

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 379¹

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)

B

VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT²

Vastgesteld 19 oktober 2004

Het voorbereidend onderzoek van deze wetsvoorstellen heeft de commissie aanleiding gegeven tot het maken van de volgen de opmerkingen en het stellen van de volgende vragen.

I. INLEIDING

1. PvdA-fractie

De leden van de fractie van de PvdA hadden met belangstelling kennisgenomen van de Wet Wijziging van de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten, in verband met herziening van het overeenkomstenstelsel in de ziektekostenverzekering alsmede enkele andere wijzigingen (Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg), de Wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatiebekostiging en enige andere maatregelen (WTG ExPres) en de Vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoeyenis met het aanbod van zorginstellingen (Wet toelating zorginstellingen). Gelet op het feit dat er drie afzonderlijke wetsvoorstellen zijn ingediend die met elkaar samenhangen, zouden deze leden graag 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. Daarnaast waren deze leden

¹ Zie 27 659-B.

² Samenstelling:

Leden: Werner (CDA), Van Leeuwen (CDA), (voorzitter), Van den Berg (SGP), Dupuis (VVD), Swenker (VVD), (plv.voorzitter), Hamel (PvdA), Nap-Borger (CDA), Slagter-Roukema (SP), vac. (GL), Schouw (D66), Puffers (PvdA).

benieuwd naar de samenhang tussen de onderhavige voorstellen en het voorstel van de Europese Commissie om de gezondheidszorg als gewone dienstverlening te beschouwen. Op welke termijn verwacht de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dat dit voorstel wordt behandeld en op welke termijn wordt de mogelijke implementatie van deze richtlijn in Nederland verwacht?

Hoe wil de minister de kwaliteit van de in Nederland verstrekte zorg bewaken? Welke indicatoren worden hiervoor gebruikt, zo vervolgden deze leden. Welke gegevens (en op welke gronden) worden daarvoor verzameld?

Marktwerving

Een volgende vraag van de leden van de PvdA-fractie was welke geslaagde vormen van marktwerving in de gezondheidszorg van andere landen als voorbeeld hebben gediend bij het opstellen van deze wetsvoorstellen. Zonder acceptatieplicht leidt marktwerving 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?

Is er onderzoek gedaan naar de mogelijkheden tot en de gevolgen van het sturen van patiëntenstromen door verzekeraars? Hoe denken verzekeraars over de mogelijkheden om patiëntenstromen te sturen? Wat zijn de reële mogelijkheden voor een verzekeraar om bijvoorbeeld de mogelijkheid tot opname in een ambulante GGZ-instelling of een fysiotherapeut om de hoek uit te sluiten? Een groot deel van de zorgkosten die door een verzekerde in zijn leven worden gemaakt, vallen in de laatste twee levensjaren. De leden van de PvdA-fractie vroegen zich af of van patiënten die zich in deze fase bevinden, gelet op hun mobiliteit, verwacht kan worden dat zij zich bij de keuze voor een zorgaanbieder laten leiden door de contracten die de verzekeraar heeft gesloten.

In de memorie van toelichting van de Wet HOZ wordt gesteld dat de verzekeraar gehouden is voldoende zorg te contracteren. De leden van de PvdA-fractie vroegen welke dwangmiddelen de minister kan hanteren bij onvoldoende inkoop. Ook vroegen deze leden zich af op welke manier de patiënt ondanks het (gedeeltelijke) falen van zijn verzekeraar de medisch noodzakelijke zorg krijgt. Welke bezwaren worden voldoende ernstig geacht om door een uitvoeringsorgaan als argument gebruikt te kunnen worden om geen overeenkomst te sluiten met een zorginstelling? Wie controleert de ernst van deze bezwaren en welke gegevens verzamelt die toezichthouder? Kan nauwkeuriger worden omschreven welke vormen van zorg of categorieën van instellingen de minister denkt bij of krachtens algemene maatregel van bestuur aan te wijzen, waarvoor een uitvoeringsorgaan geen overeenkomsten hoeft af te sluiten met alle zorgaanbieders in zijn werkgebied?

In de memorie van toelichting van de Wet HOZ wordt gesteld dat voldoende spreiding van de voorzieningen gegarandeerd wordt, zo vervolgden deze leden. 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? Indien bestaande instellingen daardoor hun capaciteit niet volledig kunnen benutten, wat zijn daarvan dan de gevolgen voor de kosten van de gezondheidszorg? Zullen de ziekenhuizen in dunbevolkte

gebieden die voor de spreiding garant staan en in grote mate afhankelijk zullen worden van acute zorg, daarvoor een hogere prijs moeten en kunnen vragen? Acute zorg laat zich niet goed inschatten en vraagt om de beschikbaarheid van personeel. Kunnen kleine ziekenhuizen dit personeel als zij zich alleen richten op acute zorg wel voldoende doelmatig en productief inzetten?

Tussen de verschillende aanbieders doen zich verschillen voor met betrekking tot het aanbod van gespecialiseerde voorzieningen, die over het algemeen relatief hoge kosten met zich meebrengen. In hoeverre bestaat het gevaar dat er òf sprake zal zijn van onvoldoende aanbod van deze gespecialiseerde zorg òf dat de prijs hiervoor zal toenemen omdat een deel van de meer standaard productie voor deze instellingen komt te vervallen?

Administratieve lastendruk

Hoe zal de administratieve lastendruk als gevolg van de voorliggende wetsvoorstellen met in totaal 25 procent afnemen, is de volgende vraag van de leden van de PvdA-fractie. Kan in het antwoord de afname van de administratieve lastendruk, met inbegrip van de nalevingskosten, voor de verschillende partijen in het veld worden gespecificeerd? Wat zijn de consequenties voor de administratieve lasten bij aanbieders en verzekeraars als gevolg van het naast elkaar bestaan van het FB-stelsel en het diagnosebehandelcentra(dbc)-stelsel?

In de memorie van toelichting van de wet HOZ lezen de leden van de PvdA-fractie dat het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal) het wetsvoorstel niet heeft geselecteerd voor een Actaltoets omdat de totale omvang van de door de regeling veroorzaakte administratieve lasten te beperkt is. Dit heeft deze leden zeer verbaasd omdat 22 algemene maatregelen van bestuur worden aangekondigd. Deze leden zijn benieuwd welke vraag aan het Actal is voorgelegd bij het verzoek om toetsing van de wet HOZ en de WTG Expres. Heeft het Actal ook inzage gehad in de totstandkoming van de aangekondigde algemene maatregelen van bestuur en daaruit voortvloeiende regelgeving, en is het Actal ook gevraagd dit bij de toetsing te betrekken? Is het Actal ook gevraagd de administratieve lasten die ontstaan, onder andere als gevolg van voornoemde algemene maatregelen van bestuur en doordat iedere verzekeraar met zorgaanbieders apart moet onderhandelen, bij zijn onderzoek te betrekken? Is ook de tijd die bespreking van een prestatiebeschrijving met de patiënt kost, meegenomen in het onderzoek? Op welke wijze zijn de gevolgen voor de administratieve lasten en de kosten gemeten, bijvoorbeeld van de noodzaak afzonderlijk te onderhandelen met bijvoorbeeld alle individuele fysiotherapeuten? Hoe worden tenslotte de gevolgen ingeschat van een onderzoek van de FIOD en de mogelijke administratieve lasten die dat onderzoek met zich meebrengt voor instellingen?

Diversen

Heeft een inventarisatie plaatsgevonden van de problemen die het veld nu verwacht bij de uitvoering van de wet per januari 2005? Zo ja, kan dan worden meegedeeld welke oplossingen voor deze problemen zijn gevonden, zo vroegen de leden van de PvdA-fractie tenslotte.

2. VVD-fractie

De leden van de **VVD**-fractie begrepen dat het Actal alleen beoordeelt of de administratieve lasten voor de het bedrijfsleven toenemen. De invoering van de DBCs brengt echter wel aanzienlijke administratieve lasten met zich 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. Is de minister niet van mening 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 heeft geconstateerd dat daar nog afschaffing van veel regels mogelijk is, die kosten besparing met zich brengen.

3. Fracties van D66 en OSF

De leden van de fracties van **D66 en OSF** hadden met belangstelling kennisgenomen van bovengenoemde wetsvoorstellen. Zij hadden geconstateerd dat de wijzigingen betrekking hebben op de hervormingsagenda voor de volksgezondheid van dit kabinet. Deze leden wilden bij de concrete invulling van deze hervormingsagenda harde garanties zien om de publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid) in de gezondheidszorg te borgen. Zij hechtten eraan om de wetsvoorstellen die verband houden met deze hervormingsagenda, te beoordelen in onderlinge samenhang. Daarbij moesten zij constateren dat op onderdelen nog politiek bestuurlijk onvoldragen voorstellen bestaan, bij voorbeeld de zorgverzekeringwet, wet op de zorgtoeslagen, de precieze uitwerking van de zorgautoriteit (wet marktwerking gezondheidszorg) en het draagvlak bij de gemeenten voor de WMO. De stapsgewijze aanpak van het kabinet heeft als nadeel dat het zicht op een concrete eindsituatie onhelder is. Ook hadden deze leden kennisgenomen van de steeds kritischer geluiden van enkele wetenschappers, de Raad van State en onder andere Zorgverzekeraars Nederland over marktwerking in de zorg. Tegen deze achtergrond stelden zij een aantal opmerkingen over de onderscheiden wetsvoorstellen.

4. SP-fractie

De nu te behandelen wetten spelen een grote rol bij de stelselherziening. Voor de leden van de **SP**-fractie is beantwoording van de hieronder gestelde vragen een stap daar naar toe. Gezien de grote consequenties en onzekerheden die de wijzigingen met zich meebrengen zagen zij uit naar een zo volledig mogelijke beantwoording.

5. Fracties van SGP en ChristenUnie

De leden van de fracties van de **SGP** en **ChristenUnie** merkten allereerst op dat in het huidige zorgstelsel onvoldoende tegemoetgekomen wordt aan de vraag van de zorggebruiker. Er is onvoldoende aansluiting van aanbod op vraag, er zijn te beperkte keuzemogelijkheden. Bovendien is er onvoldoende samenhang. Kortom, er moet een omvorming plaatsvinden van een aanbodgericht naar een vraaggericht gezondheidszorgstelsel. De vragen en behoeften van zorggebruikers moeten weer centraal staan. Naast het wegnemen van belemmeringen in de huidige wetgeving zal de zorggebruiker ook een actievere rol moeten gaan spelen, dit vanuit een eigen verantwoordelijkheid om die zorg te kiezen die het beste aansluit bij de eigen behoefte en wensen. Om dit te realiseren wil het kabinet onder meer weer marktwerking introduceren in de zorg.

De bovengenoemde wetsvoorstellen hebben met elkaar gemeen dat zij de noodzakelijk geachte marktwerking in de gezondheidszorg beogen. Voor alle duidelijkheid merkten 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?

De wetsvoorstellen betreffen nadrukkelijk het aanbod. Zij beogen om fasegewijs de centrale aanbodsturing los te laten. 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. Kan hierover een ook tipje van de sluier worden opgelicht? Waarom, zo wilden zij vervolgens weten, is er niet een duidelijk spoorboekje bijgevoegd? Het is toch noodzakelijk voor het slagen van de beoogde omslag dat er duidelijkheid bestaat over het einddoel? Er wordt gestreefd naar deregulering, maar allereerst worden extra regels gecreëerd. Kan het kabinet garanderen dat er uiteindelijk toch sprake zal zijn van deregulering?

Na deze algemene opmerkingen stelden de leden van de fracties van SGP en ChristenUnie onderstaand nog een aantal specifieke vragen. Hoe, zo vroegen deze leden, mogen verzekeraars omgaan met zorg die niet zo aantrekkelijk is om te leveren, bijvoorbeeld vanwege hoge kosten. Hoe is gewaarborgd dat iemand die dergelijke zorg nodig heeft, ook echt die zorg kan krijgen? Theoretisch zou het zelfs zo kunnen zijn dat geen enkele verzekeraar een contract afgesloten heeft met een aanbieder die dergelijke hoogwaardige, complexe zorg kan bieden. Natuurlijk is het mogelijk om in het geval dat er geen contract is, restitutie te ontvangen, maar, zo vroegen deze leden, met welke kosten wordt dan vergeleken? En is de zorgverzekeraar bereid om de volledige kosten te vergoeden?

Een instelling die te maken heeft met een modern gebouw zal veel gemakkelijker goedkope zorg kunnen leveren dan een instelling die in een oud pand zit. Hoe wordt met die verschillen rekening gehouden?

