft vanuit de Balanced Scorecard (management)informatie op macroniveau over: consument- en patiënttevredenheid, de effectiviteit van zorg, patiëntveiligheid, de werking van markten, de kosten van zorg, de financiële positie van zorgaanbieders, de prestaties van zorgverzekeraars, productie, kwaliteit, personeelsaanbod, -tekort en -uitval en betreft daarbij ook innovatieve ontwikkelingen. De overheid zal zich maximaal inspanssen om deze informatie te kunnen ontsluiten onder de conditie dat de administratieve lasten in de zorgsector worden verminderd. De data voor de Zorgbalans zal geleverd worden door het RIVM, dat verantwoordelijk is voor de betrouwbaarheid en de bruikbaarheid.

101

*De leden van de CDA-fractie vroegen zich af hoe het AWBZ-convenant zich verhoudt met de inhoud van de WTG ExPres.*

Het is juist dat de zorgverzekeraars en de patiënten en consumentenorganisaties het convenant van VWS met de aanbieders van AWBZ-zorg niet hebben ondertekend. De afspraken in het convenant dragen bij aan een beheerste groei van de AWBZ, wat ook in het belang is van de premiebetalers. Dat kan als voor hetzelfde geld meer cliënten worden geholpen. Vanzelfsprekend dient de zorg van goede kwaliteit te blijven. Aanbieders zijn hiervoor in eerste instantie voor verantwoordelijk. Met het convenant wordt uiteraard niet getornd aan wettelijke taken en bevoegdheden, dus ook niet aan de rollen die partijen inclusief het CTG hebben in het kader van de WTG. Die rolverdeling wordt door de WTG ExPres niet gewijzigd.

102

*De leden van de CDA-fractie vroegen naar aanleiding van mijn brief van 10 september 2004 over de zorgautoriteit<sup>1</sup> of alle daarin beschreven taken wel bij één orgaan kunnen worden geconcentreerd. Ook vonden zij de relatie met de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) nog zeer diffuus.*

Er zijn verschillende redenen om het sectorspecifieke toezicht op marktwerking, prijsregulering en het toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ in één hand te leggen. De eerste is dat er alleen sprake kan zijn van effectief en efficiënt toezicht als het toezicht op de verschillende zorgmarkten voldoende gebundeld en eenduidig is. Zo constateerde het CTZ bij zijn toezicht op de uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ dat meer inzicht in zorgaanbieders leidt tot een beter toezicht op verzekeraars. Daarnaast kunnen door de bundeling van het toezicht (deel)markten vanuit een integrale visie worden benaderd en vanuit de verschillende invalshoeken worden bijgestuurd ter waarborging van de publieke belangen. Bovendien is voor effectief toezicht op de publieke randvoorwaarden van de standaardverzekering (bijvoorbeeld

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 29 324, nr. 3.



acceptatieplicht en zorgplicht) en het toezicht op de AWBZ, naast kennis over het gedrag van de verzekeraar op de verzekeringsmarkt, ook kennis nodig over het gedrag van de verzekeraar en de aanbieder op de zorginkoopmarkt. Hierboven is in antwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie over de financiële taakstelling van de zorgautoriteit al aangegeven, dat de zorgautoriteit mede wordt opgebouwd uit het CTG en het CTZ om de schat aan kennis die zij bezitten over te dragen aan de zorgautoriteit. De zorgautoriteit en de NMa hebben een overlappend werkterrein in de zorg maar gescheiden taken en bevoegdheden. De zorgautoriteit en de NMa worden in de Wet marktordening gezondheidszorg opgedragen een samenwerkingsprotocol af te sluiten met het oog op een efficiënte en effectieve taakvervulling en onderlinge gegevensuitwisseling ten behoeve van elkaanders taken.

Met dat samenwerkingsprotocol en die gegevensuitwisseling wordt onder meer beoogd dat alle toezichthouders uitgaan van dezelfde informatie en dat zorgaanbieders en verzekeraars niet onnodig worden bevraagd ter voorkoming van onnodige administratieve lasten.

103

*De leden van de PvdA-fractie vroegen een toelichting op welke manier het doel «uitvoering van de wet» genoemd in artikel I, onderdeel S, artikel 30a, als grondslag voor het uitwisselen van persoonsgevoelige gegevens voldoet aan de criteria zoals die genoemd worden in de Wet Bescherming Persoonsgegevens? Voorts vroegen deze leden aan te geven hoe het uitwisselen van persoonsgevoelige gegevens krachtens het voorliggende wetsvoorstel voldoet aan de eisen die gesteld worden in de Europese richtlijn 95/46/EG tot bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens? Tenslotte wilden deze leden weten hoe de verhouding is tussen Europese richtlijnen met betrekking tot mededinging en het vrije verkeer van diensten enerzijds en met betrekking tot het uitwisselen van gegevens anderzijds, in de doorwerking naar nationale wetgeving op het gebied van gezondheidszorg?*

In de memorie van toelichting is aangegeven voor welke doeleinden gegevens en inlichtingen op grond van de WTG dienen te worden verstrekt. Daarbij is aangegeven dat tot nu toe geen persoonsgegevens nodig waren voor de uitvoering van de WTG. Dat verandert met de DBC-systematiek. Ten behoeve van het onderhoud van prestatiebeschrijvingen is het noodzakelijk te kunnen beschikken over persoonsgegevens de gezondheid betreffende. Althans om een koppeling te leggen tussen de unieke patiënt en de verschillende behandelingen / prestaties die aan die patiënt zijn geleverd. Door die koppeling wordt inzicht gegeven in de diagnose behandelingcombinatie die is verstrekt. Blijkt bij een vergelijking van de invulling van diagnose behandelingcombinaties bij een relevant aantal patiënten dat die invulling verandert ten opzichte van wat eerder geacht werd tot die DBC te behoren dan kan er reden zijn om die DBC inhoudelijk anders samen te stellen of een nieuwe DBC te vast te leggen. Het onderhoud is noodzakelijk om de zorgaanbieders van de juiste prestatiebeschrijvingen om op basis daarvan de juiste tarieven te kunnen declareren. De juiste prestatiebeschrijvingen en juiste tarieven zijn noodzakelijk voor het beheer van de desbetreffende instellingen en beroepspraktijken. Deze wijze van verwerking van persoonsgegevens is mogelijk doordat wordt gebleven binnen de grenzen die artikel 21, eerste lid, onder a, van de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) stelt. Immers het verbod om persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid te verwerken als bedoeld in artikel 16 WBP, is niet van toepassing indien de verwerking geschiedt door zorgaanbieders voor zover dat met het oog op het beheer van de betreffende instelling of beroepspraktijk noodzakelijk is. In de memorie is uitvoerig ingegaan op de noodzaak of

onvermijdelijkheid daarbij de basis persoonsgegevens te gebruiken door het CTG. Het is een wettelijke taak van het CTG om prestatiebeschrijvingen vast te stellen en te onderhouden. Dat deel van het beheer is dus bij wet opgedragen aan het CTG. Die wettelijke taak maakt daarbij onderdeel uit van het beheer van de zorgaanbieder die voor zijn prestaties tarieven vast moet stellen.

Worden de daartoe noodzakelijke gegevens niet in een geanonimiseerde en gecontroleerde vorm ter beschikking gesteld aan het CTG, dan moet het bestuursorgaan ter uitvoering van zijn wettelijke taak deze gegevens zelf kunnen verkrijgen en verwerken. Een eerste verwerking zal dan bestaan uit het anonimiseren van die gegevens. Dit sluit nauw aan op de noodzakelijke verwerking ten behoeve van het beheer van de instelling. Op grond van artikel 21, onder f, sub 1°, WBP vervalt het verbod voor bestuursorganen voor zover dat noodzakelijk is voor een goede uitvoering van wettelijke voorschriften.

De Wet Bescherming Persoonsgegevens is de implementatie een nagenoeg een kopie van de Europese richtlijn 95/46/EG tot bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens. Daar biedt artikel 8, derde lid, van die richtlijn zorgaanbieders de mogelijkheid persoonsgegevens de gezondheid betreffende te verwerken voor zover dat nodig is voor het beheer van die zorgaanbieder.

De bescherming van de persoonlijke levenssfeer is als grondrecht vastgelegd in artikel 8 EVRM (Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens). Volgens vaste rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen maken de grondrechten uit dat verdrag integrerend deel uit van de algemene rechtsbeginselen van welke het Hof binnen de Europese Unie de eerbiediging verzekert. Het bedoelde Hof laat zich daarbij leiden door de gemeenschappelijke constitutionele tradities van de lidstaten en door de aanwijzingen die te vinden zijn in de internationale rechtsinstrumenten op het gebied van de bescherming van de rechten van de mens waaraan de lidstaten hebben meegewerkt of waarbij zij zich hebben aangesloten. Aan het EVRM komt in dit verband bijzondere betekenis toe. De in deze rechtspraak ontwikkelde beginselen zijn bevestigd in de preambule van de Europese Akte en vervolgens in artikel F, lid 2, van het Verdrag betreffende de Europese Unie. Zij zijn thans vastgelegd in artikel 6, lid 2, EU, op grond waarvan de Unie de grondrechten eerbiedigt, zoals die worden gewaarborgd door het EVRM en zoals zij uit de gemeenschappelijke constitutionele tradities van de lidstaten voortvloeien, als algemene beginselen van het gemeenschapsrecht. Hieruit volgt dat in de Gemeenschap geen maatregelen toelaatbaar zijn die zich niet verdragen met de eerbiediging van de aldus erkende rechten van de mens. Aangezien zowel de Gemeenschap als de lidstaten gehouden zijn de grondrechten te eerbiedigen, vormt de bescherming van die rechten een legitiem belang, dat in beginsel een rechtvaardiging vormt voor een beperking van verplichtingen krachtens het gemeenschapsrecht, zelfs uit hoofde van een door het Verdrag gewaarborgde fundamentele vrijheid zoals het vrije verkeer van diensten of uit hoofde van de bepalingen over de mededinging. Tegen deze achtergrond moet u behalve primaire verdragsbepalingen ook richtlijnen zien en hun onderlinge verhouding.

In dit verband is van belang op te merken dat uit de rechtspraak blijkt dat de bescherming van de persoonlijke levenssfeer weliswaar uitdrukkelijk wordt erkend in het EVRM, maar al uit de bewoordingen van artikel 8 EVRM blijkt dat ook de bescherming van de persoonlijke levenssfeer kan worden onderworpen aan bepaalde door doelstellingen van algemeen belang gerechtvaardigde beperkingen, voorzover die afwijkingen bij de wet zijn voorzien, zijn ingegeven door een of meer gelet op die bepalingen legitieme doelstellingen en in een democratische samenleving noodzakelijk zijn, dat wil zeggen gerechtvaardigd door een dwingende maatschap-

pelijke behoefte en met name evenredig aan het nagestreefde legitieme doel. De uitoefening van dat recht kan daarom aan beperkingen worden onderworpen, mits die beperkingen daadwerkelijk beantwoorden aan doeleinden van algemeen belang en, het door dergelijke beperkingen nagestreefde doel in aanmerking genomen, niet zijn te beschouwen als een onevenredige en onduldbare ingreep waardoor de beschermde rechten in hun kern zouden worden aangetast. In die omstandigheden moeten de betrokken belangen tegen elkaar worden afgewogen en moet aan de hand van alle omstandigheden van elk afzonderlijk geval worden nagegaan of een juist evenwicht tussen die belangen is geëerbiedigd. De bevoegde autoriteiten beschikken daarbij volgens de rechtspraak over een ruime beoordelingsbevoegdheid.

Er zijn mij geen onregelmatigheden bekend in het wetsvoorstel of in de beoogde uitwerking daarvan die verband houden met de door u opgeworpen vraag. De ruime bewoordingen «uitvoering van de wet» zijn noodzakelijk om een goede uitvoering van die wet te verzekeren.

104

*De leden van de PvdA-fractie hadden vragen over de gegevensverstrekking in het kader van de dbc-systematiek.*

De reden om meer te vragen dan de MDS ligt erin dat CTG de verzekeringscode en een deel van de postcode nodig heeft uit hoofde van zijn taken op het gebied van markttoezicht. Om het functioneren van de markt te kunnen beoordelen is het nodig dat CTG inzicht heeft in het onderscheid tussen particuliere, publiekrechtelijke en ziekenfondsverzekerden (verzekerdencode) en de ontwikkelingen op regionaal niveau en tussen regio's (deel postcode).

105

*De leden van de PvdA-fractie vroegen naar een onderscheid tussen gegevens voor uitvoering- en handhavingdoeleinden en hoe meewerken aan de eigen veroordeling wordt voorkomen.*

Gegevens die zijn vergaard met het oog op de handhaving van de wet mogen alleen gebruikt worden voor die handhaving. Gegevens die ten algemene zijn verzameld met het oog op de uitvoering van die wet en niet specifiek voor handhavingdoeleinden, mogen zowel voor de uitvoering als voor de handhaving worden gebruikt. In de memorie van toelichting is uitvoerig in gegaan op het vergaren van gegevens en inlichtingen ten behoeve van het beleid, het toezicht en de opsporing. Daarbij is ook het nemo tenetur beginsel, dat niemand gehouden is mee te werken aan zijn veroordeling, en de waarborgen terzake aan de orde geweest. (Kamerstukken II, 2003–2004, 29 379, nr.3, p. 43 – 45). Korthedshalve verwijs ik daarnaar.

Dat neemt niet weg dat uit een aanvraag voor een tarief of een prestatiebeschikking of een nacalculatie kan worden opgemaakt dat er overtredingen zijn begaan. De verstrekte gegevens kunnen in die gevallen zelfs voldoende zijn voor de bewijsvoering. Het CTG beslist of gelegenheid wordt gegeven tot herstel of dat aangifte wordt gedaan bij de FIOD-ECD.

106

*De leden van de PvdA-fractie willen weten waarom niet de Commissie terugdringing administratieve lasten is gevolgd en een clearinghouse-constructie is opgelegd.*

Ook de leden van de CDA-fractie stelden een vraag over ingrijpen over de wijze van declareren.

In antwoord op die vraag is geschreven dat die wijze in eerste instantie wordt over gelaten aan de betrokken partijen. Dat neemt niet weg dat

waar nodig clearinghouseconstructies worden gestimuleerd. In een aantal sectoren (farmacie en tandartsen) wordt, voor de afhandeling van de nota's, door een deel van de zorgaanbieders gebruik gemaakt van clearinghouses of factoringbedrijven. Daarbij is sprake van tal van commerciële initiatieven. Uitgaande van deze uiteenlopende initiatieven is in 2003 door het CVZ in haar rapport «Resultaatgericht de administratieve lasten reduceren; aanpak van de declaratiecasus» geconstateerd dat alleen tot een algemene succesvolle ontwikkeling van het elektronische berichtenverkeer kan worden gekomen als de diverse partijen die op dit terrein in de zorg bezig zijn tot overeenstemming komen over een aantal basisstandaarden onder ander op het terrein van het coderingen die gebruikt worden bij berichtenverkeer en bij de beveiliging van deze berichten. Om dit te bereiken is begin 2004 een officiële start gemaakt met het programma Declaratiecasus. In dit programma wordt door (koepels van) zorgverzekeraars, zorgaanbieders, CVZ, CTZ, CTG, ZN, Nictiz samengewerkt om, enerzijds, te komen tot algemene afspraken en, anderzijds, om uitgaande van deze afspraken het gebruik van het elektronische berichtenverkeer een verdere impuls te geven. Doelstelling van het programma is om eind 2005 voor het declaratieverkeer van ziekenfondsen te komen tot 100% elektronisch berichtenverkeer met een foutenmarge van 1%. Om deze doelstelling te kunnen bereiken wordt er naar gestreefd dat alle zorgverzekeraars de, voor het declaratieverkeer, relevante diensten aanbieden achter één portaal. Deze diensten zijn: controle op verzekeringsrecht van een patiënt, aanbieden van een declaratiebericht en het leveren van retourinformatie over de ingediende declaratie. Er is voor zorgverzekeraars, naar de inzichten van dit moment, geen behoefte aan andere generieke diensten die door clearinghouses of factoringbedrijven worden geleverd. Met de initiatieven voor commerciële declaratiediensten ten behoeve van zorgaanbieders worden vanuit de Declaratiecasus goede contacten onderhouden.

107

*De leden van de PvdA-fractie vroegen naar een onderzoek over de effecten op de administratieve lasten van de beperking in de hoorprocedure bij de trendmatige aanpassingen en van de verbetering van de verplichte basisadministratie zoals dat was voorzien ten tijde van de totstandkoming van de memorie van toelichting.*

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

Bij brief van 13 april 2004 heb ik u bericht over het terugdringen van administratieve lasten voor het departement van VWS (Kamerstukken II, 2003–2004, 29 515, nr. 6). In die brief staat ook vermeld dat eerst een zogenaamde nulmeting is gedaan. Om goed in beeld te krijgen waarover we spreken, zijn eerst alle administratieve lasten in kaart gebracht in de zogenaamde nulmeting. In 2002 heeft de Commissie Terugdringing administratieve lasten zorgsector (commissie De Beer) de vijf grootste zorgwetten onderzocht en voorstellen ontwikkeld om de administratieve lasten te reduceren. Deze vijf wetten zijn in de nulmeting integraal meegenomen en opnieuw berekend. De belangrijkste reden hiervoor is dat nu alle regels op hetzelfde moment en dezelfde manier zijn gemeten. In verband met die nulmeting is van specifieke onderzoeken als vermeld in de memorie van onderhavig wetsvoorstel afgezien.

De concrete uitwerking van de wetsartikelen zal, zoals dat ook bij de

huidige WTG het geval is, plaatsvinden via CTG-beleidsregels. Pas als deze zijn opgesteld en door de minister van VWS zijn goedgekeurd, bestaat er inzicht in de feitelijke informatieverplichtingen voor het bedrijfsleven en kunnen, conform de wens van Actal, de administratieve lasten worden berekend.

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

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

108

*De leden van de PvdA-fractie stelden vragen over prestatiebeschrijvingen in de zin van de WTG.*

Prestatiebeschrijvingen definiëren de prestaties van zorgaanbieders in declareerbare eenheden. Op basis van deze prestaties kan een zorgaanbieder gefinancierd worden. Bij de medisch specialistische zorg zijn de prestaties van zorgaanbieders beschreven als diagnose behandeling combinatie. Daarmee worden de mogelijke producten van ziekenhuizen of zelfstandige behandelcentra eenduidig gedefinieerd in termen van DBC's. Een voorbeeld is de DBC cataract (staaroperatie). Iedere betrokkene weet dan aan de hand van zo'n prestatiebeschrijving wat zo'n behandeling gemiddeld inhoudt. De DBC omschrijving is echter geen protocol voor de wijze waarop het zorgproduct geleverd moet worden. De systematiek laat zorgaanbieders de ruimte de levering van de DBC's naar eigen medisch inhoudelijke inzichten uit te voeren en daarbinnen innovaties toe te passen. In het marktwerkingdeel kan het, zoals de leden van de PvdA-fractie ook aangeven, zo zijn dat een ziekenhuis relatief hoge prijzen in rekening moet brengen als gevolg van relatief veel multiple pathogenese. Hij zal in dat geval zijn verzekeraar moeten uitleggen dat de hogere kosten het gevolg zijn van een zwaardere patiëntenpopulatie.

109

*De leden van de PvdA-fractie vroegen naar medische innovatie, clinical trials en de relatie met de opname van nieuwe ontwikkelingen in een prestatiebeschrijving.*

Bekostiging van de deelname aan clinical trials (al dan niet in multicenter verband = meerdere ziekenhuizen), waar de PvdA-fractie naar vraagt, is geen beoogde doelstelling van de WTG ExPres. Als hiervoor geen financiering van bijvoorbeeld industrie beschikbaar is, dan zijn hiervoor specifieke onderzoeksbudgetten bedoeld zoals NWO, ZON, academische component, maar niet de WTG (ExPres). Wanneer als gevolg van medische innovaties een nieuwe behandelingsmodaliteit beschikbaar komt is het aan de zorgaanbieder of zorgverzekeraar om hiervoor via het DBC Onderhoudsorgaan (privaat en publiek) een nieuwe DBC te laten vaststellen door het CTG met of zonder bijbehorend tarief.

Het gevaar van fraude doet zich niet specifiek voor bij innovaties en zal met de algemene maatregelen bestreden moeten worden zodat er adequaat wordt gedeclareerd.

De inschatting is dat innovatieve behandelingen (zoals endoscopische

herniachirurgie) in het DBC tijdperk met vrije prijsvorming juist veel sneller zullen doorbreken dan binnen de fb-systematiek. Er liggen dus juist kansen voor innovatie op elk terrein (medisch inhoudelijk, logistiek etc.).

