

Vergaderjaar 2004–2005

**28 994**

**Wijziging van de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten, in verband met herziening van het overeenkomstenstelsel in de sociale ziektenkostenverzekering alsmede enkele andere wijzigingen (Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg)**

**29 379**

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

**27 659**

**Vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoedienis met het aanbod van zorginstellingen (Wet toelating zorginstellingen)**

**E**

**NADER VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT<sup>1</sup>**

Vastgesteld 10 november 2004

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport is door de beantwoording in de memorie van antwoord van de vele door de verschillende fracties in het voorlopig verslag gestelde vragen nog niet overtuigd geraakt van de noodzaak zowel het wetsvoorstel WTG ExPres, als de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg en de Wet toelating zorginstellingen vóór 1 januari 2005 (vóór het Kerstreces) af te handelen. De commissie verzoekt de minister dan ook haar op overtuigende wijze uiteen te zetten waarom thans niet zou kunnen worden volstaan met de afhandeling van de WTG ExPres; de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg zou mogelijk kunnen worden aangehouden tot de behandeling van de Zorgverzekeringswet.

De verdere behandeling van de Wet toelating zorginstellingen lijkt op dit moment minder opportuun, mede gelet op de nog noodzakelijke wetgeving.

De leden van de **CDA**-fractie wilden bij de commissievraag aansluiten met enkele beknopte opmerkingen en vragen. De kritische inbreng van deze fractie is niet alleen veroorzaakt door het in de voorliggende «proces»-wetten nog veel in het ongewisse laten, maar ook door de noodzakelijk geachte haast. Zo zullen de Eerste Kamer nog belangrijke stukken (zie memorie van antwoord, pag. 2) bereiken op een moment dat de fracties hun oordeel met betrekking tot de wetsvoorstellen al hebben

<sup>1</sup> Samenstelling: Werner (CDA), Van Leeuwen (CDA) (*voorzitter*), Van den Berg (SGP), Dupuis (VVD), Swenker (VVD), Hamel (PvdA), Nap-Borger (CDA), Slagter-Roukema (SP), Schouw (D66), Putters (PvdA) en Thissen (GL).

moeten geven. Hierdoor valt het moeilijk tijdig voldoende draagvlak te creëren voor deze toch zo uiterst belangrijke en ingrijpende structuurwetten.

Door de grote haast zijn in de diverse gewisselde stukken ook onnauwkeurigheden geslopen. Zo staat bijvoorbeeld in de recente brief over de «liberalisering electieve zorg» dat de minister overweegt een separaat opleidingsfonds voor de curatieve zorg te creëren voor die opleidingen die marktversturend kunnen werken, terwijl in andere stukken deze overweging al heeft geleid tot een definitieve beslissing. Volstrekte duidelijkheid terzake is noodzakelijk, omdat de toegankelijkheid van de zorg, zoals de minister stelt, in het geding komt, wanneer door tekorten op de arbeidsmarkt geen personeel beschikbaar is. Zo zijn er meer voorbeelden te geven.

Inhoudelijk waren bij deze leden de nodige vragen over de gegeven antwoorden gerezen, bijvoorbeeld rond de uitkomsten van de DBC's, het verzoenen van conflicterende belangen, de beperking van de keuzevrijheid, winstuitkeringen (bij GGZ-instellingen?), de regionale spreiding, de invloed van de patiënten, de restitutie, de privacybescherming, e.d. Hierop zullen zij plenair terugkomen. In ieder geval wilden de leden van de CDA-fractie nogmaals benadrukken, dat voor hen een eventueel niet op de gewenste wijze uitwerken van de voorgestelde structuurwijzigingen niet noodzakelijkerwijze mag leiden tot gebruikmaking van mogelijkheden als bijvoorbeeld pakketverkleining.

Voorts wilden de leden van de CDA-fractie gaarne nog antwoorden op de vragen over extra voorlichting, met name aan de analfabeten, over de «report card» en de verantwoordelijkheid hiervoor.