Wat zijn de gevolgen van de toenemende marktwerking voor de toepasselijkheid van de mededingingswet, zo vroegen ook deze leden. Is daarmee geen groot risico gegeven dat bijvoorbeeld 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 de zorgkantoren hebben?

II. WETSVORSTEL WET HERZIENING OVEREENKOMSTENSTELSEL ZORG (28 994)

1. CDA-fractie

De leden van de **CDA**-fractie hadden met intense belangstelling kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel, dat als hoofddoel heeft te komen tot een dynamische zorginkoop. De afschaffing onder meer van de (omgekeerde) contracteerplicht kan de zorgverzekeraars in dit kader een meer gelijkwaardige positie met de zorgaanbieders bezorgen. Deze leden realiseerden zich, dat over dit wetsvoorstel, passend in de overgang van aanbod- naar vraagsturing, genuanceerd kan worden gedacht. De vraag of gereguleerde marktwerking in de zorg zal (kunnen) werken, alsmede de vraag of er werkelijk sprake zal zijn van keuzemogelijkheden voor de patiënten/verzekerden, laat zich in dit stadium immers nog moeilijk

beantwoorden. Enerzijds konden deze leden zich de afwijzende opstelling van de Raad van State dan ook voorstellen, omdat met het wetsvoorstel wordt vooruitgegrepen op de stelselherziening, terwijl er door de voorgestelde maatregelen toch sprake is van zodanig ingrijpende gevolgen voor het stelsel, dat deze onderdeel zouden moeten vormen van de aangekondigde integrale herziening en zouden moeten berusten op een meer omvattende visie op de toekomst van het zorgstelsel. Anderzijds behoort het oplossen van een aantal inhoudelijke knelpunten in de zorg zo snel mogelijk een aanvang te nemen en moet de vernieuwing van het verzekeringsstelsel als een sluitstuk worden gezien. Zowel door de SER in het unanieme advies over de stelselherziening als door de diverse veldorganisaties is dit ook bij voorduur bepleit.

In dit licht wilden de leden van de CDA-fractie het wetsvoorstel dan ook voorshands positief tegemoet treden, zij het dat voor de aanvaarding en invoering een aantal problemen nog wel nader onder ogen moet worden gezien. Problemen, waarop ook de Raad van State indringend heeft gewezen en waarvoor ook na de behandeling in de Tweede Kamer nog niet altijd een geëigende oplossing is gevonden of toezegging verkregen. De Tweede Kamer heeft bij deze problemen eveneens stilgestaan en terzake wel een aantal toezeggingen verkregen alsook in de weg van amendering een aantal verbeteringen bereikt. Deze leden wilden de minister dan ook allereerst vragen een overzicht van al deze toezeggingen te geven, evenals van de termijnen waarop deze zullen worden gehonoreerd.

Ook voor de leden van de CDA-fractie bleef de meest belangrijke vraag of de patiënt/verzekerde met de voorgestelde uitwerking overigens metterdaad op een behoedzame wijze wel tot de beoogde vraagsturing kan komen. Het is de bedoeling van de minister, dat de patiënt de regisseur wordt van het proces, aan het stuur zit en voldoende keuzemogelijkheden heeft. Die moeten wij creëren, aldus de minister, anders wordt het niks. Sprak en spreekt de minister hier niet tegen beter weten in?. Het blijft immers de zorgverzekeraar, die de contracten afsluit en daarmee ook de keuze van de zorgaanbieder bepaalt. Ook al mag de patiënt vragen van een andere zorgaanbieder gebruik te maken. In de praktijk zal dit zeker niet probleemloos (kunnen) verlopen. De plenaire behandeling in de Tweede Kamer heeft in dit opzicht geen nieuwe perspectieven geopend. Heeft de minister niet overwogen verdergaande maatregelen bespreekbaar te maken om de positie van de patiënt sterker te maken ten opzichte van de zorgverzekeraar? De leden van de CDA-fractie konden zich bijvoorbeeld voorstellen, dat de gekozen ledenraden van de verzekeraars hierbij ook een rol zouden kunnen spelen. De verzekeraars kunnen de met betrekking tot de zorginkoop te maken keuzes ter toetsing voorleggen aan de ledenraden. Deze ledenraden zullen, gelet op de samenstelling, ook zeker letten op aspecten als het regionale zorgaanbod ofwel de bereikbaarheid, het aanwezig zijn van voldoende kwalitatief aanbod, de continuïteit van de zorgbehandeling en het al dan niet toenemen van de bureaucratie. Immers, het gaat er toch om door het afschaffen van de (omgekeerde) contracteerplicht winst te behalen voor de verzekerde/patiënt? Kan hiernaast ook een overzicht worden gegeven van bekende, op eigen initiatief tot stand gebrachte best practices, dat wil zeggen praktijkvoorbeelden, waarmee nu reeds wordt getracht patiënten/verzekerden méér te betrekken bij het zorginkoopproces, via onder meer prestatie-indicatoren vanuit patiëntenperspectief?

Een tweede zorgpunt bleef hoe de omslag van aanbod- naar vraagsturing ook tussen de oren bij de patiënten/verzekerden te krijgen. De leden van de CDA-fractie hadden toch het gevoel, dat er wat al te gemakkelijk wordt gedacht over het benutten van de nieuwe mogelijkheden door de

patiënten/verzekerden en zeker door de kwetsbare groepen onder hen. Het ondanks alle voorlichting niet gebruik maken van allerhande overheidsvoorzieningen door kwetsbare groepen is in dit opzicht veelzeggend. De minister heeft tijdens de plenaire behandeling in de Tweede Kamer toegezegd, dat er op korte termijn nog een brief over de gewenste evenzeer noodzakelijke informatievoorziening viel te verwachten. Naspeuring had de leden van de CDA-fractie opgeleverd, dat het hier een brief van 8 juni jl (stuk 28 807, no. 22) betrof. De leden van de CDA-fractie hadden met waardering kennisgenomen van de daarin genoemde voornemens om voor patiënten ofwel zorggebruikers verantwoorde keuzes mogelijk te maken. Niettemin bleven er enige vragen over. Dit temeer, omdat de minister in deze brief ook erkent, dat gereguleerde marktwerking en vraagsturing in de zorg alleen zullen kunnen werken als de patiënten/verzekerden echt gaan kiezen, metterdaad ook kunnen kiezen. Toegankelijke, vergelijkende informatie over zorgverzekeraars en zorgaanbieders is hiertoe onmisbaar. Eén van de instrumenten wordt in dit kader de in ontwikkeling zijnde Report card als mogelijkheid om tot objectieve vergelijkende informatie over de prestaties van de zorgverzekeraars te komen. In stuk Kamerstuk 27 807, no. 22, wordt op pagina 6 ook gesteld, dat het in de zorg doorgaans gaat om ingewikkelde zaken, die moeilijk meetbaar zijn. Tegen deze achtergrond stelden deze leden dan ook de vraag door wie en op welke wijze zal worden vastgesteld of deze report card op methodologisch verantwoorde wijze tot stand is gekomen. Kan dan worden volstaan met te benadrukken, dat de veldpartijen zelf verantwoordelijk zijn en blijven voor toegankelijke, vergelijkende informatie? Kan, móet de minister als mede-opdrachtgever hierop niet eveneens worden aangesproken? Zullen de financiële middelen, die nodig zullen blijken te zijn voor vernieuwing en onderhoud eveneens voor rekening van het ministerie van VWS blijven?

In de eerder aangehaalde brief wordt ook melding gemaakt van het gesloten convenant met het College Toezicht Zorgverzekeringen (C.T.Z.), de Consumentenbond en de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (N.P.C.F.) om te komen tot keuze-informatie voor zorggebruikers. Is de betrokkenheid van het C.T.Z. bij deze ontwikkeling wel juist, gelet op de aan de toezichthouder opgedragen wettelijke taken, zo vroegen deze leden zich af. Het ministerie van VWS gaat het verschaffen van goede consumenteninformatie wettelijk verplichten, zodat in het uiterste geval onwillige partijen hiertoe kunnen worden gedwongen. Bovendien wordt het een expliciet onderdeel van de financieringsvoorwaarden bij opdrachten en subsidies. Hoe spoort dit alles in de tijd met de nu voorliggende wetgeving? Zou er geen sprake moeten zijn van gelijktijdige invoering van met elkaar samenhangende wetgeving, één van de bezwaren, ook van de Raad van State? Bovendien zal anders de ketting niet zo sterk (of beter zwak) blijken te zijn als de zwakste schakel? In ieder geval zal het nog enige tijd vergen alvorens er voldoende keuze-informatie beschikbaar is. Welke consequenties zullen hieruit te zijner tijd worden getrokken?

Indertijd is in de Nota Met zorg kiezen gekozen voor een betere toerusting op een vijftal niveaus, te weten rechtspositie, informatie, advies en begeleiding, inkoopmacht en onderhandelingsmacht. Kan de minister in een samenvattend overzicht uiteenzetten wat hiervoor – onderscheiden naar deze vijf niveaus – reeds in gang is gezet en in de komende tijd alsnog zal worden ingezet? Welke maatregelen zijn voorts nodig om ervoor te zorgen, dat de zorgverzekeraars metterdaad de kwaliteit van zorgaanbieders adequaat kunnen beoordelen? Wanneer vanaf 1 januari 2005 zorgverzekeraars vrij zijn contracten met zorgaanbieders al dan niet af te sluiten, zijn zij dan wel in staat dit op verantwoorde wijze te doen? Immers, informatie over de kwaliteit van zorg is momenteel nog in

onvoldoende mate beschikbaar, terwijl onderzoeken en voorhoede-projecten eerst in 2005 de beoogde kwaliteitsinformatie bijvoorbeeld voor ziekenhuizen opleveren. Ook de toerusting van zorgverzekeraars moet naar het oordeel van deze leden dan ook de nodige aandacht krijgen.

De leden van de CDA-fractie hadden met instemming kennisgenomen van de in gang gezette voornemens om van meet af aan op goede wijze in de voorlichting aan de allochtonen te voorzien. Acht de minister het hiertoe opgestelde actieprogramma echter voldoende? Zal aan de analfabeten op soortgelijke wijze aandacht worden gegeven?

In de brief van 8 juni jl. wordt in feite niet ingegaan op de vóór 1 januari noodzakelijke voorlichting over de DBCs. Van wie overheid, zorgverzekeraars of ziekenhuizen mag welke voorlichting worden verwacht? Tenslotte, de minister beroept zich op de positieve, in het buitenland opgedane ervaringen met toegankelijke, vergelijkende informatie. Zijn er ook knelpunten naar voren gekomen, waarmee in de Nederlandse situatie rekening moet worden gehouden? Enkele andere opmerkingen en vragen over de DBC's, die met name dit wetsvoorstel noodzakelijk maakten, mogen niet ontbreken. Op zich oordeelden deze leden, dat een prestatiegericht bekostigingssysteem voor medisch specialistische zorg, na alle mislukte pogingen om anderszins tot een verantwoorde oplossing te komen, een faire kans moet worden gegeven. Uiteindelijk zal nu voorlopig slechts voor 10% van de ziekenhuisproductie contracteervrijheid ontstaan, namelijk voor niet-complexe electieve zorg, uitvoerbaar in dagbehandeling. Tijdens het begrotingsdebat hadden de leden van de CDA-fractie vragen gesteld over de afstemming van de nieuwe bekostigingssystematiek voor de opleidingen met het traject voor de invoering van de DBC's. Vragen, die toen niet konden worden beantwoord, maar nu wel? Zal hierbij ook onderscheid worden gemaakt tussen de academische ziekenhuizen en de overige ziekenhuizen? Voorts is de minister nu wel ingegaan op de financiële gevolgen van de DBC's door te stellen, dat het invoeringsmodel voor de DBC-systematiek zodanig is vorm gegeven, dat de risico's beheersbaar zijn. Kan de minister deze uitspraak nog eens nader toelichten? Beheersbaar, binnen welke bandbreedte, enz.? De leden van de CDA-fractie hadden nog steeds de vrees, dat de invoering van de DBC's noodzakelijkerwijze zolang er nog schaarste is – gepaard zal gaan met hogere prijzen. Ook hogere lasten als gevolg van zwaardere administratieve lasten kunnen niet worden uitgesloten.

Kan de minister al inzicht geven in het financiële beeld, dat in de afgelopen periode is ontstaan bij de uitwerking van een beperkt aantal DBC's? Voor de verwerking van de kapitaallasten in de DBC's is weliswaar een voorlopige oplossing gevonden. Hiermede konden deze leden instemmen onder de nadrukkelijke voorwaarde, dat uitbreiding van het aantal DBC's eerst kan plaatsvinden wanneer voor het vraagstuk van de kapitaallasten een definitieve oplossing is gevonden.