110

*De leden van de PvdA-fractie hadden vragen over het opleggen van een tarief.*

Met de wijziging van de WTG door middel van de WTG ExPres wijzigt er niets in de wijze waarop de tarieven tot stand komen. Noch bij een tweezijdig verzoek van beide onderhandelende partijen, noch bij een verzoek van een van hen indien zij niet tot overeenkomst komen, noch bij een ambtshalve vaststelling van een tarief door het CTG. De praktijk is ook bij de voorgangers van WTG in beginsel hetzelfde. Kortheidshalve verwijs ik u daarvoor naar hoofdstuk 10 van de memorie van toelichting van het wetsvoorstel. Voorzover de leden van de PvdA-fractie doelen op het ambtshalve vaststellen van tarieven, wordt de WTG met de WTG ExPres enkel zo gewijzigd dat er geen onnodige en zinloze hoorprocedures plaats hoeven te vinden om alle partijen te ontlasten. Ik zie geen aanleiding daarvoor een limitatieve opsomming in de memorie van toelichting op te nemen.

111

*De leden van de PvdA-fractie vragen naar de verhouding tussen aanwijzingen van het CTG als genoemd in artikel 30 WTG en aanwijzingen van de Rijksarchivaris in het kader van de Rijksarchiefwet.*

De strekking van de vraag is mij niet geheel duidelijk. Het in artikel I, onder R, van de WTG ExPres voorgestelde artikel 30 WTG voorziet in de plicht om onder meer aan het CTG de gegevens te leveren die het voor de uitvoering van zijn taak van belang acht. Indien het CTG die gegevens vraagt aan een instantie die onder de Archiefwet valt, zal het CTG erop bedacht moeten zijn dat het archief van die instantie is ingericht overeenkomstig de Archiefwet, inclusief eventuele aanwijzingen van de Rijksarchivaris, zo die daartoe bevoegd is.

112

*De leden van de VVD-fractie vroegen naar de werking van het macrokader ten opzichte van beleidsregels die uitgaan van «reële prijzen».*

Ook beleidsregels die «reële» prijzen heten te bewerkstelligen beoordeel ik serieus. Ten eerste is de vraag wat onder «reële» prijzen moet worden verstaan: marktconforme prijzen of kostengerelateerde prijzen? Ten tweede is de vraag of de beleidsregel past binnen het beleid en of daarvoor macrobudgettaire ruimte beschikbaar moet worden gesteld. Indien er sprake is van een onwelgevallige prioriteitstelling die op kostprijsniveau door een beleidsregel zou worden gehonoreerd, kan er toch voor wordt gekozen die beleidsregel af te keuren. De aanwijzingsbevoegdheid van de minister blijft door de WTG ExPres ongewijzigd. Dat betekent dat de minister aanwijzingen kan blijven geven over de middelen die voor die vorm van zorg beschikbaar zijn. Die aanwijzingen verwerkt het CTG in zijn beleidsregels.

113

*Kan het CTG weigeren een bepaalde prestatiebeschrijving met bijbehorend tarief waarover betrokkenen overeenstemming hebben afkeuren, zo vroegen de leden van de VVD-fractie zich af.*

Voor veel instellingen en vrije beroepsbeoefenaren zijn prestaties waarvoor tarieven in rekening gebracht kunnen worden omschreven en neergelegd in beleidsregels van het CTG dan wel wordt daar in de beleidsregels van het CTG naar verwezen. Indien er nieuwe producten worden ontwikkeld zal het CTG nagaan of er wel daadwerkelijk sprake is van een nieuw product en of toevoeging van een nieuw product bijdraagt aan de door de zorgaanbieder te leveren zorg. Nadat het CTG voldoende informatie heeft ingewonnen zal het beslissen of een nieuw product in een beleidsregel wordt opgenomen en of dit is ter aanvulling of ter vervanging van wat declarabel geleverd kan worden. Het CTG beslist daarnaast welke beleidsregels van (overeenkomstige) toepassing zijn en beoordeelt het afgesproken bijbehorende tarief.

114

*De leden van de VVD-fractie vroegen hoe belanghebbende partijen hun mening kunnen geven als er in de Kamers van het CTG/zorgautoriteit geen plaats meer is voor brancheorganisaties. Ook wilden zij weten of de Kamers worden afgeschaft. Verder vroegen zij wat er gebeurt als het CTG geen gehoor geeft aan de wensen van partijen en of partijen zich dan (weer) rechtstreeks tot de minister moeten wenden.*

Voor het eerste deel van de vraag verwijs ik naar mijn antwoord op een soortgelijke vraag van de leden van de SP-fractie. Bij de voorbereiding van het wetsvoorstel Wet marktordening gezondheidszorg ga ik na of het nog steeds nuttig is in de wet neer te leggen dat de Nederlandse Zorgautoriteit commissies («kamers») kan instellen. Immers, dit kan ook zonder een expliciete wettelijke bepaling. Het CTG (en straks de zorgautoriteit) heeft tot taak tot onafhankelijke oordeelsvorming te komen. Weliswaar worden via de Kamers belangenorganisaties in de gelegenheid gesteld hun mening te geven en hun deskundige inbreng te leveren, maar het CTG neemt onafhankelijk zijn beslissingen. Het is dus niet zo dat als een Kamer een bepaald advies geeft het college dit klakkeloos moet overnemen. In de praktijk gebeurt dit ook niet. Dit is helemaal volgens de achterliggende gedachte van de Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid van 1999. Het is ook niet zo dat als partijen hun zin niet krijgen bij het CTG (of straks de zorgautoriteit), de minister dan als een soort beroepsinstantie kan worden gebruikt.

115

*De leden van VVD-fractie vroegen of het CTG door de prestatiebeschrijvingen bepaalde welke prestaties door zorgaanbieders geleverd mogen worden.*

Dat het CTG landelijk bindende prestatiebeschrijvingen vastlegt is sinds de inwerkingtreding onderdeel van de WTG systematiek en is nimmer gewijzigd. Tot nu toe was die vastlegging gekoppeld aan een vaststelling van het tarief of het maximumtarief. Het nieuwe van dit wetsvoorstel is dat het CTG landelijk bindende prestatiebeschrijvingen vast kan leggen zonder dat het CTG daarbij ook een tarief vast legt. Op die manier weten patiënt en verzekerde, zorgaanbieder en zorgverzekeraar over welke prestatie zij afspraken maken over het tarief en wat zij voor dat tarief en bij die prestatiebeschrijving kunnen krijgen. Een mogelijke vrees dat het CTG door middel van prestatiebeschrijvingen het wettelijk verzekerd pakket nader bepaald en inperkt is ongegrond. Op grond van de WTG wordt het al dan niet wettelijk verzekerd pakket beschreven in declarabele eenheden en tarieven. Zorgaanbieders mogen alleen die eenheden en tarieven declareren.

Zorgverzekeraars mogen alleen die eenheden en tarieven vergoeden c.q. betalen. In overleg met zorgaanbieders en verzekeraars worden die

eenheden vastgesteld. Ook daarin verschilt de praktijk van de toekomst in niets van het verleden.

116

*De fracties van D66 en OSF vroegen zich wel af met welk kostenvoordeel het kabinet heeft gerekend met financiering via diagnose behandeling combinaties? Immers meer prestatieprikkels leiden tot lagere kosten tegen een betere kwaliteit. Met andere woorden: welk concreet bedrag hangt samen met het kostenvoordeel?*

De voordelen van de DBC-financiering moeten voornamelijk komen uit een vermindering en stroomlijning van het declaratieverkeer. In plaats van telkens per verrichting te declareren en het hele declaratietraject af te lopen en per patiënt bij te houden wordt nu eenmaal per DBC, dat bestaat uit een aantal verrichtingen, gedeclareerd. Dat maakt het betalingsverkeer bij zorgaanbieder en zorgverzekeraar en patiënten / verzekerden veel eenvoudiger. Om welk bedrag het tenslotte zal gaan is niet te zeggen. Dat hangt weer af hoeveel verrichtingen er in de onderscheiden DBC zijn opgenomen.

117

*De leden van de fracties van D66 en OSF maakten zich zorgen over de concentratie van de markt van zorgverzekeraars. Is het aantal verzekeraars, op een termijn van 4 à 8 jaar niet te gering om te kunnen spreken van open concurrentie? Hoe toegankelijk is de Nederlandse markt voor buitenlandse zorgverzekeraars én hoe denkt het kabinet deze toegankelijkheid verder te bevorderen?*

Ik deel de zorgen niet als zou er in het nieuwe verzekeringsstelsel sprake zijn van een beperkt aantal zorgverzekeraars op de Nederlandse markt. Op het gebied van de ziektekostenverzekering zullen naar verwachting enige tientallen zorgverzekeraars werkzaam zijn. Vergeleken met bijvoorbeeld de energiemarkt of de telecommunicatiemarkt is er dan eerder sprake van een uitbundig dan van een beperkt aanbod. Bovendien wordt door de samenvoeging van de particuliere- en de ziekenfondsmarkt het concurrentiepotentieel verhoogd. Daar komt nog bij dat het CPB in haar studie «Zorg voor concurrentie» op blz. 70 aangeeft dat «Indien .... op langere termijn minstens vier landelijk actieve verzekeraars overblijven, kan nog steeds sprake zijn van voldoende concurrentie van verzekeraars»). Een wat verdergaande concentratie van zorgverzekeraars hoeft in de huidige marktsituatie niet te betekenen dat de concurrentie altijd afneemt. Het kan ook zo zijn dat als gevolg van het samengaan van enkele kleine zorgverzekeraars er een grotere zorgverzekeraar ontstaat die sterk kan gaan concurreren met andere grote spelers op de markt. Bovendien kan de op te richten zorgautoriteit bij valse concurrentie ingrijpen. De NMa voert ook in de zorg concentratiecontrole uit. Momenteel wordt onderzocht of voor de specifieke situatie in de zorg de algemene omzetrempels voor fusiecontrole in de MW te hoog zijn. Mocht uit dat onderzoek blijken dat voor de zorg de omzetrempels daadwerkelijk te hoog zijn dan kunnen specifiek voor de zorg tijdelijk lagere drempels in de MW worden opgenomen. Voor buitenlandse zorgverzekeraars zijn op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt op dit moment geen belemmeringen. Iedere zorgverzekeraar kan toetreden tegen dezelfde voorwaarden. Daarom is bevordering niet nodig.

118

*Hoe kan worden voorkomen dat er een vrijwel onuitputtelijke lijst van DBC's gaat ontstaan die slechts op details van elkaar verschillen? Hoe denkt het kabinet te komen tot een objectieve beschrijving van DBC's die concreet en onderscheidend van elkaar zijn, maar toch voldoende ruimte*



*laat voor innovatieve vernieuwing binnen een dbc? Zo vragen de fracties van D66 en de OSF.*

De leden van de D66 en de OSF fracties wijzen er terecht op dat er geen onuitputtelijke lijst van DBC's moet ontstaan, die slechts op details met elkaar verschillen.

Zorgverzekeraars en ook zorgaanbieders kunnen bij een medische innovatie een nieuwe of gewijzigde DBC (met tarief) aanvragen of een nieuw tarief voorstellen voor een bestaande DBC. Deze aanvragen worden beoordeeld door de onafhankelijke stichting DBC-Onderhoud en worden als voorstel voorgelegd aan het CTG voor de juridische verankering en het CVZ voor een pakketbeoordeling. Eén van de belangrijke elementen in deze beoordeling is of er medisch inhoudelijke wijzigingen zijn waardoor de bestaande omschrijving van de DBC niet meer voldoet en er een nieuwe (extra) DBC noodzakelijk is. Naast deze individuele aanvragen wordt er regulier bekeken of het DBC-systeem nog voldoet om bij te dragen aan de doelen transparantie, prestatiebekostiging en marktwerking. Een te gedetailleerd systeem van DBC's kan dit belemmeren. Bovenstaande is de kern van de zogenaamde functie DBC-Onderhoud.

119

*De leden van de D66 en de OSF fracties vragen hoe het kabinet denkt te komen tot een objectieve omschrijving van dbc's die concreet en onderscheidend van elkaar zijn maar toch voldoende ruimte laat voor innovatieve vernieuwing binnen een dbc?*

Een objectieve omschrijving van DBC's, die concreet en onderscheidend zijn en ook voldoende ruimte laat kan als volgt worden gerealiseerd. De DBC's vormen een systematiek voor het typeren van producten in de ziekenhuiszorg. Het gaat hier om een unieke omschrijving van producten op basis van zorgtype, zorgvraag, diagnose en behandeling en eventuele zorgprofielen. Op deze manier zijn ziekenhuisproducten op eenduidige wijze te definiëren. De DBC omschrijving is echter geen protocol voor de wijze waarop de het zorgproduct geleverd zou moeten worden. De systematiek laat zorgaanbieders de levering van de DBC's naar eigen medisch inhoudelijke inzichten uit te voeren en daarbinnen innovaties toe te passen. Als het gaat om een innovatie betreffende een gehele nieuwe behandeling loopt de innovatie via het onderhoudsorgaan en wordt een cyclus gestart om deze innovatie te financieren, toetsen en vervolgens op te nemen in het basispakket.

120

*De leden van de D66 en OSF fracties vroegen hoe het kabinet denkt over het onderbrengen van patiëntenbelangen bij de Consumentenbond.*

Ten aanzien van het onderbrengen van patiëntenbelangen bij de Consumentenbond het volgende. De Consumentenbond behartigt met name de belangen van haar eigen leden vanuit haar missie «beter kiezen». Ze heeft echter in de zorg al een aantal jaren een voortrekkersrol om vergelijkende informatie beschikbaar te maken voor consumenten. De financiering gebeurt door het departement, en de informatie die beschikbaar komt is voor iedereen toegankelijk. De Consumentenbond werkt samen met de NPCF en andere patiëntenorganisaties om het patiëntenperspectief in deze keuze-instrumenten te borgen.

121

*De leden van de SP-fractie vroegen naar de visie van de minister en waarom hij tot de conclusie komt dat gereguleerde marktwerking het antwoord is op de constatering dat de kosten van de zorg de pan uitrijzen.*

Zoals ik in het voorwoord heb willen aangeven is het mijn overtuiging, dat vraagsturing – in plaats van centrale aanbodregulering – aan aanbieders en verzekeraars meer ruimte geeft om de zorg efficiënt in te richten en dat het aanbod zich meer en sneller zal richten naar de vraag van patiënten en verzekerden. Dit betekent winst aan doelmatigheid en winst voor de patiënten en verzekerden.

Hierin ligt de kern van mijn visie en ik zou graag zien dat de SP-fractie die visie onderschrijft.

Ter toelichting herinner ik aan de externe evaluatie van de WVG, die in de jaren 1998 en 1999 is uitgevoerd. Uit die evaluatie kwam naar voren dat de doelmatigheid als gevolg van de centrale aanbodsturing laag scoorde. Ook achteraf kan een dergelijke uitkomst geen bevreesdheid wekken.

De historie laat zien dat een centrale allocatie van middelen nogal eens tot verspilling leidt en tot inertie op het uitvoerende niveau. Waar het dan op aankomt, is het bieden van meer vrijheid en meer verantwoordelijkheid aan aanbieders, verzekeraars en zorgvragers met, waar dat kan, een allocatie van middelen die tot stand komt door onderhandelingen op het lokale en regionale niveau. Dit impliceert als vanzelf «marktwerking». Immers, de plaats waar men op basis van wederzijdse informatie al dan niet tot transacties komt wordt nu eenmaal getypeerd als de «markt»; tegelijkertijd een plaats die met het oog op het belang van consument en verzekerde is omgeven met bestaande en zo nodig nader te ontwikkelen spelregels.

122

*De leden van de SP-fractie refereerden aan mijn brief van 10 september 2004 over de zorgautoriteit (Kamerstukken II, 29 324, nr. 3) en vroegen wanneer de bevoegdheid van de minister om beleidsregels van de zorgautoriteit af te keuren verdwijnt. Ook vroegen zij hoe evenwichtige beleidsregels tot stand komen, zeker nu de institutionele advisering van belangenorganisaties in de verschillende kamers wordt herijkt. Verder wilden zij weten hoe de professionele kennis binnen de zorgautoriteit kan worden gewaarborgd, er van uitgaande dat belangenorganisaties niet louter financieel gewin in hun vaandel hebben maar van uit hun inhoudelijke kennis ook een bijdrage aan de kwaliteit van zorg kunnen leveren. Ten slotte vroegen zij bij wie beroepsgroepen in kunnen beroep gaan, als zij constateren dat een beleidsregel haaks staat op hun professionele standaard.*

Zoals ik in mijn brief over de Nederlandse Zorgautoriteit van 10 september schreef wordt de bevoegdheid om beleidsregels af te keuren afgeschaft in het wetsvoorstel Wet marktordening gezondheidszorg. Het aanwijzingsrecht en het vernietigingsrecht van de minister van VWS geven hem de instrumenten om te sturen en uitwassen te voorkomen. Daarnaast heeft elk bestuursorgaan, dus ook de toekomstige zorgautoriteit, op grond van de Algemene wet bestuursrecht (artikel 3:2) de plicht om de nodige kennis te vergaren over relevante feiten en belangen voordat het een besluit neemt. Hiervoor zijn ook andere manieren dan institutionele advisering door belangenorganisaties, bijvoorbeeld door hoorzittingen te organiseren of consultatiedocumenten aan organisaties en individuele partijen voor te leggen. Verder wijs ik erop dat de medewerkers van het CTG en van het CTZ uitermate veel vakkennis hebben, niet alleen over financiële zaken, maar ook over wat er speelt bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het vaststellen van een beleidsregel is geen voor beroep vatbare beslissing. Indien toepassing van een beleidsregel in individuele gevallen kennelijk onredelijk is kan daarvan worden afgewe-

ken. Tegen een beslissing kan de belanghebbende aanbieder of verzekeraar in beroep gaan. Uiteraard kan een beroepsgroep die meent dat een beleidsregel haaks staat op de professionele standaard, dit onder de aandacht van de zorgautoriteit brengen. De zorgautoriteit kan dit meenemen in haar afweging van relevante feiten en belangen.

123

*De leden van de SP-fractie vroegen zich af of de diversiteit van tariefsoorten in de WTG tot een toename van bezwaarprocedures leidt.*

De beperking van tariefsoorten in de WTG zijn in het gebruik knellend gebleken. De huidige WTG kent enkel een keuze tussen het zogenaamde «punttarief», waarvan niet naar boven of beneden mag worden afgeweken, en het maximumtarief, tot welke hoogte concrete tariefafspraken mogen worden gemaakt. Mede op geleide van een evaluatie van de WTG waarbij vooral de gebruikers van de WTG zijn betrokken wordt voorgesteld om het scala van tariefsoorten uit te breiden. Dat scala is niet alleen van toepassing voor prestaties, maar ook voor delen van prestaties en voor een samenstel van prestaties. Met die mogelijkheden van differentiatie wordt beoogd een op elke situatie zoveel mogelijk toegesneden tarief(soort) te kunnen gebruiken. Naar verwachting levert dat minder spanning op. Voor een toename van bezwaarprocedures zie ik geen grond.

Dat heb ik ook aangegeven in het nader rapport bij onderhavig wetsvoorstel, maar dan op grond van het feit dat tegen beleidsregels geen bezwaar en beroep open staat (Kamerstukken II, 29 379, nr. 4).

124

*De leden van de SP-fractie stelden vragen over de inwerkingtreding van de dbc-systematiek.*

Ik ondervind brede steun bij de betrokken partijen in het veld om DBC's in te voeren. Ook de meerderheid van de Tweede Kamer steunt de invoering van DBC's per 1-1-2005. In mijn visie is de invoering van DBC's om de volgende reden van belang:

1. het bevorderen van meer transparantie in de zorg voor zorgvragers en zorgverzekeraars,
2. het inzichtelijker maken van prestaties en tarieven van ziekenhuizen en
3. het introduceren van marktwerking om daarmee beter in te kunnen spelen op de vraag van de zorgvragers en zorgverzekeraars.

125

*Over de mogelijkheid om op kwaliteit te concurreren stelden de leden van de SP-fractie nadere vragen.*

Het concurreren op kwaliteit, waar de SP-fractie op duidt, zie ik van harte gebeuren wanneer verzekeraars zich willen onderscheiden door hogere kwaliteit van ziekenhuizen te verlangen of een betere prijs/kwaliteitsverhouding. Het is aan aanbieders en zorgverzekeraars om hierbij in ieder geval te voldoen aan algemene aanvaardbare (minimum) kwaliteitseisen. De toenemende tendens om de kwaliteit van aanbieders inzichtelijk te maken zal hier een goede prikkel voor zijn. Daarnaast is en blijft het aan de IGZ om de kwaliteit van de medische zorg in Nederland te bewaken. De IGZ ontwikkelt daartoe prestatie-indicatoren.

