

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)

H

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 november 2004

Zoals toegezegd zend ik u hierbij mijn antwoorden op vragen gesteld tijdens het plenaire debat in de eerste termijn over het wetsvoorstel tot herziening van het overeenkomstenstelsel zorg (HOZ) en het wetsvoorstel WTG ExPres (WTG).

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

1. Inleiding

Op 23 november jl. hebben wij in eerste termijn gedebatteerd over de Wet herziening overeenkomstenstelsel (HOZ) en de wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatie-bekostiging en enige andere maatregelen (WTG ExPres). In dat debat heb ik u toegezegd voor de tweede termijn van het debat op 30 november op een aantal zaken schriftelijk te zullen in gaan. Deze brief strekt daar toe. Voor dat ik op de afzonderlijke zaken in ga, hecht ik er aan een aantal algemene opmerkingen te maken.

Terecht is van verschillende kanten gewezen op de fundamentele aard van de wijzigingen die we aan de orde hebben. De afgevaardigde van het CDA sprak over «de behandeling van enkele wetten die een wezenlijke en diepgaande structuurverandering van het stelsel beogen.» Ik heb uw kamer zorgen horen uiten over deze grote veranderingen. Mij is opgevallen dat het vooral de onzekerheid is of we met deze veranderingen voldoende grip houden op de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg. Tegelijk heb ik veel leden van uw kamer horen zeggen dat de huidige financiële structuren obsoleet zijn, daarmee onderschrijvend dat veranderingen wel degelijk noodzakelijk zijn.

Ook zijn er veel vragen gesteld over het transitieproces. De afgevaardigde van de PvdA vroeg of er sprake was van een egale asfaltweg of dat we het over kasseien hebben. Anderen spraken van een weg met rotondes om desgewenst van richting te veranderen of zelfs geheel om te draaien. Ik meen in het debat al te hebben aangegeven dat ik een behoedzaam pad volg. Die behoedzaamheid blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat ik voor maar 10% van de DBC's de tarieven vrij laat. Pas als de resultaten daarvan bevredigend zijn, zal ik verdergaande stappen overwegen. Dat zal niet meer in 2005 zijn. Ook op het terrein van de fysiotherapie experimenteer ik op een overzichtelijke wijze en beperkt in de tijd. Een evaluatie zal ook daar uitwijzen of en hoe het experiment moet worden voortgezet. Mijn behoedzaamheid blijkt verder uit het feit dat ik een toezichthouder in het leven roep, de zorgautoriteit. De afgevaardigde van de VVD heeft hierover de nodige vragen gesteld. Wij komen daar in uw Kamer nog over te spreken als u de Wet Marktordening Gezondheidszorg behandelt die de wettelijke basis voor de zorgautoriteit vormt. Deze toezichthouder heeft onder andere tot taak te monitoren wat er in de markt gebeurt. Het CTG/zorgautoriteit in oprichting (CTGZAio) begint in 2005 al met die marktmonitoring en kan zelf actie ondernemen of mij adviseren in te grijpen indien zich ongewenste ontwikkelingen zouden voordoen. In dit verband wil ik ook reageren op de gedachte dat transparantie de doodsteek zou zijn voor marktwerking. Transparantie is noodzakelijk om de markt aan de gang te krijgen en te houden. Net als bij supermarkten moeten in de zorg de zorgaanbieders door de consumenten en zorgverzekeraars vergeleken kunnen worden op verkoopprijzen, assortiment en kwaliteit. Maar, en ook hier gaat de vergelijking met de supermarkt op, dit betekent niet dat consumenten en zorgverzekeraars ook inzicht krijgen in de bedrijfsgegevens, zoals de kostprijzen. Kostprijsinformatie is uitsluitend bestemd voor CTGZAio, die deze informatie gebruikt voor een efficiënte bekostiging van segmenten zonder vrije prijsvorming en voor markttoezicht op segmenten met vrije prijzen. Al met al meen ik dat er sprake is van een beheerst transitietraject.

De afgevaardigde van de PvdA vroeg zich af of de wetsontwerpen niet te veel een ideologische jas aan hebben. Ik hecht er aan te benadrukken dat ik het debat over de introductie van marktprikkels in de zorg juist zou willen ontideologiseren. Dat betekent alleen marktprikkels introduceren daar waar dat kan en alleen in de vorm waarin dat kan. Soms kan

betekenen dat de prijsvorming en de toetreding tot de markt vrij zijn. Dat zou je de meest stevige vorm van concurrentie kunnen noemen. In andere situaties, waar het onverstandig is de prijzen en toetreding geheel vrij te geven, zou je marktprikkels kunnen introduceren door prestaties met elkaar te vergelijken en daar eventueel (financiële) consequenties aan te verbinden. Je hebt het dan over benchmarking. Ook tussenvormen met aanbesteding en dergelijke zijn mogelijk.

Zo bezien begeven we ons dus niet op een glijbaan richting vrije markt waar de afgevaardigde van het CDA haar zorg over uitsprak.

Een ander dilemma dat de afgevaardigden van het CDA en GroenLinks onder woorden hebben gebracht gaat over free-riding. Zij gaven aan dat het voor regionale ziekenfondsen niet of minder lonend is om te investeren in regionale zorginfrastructuur of lokale verbeterprojecten als verzekeren bij andere verzekeraars daarbij zouden meeliften. Ik zie dit anders. In de eerste plaats zal bij meer marktwerking de verzekeraar een groter belang krijgen om zich te onderscheiden van zijn concurrenten met innovatief en klantgericht gedrag. Dat zal het free rider gedrag beperken. Van belang hiervoor is ook de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw). Die maakt het mogelijk dat zorgverzekeraars zelf zorgaanbieders in dienst nemen en op die manier een lokaal, vernieuwend initiatief starten. Het is niet ten nadele van de initiatief nemende verzekeraar als ook patiënten van andere verzekeraars hiervan tegen betaling gebruik maken. Ook is te verwachten dat deze patiënten overstappen naar de initiatief nemende verzekeraar als hun eigen verzekeraar niet eenzelfde initiatief neemt of bereid is deze zorg bij zijn concurrent in te kopen.

Van de zijde van de SGP en de CU is de vraag gesteld wat de voorstellen betekenen voor de kwaliteit van zorg. Naar mijn mening zal de introductie van meer marktprikkels kunnen bijdragen aan een vergroting van de kwaliteit. Marktprikkels stimuleren om de kennis over de prestaties van zorgaanbieders te vergroten, de publiciteit over kwaliteitsaspecten van de zorg groeit ook enorm. Aanbieders werken hard aan kwaliteitsprogramma's om zich te onderscheiden. Op hun beurt zullen verzekeraars steeds meer bezien of ze ook waar voor hun geld krijgen. Tot slot is er de Inspectie die een belangrijke rol speelt bij de bewaking van de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Al met al ben ik van mening dat ik een behoedzaam pad bewandel in de richting van een meer vraaggestuurde zorg via de introductie van marktprikkels. Niet vanuit ideologische motieven, maar omdat de samenleving zich in die richting wil bewegen. Ik ondersteun die beweging graag.

Zoals ik in mijn eerste termijn heb aangegeven kunnen thema's als winst, de bereikbaarheid van acute zorg en het maatschappelijk verantwoord ondernemen van de zorginstellingen aan de orde komen bij de verdere behandeling van de WTZi.

In het vervolg van deze brief ga ik in op de afzonderlijke vragen. Die vragen en mijn antwoorden zijn ingedeeld naar de volgende thema's: algemene onderwerpen (2), patiënt en consument (3), DBC (4), administratieve lasten (5), HOZ (6) en WTG ExPres (7).

2. Algemene onderwerpen

1. CDA

Kan een fundamentele reactie worden gegeven op het artikel «prikkel tot betere zorg» van de heren Prof. Berg en Schellekens in Medisch Contact van 8 oktober 2004?

Dat artikel doet een suggestie voor een alternatieve organisatie van de gezondheidszorg die volgens de schrijvers zal leiden tot een toename van de kwaliteit in de zorg. De consument/patiënt wordt financieel gestimuleerd tot de keuze voor de zorgproducten met de beste prijs-kwaliteitverhouding dmv een eigen bijdrage die in hoogte varieert met de prijs/kwaliteitsverhouding. De verzekeraar is in dit model een schadeverzekeraar die zich op geen enkele manier bezig houdt met zorginkoop. Niet de verzekeraar is in de spil van het systeem maar de zorgconsument/patiënt samen met een onafhankelijk instituut dat verschillende eigen bijdrage regimes koppelt aan de verschillende prijs/kwaliteitsklassen van de aangeboden zorg.

Ik zie de volgende bezwaren bij dit voorstel:

- Er wordt bij de zorgconsument een prikkel gelegd die op het eerste gezicht interessant lijkt. Maar het hele systeem is afhankelijk van een nog niet bestaande classificatie van de gezondheidszorg in kwaliteitsniveaus door een onafhankelijk instituut. Gezien de huidige stand van de mogelijkheden om de kwaliteit van zorg compleet en objectieverbaar in kaart te brengen is dit een onrealistisch voorstel.
- Juist nu we bezig zijn om de gezondheidszorg te ontdoen van de centrale bureaucratische houdgreep zal dit voorstel leiden tot een nieuwe centrale bureaucratie die het gedrag van partijen bepaalt; met alle verstarring, manipulatiemogelijkheden en administratieve lasten van dien.
- Het model gaat er van uit dat er verschillende kwaliteitsniveaus met bijpassende prijskaartjes zijn. Dit verhoudt zich niet met ons kwaliteitssysteem. Dat systeem gaat er vanuit dat de veldpartijen (beroepsgroepen, brancheorganisaties) zelf normen ontwikkelen voor de effectiviteit en veiligheid van de zorg, waarbij de IGZ toeziet op de naleving van deze kwaliteitsnormen. Innovaties die voortkomen uit wetenschappelijk onderzoek of uit de praktijk van de zorgverlening, zorgen via «best practices» en de verspreiding daarvan voor een voortdurende opwaartse beweging van de kwaliteitsnormen. Bij lacunes in of veroudering van de normstelling vervult de IGZ vanuit haar toezicht een aanjagende rol om deze leemtes te verhelpen. Twee belangrijke kenmerken van de gehanteerde kwaliteitsnormen zijn dus dat ze a) dynamisch zijn en b) dat «state of the art» daarbij maatgevend is. Het beeld dat kwaliteit van verschillende niveaus acceptabel zou zijn spoot hier niet mee.
- Het voorstel zou een nieuwe tweedelingsdiscussie kunnen aanwakkeren. Bij de goedkope leveranciers van goede kwaliteit ontstaan wachtlijsten. Alleen de hogere inkomens kunnen het zich dan veroorloven om «duurder» te gaan.
- Een systeem waarin de beste kwaliteit gratis is en de slechtste kwaliteit het duurst zal in de praktijk niet kunnen werken en financieel onbeheersbaar zijn.