Is er reeds een oplossing gevonden voor de problematiek van de academische ziekenhuizen, waar het componenten betreft, die niet op gelijke wijze voorkomen bij de niet-academische ziekenhuizen? Is het juist dat de ICT binnen de academische ziekenhuizen, nodig voor een goede uitvoering, niet tijdig gereed zal zijn?

Bij de overstap op de DBC-systematiek zal bovendien een liquiditeitsproblematiek ontstaan, waarvoor een adequate oplossing zou worden gevonden, aanvankelijk via de weg van een landelijke bevoorschottingsregeling voor de zorginstellingen. Nu deze oplossing achterhaald blijkt te zijn, wilden de leden van de CDA-fractie gaarne vernemen welke definitieve, maar ook tijdige oplossing uiteindelijk is gevonden.

Het ontwikkelde DBC-toetsingskader heeft de N.P.C.F. er indertijd toegebracht in verband met de privacy-gevoeligheid te pleiten voor een gedragscode met Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De toenmalige minister De Geus heeft hierop positief gereageerd en hierbij de suggestie gedaan om de door ZN en N.P.C.F. uitgewerkte code of conduct voor te leggen aan het College Bescherming Persoonsgegevens. Een en ander is nog steeds niet gerealiseerd. Heeft de huidige minister een zelfde positieve benadering en ziet de minister kans zijn invloed voor het alsnog tot stand komen van deze code of conduct aan te wenden, zo vroegen deze leden zich af. Is de minister het eens met de kritiek van 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? Zo ja, wat kan hieraan worden gedaan?

Het tijdig oplossen van alle knelpunten is ook, gelet op de noodzaak het wetsvoorstel op uitvoerbaarheid te toetsen, van wezenlijk belang in verband met de voorgestelde invoeringsdatum van dit wetsvoorstel. Na vele verschuivingen wordt nu uitgegaan van 1 januari 2005. Gelet op informatie uit het veld, waren deze leden er nog niet gerust op, dat alle ziekenhuizen en andere zorginstellingen op 1 januari a.s. gereed zullen zijn voor de invoering van de DBCs. Zonder aan deze invoeringsdatum vooralsnog te tornen, drongen de leden van de CDA-fractie dan ook aan op een noodscenario.

Uitvoerig is tijdens de behandeling van het wetsvoorstel stil gestaan bij de vraag of naast het natura-systeem ook op enigerlei wijze gebruik zou kunnen worden gemaakt van het restitutiesysteem. De leden van de CDA-fractie hadden de uiteenzettingen terzake kunnen volgen: voorkeur voor het natura-systeem en onder strikte voorwaarden voor bepaalde zorgvormen ook keuzevrijheid voor het restitutie-systeem. Patiënten/verzekerden moeten zelf zo veel mogelijk de keuze kunnen maken voor natura, dan wel restitutie. Hoe verdraagt zich overigens preferred providerschap met keuze-mogelijkheden voor de patiënt? Uit een oogpunt van verruiming van keuzemogelijkheden wilden deze leden toch wel een lans breken voor méér mogelijkheden om gebruik te maken van het restitutiesysteem, mede gelet op de verre verzekerden. Ook uit een oogpunt van het aankweken van méér kostenbesef bij de patiënt/verzekerde is dit zeker gewenst. Dit argument hadden deze leden bij de minister node gemist. De leden van de CDA-fractie zouden het op prijs stellen, wanneer de minister dit bij de verdere uitwerking alsnog zou willen betrekken. De thans nog aanwezige mogelijkheden tot keuzevrijheid kunnen worden bedreigd als zorgverzekeraars al te zeer de nadruk gaan leggen op kostenbesparing, hiertoe ook gedwongen door de overheid en hoezeer ook noodzakelijk. Kan de minister zich voorstellen, dat niet-contracteren van bepaalde zorgaanbieders ook in strijd kan komen met het adagium zorg op maat? Hoe denkt de minister dat zorgverzekeraars deze conflicterende belangen bij het afschaffen van de contracteerplicht met elkaar kunnen verzoenen?

Het aanvaarde amendement-Schippers, hoe sympathiek ook, had bij deze leden in dit kader toch enige bezwaren opgeroepen met betrekking tot de te betalen vergoeding (artikel 11, lid 1 en 4). De vrije keuze tussen natura- of restitutiesysteem mag geen theoretische keuze blijven. Met andere woorden, de hoogte van de eventuele vergoeding moet zodanig worden vastgesteld, dat hierdoor in ieder geval geen belemmeringen worden opgeworpen in het kader van de te maken keuze. Deze leden gingen er overigens vanuit, dat een AMvB over de uitwerking van de vergoeding binnen het restitutie-systeem ook aan de Eerste Kamer zal worden voorgelegd. Verder wilden de leden van de CDA-fractie erop wijzen, dat zolang de informatievoorziening nog niet optimaal is om keuzes te kunnen

maken de patiënten/zorggebruikers toch in veel gevallen afhankelijk blijven van de adviezen van de huisarts. Hoe zal in de overgangperiode t/m 2006 hiermee worden omgegaan?

Een ander punt van zorg bleven de patiënten met een jarenlange behandelrelatie en dus met een behandelovereenkomst met een bepaalde zorgaanbieder. Wanneer deze zorgaanbieder niet zou worden gecontracteerd, dan kan het toch niet zo zijn, dat deze patiënten met bijbetalingen worden geconfronteerd ook voor het eventuele vervoer naar deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder? Nog slechter is het wanneer deze patiënten hierdoor gedwongen zouden worden naar een andere zorgverzekeraar over te gaan en de veelal opgebouwde vertrouwensrelatie zouden moeten prijs geven. In ieder geval zouden deze patiënten/zorggebruikers ook de mogelijkheid moeten hebben zich elders te verzekeren met een voor het aanvullende pakket redelijke premie. Bij de uitwerking van de zorgverzekeringswet (met afspraken over de relatie hoofd-aanvullende verzekering) zal dit klip een klaar helder moeten zijn.

Het was de leden van de CDA-fractie intussen wel duidelijk geworden, dat ook de minister zich van de diverse risico's terdege bewust is en hierom ook tot zijn behoedzame (geleidelijk en begeleide) aanpak is gekomen. Er zal immers, zolang er geen overcapaciteit van enige betekenis is te verwachten (hoe krijgen de patiënten op deze problematiek enig zicht?), nog weinig sprake kunnen zijn van selectief contracteren en derhalve van concurrentie en marktwerking. De vraag was dan ook gerezen wanneer er nu in het kader van de Richtsnoeren voor de zorg (NMA) al dan niet een verplichting tot aanbesteding zal ontstaan? Hiernaast wilden de leden van de CDA-fractie nog terugkomen op de keuzemogelijkheden voor de patiënten/verzekerden, die in ieder geval bij een selectief contracteren ongetwijfeld beperkt kunnen worden. Het is noodzakelijk hierop de diverse maatregelen gericht toe te snijden. Onvoldoende duidelijk is eveneens hoe ook de regionale spreiding van bepaalde functies zal worden gehandhaafd. De noodzakelijke beschikbaarheid zal dan mogelijk moeten resulteren in het slechts selectief buiten werking stellen van de contracteerplicht voor bepaalde vormen van zorg. Hoe stelt de minister zich een dergelijk beleid voor?

Tenslotte, aan de hand van de uitwerking van de gedane toezeggingen, etc. en voortschrijdend inzicht zal op bepaalde aspecten die voorshands voldoende aan de orde zijn geweest in de Tweede Kamer, nader worden teruggekomen.

2. PvdA-fractie

Kan een nadere onderbouwing worden gegeven van hoe de mogelijkheid van zorgaanbieders meer te presteren (p. 16 MvT) wordt ingeschat, was de eerste vraag van de leden van de **PvdA**-fractie over de wet HOZ. Nieuwe aanbieders zullen, gezien de situatie op de arbeidsmarkt, hun personeel weghalen bij bestaande instellingen, die daardoor minder efficiënt kunnen werken. Een anesthesist minder betekent bijvoorbeeld dat een operatiekamer (OK) minder vaak gebruikt kan worden. Hoe wordt dit capaciteitsverlies ingeschat?

Waarin verschilt de geboden mogelijkheid om bij ministeriële regeling in plaats van aanspraak op zorg, aanspraak op een vergoeding van de kosten van een bepaalde vorm van zorg te regelen, van het centraal vaststellen van een vergoeding? Waarom wordt voornoemde mogelijkheid geboden? Hoe vaak verwacht de minister dat van de geboden mogelijkheid doordat ziekenfondsen in gebreke blijven met instellingen of personen overeenkomsten te sluiten gebruik zal moeten worden gemaakt? Op basis van

welke gegevens wordt de hoogte van deze vergoeding bepaald? Moet de zorginstelling voor die vergoeding zorg bieden of moet de patiënt bij betalen? Wat zijn in het laatste geval de mogelijkheden voor minder vermogenden om van deze regeling gebruik te maken?

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? Deze leden vroegen of de door de minister uitgesproken ongewenstheid van deze huidige situatie een voldoende ernstig bezwaar is op grond waarvan het college een ziekenfonds ontheffing kan verlenen als bedoeld in artikel 42 van de Ziekenfondswet. Wat zijn niet-ernstige bezwaren tegen het niet-sluiten van een overeenkomst met een zorgaanbieder binnen het werkgebied van een ziekenfonds die daar om verzoekt? Op basis van welke overwegingen worden krachtens Artikel I, onderdeel Q, Artikel 47, lid 2 en Artikel 48, lid 2 bij of krachtens algemene maatregel van bestuur instellingen aangewezen waarvoor het eerste lid van beide artikelen niet geldt?

Instellingen zijn verplicht om met een ziekenfonds dat daarom vraagt dezelfde overeenkomst af te sluiten als met een ander ziekenfonds reeds is afgesloten. Welke mogelijkheden laat deze verplichting aan ziekenfondsen om bijvoorbeeld in verband met de afname van een groter pakket zorg, bij een zorgaanbieder een lagere prijs te bedingen? De leden van de PvdA-fractie vroegen ook in hoeverre en op welke gronden een zorgaanbieder kan weigeren een overeenkomst met een ziekenfonds te sluiten. Het was hen ook niet duidelijk in hoeverre artikel II, onderdeel I, artikel 12A de mogelijkheden van verzekeraars om tot een concurrerend prijsniveau te komen beperkt. Hoe wordt de inhoud en dan met name tot welk bedrag men aanspraak mag maken op een vergoeding, van de ministeriële regeling vastgesteld?

Indien na beëindiging door het uitvoeringsorgaan van een overeenkomst voor een bepaalde vorm van zorg, bijvoorbeeld als gevolg van een niet-concurrerend prijsniveau, geen aansluitende overeenkomst voor die vorm van zorg met dezelfde persoon of instelling tot stand komt en de medisch noodzakelijke zorg aan de verzekerde wordt voortgezet, ten laste van wie komt dan het verschil tussen het in de oude overeenkomst geldende tarief en het aan de patiënt in zijn polis doorberekende tarief, zo vroegen deze leden. Hoeveel tijd zullen zorgaanbieders en ziekenfondsen en uitvoeringsorganen nodig hebben voor het sluiten van nieuwe overeenkomsten? Deze leden vroegen voorts hoe groot het aantal gevallen ongeveer zal zijn waarin – na de inwerkingtreding van de Artikelen I, onderdeel Q, en II, onderdeel M en dus na de inwerkingtreding van Artikel IX, lid 2, omdat daarmee de bestaande overeenkomsten worden beëindigd zonder dat er noodzakelijkerwijs nieuwe overeenkomsten zijn gesloten – gebruik zal worden gemaakt van de in artikelen I, onderdeel Q, artikel 2, lid 3 en 4, en II, onderdeel M, artikel 42, lid 4 en 5, waarbij dus onder de voorwaarden van de bestaande overeenkomst zorg geboden moet blijven worden. Hoe groot zullen de financiële en administratieve gevolgen zijn van de inwerkingtreding van Artikel IX en de zojuist genoemde overgangsregelingen zijn voor zorgaanbieders, ziekenfondsen en uitvoeringsorganen? Kan ook meegedeeld 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 DBCs?