126

*De leden van de SP-fractie vragen naar de berekening van het macroneutrale uurtarief voor de medisch specialisten en de rol van de Commissie Korthals Altes.*

Dit is berekend door het macrokader voor de vrijgevestigde medisch specialisten te delen door het aantal patiëntgebonden uren dat door deze groep wordt geleverd. Het aantal gewerkte uren is grotendeels gebaseerd op het tijdsbestedingonderzoek dat in het kader van het DBC project is uitgevoerd. Het vastleggen van de patiëntregistratie is tijdens het tijdsbestedingonderzoek als patiëntgebonden activiteit aangemerkt. Ik kan geen inschatting geven van de kans dat de commissie Korthals Altes op een lager uurtarief dan het macroneutrale uurtarief uitkomt. De commissie Korthals Altes is immers een onafhankelijke commissie die pas in 2005 aan mij verslag zal uitbrengen. De commissie bepaalt het tarief overigens niet zelf, maar heeft de opdracht gekregen mij te adviseren over een normatief uurtarief. De commissie hoeft daarbij geen rekening te houden met macrobudgettaire neutraliteit. Vanzelfsprekend zullen de gevolgen voor de macrokosten van het advies van de commissie wel een aandachtspunt vormen bij mijn beoordeling van het advies. Ook heb ik de commissie meegegeven dat ik de maatschappelijke aanvaardbaarheid van het uurtarief van belang acht.

127

*De leden van de SP-fractie waren benieuwd naar de relatie tussen en vast uurtarief van medisch specialisten en prestatiebekostiging van ziekenhuizen.*

Een vast uurtarief en prestatiebekostiging sluiten elkaar niet uit. Het inkomen van de medisch specialist in het B-deel wordt per 1 januari 2005 immers rechtstreeks afhankelijk van het aantal geleverde DBC's. De uitkomst van de volgende berekening bepaalt het inkomen: het aantal DBC's vermenigvuldigd met de bij die DBC's behorende normtijden en de vermenigvuldiging van de uitkomst daarvan met het uurtarief. Dit is in mijn visie een duidelijke vorm van prestatiebekostiging. Voor de DBC's in het B-segment zal het ziekenhuis met de verzekeraars onderhandelen over aantallen en verkoopprijzen, waarschijnlijk in aanwezigheid van een vertegenwoordiging namens de medische staf. De DBC omvat zowel het ziekenhuisdeel als het specialistendeel. De verkoopprijzen voor het ziekenhuisdeel zijn vrij onderhandelbaar. Daarnaast zullen de ziekenhuizen intern met medisch specialisten spreken over de wijze waarop DBC's zo goed en doelmatig mogelijk geleverd kunnen worden. Als DBC's goed en doelmatig geleverd kunnen worden kan de kostprijs en daarmee ook de verkoopprijs laag worden gehouden. Een aantrekkelijke verkoopprijs voor kwalitatief goed geleverde DBC's geeft het ziekenhuis de mogelijkheid het marktaandeel in stand te houden of zelfs te vergroten.

128

*De verhouding tussen het uurtarief voor een huisarts voor avond, nacht en weekend dienst en het uurtarief van medisch specialisten riep bij de leden van de SP-fractie vragen op.*

Genoemd tarief voor ANW diensten door huisartsen is zuiver inkomen. Het voorlopig gehanteerde uurtarief voor medisch specialisten is van een andere orde. Hieruit moeten ook andere elementen bekostigd worden. Beide tarieven zijn dan ook niet van gelijke orde. In mijn optiek zijn de uitstralingseffecten van het uurtarief bij medisch specialisten dan ook uiterst gering.

129

*De leden van de fracties van de SGP en de ChristenUnie hadden nog enkele vragen over de strafbaarstelling van ziektekostenverzekeraars die foute declaraties vergoeden, de gevolgen daarvan voor de individuele verzekerde en de introductie van restitutie in de ziekenfondsverzekering.*

De strafbaarstelling is van toepassing op alle soorten ziektekostenverzekeraars die de WTG onderscheidt. Dat zijn uitvoerders van sociale ziektekostenverzekeringen, van particuliere verzekeringen en van ziektekostenregelingen voor ambtenaren. De laatste twee kennen al het restitutie-systeem. Daar komt nu dan bij de restitutie in de Ziekenfondswet. Daarmee is ook voor ziekenfondsverzekerden het volgende van belang geworden.

Ter bescherming van de patiënt is in het nieuwe artikel 2 van de WTG een bepaling opgenomen dat een zorgaanbieder of een ziektekostenverzekeraar aan het aanbieden, overeenkomen of leveren van een onjuiste prestatie dan wel aan het in rekening brengen, betalen of aan een derde vergoeden van een onjuist tarief ten opzichte van een patiënt geen rechten kan ontlenen. Dat betekent dat een zorgaanbieder en een ziektekostenverzekeraar aan verboden afspraken geen rechten kunnen ontlenen, terwijl deze wel ten opzichte van de patiënt c.q. verzekerde in stand blijven. De patiënt kan zich daarop beroepen ten opzichte van zijn zorgaanbieder als er sprake is van een onjuiste prestatie of onjuist tarief. Hij hoeft dan niet te betalen. Ook een verzekeraar kan zich daarop beroepen tegenover de zorgaanbieder, als hij optreedt namens de verzekerde.

Daarenboven heeft fraudebestrijding en kostenbeheersing weinig zin als verzekeraars zonder terughoudendheid te hoge tarieven betalen. Die kosten worden wel weer op alle verzekerden afgewenteld via de premie. Dat kan niet de bedoeling zijn.

130

*Over het opleggen van informatieplichten aan verzekeraars stelden de fracties van de SGP en de ChristenUnie nog enkele vragen.*

De WTG ExPres biedt de overheid de wettelijke mogelijkheid om gegevensuitwisseling op te leggen met derden voorzover dat binnen de wettelijke mogelijkheden van de WTG blijft. Dat zijn dan vooral transparante onderhandelingen over prestatie en tarief, doelmatige organisatie van de gezondheidszorg en de beheersing van de kostenontwikkeling van de gezondheidszorg. Bij het creëren van die wettelijke mogelijkheid heeft de overheid ook voor ogen gestaan de reductie van de enquêtelast. Dat was een van de speerpunten van de Commissie De Beer. Een expliciet plan van aanpak om van deze nieuwe wettelijke mogelijkheid gebruik te maken is thans niet aanwezig.

#### **IV. Wet toelating zorginstellingen (27 659)**

131

*De leden van de CDA-fractie waren van mening dat het advies van de Raad van State slechts zeer beperkt is opgevolgd. Daarbij doelden deze leden op het advies van de Raad om de belangrijkste normen en waarborgen in de wet zelf op te nemen, ter verkrijging van een objectief, toetsbaar stelsel. In het verlengde hiervan vroegen deze leden of het een ongewenste ontwikkeling wordt gevonden dat opeenvolgende bewindslieden in wisselende coalities een sterk wisselend beleid van ingrijpen kunnen voeren met de WTZi in de hand. De leden van de fractie van de PvdA merkten op dat in het voorliggende wetsvoorstel de normstelling en de uitvoering daarvan samen in één hand komen. Zij vroegen of het voor de concurrentiemogelijkheden en de liquiditeitspositie van instellingen niet beter zou zijn dat de normstelling in de wet werd vastgelegd, zodat op de langere termijn meer duidelijkheid bestaat over de eisen waaraan zij moeten voldoen?*

*De leden van de fractie van de SP vroegen om gedetailleerder dan tot nu toe, of in ieder geval systematischer dan tot nu toe, toe te lichten wat de stand van zaken is met betrekking tot de beleidsvisie, de beleidsregels en*

*de amvb's. Zij vroegen wanneer er duidelijkheid is over de invulling en de reikwijdte.*

Ik deel de opvatting van de leden van de genoemde fracties dat nieuwe wetgeving, waaronder ook deze wetgeving op het terrein van het aanbod van zorginstellingen, objectief en toetsbaar moet zijn, zodat betrokkenen hun rechten en plichten kunnen kennen. Die kenbaarheid van de te hanteren normen en waarborgen is des te meer van belang in een overgangsfase waarin het oude stelsel van zekerheden wordt omgebouwd naar een stelsel waar instellingen zelf verantwoordelijk zijn voor de wijze waarop zij tegemoet komen aan de zorgvraag van hun cliënten.

Ik ben van mening dat de WTZi zoals die bij uw Kamer is ingediend voldoende objectief en toetsbaar is. De Raad van State deed, zoals terecht door leden van uw Kamer geconstateerd wordt, al enige aanbevelingen. Om tegemoet te komen aan het advies van de Raad, is het wetsvoorstel in zijn oorspronkelijke vorm aanzienlijk gewijzigd alvorens het bij de Tweede Kamer is ingediend. Uit het oorspronkelijke voorstel zoals dat in juni 2000 aan de Raad werd voorgelegd zijn drie delegatiebepalingen geschrapt en is de werkingssfeer van het voorstel naar het niveau van de wettekst zelf getild. Verder is in de memorie van toelichting de dereguleringskoers benadrukt. Om te verduidelijken dat de overheid streeft naar een vereenvoudiging en beperking van bestaande regels is bovendien de considerans van het wetsvoorstel aangepast. Toekomstige bewindslieden en coalities zullen aan de vastgelegde doelstellingen van de WTZi gebonden zijn, zolang de WTZi bestaat. Korthedshalve verwijs ik u voor alle aanpassingen en toelichting in reactie op het advies van de Raad van State naar het nader rapport (Kamerstukken II, 27 659, A). Het voorstel zoals dat in het voorjaar van 2001 bij de Tweede Kamer is ingediend en recentelijk door uw Kamer in behandeling is genomen bevat nog enkele delegatiebepalingen. Het aantal delegatiemogelijkheden is ook niet ongebruikelijk. De mogelijkheid om enkele zaken bij algemene maatregel van bestuur nader te regelen is essentieel voor de overgangsfase waarin wij ons bevinden. In die fase is het noodzakelijk om geleidelijk en verantwoord meer ruimte aan instellingen te geven om te komen tot een situatie waar overheidsbemoeienis beperkt blijft tot het minimum en instellingen zelf snel en adequaat tegemoet komen aan de steeds veranderende zorgvraag. In de beantwoording van het schriftelijk verslag van de Tweede Kamer van 29 april 2004 heb ik in antwoord op een vraag van de VVD-fractie (nummer 6) uiteengezet waarom enkele zaken nader geregeld worden. Graag wil ik nogmaals toelichten dat hetgeen nader geregeld moet worden bij algemene maatregel van bestuur van een zeer overzichtelijke omvang is, aangezien meerdere fracties van uw Kamer de wenselijkheid van normstelling op het niveau van de wet aan de orde stelden.

De wettekst van de WTZi bevat op vier onderdelen normen die bij algemene maatregel van bestuur nader ingevuld moeten worden.

Deze vier onderwerpen worden in één uitvoeringsbesluit opgenomen. Het «Uitvoeringsbesluit WTZi» ligt momenteel ter advisering bij de Raad van State en wordt medio november in zijn geheel bij beide Kamers der Staten-Generaal voorgehangen. Het gaat om onderwerpen die zich niet lenen om op niveau van de wet te regelen. Allereerst omdat het vastleggen in wetteksten niet overeenkomt met de wens om enkele zaken geleidelijk en gefaseerd te dereguleren. Als tweede reden noem ik dat aanwijzingen en opsommingen omwille van de leesbaarheid van de wettekst beter niet in de wet zelf kunnen worden opgenomen. Omdat ik desondanks zo tegemoet wil komen aan de begrijpelijke wens om inzicht te geven in de voorgenomen inhoud van de nadere regelgeving, heb ik ten tijde van de schriftelijke en mondelinge behandeling in de Tweede

Kamer toegelicht op welke wijze en met welk doel de resterende delegatiebepalingen worden ingevuld.

De vier onderwerpen waar het om gaat zijn de volgende:

- a) de nadere omschrijvingen van de instellingen die onder de werkingssfeer van de wet vallen,
- b) de aanwijzing van de categorieën instellingen die winstoogmerk mogen hanteren,
- c) de aanwijzing van bepaalde categorieën van instellingen die voor bepaalde vormen van bouw nog een bouwvergunning nodig hebben (het bouwregime), en tot slot
- d) de transparantie-eisen.

Hierna volgt een korte aanduiding van de inhoud van de betreffende bepalingen uit het Uitvoeringsbesluit WTZi zoals ik die tijdens de behandeling in de Tweede Kamer al beschreef.

De werkingssfeer van de WTZi is op wetsniveau in artikel 5 geregeld. Om te voorkomen dat de wettekst een lange opsomming van instellingen bevat, schrijft de wet voor dat de instellingen op niveau van nadere regelgeving gedefinieerd worden. Daarmee wordt goed aangesloten bij de amvb's waarbij de zorgaanspraken op grond van de verzekeringswetgeving worden vastgelegd. De omschrijving in het Uitvoeringsbesluit WTZi bevat de instellingen die momenteel onder de Ziekenfondswet en de AWBZ een toelating nodig hebben.

Ten aanzien van het winstoogmerk heb ik aangekondigd dat de huidige situatie voorlopig gecontinueerd wordt. Pas bij de realisering van de Zorgverzekeringswet en de zorgautoriteit wordt besloten over winstperspectief voor ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Dit betekent dat op het moment van inwerkingtreden van de WTZi alle instellingen die dat nu ook mogen, straks ook winstoogmerk mogen hanteren en alle instellingen voor wie het verbod uit de WZV nu geldt, ná de inwerkingtreding van de WTZi vooralsnog geen winstoogmerk mogen hanteren.

Het regelen van het bouwregime bij algemene maatregel van bestuur is van alle vier de genoemde onderwerpen het beste voorbeeld van een norm die in de loop der tijd regelmatig bijstelling behoeft. Het kabinet heeft immers de eindsituatie voor ogen waarbij instellingen als maatschappelijk ondernemer volledig zelf verantwoordelijk zijn voor hun zorgverlening, met als doel om instellingen goed en snel in te kunnen laten spelen op de steeds veranderende zorgvraag. Wanneer instellingen meer verantwoordelijkheid moeten krijgen over de vormgeving en bekostiging van hun eigen huisvesting moeten bouwprocedures worden afgeschaft. Het bouwregime wordt met het eerste Uitvoeringsbesluit WTZi beperkt ten opzichte van de huidige situatie onder de WZV. Overall waar instandhoudingsmiddelen zijn opgebouwd en waar kapitaallasten genormeerd in het tarief kunnen worden opgenomen gaan instellingen zelf verantwoordelijkheid dragen voor de eigen huisvesting. Het resultaat is dat bij de inwerkingtreding van de WTZi met name grote bouwprojecten van grootschalige instellingen nog een bouwvergunning nodig hebben, waarbij de investeringskosten nog worden nagecalculeerd. Ook voor deze categorie wordt verdergaande deregulering voorbereid; ik zegde op dit punt al de notitie «Bouw, kapitaallasten en uitkeerbare winst» toe per februari 2005.

Als laatste van de vier onderwerpen die bij algemene maatregel van bestuur worden vastgelegd noemde ik de transparantie-eisen. Korthedshalve verwijs ik voor de complete opsomming en beschrijving van de transparantie-eisen naar mijn brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer van 1 juli 2004 over Health Care Governance (Kamerstukken II, 29 689, nr. 1).

Naast deze algemene maatregel van bestuur bevat het wetsvoorstel nog twee zaken die niet in de wet zelf beschreven worden. Allereerst bevat de

WTZi de wettelijke opdracht voor de minister van VWS om een beleidsvisie en beleidsregels op te stellen. Beide documenten worden aan beide Kamers der Staten-Generaal toegezonden. Instellingen weten op grond van deze documenten vooraf precies op welke onderdelen de overheid nog stuurt en aan de hand van welke criteria hun aanvragen om toelating beoordeeld worden.

Tot slot is bij de behandeling in de Tweede Kamer een amendement van de heer Weekers van de VVD-fractie aangenomen, dat het mogelijk maakt om in aansluiting op experimenten op grond van de WTG te experimenteren onder de WTZi. Ook bij de aanwijzing van de experimenten is door middel een voorhangprocedure de parlementaire controle gegarandeerd.

Een regeling van de hierboven genoemde onderwerpen op het niveau van de wettekst, in plaats van bij algemene maatregel van bestuur, maakt op zichzelf de omschrijvingen van deze normen niet duidelijker, noch voorkomt het dat nieuwe coalities de bestaande regels zullen wijzigen. De afweging tussen enerzijds de waarborgen van een wetgevingstraject en anderzijds de flexibiliteit en snelheid van de algemene maatregel van bestuur heeft tot de huidige vormgeving geleid. De betrokkenheid van de Raad van State bij de algemene maatregel van bestuur garandeert dat de inhoud niet buiten de oevers van de wet treedt. De politieke betrokkenheid bij de totstandkoming van alle normen is gerealiseerd door middel van wettelijk voorgeschreven voorhangprocedures voor de algemene maatregel van bestuur en voor de ministeriële aanwijzing van experimenten én door de wettelijke verplichting tot toezenden van de beleidsvisie aan het parlement. De parlementaire controle is gegarandeerd, zonder dat aan de gewenste snelheid en flexibiliteit afbreuk wordt gedaan. Het kabinet is derhalve van mening dat het toepassingsgebied, de wettelijke vereisten en het toetsingskader voor het beoordelen van individuele aanvragen op grond van de WTZi op voorhand voor iedere betrokkene helder zijn en dat de gewenste politieke betrokkenheid bij de totstandkoming voldoende is gewaarborgd.

132

*In vervolg op het voorgaande vroegen de leden van de fracties van het CDA, D66 en OSF waarom niet is ingegaan op het verzoek van de Tweede Kamer om een nader advies van de Raad van State.*

Na ommekomst van het advies dat de Raad van State uitbracht naar aanleiding van het oorspronkelijke voorstel uit juni 2000, zijn zowel het oorspronkelijke wetsvoorstel als de memorie van toelichting aanzienlijk bijgesteld. Korthedshalve verwijs ik naar het advies en nader rapport (Kamerstukken II, 27 659, nr. A) en naar mijn antwoord hierboven op vragen van de CDA-fractie over de objectiviteit en toetsbaarheid van het voorstel. Naar de overtuiging van het kabinet is aan het advies van de Raad van State gehoor gegeven. Gezien de rol van de Raad van State als adviesorgaan van de regering is het niet gebruikelijk om de Raad te vragen of het wetsvoorstel voldoende aan de uitgebrachte adviezen is aangepast.

De wijzigingen die na de indiening van het aangepaste voorstel tijdens de behandeling in de Tweede Kamer zijn aangebracht waren overwegend technisch van aard en sloten aan bij de strekking van het wetsvoorstel zoals het in 2001 bij de Tweede Kamer is ingediend. Zoals in mijn antwoord op vragen van de CDA-fractie in het schriftelijk verslag van de Tweede Kamer (Kamerstukken II, 27 659, nr 17, vraag nummer 3) aangaf is wel overwogen om de derde nota van wijziging aan de Raad van State voor te leggen. Vanwege de redenen die ik daar noemde, ben ik van oordeel dat het besluit om deze wijziging niet aan de Raad van State voor te leggen gerechtvaardigd was. Hoewel sprake was van enige beleidsmatige koerswijziging, was ook bij deze wijziging geen sprake van een



fundamentele aanpassing van het oorspronkelijke voorstel. Na de indiening bij de Tweede Kamer is er voor het kabinet geen reden geweest om de Raad van State nogmaals over het gehele wetsvoorstel om advies te vragen, aangezien het systeem en de strekking van het ingediende voorstel niet is aangepast.

133

*De leden van de CDA-fractie vroegen om nogmaals uit te leggen waarom de eerste fase van de overgang naar een vraaggericht stelsel zich niet binnen een gewijzigde WZV had kunnen voltrekken. De leden van de PvdA-fractie vroegen welke knelpunten die bij de uitvoering van de WZV bestaan, worden verholpen door de Wtzi en die niet verholpen hadden kunnen worden door nieuwe amvb's?*

De kern van het aanbodsturende systeem van de Wet ziekenhuisvoorzieningen bestaat uit de planvorming en uit het vergunningstraject. Allereerst schrijft de WZV het laten maken en goedkeuren van regionale plannen voor, waarin de behoefte aan zorgaanbod wordt vastgelegd (planvorming). Vervolgens moet elke WZV-instelling die een gebouw voor de zorg in gebruik wil nemen daarvoor een verklaring en vergunning aanvragen (vergunningstelsel). De aanvraag moet passen in de regionale plannen. In het systeem van de WZV is het enige aangrijpingspunt voor overheidssturing de (prioritering van) bouwplannen. De eenmaal afgegeven bouwvergunning leidt tot nacalculatie van de kapitaallasten in het budget van de instelling op grond van de WTG en vormt samen met de contracterplicht uit de verzekeringswetgeving een gesloten cirkel van aanbodsturing. In de jaren van explosieve groei in het aanbod heeft de aanbodsturende WZV zijn diensten bewezen. Maar vanaf het begin van de jaren negentig constateerden de verschillende kabinetten dat de WZV zijn tijd heeft gehad. De overheid bleek niet succesvol in het jaren vooruit bepalen van de behoefte. Het ramen van de behoefte en de zorgvraag blijkt moeilijk en de regio's slaagden er dan ook niet in om de gewenste plannen tot stand te laten komen. De wijze waarop de zorg wordt verleend en de transparantie van de organisaties in de zorg is belangrijker geworden dan de controle op de bouw. De overheid is voor de implementatie van het beleid gericht op transparantie, bereikbaarheid van zorg, kleinschaligheid en privacy afhankelijk van een door de instelling in te dienen bouwplan. Na het realiseren van een bouwproject is de vergunning om te bouwen uitgewerkt. In die zin zijn de verklaring en bouwvergunning, ook als er wel een bouwplan is, beperkte instrumenten. Het afschaffen van de aanbodplanning en de vergunningplicht, zonder dat er een bruikbaar instrumentarium voor de in de plaats komt, is hiervoor geen oplossing. In de overgangsfase naar een vraaggericht stelsel is behoefte aan een efficiënter instrumentarium, waarmee de overheid kan sturen op de beleidsmatig belangrijke onderwerpen en kan loslaten waar de verantwoordelijkheden goed worden opgepakt. Om die redenen is er voor gekozen niet verder te gaan met het gebruiken van de WZV voor een ander doel dan waarvoor hij geschreven is, maar voor het ontwerpen en indienen van een nieuwe wet.