2. CDA

Waarom is certificatie niet verplicht gesteld?

Ik hecht veel waarde aan certificering van zorginstellingen. Certificering levert een belangrijke bijdrage aan de verbetering van de kwaliteit van de zorginstelling en het transparant maken van de kwaliteit van een zorginstelling. Het garandeert de instelling zelf, de verzekeraars, de patiënten, de Inspectie en de overheid dat het kwaliteitssysteem goed geborgd is en dat de instelling gericht is op het verbeteren van de zorg en dat de verbetering van de kwaliteit van de zorginstelling structureel wordt ingebed in de organisatie.

Het wettelijk verplicht stellen is naar mijn mening niet de juiste prikkel om certificering te bevorderen. Een instelling moet zich met certificering positief kunnen onderscheiden op de zorgmarkt. Bij wettelijke verplichting vervalt dit onderscheidingsvermogen. De instelling zal in het geval van verplichte certificering minder gemotiveerd zijn om het certificeringstraject zo goed mogelijk te doorlopen en te borgen. Dit neemt niet weg dat het aantal gecertificeerde instellingen nog altijd veel te laag is. Het aantal gecertificeerde instellingen moet op korte termijn flink toenemen. Om deze reden verzoek ik de Inspectie om in sterkere mate dan voorheen gecertificeerde instellingen minder te belasten met toezicht. De Inspectie kan certificatie als kwaliteitsindicator opnemen in haar risicomodel. Ik heb zeer recent kennis genomen van het voornemen van het NIAZ, Stichting HKZ en CCKL, organisaties die sectorspecifieke normenschema's ontwikkelen, om nauwer samen te werken. Het moet voor alle betrokken partijen duidelijk zijn wat certificering inhoudt. Verschillende soorten certificaten vertroebelen de waarde van certificering. Bovendien dring ik er bij NIAZ, Stichting HKZ en CCKL op aan dat zij instellingen nog beter faciliteren in dit certificeringstraject, bijvoorbeeld door het aanbieden van een «opstap» certificering (initiële certificering). Ik acht het van belang dat de initiatieven uit het veld rond de ontwikkeling van kwaliteitskeurmerken een opstap vormen naar volledige sectorspecifieke certificering.

3. SGP/ChristenUnie

Wat is erop tegen dat in onze welvarende samenleving een groter deel van de financiële middelen aan de gezondheidszorg wordt besteed als de vraag groeit en zich nieuwe technologische mogelijkheden aandienen? Is er al eens een diepgravend onderzoek gedaan wat een goede gezondheidszorg in positieve zin betekent voor onze economie?

Alles wat kan, kan niet worden gedaan als we in Nederland maximaal een bepaald percentage besteden aan de gezondheidszorg. Hoe gaat de minister hiermee om?

In talrijke publicaties, zoals het jaarlijkse World Health Report van de WHO, wordt de positieve wisselwerking tussen de gezondheidstoestand van de bevolking, de gezondheidszorg en de welvaart ondubbelzinnig aangetoond. Burgers en overheid hebben hierbij elk een eigen verantwoordelijkheid. De meeste mensen vinden hun gezondheid een groot goed en zijn bereid zich hiervoor ook financieel moeite te getroosten. Dit komt tot uitdrukking in een gezonde leefwijze, goede voeding en huisvesting en gebruik van gezondheidszorg. Op al deze gebieden zijn in de afgelopen decennia zowel de mogelijkheden als de bestedingen fors toegenomen. De overheid heeft de verantwoordelijkheid om deze ontwikkeling maatschappelijk in goede banen te leiden. We willen voor de noodzakelijke gezondheidszorg voldoende kwaliteit en geografische, fysieke en financiële toegankelijkheid voor elke Nederlander. Omdat dit publieke doel via verplichte verzekeringen wordt gerealiseerd is het een eis dat de uitgaven hiervoor binnen het collectieve financiële afwegingskader passen.

Inherent aan dit kader is dat niet alles wat kan, ook collectief wordt geregeld. Een ziekenhuis en ambulancepost in elke wijk zou niet doelmatig zijn. We zijn er dankzij een forse investering in de laatste jaren wel in geslaagd wachttijden in de ziekenhuizen en de AWBZ terug te dringen. Zoals bekend zal de budgettaire druk in de komende decennia door een stijgende zorgvraag naar verwachting alleen maar toenemen en zal de groei in het aandeel van de collectief gefinancierde zorg in de totale bestedingen zich kunnen voortzetten.

Maximering van dit aandeel is geen doel op zich, maar de ambitie is wel om de ontwikkeling beheersbaar te houden en steeds de juiste afweging te maken. Een belangrijk instrument hiervoor is de scherpe afbakening

van het pakket van collectief te financieren noodzakelijke zorg versus de zorg die aan de eigen verantwoordelijkheid van de burger kan worden overgelaten. In de tweede plaats stimuleer ik de eigen verantwoordelijkheid van de burger voor een gezonde leefwijze en een zuinig gebruik van de zorg. Ten derde prikkel ik de zorgverzekeraars en producenten tot een doelmatig aanbod en een doelmatige productie van noodzakelijke zorg. Hoewel op deze wijze het aandeel van de collectief gefinancierde gezondheidszorg in de totale bestedingen dus zoveel mogelijk wordt begrensd, staat dit niet in de weg aan een bestedingspatroon van burgers waarin, conform de eigen verantwoordelijkheid, gezondheid een steeds belangrijker aandeel krijgt.

3. Patiënt en consument

4. PvdA, D66 en VVD

Zal er dynamiek in de markt ontstaan en zullen burgers dus inderdaad met de voeten gaan stemmen (op grond van de vergelijkende informatie)?

Er is steeds meer informatie uit het buitenland dat burgers andere keuzes gaan maken als er meer vergelijkende informatie beschikbaar komt. Bovendien zal VWS in 2005 een programma starten om de burgers meer bewust te maken van de verschillen die er zijn in de kwaliteit van verzekeraars en aanbieders. Overigens moet men zich realiseren dat ook nu al burgers kiezen voor verzekeraars en aanbieders. Nu doet men dit vaak op grond van veel minder en veel minder objectieve informatie dan in de toekomst beschikbaar zal zijn.

Overigens zal de zorg niet alleen verbeteren vanwege het stemmen met de voeten. Ook de grotere transparantie zal aanbieders en verzekeraars prikkelen om beter te gaan presteren.

5. PvdA, D66 en VVD

Is het feit dat verzekerden maar één keer per jaar kunnen stemmen met de voeten afdoende?

Het veranderen van polis brengt voor de verzekeraars administratieve last met zich mee. Daarnaast geldt ook het perspectief van de verzekerden. Verzekerden moeten kunnen veranderen op grond van betrouwbare actuele informatie over verzekeraars. Deze informatie betreft het presteren van de verzekeraar (zoals premie, eigen risico, service, aanvullend pakket, zorginkoopbeleid). Het komt de vergelijkbaarheid van de gegevens ten goede als deze zoveel mogelijk op hetzelfde moment worden gemeten en gepubliceerd. Ik acht de jaarlijkse mogelijkheid tot verandering van verzekeraar voldoende om verzekeraars scherp te houden. Van groot belang in dit verband is de keuzegids zorgverzekeraars, waarvan ik de totstandkoming faciliteer en die eind van dit jaar voor het eerst zal verschijnen. Momenteel wordt overlegd met ZN, Consumentenbond en NPCF om de keuzegids voor de toekomst te waarborgen. De zorgautoriteit zal er straks op toezien dat er voldoende consumenteninformatie beschikbaar is. Indien dit niet het geval is, kan de zorgautoriteit ervoor zorgen dat deze informatie er komt.

6. PvdA, CDA en SGP

Is alleen informatievoorziening voldoende om de burger een sterke positie te geven; wat doet de minister nog meer?

Om goed tegenwicht te kunnen bieden zijn krachtige organisaties nodig die belangen van zorggebruikers vertegenwoordigen. Samen met het Fonds voor Patiënten-, Gehandicaptenorganisaties en Ouderenbonden (Fonds PGO) werk ik aan nieuw beleid voor subsidiëring van organisaties van zorggebruikers. Nieuw beleid moet, meer dan in de huidige situatie,

gericht zijn op voor zorggebruikers noodzakelijke functies en prestaties. Het is mijn doel dat de beperkte beschikbare middelen zoveel mogelijk resultaten gaan opleveren voor zorggebruikers.

De NPCF is goed aangesloten bij het onderwerp *patiëntveiligheid*. De NPCF is één van de initiatiefnemers tot het oprichten van een platform/partnerschap patiëntveiligheid. In de eindrapportage van Shell Nederland adviseerde de heer Rein Willems om een dergelijk nationaal platform op te richten. Dit initiatief heeft mijn steun en ik verwacht dat het platform in januari echt van start zal gaan.

De NPCF heeft een handreiking in de maak voor patiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen. Deze handreiking is enerzijds bedoeld om de patiënt bewust te maken van de risico's die samen hangen met het verblijf in het ziekenhuis. Anderzijds om de patiënt te wijzen op de mogelijkheden en zijn verantwoordelijkheid om de behandeling zo veilig mogelijk te laten verlopen. Ik wil dit initiatief een plek geven in een van de ZonMw-programma's voor het komende jaar. De uitwerking van de aanbevelingen van het rapport Willems («hier werk je veilig, of je werkt hier niet») zullen de veiligheid van de zorg, zoals door de patiënt ervaren, zeker ten goede komen. Ik denk hierbij aan het uitvoeren van een risico-inventarisatie als onderdeel van een verplicht in te voeren veiligheidsmanagementsysteem, maar ook het invoeren van functioneringsgesprekken met dokters, waarbij aspecten als houding ten opzichte van de patiënt ter sprake kunnen komen.