De patiënt

Bij de toelichting op het wetsvoorstel wordt gesteld dat het wetsvoorstel mede ten doel heeft de patiënt meer invloed te geven, met name door hem of haar een vrije keus te laten tussen verzekeraars. Bij de verzekerde bestaat op het moment dat een verzekering wordt gekozen vaak geen idee van welke ziektes zich mogelijk bij hem of haar zullen voordoen. Is het mogelijk dat de verzekerde op het moment dat hij of zij patiënt wordt en dus een beter inzicht heeft in de aanbieders die hij of zij nodig heeft, en dan pas ontdekt dat zijn verzekeraar daar geen contract mee heeft, overstapt naar een andere verzekeraar die wel een contract heeft met deze aanbieder? Of moeten deze leden het zo begrijpen dat in dergelijke situaties de patiënt de vergoeding conform artikel Artikel I, onderdeel M, artikel 11a kan krijgen? Is de keuze niet sterk inkomensafhankelijk?

Hoe verhoudt het doel van de HOZ de countervailing power van verzekeraars ten opzichte van zorginstellingen te versterken, zich 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? Waarom is er niet voor gekozen om de patiënten/verzekerden meer invloed te geven via de verzekeraars? Zou het bij voorbeeld niet goed denkbaar zijn dat het individuele klachtrecht van patiënten loopt via de verzekeraar, waardoor de uitkomst veel meer impact heeft, of dat bij de totstandkoming van contracten tussen verzekeraars en zorginstellingen de belangen van de patiënt/verzekerde expliciet tot uitdrukking wordt gebracht?

Kan toegelicht worden 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? In welke gevallen en onder welke voorwaarden worden verzekerden voor het verkrijgen van een aanspraak op een vergoeding ontslagen van de verplichting toestemming te vragen aan het ziekenfonds? De leden van de PvdA-fractie vroegen of de spoedeisende zorg hier ook onder valt. Of is de verzekerde voor spoedeisende zorg ook aangewezen op die instellingen waarmee zijn ziektekostenverzekeraar een contract onderhoudt? Wat zijn de gevolgen voor medeverzekerden, zoals bijvoorbeeld kinderen, wanneer op grond van Artikel I, onderdeel N, artikel 20 de kosten op de verzekerde worden verhaald of vergoedingen worden geweigerd? Welke regeling garandeert deze medeverzekerden, die in het geval het kinderen zijn handelingsonbekwaam zijn, dat zij de medisch noodzakelijke zorg krijgen en daarbij geen gevolgen ondervinden van het schuldig nalatig blijven van de hoofdverzekerde? Indien een verzekerde wordt verplicht tot een eigen bijdrage en daarbij het eigen inkomen of het inkomen van de echtgenoot van de verzekerde niet bepalend is, op welke gronden wordt dan een eigen bijdrage gevraagd? Waarop onderscheiden de hier genoemde groepen zich dan van andere?

Vergoedingen

De leden van de PvdA-fractie vroegen vervolgens welke gegevens als uitgangspunt genomen worden voor de in Artikel I, onderdeel K, artikel 9, lid 4 genoemde ministeriële regelingen? Is in geval van Artikel I, onderdeel K, artikel 9, lid 4b de hoogte van de vergoeding dan het hoogste op dat moment geldende tarief?

Hoe zal de verstrekte zorg worden gefinancierd als van Artikel I, onderdeel M, artikel 11b gebruik wordt gemaakt en er dus sprake is van het

voorzetten van de verstrekking van zorg of als van Artikel I, onderdeel Q, artikel 44, lid 3 en 4 gebruik wordt gemaakt en de overeenkomst tussen verzekeraar en aanbieder wordt verbroken wegens een te hoog prijsniveau of gestegen kosten, na het tijdstip waarop de verzekering respectievelijk de overeenkomst is beëindigd? Wil de minister het optreden van het tweede voorbeeld voor de verzekeraar te dure zorg of voor de instelling te lage vergoeding voor zorg die toch moet worden voortgezet voorkomen door op basis van artikel I, onderdeel Q, artikel 45, lid 2 het opnemen van prijsindexatie in de overeenkomst verplicht te stellen? Het was de leden van de PvdA-fractie onduidelijk 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. Welke gegevens en op grond waarvan worden hiervoor vergaard? Welke gronden kunnen uitvoeringsorganen opgeven voor beperkingen op en voorwaarden aan de uitvoering van overeenkomsten? Door wie worden deze gronden getoetst?

3. VVD-fractie

De leden van de **VVD**-fractie hadden met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel maar hadden nog wel een aantal vragen. Het ziekenfonds kan weigeren om gegronde redenen contracten te sluiten met zorgaanbieders en daarmee invloed uitoefenen op de bereikbaarheid en beschikbaarheid van het zorgaanbod. Indien een ziekenfonds wegens bijvoorbeeld slechte kwaliteit, geen gerechtvaardigde prijs/prestatie verhouding, weigert met zorgaanbieders te contracteren dan zal hij logischerwijze ook geen toestemming geven aan zijn verzekerde. Volgens het wetsvoorstel toelating zorginstellingen ligt de verantwoordelijkheid voor een voldoende zorgaanbod voor de burger bij de overheid. Welke instrumenten heeft de overheid dan om dan voldoende bereikbaarheid voor de burger te garanderen?

In het wetsvoorstel Toelating zorginstellingen (28 994) laat de minister instellingen toe maar hij houdt wel rekening met het financiële kader. Indien het financiële kader met zich brengt dat er minder financiële middelen beschikbaar zijn om aan de vraag naar zorg te voldoen en er dus te weinig instellingen worden toegelaten, met als gevolg wachtlijsten, hoe verdraagt dit zich dan met de zorgplicht van het ziekenfonds? Indien het ziekenfonds bij wachtlijsten uitwijkt naar het buitenland en daar contracten sluit met ziekenhuizen voor zijn verzekerden, hoe denkt de minister dan binnen het financiële kader te blijven, aangezien de leden van de VVD-fractie ervan uitgaan dat de kosten van behandeling in het buitenland ten laste komen van de Nederlandse gezondheidszorgkosten?

Indien de omgekeerde contracteerplicht volledig zal zijn verdwenen, lopen ziekenhuizen meer risico. Zij zullen grotere reserves moeten aanhouden. Is de minister van plan hieromtrent nadere regels te geven, zo vroegen deze leden. Wat gebeurt er 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 bestuurders en extra geld om er weer bovenop te komen?

De minister zegt te willen komen tot gefaseerde opheffing van de contracteerplicht. Zolang er schaarste is zullen ziekenfondsen naar het zich laat aanzien ieder ziekenhuis moeten contracteren. Wat zijn de criteria die leiden tot volledige opheffing van deze contracteerplicht? Dient daarvoor bijvoorbeeld eerst sprake te zijn van overcapaciteit? De contracteerplicht zal zich voorlopig beperken tot de DBCs. Nu er landelijk vastgestelde prijzen voor de eerste DBCs komen, welke prikkel is er dan

voor ziekenfondsen om een keuze te maken voor het ene of het andere ziekenhuis? Is het niet te verwachten dat de meeste ziekenfondsen het standaard tarief zullen hanteren? Immers sinds 1992 zijn de tarieven voor de beroepsgroepen maximum tarieven en de praktijk heeft geleerd dat er vrijwel nooit onder deze maximum tarieven is gecontracteerd. Waarom verwacht de minister dat het nu anders zal zijn, zeker nu er geen sprake is van overcapaciteit in de ziekenhuizen? Is de opheffing van de omgekeerde contracteerplicht voorlopig geen wassen neus nu er sprake is van beperkte capaciteit, zodat de zorgverzekeraar verplicht is vrijwel alle zorgaanbieders te contracteren die hij nu ook contracteert?

De minister heeft toegezegd dat een patiënt alleen de eventuele meerkosten zelf moet betalen indien hij ervoor kiest om zorg af te nemen van een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar geen contract heeft gesloten. Kan de minister al inzicht geven in de wijze waarop hij dit gaat regelen, zo vroegen de leden van de VVD-fractie. Wat is de situatie indien een verzekerde een ongeluk krijgt en door de ambulance wordt gebracht naar een ziekenhuis waar de zorgverzekeraar geen contract mee heeft gesloten en de behandeling blijkt duurder te zijn dan bij de welgecontracteerde zorgaanbieders? De verzekerde/patiënt kon dit niet voorzien. Wie betaalt de meerkosten?

In twee arresten heeft het Europese hof de contracteerplicht door ziekenfondsen van intramurale instellingen geaccepteerd ten koste van het vrije verkeer van diensten, waarbij het nationaal belang om de nationale zorgcapaciteit in stand te houden doorslaggevend was. De minister streeft naar meer concurrentie en zelfs naar enige overcapaciteit. In hoeverre zullen de arresten Muller-Faure/van Riet en Smits/Peerbooms nog standhouden, nu de minister zelf de concurrentie wil bevorderen? De minister is voorts voornemens 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 wordt vergoed. Wordt daardoor niet het vrije verkeer van diensten voor Nederlandse burgers beperkt, omdat diensten die in Nederland wel vergoed worden nu over de grens niet meer vergoed zullen worden?

4. SP-fractie

Het wetsvoorstel Herziening overeenkomstenstelsel zorg herzielt het overeenkomstenstelsel in de zorg, zo vervolgden de leden van de **SP**-fractie. Door de invoering van de wet vervalt op termijn de plicht tot contracteren van alle zorgaanbieders/zorginstellingen in een bepaald gebied, evenals de omgekeerde contracteerplicht. De HOZ is op korte termijn nodig voor de invoering van de Diagnose behandel combinaties per 1 januari 2005. De minister is van plan om 10 % van de DBCs, het zogenaamde B segment bestaande uit niet complexe, electieve zorg, die in dagbehandeling kan worden uitgevoerd, vrij van contracteerplicht te verklaren. Op termijn heeft de wet ook gevolgen voor andere sectoren. De leden van de SP Eerste-kamerfractie zijn evenals die in de Tweede-kamerfractie uiterst kritisch ten opzichte van het wetsvoorstel en ze maakten gebruik van de mogelijkheid om de minister de volgende vragen te stellen.

Volgens de minister zal het wetsvoorstel leiden tot meer keuzevrijheid voor patiënten, hoewel hij in het debat ook stelt dat het afschaffen van de contracteerplicht als risico heeft dat de keuzeopties beperkt kunnen worden, doordat het aanbod verschaalt. De leden van de SP-fractie dachten dat door het wetsvoorstel niet de keuzevrijheid van de patiënt, maar die van de zorgverzekeraar toeneemt. De zorgverzekeraars krijgen

meer sturingsmogelijkheden, ze worden in staat gesteld patiëntenstromen te leiden, hetgeen de keus van de patiënt beperkt. Wil de minister nog eens toelichten door welke elementen in deze wet hij denkt dat de keuzevrijheid van de patiënt toeneemt?

De patiënt is vrij in de keus voor een zorgverzekeraar voor zover deze het basispakket aanbiedt en zou deze in theorie met de voeten kunnen kiezen. Deze leden signaleerden echter, dat er, zonder dat hier een duidelijke discussie over heeft plaatsgevonden, op grond van onduidelijke criteria, sluipenderwijs een verkleining van het basispakket plaatsvindt en dat parallel hieraan steeds grotere aanvullende pakketten worden aangeboden. Het is toegestaan hierop een risicoselectie toe te passen en dat schept ongelijkheid: gezonden hebben meer te kiezen dan (chronisch) zieken. Naar de leden van de SP-fractie hadden begrepen geldt de vrije keus alleen voor het basispakket en niet voor het aanvullende pakket en deze twee zijn nog steeds aan elkaar gekoppeld. Of kan de uitspraak van de minister zo worden geïnterpreteerd dat de mogelijkheid bestaat om in de toekomst te switchen naar een andere basispakket-aanbieder zonder dat de aanvullende verzekering wordt opgezegd?

De keuzevrijheid wordt ook beperkt doordat de zorgverzekeraars nog steeds doende zijn om zich te concentreren en te fuseren, waardoor er in de praktijk een steeds kleiner aantal actief is. De marktwerking lijkt eerder tot monopolievorming dan tot concurrentie te leiden. Op welke manier begeleidt de minister dit proces en hoe gaat hij tegen dat hier, door het hecht aan één smeden, niet te passeren machtsblokken ontstaan? Hoe kijkt de Nederlandse mededingingsautoriteit (NMa) hier tegenaan? Welke rol gaat de Zorgautoriteit in oprichting in dezen spelen?