134

*De leden van de CDA-fractie spraken uit dat wel zal worden gederuleerd, maar evenzo vele malen of nog meer sprake is van nieuwe regels. Zij vroegen zich af hoe dit zich verhoudt met de in dit kader gestelde beleidsprioriteit. Verder merkten zij op dat marktwerking blijkbaar met veel regels moet worden omgeven. Zij vroegen of dat deze ingrijpende operatie waard is. Bovendien vroegen zij wanneer de toegezegde berekening van administratieve lasten beschikbaar komt. De leden van de PvdA-fractie vroegen welke verplichtingen die nu voor zorginstellingen gelden, komen te vervallen en welke nieuwe eisen worden aan*

*zorginstellingen gesteld. Ook deze fractie vroeg om een uiteenzetting over de financiële consequenties van deze veranderingen voor zorginstellingen, zorgverzekeraars, toezichthouders en overheden.*

*De leden van de fracties van D66 en OSF vroegen of het kabinet feitelijk kan aantonen in welke mate en door welke maatregelen de administratieve lasten dalen.*

Op verzoek van uw Kamer is een overzicht opgesteld van bestaande en nieuwe regelgeving, dat als bijlage is bijgevoegd. Bij de schriftelijke beantwoording van de vragen van de Tweede Kamer is op diverse plaatsen aandacht besteed aan de deregulering die met de WTZi wordt gerealiseerd<sup>1</sup>. Ik kies hier voor een opsomming van de deregulerende effecten van de WTZi en verwijs voor het gewenste overzicht naar de genoemde bijlage.

Overzicht van deregulerende aspecten:

- Het aantal instellingen dat zich tot de overheid moet wenden (reikwijdte) is beperkter onder de WTZi, ten opzichte van de Ziekenfondswet, AWBZ en WZV.
- Het aantal procedures dat moet worden doorlopen wordt door de WTZi aanzienlijk beperkt. Het aantal beslismomenten blijft onder de WTZi beperkt tot maximaal drie; toelating, vergunning, eindverantwoording. In de huidige situatie lopen WZV-instellingen zes beslismomenten door. Onder de WTZi kan bovendien in de meeste gevallen met slechts één procedure (toelating) worden volstaan. Het bouwregime wordt immers beperkt, waardoor het aantal instellingen en het aantal vormen van bouw dat vergunningplichtig is afneemt.
- De WTZi kent geen meldingsregeling. Melden van instandhoudingsbouw bij het College bouw ziekenhuisvoorzieningen hoeft niet meer. Instellingen hoeven geen lange termijn huisvestingsplan meer aan het College bouw te sturen.
- Voorzover het bouwregime onder de WTZi nog van toepassing is wordt de bouwbeoordeling globaler. Bouwmaatstaven worden vervangen door prestatiegerichte eisen.
- Er worden minder gegevens in de toelatingsbeschikking opgenomen, zodat minder vaak een wijzigingsprocedure doorlopen hoeft te worden.

Naast deze deregulering die rechtstreeks uit de WTZi voortvloeit, noem ik volledigheidshalve nog de ontwikkeling van budgettair bouwen, waardoor de eindverantwoording achterwege kan blijven en de introductie van digitale formulieren voor het aanvragen van een vergunning. Hierdoor zullen de administratieve lasten voor instellingen komend jaar verder afnemen.

Tegenover deze deregulering staan drie regulerende aspecten:

- Het instrument van de toelating is beter geschikt gemaakt als sturingsinstrumentarium. Nieuw zijn de bevoegdheden om voorschriften en beperkingen aan de toelating te verbinden en de mogelijkheid om via bestuursdwang de gestelde voorschriften te handhaven. Aanvragen om toelating worden getoetst aan de beleidsregels. Daarbij vermeld ik in dit kader dat de set beleidsregels op grond van de WTZi beperkter zal zijn dan de huidige set beleidsregels op grond van artikel 3 van de WZV. Anders dan wellicht wordt verondersteld, leidt deze verbetering van het instrumentarium op zichzelf niet tot administratieve lasten voor instellingen.
- De WTZi eist van instellingen een transparant management en een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering. Aangezien de instellingen door middel van hun statuten en jaarverslaggeving verantwoorden over het voldoen aan de transparantie-eisen, hoeven ook deze eisen op zich niet tot administratieve lasten te leiden. Enkel die instellingen die nog niet voldoen aan de normen uit het rapport van de Commissie

<sup>1</sup> Zie ondermeer de antwoorden op vraag 4, 9, 41 en 49 van het verslag van het schriftelijk overleg d.d. 29 april 2004 (TK, 2003-2004, 27 659, nr. 17).

- Meurs van 1999 moeten eenmalig de gang naar de notaris maken om hun zaken op orde te krijgen.
- De Regeling voor de jaarverslaglegging zorginstellingen wordt formeel van toepassing op alle instellingen die een toelating nodig hebben. Het gaat hier om vormvereisten aan de verslaglegging en openbaarmaking van het jaarverslag. De lasten die voortvloeien uit dit artikel zijn gering. De WZV en de WTZi regelen immers niet de plicht tot het vaststellen van een jaarverslag, dat ligt vast in het Burgerlijk Wetboek. De administratieve lasten voor het opstellen van het jaarverslag zelf worden dan ook toegerekend aan het Burgerlijk Wetboek. Formeel geldt artikel 23 WZV alleen voor WZV-instellingen. Met de WTZi wordt de reikwijdte uitgebreid tot alle instellingen die een toelating nodig hebben. Volgens de definitiebepaling van het begrip administratieve last betekent dit een toename van de administratieve lastendruk. Feitelijk hadden deze instellingen zich echter op vrijwillige basis al aan de Regeling jaarverslaglegging zorginstellingen gecommitteerd.

Zoals uit deze opsomming en uit het bijgevoegde overzicht blijkt, verwacht het kabinet per saldo zeker een positief effect van de WTZi op de administratieve lasten van instellingen. De hoogte van het te besparen bedrag dat toe te schrijven is aan het wetsvoorstel WTZi raamt het kabinet, conform de kabinetsbrede definitie, op ongeveer 16 miljoen euro. Daarbij is bovendien nog geen rekening gehouden met de gevolgen voor de administratieve lasten ten gevolge van het Uitvoeringsbesluit WTZi.

Een berekening van die besparingen zeg ik toe bij de toelichting op dit besluit dat komende maand bij beide Kamers der Staten-Generaal wordt voorgehangen. De uiteindelijke effecten van de wet en van het Uitvoeringsbesluit op de administratieve lastendruk kunnen uiteraard pas enige tijd na de inwerkingtreding goed gemeten worden.

135

*De leden van de CDA-fractie merkten op dat de expliciete bepaling van de WTZi over de mogelijkheid om aan instellingen winsttoegemerk toe te staan nieuw is. Uiteraard is er thans ook sprake van het maken van winst, maar wel binnen het keurslijf van de huidige wetgeving. Op welke wijze denkt de minister het risico, dat als gevolg van het introduceren van het winstmotief in combinatie met marktwerking zal ontstaan, te onderwerpen? Bij voorbeeld als toch de kwaliteit van zorg of de bereikbaarheid wordt aangetast? Of zullen de te hanteren instrumenten als evenzo vele regels zo veelvuldig worden ingezet, dat er in feite geen sprake meer zal zijn van marktwerking? De discussie over het kenmerkende van het wetsvoorstel – een dereguleringsoperatie versus een versterking van de regelgeving – had deze leden alleen maar in hun vraagstelling versterkt. Marktwerking in de zorg moet blijkbaar met zoveel regels worden omgeven, dat er in feite geen of maar zeer beperkt sprake zal kunnen zijn van het werken van de markt. Is dat deze ingrijpende operatie waard?*

Wat de bewaking van de bereikbaarheid betreft, biedt de WTZi de mogelijkheid om voorwaarden aan de toelating te verbinden waarop instellingen kunnen worden aangesproken als ze er niet aan voldoen. Wat de bewaking van de kwaliteit betreft kan evenzogoed worden gesteld dat meer klantgericht, efficiënt en innovatief gedrag leidt tot betere kwaliteit. Niettemin is het begrijpelijk dat er zorgen zijn over de kwaliteit van de geleverde zorg in het geval er winst wordt beoogd. Daarom is het zaak dat via het toezicht door de IGZ extra aandacht wordt besteed aan op winst gerichte instellingen om te voorkomen dat daar de kwaliteit daalt. Daarnaast dienen zorgverzekeraars alert te zijn en blijven op de kwaliteit en de toegankelijkheid van de door hen gecontracteerde zorg. Wat de regelgeving betreft; die is noodzakelijk voor het borgen van de

publieke belangen en voor het corrigeren van mogelijk marktfalen. Het is goed om zo terughoudend mogelijk te zijn met regelgeving, maar de hoeveelheid regelgeving zegt op zich niets over de mate van marktwerking. Waar het bij marktwerking uiteindelijk om gaat is dat partijen voldoende ruimte hebben om met elkaar te concurreren op volume, prijs en/of kwaliteit.

136

*De leden van de CDA-fractie vroegen naar mijn motieven om de regiovisie af te schaffen. Wat geven wij in dit kader prijs en wat krijgen we ervoor terug, vroegen deze leden.*

Omdat er tijdens de schriftelijke behandeling in de Tweede Kamer veel vragen waren over wie nu eigenlijk de regierol zou krijgen, de verzeke- raars of de provincies/vier grote steden en vanwege de ontstane suggestie dat het toch om planvorming zou gaan, is de bepaling over de regiovisie geschrapt. De regiovisie had geen essentiële rol in het stelsel dat de WTZi biedt; de bepaling had tot doel het overleg in de regio over de samenhang tussen wonen, zorg en welzijn te stimuleren. Het document dat daaruit zou kunnen voortvloeien had geen juridische gevolgen en partijen die aan het overleg deelnamen konden er ook geen rechten aan ontlennen, anders dan dat zij elkaar op de gemaakte afspraken konden aanspreken. Partijen die niet aan het overleg zouden hebben deelgenomen of er een andere visie op na hielden, konden daar geen juridisch nadeel van ondervinden. Het schrappen van de wettelijke opdracht tot overleg verhindert niet dat op initiatief van een provincie, grote stad of een andere partij die zich sterk wil maken voor de coördinatie van en de samenhang tussen wonen, zorg en welzijn, andere betrokkenen worden uitgenodigd om daarover te overleggen. Een document dat als uitkomst van zo'n overleg wordt opgesteld kan natuurlijk aan de centrale overheid of andere geïnteres- seerden worden aangeboden. Daar is geen wettelijke bepaling voor nodig. In beide gevallen, wettelijke plicht of niet, is het resultaat afhankelijk van het initiatief en inzet van de partijen in het veld.

137

*De leden van de CDA-fractie hebben het ontbreken van de beleidsvisie als een groot bezwaar ervaren. Zij vroegen de minister of, nu de beleidsvisie deze maand de Kamer bereikt, ook de beleidsregels in hoofdlijnen kunnen worden aangegeven. Met betrekking tot de beleidsregels vroegen zij bovendien naar de voorspelbaarheid van de beleidsregels en of hieraan niet voortdurend zal worden getornd. Daarbij citeerden de leden van deze fractie mijn uitspraak dat een goede marktwerking gepaard moet gaan met een zekere voorspelbaarheid.*

Met de uitspraak die de leden van de CDA-fractie aanhaalden gaf ik aan dat bij voortdurend ingrijpen door de overheid door het steeds wijzigen van de spelregels de geloofwaardigheid van de veranderingen richting marktwerking afneemt. Het uitgangspunt is dat de overheid alleen actief intervenueert als de publieke belangen serieus in het geding zijn en het veld niet in staat is of bereid blijkt tot een decentrale oplossing. Een zekere politieke vasthoudendheid is dus noodzakelijk. Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer heb ik daarom aangegeven alleen daar te willen sturen en ingrijpen waar de markt faalt en een publiek belang in het geding is. De vraagstelling van de leden van de CDA-fractie heeft betrekking op de beleidsregels, en dus op het toelaten tot de markt. Ook bij het toelaten tot de markt is zekerheid gewenst. Instellingen moeten immers op voorhand kunnen weten aan welke normen hun aanvragen getoetst worden. Indien een aanscherping van criteria aan de orde komt ligt er een zware verplichting bij de overheid om een dergelijk voornemen zorgvuldig af te wegen en tijdig bekend te maken. Instellingen moeten bij het ontwikkelen

van hun plannen voldoende rekening kunnen houden met voorgenoemde, verzwaarde, eisen. Het «tornen» aan beleidsregels is beter verdedigbaar als de wijziging het instellingen eenvoudiger maakt om toelating te verkrijgen. Ik sluit dergelijke vereenvoudigingen in de komende jaren zeker niet uit. Het is immers de bedoeling dat de overheid zich steeds minder gaat bemoeien met het toetreden tot de markt. De beleidsregels zullen derhalve regelmatig tegen het licht gehouden worden om te bezien of een verdere deregulering mogelijk is.

138

*De leden van de CDA-fractie merken op dat bij afkeuring van de beleidsvisie, de beleidsregels en de amvb's de WTZi niet in werking kan treden. Deze leden vroegen hoe gehandeld wordt indien enkele amvb's worden afgekeurd.*

De inhoud van de beleidsvisie, de beleidsregels en van het Uitvoeringsbesluit WTZi vertonen grote samenhang. De drie documenten vloeien immers voort uit dezelfde beleidsdoelstellingen en dienen aan te sluiten op de huidige feitelijke situatie. De onderwerpen die bij algemene maatregel van bestuur geregeld worden, worden opgenomen in één Uitvoeringsbesluit WTZi. Dit gehele besluit wordt bij het parlement voorgehangen. Dat maakt het uitspreken tegen bepaalde onderdelen weliswaar niet onmogelijk, maar bevordert wel een integrale besluitvorming. Om zo veel mogelijk te voorkomen dat de Kamer zich, op een moment dat vlak voor de inwerkingtreding van het wetsvoorstel ligt, nog moet uitspreken tegen bepaalde voornemens, heb ik bij de schriftelijke en mondelinge behandeling diverse malen aangegeven op welke wijze en met welke doelen de drie genoemde documenten ingevuld gaan worden. Ik ben niet van plan om het parlement bij het toesturen van de beleidsvisie en de beleidsregels te verrassen met plotselinge koerswijzigingen. Over de gevolgen van eventuele afkeuringen in relatie tot de inwerkingtreding van het wetsvoorstel kan ik in zijn algemeenheid en op voorhand geen uitspraak doen. Een en ander is afhankelijk van hetgeen de Kamer gewijzigd wil hebben.

139

*De leden van de CDA-fractie vroegen naar de per februari 2005 toegezegde notitie over de kapitaallasten en de verdere liberalisering van het bouwregime. Zij vroegen wat dit betekent voor de amvb en verder vroegen zij een overzicht van toegezegde notities.*

De notitie «Bouw, kapitaallasten en uitkeerbare winst» is de enige toegezegde notitie in dit verband. Mijn verwachting is dat deze notitie een nieuwe basis legt voor de gewenste verdere deregulering van het nog resterende bouwregime.

Voorzover verdere deregulering van het bouwregime komend jaar aan de orde komt, zal dat in de genoemde notitie worden aangekondigd en wordt er vervolgens een aanpassing van het Uitvoeringsbesluit WTZi voorbereid. Conform de wettekst van de WTZi wordt een wijziging van dit besluit bij beide kamers der Staten-Generaal voorgehangen.

140

*De leden van de CDA-fracties merken op dat de minister thans geen instrumenten in handen heeft om kruissubsidiëring tegen te gaan. Hadden deze leden het goed begrepen, dat dit eerst in 2006 het geval zal zijn?*

Neen. De inwerkingtreding van de WTG ExPres is voorzien voor 1 januari 2005. Daarmee krijgt het CTG de benodigde instrumenten om, indien nodig, regels te stellen voor de wijze van kostentoerekening om gestan-

daardiseerde kosteninformatie te ontvangen. Het CTG kan daartoe aanvullende administratievoorschriften opleggen of in een beleidsregel bepalen dat het tarief alleen in rekening kan worden gebracht indien een bepaald kostprijsmodel wordt gehanteerd.

141

*Wat zullen de gevolgen zijn van het niet opnemen van capaciteit, met name voor de acute zorg in kleine ziekenhuizen? Wordt de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel niet een probleem als de capaciteit niet vastligt? Is het instellingen toegestaan om het hele zorgaanbod van een regulier ziekenhuis aan te bieden, met uitzondering van de acute zorg? Kan deze instelling dan voor dat pakket zorg een lager tarief berekenen? Zo ja, wat zijn de gevolgen daarvan voor de concurrentiepositie van reguliere ziekenhuizen en voor de beschikbaarheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid van acute zorg?*

Er is geen directe relatie tussen capaciteit, uitgedrukt in aantal bedden, en acute zorg. Het niet opnemen van de capaciteit zal dan ook geen gevolgen hebben voor de acute zorg in kleine ziekenhuizen. Hetzelfde geldt voor de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel. Ook dat heeft geen directe relatie met het aantal bedden. Overigens regel ik wel op een andere manier dat er voldoende acute zorg is in kleine ziekenhuizen en dat er voldoende gekwalificeerd personeel is. Via het ketenoverleg dat zorgaanbieders in het kader van de WTZi hebben wordt voldoende acute zorg geborgd. In dat ketenoverleg wordt ook besproken aan welke criteria ziekenhuizen moeten voldoen om bepaalde zorg te kunnen leveren. Een onderdeel van deze voorwaarden zal ook de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel zijn. Daarnaast toetst de Inspectie voor de gezondheidszorg of de geleverde kwaliteit voldoende is. Hiervoor is het van groot belang dat er voldoende gekwalificeerd personeel is om de kwaliteit te waarborgen.

Het is instellingen toegestaan om het hele zorgaanbod van een regulier ziekenhuis aan te bieden, met uitzondering van de acute zorg. Alleen in dunbevolkte gebieden waarbij de bereikbaarheid van acute zorg onder druk staat kan het zijn dat instellingen via de WTZi verplicht worden acute zorg te blijven leveren. In dichtbevolkte gebieden zouden ziekenhuizen kunnen besluiten de afdeling spoedeisende hulp te sluiten. Overigens verwacht ik dat weinig ziekenhuizen dat zullen doen, omdat de afdeling spoedeisende hulp een belangrijke functie heeft bij de profilering van het ziekenhuis.

Om te voorkomen dat er een oneerlijke concurrentiepositie ontstaat tussen ziekenhuizen met een afdeling spoedeisende hulp en een ziekenhuis zonder een afdeling spoedeisende hulp zullen verzekeraars een reële vergoeding moeten betalen voor de acute zorg.

142

*In de MvT (p20) lezen de leden van de PvdA dat een winstoogmerk zal leiden tot een opwaartse druk op collectieve lasten. In het voorliggende voorstel wordt een winstoogmerk toegestaan voor instellingen die geen zorg leveren als bedoeld in de Ziekenfondswet en de AWBZ. In hoeverre kan gesproken worden van gescheiden markten en in hoeverre zal een opwaartse druk op de tariefvorming in het segment waar het winstoogmerk is toegestaan gevolgen hebben voor de collectieve lasten. Kan het antwoord betrokken worden bij het onderzoek uit de VS waaruit blijkt dat het toestaan van een winstoogmerk ook leidt tot hogere prijzen bij instellingen zonder een winstoogmerk?*

In de Memorie van Toelichting staat dat het risico bestaat dat het winstoogmerk zal leiden tot een opwaartse druk op de collectieve lasten. Dat is minder stellig dan in de vraag wordt gesuggereerd.