Verbetering kwaliteit. Ik heb de Tweede Kamer onlangs de rapportage «kwaliteit van zorg – voortgang en nieuwe initiatieven» gezonden (TK 28 439 nr. 7; 19 oktober 2004). Deze rapportage gaat uitvoerig in op activiteiten gericht op aanbieders, verzekeraars en patiënten. In het lopende programma Sneller Beter pijler 3 wordt expliciet gewerkt aan het betrekken van de patiënt bij de verbeteractiviteiten op de onderwerpen veiligheid en logistiek. Het van meet af aan betrekken van patiënten bij het ontwikkelen van professionele richtlijnen wordt in toenemende mate beter ingevuld. Onder andere het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO heeft dit onderwerp tot een van de speerpunten voor de komende jaren gemaakt. Verzekeraars zijn doende, onder andere gesteund door het CVZ, de ervaring van patiënten bij geleverde zorg te betrekken bij hun inkoop onderhandelingen.

7. PvdA

Waarom is er niet een stimuleringsregeling opgenomen om door categorale patiëntenverenigingen vormen voor certificering te laten ontwikkelen zoals door sommige al is gedaan?

Ik onderschrijf het belang van kwaliteitstoetsing vanuit patiënten/consumentenperspectief. Daarbij is het wel van belang dat de resultaten van deze toetsing openbaar zijn en bijdragen aan keuze-informatie. Ik wil terughoudend zijn met certificering. Er zijn meer dan 100 landelijke organisaties van patiënten, gehandicapten en ouderen en dit zou tot een wildgroei aan keurmerken kunnen leiden. Dat zou de keuze van consumenten eerder bemoeilijken dan vergemakkelijken.

Mijn inzet is om vooral te bevorderen dat er informatie beschikbaar komt die patiënten/consumenten relevant vinden om te kunnen kiezen. Aangezien patiënten/consumenten een veelheid aan wensen en belangen hebben, moet ook de keuze-informatie gedifferentieerd zijn. Dan kan iedereen de informatie vinden die hij of zij zelf van belang vindt.

Momenteel zijn er verschillende organisaties die, vaak met participatie van patiënten/consumenten, kwaliteitstoetsingen vanuit patiënten/consumentenperspectief verrichten. In toenemende mate leidt dit tot keuze-ondersteunende informatie voor zorggebruikers. Een aantal van deze organisaties ontving in de afgelopen jaren subsidie van het Fonds PGO. Het Fonds PGO zal in het kader van het nieuwe subsidiebeleid de functie kwaliteitstoetsing ten behoeve van keuze-informatie verder ontwikkelen.

8. CDA

De Kamer uit waardering voor de inspanningen van de minister om de transparantie van verzekeraars en aanbieders te vergroten, maar leidt dit inderdaad al tot voldoende resultaat?

VWS zet zich in voor vergroting van de transparantie van verzekeraars en aanbieders. Dit gebeurt op vele fronten. ZonMw doet aan methodiek-ontwikkeling. Subsidies worden verstrekt aan bijvoorbeeld de Consumentenbeleid om feitelijke metingen uit te voeren vanuit cliëntperspectief. De IGZ zal de resultaten van inspecties openbaar maken. Het RIVM ontwikkelt een portalorganisatie.

Bij het vergroten van de transparantie is sprake van een proces. Het gaat om complexe materie. Er zijn ook angsten en gevoeligheden. Maar er lijkt duidelijk sprake van een trendbreuk. Openheid wordt de norm. Natuurlijk is nog niet in één keer alle informatie beschikbaar. Er wordt veel werk verzet aan definities, operationalisering, ontwikkeling meetinstrumenten, metingen, validering van de gegevens. Steeds wordt getoetst wat de klant er van vindt. Dit zal gebeuren via de portalorganisatie. In de loop der jaren zal steeds meer informatie beschikbaar komen die betrouwbaar is en de klant relevant vindt. Het is nu van het grootste belang dat hiervoor concrete stappen worden gezet.

9. SP

Kunnen de prestatie-indicatoren een misleidend beeld geven van het werkelijke presteren van een verzekeraar of aanbieder?

Afzonderlijke prestatie-indicatoren kunnen inderdaad een misleidend beeld geven van het presteren van een aanbieder of verzekeraar. Daarom is het streven bij het ontwikkelen van consumenteninformatie om gebruik te maken van alle beschikbare bronnen (objectieve informatie van de aanbieder of verzekeraar, gegevens van de inspectie of toezichthouder, klantwaarderingsonderzoek). Op die manier zal een zo volledig mogelijk beeld ontstaan. Door het aanbieden van gedifferentieerde informatie kan de burger voort de informatie zoeken die hij of zij zelf relevant vindt.

10. SP

Hoe denkt de minister om te gaan met de zorg dat veel mensen (ouderen, gehandicapten, analfabeten, digibeten) geen gebruik kunnen maken van de portalorganisatie?

Inderdaad maken veel mensen geen gebruik van Internet. Deze groep wordt overigens snel kleiner. In de praktijk zullen veel mensen ondersteuning krijgen van hun omgeving (buren, vrienden, familie) om hun weg te vinden. In de toekomst zal ook telefonische dienstverlening worden gerealiseerd. Daarnaast kunnen bestaande loketten bij gemeenten en bijvoorbeeld de MEE-organisatie gebruik maken van de portalorganisatie om hun dienstverlening aan hun klanten te verbeteren. Het RIVM laat daarbij voortdurend gebruikerstesten uitvoeren om de portalorganisatie steeds klantvriendelijker te maken.

11. PvdA

Kan met het oog op de evaluatie van de DBC-operatie inzicht in de startsituatie worden gegeven?

In aanvulling op wat ik in eerste termijn heb gezegd, merk ik op dat inzicht in de startsituatie duidelijkheid over de omzetten 2004 vereist, niet alleen van de ziekenhuizen maar ook van de zelfstandige behandelcentra. Mijn streven is een en ander zo goed mogelijk op te nemen in de voorgenomen evaluaties.

4. DBC

12. PvdA

Is het niet verstandig om het begrip marktwerking voor aanbieders nu maar voorlopig te schrappen en uit te gaan van een structuur op basis van maximumprijzen.

Met verwijzing naar mijn inzet bij het debat in eerste termijn merk ik op er niets voor te voelen om het begrip marktwerking voor aanbieders te schrappen. Voor de goede orde herhaal ik, dat het mij allesbehalve gaat om een klakkeloze invoering van volledig vrije marktwerking. Het behoedzaam en stapsgewijs aanbrengen van marktprikkels, daar draait het wat mij betreft om.

Over de suggestie van maximumtarieven merk ik het volgende op. Stellig kunnen maximumtarieven nuttig zijn om bij schaarste prijsopdrijving te voorkomen. Maar de nadelen zijn evident. Bij de invoering van de maximumtarieven voor vrije beroepsbeoefenaren in 1992 werd ervan uitgegaan dat dit voor meer dynamiek, lees: marktwerking, zou zorgen. Daar is weinig van terecht gekomen. Bij de onderhandelingen werken de maximumtarieven veelal als focal point, om langs die weg te verworden tot punttarieven. Voorts wijs ik erop dat de maximumtarieven voor de verrichtingen van de medisch specialisten volslagen achterhaald zijn door het uitblijven van stelselmatig onderhoud. Het was tegen deze achtergrond dat met het experiment «Ruimte voor Resultaat» gekozen werd voor vrije onderhandelingen over de integrale prijs, dat wil zeggen inclusief het deel dat betrekking heeft op de activiteiten van de medisch specialisten. Dat bleek geen succes. In de meeste gevallen ketsten de onderhandelingen af omdat het verschil tussen de prijs die werd gevraagd en de prijs die verzekeraars bereid waren te betalen, onoverbrugbaar was. Dit alles was voor mij reden om met het oog op de per 1 januari in te voeren DBC bekostiging voor een nieuwe benadering te kiezen. Daarbij heb ik gezien de hiervoor geschetste nadelen niet gekozen voor een terugkeer naar de maximumtarieven, maar voor de introductie van een vast uurtarief. Het uurtarief, in relatie met de zogenaamde normtijden, moet zorgen voor onderbouwde en goed te onderhouden «prijzen» voor de activiteiten van de medisch specialisten; iets waaraan het sinds decennia heeft ontbroken. Aan deze benadering wil ik zeker de eerstkomende jaren niet tornen. Of over pakweg vijf jaar aanpassing van deze benadering nodig is, kan blijken uit evaluatie.

13. PvdA

In welke richting gaan de gedachten om tot een structurele oplossing van het kapitaallastenprobleem in de toekomst te komen?

Ik heb de Tweede Kamer toegezegd in februari 2005 met een brief te komen, waarop ik nader inga op dit onderwerp. Ik verzoek u mijn brief van februari aanstaande af te wachten.

14. PvdA

Kan in geval van co-morbiditeit, wanneer de DBC-systematiek is ingevoerd, een behandeling uit het A segment én het B segment worden gegeven?

Ja, dat is mogelijk. Een voorbeeld hiervan is een patiënt die bij de internist onder behandeling staat voor hoge bloeddruk (segment A) en bij de orthopeed voor de plaatsing van een nieuwe heup (segment B).

15. PvdA

Bij het opstellen van de DBC-tarieven wordt een separaat deel vastgesteld voor de honorariumvergoeding voor de specialist. De vraag is of dit zal leiden tot het zo gewenste doelmatiger werken. Hoe wordt bijvoorbeeld verrekend als het specialistenwerk wordt verricht door een nurse practitioner? Wordt dan de vergoeding specialist verlaagd of moet het ziekenhuis het verschil betalen?

Medisch-specialistische werkzaamheden die een nurse practitioner onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist uitvoert, worden door de medisch specialist gedeclareerd tegen het geldende DBC-honorarium-tarief. Dit tarief is niet lager als een nurse practitioner de werkzaamheden heeft verricht, omdat het onder verantwoordelijkheid van de specialist gebeurt.

16. PvdA

Zullen de accountants de komende periode wel een goedkeurende verklaring kunnen afgeven, gelet op het feit dat de declaratiesystematiek niet sluitend is?