Machtsblokvorming ziet de minister wel als reëel gevaar bij de zorgaanbieders, het is zelfs een belangrijke reden om de contracteerplicht op te heffen. Nog meer dan voorheen zullen zorgaanbieders individueel moeten onderhandelen, met als gevolg verschillende contracten, met verschillende voorwaarden en in de toekomst ook verschillende tarieven. Dit brengt naar de mening van de SP het reële gevaar met zich mee, dat er verschillende soorten betalers/patiënten komen, die in de toekomst verschillend kunnen of zelfs moeten worden behandeld. Hoe wordt voorkomen dat patiënten, die via een vrij onderhandelde DBC het meest opbrengen, in een ziekenhuis het eerste geholpen worden? Kan de minister garanderen dat een lucratieve patiënt in de toekomst niet hoger op de wachtlijst komt? Vormt dit ook een punt van aandacht als in de toekomst er steeds meer vrij te onderhandelen delen van de verzekerde aanspraken komen?

Waarom ziet de minister wel gevaren in machtsblokvorming bij zorgaanbieders en niet bij zorgverzekeraars? Waarom heeft de minister meer vertrouwen in zorgverzekeraars dan in professionals? Weet de minister wel dat een belangrijke reden voor collectief onderhandelen in het verleden was het verhogen van de kwaliteit van de zorg? (Groepen van) Zorgaanbieders leveren door samen te werken niet zelden continuïteit van kwalitatief hoogstaande, aan protocollen gebonden zorg. Door hen te dwingen met elkaar te concurreren komen dit soort, voor de patiënt uiterst belangrijke noties in gevaar. Dit zelfde geldt voor een collectieve afspraak als een (regionaal) (transmuraal) formularium. Bedoeld als kwaliteit en doelmatigheid bevorderend instrument, verworpen omdat het concurrentievervalsend werkt. Wat is de mening van de minister ten opzichte van dit fenomeen?

Volgens de minister leidt het afschaffen van de contracteerplicht tot een vermindering van de regeldruk in de zorgsector. Wat bedoelt de minister

hiermee? Bij individueel onderhandelen neemt naar de mening van de leden 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 DBCs 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 deze leden eens dat daardoor een eenzijdig beeld wordt neergezet van de zogenaamde afname?

In 1992 is reeds de contracteerplicht voor huisartsen komen te vervallen. Sinds het landelijk werken van zorgverzekeraars heeft deze beroepsgroep uitgebreide ervaring met het individueel onderhandelen over contracten met de diverse zorgverzekeraars. Is de minister (nog) van plan deze ervaringen te evalueren en de resultaten ervan te verwerken in zijn verdere plannen?

Door de afschaffing van de contracteerplicht wordt het financieel risico profiel van zorginstellingen vergroot, hierdoor neemt het bedrijfsrisico toe. Straks zijn instellingen niet meer verzekerd van vergoeding van de kapitaallasten, de keerzijde is volgens de minister dat dit uitdaagt tot meer, beter en efficiënter presteren, het management wordt uitgedaagd zich marktconform te gedragen. Deelt de minister de zorg van de leden van de SP-fractie dat hierdoor het management ook wordt uitgedaagd zich marktconform te laten 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?

Het gevolg van een zeker bedrijfsrisico, te dragen door het management, kan zijn dat instellingen failliet gaan. Volgens de minister zijn de gevolgen van faillissementen voor cliënten van zorginstellingen en premiebetalers gering, omdat het ziekenfonds gehouden is om dan op een andere wijze in zorg te voorzien. Volhardt hij ook in deze mening, als het bewoners van een verpleeghuis of verzorgingstehuis betreft, mensen voor wie elke verandering traumatisch en zelfs levensbedreigend kan zijn?

Volgens de minister blijft met de HOZ de zorgplicht bestaan; hij spreekt in dezen ook van een vangnetfunctie. Ligt de zorgplicht nu bij de minister of bij de zorgverzekeraar? Hoe ligt in dezen de verantwoordelijkheidstoe-deling? Wie moeten cliënten nu aanspreken als de zorg te kort schiet, als er te weinig faciliteiten zijn, als de afstand tot een zorgvoorziening te lang is of als de termijn waarop zorg wordt geboden te lang wordt? Wie heeft overigens de taak om op deze (Treek) normen toe te zien en er bij in gebreke blijven tegen op te treden?

Hoever is de minister gevorderd met het bevorderen van de informatievoorziening aan patiënten/consumenten? Is zijn voortgangsbrief al verschenen? Op welke wijze wil hij bevorderen dat de regie over de zorg bij patiënten ligt? Hij spreekt in dit verband onder andere over empowerment van de groep zorggebruikers, die langdurig van zorg gebruik maakt, hoe vordert deze versterking en hoe wordt dat overigens gemonitord?

Bij het vervallen van de contracteerplicht ontstaat ook de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om zorg en zorginstellingen in het buitenland te contracteren. Welke instrumenten staan ter beschikking om toe te zien op

de kwaliteit en overigens ook de beschikbaarheid en betaalbaarheid van zorg in het buitenland, zo vroegen de leden van de SP-fractie ten slotte.

5. SGP-fractie, mede namens de ChristenUnie

De leden van de fracties van de **SGP** en de **ChristenUnie** merkten op dat in dit voorstel onder meer wordt stilgestaan bij de situatie dat een ziekenfonds in de onmogelijkheid verkeert met een voldoende aantal zorgaanbieders voor een of meer vormen van zorgovereenkomsten af te sluiten. Teneinde het natura karakter van de verzekering veilig te stellen is een modaliteit gerealiseerd, waarbij een ontheffing van de contracteerplichting door het CTZ kan worden gegeven aan het desbetreffende ziekenfonds. Waarom is voor deze modaliteit gekozen? Is ook overwogen om restitutie in de ziekenfondsverzekering mogelijk te maken, waarbij het ziekenfonds een autonome bevoegdheid verkrijgt om te bepalen of verstrekkingen in natura dan wel op restitutiebasis worden vergoed? Hoe verhoudt zich een en ander met het thans bij amendement-Schippers ingevoerde recht op restitutie van de verzekerde voor de verstrekkingen waarvoor de contracteerplicht is opgeheven, zo vroegen ook deze leden.

III. WTG EXPRES

1. CDA-fractie

De leden van de **CDA**-fractie hadden met belangstelling, maar ook met gemengde gevoelens, kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel, dat past in de trits van voorstellen die een wijziging in de aansturing van de zorg beogen. Op zich wilden deze leden liberalisering van de tarieven zeker een kans geven. Alhoewel over het invoeren van gereguleerde marktwerking, met name de mate waarin, genuanceerd kan worden gedacht. Bestudering van alle stukken leverde echter het beeld op, dat het aanvaarden van dit wetsvoorstel vooralsnog op een té vroeg moment lijkt te komen. Met betrekking tot belangrijke onderdelen is nog veel onduidelijk, zo is ook uit de plenaire behandeling in de Tweede Kamer gebleken. Dat heeft zelfs overigens een goede zaak geleid tot de toezegging dat er een nota komt, waarin de minister de hoofdlijnen van zowel de nieuwe toezichtstructuur als de zorgautoriteit, waaronder ook de toekomstige verhouding tussen zorgautoriteit en NMa zal aangeven. Opvallend is ook het ontbreken van een plan met betrekking tot de deregulering van de onderscheiden deelmarkten. De leden van de CDA-fractie achtten het van belang, dat de minister zijn voornemens in de tijd zo mogelijk nu al bekend maakt.

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

Voor de zo belangrijke electieve zorg in het kader van liberalisering, wordt nog aan een beleidsvisie gewerkt. Wanneer komt deze? Terecht is door één van de veldpartijen opgemerkt, dat het zonder nadere uitwerking om instemming met het wetsvoorstel vragen, in feite neerkomt op het afgeven van een blanco chèque. Dit knelt des te meer, omdat na de behandeling in de Tweede Kamer de twijfel met betrekking tot een aantal uitgangspunten is toegenomen. Zal er bijvoorbeeld geen sprake zijn van méér in plaats van minder regels? Het zou wellicht dienstig zijn wanneer de minister nog eens expliciet zou kunnen uitleggen hoe vanuit aanvankelijk méér regels (nieuwe instrumenten) zal worden toegewerkt naar minder regels. Nu ook het zicht op de budgettaire gevolgen van de oprichting van de zorgautoriteit voorlopig uitblijft (eerst bij indiening van het wetsvoorstel) wilden de leden van de CDA-fractie maar een

taakstelling meegeven: na 3 jaar op het niveau van het CTG en daarna naar een lager budget! Lijkt dat de minister een nastrevenswaardig doel?

Nog wezenlijker was de vraag waar nu toch in de toekomst het primaat van de tariefafspraken komt te liggen. Op diverse plaatsen laat de minister blijken vanwege de aard van deze bijzondere markt ook in de toekomst van zijn discretionaire bevoegdheden gebruik te zullen maken. Welke afwegingscriteria gaat de minister hierbij uiteindelijk hanteren? De uitspraak ik wil nog wel eens bestuderen wat zonder in mathematische precisie terecht te komen ongeveer de afwegingscriteria zullen zijn is van een vaagheid, die meer vragen oproept dan antwoorden oplevert, zoals bijvoorbeeld het ingrijpen bij een niet gewenste prijs-kwaliteitsverhouding in verband met het budgettaire kader zorg. Van de zorgverzekeraars verwacht de minister toch juist een kritischer inkopen op prijs-kwaliteit. De leden van de CDA-fractie met erkenning dat het hier in hoge mate om een proceswet gaat wilden zeker in dit stadium niet op alle onderdelen volledig inzicht verkrijgen, maar méér duidelijkheid is toch wel noodzakelijk. Dit om te kunnen beoordelen of de nu ingezette koers zal kunnen bewerkstelligen wat is beoogd, namelijk méér vraagsturing. De minister zelf heeft deze twijfels versterkt, althans naar het gevoel van deze leden. Hoe anders deze uitspraak te verstaan:

Deze bijzondere markt zal altijd een stevig niveau van regelgeving nodig hebben. Voor een overgang van het huidige dicht gereguleerde systeem naar *een wat minder gereguleerd systeem* moeten wetten worden veranderd. Er zijn veel aanpassingswetten nodig om *wat verder te komen*. Ik kan verzekeren, dat de nieuwe Zorgverzekeringswet een verstrekkende operatie behelst, maar dat de wet zelf meevalt.

Wegen de noodzakelijke inspanningen van alle partijen dan wel op tegen een uiteindelijk blijikbaar magere oogst?

De financiële reserves van de zorgaanbieders moeten op een wat hoger niveau komen dan nu het geval is. De overheid zal de instellingen in staat stellen een gezonde vermogenspositie te realiseren. Zal hierbij van meet af aan ook sprake zijn van een gelijk speelveld? Ook voor nieuwe toetreders en instellingen in bijvoorbeeld groeikernen, die geen vermogen hebben kunnen opbouwen? Wordt niet té lichtvaardig gedacht over zorginstellingen, die net als andere ondernemingen failliet kunnen gaan, gelet ook op de noodzakelijke keuzevrijheid voor de patiënten? Een niet sluitende exploitatie en een onvoldoend financieel weerstandsvermogen behoeven niet op financieel mismanagement te slaan. 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? Op pagina 9 van de nota naar aanleiding van het verslag gaat de minister in op de vraag op welke wijze WTG ExPres een groter aanbod bevordert. Hadden de leden van de CDA-fractie de juiste conclusie getrokken, dat de inrichting van een adequaat systeem van prestatiebekostiging op basis van de WTG slechts in beperkte mate hieraan bijdraagt en dat andere opties in feite doelmatiger zijn?

Deze leden hadden overigens met waardering kennisgenomen van de gecreëerde mogelijkheid om via experimenten nieuwe prikkels nodig om tot vrijere tarieven te komen te kunnen testen. Het viel hen echter op, dat de minister de benutting van deze mogelijkheid vooral waardeert vanwege de gunstige invloed op de kosten en tarieven. Zal een andere uitkomst altijd als een mogelijk ongewenst effect worden beoordeeld? Kan de minister ook meer concreet uiteenzetten waaraan wordt gedacht bij experimenten met strakkere beleidsregels en minder vrije tarieven? Zijn deze experimenten dan in lijn met de bedoelingen van het voorliggende wetsvoorstel? Het is de bedoeling per 1 januari 2005 met een

experiment vrije prijsvorming voor de fysiotherapie te starten. Is dit nog steeds haalbaar? Immers, de minister zal het experiment fysiotherapie nog door middel van een aanwijzing aan het college moeten initiëren en daarna moet de aanwijzing worden voorgehangen bij de Kamer. Tegen de achtergrond, dat het hier om een wettelijke aanspraak gaat, zal de vrije prijsvorming kunnen betekenen, dat er een groter budget noodzakelijk is. Wordt dit op voorhand al afgewezen?