De enige manier om uitkeerbare winst te maken op de verlening van niet-collectief gefinancierde zorg als het maken van winst op collectief gefinancierde zorg niet is toegestaan, is de niet-collectief gefinancierde zorg te verlenen via een economisch zelfstandige rechtspersoon. Die keuze heeft een prijs, omdat daarmee de kostenefficiëntie als gevolg van gezamenlijk gebruik van personen, infrastructuur en kapitaal, verloren gaat. Overigens staat niet onomstotelijk vast dat, als het winstmotief in de niet-collectief gefinancierde zorg leidt tot prijsstijgingen, ook prijsstijgingen ontstaan in de collectief gefinancierde zorg. Tegenover het Amerikaanse onderzoek waaraan wordt gerefereerd staat ander onderzoek dat tot tegengestelde conclusies komt. De beschikbare empirie blijkt weinig houvast te bieden bij het voorspellen van prijzen andere effecten van het toelaten van het winstoogmerk.

143

*De leden van de PvdA fractie vroegen zich af hoe kan worden voorkomen dat de huidige financiering van kapitaallasten bij de overgang naar een nieuw financieringsstelsel tot problemen leidt? In het huidige budgetstelsel krijgen ziekenhuizen in de budgetten afschrijvingen en rentelasten over kapitaalinvesteringen vergoed. De daarbij gehanteerde afschrijvingstermijn is vijftig jaar. Als straks de kapitaallasten in de DBC-tarieven opgenomen worden worden de gevolgen hiervan zichtbaar. Hoe zal voorkomen worden dat huidige instellingen hierdoor in een nadelige positie komen ten opzichte van mogelijke nieuwe instellingen? Hoe zal een level playing field gegarandeerd worden? Deze leden vragen zich ook af wat de gevolgen voor de instellingen in de grensstreek zullen zijn van het 12,5% prijsverschil met instellingen in het nabije buitenland, waaraan in de Tweede Kamer werd gerefereerd?*

Deze vraag is ook aan de orde geweest bij de behandeling in de Tweede Kamer. Ik heb toen toegezegd de antwoorden te zullen geven in een, uiterlijk in februari 2005 te verschijnen, notitie. Ik wil de Eerste Kamer vragen op dit moment ook genoeg te nemen met deze toezegging.

144

*De leden van de fractie van de PvdA vroegen waarom met het oog op de beperking van de administratieve lastendruk niet gekozen is voor goed toezicht op de besturen van de instellingen door middel van toezicht en controle op de jaarrekening. Is er overleg geweest met het veld over de administratieve lastendruk? Kan worden meegedeeld hoe het veld de financiële gevolgen van de administratieve lastendruk inschat?*

Inderdaad is het van belang dat bij het stellen van nieuwe eisen bekeken wordt of dit tot extra administratieve lasten voor instellingen leidt. Met de WTZi-bepalingen over transparant bestuur en ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering is aangesloten bij huidige jaarverslaglegging/jaarrekening van zorginstellingen. Via de Regeling jaarverslaglegging zorginstellingen dienen instellingen in de toekomst in hun jaarverslag/jaarrekening verantwoording af te leggen op welke wijze zij voldoen aan de transparantie-eisen WTZi. Deze bepalingen vallen onder het toezicht van de accountant, die zijn goedkeuring geeft op het jaarverslag. Hiervoor is gekozen om de administratieve lastendruk zoveel mogelijk te beperken. Gezien het toenemende belang van goed bestuur en intern toezicht van zorginstellingen acht ik het nodig dat bij de toelating – of bij de wijziging van de toelating – aan de hand van de statuten wordt beoordeeld dat een zorginstelling voldoet aan de transparantie-eisen WTZi. Bovenstaande eisen vloeien voort uit het rapport Health Care Governance dat door veldpartijen tot stand is gekomen, waarin ook aanbevelingen aan de overheid zijn gericht. De voorgenomen inhoud van de transparantie-eisen is sinds 2001 bekend, kort nadat het onderhavige wetsvoorstel in de

Tweede Kamer was ingediend. In die periode heeft het College voor zorgverzekeringen een uitvoeringstoets uitgebracht over de voorgenomen inhoud van de transparantie-eisen en is er met diverse koepels van aanbieders en andere deskundigen over de inhoud van de concept transparantie-eisen gesproken.

Met uitzondering van die instellingen die per 2005 nog niet voldoen aan de transparantie-eisen, en dus het komend jaar de gang naar de notaris moeten maken, hoeven instellingen geen nieuwe documenten op te stellen of gegevens te overleggen. De effecten voor de administratieve lastendruk zijn derhalve naar verwachting gering. En in het voortkomende geval zijn zij derhalve noodzakelijk, aangezien in het nieuwe zorgstelsel met meer vrijheden voor de zorginstellingen een transparant bestuur en een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering verzekerd dienen te zijn.

145

*De leden van de PvdA-fractie vroegen zich af hoe het saneringsfonds zich verhoudt tot marktwerking en of het niet meer voor de hand ligt dat de taken van het saneringsfonds door het veld worden georganiseerd.*

Bij de in dit wetsvoorstel opgenomen saneringsregeling, de planschaderegeling, gaat het niet om instellingen die failliet dreigen te gaan. Het gaat bij deze saneringsregeling om gevallen waarin de Minister of het College voor zorgverzekeringen op inhoudelijke gronden heeft besloten om de toelating van een instelling geheel of gedeeltelijk in te trekken. Het sluitings- of herstructureringsproces dat voortvloeit uit een dergelijke overheidsbeslissing kan hoge kosten voor de zorgonderneming met zich meebrengen. Omdat het gaat om een overheidsbeslissing kan het niet zo zijn dat een instelling de kosten zelf moet opbrengen. Dit zou kunnen betekenen dat de zorgonderneming door een overheidsbeslissing in een nadelige concurrentiepositie wordt gemanoeuvreed. Omdat de overheid besluit tot geheel of gedeeltelijke intrekking van de toelating is het ook de overheid die de betrokken instelling compenseert met een subsidie voor de kosten die verbonden zijn aan een dergelijke gedwongen gehele of gedeeltelijke sluiting.

146

*De leden van de fractie van de VVD merkten op dat bij de wijziging van het wetsvoorstel «toestemming» is vervangen door «toelating», daarmee het begrip exploitatie loslatend. Voorts zijn de begrippen «beleidskader» en «beleidscriteria» gewijzigd in een (vierjaarlijkse) «visie» van de minister en «beleidsregels». Deze leden vroegen wat de criteria worden op basis waarvan de toelating zal plaatsvinden. Zijn deze straks gebaseerd op de visie van de minister? En zal de visie van de minister prioriteiten kennen bijvoorbeeld op basis van het financieel kader? De minister stelt dat bij een vraaggericht systeem alleen het verzekerde pakket en de eigen betalingen nog instrumenten zijn voor de overheid om de premie betaalbaar te houden. Past het in dit kader nog wel om überhaupt de eis van «toelating» van een zorginstelling te stellen? Waarom heeft de minister dan nog een financieel beleidskader nodig? De minister streeft naar meer marktwerking en zelfs overcapaciteit van zorginstellingen. Hoe verhoudt zich dit met het gegeven dat de toelating wel moet voldoen aan het feit dat er geen overschrijding van het financiële beleidskader mag plaatsvinden?*

*Ook de leden van de fracties van SGP en ChristenUnie stelden het loslaten van de toetsing van de toelating aan het exploitatiekader aan de orde. Zij citeerden de toelichting op deze wijziging, die stelt dat het toetsen van aanvragen van nieuwe toetreders op basis van de voorgenomen productie niet past bij de duidelijke keuze voor een vraaggericht systeem. Deze leden vroegen of kan worden verduidelijkt waaraan toelating getoetst zal worden.*



De beleidsregels zijn de concrete criteria waaraan de aanvragen om toelating worden getoetst. Deze beleidsregels vloeien inderdaad voort uit de visie van de minister, zoals de leden van de VVD-fractie opmerkten. De beleidsvisie en de beleidsregels worden binnenkort aan beide kamers der Staten-Generaal gestuurd. Uitgangspunt bij het formuleren van deze criteria is dat de overheid alleen stuurt op die onderwerpen waar de overheid nog moet sturen omdat het borgen van een publiek belang daarom vraagt. De criteria worden tot het minimum beperkt om instellingen zo veel mogelijk eigen verantwoordelijkheid te geven voor de organisatie van hun zorgverlening. Als voorbeeld van de werking van de beleidsregels verwijs ik naar mijn antwoord op het schriftelijk verslag van de Tweede Kamer (kamerstukken II, 27 659, nr. 17) onder nummer 58 waar ik beschreef hoe de beleidsregels worden geformuleerd op het punt van de bereikbaarheid van de acute ziekenhuiszorg.

Een financieel kader (zgn. bouwkader) wordt alleen gehanteerd indien het initiatief van de instelling valt onder het bouwregime van de WTZi (artikel 5, derde lid, j° artikel 7 is van toepassing). Voor het merendeel van de initiatieven is dat niet het geval. Zij vragen of hebben een toelating op grond van artikel 5, eerste lid, j° artikel 9 van de wet. Deze «toelating zonder bouw» wordt door het College voor zorgverzekeringen afgegeven. Met de derde nota van wijziging (Kamerstukken II, 27 659, nr 16) is in het wetsvoorstel de mogelijkheid geschrapt om aanvragen om een toelating zonder dat het bouwregime van toepassing is, te toetsen aan een financieel kader. Dit in reactie op geuite bezwaren in de schriftelijke behandeling van het wetsvoorstel en op een amendement terzake van de leden Van Vliet en Arib (Kamerstukken II, 27 659, nr. 11). Een initiatief van een instelling waarop het bouwregime van toepassing is moet op grond van artikel 5, derde lid, j° artikel 7 bij de minister van VWS worden ingediend. Deze aanvragen worden, net als onder de WZV, geprioriteerd, waarbij wordt bekeken of het beschikbare financiële kader (zgn. bouwkader) toestaat dat de diverse initiatieven direct gehonoreerd worden. Dit beheersingsmechanisme is vooralsnog essentieel omdat het hier met name gaat om bouwprojecten van grootschalige instellingen, waarvoor contracteerplicht geldt en waarbij de kapitaallasten nagecalculeerd worden in het instellingsbudget. Het bij de inwerkingtreding van de WTZi in één keer loslaten van het bouwkader, zonder dat in de bekostiging van de kapitaallasten risico's zijn ingebouwd voor de instelling zelf, zou betekenen dat zonder oordeel van de overheid alle kosten voor rente en afschrijvingen ten gevolge van investeringsbeslissingen van instellingen ten laste komen van de collectieve middelen. In de overgang van een centraal aanbodgestuurd stelsel naar een decentraal meer vraaggericht stelsel met meer marktprikkels is het van belang dat in alle stadia van het overgangstraject een passend beheersmechanisme voor handen is. Vanwege de taak van het kabinet om gedurende het gehele overgangstraject op verantwoorde wijze de beheersing van de uitgaven zo nauwkeurig mogelijk af te stemmen op de feitelijke veranderingen in de zorgsector dient het bouwkader nog te worden gehandhaafd. Dat neemt niet weg dat de gewenste verschuiving van verantwoordelijkheden in de zorgsector wel ter hand wordt genomen. Op het moment van inwerking-treden van de WTZi wordt het bouwregime ten opzichte van de Wet ziekenhuisvoorzieningen al beperkt en ook na de inwerkingtreding worden voorstellen uitgewerkt om het bouwregime verder te dereguleren. De WTZi is immers ontworpen met als doel het bouwregime verder te kunnen dereguleren. Dat betekent ten dat steeds minder bouwplannen worden getoetst aan het bouwkader en dat de ruimte waar instellingen geheel vrij zijn in hun investeringsbeslissingen steeds groter wordt. In de mondelinge behandeling van de WTZi bij de Tweede Kamer heb ik toegezegd dat ik in februari de Kamer een notitie «Bouw, kapitaallasten en uitkeerbare winst» zal toezenden, waarin voorstellen worden uitgewerkt om het bouwregime verder te dereguleren.

*De leden van de VVD-fractie vroegen of de minister voor de toelating van eigen instellingen van ziekenfondsen dezelfde criteria hanteert als voor andere (rechts)personen die om toelating vragen.*

De WTZi schrijft voor dat instellingen die zorg willen verlenen ten laste van de Ziekenfondswet of AWBZ daarvoor moeten zijn toegelaten. De Ziekenfondswet en AWBZ regelen dat de verzekeraar alleen met een toegelaten instelling een overeenkomst mag sluiten tot het leveren van zorg ten laste van deze wetten. In dit systeem geeft de overheid op grond van de WTZi het keurmerk (= de toelating) af, dat aan de verzekeraar laat weten dat het om een instelling gaat die de aanspraak kan leveren en die bovendien een transparant management en een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering heeft. De overheid geeft als het ware een verklaring af die de instelling als «in staat om te contracteren» bestempelt. Wanneer een zorgverzekeraar er voor kiest om niet door middel van het sluiten van een overeenkomst de zorg in natura aan zijn verzekerden te leveren, maar de zorg in eigen beheer rechtsreeks aan zijn verzekerden gaat leveren, zijn de genoemde artikelen uit de Ziekenfondswet en AWBZ niet aan de orde. De eigen «instellingen» van zorgverzekeraars worden dan ook niet aangewezen bij het Uitvoeringsbesluit WTZi. Hier is geen sprake van een «instelling die behoort tot de bij algemene maatregel van bestuur aangewezen categorie van instellingen die zorg verlenen waarop ingevolge de Ziekenfondswet of AWBZ aanspraak bestaat» (artikel 5, eerste lid, WTZi). Dat neemt niet weg dat zorgverzekeraars die zorg in eigen beheer leveren ook voor dat onderdeel van hun werkzaamheden verantwoording moeten afleggen en transparantie moeten bieden. Dat vloeit echter voort uit de verzekeringswetgeving, en niet uit de WTZi.

*De leden van de VVD-fractie vroegen of een natuurlijk persoon of rechtspersoon, die geen winstoogmerk heeft, een zorginstelling kan starten zonder dat hij een toelating heeft? Kan een dergelijke zorginstelling aanbieder zijn van diensten/producten die onder de nieuwe basisverzekering vallen of verrichtingen doen die niet in het basispakket zijn opgenomen maar in de aanvullende pakketten?*

Met de WTZi worden de toelating, de WZV-verklaring en de bouwvergunning samengebracht in één vergunningensysteem. Hierdoor kan het aantal beslismomenten dat moet worden doorlopen aanzienlijk worden teruggebracht. Het toelatingsvereiste geldt momenteel op basis van de Ziekenfondswet en AWBZ. Ten opzichte van die wetten blijft de reikwijdte van het toelatingsvereiste onveranderd. Ook de komst van de nieuwe Zorgverzekeringswet heeft op deze reikwijdte geen invloed. Wel is het zo dat de reikwijdte van de WTZi ten opzichte van de Wet ziekenhuisvoorzieningen beperkter is. De WZV maakt geen onderscheid in de wijze waarop ziekenhuisvoorzieningen gefinancierd worden; alle aangewezen categorieën van instellingen hebben een verklaring en vergunning nodig. Er zijn een aantal kenmerken die bepalend zijn voor het antwoord op de vraag of een toelating nodig is. Allereerst moet sprake zijn van een organisatorisch verband. Een natuurlijke persoon die niet met anderen samenwerkt hoeft nooit een toelating op grond van de WTZi te vragen. Er is kortweg geen sprake van een «zorginstelling». Op deze categorie is wel de wet Beroepen in de Individuele gezondheidszorg (Wet BIG) van toepassing. Op grond van deze wet geldt een titelbescherming van individuele beroepsbeoefenaren en een kwaliteitsregime voor beroepsbeoefenaren die niet in een instelling werkzaam zijn. Een volgend aspect voor het beoordelen van de noodzaak van een toelating is dat het organisatorisch verband zorg ten laste van de Ziekenfondswet of AWBZ wil verlenen. Met andere woorden; men moet een contract met een

ziekenfonds of zorgkantoor beogen. Wanneer de organisatie zich alleen wil richten op derde compartimentszorg hoeft men geen toelating aan te vragen. Overigens is het ook mogelijk dat zorginstellingen wel zorg verlenen die op grond van de Ziekenfondswet en AWBZ verzekerd is, maar dat niet voor rekening van de sociale ziektekostenverzekeringen doen. (Er wordt dus geen contract gesloten met ziekenfonds of zorgkantoor). Het merendeel van deze volledig privaat gefinancierde zorg mag zonder toelating op grond van de WTZi verleend worden.

Daarop geldt één uitzondering: een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. Dit houdt verband met de wens om alle bestaande ziekenhuiszorg te kunnen betrekken bij het landelijk beleid ten aanzien van de ziekenhuiszorg.

149

*De leden van de VVD-fractie merkten op dat de minister drie verschillende markttypen onderscheidt. Betekent dit ook dat de beleidsregels voor de instellingen die onder een bepaald type vallen verschillen qua inhoud van die welke onder een ander type vallen?*

Verschiedende markttypen impliceren niet dat afzonderlijke instellingen worden onderscheiden voor elk markttype. Eén instelling kan actief zijn op verschillende deelmarkten. Voorbeeld: een ziekenhuis dat zowel de deelmarkt van de acute zorg als die van de electieve zorg bedient. Beleidsregels haken weliswaar aan bij het type instelling, maar daarbinnen wordt indien nodig een nader onderscheid gemaakt naar de zorgvorm, dus de deelmarkt, waar het om gaat.

150

*Bij markttype 1 gaat de minister ervan uit dat er voor bepaalde zorgvormen geen plaats is voor concurrentie in de markt, maar wel concurrentie om de markt. In feite betekent dit dat er slechts zoveel zorgaanbieders worden toegelaten als er nodig zijn om de zorg bereikbaar en beschikbaar te houden voor de bevolking, zoals topreferente zorg, WBMV voorzieningen en mogelijk de acute zorg. De minister stelt dat het wel mogelijk is om concurrentie om de markt mogelijk te maken bijvoorbeeld via aanbesteding. Echter de betreffende voorzieningen zijn veelal zeer kapitaals- of kennisintensief, of brengen hoge kosten met zich vanwege de hoge paraatheid cq beschikbaarheidsseis die gesteld wordt. Het «gesloten» systeem brengt vrijwel zeker met zich dat er geen andere zorgaanbieders klaarstaan om bij de aanbesteding mee te dingen (met uitzondering wellicht van buitenlandse aanbieders). Op welke wijze wil de minister vormgeven aan deze aanbesteding? Brengt deze aanbesteding niet een (grote) desinvestering met zich van kapitaalgoederen of menselijk kapitaal? En als het de bedoeling is dat «mens en materiaal» overgenomen worden door een ander is het dan niet slechts een «management buy-out» die hoge kosten met zich kan brengen? De leden van de VVD-fractie hadden begrepen dat er bij de aanbesteding van busverbindingen globaal een desinvestering van 15% plaatsvindt indien een andere maatschappij de aanbesteding «wint» en deze materieel en mensen moet overnemen. Is dit ook in de verwachting ten aanzien van de zorg die onder markttype 1 valt?*

Bij aanbesteding of concurrentie om de markt kan de overheid bijvoorbeeld optreden als verlener van een vergunning in een bepaald gebied voor een bepaalde tijd. Mits competitief uitgevoerd kan aanbesteding bijdragen aan een meer efficiënte besteding van een bepaald beschikbaar budget.

Er bestaan allerlei varianten van aanbesteding. Bij een openbare procedure kunnen alle belangstellenden een aanbesteding indienen, bij een

niet-openbare procedure worden een aantal partijen uitgenodigd mee te dingen. Daarnaast dienen vooraf spelregels (termijnen, selectieprocedures etc.) te worden bepaald en moet de overheid zo goed mogelijk de prestatie-eisen aangeven. Ook kan worden gekozen voor het overnemen van (een deel van) het personeel en het kapitaal om vernietiging van beschikbare kennis en kapitaal te voorkomen. Afhankelijk van de karakteristieken van een zorgdeelmarkt wordt gekozen voor de vormgeving van de aanbesteding.

Ik kan nu geen kwantitatieve uitspraken doen over een eventueel te verwachten financieel nadeel indien een nieuwe gegadigde een concessie overneemt. Dit hangt af van de kenmerken van de betreffende deelmarkt. Daarnaast moet dit financiële nadeel worden afgewogen tegen de verwachte efficiencywinst bij overname van een concessie.

151

*Onderdeel van de acute zorg is de eerste hulp van het ziekenhuis. Is het wel mogelijk, gelet op de verwevenheid van mensen en middelengebruik van eerste hulp met de andere onderdelen van het ziekenhuis om tot een «aanbesteding» van deze eerste hulp te komen?*

Terecht wijst u op de verwevenheid tussen eerste hulp en de andere onderdelen van het ziekenhuis. Uit een van de marktanalyses van OCFEB blijkt dat periodieke aanbesteding geen goede optie is op de markt voor spoedeisende zorg. Aangezien een SEH vanwege synergie-effecten een integraal onderdeel vormt van een topklinisch of basisziekenhuis zal het intrekken van een vergunning tot aanzienlijke kapitaalvernietiging leiden. Indien een scheiding zou worden aangebracht tussen het eigendom van de infrastructuur en de exploitatie van een SEH, kan in principe alleen het management worden aanbesteed. Dit brengt echter grote coördinatieproblemen tussen de SEH en de overige ziekenhuisafdelingen met zich mee.