Het is juist dat met name op het gebied van de declaratiesoftware een klein aantal ziekenhuizen achter lopen op het invoeringstraject tot 1 januari aanstaande. Dit betekent materieel dat deze ziekenhuizen waarschijnlijk pas in januari of februari van 2005 DBCs kunnen declareren. Het wat later de rekeningen kunnen versturen, wil nog niet zeggen dat de rekening fout is. Een laat verstuurd rekening resulteert in leverancierskrediet van het ziekenhuis aan de zorgverzekeraar, maar is geen reden om geen goedkeurende verklaring af te geven.

17. PvdA

Het CTG kan afwijken van de beleidsregels als er financiële problemen zijn. Op welke wijze wordt deze hogere DBC prijs dan gecompenseerd? Verzekeraars zullen niet in de rij staan om die hogere prijs te betalen.

In bijzondere omstandigheden kan CTGZAio afwijken van de beleidsregels. Dit kan aan de orde zijn bij instellingen in financiële problemen. In voorkomende gevallen besluit het CTGZAio tot steunverlening. Conform de WVG hoort hier een gezamenlijk verzoek van instelling en verzekeraars aan ten grondslag te liggen. De verzekeraars ondersteunen dus de aanvraag, en zullen zich bewust zijn van het feit dat dit kan leiden tot een hogere prijs. Zolang er sprake is van een collectief budgetteringssysteem, met door het CTGZAio vastgestelde vaste tarieven en (omgekeerde) contractverplicht, geldt dat afspraken en tarieven gelden voor alle verzekeraars. Als het tarief voor een ziekenhuis wordt verhoogd, dan mag door verzekeraars alleen die (hogere) prijs worden betaald. De steunverlening bestaat uit een tijdelijke toeslag op het tarief dat de instelling in rekening mag brengen. Deze hogere tarieven worden niet gecompenseerd in de ziekenfondsbudgettering.

18. PvdA

Het aanbieden van uitsluitend electieve zorg is goedkoper dan wanneer de electieve zorg samen met acute zorg wordt aangeboden. Hoe pakt u dat concurrentieverschil aan?

Ik onderken het beschikbaarheidsaspect van acute zorg, en ook dat bij de combinatie van acute zorg en electieve zorg extra kosten spelen door het «er tussen door moeten helpen van acute patiënten».

Op korte termijn is er geen probleem omdat 90% van de ziekenhuisproductie, inclusief acute zorg, gebeurt binnen de zekerheden van de klassieke budgetsystematiek.

Op termijn, dat wil zeggen wanneer het B-segment DBC substantieel zou worden vergroot, is het met het oog op het beschikbaarheidsaspect noodzakelijk om voor de bekostiging van de acute zorg een specifiek arrangement te creëren. Oogmerk moet zijn een adequate toerekening van kosten en wel zodanig dat de acute zorg ook weer geen «afvalputje» wordt. Dit wordt te zijner tijd uitgewerkt.

19. CDA

Gaan de risico's die gepaard gaan met de DBC-invoering beperkt blijven tot het later factureren en het niet ondertekenen van de bestuursverklaring of zijn er nog andere risico's?

Dit zijn inderdaad de belangrijkste aandachtspunten. Echter, bij de introductie van een nieuw systeem zullen altijd schoonheidsfoutjes en kinderziektes optreden. Hiervoor zal een team van alle betrokken organisaties begin 2005 direct oplossingen aandragen. Op welke terreinen zich kinderziektes zullen voordoen, is niet op voorhand te zeggen. In ieder geval zullen de problemen administratief-technisch van aard zijn en zeker niet medisch.

20. CDA

Schat u de groep achterblijvende zorgaanbieders (DBC-invoering) niet te beperkt in, gelet op diverse publicaties?

De monitoring, die door mijn departement, met medewerking van alle betrokken brancheorganisaties is uitgevoerd, is de meest betrouwbare informatie die voorhanden is. Op basis van informatie uit het veld zelf, is de verwachting dat een beperkt aantal ziekenhuizen aanloopproblemen zal kennen.

21. CDA

Hoe denkt de minister dat – naast de website – kan worden voldaan aan de wens van de burgers, die op basis van een onderzoek aan de Erasmus universiteit voor meer dan 50% schriftelijke informatie wensen? Wij nemen tenslotte aan dat de informatieverstrekking aan de burger in het kader van de DBC-invoering nauwkeurig gemonitord zal worden om eventueel extra maatregelen te treffen.

Alle betrokken partijen bereiden communicatiemateriaal voor patiënten, verzekerden en consumenten voor over de DBC-invoering. Dit zal voor een groot gedeelte ook schriftelijke informatie zijn. Zorgverzekeraars zullen hun verzekerden voor 1 januari 2005 in hun mailings informeren over de veranderingen in de polis en de aanbieders waarmee contracten zijn gesloten. Het ministerie van VWS en de NPCF brengen samen een folder uit voor patiënten die mogelijk geconfronteerd worden met niet-gecontracteerde zorg. Huisartsen en ziekenhuizen kunnen met deze folder hun patiënten informeren. Er is voortdurend contact met de NPCF om te bezien of informatieverstrekking aan patiënten/consumenten toereikend is.

Het CVZ verzorgt eind 2004 voor VWS een eindejaarscampagne, die in ieder geval in landelijke bladen zal verschijnen, waarin alle veranderingen per 1 januari 2005 zullen worden toegelicht.

22. CDA

Hoe kan het, uit oogpunt van adequate wetgeving, dat exacte rechtmatigheidseisen bij de DBC-invoering per 1 januari 2005 nog niet duidelijk zijn?

Dat is ook niet zo. Deze eisen zijn bekend. Zowel de formele controles als de materiele rechtmatigheid wijzigen niet met de introductie van de DBCs. Waar het om gaat is dat een deel van de controlewerkzaamheden verschuiven. De controles komen meer aan de bron, bij het ziekenhuis zelf te liggen. Hierdoor moet de zorgverzekeraar op een nieuwe manier aan de toezichthouder (CTZ) kunnen aangeven dat de betalingen aan de zorgaanbieders rechtmatig zijn geweest.

Omdat 2005 het eerste jaar waarin met DBCs wordt gewerkt, zijn voor 2005 extra maatregelen wenselijk. Als basis hiervoor worden de resultaten van de nulmeting AO/IC gebruikt.

Dit is een meting die door externe accountants in oktober 2004 bij de ziekenhuizen is uitgevoerd op de kwaliteit het administratieve proces, getoetst aan de standaarden zoals die bij de DBC-invoering gaan gelden. De extra maatregelen die per zorginstelling en per zorgverzekeraar worden getroffen zijn onder andere: een plan van aanpak voor de AO/IC per instelling, het volgen van de uitvoering hiervan door de zorgverzekeraar en een extra meting op de werking van de AO/IC per 1 juli 2005. Bij alle scenario's maakt de zorgverzekeraar een controleplan op basis van een risicoanalyse.

23. CDA

Kan de minister de vrees tot fraude in het DBC-systeem ondubbelzinnig weerleggen?

Het tegengaan van fraude is een serieus punt. Dat begint aan de bron. Als ziekenhuis wil je niet bekend staan als een ziekenhuis waar gefraudeerd wordt. Dat zal namelijk belangrijke nadelen voor de marktpositie van het ziekenhuis met zich meebrengen, Los van dit eigen belang van het ziekenhuis om intern scherp te zijn op fraude en het tegengaan daarvan, zijn er in het DBC systeem diverse waarborgen opgenomen om fraude tegen te gaan. Ik zal ze opnoemen:

- Er is een kaderregeling administratieve organisatie en interne controle. Deze stelt eisen aan de manier waarop registraties plaatsvinden, functiescheiding plaatsvindt en controles zijn vormgegeven in het ziekenhuis.
- De accountant van het ziekenhuis moet elk jaar nagaan of de kaderregeling goed wordt toegepast en daarover een openbare verklaring afgeven.
- Het bestuur van het ziekenhuis moet elk jaar een openbare verklaring tekenen waarin is aangegeven dat het bestuur instaat voor de rechtmatigheid.
- De kaderregeling is vertaald naar een document dat de ICT leveranciers van de ziekenhuizen verplicht zijn te hanteren en te verwerken in hun software voor de ziekenhuizen. Daarmee zijn de softwareprogramma's in de ziekenhuizen die de DBC-systematiek ondersteunen gestandaardiseerd.
- Onderdeel van de verplichte ondersteunende software is de zogenoemde validatiemodule, die controleert of een DBC juist geregistreerd is. Een DBC die niet eerst is gevalideerd, mag niet worden gedeclareerd aan de zorgverzekeraar.

Is hiermee een 100% waterdicht systeem ontwikkeld? Nee, de ervaring

leert dat mensen altijd in staat zijn om toch te frauderen, wanneer dit een welbewuste intentie is. Wat met dit systeem wel wordt neergezet, is dat de opzet van het systeem veel transparanter is, omdat de controles meer aan de bron plaatsvinden. Dat geeft meer mogelijkheden dan nu om fraude tegen te gaan.

24. SP

Wat zijn de kosten van de DBC-invoering tot nu toe, en hoe worden de vervolgcosten gemonitord?

In een vorige voortgangsrapportage aan de Tweede Kamer over de invoering van de DBCs heb ik de kosten aangegeven. In totaal gaat het om ruim € 140 mln, waarvan het leeuwendeel is gebruikt voor de ICT in de ziekenhuizen. Naast het mogelijk maken van DBCs is hiermee de informatisering van de ziekenhuizen mogelijk gemaakt. De kosten die volgend jaar worden gemaakt om de invoering van de DBCs te begeleiden lopen via de begroting van VWS. Deze kosten zijn dus eenvoudig te volgen. Als bedoeld wordt de transactiekosten van de invoering in het veld is al veel bekend. In eerdere voortgangsrapportages aan de Tweede Kamer is op het punt van de administratieve lasten in beeld gebracht wat de effecten zijn.

25. SP

Heeft het voorgenomen Centraal Fonds voor academische ziekenhuizen al vorm gekregen, wie beheert het, hoe wordt het gevuld en wie is verantwoordelijk voor de verdeling?

Het gaat hier om de uitwerking van bestuurlijke afspraken die op 19 januari 2004 zijn gemaakt tussen VWS, NFU en ZN over de omvang, de mutatie en de transparantie van de academische component. ZN heeft inmiddels een voorstel ingediend voor het bedoelde fonds, waarmee zij hun financiële verantwoordelijkheid dragen voor de academische component. Dit voorstel zal als één pakket worden beoordeeld met de voorstellen die door NFU en ZN worden gedaan in het bieden van transparantie vooraf en verantwoording achteraf over de allocatie van de totale academische component.