Tenslotte was het deze leden opgevallen dat enkele malen aan de CDA-fractie in de beknopte samenvatting van de gestelde vragen geen recht wordt gedaan, zoals bijvoorbeeld in vraag en antwoord 88. De vraag was geënt op de magere oogst, die de minister zelf in uitzicht heeft gesteld.

De leden van de **PvdA**-fractie hadden met belangstelling kennisgenomen van de antwoorden van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in de memorie van antwoord. Wel gaven de antwoorden hun aanleiding tot het stellen van de volgende aanvullende vragen.

Allereerst vroegen deze leden hoe groot de te verwachten mobiliteit is van mensen in hun laatste levensfase, wanneer ongeveer een derde van de totale zorgkosten worden gemaakt. Zij dachten hierbij bijvoorbeeld aan mensen op hoge leeftijd die tot dan toe gezond waren, maar nu geconfronteerd worden met een aandoening waarvoor zij behandeld moeten worden. Kan aan deze mensen geweigerd worden, te worden behandeld door de zorginstelling in de buurt? Wat denken de verzekeraars dat de werkelijke mogelijkheden zijn om patiëntenstromen te sturen? Is het ook denkbaar dat bijvoorbeeld de GGZ-instelling om de hoek wordt uitgesloten?

Kan nader toegelicht worden waarom verwacht wordt dat een gefaseerde invoering van marktwerking kan voorkomen dat er «krenten uit de pap» worden gehaald, zo vroegen deze leden. Het aanbieden van alleen electieve zorg, maakt het mogelijk die electieve zorg goedkoper uit te voeren, dan dat kan bij een instelling die naast electieve zorg ook acute zorg aanbiedt. Moeten deze leden de memorie van antwoord zo begrijpen dat voor de electieve zorg bij een instelling die ook acute zorg levert, een hoger tarief wordt berekend? Zo ja, hoe moet dit gezien worden in het

licht van de concurrentie met de andere aanbieder? Kan een definitie worden gegeven van acute/spoedeisende zorg en electieve zorg?

In de memorie van antwoord wordt op vraag 48 een antwoord gegeven in het geval de omgekeerde contracteerplicht wel geldt. De leden van de PvdA-fractie vroegen naar de situatie waarbij de omgekeerde contracteerplicht is afgeschaft. In dat geval, zo lazen zij in de wet HOZ, zijn instellingen verplicht om met een ziekenfonds dat daarom vraagt dezelfde overeenkomst af te sluiten als met een ander ziekenfonds al is afgesloten. Welke prikkels voor aanbieders en verzekeraars gaan hiervan uit?

In de huidige situatie hebben verzekeraars beperkt inzicht in de kwaliteit van de gecontracteerde zorg. Zou, als de klachten van verzekerden via de verzekeraar lopen, dat de verzekeraar niet een schat aan informatie opleveren? Zou de rol van de verzekeraar als countervailing power ten opzichte van de aanbieder niet verbeteren als de verzekeraar de patiënt ondersteunt bij het indienen van een klacht bij een aanbieder? Zou deze rol als countervailing power niet ook versterkt worden als patiënten verenigingen betrokken worden bij het sluiten van contracten?

Begrepen de leden van de PvdA-fractie het goed dat instellingen voor die gevallen dat er sprake is van multiple pathogenese aparte tarieven met verzekeraars moeten afspreken?

Er wordt veel waarde gehecht aan het «stemmen met de voeten». Zal mogelijke risicoselectie voor de aanvullende verzekering, het «stemmen met de voeten» voor de verzekering voor het basispakket niet hoogst onwaarschijnlijk maken? In het geval er bijvoorbeeld bij een verzekerde een chronische ziekte wordt geconstateerd, hoe groot is dan de kans dat hij bij een andere verzekeraar een verzekering voor een vergelijkbaar aanvullend pakket kan afsluiten? Betekent in het geval dat een verzekerde met een chronische ziekte weinig kans heeft geaccepteerd te worden voor een aanvullend pakket bij een andere verzekeraar dan zijn huidige verzekeraar, risicoselectie voor de aanvullende verzekering, in feite niet ook risicoselectie voor het basispakket, zo vroegen deze leden. Of kan het basispakket worden afgenomen bij een andere verzekeraar dan waar de aanvullende verzekering is afgesloten?