152

*De leden van de VVD-fractie merkten op dat volgens het wetsvoorstel toelating zorginstellingen de verantwoordelijkheid voor een voldoende zorgaanbod voor de burger bij de overheid ligt. Deze leden vroegen welke instrumenten de overheid heeft om dan voldoende bereikbaarheid voor de burger te garanderen. Verder merkten zij op dat de minister stelt dat het beleid is gericht op overcapaciteit teneinde meer marktwerking te realiseren. De leden van de VVD-fractie vroegen hoe dit wordt vorm gegeven. Wordt dit meegenomen in de beleidsregels in het kader van de toelating, zo vroegen deze leden. Indien er op enig moment te weinig instellingen zijn om de bereikbaarheid voor de burger te garanderen, rijst de vraag op welke wijze dan voorzien wordt zorgvoorzieningen. Gaat de overheid dan zelf een instelling bouwen, of wordt de lagere overheid gevraagd dit te doen? Of wordt er particulier initiatief georganiseerd? Op welke wijze wordt in een zodanig geval het marktwerkingsmechanisme gehanteerd?*

*De leden van de VVD-fractie waren het er mee eens dat de overheid verantwoordelijk blijft voor de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de ziekenhuiszorg. Echter de zorg omvat aanzienlijk meer dan alleen ziekenhuiszorg. Is de minister niet van mening dat ook bereikbaarheid c.q. beschikbaarheid van instellingen, zoals verpleeghuiszorg, thuiszorg en zorg in verzorgingshuizen psychiatrische instellingen en andere instellingen in de AWBZ, in welke vorm dan ook, behoort tot de verantwoordelijkheid van de overheid?*

Net als de leden van deze fracties reken ik de toegankelijkheid van alle verzekerde zorg tot de verantwoordelijkheid van de overheid. Die toegankelijkheid bestaat zowel uit de beschikbaarheid van voldoende

capaciteit als uit de bereikbaarheid van die capaciteit. Dit wetsvoorstel kent, met meer nadruk dan de WZV, een rol toe aan de overheid bij het formuleren van wat wenselijk is. In de beleidsvisie moet de overheid helder aangeven welke ontwikkelingen zij wenselijk vindt, welke criteria zij in verband daarmee stelt voor het kunnen beoordelen van initiatieven van (nieuwe of bestaande) instellingen en binnen welke randvoorwaarden deze ontwikkelingen gestalte kunnen krijgen. De overheid is eindverantwoordelijkheid voor de werking van het stelsel. Die verantwoordelijkheid gaat niet zover dat de overheid zelf zorgt dat er voldoende capaciteit is of instellingen kan dwingen om initiatieven te nemen. De WTZi kent geen rol voor de overheid voor het starten van een instelling of het initiëren van bouw. Het gaat erom dat (mede met behulp van het CTG/ZAio) markten zodanig worden ontwikkeld, dat eventuele lacunes door de markt zelf worden ingevuld. De overheid moet daarvoor de condities scheppen door de belemmeringen voor nieuwe toetreders zoveel mogelijk weg te nemen en een klimaat te scheppen waarin het aantrekkelijk is om nieuwe initiatieven in de zorgverlening te ontwikkelen. Ook kan de overheid met de WTZi beter dan onder de huidige wetgeving sturend optreden waar de marktprikkels (nog) onvoldoende werken. Met het WTZi-instrumentarium is het mogelijk om bestaande instellingen te verplichten bepaalde vormen van zorg in stand te houden. Voor het voorbeeld van de acute zorg verwijs ik naar mijn antwoorden op het schriftelijk verslag van de Tweede Kamer onder nr. 58 (Kamerstukken, II 27 659, nr 17).

Het klinkt wellicht paradoxaal, maar een belangrijke voorwaarde om voldoende initiatief te kunnen stimuleren is dat de overheid op het punt van aanbodregulering de kunst van het loslaten beheerst. Het beleid in de gezondheidszorg is er immers op gericht dat het zorgaanbod zich rondom de patiënt of cliënt organiseert en niet andersom. Instellingen hebben meer ruimte nodig om te anticiperen en tijdig te reageren op ontwikkelingen in de zorgvraag. Hierdoor kunnen instellingen hun maatschappelijke verantwoordelijkheid voor het voorzien in voldoende en op de vraag afgestemd zorgaanbod beter waar maken. Daarbij is de ontwikkeling van vormen van gereguleerde competitie de stimulans voor het realiseren van meer vraaggerichte zorgverlening. Wil dat kunnen werken, dan zijn er effectieve prikkels nodig die de partijen stimuleren tot doelmatigheid. Ook moeten er voldoende checks en balances zijn ingebouwd in de verhoudingen tussen partijen om elkaar en de uitkomsten van de onderhandelingsprocessen in een redelijk evenwicht te houden. Tot slot komt het erop aan dat de overheid (het ministerie, het CVZ en het CBZ) bij het feitelijk verlenen van (wijzigingen van) toelatingen en bouwvergunningen op een slagvaardige en snelle manier reageren en waar nodig de instellingen met raad en daad terzijde staan. Een dergelijke servicegerichte benadering maakt het de instellingen gemakkelijker hun plannen snel te realiseren.

153

*De leden van de VVD-fractie vroegen of de voorschriften die op grond van de WTZi aan de toelating gesteld kunnen worden ook betrekking kunnen hebben op de exploitatie.*

De voorschriften die de overheid aan de toelating kan verbinden kunnen betrekking hebben op het naleven van de bij wet gestelde algemene voorschriften, zoals het naleven van de transparantie-eisen, de bepalingen met betrekking tot het winstoogmerk of het openbaar maken van de jaarverslagen. Daarnaast kunnen voorschriften aan individuele toelatingen worden verbonden om de beleidsdoelstellingen die zijn opgenomen in de beleidsvisie en de beleidsregels te effectueren. Een ziekenhuis dat weigert mee te werken aan het gewenste ketenoverleg over de acute zorg en een grote verpleeginstelling die geen initiatief neemt om zijn meerbedskamers af te bouwen, kunnen hierop door de overheid aangesproken worden. Zo

nodig kan de overheid een voorschrift aan de toelating verbinden en daarbij een sanctie aankondigen. Bij het niet naleven van een voorschrift kan de overheid bovendien bestuursdwang toepassen.

154

*De leden van de PvdA-fractie vroegen naar de gevolgen van het faillissement van een zorginstelling voor dunner bevolkte regio's met een beperkt aantal zorginstellingen.*

*De leden van de VVD-fractie vroegen of een toegelaten instelling failliet verklaard kan worden of gedwongen kan worden tot sanering. Verder vroegen de leden van deze fractie wat er gebeurt indien er geen andere zorgaanbieder bereid is in te springen en de nodige zorg te gaan leveren. Verder vroeg de VVD-fractie in relatie tot het wetsvoorstel «Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg» (HOZ) wat er gebeurt als een ziekenhuis te weinig contracten krijgt, steeds meer verliezen draait? Gaat een dergelijk ziekenhuis dan failliet? Of is er een taak voor het College Sanering? Welke criteria zullen dan worden gehanteerd: liquidatie of vervanging van de bestuurder en extra geld om er weer bovenop te komen?*

De overheid borgt de publieke belangen, waaronder de toegankelijkheid. De overheid moet zich er daarom van vergewissen dat ten algemene de continuïteit van zorg voldoende wordt verzekerd. De overheid is echter niet verantwoordelijk voor de continuïteit van de individuele instelling. Zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering. Zorgondernemingen kunnen net als andere ondernemingen failliet gaan. Als een instelling steeds meer verliezen draait, dan kan faillissement het gevolg zijn. Faillissementen vloeien immers voort uit een niet sluitende exploitatie en een onvoldoende financieel weerstandsvermogen.

Bij een dreigend faillissement van een zorginstelling kan deze zorginstelling met de relevante ziektekostenverzekeraars tot een oplossing komen die voldoende aanbod en de continuïteit van zorg in die regio waarborgt.

Doordat de verzekeraars contracten sluiten met de zorginstellingen en de naleving ervan controleren, hebben verzekeraars een goed beeld van de bedrijfsvoering van een gecontracteerde instelling. Een verslechterende situatie bij een instelling wordt door een oplettende verzekeraar dan ook tijdig gesignaleerd. Faillissementen vinden niet van de ene op de andere dag plaats waardoor, in het geval van een verslechterende financiële situatie, vaak tijdig (financiële) noodmaatregelen mogelijk zijn. Ook kan een andere zorginstelling de noodlijdende instelling of de zorg overnemen. In de praktijk zal dit vaak ook leiden tot een vervanging van het zittende management. Op deze manier kan vaak voorkomen worden dat de continuïteit van zorg in gevaar komt.

Een faillissement van een zorginstelling kan echter betekenen dat de continuïteit van zorg ernstig in gevaar komt, b.v. als er onvoldoende aanbieders zijn om de zorg over te nemen. Dit kan o.a. het geval zijn in dunner bevolkte regio's. De overheid kan dan besluiten dat, onder zeer stringente voorwaarden, hulp wordt verleend. In voorkomende gevallen besluit het College tarieven gezondheidszorg (CTG) / Zorgautoriteit in oprichting (ZAio) tot aanvullende financiering. Hier ligt een gezamenlijk verzoek van instelling en verzekeraar(s) aan ten grondslag. De aanvullende financiering bestaat uit een tijdelijke toeslag op het tarief dat een zorginstelling in rekening mag brengen. Aan het beschikbaar stellen van aanvullende financiering stelt het CTG/ZAio een aantal voorwaarden, die bijvoorbeeld betrekking kunnen hebben op aanpassing van de administratie en organisatie. In het geval van een zeer ernstige en/of complexe problematiek overleggen het ministerie van VWS, het CTG/ZAio en het College sanering zorginstellingen (CSZ) over de te treffen maatregelen. De

Minister kan het CSZ verzoeken uit te zoeken wat de precieze aard en omvang is van de problematiek en verzoeken een regierol te vervullen bij het vinden van een oplossing.

Bij de in dit wetsvoorstel opgenomen saneringsregeling, de planschade-regeling, gaat het niet om instellingen die failliet dreigen te gaan. Het gaat bij deze saneringsregeling om gevallen waarin de Minister of het College voor zorgverzekeringen op inhoudelijke gronden heeft besloten om de toelating van een instelling geheel of gedeeltelijk in te trekken. De overheid compenseert met een subsidie de kosten die verbonden zijn aan een dergelijke gedwongen gehele of gedeeltelijke sluiting. Het CSZ is belast met de vaststelling van de hoogte van de subsidie. Overigens blijft de instelling verantwoordelijk voor het continueren van verantwoorde zorg tijdens het saneringsproces.

155

*De leden van de fracties van D66 en OSF vroegen om nog eens concreet aan te geven hoeveel en welke elementen van de bedrijfsvoering van instellingen in het kader van deze wet relevant zijn.*

In zijn algemeenheid geldt dat de overheid niet ingrijpt in de bedrijfsvoering van zorginstellingen. Instellingen zijn zelf verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering. Om aan te geven dat de WTZi regelt dat er een toelating aan de poort van het overeenkomstenstelsel vereist is, is de term «exploitatietoestemming» reeds vervangen door «toelating». Wel vraagt de WTZi van instellingen die ten laste van de collectieve middelen zorg willen verlenen om inzicht te bieden in de keuzes die de instelling maakt; het management moet transparant zijn en de bedrijfsvoering ordelijk en controleerbaar. Hierdoor kunnen klant en verzekeraar weten met wie zij in zee gaan. In hoeverre de instelling bij zijn bedrijfsvoering nog te maken heeft met regulerende aspecten als gevolg van de WTZi, is afhankelijk van de soort zorg waar het om gaat. Een instelling die bijvoorbeeld verpleging en verzorging in de thuissituatie biedt krijgt een toelating als aan de transparantie-eisen wordt voldaan. Andere toelatingcriteria gelden er niet. Verder moet deze instelling na de toelating blijvend aan de transparantie-eisen voldoen en moet het jaarverslag openbaar gemaakt worden.

Gaat het echter om een ziekenhuis met een cruciale rol in de keten van acute zorg, dat bovendien van plan is om zijn huisvesting ingrijpend te herzien, dan geldt dat de overheid op veel meer aspecten van die bedrijfsvoering let.

156

*De leden van de fracties van de D66 en OSF stelden dat de middelen voor vermogensopbouw onttrokken worden aan de zorg. Zij vragen hoe het kabinet hiertegen aankijkt en vragen of een schatting is te maken van de omvang van de vermogensopbouw.*

Zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering. In het gesloten systeem van aanbodregulering zijn de zorginstellingen lange tijd ingesteld geweest op «risicoarm» ondernemen. In een meer open systeem zullen de bedrijfsrisico's toenemen en zullen navenant hogere eisen worden gesteld aan de financiële weerbaarheid van zorginstellingen. Zorginstellingen die financiële reserves opbouwen, geven blijk van verantwoordelijkheidsbesef. Financiële reserves zijn geen «dood geld» dat ten onrechte onttrokken wordt aan de zorg, maar vormen de financiële buffer die noodzakelijk is om de bedrijfscontinuïteit veilig te stellen. De regelgeving moet het realiseren van een gezonde vermogenspositie mogelijk maken. Een voor de hand liggend instrument hiervoor is het hanteren van meer marktconforme bekostigingssystematieken. Deze

systemen prikkelen instellingen tot een doelmatige bedrijfsvoering, waardoor vermogensopbouw en verbetering van de kwaliteit van zorg mogelijk zijn. De redenering dat vermogensopbouw ten koste van de zorg gaat, is dan ook verkeerd.

Een schatting van de bedragen die gemoeid zijn met de te hanteren financiële reserves is niet te geven. Dit is afhankelijk van de mate van deregulering, van het soort instelling en van de dan actuele vermogenspositie van de instellingen. Zelfs een schatting zou zeer gedetailleerd onderzoek vergen, dat bovendien betrekking moet hebben op een toekomstige situatie.

157

*Verder vroegen de leden van de fracties D66 en OSF welke maatregelen, bijvoorbeeld richtlijnen of financieel toezicht, het kabinet neemt om onnodige reservevorming bij zorginstellingen tegen te gaan*

Voor het kabinet is de hoeveelheid zorg en de kwaliteit van zorg die een instelling levert voor het aan hem ter beschikking gestelde budget van belang. Ik ga uit van de eigen verantwoordelijkheid en het verstandig opereren van de instellingen en laat hen de afweging maken hoe de middelen besteed worden binnen hun taken. Aangezien er door de toenemende vraagsturing en marktwerking een hogere buffer nodig is, zal de vermogenspositie verbeterd moeten worden bij het merendeel van de sectoren. Ik ga daarbij vooral uit van de inzet van de aanbieders zelf. Het is de eigen verantwoordelijkheid van zorginstellingen om die vermogenspositie te realiseren die past bij de marktomstandigheden waarin de desbetreffende zorginstelling verkeert. Ik ben niet voornemens om maatregelen te nemen om onnodige reservevorming door zorginstellingen tegen te gaan. Het begrenzen van vermogensvorming zet een premie op ondoelmatigheid en is dus ongewenst.

158

*De leden van de fracties van D66 en de OSF vroegen hoe het kabinet het voortbestaan van kleine regionale ziekenhuizen kan waarborgen.*

Ik heb niet als voornemen het voortbestaan van alle kleine regionale ziekenhuizen te waarborgen. Ik heb wel een bijzondere verantwoordelijkheid voor de bereikbaarheid van acute zorg. Als blijkt dat de bereikbaarheid van acute zorg in een bepaalde regio verslechtert, kan ik met de WTZi regelen dat de bestaande spoedeisende ziekenhuiszorg op locaties die voor de bereikbaarheid van belang zijn, beschikbaar blijft. Naast het WTZi instrumentarium heb ik hiervoor per 1 januari 2004 ook 32 miljoen euro vrijgemaakt. Ziekenhuizen die nodig zijn voor de bereikbaarheid maar te klein zijn om voldoende productie te kunnen maken om zelf de 7x24-uurs zorg te bekostigen, ontvangen sindsdien een beschikbaarheidstoeslag.

Daarnaast ontvangen alle kleine ziekenhuislocaties een groter bedrag aan investeringen voor medische en overige inventaris.

Er zijn echter ook ziekenhuizen die niet nodig zijn voor de bereikbaarheid. Ik zal bij deze ziekenhuizen niet via de WTZi ingrijpen als bijvoorbeeld de spoedeisende hulp functie verdwijnt.

Ten slotte vindt er over het voortbestaan van ziekenhuislocaties ook afstemming plaats met de direct betrokkenen (andere regionale zorgaanbieders, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraar en lagere overheden), in het zogenoemde stakeholdersoverleg. De instelling neemt hiertoe het initiatief.

159



*De leden van de SP-fractie stelden de vraag welke specialismen onder basiszorg vallen en welke onder ondersteunende specialismen? Er is onder specialisten een ontwikkeling om in steeds grotere maatschappen met taakdifferentiatie en specialisatie te gaan werken, dit lijkt parallel te lopen met de voortgaande concentratie van ziekenhuizen. Het staat echter haaks op de werkwijze in kleine ziekenhuizen, waar veelal generalistisch georiënteerde specialisten in kleine maatschappen verantwoordelijk zijn voor de basiszorg. Wiens verantwoordelijkheid is het nu dat er toch voldoende acute zorg en basiszorg dicht bij mensen beschikbaar en bereikbaar blijft? De minister stelt de kaders hiervoor vast in zijn beleidsregels. Zorgaanbieders/instellingen en verzekeraars onderhandelen over de invulling. Wie moeten burgers aanspreken als in hun ogen de invulling van het kader niet deugt? Nogmaals ook de vraag naar de zorgplicht.*

Basiszorg is de zorg die in een basisziekenhuis gegeven wordt. Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen heeft in haar vervolgvraagstuk, eerste tranche over de spreiding van ziekenhuiszorg, van 14 januari 2002 een definitie gegeven van het basisziekenhuis. Volgens het CBZ is het een ziekenhuis waarin onder meer alle poortspecialismen<sup>1</sup> en de onmisbare ondersteunende specialismen<sup>2</sup> zijn vertegenwoordigd. Ik heb een bijzondere verantwoordelijkheid voor de acute zorg. Ik vind het daarom ook mijn verantwoordelijkheid het zorgsysteem zo in te richten dat er voldoende acute zorg en daarmee dus ook de met de acute zorg samenhangende basiszorg dichtbij mensen beschikbaar en bereikbaar blijft. Als het zorgsysteem niet blijkt te werken ben ik aanspreekbaar. Als veldpartijen zich daarentegen niet aan de gestelde regels houden zijn zij aanspreekbaar. Ik richt het zorgsysteem zo in dat de veldpartijen ook echt aanspreekbaar zijn (via bijvoorbeeld een aanwijzing of bestuursdwang).

160

*De leden van de SP-fractie merkten op niets te zien in het introduceren van het winstoogmerk. Ziekenhuizen kunnen straks ook een eigen ZBC oprichten met private financiering en met winstoogmerk. Wat zijn de gevolgen voor het met collectieve middelen gefinancierde deel als het private deel failliet gaat? Volgens de minister is het goed mogelijk de beide geldstromen te scheiden en maakt hij zich geen zorgen dat collectief geld vloeit in de zakken van investeerders. Wij denken dat de werkelijkheid weerbarstiger is dan dat de minister denkt, kan hij ons gerust stellen?*

De leden van de SP-fractie koppelen de mogelijkheid van faillissement van een zorginstelling aan private financiering en winstoogmerk. Ik deel deze visie niet. Faillissementen kunnen zowel plaatsvinden bij private financiering via aandelen, als bij financiering via niet-risicodragend kapitaal zoals leningen.

Faillissementen vloeien voort uit een niet sluitende exploitatie en een onvoldoende financieel weerstandsvermogen. Ook nu kunnen zorginstellingen failliet gaan (en er gaan ook instellingen failliet). De overheid is er niet voor het borgen van de continuïteit van iedere individuele instelling. Zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering. Ter geruststelling, de overheid borgt de publieke belangen waaronder de toegankelijkheid. Indien een (dreigend) faillissement van een zorginstelling betekent dat de continuïteit van zorg ernstig wordt bedreigd, dan kan er reden zijn voor de overheid om in te springen, bijvoorbeeld door te helpen zoeken naar een overnamekandidaat.

Om uw bezorgdheid verder weg te nemen wijs ik er op dat het kabinet met dit wetsvoorstel de mogelijkheden tot het winstoogmerk stapsgewijs, dus geleidelijk en verantwoord, wil verruimen. Bovendien erkent het kabinet dat het toestaan van het winstoogmerk mogelijkwerijns risico's

<sup>1</sup> Interne geneeskunde, (cardiologie en pulmonologie), chirurgie (urologie), gynaecologie/obstetrie, kindergeneeskunde, neurologie, KNO-heelkunde, oogheelkunde, dermatologie.