Het voorstel van ZN behelst een financieringsfonds dat tot doel heeft het innen en vervolgens doorbetalen van bijdragen van zorgverzekeraars (ziekenfondsen, ziektekostenverzekeraars en uitvoerende organen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen) ter financiering van de academische component aan de academische ziekenhuizen dan wel een hen vertegenwoordigende rechtspersoon, alsmede het bepalen van de hoogte van de bijdragen van de zorgverzekeraars en alles wat met het vorenstaande in de ruimste zin samenhangt.

Door het financieringsfonds wordt het bedrag bepaald dat per verzekerde in 2005 bijgedragen moet worden aan het financieringsfonds, door uit te gaan van het totale geraamde bedrag van de academische component en dit te delen door het geraamde aantal verzekerden. Dit bedrag geldt het gehele jaar 2005 als bijdrage per verzekerde en wordt dus gedurende het jaar niet meer herrekend. Aan het einde van het jaar wordt de daadwerkelijke bijdrage van de zorgverzekeraars aan het financieringsfonds academische component bepaald. Tevens wordt door het CTG bepaald wat de daadwerkelijke omvang is van de academische component. Het financieringsfonds moet de ontvangen academische component uitbetalen aan de NFU. In overleg met de NFU wordt een uitbetalingsschema opgesteld. Het fonds wordt beheerd door het bestuur zoals dat benoemd wordt door ZN.

In de budgettering van verzekeraars wordt rekening gehouden met de verschuldigde bedragen, ervan uitgaande dat het fonds per 1 januari 2005 een feit is.

26. D66

Heeft u de kostenstijging voor particuliere ziektekostenverzekeraars als gevolg van DBCs voorzien en aan de Tweede Kamer gemeld?

Zoals ik al heb uiteengezet in de media, ga ik niet over de premies van particuliere verzekeraars en dus ook niet over de jaarlijkse stijgingen. Waar het kabinet wel over gaat, zijn de zorguitgaven. Doordat de ziekenhuizen betaald gaan worden met een bekostigingssysteem dat bij de werkelijke kosten aansluit, worden de uitgaven van particulieren verzekeraars hoger.

In de huidige financiering is «liggen in het ziekenhuis» relatief te duur geweest. Dit wordt nu rechtgetrokken en de groep die relatief weinig in het ziekenhuis lag, waren de particuliere verzekerden. Dit rechttrekken betekent dat, zo is berekend, de schadelast van particulieren 4% toeneemt. Dat zagen de zorgverzekeraars vorig jaar al aankomen. Dat is de reden dat ze vorig jaar al 2% premieverhoging extra hebben gevraagd. Dit geld ontvangen ze dus dit jaar. Omdat de DBCs per 1 januari aanstaande worden ingevoerd, hoeven ze nu niet het volledige bedrag in een premieverhoging te verdisconteren. Voor dit effect kunnen ze in mijn optiek volgend jaar de resterende 2% rekenen.

27. D66

Wat zijn de inverdieneffecten van de DBC-invoering?

Het gaat dan om hoe het proces verloopt, hoe keuzes worden gemaakt, enz. Deze hebben betrekking op de cultuuromslag die de sector aan het maken is. Dergelijke zaken zijn zeker van groot belang. Ook bij de monitoring van het experiment «Ruimte voor Resultaat» hebben dergelijke aspecten een belangrijke rol gespeeld, en dat ben ik ook voor volgend jaar van plan. Ik wil qua rapportages aansluiten op de voortgangsrapportages die over de DBCs sowieso naar de Tweede Kamer zullen worden gezonden.

28. D66

Kan bij benadering worden aangegeven hoeveel euro per jaar wordt bespaard op de administratieve lasten in de zorg met de invoering van de B-segment DBC's?

De DBC invoering vergt een totale omzetting van de registratie, declaratie en externe informatievoorziening in DBCs. Een onderscheid tussen het A en B segment is daarom niet relevant. In mijn voortgangsrapportage aan de Tweede Kamer eerder dit jaar over de invoering van de DBCs heb ik verslag gedaan over de administratieve lasten als gevolg van de DBCs. Samen met enkele ziekenhuizen en een grote zorgverzekeraar is in beeld gebracht wat de administratieve lasten van de DBC invoering zijn. Hierin bleek dat de invoering zelf een flinke klus is. Als de invoering in de instellingen een feit is, is er niet echter zozeer sprake van een extra administratieve last, maar van een andere werkwijze. Er is meer gestandaardiseerd ten opzichte van in het huidige systeem en er is meer automatisering. Dat is wennen, maar dat is wat anders dan meer administratieve lasten. Doordat er via het DBC-Informatie-Systeem gegevens worden aangeleverd en uitgeleverd kan bovendien gesneden worden in bestaande, oude administratieve verplichtingen. Dit levert lagere administratieve lasten op. Hoeveel precies zal moeten blijken en kan worden meegenomen in de monitoring voor volgend jaar.

29. SGP/ChristenUnie

Is het bekend is dat een aantal ziekenhuizen erg veel moeite hebben met de nieuwe situatie (DBC-invoering), zodat het niet zeker is dat de onderhandelingen positief worden afgerond?

Het is bekend dat er een aantal ziekenhuizen problemen hebben met de DBC-invoering. Het lijkt mij echter niet dat dit leidt tot problemen bij de productieafspraken. In segment A bestaat nog steeds de contracteerplicht. In segment B bestaat de mogelijkheid tot het maken van een nieuw soort afspraken. Maar dit is niet verplicht. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars kunnen er in hun bilaterale onderhandelingen altijd voor kiezen (het niveau van) de productieafspraken van vorig jaar zoveel mogelijk te volgen. Daar bestaat ruimte voor. Daarnaast is het altijd mogelijk om bestaande afspraken later in het lopende jaar te wijzigen en/of aan te vullen. Ziekenhuizen die verder zijn kunnen in het B-segment hun eerste ervaringen opdoen met bijzondere afspraken met (enkele) individuele verzekeraars.

30. VVD

Welke ijkpunten/criteria hanteert u ten aanzien van liberalisering van zorgmarkten en specifiek ten aanzien van de ziekenhuiszorg?

Zoals beschreven in mijn brief «Liberalisering electieve zorg» aan de Tweede Kamer hanteer ik een algemeen (economisch) toetsingskader dat uitgaat van een evenwichtige verdeling van marktmacht tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, de beschikbaarheid van voldoende informatie (bijvoorbeeld over kwaliteit), voldoende toetredingsmogelijkheden voor nieuwe zorgaanbieders en de beschikbaarheid van homogene producten.

Wanneer dit toetsingskader wordt toegepast op de ziekenhuiszorg (segment B) resulteren de volgende concrete criteria: electieve zorgproducten, eenvoudige substitutiemogelijkheden binnen de tweede lijn, geen substitutiemogelijkheden met eerste lijn, bij voorkeur leverbaar door zelfstandige behandelcentra.

Een belangrijk criterium vormt ook de kostenontwikkeling tijdens de eerste liberaliseringsronde. Die mag uiteraard niet onbeheersbaar zijn. Bij de evaluatie van die liberaliseringsronde zal ik de Staten-Generaal inlichten over de bereikte resultaten en over de eventuele noodzaak van verdere verfijning of aanpassing van de criteria ten aanzien van verdere liberalisering.

31. VVD

Wat bedoelt u in de brief over de liberalisering van de electieve zorg, als u stelt dat bij ongewenste prijsstijgingen het mogelijk is dat het CTG als ultimum remedium de prijzen weer vaststelt?

Er zijn meerdere mogelijkheden waarom er meerkosten in de zorg zijn. Een mogelijkheid is dat er meer zorg wordt geleverd in het kader van het «boter-bij-de-vis»-beleid. Er is dan sprake van meerkosten, maar omdat het volume aan zorg is toegenomen. Het is echter ook mogelijk dat de prijs per eenheid zorg meer toeneemt dan de inflatie. Dat kan ook betekenen dat de markt nog niet goed functioneert. In de evaluatie van het experiment «Ruimte voor Resultaat» bleek bijvoorbeeld dat er een flink prijseffect was opgetreden. Dit hing onder meer samen met het vrij onderhandelbare uurtarief voor de medisch specialisten. Ook daarom is nu een vast uurtarief voor de medisch specialisten ontwikkeld. Als nu uit de monitoring in 2005 soortgelijke effecten blijken kan als ultimum remedium worden teruggevallen op bijsturing, in die zin dat het CTG de prijzen weer gaat vaststellen.

32. VVD

Klopt het dat de invoering van de eerste 10% vrije prijzen voor DBCs in 2005 zullen leiden tot een kostenstijging van ongeveer € 27 miljoen?

Dit is mij niet bekend. Wel kan gesteld worden dat om allerlei redenen elk jaar meer geld voor de zorg nodig is, dat staat los van de DBCs. Gedacht kan worden aan de ontwikkeling van de demografie, betere diagnostiek, maar ook nominale ontwikkelingen zoals de inflatie. Volgend jaar zullen de verschillende ontwikkelingen scherp worden gemonitord, zodat de verschillende effecten ook goed apart in beeld komen. Bij de samenstelling van het B segment is gekozen voor DBCs die relatief eenvoudige ingrepen betreffen en waar efficiency te behalen is.

33. SP, D66 en VDD

Hoe gaat u de voortgang van de DBC-invoering volgend jaar monitoren?

Uit de monitoring van de DBC-implementatie blijkt dat het leeuwendeel van de instellingen technisch klaar is voor de DBCs. Het leren werken met de DBCs zal nog wel wat tijd vergen en men zal er gaandeweg beter in worden. Gevraagd is naar de vormgeving van de monitor 2005 en de gewenste effecten van de invoering.

Ik ben nog doende om de monitor voor 2005 vorm te geven. Wat van belang is, is dat op diverse monitorgebieden verbeteringen ontstaan. Het gaat dan om prijs, volume, kwaliteit, de cultuuromslag, het functioneren van het nieuwe systeem zelf maar ook of het toezicht effectief is. Per monitorgebied zal het gewenste effect worden aangegeven. Hierover is VWS met de betrokken instanties in gesprek. Zodra één en ander ook technisch is uitgewerkt, zal ik zo spoedig mogelijk het parlement hierover informeren. Dit gesprek vindt overigens nu plaats, omdat de ervaringen met de monitor van de implementatie bij de instellingen hierbij worden betrokken.