Wie overigens het kader aandachtspunten experimenten op zich laat inwerken, moet zich wel afvragen of deze veelheid aan aandachtspunten zorgaanbieders toch niet enigermate zal afschrikken. Uit het indicatieve overzicht blijkt tevens dat de stap van experiment naar een definitieve implementatie wel erg veel werkzaamheden en procedures met zich brengt.

Kan de minister toezeggen, dat met zo min mogelijk administratieve en andere werkzaamheden kan worden volstaan? Met andere woorden welk percentage aan overhead-kosten acht de minister reëel bij nakoming van deze voorschriften/aandachtspunten?

Nu reeds wordt duidelijk, dat er tussen de drie op stapel gezette wetsvoorstellen afstemmingsproblemen zullen ontstaan. Ter ondervanging hiervan wordt er één organisatorische eenheid op het departement ingericht om afstemming en samenhang te bevorderen. Hiermede zijn we er echter niet. Wat te denken van de patiënten/verzekerden en om hen gaat het toch die deze samenhang ook moeten gaan zien? Op welke wijze worden zij geholpen? Overigens kunnen ook voor de kleine instellingen de nodige problemen ontstaan.

De diverse maatregelen, die op de zorgaanbieders afkomen zijn zwaar, maar in het licht van de noodzakelijke fraudebestrijding wel te rechtvaardigen. Deze leden konden zich overigens vinden in het amendement-Vietsch dat in gewijzigde vorm in de wet is opgenomen. Wel stelden zij een nadere uiteenzetting over de limitatief opgesomde doelen op prijs. Wat wordt overigens exact beoogd met het strafbaar stellen van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars, die een foutieve declaratie of prestatie vergoeden of betalen? Kan alleen na betere interne controle fraude volledig worden uitgesloten? Zal dan de schade niet worden verhaald op de verzekerden? De zinsnede strafbaarheid van verzekeraars belemmert ongewenst gedrag en verhoogt de pakkans van zorgaanbieders behoeft wel enige toelichting.

De leden van de CDA-fractie worstelden nog met de nu voorgestane regeling met betrekking tot het declaratieverkeer. Immers, de overheid kan nu ook een clearinghouse-constructie opleggen, die diep kan ingrijpen in de verantwoordelijkheden van partijen. Wil de minister de voor- en nadelen van een dergelijke constructie nog eens duidelijk uiteenzetten? Uit de nota naar aanleiding van het verslag hadden deze leden begrepen, dat deze constructie vooral uitkomst moet bieden wanneer er bij partijen onvoldoende draagvlak voor afspraken bestaat. In hoeverre kan dan van overleg met betrokkenen voor oplegging van verplichtingen nog een oplossing worden verwacht?

De regering heeft geconstateerd, dat het streven naar een grotere transparantie breed wordt gedeeld. De leden van de CDA-fractie waren het hiermede eens, maar wilden toch ook aandacht geven aan een aantal kritische geluiden. Wie is uiteindelijk verantwoordelijk voor alle informatie die vrijkomt? In die zin, dat de informatie betrouwbaar en bovendien bruikbaar is? Zal ook van meet af duidelijk zijn waarvoor de informatie exact is bedoeld? Onlangs is een convenant met de zorgaanbieders in de AWBZ-sector gesloten. De zorgverzekeraars hebben dit convenant niet mee ondertekend. Ook patiënten/consumentenorganisaties zijn kritisch

over dit convenant en vrezen dat de kwaliteit van de zorgverlening hieronder zal lijden. Hebben de bewindslieden zich dit wel in voldoende mate gerealiseerd? De leden van de CDA-fractie wilden voorts gaarne uitgelegd zien hoe dit convenant zich nu verhoudt met de inhoud van de WTG-ExPres die met ingang van 1 januari a.s. van kracht moet worden. Een eerste indruk van de notitie over de Zorgautoriteit bracht de leden van de CDA-fractie tot de opmerking, dat dit toch wel een heel machtig orgaan wordt met een spagaat aan taken, waarvan het de vraag is of deze wel alleen bij één orgaan kunnen worden geconcentreerd. Deze leden zouden gaarne dan ook nog een nadere toelichting hierop zien. Bovendien oordeelden deze leden de relatie tot de NMa nog zeer diffuus.

Een aantal onderwerpen, dat in het kader van dit wetsvoorstel aan de orde is gesteld, heeft ook een plaats gekregen in de inbreng van deze leden over de wet herziening overeenkomstenstelsel zorg. De leden van de CDA-fractie stelden het dan ook op prijs, dat zij niet in herhalingen behoefde te vervallen en dat de drie wetten in samenhang kunnen worden behandeld.

2. PvdA-fractie

Positie verzekerden

De leden van de **PvdA**-fractie vroegen het kabinet allereerst toe te lichten 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. Kan ook worden verduidelijkt 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? Hoe is de verhouding 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?

Het was de leden van de PvdA-fractie onduidelijk waarom bij verzekeraars en het college meer bekend moet zijn dan de verstrekte DBCs? Waarom vraagt het CTG/Zaio naast de MDS (minimale dataset DBCs) ook informatie over de verzekeringscode en een gedeelte van de postcode van patiënten? Op welke wijze wordt een duidelijk onderscheid tussen het gebruik van gegevens ten behoeve van de uitvoering en de handhaving van deze wet, gegarandeerd? Kan daarbij specifiek worden toegelicht hoe voorkomen wordt dat natuurlijke of rechtspersonen meewerken aan hun eigen veroordeling?

De Commissie terugdringing administratieve lasten zorgstelsel heeft een clearinghouse voorgesteld om te komen tot een vermindering van de administratieve lasten, waarom is hier niet voor gekozen?

In de memorie van toelichting lazen de leden van de PvdA-fractie dat de effecten van de beperking van de trendmatige aanpassing en verbetering van de verplichte basisadministratie nog onderzocht zullen worden. (memorie van toelichting blz. 51 en 52) Is dit onderzoek reeds afgerond en kan de Eerste Kamer hier een afschrift van ontvangen?

Uitzonderingen en vernieuwingen

Wat wordt er precies verstaan onder prestatiebeschrijvingen? Welke

ruimte laat het invoeren van bindende en nauwkeurige prestatiebeschrijvingen voor uitzonderingen in specifieke gevallen? Is het toegestaan wanneer dat medisch gezien opportuun is om een bepaalde medische handeling, normaliter onderdeel van de prestatiebeschrijving, niet uit te voeren?

Hoe wordt in de prestatiebeschrijvingen voorzien in de noodzakelijke afwijkingen van een standaardbehandeling in het geval van multiple pathogenese waarbij over het algemeen sprake is van hogere kosten? In het kader van medisch-wetenschappelijk onderzoek zijn de mogelijkheden tot het uitvoeren van onderzoekstrials in meerdere ziekenhuizen van wezenlijk belang. Bij een trial wordt van het protocol afgeweken om een nieuwe behandelmethode te testen. Op welke wijze wordt daarin voorzien zodat meerdere ziekenhuizen kunnen deelnemen aan dergelijke trials? Als medische innovaties een betere behandeling mogelijk maken, hoeveel tijd is er dan gemoeid met het tot stand komen van een nieuwe prestatiebeschrijving? In hoeverre bestaat bij een lange introductietijd het gevaar van fraude of van een vermindering van de innovatie, zo vroegen deze leden.

Diversen

In de memorie van toelichting (blz. 61) lazen de leden van de PvdA-fractie dat er straks in een aantal gevallen dwingend een tarief kan worden opgelegd. Kan nader worden toegelicht waarom er niet voor gekozen is de gevallen waarin op deze wijze zal worden ingegrepen, in de toelichting aan te geven?

Als instellingen onder de Rijksarchiefwet vallen, hoe is dan de verhouding tussen de aanwijzingen van het college zoals genoemd in Artikel I, onderdeel R, artikel 30, en aanwijzingen van de Rijksarchivaris?

3. VVD-fractie

De leden van de **VVD**-fractie hadden met belangstelling kennisgenomen van het onderhavige wetsvoorstel, maar stelden wel een aantal vragen. De minister stelt dat er in de toekomst meer marktwerking moet komen, zij het dat er deelmarkten zijn in de zorg en dat dit mede afhankelijk is van het markttype waaronder het betreffende deel van de zorg valt. In de wetsvoorstellen met betrekking tot de afschaffing van de contracteerplicht en dat met betrekking tot de toelating van zorginstellingen stelt de minister dat de enige instrumenten die aan de overheid blijven (om het volume van zorg te regelen) zijn: de premiehoogte en de omvang van het pakket. Het CTG en straks de Zorgautoriteit beslissen over de prijzen voor zorgproducten en keuren de beleidsregels goed of af. Het is niet ondenkbeeldig dat er ook in de toekomst macrokaders worden vastgesteld.

Indien het CTG een beleidsregel vaststelt op basis waarvan reële prijzen worden vastgesteld, die echter wel tot gevolg hebben dat het macrokader wordt overschreden, wat is dan de positie van de minister? Past het dan dat hij die beleidsregels afwijst? Kan de minister vooraf aanwijzingen geven aan het CTG dat bepaalde vormen van zorg een bepaald kosten-niveau niet mogen overstijgen? Indien partijen het samen eens worden over een bepaald product met bijbehorende prijs, kan het CTG weigeren dit vast te stellen c.q. hiervoor een beleidsregel op te stellen of aan te passen?

In een aantal situaties/sectoren zal er (voorlopig) geen sprake zijn van vrije prijsvorming. In feite vormen de Kamers van het CTG nu het forum voor partijen om consensus te bereiken.

De minister is voornemens de brancheorganisaties geen plaats meer te

bieden in het CTG/Zorgautoriteit. Betekent dit dat de Kamers worden afgeschaft? Op welke wijze kunnen belanghebbende partijen hun mening geven, met name zolang er geen sprake is van vrije prijzen? Wat gebeurt er indien het college geen gehoor geeft aan de wensen van partijen? Dienen partijen zich dan (weer) rechtstreeks tot het ministerie te wenden indien zij bijvoorbeeld geen gehoor vinden bij het college voor nieuwe zorgproducten, die zij willen invoeren die eventueel extra kosten met zich brengen?

Het CTG kan blijkens dit wetsvoorstel landelijk bindende prestatie beschrijvingen voor bepaalde (deel)producten vaststellen, zo vervolgden de leden van de VVD-fractie. Bestaat het risico dat het college in feite gaat vaststellen welke producten in de zorg geleverd mogen worden? (Vergelijk de voormalige Ziekenfondsraad die inhoud en omvang van de ziekenfonds-verstrekingen vaststelde.)

4. fracties D66 en OSF

De fracties van **D66** en **OSF** konden zich in grote lijnen vinden in de vier sporen van het wetsvoorstel. Ook zagen zij per saldo voordelen van financiering via diagnose behandel combinaties. Zij vroegen zich wel af met welk kostenvoordeel het kabinet heeft gerekend, of zal gaan rekenen, als de wet zijn werking krijgt. Immers meer prestatieprikkels leiden tot lagere kosten tegen een betere kwaliteit. Met andere woorden: welk concreet bedrag hangt samen met het kostenvoordeel?

De leden van deze fracties maakten zich zorgen over de concentratie van de markt van zorgverzekeraars. Is het aantal aanbieders, 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?

Deze leden waren nog niet goed in staat om te kunnen beoordelen welke toe- of afname aan regels, administratieve lasten en extra formatieplaatsen die uit de zorgbudgetten gefinancierd dienen te worden de stelselwijziging met zich brengt. Kan het kabinet een helder overzicht hierover presenteren? Ook hadden de leden van de fracties van D66 en OSF de indruk, mede gebaseerd op de brief van de NVZ van 7 oktober jl., dat het toezicht, toezichthouders en toezichtregels, veel overbodige last geeft. Op welke wijze wil het kabinet dit beter stroomlijnen en een reductie van 25% lastendruk realiseren? Hoe ziet het stappenplan van deze omvorming eruit?

Iedere verzekeraar kan in de toekomst een tarief aanvragen voor nieuwe behandelmethoden. Hoe kan worden voorkomen dat er een vrijwel onuitputtelijke lijst van DBCs gaat ontstaan die slechts op details van elkaar verschillen? Hoe denkt het kabinet te komen tot een objectieve beschrijving van DBCs die concreet en onderscheidend van elkaar zijn, maar toch voldoende ruimte laat voor innovatieve vernieuwing binnen een dbc?

Ten slotte vroegen deze leden hoe het kabinet denkt over het onderbrengen van patiëntenbelangen bij de Consumentenbond.