<sup>2</sup> Radiodiagnostiek, anaesthesiologie, medische microbiologie, klinische pathologie, klinische chemie, klinische neurofysiologie.

versterkt die zijn verbonden aan het introduceren van meer marktprikkels. Daarom moeten concurrentie en het bijbehorende toezicht in de zorgsector een nieuwe impuls hebben gekregen via de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet en de Wet Marktordening gezondheidszorg. Verder zal ik bepalen of en onder welke condities het winstmotief bij categorieën van instellingen zal worden toegestaan. Een van de voorwaarden haakt aan bij het bestaan van meerdere geldstromen in een instelling. Er kan namelijk oneerlijke concurrentie ontstaan als de instelling kosten afwentelt van het geliberaliseerde deel van de productie op het nog gereguleerde deel. Dit noemen wij kruissubsidiëring. Om dit te onderwerpen zal het CTG/ZAio kostprijsmodellen voorschrijven opdat kan worden getoetst dat er geen sprake is van ontoelaatbare kruissubsidiëring. Op dit moment ben ik aan het bekijken of hiervoor eventueel nog andere, aanvullende eisen aan instellingen moeten worden gesteld.

161

*De leden van de SP fractie vragen zich af of, als ziekenhuizen straks via DBC's hun kapitaallasten zelf moeten terugverdienen, er een andere dynamiek en verantwoordelijkheidsverdeling zal ontstaan. Dat kan prijsopdrijvend werken maar ook kan de kwaliteit onder druk komen te staan. Komen deze aspecten aan de orde in de brief die de minister in februari aan de Kamer stuurt over de modernisering van de financiering van de kapitaallasten?*

Ja.

162

*De leden van de SP-fractie merken op dat het veld is gevraagd om een zorgbrede governancecode op te stellen met gebruikmaking van de suggesties van de commissie Meurs. Wanneer is deze code te verwachten?*

Aan de directeuren en voorzitters van Arcares, LVT, NVZ, NFU, VGN, GGZ Nederland heb ik op 24 september jongstleden een brief gestuurd met het verzoek om een zorgbrede governancecode op te stellen. Hierbij denk ik aan beperkte set van de meest essentiële normen voor goed bestuur, toezicht en verantwoording, die als richtsnoer kunnen dienen voor sectorspecifieke regels. Deze regels dienen bijvoorkeur vanuit het veld zelf ontwikkeld te worden.

Aangezien dit zeer recentelijk speelt is nog geen formeel antwoord van de verenigingen bekend. Aan de verenigingen heb ik verzocht of het mogelijk is, met de ondersteuning van prof. dr. P.L. Meurs en drs. Th. Schraven in november aanstaande een eerste proeve van een governancecode te overleggen. Ik streef naar deze datum, zodat in de ontwikkeling van de transparantie-eisen WTZi én het raamwerk voor maatschappelijke verantwoording van de sectoren deze regels kunnen worden meegenomen. Of dit streven haalbaar is, zal binnenkort blijken. In de loop van het najaar kan meer concrete informatie over de stand van zaken van de zorgbrede governancecode worden gegeven.

163

*In vervolg op hun vraag over het loslaten van het exploitatiekader vroegen de leden van de fracties van SGP en ChristenUnie hoe in dit verband wordt omgegaan met de situatie dat er sprake is van een duidelijke spanning tussen het macrobudget en de vraag naar zorg.*

Het schrappen van het exploitatiekader bij de derde nota van wijziging hangt samen met een duidelijke keuze voor een meer vraaggericht stelsel. Beheersing van kosten vindt in een vraaggericht stelsel niet via regulering bij toetreding plaats. Op het moment dat een instelling om toelating

verzoekt kan hooguit getoetst worden of voor de verwachte omzet voldoende financiële middelen beschikbaar zijn. Hoe hoog die exploitatiegevolgen van het toelaten van die instelling daadwerkelijk zijn, blijkt echter pas na de contractering en de daaropvolgende levering van de zorg. Die omzet kan bovendien jaarlijks fluctueren. Daarom heeft het geen zin om bij de verlening van de toelating te toetsen aan het exploitatiekader. In een vraaggericht stelsel bepaalt de zorgvraag welke zorg wordt afgenomen, hoeveel zorg er wordt afgenomen, en tegen welke prijs die zorg wordt afgenomen. Door concurrentie op de zorgmarkt, door prijsregulering op grond van de WTG, door goede indicatiestelling en in combinatie met de budgettering van verzekeraars worden de totale uitgaven beheerst. Het is mogelijk dat een sterke ontwikkeling van de zorgvraag in een vraaggestuurd stelsel ondanks een realistische raming van de totale zorgvraag, leidt tot een overschrijding van het budgettair kader zorg. In dat geval moet worden bezien hoe daarmee om te gaan. De instrumenten die daarbij kunnen worden gehanteerd zijn de hoogte van de eigen betalingen, de omvang en samenstelling van het verzekerde pakket, het inbouwen van doelmatigheidsprikkels en het nemen van tariefmaatregelen.

## V. Administratieve lasten

164

*De leden van de PvdA-fractie vroegen hoe de administratieve lastendruk als gevolg van de voorliggende wetsvoorstellen met in totaal 25 procent kan afnemen. De leden van de SGP-fractie constateerden mede namens de leden van de fractie van de ChristenUnie dat in het streven naar deregulering er eerst extra regels worden gecreëerd. De fractie vroeg of de garantie kan worden gegeven dat er uiteindelijk toch sprake zal zijn van deregulering.*

*De leden van de fracties van D'66 en OSF hadden de indruk dat het toezicht, toezichthouders en toezichtregels, veel overbodige last geeft. Deze leden wilden weten op welke wijze het kabinet dit beter kan stroomlijnen en een reductie van 25% lastendruk zal realiseren en hoe het stappenplan van deze hervorming er uitziet. De leden van de VVD-fractie vroegen of de minister niet van mening is dat er ook een doormeting van de al dan niet verhoging van de administratieve lastendruk binnen de gezondheidszorg bij nieuwe maatregelen nodig is. Met name nu de Commissie De Beer aangegeven heeft dat daar nog afschaffing van veel regels mogelijk is, die kostenbesparing met zich brengen.*

In het hoofdlijnenakkoord van het kabinet Balkenende II is vastgelegd dat aan het eind van deze kabinetsperiode de administratieve lasten met 25 procent gereduceerd zullen zijn.

Hiertoe heeft ieder departement een zogenaamde nulmeting uitgevoerd en op basis daarvan reductiemogelijkheden in kaart gebracht. VWS heeft dit, voor wat betreft de eerste tranche, in een plan van aanpak vastgelegd, dat op 8 april 2004 door het Kabinet is vastgesteld. Het VWS-plan is op 13 april aan de Kamer gestuurd (Tweede Kamer; vergaderjaar 2003–2004; 29 515; nr. 4). De VC VWS heeft onze eerste tranche op 17 juni 2004 besproken en geaccordeerd (Tweede Kamer; vergaderjaar 2003–2004; 29 515; nr. 24).

---

<sup>1</sup> Administratieve lasten zijn de kosten voor het bedrijfsleven 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. Het bedrijfsleven wordt hier breed geïnterpreteerd, bijvoorbeeld ook instellingen in de zorg (vrije beroepsbeoefenaren, ziekenhuizen, ziekenfondsen, enz) worden hiertoe gerekend.

De nulmeting is uitgevoerd op basis van de kabinetsdefinitie van administratieve lasten<sup>1</sup>, en brengt, in tegenstelling tot Commissie De Beer, alle wet- en regelgeving in beeld (Commissie De Beer heeft zich beperkt tot vijf wetten). Een ander verschil is dat de Commissie De Beer zich richtte op de nalevings- en uitvoeringskosten en dat de huidige nulmeting alleen over nalevingskosten gaat.

Overigens is een flink deel van de aanbevelingen van de Commissie De

Beer reeds uitgevoerd dan wel opgenomen in het plan van aanpak. Het resultaat van de nulmeting is dat VWS € 3,2 miljard lasten vanuit regelgeving aan het bedrijfsleven oplegt, waarvan ca. € 2 miljard afkomstig is vanuit Europese regelgeving (grotendeels gezondheidsbescherming) en ca. 1,2 miljard vanuit nationale regelgeving (gezondheidszorg). Dit houdt in dat er in totaal een bedrag van € 800 miljoen gereduceerd moet worden.

In het plan van aanpak zijn reductievoorstellen ter grootte van € 310 miljoen opgenomen. Op 15 november 2004 moeten alle departementen aanvullende reducties (tweede tranche) inleveren bij het ministerie van Financiën. Een eerste invulling van deze tweede tranche is reeds in een onlangs verzonden voortgangsrapportage aan de Tweede Kamer opgenomen. Met deze voorstellen haalt VWS de kabinetsdoelstelling. Overigens stelt het kabinet bij voorjaarsbrief de tweede tranche per departement vast en tevens het definitieve lastenplafond.

Naast te behalen reductie vanuit de voorstellen uit de eerste en tweede tranche zal nieuwe wet- en regelgeving niet tot een toename van de lastenbalans mogen leiden. Wanneer er om inhoudelijk moverende redenen nieuwe administratieve lasten ontstaan, is afgesproken dat conform de generieke spelregel van het kabinet, deze dan met een andere vermindering worden gecompenseerd.

165

*De leden van de CDA-fractie vroegen zich met betrekking tot de WTZi af hoe nieuwe wet- en regelgeving zich verhoudt tot de door het kabinet gestelde beleidsprioriteit van «deregulering». Tevens vroegen de leden wanneer de berekening van de administratieve lasten beschikbaar komt. De leden van de PvdA-fractie vroegen of de administratieve lastendruk, met inbegrip van de nalevingskosten, voor de verschillende partijen in het veld kan worden gespecificeerd. Verder vroegen zij zich af op welke vraag aan Actal is voorgelegd bij het verzoek om toetsing van de HOZ en de WTG Expres en of zij bij de totstandkoming van de Amvb's is betrokken en of deze ook bij Actal zijn voorgelegd ter toetsing. De leden van de fracties van D66 en OSF gaven aan niet goed in staat te zijn om te kunnen beoordelen welke toe- en afname aan regels, administratieve lasten en formatieplaatsen de stelselwijziging met zich meebrengt en vraagt of het Kabinet hierover een helder overzicht kan presenteren. De leden van VVD-fractie begrepen dat de Actal alleen beoordeelt of de administratieve lasten voor het bedrijfsleven toenemen, maar geeft aan de invoering van de DBC's echter wel aanzienlijke administratieve lasten met zich meebrengen voor de ziekenhuizen en ziekenfondsen. Door de beperkte taak van het Actal zal de administratieve lastentoename voor de actoren in de gezondheidszorg vrijwel nooit in kaart komen. Deze leden vroegen of de minister niet van mening is dat er ook een doormeting van de al dan niet verhoging van de administratieve lastendruk binnen de gezondheidszorg bij nieuwe maatregelen nodig is?*

Actal krijgt alle wet- en regelgeving aangeboden voor een advies. Actal toetst – conform de kabinetsdefinitie – of de administratieve lasten op een juiste wijze gekwantificeerd zijn en of alternatieven in beeld zijn gebracht. Op dit moment heeft Actal slechts het mandaat om over de administratieve lasten die aan het bedrijfsleven opgelegd worden te adviseren. Een uitbreiding van dit mandaat – ten behoeve van de administratieve lasten voor burgers – is in de afrondende fase.

De toetsing van Actal ten behoeve van de WTG Expres en de HOZ is uitgevoerd op basis van volledige informatie. Gelet op aard van de WTG Expres – nadere uitwerking in verdere door Actal te toetsen wet en

regelgeving – was het advies van algemene aard. De daadwerkelijke kwantificering van de handelingen bij de diverse actoren, kan pas bij lagere regelgeving geschieden. Deze kwantificering zal waar mogelijk voor het einde van dit jaar gereed zijn dan wel zullen de algemene maatregelen van bestuur voorzien zijn van een adequate kwantificering, waarover overeenstemming is bereikt met Actal.

Een tweede reden waarom geen volledige kwantificering mogelijk was, is dat pas begin dit jaar de nulmeting beschikbaar was. De nulmeting is – ook voor Actal – een gezamenlijk uitgangspunt voor de kwantificering en het meerjarig referentiekader op basis waarvan de ontwikkeling van de lastenbalans in de gaten gehouden wordt.

Een ontwerp-restitutie amvb is recent afzonderlijk voorgelegd aan Actal. Die amvb is een gevolg van een amendement van de Tweede Kamer en was niet bij het ontwikkelen van het wetsvoorstel te voorzien. De amvb tot opheffen van de contracteerplicht voor DBC's is een uitvloeisel van een ander traject (invoering van de DBC's), waarvoor de HOZ een voorwaarde is.

166

*De leden van de CDA-fractie vroegen zich af of de WTG Express niet leidt tot meer in plaats van minder regels. Kan de minister nog eens expliciet uitleggen hoe vanuit meer regels zal worden toegewerkt naar minder regels? De leden van de PvdA-fractie vroegen zich af wat de gevolgen zijn van het naast elkaar bestaan van het FB-stelsel en het DBC-stelsel voor de administratieve lasten bij aanbieders en verzekeraars. De leden van de PvdA-fractie vroegen zich bij de wet HOZ af of aangegeven kan worden hoe groot de financiële en administratieve gevolgen van de inwerking-treding van artikel IX en de overgangsregelingen zullen zijn voor zorgaanbieders, ziekenfondsen en uitvoeringsorganen.*

*Kan ook aangegeven worden wat de financiële en administratieve gevolgen zullen zijn voor zorgaanbieders, verzekeraars, toezichthouders en voor het ministerie, van het bijhouden van een dubbele administratie gedurende de invoering van deze wet, ook in combinatie met de invoering van de DBC's? De leden van de fracties van de SGP en de ChristenUnie vroegen zich af in hoeverre en in welke mate de aanpak om een afzonderlijk instituut voor de DBC-informatie op te zetten leidt tot vermindering van administratieve lasten, zowel aan de zijde van de overheid als aan de zijde van het veld.*

In een aantal gevallen is het onvermijdelijk een overgangsperiode aan te houden. Dit omdat de complexiteit of de kwetsbaarheid van de vernieuwing te groot is om de oude systematiek direct af op te geven. Bij de invoering van de DBC's is er tijdelijk sprake van een dubbele boekhouding (oud en nieuw), gedurende deze periode zal de last oplopen. Na invoering is de DBC registratie het hart van alle registraties in een ziekenhuis. Dit voorkomt dat dezelfde zaken meerdere malen vastgelegd moeten worden, zoals dat nu nog bij de «traditionele» systematiek het geval is. Na invoering zullen de administratieve lasten daarom ook afnemen. Voor het einde van het jaar wordt een eerste indicatie van de lasten gegeven. Ook de Ontwikkeling op lange(re) termijn zal nauwlettend worden gevolgd, zodat de gevolgen voor de administratieve lasten steeds goed in beeld zijn. De gevolgen van de DBC's op de administratieve lasten zullen dus bij het DBC-traject in beeld worden gebracht.

167

*De leden van de PvdA-fractie vroegen of aangegeven kan worden hoeveel tijd zorgaanbieders en ziekenfondsen en uitvoeringsorganen nodig zullen hebben voor het sluiten van nieuwe overeenkomsten?*

In de nulmeting is berekend – volgens het standaardkostenmodel – hoeveel de duur en kosten van het afsluiten van overeenkomsten met zich meebrengt. Het afsluiten van nieuwe overeenkomsten wijkt hier niet van af.

168

*De leden van de fractie van de SP constateerden volgens de minister het afschaffen van de contracteerplicht leidt tot een vermindering van de regeldruk in de zorgsector. Wat bedoelt de minister hiermee?*

*Bij individueel onderhandelen neemt naar de mening van de SP-fractie het aantal contacten tussen zorgaanbieder en verzekeraar drastisch toe. Huisartsen hebben al een ruime ervaring met dit fenomeen, maar ook de instellingen die met ingang van 1 januari 2005 met DBC's moeten werken zien de vergroting van de bureaucratie met huiver op zich afkomen. Formulieren, registreren, onderhandelen, overleggen, vergaderen en dat alles bij niet op orde zijnde ICT. Door de overheid opgelegde bureaucratie maakt plaats voor bureaucratie opgelegd door de markt. Klopt het dat Actal deze toename van bureaucratie niet meeneemt in zijn toetsing van de administratieve lastendruk? Is de minister het met ons eens dat daardoor een eenzijdig beeld wordt neergezet van de zogenaamde afname?*

Het afschaffen van de contracteerplicht leidt tot een vermindering van de administratieve lasten, omdat het afsluiten niet meer wettelijk voorgeschreven wordt. Dit is gebaseerd op de kabinetsdefinitie en als zodanig correct. Actal neemt de toename van de bureaucratie, wederom conform de kabinetsdefinitie, wel degelijk mee in zijn berekening. Deze berekening zal, deels indicatief, voor het einde van het jaar gereed zijn. In een later stadium in het DBC traject zal nadere kwantificering plaatsvinden.

### **Overzicht van wijzigingen regelgeving en effecten administratieve lasten**

#### *Inleiding*

De leden van de Eerste Kamer vroegen in relatie tot de behandeling van de Wet HOZ, WTG ExPres en WTZi bij brief van 5 oktober 2004 een overzicht van de veranderende regelgeving en de daarmee veranderende administratieve lasten. In onderstaande tabellen zijn de administratieve lasten per wetsvoorstel gezien.

#### *HOZ*

Wat betreft de HOZ blijkt uit de tabel dat op vier punten de wijziging van administratieve lasten neutraal uitpakt. Een toename van administratieve lasten is te constateren op twee punten. Een van die punten is de invoering van restitutie naar aanleiding van het amendement Schippers/Lambrechts. Op één punt is een afname te constateren. Afname van administratieve lasten is in het bijzonder te vinden in een reductie van de transactiekosten, zowel voor verzekeraars als aanbieders, nu ingevolge het wetsvoorstel overeenkomsten van langere duur kunnen worden gesloten.

#### *WTG ExPres*

De informatie in het overzicht is gebaseerd op de uitgebreide tabel in hoofdstuk 16 van de memorie van toelichting van de WTG ExPres, waarin uitvoerig aandacht is besteed aan de administratieve en bestuurlijke lasten van het wijzigingsvoorstel. Geconcludeerd is dat het raamwet-

karakter van de WTG het niet mogelijk maakt daar direct op geld waardeerbare administratieve lasten aan te koppelen. Veel hangt af of van de in de wet geboden mogelijkheden gebruik wordt gemaakt of niet. Het gebruik is op voorhand niet kwantificeerbaar. Dat geldt daarmee ook van de administratieve lasten. Als gevolg van WTG ExPres vervallen het Besluit werkingsfeer maximumtarieven WTG en het Besluit gegevensverstrekking WTG.

#### WTZi

De WTZi kent op een aantal punten een toename van administratieve lasten. In het algemeen is de toename echter gering. Het gaat hier in het bijzonder om vormvereisten aan en openbaarmaking van het jaarverslag. De afname van administratieve lasten is significant. Zo kent de bouwprocedure op grond van de WZV drie beslismomenten. De WTZi kent voor de bouwprocedure slechts één beslismoment. Verder betekent de amvb op grond van artikel 5, derde lid, een beperking van het bouwregime, waardoor veel minder bouwplannen vergunningplichtig zijn. Bovendien worden er minder gegevens in de toelating opgenomen dan voorheen, waardoor het aantal wijzigingsprocedures beperkter is.