34. D66 en OSF

Hoe kijkt het kabinet aan tegen de omstandigheid dat de zorgvrager misschien wel weinig behoefte, en bij acute problemen zelfs geen tijd, heeft om zich eens rustig te oriënteren op de vraag welke aanbieders de meest gunstige voorwaarden heeft? Hij of zij wil gewoon goede zorg.

Het zorgsysteem is er op gericht dat alle zorgaanbieders zorg leveren van een voldoende kwaliteit. De zorgvrager die gewoon goede zorg wil en verder geen eisen stelt, kan dus bij iedere aanbieder terecht.

5. Administratieve lasten

35. PvdA

Is het juist dat in de memorie van toelichting is aangegeven dat nu nog geen reële schatting te geven is hoe de nieuwe regelgeving – voor wat betreft de administratieve lasten – in omvang zal uitpakken?

Zoals bij u bekend, is er binnen VWS samenhang tussen een aantal ontwikkelingen, die ieder een eigen dynamiek hebben. Tot nu toe was het niet mogelijk om voornoemde inschatting te geven, omdat een aantal van die ontwikkelingen nog onvoldoende inzicht boden. Inmiddels is dit inzicht er wel.

36. PvdA

Is één van de redenen van het ontbreken van de schatting dat er bij de overgang van het huidige naar het toekomstige systeem feitelijk al sprake is van een dubbele last doordat de twee systemen naast elkaar moeten worden verantwoord?

Het is inderdaad zo dat er een periode van dubbele lasten zal zijn. Dit zijn echter incidentele dubbele lasten, die verdwijnen zodra het oude systeem losgelaten wordt. Vanaf dat moment ontstaat de reductie van de administratieve lasten.

37. PvdA

Klopt het dat hoewel in de toelichting op de wetsvoorstellen nog gesproken wordt over een reductie van 25% van de administratieve lasten, nu al wordt toegegeven dat de administratieve lasten zullen toenemen?

Het behalen van 25% reductie heeft betrekking op de kabinetsdoelstelling om de totale administratieve lasten die vanuit wet- en regelgeving opgelegd wordt aan het bedrijfsleven te verminderen. Het gaat dus om een netto reductie van die lasten. Dit houdt in dat een stijging voor mag komen, zo lang deze maar gecompenseerd wordt door een maatregel die de lasten verminderen. Ik deel overigens uw mening niet dat de wetten leiden tot een toename van de lasten in termen van deze kabinetsdefinitie. Differentiatie en maatwerk zullen ongetwijfeld leiden tot «meerwerk», maar niet tot een toename van informatieverplichtingen, opgelegd door de overheid.

38. PvdA, CDA, SP

Leidt een systeem dat meer marktwerking beoogt zoals de minister zich dat voorstelt niet tot een toename van administratieve lasten en meer bureaucratie?

De zorg dat de administratieve lasten en bureaucratie toenemen deel ik niet. Ik voer nu juist – met het oog op minder overheid en meer marktwerking – een dereguleringsbeleid. Ook de zorg dat de bureaucratie in stand wordt gehouden door marktpartijen deel ik niet.

Behalve de deregulering waarvan nu sprake is, is er een heel programma in uitvoering dat gericht is op vermindering van de administratieve lasten, onder meer door stroomlijning van de jaarverslaglegging (één document voor toezicht en verantwoording), afschaffen van machtigingen, vereenvoudiging van bouwprocedures, een ICT-programma dat onder meer gericht is op het digitaliseren van het declaratieverkeer (een van de grootste lastenposten) en de invoering van het Burger-service-nummer in de zorgsector. Om te voorkomen dat toezichthouders onnodig informatie opvragen moeten beschikbare gegevens zoveel mogelijk worden gedeeld. De basis daarvoor moet een goede maatschappelijke verantwoording zijn door de instellingen zelf, en niet allerlei ad hoc-administraties. Daartoe ga ik de regeling jaarverslaglegging aanpassen en afspraken maken met de toezichthouders.

Ook marktpartijen, als verzekeraars en zorgaanbieders zijn zich bewust van het dreigende gevaar van de bureaucratie en de verlamme werking hiervan op het primaire proces in de zorg. Juist marktwerking voorkomt een te hoge overhead. Zorginstellingen die intern hun zaken niet op orde hebben en hierdoor te veel kosten maken, prijzen zichzelf uit de markt. Daar tegenover staat dat een lage overhead mede zorg kan dragen voor een interessante onderhandelingspositie van de zorgaanbieder tegenover de zorgverzekeraar. Aanbieders zullen bij andere marktpartijen dan ook aandringen op stroomlijning en beperking van de informatiebehoefte.

Zorgverzekeraars zullen dan ook zo veel mogelijk proberen aan te sluiten bij bestaande processen. Verder zoeken zij samenwerking bij bijvoorbeeld het opstellen van één kwaliteitssysteem. Dit om te voorkomen dat er door verschillende verzekeraars of toezichthouders om steeds weer net iets

andere informatie wordt gevraagd.

6. HOZ

De verschillende vragen die zijn gesteld over de ontwerp-amvb over restitutie, hoop ik beantwoord te hebben met mijn brief van 19 november jl. (antwoord op vragen over de ontwerp-amvb van de leden van de Tweede Kamer). Voorzover dit toch niet het geval mocht zijn, verneem ik dat graag in de tweede termijn van uw kant, op 30 november a.s.

39. CDA

Geldt de restitutiemogelijkheid voor DBC's voor alle ziekenhuizen, dus ook voor de academische ziekenhuizen?

De restitutiemogelijkheid op grond van het straks geldende nieuwe artikel 11 van de Ziekenfondswet geldt voor zorgvormen waarvoor geen contracteerplicht en geen WVG-tarief geldt. Dat is straks het geval met een deel van de medisch-specialistische zorg, de zogenoemde vrij DBCs. Wanneer aan een patiënt een dergelijke DBC wordt geleverd, waarvoor zijn ziekenfonds geen overeenkomst met dat – eventueel academische – ziekenhuis heeft gesloten, dan heeft de verzekerde recht op restitutie van de kosten volgens de regeling die zijn ziekenfonds daarvoor heeft getroffen.

40. CDA, SP en VVD

Is het in de brief van 11 november jl. van de NVZ vereniging van ziekenhuizen gesteld dat er een toename van het debiteurenrisico voor de ziekenhuizen ontstaat als gevolg van het invoeren van de restitutiemogelijkheid voor ziekenfondsverzekerden?

Als oplossing stelt de NVZ een zogenoemde derdebetalerregeling voor. Daarmee wordt geregeld dat ziekenhuizen de rekeningen voor DBC's waarvoor het ziekenfonds geen overeenkomsten heeft gesloten, rechtstreeks aan de ziekenfondsen in rekening kunnen brengen. Die rekeningen worden dan zonder tussenkomst van de patiënt aan het ziekenhuis betaald. De ziekenhuizen willen hiermee het risico afwentelen op de verzekeraar.

Ik zie geen reden om de suggestie van de NVZ over te nemen. Wanneer een verzekeraar reden heeft om een ziekenhuis niet te contracteren is het onlogisch dat hij wel de rekening rechtstreeks zou moeten betalen. Dat de administratieve lasten door restitutie kunnen toenemen is een gevolg van de keuze voor de restitutiemogelijkheid. Afwentelen van het debiteurenrisico op de verzekeraar leidt niet direct tot minder uitvoeringsproblemen, er ook van uitgaande dat de verzekeraar niet 100 % van de kosten vergoedt. Het beroep op restitutie zal overigens naar verwachting beperkt zijn.

Het treffen van een specifieke regeling zou een afwijking betekenen van het bij de particuliere verzekering geldende systeem, namelijk dat op de verzekerde de betalingsverplichting rust. Overigens heeft de praktijk daarvoor praktische oplossingen gevonden en hebben verzekeraars daarover met ziekenhuizen administratieve afspraken gemaakt. De restitutiemogelijkheid die nu wordt ingevoerd voor ziekenfondsverzekerden is voor mij niet een aanleiding om een specifieke wettelijke (betalings)regeling in het leven te roepen. Dat zou ook op gespannen voet staan met de primaire verantwoordelijkheid van de patiënt voor de betaling, wanneer hij kiest voor een niet gecontracteerde aanbieder. De vergelijking met België gaat niet op. Daar is een derdebetalerregeling bij Koninklijk Besluit getroffen. Daardoor zijn de ziekenfondsen verplicht om de rekeningen voor ziekenhuisverpleging rechtstreeks aan de ziekenhuizen te vergoeden, maar de situatie in België is niet te vergelijken

met de situatie in Nederland omdat het uitgangspunt in België geen naturasysteem is; daar is het uitgangspunt dat de verzekerden rekeningen zelf betalen.

41. SGP/ChristenUnie

Het amendement van der Vlies regelt dat de financiering van de zorg doorloopt voor verzekerden ook al is het contract met de zorgaanbieder door de verzekeraar beëindigd. Hoe moet dit wetsartikel worden toegepast wanneer de overeenkomst met de zorgaanbieder is beëindigd omdat de zorgaanbieder niet voldoet aan de kwaliteitseisen? En als een instelling te goede zorg levert, mag zo'n verzekeraar besluiten er niet mee in zee te gaan?

In een dergelijke situatie van contractbeëindiging staat de patiënt met zijn voorkeur centraal. Wanneer een verzekeraar een overeenkomst met een zorgaanbieder om reden van kwaliteit wenst te beëindigen, maar de patiënt meent dat hij gebaat is bij voortzetting van de behandeling, dan zal zijn verzekeraar de behandeling moeten blijven vergoeden. Uiteraard met inachtneming van de overige voorwaarden die de Ziekenfondswet daaraan stelt.

Wanneer een instelling te goede zorg zou leveren mag de verzekeraar beslissen om geen overeenkomst met hem aan te gaan. Dat geldt althans jegens die aanbieders waarvoor geen contracteerplicht geldt. Voor toegelaten instellingen geldt echter nu nog de contracteerplicht. Daarop wordt alleen een uitzondering gemaakt wat betreft de ziekenhuizen en dan alleen nog voor wat betreft gemiddeld ongeveer 10% van de door hen te leveren medisch-specialistische zorg.