In de brief van het College Bescherming Persoonsgegevens over de zorgverzekeringswet van 12 mei 2004 lazen deze leden: «De formulering dat «persoonsgegevens die noodzakelijk zijn voor uitvoering van de zorgverzekering of van deze wet» moeten worden verstrekt of ter beschikking worden gesteld, is op zich niet voldoende specifiek. Het criterium «noodzakelijk» zal daarom verder moeten worden ingevuld.» Het was deze leden opgevallen dat de formulering in de WTG Express weinig verschilt van die in de zorgverzekeringswet. Is de kritiek die het College Bescherming Persoonsgegevens heeft geuit op de voorgestelde zorgverzekeringswet ook niet van toepassing op de WTG Express? Deze leden vroegen zich voorts af of niet ook de aard van de gegevens nader moet worden ingevuld.

In het antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie naar de verhouding van de WTG Express met de WBP en Europese richtlijn 95/46/EG tot bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens, lazen deze leden: «Er zijn mij geen onregelmatigheden bekend in het wetsvoorstel of in de beoogde uitwerking daarvan.» Kan een toelichting worden gegeven welk onderzoek tot deze conclusie heeft geleid?

In de memorie van antwoord refereert de minister aan de onduidelijkheid die inherent is aan proceswetten (p. 1). Deze leden is niet geheel duidelijk wat moet worden verstaan onder «proceswet». Kan in het antwoord worden betrokken waartoe een «proceswet» dient: ofwel om een proces vast te leggen, ofwel om de relatie tussen proces en doel vast te leggen, ofwel alleen een doel vast te leggen en ruimte te bieden de route daartoe bij te stellen dan wel te wijzigen? Zou bijvoorbeeld een wetswijziging nodig zijn indien tijdens het proces zou blijken dat de voorliggende wetten niet leiden tot een lagere prijs per eenheid product in de gezondheidszorg?

Kan ten slotte nader worden ingegaan op het verband tussen de voorliggende wetsvoorstellen en de voorgestelde EU-richtlijn betreffende diensten op de interne markt [SEC(2004)21]? Wat zijn de gevolgen van de richtlijn in de huidige vorm voor de beschikbaarheid van acute zorg, het voorgestelde tariefsysteem, de financiering van kapitaalinvesteringen uit de tarieven, de risicoverevening tussen verzekeraars, de acceptatieplicht voor het basispakket en experimenten zoals voorgesteld in de WTG Expres, zo vroegen de leden van de PvdA-fractie tot besluit.

In het verslag dat de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft uitgebracht betreffende de genoemde drie wetsvoorstellen hebben de leden van de **SP**-fractie expliciet gevraagd om een zo volledig mogelijke beantwoording van de vragen gezien de grote consequenties die de invoering van de onderhavige wetsvoorstellen hebben. Helaas moesten zij constateren dat het streven van de minister van VWS om aan hun verzoek te voldoen, niet volledig is geslaagd. De memorie van antwoord is soms onduidelijk, nogal eens onvolledig en staat daarnaast vol van onbegrijpelijk jargon, dat soms pas na herlezing te doorgronden is. Het kwam deze leden voor dat de notadokter, de heer G. Riphagen, zichzelf nog lang niet overbodig heeft gemaakt op het ministerie van VWS (Staatscourant nr. 214). Overigens wilden de leden van deze fractie niet uitsluiten dat hun eigen vragen ook niet altijd expliciet genoeg zijn gesteld en daarom deden zij bij dezen een poging om zelf in ieder geval duidelijk te zijn.