5. SP-fractie

De WTG ExPres zal een aantal wijzigingen aanbrengen in de Wet tarieven gezondheidszorg, zo vervolgden de leden van de **SP-fractie**. Hiermee wordt de weg vrij gemaakt om experimenten met marktwerking te

houden en komt er de mogelijkheid prestatiegerichte bekostiging in te voeren. Nevendoel moet zijn het voorkomen van onnodige bureaucratie en het tegengaan van fraude. De wet is een raamwet, hij geeft instrumenten/ kaders aan, bij concrete toepassing zijn de gevolgen pas zichtbaar. De wet is op korte termijn nodig om per 1 januari 2005 vrije onderhandelingen over 10% van de DBCs en om experimenten met marktwerking in de fysiotherapie te introduceren. De leden van de SP-fractie stelden de volgende vragen.

Het is zonneklaar dat voor de minister ook met dit wetsvoorstel het einddoel is: gereguleerde marktwerking, een tautologie die verwarring wekt. Het is opvallend hoe weinig visie en motivering casu quo bezieling ook uit dit wetsvoorstel spreekt. Wat is de visie van de minister, waarom komt hij tot de conclusie dat gereguleerde marktwerking het antwoord is op de constatering dat de kosten van de zorg de pan uitrijzen en waarom verkoopt hij zijn visie zo slecht, zo vroegen deze leden. Het is toch niet voor niets dat de Raad van State concludeert dat er weinig toelichting is op de visie waarom en hoe er te komen?

De uitvoering van de WTG en nu ook de WTG ExPres lag van oudsher in handen van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). De minister wil het CTG doen opgaan in de Zorgautoriteit, hij heeft een uitgebreide brief uit doen gaan over taken en bevoegdheden van de zorgautoriteit, nu nog in oprichting. Als deze leden de brief goed hebben gelezen, zegt de minister dat de Zorgautoriteit op aanwijzing van de minister werkt, maar dat de minister niet als voorheen beleidsregels goed- of afkeurt. Wanneer wordt deze verandering operationeel en op welke wijze komt een evenwichtige vaststelling van beleidsregels tot stand, zeker nu de institutionele advisering van belangenorganisaties in de verschillende kamers wordt herijkt? Hoe denkt de minister de professionele kennis binnen de Zorgautoriteit te kunnen waarborgen ervan uitgaande dat belangenorganisaties niet louter financieel gewin in hun vaandel hebben, maar vanuit hun inhoudelijke kennis ook een bijdrage aan de kwaliteit van zorg kunnen leveren? Bij wie kunnen beroepsgroepen in beroep gaan, als zij constateren dat een beleidsregel haaks staat op hun professionele standaard?

Een diversiteit van tarieven, zoals een gevolg kan zijn van de WTG ExPres, kan een hoeveelheid aan bezwaarprocedures met zich brengen. Hoe schat de minister dit in?

Kan de minister bevestigen dat het werken met DBCs ondanks alle negatieve berichten inderdaad per 1 januari 2005 begint en wil hij voor de leden van de SP-fractie nog eens alle argumenten op een rij zetten waarom hij toch doorgaat met dit geldverslindende, infrastructurele project? Hoe is het toch mogelijk dat, ondanks alle negatieve signalen uit het veld, doorgezwommen wordt in deze fuik? Het is geen prikkel tot doelmatigheid, het zet aan tot meer productie van ook nog eens lucratieve en soms ook overbodige zorg en het is fraudegevoelig. Graag ontvingen deze leden een reactie van de minister hierop en op de mening van menig medisch specialist dat het hele DBC-circus een groeiende papieren rompslomp is die ook nog eens ten koste gaat van de patiëntenzorg. (Medisch Contact nr. 39 blz. 1394-1395).

Met de introductie van de DBC-systematiek wordt het mogelijk te concurreren op prijs en kwaliteit. Wat heeft de minister voor ogen als hij het heeft over concurrentie op kwaliteit? Bedoelt hij dan ook dat er op medisch inhoudelijke kwaliteit geconcurrereerd kan worden, zo wilden deze leden weten. Vindt hij dat acceptabel?

Het CTG heeft inmiddels een macroneutraal uurtarief voor specialisten vastgesteld, dat bij de kostprijsbepaling van DBCs wordt gebruikt. Uitgegaan wordt van 140 euro per uur. Op welke wijze is dit uurloon tot stand gekomen, is hier ook de tijdsbelasting in mee genomen die het registreren van de DBCs kost en hoe hoog acht de minister de kans dat volgend jaar de commissie-Korthals Altes, die een normatief uurloon moet bepalen, uitkomt op een lager tarief? Is bij de bepaling van het tarief door deze commissie macrobudgettaire neutraliteit uitgangspunt? Hoe verhoudt zich een vast uurloon tot de idee dat er prestatiebekostiging moet komen, gaat het nu over een uniforme honorariumcomponent of is het in theorie mogelijk dat een ziekenhuis of ZBC naast de onderhandelingen, die zij moet voeren met zorgverzekeraars ook met de medische specialisten (individueel) moet onderhandelen over prestatiebekostiging? Of is dat de taak van de zorgverzekeraar?

Huisartsen krijgen op dit moment voor hun diensten buiten kantoor tijden een normatief uurtarief van 45 euro, om vervanging te kunnen regelen moeten zij zelf overigens minstens 60 euro aan de waarnemer betalen. Dit staat in geen verhouding tot het uurloon waarop specialisten kennelijk aanspraak kunnen maken. Kan de minister dit verschil verklaren? De leden van de SP-fractie verwachtten dat dit hoge tarief zal leiden tot hogere beloningseisen in andere sectoren van de zorg, waaronder die van de huisartsen. Graag ontvangen zij een reactie van de minister.

6. Fracties van SGP en ChristenUnie

Het strafbaar stellen van zorgverzekeraars die onjuiste declaraties vergoeden maakt het onmogelijk om verzekerden die te hoge notas hebben voorgesloten schadeloos te stellen, zo constateerden de leden van de fracties van **SGP** en **ChristenUnie**. Dit lijkt op een omstandigheid dat het slachtoffer van een strafbaar feit wordt gestraft. Niettemin stelt de regering voor nu of op termijn restitutie mogelijk te maken in een sociale ziektekostenverzekering. Hoe valt een en ander te rijmen?

De WTG ExPres biedt de overheid mogelijkheden om verplichting op te leggen aan onder andere verzekeraars om informatie aan derden (bijv. een informatie-instituut) aan te leveren. In hoeverre zal de overheid van deze bevoegdheid gebruik maken? Bestaat hieromtrent een plan van aanpak? Kan de regering ingaan op de vraag of en waaronder een afzonderlijk instituut voor DBC-informatie (anders dan het onderhouds-orgaan) wordt opgericht? In hoeverre en in welke mate leidt een dergelijke aanpak tot vermindering van administratieve lasten, zowel aan de zijde van de overheid als aan de zijde van het veld, zo vroegen deze leden.

IV. WET TOELATING ZORGINSTELLINGEN (27 659)

1. CDA-fractie

De leden van de **CDA**-fractie, kennisgenomen hebbende van het voorliggende wetsvoorstel, bleven ook na de aangebrachte wijzigingen hiermede toch de nodige moeite houden. Ook al zullen de AMvBs nu worden voorgehangen, in samenhang met de delegatiebepalingen kunnen essentiële onderdelen nog altijd naar believen worden uitgebreid of beperkt. Deze leden bleven dan ook voorkeur houden voor opneming van de belangrijkste normen en waarborgen in de wet zelf. Dit ter verkrijging van een objectief, toetsbaar stelsel.

Terecht stelt de Raad van State, dat betrokkenen hierdoor hun rechten en plichten kunnen kennen en tevens worden de uit het gemeenschapsrecht voortvloeiende rechten dan verzekerd. Deze leden hadden dan ook

behoefte aan een duidelijke uitleg waarom het advies van de Raad van State terzake toch niet is gevolgd, althans maar zeer beperkt is gevolgd.

De moeilijkheid met het wetsvoorstel is vooral, dat het kabinet de sturing van de aanbodcapaciteit niet ongeclausuleerd wil loslaten zonder dat er een volwaardig alternatief voor kostenbeheersing voorhanden is. De uitkomst van dit tijdpad is echter nog niet vast te stellen. Er kan dus slechts sprake zijn van een (zeer?) geleidelijke overdracht aan partijen, per deelmarkt weer anders in te vullen. Dit bracht met zich mee, dat de reikwijdte van het voorgestelde wettelijke kader, alsmede de toepassing van essentiële voorwaarden, bij lagere regelgeving kon worden uitgebreid of beperkt. Tevens was voorzien in ingrijpende afwijkmogelijkheden. Gelet op de kritiek van de Raad van State, is nu wel het toepassingsgebied in de wettekst opgenomen, maar dit laat onverlet, dat aan wezenlijke punten van kritiek niet is tegemoetgekomen. Is het ook geen teken van zwakte het wetsvoorstel is immers op een vijftal onderdelen wel gewijzigd dat op de diverse verzoeken uit de Tweede Kamer om een nader advies aan de Raad van State te vragen, niet is ingegaan? In de tijd gezien, was dit mogelijk geweest, helaas thans niet meer, wil er geen aanzienlijke vertraging optreden. Het verweer van de minister de wijzigingen betroffen vooral aanpassingen om onduidelijkheden weg te nemen beoordeelden de leden van de CDA-fractie als uitermate zwak, gelet op de fundamentele kritiek van de Raad van State. Kan, zo vroegen deze leden, nog eens duidelijk worden uiteengezet waarom bovendien de eerste fase van de overgang naar een vraaggericht stelsel zich niet binnen een gewijzigde WZV had kunnen voltrekken? Voor de aansluiting aan de uitvoeringspraktijk had deze oplossing ook volstaan.

Hiernaast zal in een aantal opzichten wel worden gedereguleerd, maar evenzo vele malen of nog meer is er sprake van nieuwe regels. Hoe verhoudt zich dit met de in dit kader door het kabinet gestelde beleidsprioriteit?

Nieuw is in het wetsvoorstel een expliciete bepaling over de mogelijkheid om aan instellingen winstoogmerk toe te staan. 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 ondervangen? 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?

De minister zal overigens nog laten berekenen wat de gevolgen zijn voor de administratieve kosten. Wanneer komen deze berekeningen beschikbaar? Acht de minister het bovendien niet een ongewenste ontwikkeling, dat met de regelgeving in de hand door opeenvolgende bewindslieden in wisselende coalities een sterk wisselend beleid van ingrijpen kan worden gevoerd? Wordt juist hierdoor de rechtszekerheid van de instellingen niet in sterke mate geweld aangedaan, zo vroegen de leden van de CDA-fractie.

De regiovisie is voorts geschrapt. Was er hier nu uitsluitend sprake van overbodige bureaucratie? Of bood juist het gezamenlijk tot stand brengen

van een regiovisie de mogelijkheid de nodige samenhang in de keten van voorzieningen aan te brengen? Wat wordt in dit kader prijs gegeven en wat krijgen wij ervoor terug, zo vroegen de leden van de CDA-fractie zich af? Ervan uitgaande, dat uiteindelijk een of andere vorm van gereguleerde marktwerking zal worden gehanteerd, had het deze leden verontrust, dat de minister niet kan uitsluiten, dat de kosten als gevolg van de gereguleerde marktwerking toch uit de hand zullen lopen. Dan kan alleen worden ingegrepen in de omvang en samenstelling van het pakket, al dan niet in combinatie met eigen betalingen. Acht de minister het verantwoord patiënten de dupe te laten worden van falend beleid elders in de gezondheidszorg? Het tijdens de behandeling in de Tweede Kamer nog ontbreken van de beleidsvisie werd terecht als een groot bezwaar ervaren. Deze algemene beleidsvisie uit hoofde van artikel 2 zal nu in deze maand de Kamer alsnog bereiken. De leden van de CDA-fractie onthielden zich in dit stadium dan ook van het stellen van vragen over deze beleidsvisie. Wel gingen zij ervan uit, dat op basis van het aangenomen amendement-Van der Vlies deze beleidsvisie thans meer zal omvatten dan het referentiekader acute zorg. Deze leden gingen er tevens van uit, dat in de beleidsvisie ook duidelijk zal worden onder welke voorwaarden zorginstellingen straks winst mogen maken, op basis van welke criteria zorginstellingen straks toegelaten worden tot de markt, enz. enz. Op grond van de beleidsvisie zullen dan de beleidsregels ofwel ministeriële regels worden ontwikkeld. Het moet toch mogelijk zijn tegelijkertijd met de beleidsvisie, ook zonder concreet uitgewerkte beleidsregels, deze reeds in hoofdlijnen aan te geven? Hadden deze leden het goed begrepen, dat aan deze beleidsregels niet voortdurend zal worden getornd, omdat citaat minister Een goede marktwerking gepaard moet gaan met een zekere voorspelbaarheid?