42. VVD

Kan een zorgverzekeraar zich beperken tot het contracteren in de gebieden waar hij een behoorlijke dichtheid aan verzekerden heeft en aan de verzekerden die hij verder in het land heeft de eis stellen dat deze dan maar moet reizen naar de regio's waar de verzekeraar wel gecontracteerd heeft?

Wanneer een verzekeraar het gehele land tot zijn werkgebied rekent dan kan hij het sluiten van overeenkomsten met zorgaanbieder niet beperken tot één of een aantal regio's waar hij een behoorlijke concentratie van verzekerden heeft. Alle bij hem ingeschreven ziekenfonds- verzekerden hebben recht op zorg in natura. Dat is de hoofdlijn in de Ziekenfondswet. Het ziekenfonds heeft zorgplicht jegens zijn verzekerden en zal er voor dienen te zorgen dat de zorg waarop ziekenfondsverzekerden aanspraak hebben in de omgeving van zijn verzekerden is gecontracteerd. Een uitzondering daarop is natuurlijk hoogwaardig medisch-technologische zorg die niet in elke regio voorhanden is. Daarvoor zullen verzekerden uiteraard moeten reizen, maar op die situatie doelen de leden van de VVD-fractie waarschijnlijk niet. Overigens kunnen verzekerden een beroep op restitutie doen, en dus zelf een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in hun buurt zoeken, indien het gaat om zorg zoals omschreven in het voorgestelde nieuwe artikel 11 van de Ziekenfondswet.

43. VVD

Als de verzekeraar, door schaarste in het aanbod of omdat hij overal in het land verzekerden heeft, (nagenoeg) alle aanbieders moet contracteren, welke prikkels kan hij dan nog uitoefenen op zorgaanbieder?

Op grond van dit wetsvoorstel wordt voor een beperkt deel van de ziekenhuiszorg contracteervrijheid geïntroduceerd (het zogenaamde B-segment). Eén van de criteria voor het selecteren van DBC's waarvoor contracteervrijheid gaat ontstaan was dat er sprake moet zijn van

voldoende aanbod. Ik ga er dan ook vanuit dat een verzekeraar mogelijkheden heeft om te kiezen uit aanbieders. Dat zal gezien de huidige situatie nog niet perfect zijn en ik ben het met de VVD-fractie eens dat er alle redenen zijn om toetreding van nieuwe aanbieders te bevorderen. Ik heb over de uitbreiding in de ziekenhuiszorg een brief geschreven aan de Tweede Kamer (TK 2004–2005, 29 800 XVI, nr. 25).

Ik monitor de ontwikkelingen in dit vrije segment nauwlettend en zal indien nodig maatregelen nemen.

44. VVD

Wat gaat er, in het licht van het loslaten van de omgekeerde contracteerplicht, gebeuren met het PGB?

De contracteerplicht (en in het verlengde daarvan de omgekeerde contracteerplicht) heeft betrekking op het naturasysteem. Het PGB staat hier los van. Er gaat dus niets gebeuren met het PGB.

7. WTG ExPres

45. PvdA

Hoe zit het met de privacy bepalingen in de WTG ExPres, mede gelet op de brief die het College Bescherming Persoonsgegevens op 11 november jongstleden daarover schreef en de Europese en nationale regels over privacy?

Het CBP concludeert in zijn brief dat de juridische grondslag voor de Thrusted Third Party/DBC-Informatie Systeem (TTP /DIS) ontbreekt.

Die conclusie geldt overigens alleen voor de verwerking van persoonsgegevens. Niet voor gegevens die niet herleidbaar zijn tot een individuele patiënt. Daar gaat het CBP niet over.

Het CBP baseert zich op de VWS brief van 21 september 2004, CZ/2515084, over verwerking van persoonsgegevens in het TTP/DIS. In die brief zijn drie doelen aangegeven waar aanlevering van persoonsgegevens voor nodig is. Namelijk informatieverstrekking door de TTP/DIS aan:

- VWS ten behoeve van onderzoek en beleid risicoverevening ziekenfondsen;
- CVZ ten behoeve van uitvoering en controle risicoverevening ziekenfondsen;
- CBS ten behoeve van vervullen wettelijke taak (wet op de statistiek).

De persoonsgegevens moeten worden aangeleverd door zorgaanbieders en ziekenfondsen.

De brief geeft aan dat de wettelijke grondslag voor die verstrekking aan en de verwerking van persoonsgegevens door de TTP/DIS ligt in de WTG (ExPres). De WTG heeft ondermeer als doel het bevorderen van de doelmatigheid in de gezondheidszorg. Die brede opdracht kan in beginsel ook gebruikt worden voor de routing van gegevens via de TTP/DIS aan anderen die een taak hebben op het terrein van de WTG. Het gaat daarbij om de artikelen 30a WTG, dat grondslag biedt voor het nader regelen door het CTG van de routing van gegevens, in samenhang met artikel 30b WTG, dat bepaalt dat het daarbij ook kan gaan om persoonsgegevens betreffende de gezondheid.

Mede in gesprekken met het CBP is duidelijker komen vast te staan welke gegevens door het TTP/DIS voor de uitvoering van het dbc-systeem nodig zijn, en wat de aangewezen wettelijke basis zou moeten zijn voor de doelen die met het verstrekken van persoonsgegevens worden beoogd.

Als er een specifieke wet is voor een specifiek doel, dan moet op basis van die wet ook de informatieverstrekking voor dat doel worden geregeld. De risicoverevening vindt plaats in het kader van de Ziekenfondswet. De informatievoorziening voor de risicoverevening dient dan ook op basis van die Ziekenfondswet plaats te vinden. Daarvoor is in die wet echter nog geen basis. Een wetswijziging voor de Ziekenfondswet wordt hiervoor gemaakt. Deze wetswijziging zal naar verwachting in het voorjaar aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal worden aangeboden.

Het CBS vergaart zijn gegevens op basis van de Wet op het Centraal bureau voor de statistiek. Het CBS is op grond van artikel 35 van laatstgenoemde wet bevoegd tot verwerken van persoonsgegevens als bedoeld in de WBP voor statistische doeleinden. Die basis is voldoende.

De WTG ExPres is een wijzigingswet van de WTG. De WTG ExPres bracht in beginsel géén verandering in de aard van de gegevens zoals die al op grond van de WTG werden gevraagd. En was er dus geen reden voor raadpleging van het CBP. Ten tijde van het indienen van het voorstel voor advies bij de Raad van State, was dat nog steeds zo. De Raad van State is het laatste en hoogste adviesorgaan van de regering. Het is in dat kader niet toegestaan om na de Raad van State nog advies aan een ander orgaan te vragen. Tenzij de Raad van State daartoe uitdrukkelijk adviseert. Dat was niet het geval. Eerst tijdens de behandeling van het advies door de Raad van State werd duidelijk dat voor de uitvoeringsorganisatie en voor het onderhoud van dbc's persoonsgegevens nodig waren. Op geleide van het advies van de Raad van State, medio september 2003, dat uitdrukkelijk aandacht besteedde aan informatievoorziening, is daarom een artikel ingevoegd in de WTG ExPres dat die uitwisseling van persoonsgegevens, mede de gezondheid betreffende, mogelijk maakte. Waarbij voor een periodieke uitwisseling van gegevens en persoonsgegevens een nadere regeling door het CTG noodzakelijk is. Gaan die nadere regels over niet-persoonsgegevens, dan is alleen de grens van de doelen van de WTG van toepassing. Gaat het om persoonsgegevens de gezondheid betreffende dan moeten die aan Europese en nationale privacyregels getoetst kunnen worden.

Het CBP onderschrijft in zijn advies van 10 februari 2004 over vorenbedoelde wijziging van de Ziekenfondswet (en de AWBZ) dat een constructie waarbij in een nadere regel doel en noodzaak voor de verstrekking wordt neergelegd een dergelijke toetsing mogelijk maakt (www.cbpweb.nl, kenmerk z2003-1433). Het CBP toetst die constructie aan Europese en nationale privacyregels. Het CBP doet de suggestie deze nadere regel op te nemen in artikel 73a, vierde lid, van de Ziekenfondswet. Op deze wijze biedt de wet de mogelijkheid om door een nadere regel inzichtelijk te maken welke gegevens noodzakelijkerwijs door ziekenhuizen en zorgverzekeraars moeten worden verstrekt om de verschillende doelen te realiseren die met de invoering van de dbc-systematiek worden nagestreefd. Als dat duidelijk is zou de juridische verankering van het dbc-stelsel daarop kunnen aansluiten. Aldus het CBP in laatstbedoelde advies.

Het zelfde geldt natuurlijk voor de constructie die is gekozen bij de WTG (ExPres). Ook daar vindt de nadere precisering van de verstrekking van persoonsgegevens plaats in nadere regels op grond van artikel 30a WTG. Daar gaat het om concrete doelen, gegevens, verstrekkers, verwerkers en taken. Die gegevens moeten voldoende specifiek zijn, willen zij de toets van het CBP doorstaan.

Met het oog op het oordeel van het CBP over een constructie waarbij een bepaling door een nadere regel wordt ingevuld, waardoor de privacytoetsing kan geschieden op basis van de nader regel, mag ik er van uit

gaan dat deze constructie op grond van artikel 30a WTG past binnen de Europese en nationale privacyregels. Ik ga dan ook niet verder op de verhouding met die regels in. Het CBP komt bij de invulling van de nadere regels nog voldoende aan bod als het persoonsgegevens betreft.

Ik zal ook het bovenstaande in mijn gesprek met de voorzitter van het CBP, de heer Kohnstamm, op 7 december bespreken.

46. PvdA

Op welke wijze voorziet dit wetsvoorstel erin dat een toereikende en permanente toegang tot een evenwichtig aanbod van kwaliteitszorg kan worden geboden zonder dat kosten van zorg stijgen?