*HOZ*

Het doel van deze wet is volgens de minister meer keuzevrijheid voor patiënten. Graag ontvingen de leden van de SP-fractie een reactie van de minister op de stelling dat door deze wet eerder de keuzevrijheid van de zorgverzekeraar toeneemt, dan die van patiënten. Hoe moet de uitspraak uitgelegd worden dat zorgverzekeraars meer sturingsmogelijkheden krijgen? Van zorgaanbieders of van niet aantrekkelijke patiënten? Deze laatsten kunnen zij toch middels de aanvullende verzekering weigeren/wegsturen? Dat is inherent aan het fenomeen aanvullende verzekering. De chronisch zieke patiënt zit naar de mening van de SP-fractie veel vaster aan zijn zorgverzekeraar dan dat de zorgverzekeraar vast zit aan deze patiënt. Klopt het dat de minister in de Tweede Kamer heeft gezegd dat er nauwelijks problemen zijn bij de acceptatie voor een aanvullende verzekering? De Ombudsman Zorgverzekeringen denkt daar anders over. Wat is de verklaring voor dit verschil in opvatting?

De minister zegt als antwoord op vraag 71 dat hij geen zeggenschap heeft over – de voorwaarden voor – particuliere verzekeringen. Toch gaat het CTZ onderzoeken (in opdracht van de minister?) hoe ongewenste vormen van risicoselectie tijdig zijn te signaleren. Als er na signalering geen actie mogelijk is van de minister, wat is dan de zin van die signalering?

Keuzevrijheid blijkt ook uit de mogelijkheid restitutie te kunnen ontvangen voor een behandeling van een zorgaanbieder die niet gecontracteerd is door de eigen zorgverzekeraar. Kan deze regel ook zo worden uitgelegd, dat (bij voorbeeld) huisartsen kunnen kiezen voor een beperkt aantal contracten met een beperkt aantal zorgverzekeraars, of mogelijk zelfs geen contract? De consequentie zal zijn dat patiënten van niet gecontracteerde zorgverzekeraars de betaling zelf moeten regelen, na bezoek aan de huisarts. Een gemak voor de dokter (contante betaling), veel ongemak voor patiënt en zorgverzekeraar. Graag vernamen deze leden het commentaar van de minister.

De vraag (73) naar de mogelijkheid dat een lucratieve patiënt met voorrang behandeld kan worden, is niet goed beantwoord. Begrijpen de leden van de SP-fractie het antwoord goed, als ze concluderen dat het juist de bedoeling is van de minister dat een patiënt die het meest opbrengt (want verzekerd bij een zorgverzekeraar die niet in staat was een bepaalde vrij onderhandelbare DBC voor een lage prijs binnen te halen) eerder wordt geholpen?

De minister zegt in vraag 77 dat hij de zorg van de leden van de SP-fractie op het punt van marktconforme beloning van management in de zorg niet deelt. Deze leden denken dat als de transitie naar marktwerking in de zorg voortgaat er wel degelijk risico's voor bestuurders en toezichthouders in de zorg ontstaan en dat kan, als zij het antwoord van de minister lezen, toch een reden zijn om op marktconforme beloning aan te dringen. De leden van de SP-fractie juichten het daarom ook toe dat de minister ondanks dat hij hun zorg niet deelt, hij toch bezorgd is en dat hij van plan is het topinkomensbeleid te intensiveren. Graag hoorden deze leden op welke manier de minister dat denkt te gaan doen.

Naar aanleiding van het antwoord op vraag 78 heeft deze fractie nog de volgende aanvullende vraag. De minister merkt op dat verzekeraars een goed beeld hebben van een gecontracteerde instelling en een oplettende verzekeraar zal het dan ook tijdig signaleren als de situatie bij een instelling verslechtert. Geldt deze uitspraak ook als wordt bedacht dat er meerdere verzekeraars in het spel zijn, die met elkaar dienen te concurreren? Deze leden meenden dat in een dergelijk geval concurrentie en eigen belang wel eens kunnen prevaleren boven het belang van de patiënt. Zou er ook een zwarte pietten spel kunnen ontstaan?