Bij afkeuring van de beleidsvisie, de beleidsregels en de AMvBs kan de wet niet in werking treden, zo is gesteld. Hoe echter te handelen bij afkeuring van enkele AMvBs? Dan zal toch met de inwerkingtreding moeten worden gewacht op de aanvaarding van een herziene AMvB? Welke onderdelen zullen nu eventueel per 1 januari 2005 van kracht worden? Hoe dit alles verder ook zij en ofschoon de minister uiterste zorgvuldigheid heeft toegezegd, deze leden bleven hun bezwaren houden tegen een zo vergaand regelen van belangrijke inhoudelijke elementen via de AMvBs. Dit temeer, omdat de minister duidelijk heeft gesteld niet op voorhand te kunnen toezeggen, dat moties, waarin de wensen tot verandering van de zijde van de Kamer zijn vastgelegd, in alle gevallen zullen worden uitgevoerd!

Er is ook een notitie toegezegd over de kapitaallasten en de verdere liberalisering van het bouwregime tegen februari 2005. Wat betekent dit voor de betreffende AMvB? Kan een overzicht worden gegeven van alle toegezegde notities met de hierbij horende tijdstippen? Het is ook duidelijk geworden 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? Naar het oordeel van de leden van de CDA-fractie had het weinig zin nu bij hen levende vragen over de inhoud van de AMvBs reeds te stellen. Het is de minister voldoende bekend welke bezwaren in dit kader ook in het veld leven. Zij wilden dan ook met deze beperkte inbreng voorlopig volstaan.

2. PvdA-fractie

Welke gevolgen zal het faillissement van een zorginstelling hebben voor dunner bevolkte regio's met een beperkt aantal zorginstellingen, zo vroegen de leden van de **PvdA**-fractie vervolgens. Kan precies worden uiteengezet hoe de uitvoering van het wetsvoorstel zal leiden tot

veranderingen in de positie van zorginstellingen? Welke verplichtingen die nu voor zorginstellingen gelden, komen te vervallen en welke nieuwe eisen worden aan zorginstellingen gesteld? Kan in het antwoord nauwkeurig worden aangegeven welke knelpunten die bij de uitvoering van de WZV bestaan, worden verholpen door de Wtzi en die niet verholpen hadden kunnen worden door nieuwe AMvBs? Kan ten slotte uiteengezet worden wat de financiële consequenties van deze veranderingen zijn voor zorginstellingen, zorgverzekeringen, toezichthouders en overheden?

Wat zullen de gevolgen zijn van het niet opnemen van capaciteit, met name voor de acute zorg in kleine ziekenhuizen, zo vroegen deze leden. Wordt de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd personeel niet een probleem als de capaciteit die voor acute zorg beschikbaar moet zijn in het ziekenhuis, niet vast ligt? 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?

In de memorie van toelichting lezen de leden van de PvdA-fractie (blz. 20) 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 een winstoogmerk is toegestaan, gevolgen hebben voor de collectieve lasten. Kan in het antwoord betrokken worden het onderzoek uit de Verenigde Staten (Mark G. Duggan, Hospital market structure and Behavior of Not-for-profit Hospitals: Evidence from Responses to Californias disproportionate share program (Cambridge MA 2000)), waaruit blijkt dat het toestaan van een winstoogmerk ook leidt tot hogere prijzen bij instellingen zonder een winstoogmerk.

De leden van de PvdA-fractie vroegen vervolgens 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 met vijftig jaar lang. 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 vroegen ook wat de gevolgen voor instellingen in de grensstreek zullen zijn, van het 12,5 procent prijsverschil met instellingen in het nabije buitenland, waaraan in de Tweede Kamer werd gerefereerd?

In het voorliggende wetsvoorstel komen de normstelling en de uitvoering daarvan samen in één hand. Ware het voor de concurrentiemogelijkheden en de liquiditeitspositie van instellingen niet beter dat de normstelling in de wet was vastgelegd, zodat op de langere termijn meer duidelijkheid bestaat over de eisen waaraan zij moeten voldoen?

Waarom is met het oog op de beperking van de administratieve lastendruk niet gekozen 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?

Ten slotte vroegen deze leden hoe het saneringsfonds zich verhoudt tot de middels dit wetsvoorstel ingevoerde marktwerking. Licht het niet meer voor de hand dat de taken van het saneringsfonds door het veld worden georganiseerd?

3. VVD-fractie

De leden van de **VVD**-fractie hadden met belangstelling kennisgenomen van de gewijzigde wet Toelating zorginstellingen, maar wilden toch een aantal vragen stellen ten aanzien van de inhoud van de voorgestelde wijzigingen.

De minister heeft bij de wijziging van het wetsvoorstel de woorden toestemming vervangen door toelating, daarmee het begrip exploitatie loslatend. Voorts worden de begrippen beleidskader en beleidscriteria gewijzigd in een (vierjaarlijkse) visie van de minister en beleidsregels. Wat worden de criteria op basis waarvan de toelating zal plaatsvinden, zo vroegen deze leden. 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? Ziekenfondsen mogen eigen instellingen hebben, zo vervolgden de leden van de VVD-fractie. Gaat de minister voor de toelating dezelfde criteria hanteren als voor andere (rechts)personen die om toelating vragen?

Een natuurlijk persoon kan, zelfs zonder dat er sprake is van een behandelcentrum, diensten op het gebied van de gezondheidszorg leveren (bijvoorbeeld een particulier bureau voor thuiszorg dat werkt via een netwerk van zelfstandig opererende verpleegkundigen). Kan een natuurlijk persoon of rechtspersoon, die geen winstoogmerk heeft, een zorginstelling 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?

De minister onderscheidt drie verschillende markttypen, zo vervolgden deze leden. Betekent dit ook dat de beleidsregels voor de instellingen die onder een bepaald type vallen verschillen qua inhoud van die welke onder een ander markttype vallen? 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/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 kapitaalsgoederen 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?

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?

De minister stelt dat het beleid is gericht op overcapaciteit teneinde meer marktwerking te realiseren. Op welke wijze wordt dit 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?

In artikel 12 kan de minister aan een toelating voorschriften verbinden, aldus de leden van de VVD-fractie. Kunnen deze voorschriften ook betrekking hebben op de (wijze van) exploitatie?

Het wetsvoorstel kent een saneringsregeling. Kan een toegelate instelling failliet verklaard worden of gedwongen worden tot sanering? Wat gebeurt er indien er geen andere zorgaanbieder bereid is in te springen en de nodige zorg te gaan leveren?

4. Fracties D66 en OSF

De leden van de fracties van **D66** en **OSF** hadden graag gezien dat de Raad van State opnieuw over deze gewijzigde wet zou adviseren. De argumenten van het kabinet om dit niet te doen vonden zij mager. Vervolgens vroegen zij de minister nog eens nauwkeurig uiteen te zetten hoeveel en welke elementen van de bedrijfsvoering van instellingen in het kader van deze wet relevant zijn. Kan het kabinet feitelijk aantonen in welke mate en door welke maatregelen de administratieve lasten dalen?

Zorginstellingen zullen als gevolg van deze wet een groter eigen vermogen moeten opbouwen. De middelen hiervoor komen uit de exploitatie, dus worden onttrokken aan de zorg. Kortom: minder zorg om vermogen op te bouwen. Hoe kijkt het kabinet hiertegen aan? En is bij benadering een schatting te maken van de omvang hiervan? De leden van

deze fracties waren ook benieuwd naar welke maatregelen het kabinet neemt om onnodige reservevorming bij zorginstellingen tegen te gaan. Komen er richtlijnen, financieel toezicht? Welke garanties kan het kabinet geven om het voortbestaan van de kleine regionale ziekenhuizen te waarborgen?

5. SP-fractie

De Wet toelating zorginstellingen is een nieuwe versie van de Wet Exploitatie zorginstellingen en is de laatste in dit drieluik dat dient ter begeleiding van de overgang van een stelsel van centrale aanbodsturing naar een decentraal vraaggericht stelsel, zo merkten de leden van de **SP**-fractie op. De wet is een kaderwet, ook wel proceswet, waarbij de visie van de minister met betrekking tot een doelmatig, evenwichtig en een voor ieder toegankelijk stelsel van gezondheidszorg en de exploitatie-toestemming centraal staan. Exploitatietoestemming is vereist voor niet winstbeogende instellingen, die zorg verlenen waarvan de kosten op grond van de AWBZ of de Ziekenfondswet worden vergoed. Zelfstandige behandelcentra (ZBC) en ziekenhuizen, waarvan de kosten van de zorgverlening (deels) privaat worden vergoed vallen ook onder het toestemmingsvereiste. Met de Wtzi wordt het verbod om winst te maken losgelaten. In de toekomst kan behaalde winst terugvloeien naar private investeerders, ook wordt de mogelijkheid van sponsoring ingevoerd. De leden van de SP-fractie stelden vervolgens de volgende vragen.

In de discussie in de Tweede Kamer werd terecht opgemerkt dat deze wet een holle wet is. De minister werkt nog aan een visie en een beleidskader, er komen beleidsregels en iedere invulling van de wet wordt door middel van Algemene maatregelen van Bestuur en een voorhangprocedure met inspraak openbaar gemaakt. In het beleidskader komen in ieder geval eisen ten aanzien van spreiding en toegankelijkheid, er moeten garanties zijn voor de bereikbaarheid van acute zorg en basiszorg. Kan de minister gedetailleerder dan tot nu toe of in ieder geval systematischer dan tot nu toe toelichten wat de stand van zaken is ten aanzien van visie, beleidsregels en AMvBs? Wanneer is er meer duidelijkheid over de invulling en reikwijdte?

De minister stelt dat er geen acute zorg zonder basiszorg en ondersteunende specialismen kan zijn. Ook zegt hij dat men tot een regionale acute zorgketen moet komen en dat hier eerder samenwerking dan concurrentie vereist is, zeker in dunbevolkte gebieden. Welke specialismen vallen onder basiszorg 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 wilden deze leden ook de vraag naar de zorgplicht stellen.

Er is al veel gediscussieerd over het introduceren van winstoogmerk. Het zal de minister niet verbazen, dat de leden van de SP-fractie daar helemaal niets in zien. 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. Deze leden dachten dat de werkelijkheid weerbarstiger is dan dat de minister denkt, kan hij hen gerust stellen?

De leden van de SP-fractie hadden goed begrepen dat pas in februari een notitie van de minister is te verwachten over de modernisering van de financiering van de kapitaallasten van zorginstellingen. Welke elementen komen hierin aan de orde? Zij waren het met de minister eens dat de modernisering zeer geleidelijk zal moeten gaan gezien de enorme investeringen die ziekenhuizen in het verleden hebben gedaan en in de toekomst moeten doen. Als ziekenhuizen straks via DBCs kapitaallasten zelf moeten terugverdienen zal er een volstrekt andere dynamiek en verantwoordelijkheidsverdeling ontstaan. Naast het risico dat het kostprijs opdrijvend zal werken, kan ook de kwaliteit van ziekenhuisbouw er onder lijden, omdat de kosten moeten worden terugverdiend via hogere efficiency en productie. Graag zagen deze leden dat dit aspect wordt meegenomen in de beloofde notitie.

Het veld is gevraagd een zorgveld brede corporate governance code op te stellen met gebruikmaking van de suggesties van de commissie-Meurs. Wanneer is deze code te verwachten?

6. Fracties van SGP en ChristenUnie

In het kader van de behandeling van dit wetsvoorstel is kritiek gekomen, aldus de leden van de fracties van **SGP** en **ChristenUnie**, over de omstandigheid dat toelating getoetst zou moeten worden aan het exploitatiekader. Later is deze toetsing losgelaten. De memorie van toelichting stelt daarover: het toetsen van aanvragen van nieuwe toetreders op basis van de voorgenomen productie past niet bij de duidelijke keuze voor een vraaggericht systeem. Kan worden verduidelijkt waaraan toelating getoetst zal worden? Hoe zal in dit verband worden omgegaan met de situatie dat er sprake is van een duidelijke spanning tussen het macrobudget en de vraag naar zorg, zo vroegen deze leden tot besluit.

De voorzitter van de commissie,
Van Leeuwen

De griffier van de commissie,
Janssen