De WTG ExPres is een wijzigingswet van de WTG. De WTG heeft vier doelstellingen die dus ook voor de WTG ExPres gelden. Met de WTG ExPres worden ook geen nieuwe doelen aan de WTG toegevoegd. Die vier doelstellingen zijn het scheppen van een transparante procedure voor het tot stand brengen van tarieven in de gezondheidszorg, het tot stand brengen van een evenwichtig stelsel van tarieven, het bijdragen aan het doelmatig functioneren van de gezondheidszorg en het beheersen van de kosten daarvan. In de evaluatie van de WTG is gebleken dat de WTG redelijk werkt maar dat met name het derde punt, de microdoelmatigheid, nog aandacht behoeft. Ik verwijs nu kortheidshalve even naar de notitie over de WTG, Speelruimte en verantwoordelijkheid, van mei 2000 (Kamerstukken II, 1999–2000, 27 156, nr. 1). In die notitie worden maatregelen en voornemens aangekondigd die moeten leiden tot vergroting van de speelruimte en verantwoordelijkheid van de individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars om in hun regio een voor de patiënt doelmatige zorgorganisatie tot stand te brengen. Zulke maatregelen en voornemens dienen ook voor aanpassing van de bekostiging van instellingen met het oog op een betere aansluiting op de werkelijke kostenstructuur, meer transparantie en ruimte voor onderhandelingen over prijs, doelmatigheid en kwaliteit. In Bijlage III van die notitie is een bijlage opgenomen met een beknopt overzicht van de algemene maatregelen en voornemens. Die beoogde maatregelen en voornemens zijn deels vervat in wetgeving als de WTG ExPres en de HOZ en deels in de toepassing van het wettelijk instrumentarium.

Het bieden van een toereikende en permanente toegang tot een evenwichtig aanbod van kwaliteitszorg zonder dat van enige stijging van kosten van zorg sprake is, lijkt mij een ideaal dat ook met de WTG ExPres niet te verwezenlijken is.

Het ideaal suggereert niet alleen de afwezigheid van wachtlijsten en het immer beschikbaar zijn van voldoende aanbod. En dat alles zonder dat het een cent meer kost. De ruimte die met de WTG ExPres aan zorgaanbieders en verzekeraars wordt geboden in combinatie met een directere relatie tussen tarief en kosten van zorgprestaties lijkt mij op zich een goede bijdrage om in de buurt te komen van dat ideaal. Al eerder heb ik, bij de begrotingsbehandeling in de Tweede Kamer, vastgesteld dat de technologische ontwikkelingen de kosten van de zorg naar alle waarschijnlijkheid zullen laten groeien. De WTG ExPres is geen middel om te voorzien in meer aanbod. Daartoe zijn taakherschikking, functionele pakketomschrijving en uitbreiding van opleiding een beter middel.

47. CDA

Voor effectief toezicht is een uniform kostprijsmodel noodzakelijk. Waarom wordt dit model niet ingevoerd met inwerkingtreding van de beide voorliggende wetsvoorstellen?

Met de WTG ExPres krijgt CTGZAio instrumenten om, indien nodig, regels te stellen voor een uniforme wijze van kostentoekening en tariefstelling.

Bij toepassing van deze instrumenten is het zaak hierbij het evenwicht te bewaren tussen doel en middelen. Voorkomen moet worden dat instellingen met onnodige administratieve lasten worden geconfronteerd. Voor invoering op 1 januari 2005 voor de sector ziekenhuizen is niet gekozen om een te hoge cumulatie van administratieve lasten te voorkomen. De ziekenhuizen hebben op dat tijdstip immers ook al te maken met de invoering van de DBC-systematiek en met prijs- onderhandelingen in het B-segment. Zoals gemeld in de Periodieke voortgangsrapportage DBC's is het de verwachting dat CTGZAio per 1 januari 2006 een kostprijsmodel introduceert.

48. SP

Het jaar 2005 is een experimenteerjaar voor de vrije prijsvorming bij fysiotherapeuten. Valt er enig verschil te ontdekken in de verschillende tarieven die zorgverzekeraars de fysiotherapeuten bieden, dit mede in het licht van de omstandigheid dat bij thuisbehandeling in dunbevolkte gebieden lange afstanden moeten worden afgelegd waardoor standaard-tarieven lang niet kostendekkend zijn?

Op zich is het normaal dat verzekeraars aan de fysiotherapeuten een (standaard)contract voorleggen. Dat gebeurde altijd al gezien de systematiek van maximumtarieven. Vraag is hoe de fysiotherapeuten op de aangeboden contracten reageren en wat, na kortere of langere onderhandelingen, de uitkomsten zullen zijn. In dit licht vind ik het voorbarig om conclusies te trekken. Voorts wijs ik erop dat ten aanzien van de prestatiebeschrijvingen waar men in 2005 van uitgaat, geen beschrijvingen zijn geschrappt. Als onderhandelingspunten gelden ook nu (onder meer): «toeslag voor uitbehandeling» en «toeslag buitenreguliere werktijden», en dat is als vanouds.

Via de monitoring door CTGZAio blijf ik op de hoogte. Evaluaties leg ik voor aan het parlement.

49. SGP/ChristenUnie

Welke grenzen zijn er aan experimenten op grond van de WTG ExPres?

Deze vraag is in beperkte zin beantwoord in eerste termijn. Het lijkt mij goed om de vraag met inbegrip van wat is gezegd in die eerste termijn uitgebreider te beantwoorden.

Een experiment is maatwerk. Ook als iedereen deel neemt kan er nog sprake zijn van een experiment. Het kan immers gaan om een wijze van tarifiering van een prestatie die afwijkt van de tarifiering van de overige prestaties.

Het kenmerkende van een experiment in het kader van de WTG is dat het gaat om tijdelijkheid, monitoring, tijdige evaluatie en expliciete besluitvorming over de resultaten. Dat wordt met de WTG ExPres in artikel 15 van de WTG verankerd. Dat artikel geldt voor alle experimenten die op basis van de WTG worden gehouden. Door duidelijk te kiezen voor een expliciete experimentstatus kunnen ook geen verkeerde verwachtingen worden gewekt.

Het CTG bepaalt op basis van de desbetreffende experimentbeleidsregel in een beschikking voor wie het experiment geldt. Dat kan zoals bij het experiment met vrije tarieven voor fysiotherapeuten iedere therapeut zijn. Experimenten die gebaseerd zijn op bedoelde experimentbeleidsregelp bepaling kunnen niet eerder starten dan onmiddellijk na de inwerking-treding van de WTG ExPres.

Een stilzwijgende verlenging van hetgeen met het experiment in gang is gezet is niet mogelijk. Eerst komt er een evaluatie. Op basis van die evaluatie wordt beslist of het experiment al dan niet of gewijzigd in een permanente(re) situatie wordt omgezet.

Bij het opzetten van een experiment zal deelname van grote kapitaalintensive instellingen in financiële problemen bijzondere aandacht krijgen. Het houden van een experiment is niet bedoeld om de financiële problemen van een instelling het hoofd te bieden. Dat vindt u ook in de parlementaire stukken terug.

Die bijzondere aandacht is er ook indien er door deelneming van zorgaanbieders een gevaar dreigt voor de continuïteit van zorg. Bij experimenten is ook aandacht vooraf voor (gevaar voor) kwaliteit en patiëntveiligheid.

Als een experiment vroegtijdig dreigt te mislukken kan het worden afgebroken. Daarbij moet vooral gedacht worden aan gevaar zijn voor de continuïteit of de kwaliteit van de zorg.

De IGZ behoudt zijn positie op het terrein van kwaliteit en dat is juist extra van belang bij experimenten. Indien de kwaliteit onder een verantwoord niveau dreigt te komen kan het IGZ ingrijpen. De IGZ moet dan wel overleggen met het CTG om te bezien op welke wijze en op welke termijn het experiment kan worden bijgesteld of moet worden beëindigd om de schade voor continuïteit of kwaliteit van de zorg zo gering mogelijk te doen zijn.

Een belangrijk punt bij experimenten is de (formele) afbakening. Het is vooral belangrijk bij de wijze waarop in de desbetreffende experiment-beleidsregel wordt aangegeven welke prestaties het betreft en met welke tariefsoort wordt geëxperimenteerd. Voor wat betreft de prestaties is het niet zo dat alle prestaties volledig en expliciet op inhoudelijke kenmerken dienen te worden beschreven, om een onderscheid te maken tussen prestaties die wel en prestaties die niet betrokken zijn in het experiment. Zo volstaat het in de desbetreffende experimentbeleidsregel vermelden dat het gaat om:

- een of meer gepreciseerde prestatie(s),
- alle – al dan niet nader gepreciseerde – prestaties,
- alle – niet nader gepreciseerde – prestaties, behalve een of meer wel gepreciseerde prestaties, (combinaties daarvan).

Dat zelfde geldt overigens ook voor het aangeven van tariefsoorten voor prestaties op grond van een algemene beleidsregel op grond van artikel 11 van de WTG, zoals dat artikel komt te luiden na inwerkingtreding van de WTG ExPres.

50. VVD

Het blijkt dat veel fysiotherapeuten de lier aan de wilgen hangen of nu als failliet gaan. Wat zal, als deze beroepsgroep weer schaars kan worden en de prijzen gaan stijgen, de gedragslijn van de minister zijn?

Het gaat om een experiment, CTGZAio gaat goed monitoren, en afhankelijk van tussentijdse evaluaties en de uitkomsten bekijk ik wat het vervolg moet zijn. Uiteraard geldt ook hier, net zoals voor de DBC's, dat we ons een onbeheersbare prijsontwikkeling niet kunnen permitteren. Ik zou het overigens zeer betreuren als het zover zou komen.

Ik schrijf dat vanuit

- de constatering dat de tarieven van de fysiotherapeuten in feite sinds eind jaren '80 van de vorige eeuw nooit echt zijn herijkt,
- en de omstandigheid dat juist het vastlopen van het tarievenbeleid voor fysiotherapeuten de Tweede Kamer aanleiding gaf voor het verzoek om een brede evaluatie van de WTG. Een evaluatie die via de notitie over de WTG «Speelruimte en verantwoordelijkheid» heeft geleid tot het onderhavige wetsvoorstel.

Wat betreft fysiotherapeuten die stoppen; vraag-aanbodverhoudingen zijn zondermeer relevant. Ook ik heb signalen opgevangen over fysiotherapeuten die stoppen. Maar dit hoeft geen schaarste tot gevolg te hebben als dat hand in hand gaat met een teruglopende vraag. Vanuit de

beroepsgroep valt te beluisteren dat daar sprake van zou zijn. Daarbij wijzen de fysiotherapeuten op een daling van de vraag in het derde compartiment in relatie met de getroffen pakketmaatregel. Mogelijk dat hierover, over enkele maanden, meer duidelijkheid ontstaat op basis van de uitkomsten over 2004.