Moet het antwoord op vraag 79 ook zo worden geïnterpreteerd dat in de toekomst verzekeraars en andere partijen in de zorg zelf normen vaststellen ten aanzien van toegangstijden, bereikbaarheid en toegankelijkheid? Nogmaals stelden deze leden de vraag wie cliënten moeten 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 geboden wordt te lang is. De vraag dus wie de normen vaststelt, wie toeziet op de naleving en wie aan te spreken is bij in gebreke blijven (zie ook voorlopig verslag bladzijde 18).

#### *WTG Expres*

Met de minister zijn zij van mening dat vraagsturing – in plaats van centrale aanbodregulering – aan aanbieders en verzekeraars meer ruimte geeft om de zorg efficiënt in te richten en dat het aanbod zich meer en sneller zal richten naar de vraag van patiënten en verzekerden. Het zal de doelmatigheid ten goede komen en dat is winst. Ook als zij het vervolg van het antwoord op vraag 121 lezen, kunnen deze leden een eindje meegaan, zeker als de minister het woord marktwerking met aanhalingstekens omgeeft. Geeft de minister hiermee ook aan dat het begrip

marktwerking in de zorg voor hem een andere notie heeft dan marktwerking in bijvoorbeeld de vervoerssector?

Ook de beantwoording van vraag 125 behoefde wat de leden van de SP-fractie betreft nog enige toelichting. Hun vraag was of de minister ook bedoelde dat er op inhoudelijke kwaliteit geconcurrereerd mag worden. Uit het antwoord concludeerden zij dat er meer dan in het verleden een minimale en een maximale kwaliteitseis komt. Inhoud van medische zorg is toch geprotocolleerd en moet evidence based zijn. Hoe kan daarop geconcurrereerd worden, waar hebben we het eigenlijk over?

Naar aanleiding van het antwoord op vraag 127 merkten deze leden het volgende op. Als zij het goed begrijpen is het macroneutraal uurtarief het uitgangspunt bij het berekenen van het honorarium van de specialist bij de kostprijs van een bepaalde DBC (diagnose behandel combinatie). Dit honorarium is een gefixeerd onderdeel van de overigens verder vrij te onderhandelen DBC. Is dit nu een voorbeeld van wat de minister bedoelt met gereguleerde marktwerking? Het leek deze leden eerder een voorbeeld van inkomensbescherming; is dat geoorloofd in het licht van mededinging? (Zie ook vraag bovenaan bladzijde 26 voorlopig verslag).

*Wtzi*

Ten aanzien van deze wet moesten de leden van de SP-fractie concluderen dat het nog steeds de meest onvoldragen wet is in de voorliggende serie van drie wetsvoorstellen, dit ondanks de toelichting op bladzijde 52 van de memorie van antwoord. Zij waren er daarom ook voorstander van om deze wet in een later, meer voldragen stadium te behandelen, waarbij in ieder geval ook de notitie over de kapitaallastenproblematiek betrokken zou moeten worden. Voor hun meningsvorming zijn in ieder geval de antwoorden op de volgende vragen nog relevant.

Wat houdt het saneringsfonds in, waar wordt het door gevuld en waar is het voor bedoeld? Wie houdt toezicht op de besteding?

In antwoord 157 staat «het begrenzen van vermogensvorming zet een premie op ondoelmatig gedrag en is dus ongewenst». Graag ontvingen deze leden commentaar op hun stelling «geen grenzen stellen aan vermogensvorming, werkt onverantwoord gedrag in de hand en is ondoelmatig en risicovol».

De minister is aanspreekbaar als het zorgsysteem niet blijkt te werken (antwoord 159). Bedoelt hij daarmee ook aansprakelijk?

Voldoende acute zorg ook in dunbevolkte gebieden moet via regionaal ketenoverleg tot stand komen. Bij wie ligt de verantwoordelijkheid om dit overleg te initiëren en te bewaken? Bij wet is vastgelegd wat de maximale tijd is waarbinnen acute zorg beschikbaar moet zijn. Is de minister er ten finale dan ook verantwoordelijk voor dat het ketenoverleg tot stand komt?

Deze leden zagen uit naar een volledige beantwoording van de vragen.

De voorzitter van de commissie,  
Van Leeuwen

De griffier van de commissie,  
Janssen