#### HOZ

ARTIKEL HOZ	WAARUIT BESTAAT DE HERZIENING?	HUIDIGE ZFW/AWBZ	GEVOLGEN VAN DE WIJZIGING VOOR ADMINISTRatieve LASTEN VOOR ZORGINSTELLINGEN EN VERZEKERAARS
Artikel I, onderdeel Q, artikelen 44 t/m 46; Artikel II, onderdeel M, artikelen 42 t/m 44	Zorginkoop niet langer gebaseerd op landelijke overeenkomsten Modelovereenkomsten /uvo's worden afgeschaft. Evt. op vrijwillige basis modellen (standaarden).	Landelijke overeenkomsten (UVO's) verplicht;	De gevolgen voor de administratieve lasten zowel voor verzekeraars en instellingen/personen zijn neutraal. De landelijk verplichte «modelovereenkomsten» kunnen worden vervangen door op vrijwillige basis te ontwikkelen modellen.
Artikel I, onderdeel Q, artikel 44 en 45; Artikel II, onderdeel M, artikel 42 en 43	Meer maatwerk individuele contracten De inhoud van de contracten wordt meer aan partijen overgelaten; meer eigen invulling + wettelijk minimum.	De individuele contracten zijn afgeleid van de uvo's casu quo. wettelijke modelovereenkomsten.	De gevolgen voor de administratieve lasten zijn voor zowel verzekeraars als aanbieders neutraal. Individuele contracten kunnen worden gebaseerd op vrijwillig te ontwikkelen modellen, althans voorzover niet in strijd met de MW.
Artikel I, onderdeel Q, artikel 45 lid 2; Artikel II, onderdeel M, artikelen 42 lid 2	Wijziging looptijd contracten tot max. 5 jaar.	Duur uvo/modelovereenkomst; 1 à 2 jaar, of 1 jaar met stilzwijgende jaarlijkse verlenging.	Afname administratieve lasten in de zin van transactiekosten, zowel voor verzekeraars als aanbieders. Er kunnen overeenkomsten van langere duur worden gesloten.
Artikel I, onderdeel L, artikel 11	Invoering restitutiemogelijkheid in de Ziekenfondswet Naast zorg in natura wordt restitutie voor aantal zorgvormen ingevoerd; restitutieartikel 11 is gevolg van amendement TK; hoogte vergoeding bij amvb te regelen.	Restitutiesysteem slechts in noodsituatie mogelijk met expliciet restitutiebesluit minister.	Leidt tot toename van administratieve lasten voor verzekeraars. De invoering van restitutie in de Ziekenfondswet, mét handhaving zorgplicht van de ziekenfondsen om zorg in natura te contracteren, leidt tot extra lasten. (vanwege declaratieverkeer).
Artikel I, onderdeel Q, artikel 47 lid 2 en artikel 48 lid 2	Ontheffing van de (omgekeerde) contracteerplicht) bij amvb. Is voorwaarde voor vrije onderhandelingen over zgn. B-segment dbc's.	Toegelaten instellingen moeten voor het geheel worden gecontracteerd.	Toename van administratieve lasten voor zowel verzekeraars als aanbieders vanwege individuele onderhandelingen over (deel van) ziekenhuishulp nl. segment B-dbc's.

ARTIKEL HOZ	WAARUIT BESTAAT DE HERZIENING?	HUIDIGE ZFW/AWBZ	GEVOLGEN VAN DE WIJZIGING VOOR ADMINISTRATIEVE LASTEN VOOR ZORGINSTELLINGEN EN VERZEKERAARS
Artikel I, onderdeel K, artikel 9 lid 4; Artikel II, onderdeel F, artikel 10 lid 3	Regeling hulp in buitenland zonder toestemming extramurale hulp in EU/EER mogelijk.	Alleen met toestemming mogelijk.	De gevolgen voor de administratieve lasten zijn neutraal (geen procedure/wel declaraties).
Artikel I, onderdeel A, artikel 1f sub 2; Artikel II, onderdeel A, artikel 1 lid 1 onder d	Contracteren met buitenlandse instellingen in EU/Verdragslanden mogelijk.	Formeel niet mogelijk.	Gevolgen voor de administratieve lasten in de zin van transactiekosten neutraal.

### WTG ExPres

Artikel WTG	WTG ExPres Inhoud wijziging van de WTG	Wijziging ten opzichte van «oude» WTG-regel	Gevolgen voor administratieve en uitvoeringslasten Experimenten
<b>A. Experimenten</b>			
Artikel 15	Invoering mogelijkheid voor experimenten over o.a. inhoud prestatie, tarifiering (tariefsoort), bekostiging en Declaratieverkeer.	Bij oude WTG regel zijn alleen uniform landelijke experimenten mogelijk. Na WTG ExPres zijn ook experimenten mogelijk die zijn afgebakend naar individuele zorgaanbieder, individuele ziektekostenverzekeraar, prestatie, tarief, territoire.	Toepassing op maat. Geen last voor niet-deelnemers.
<b>B. Prestatiebekostiging</b>			
Artikel 10a	Landelijke vaste prestaties ook zonder tariefvaststelling.	Bij oude WTG regel is vaststelling van een prestatiebeschrijving alleen mogelijk bij tariefbemoeyenis van het CTG. Na de WTG ExPres is ook vaststelling van een prestatiebeschrijving mogelijk bij vrije tarieven voor zekerheid patiënten, aanbieders en verzekeraars.	Differentiatie levert maatwerk. Minder grond voor procedures. Neutraal.
Artikel 1, vijfde lid	Vaststelling en afzonderlijke tarifiering specifieke kostencomponenten door wijziging tariefdefinitie.	Door wijziging van tarief definitie in prijs voor prestatie, deel van prestatie en geheel van prestatie is het mogelijk om verschillende kostencomponenten van prestatie (als infrastructuur en personeel) afzonderlijk en op gepaste wijze te tarifieren binnen een tarief.	Differentiatie levert maatwerk. Minder grond voor procedures. Neutraal.
Artikel 1, vijfde lid in combinatie met 11, vierde lid	Mogelijkheid om tegelijk budgetgarantie af te geven met vrije tarieven als inkomstenbron.	Toename van vrijheid bij eigen tariefbepaling leidt tot minder tariefaanvragen terwijl de zekerheid er voor aanbieder is dat zijn kosten door een budgetgarantie zijn gedekt.	Afname.
Artikel 11, vierde lid	Allerlei tariefsoorten mogelijk door snelle, simpele en ruimere keuze tariefsoort met beleidsregels College.	Toename van vrijheden bij eigen tariefbepaling leidt tot minder tariefaanvragen.	Afname.
Artikel 11, vierde lid	Mogelijkheid om voor prestaties te bepalen dat tarieven vrij zijn.	Bij oude WTG regel is dat alleen mogelijk via amvb en daardoor leidend tot inflexibiliteit en knellende tarieven.	Afname.
Artikel 30a	CTG kan onderlinge verstrekking gegevens tussen aanbieders en verzekeraars regelen.	Nieuw. Dit levert afdwingbare wederzijdse verplichting op om elkaar te voorzien van informatie die nodig is voor onderlinge afspraken tussen aanbieders en verzekeraars.	Formeel toename. materieel afname.
<b>C. Terugdringing administratieve lasten</b>			
Artikel 11, vierde lid	Vereenvoudiging tariefkeuze. zie bij prestatiebekostiging,	Mogelijkheid tariefsoort op maat voor iedere prestatie en zorgaanbieder.	Neutraal.



Artikel WTG	WTG ExPres Inhoud wijziging van de WTG	Wijziging ten opzichte van «oude» WTG-regel	Gevolgen voor administratieve en uitvoeringslasten Experimenten
Artikel 11, vierde lid	Snelle correctie bij ontsporing van tarief door vaststelling tariefvrijheid in beleidsregel	Snelheid geeft minder onzekerheid. Beleidsregel bij tarief ontsporing in plaats van tijdrovende amvb.	Neutraal.
Artikel 8, vierde lid	Ambtshalve herstel door CTG van vormfouten bij aanvragen indien alle relevante gegevens compleet zijn.	Vorkomt herhaald indienen door aanbieder en/of verzekeraar totdat vormfout is hersteld. Inhoudelijke beoordeling door College kan bij geringe vormfout doorgaan.	Afname.
Artikel 9	Schrappen overbodige aanvraag en horen vooraf bij tariefbesluiten CTG.	Nieuw. Geen onnodige aanvragen en vooraf horen bij trendmatige aanpassingen. CTG besluit direct over tarief. bezwaar en beroep blijven bestaan.	Afname.
Artikel 30, eerste lid	Efficiënte informatie verzameling door informatieplicht voor derden.	Bij oude WTG regel is er alleen een informatieplicht voor aanbieders en verzekeraars. Zij moeten alle gegevens leveren of een derde machtigen. Met WTG ExPres wordt de informatieplicht uitgebreid naar derden. Gebruik van andere verzamelingen en bewerkingen is daardoor mogelijk en bespaart (herhaalde en overbodige) verzameling en bewerking van gegevens.	Toename bij derden. Afname individuele aanbieders en verzekeraars.
Artikel 30a, eerste lid	CTG kan verstrekking, bewerking en publicatie regelen van gegevens.	Nieuw. Efficiënte onderlinge uitwisseling en hergebruik gegevens. Reduceert enquêtelast door vragen van CBS, CTG en Prismant.	Reductie enquêtelast bij aanbieders en verzekeraars.
Artikel 35	Eén administratieve rechter (procesefficiëntie).	Bij oude WTG regel en Algemene wet bestuursrecht zijn verschillende bestuursrechters bevoegd voor onderscheiden bestuursbeslissingen. na WTG ExPres is er één gespecialiseerde bestuursrechter.	Tijdwinst. Geen zoek en lange procedures voor aanbieders en verzekeraars.
Artikel 29d, eerste lid	Voorlichtingtaak over prestaties en tarieven door CTG.	Nieuw. Voorlichting publiek door CTG reduceert voorlichting door aanbieders en verzekeraars.	Afname.
Artikel 6, eerste lid, en 11, vijfde lid	Transparant declaratieverkeer door afspraak en door opleggen centraal declaratiepunt.	Nieuw. Onderdeel van afspraak aanbieder en verzekeraar is de wijze van declareren. Verder bestaat de mogelijkheid van aanwijzen van verplicht centraal declaratiepunt.	Afname.
Artikel 11, tweede lid	Elektronisch aanvragen van tariefbeschikking.	Nieuw. Snelle aanvraag, snellere toetsing door CTG, geen postkosten voor zorgaanbieders en verzekeraars.	Afname.
Artikel 30a, derde lid	Nacalculatie integreren in jaarrekening.	Nieuw. Integratie van het opstellen van de jaarrekening en de nacalculatie bij fb-systematiek. Versnelt afwikkeling nacalculatie met eenduidigheid van informatie.	Afname.
Artikel 29c	Eenduidiger toezichtinformatie.	Nieuw. Hergebruik gegevens voor toezicht verschillende toezichthouders. Reductie door wettelijke bevoegdheid informatie-levering aan NMa, College, IGZ.	Afname toezichtlast.

Artikel WTG	WTG ExPres Inhoud wijziging van de WTG	Wijziging ten opzichte van «oude» WTG-regel	Gevolgen voor administratieve en uitvoeringslasten Experimenten
<b>D. Fraudebestrijding</b>			
Artikel 2a, eerste lid	Algemeen administratievoorschrift	Nieuw. Betreft verplichte vastlegging van inkomsten en uitgaven voor bedrijfsvoering. sluit aan bij dagelijkse gang van zaken bij aanbieders en verzekeraars.	Formeel toename, materieel neutraal.
Artikel 2a, tweede lid	Opheffen administratieve obstructie van de wet.	Nieuw. De «computer» mag het declareren van vrije(re) tarieven of tarieven onder het maximumtarief niet in de weg staan. Dat belemmert de werking van de wet.	Neutraal.
Artikel 2a, derde lid	Administratieregels op maat.	Nieuw. CTG kan waar nodig administratieregels voorschrijven ten behoeve van concurrentie in de regio, adequate bedrijfsvoering, voorkomen van fraude en de inzichtelijkheid en toegankelijkheid van de administratie. Deze «op maat» regeling houdt rekening met proportionaliteit en subsidiariteit van de maatregel.	Beheerst (op maat) en alleen voor betrokkenen.
Artikel 2b, eerste lid	Tijdige patiënt informatie te verstrekken door zorgaanbieders.	Nieuw. zorgaanbieder informeert tijdig en naar waarheid de patiënt over prestatie en tarief.	Toename zorgaanbieder.
Artikel 2b, tweede lid	Duidelijke declaraties door zorgaanbieders.	Nieuw. Zorgaanbieder declareert zorgvuldig en toegankelijk.	Toename interne controle.
Artikel 2b, derde lid	Informatieregels op maat over het bekendmaken van tarieven en prestaties en de inhoud van de declaratie.	Nieuw. Het CTG kan nadere regels stellen over hoe een zorgaanbieder bekend maakt welke tarieven voor welke prestatie worden gehanteerd en over hoe de declaratie er uit moet zien en wat moet worden vermeld.	Beheerste (op maat) toename maar alleen voor betrokkenen.
Artikel 11, vijfde lid, en 6, eerste lid	Transparant declaratieverkeer.	Nieuw. Centrale afhandeling declaraties voorkomt fouten.	Afname.
Artikel 2	Strafbaarheid verzekeraars bij vergoeden foute declaraties.	Betere «eigen controle» bedrijfsleven vermindert toezichtlasten. Nieuw. Stimuleert tot betere controle declaraties en terugvordering te veel betaalde. Verbetert kwantiteit en kwaliteit aangifte.	Toename.
Artikel 29c	Eenduidige toezichtinformatie CTG, IGZ, Nma.	Zie bij terugdringing administratieve lasten.	Afname.
Artikel 29d, eerste lid, onder a	Voorlichting door College.	Zie bij terugdringing administratieve lasten.	Afname.
Artikel 29d, eerste lid, onder b	Informatie op internet.	Nieuw. Voorlichting publiek door CTG via internet reduceert voorlichting door aanbieders en verzekeraars en stimuleert controle van declaraties.	Afname.
Artikel 29d, eerste lid, onder c	Meldpunt onregelmatige declaraties.	Nieuw. Nieuwe taak CTG tot beheer van een meldpunt voor onregelmatigheden in het kader van de uitvoering van de WTG. Één meldpunt verlaagt aangifte drempel en bespaart zoektijd.	Afname.
Artikel 30	Efficiënte informatie verzameling.	Zie bij terugdringing administratieve lasten.	
Artikel 32 oud.	Opheffen toezichtbeperkingen bij ambulancevervoer en geneesmiddelen.	Nieuw. verbetert toezicht door opheffen belemmering onderzoek bij voertuigen en het nemen van monsters.	Neutraal.

Artikel WTG	WTG ExPres Inhoud wijziging van de WTG	Wijziging ten opzichte van «oude» WTG-regel	Gevolgen voor administratieve en uitvoeringslasten Experimenten
Artikel 32	Bestuursdwang door CTG van administratieve – en informatie-plichten.	Nieuw. Geeft zorgaanbieders en verzekeraars de gelegenheid fouten te herstellen en te voldoen aan wettelijke verplichtingen. Zo nodig kan nakoming worden afgedwongen op kosten van de nalatige. Dat is in beginsel beter dan strafrechtelijk te handhaven. Die stok blijft wel achter de deur staan.	Neutraal.

## WTzi

ARTIKEL WTZI	HERKOMST VAN DE BEPALINGEN	WIJZIGING TEN OPZICHTE VAN WZV BEPALINGEN	GEVOLGEN VAN DE WIJZIGINGEN VOOR ADMINISTRatieve LASTEN VOOR ZORGINSTELLINGEN EN VERZEKERAARS
Artikel 1 Definitiebepaling. Artikel 2 Experimenteerartikel.	Niet van toepassing. Amendement Weekers (Kamerstukken II, 27 659, nr. 45).		Geen. Gevolgen voor de administratieve lasten hangen af van de aard van het experiment. Indien de instelling meedoet aan een experiment vloeien daar verplichtingen over de verantwoording uit voort.
Artikel 3 Beleidsvisie. Artikel 4 Beleidsregels.	Nieuw.	Ten opzichte van de toelating is dit toetsingskader nieuw. Wel bestaan onder de WZV al beleidsregels waar de aanvragen om verklaring/vergunning aan worden getoetst (art. 3). Samenvoeging van de toelatingsvereisten uit de Zfw (art.8a) en AWBZ (art.8) en het verklaringsvereiste (art.7) uit de WZV.	Geen. Geen.
Artikel 5 Toelatingsvereiste.			Afname van administratieve lasten; procedures zijn samengevoegd, reikwijdte ten opzichte van Zfw en AWBZ is gelijk gebleven, reikwijdte ten opzichte van WZV is beperkter. Verder worden er minder gegevens in de toelating opgenomen dan voorheen, waardoor aantal wijzigingsprocedures beperkter is.
Artikel 7 Toelating met bouw Bouwprioritering en -advisering.		Conform huidige situatie, op grond van art 7 – 13 WZV.	De procedure voor bouwprioritering is conform de huidige praktijk, met dien verstande dat de provincie geen advies meer geeft (positief effect op administratieve lasten). De adviesrol van verzekeraars blijft gehandhaafd; door de versterking van de vraagsturing zal deze toets inhoudelijk aan betekenis toenemen.
Toets aan transparantie-eis bij toelating met bouw.		Nieuw.	Beoordeling vindt plaats aan de hand van de statuten, verantwoording na toelating vindt plaats via jaarverslag. Instellingen die aan de normen voldoen ondervinden geen administratieve lasten. Instellingen die nog niet aan de normen voldoen moeten eenmalig de gang naar de notaris maken.
Artikel 8 Uitstelpassage. Artikel 9 Toelating zonder bouw.	Artikel 8a Zfw en 8 AWBZ.	Artikel 10 lid 5 WZV. Geen.	Geen. De toelatingsprocedure verschilt niet van de huidige praktijk op grond van de Zfw en AWBZ.

ARTIKEL WTZI	HERKOMST VAN DE BEPALINGEN	WIJZIGING TEN OPZICHTE VAN WZV BEPALINGEN	GEVOLGEN VAN DE WIJZIGINGEN VOOR ADMINISTRATIEVE LASTEN VOOR ZORGINSTELLINGEN EN VERZEKERAARS
Toets aan transparantie-eis bij toelating zonder bouw.	Nieuw.		Beoordeling vindt plaats aan de hand van de statuten, verantwoording na toelating vindt plaats via jaarverslag. Instellingen die aan de normen voldoen ondervinden geen administratieve lasten. Instellingen die nog niet aan de normen voldoen moeten eenmalig de gang naar de notaris maken.
Artikel 10 Het CBZ stelt prestatie-eisen op.		Artikel 15a WZV (bouwmaatstaven).	Geen. De bouwmaatstaven uit de WZV heten onder de WTZI prestatie-eisen. Deze nieuwe benaming brengt beter tot uitdrukking dat deze criteria voortaan prestatie-gericht worden omschreven.
Artikel 11 Bouwvergunning.		Artikel 7, 15.WZV	Afname van administratieve lasten. De bouwprocedure geregeld op grond van de WZV kent verschillende fasen (schetsontwerp, bestek, definitief ontwerp). De WTZI kent één beslismoment waarop de bouwvergunning wordt afgegeven. (Bovendien zal de AMVB op grond van artikel 5, derde lid, een beperking van het bouwregime inhouden, waardoor veel minder bouwplannen vergunningplichtig zijn.)
Artikel 12 Eindverantwoording.	Artikel 15 lid 4 WZV. Gewijzigd door het amendement van mw. Vietsch (Kamerstukken II, 27 659, nr. 24)		Afname van administratieve lasten. De minister kan bij de toelating bepalen dat geen eindverantwoording plaatsvindt.
Artikel 13 Voorschriften aan de toelating. Artikel 14 Beperkingen stellen aan toelating en toelating intrekken. Artikel 15 Regels voor jaarverslaglegging en openbaarmaking van jaarverslagen.	Nieuw. Nieuw. Artikel 8g Ziekenfondswet en 8f AWBZ.	Artikel 23 WZV.	Geen. Geen. Formeel een toename van administratieve lasten. Het gaat hier om vormvereisten aan en openbaarmaking van het jaarverslag. De lasten die hieruit voortvloeien zijn gering. WZV en WTZI regelen niet de plicht tot het vaststellen van een jaarverslag, dat ligt vast in het burgerlijk wetboek. Formeel gold artikel 23 WZV alleen voor WZV-instellingen. Met de WTZI wordt de reikwijdte uitgebreid naar alle instellingen die een toelating nodig hebben. Feitelijk hadden deze instellingen zich op vrijwillige basis al aan de Regeling jaarverslaglegging zorginstellingen gecommitteerd. De administratieve lasten voor het opstellen van jaarverslagen zelf worden toegerekend aan het Burgerlijk Wetboek.
Artikel 16 Gegevens verstrekken.		Artikel 22 WZV.	Geen. Met de WTZI wordt het besluit gegevensverstrekking WZV onder de WTZI gehandhaafd.
Artikelen 17 en 18 Sanering. Artikelen 19 tot en met 31		Artikelen 18 en 18a WZV.	Geen.

ARTIKEL WTZI	HERKOMST VAN DE BEPALINGEN	WIJZIGING TEN OPZICHTE VAN WZV BEPALINGEN	GEVOLGEN VAN DE WIJZIGINGEN VOOR ADMINISTRatieve LASTEN VOOR ZORGINSTELLINGEN EN VERZEKERAARS
Taken en werkwijze College bouw zorginstellingen.		Artikelen 2 t/m 2l , 2n, 2o WZV.	Geen.
Artikelen 32 tot en met 34 Taken en werkwijze College sanering zorginstellingen.		Artikelen 2m, 2n, 2o.. WZV.	Geen.
Artikelen 35 en 36 Toezicht.		Artikel 20 WZV.	Geen.
Artikel 37 Sancties.	Nieuw.		Geen.
Artikel 38 Rechtsbescherming.	Artikel 74–79 Zfw, artikel 58–65 AWBZ.	Artikel 19 WZV.	Geen.
Artikelen 39 tot en met 68 Overgangs- en slotbepalingen.	Niet van toepassing.		Geen. Bestaande toelatingen, verklaringen en vergunningen worden van rechtswege omgezet in toelatingen en vergunningen op grond van de WTzi. Instellingen hoeven daarvoor niets te doen.