

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)**

**F**

## **NADERE MEMORIE VAN ANTWOORD**

Ontvangen 12 november 2004

Ik heb met belangstelling kennisgenomen van het nader voorlopig verslag dat de Vaste Commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 10 november heeft vastgesteld. Bij het beantwoorden hanteer ik de volgorde van de gestelde vragen.

1

*De Vaste Commissie verzocht de minister 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 de commissie op dit moment minder opportuun, mede gelet op de nog noodzakelijke wetgeving.*

Allereerst ga ik in op de Wet herziening overeenkomstenstelsel (HOZ). De HOZ is van essentieel belang voor de geplande introductie van de DBC-systematiek (diagnose-behandeling-combinaties) per 1 januari 2005, in het bijzonder voor dat deel van de ziekenhuisproductie waarvoor vrije prijsonderhandeling is voorzien.

Na een jarenlange ontwikkeling, geïnitieerd door het zorgveld zelf, heb ik op 23 september 2003 overeenstemming bereikt met en brede steun gekregen van belanghebbenden op de ziekenhuismarkt om de DBC-systematiek integraal in te voeren. Vervolgens is in goed overleg gekozen voor een verantwoord overgangsmodel.

Het overgangsmodel is gebaseerd op het principe dat per 1 januari 2005 voor de gehele ziekenhuisproductie de overstap wordt gemaakt naar de DBC-systematiek, maar dat 90% van de ziekenhuisproductie nog plaats vindt binnen de zekerheden van het budgetstelsel, te financieren door middel van door het CTG/ZAio vastgestelde DBC-tarieven. Voor 10% van de ziekenhuisproductie wordt de stap gezet naar bilaterale, vrije prijsonderhandelingen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen. Hiervoor zijn DBC's geselecteerd met een electief karakter, omdat de verwachting is dat voor deze DBC's de marktomstandigheden het meest gunstig zijn voor vrije prijsonderhandelingen. Deze DBC's kunnen immers ook worden aangeboden door zelfstandige behandelcentra. Om bilaterale vrije prijsonderhandelingen mogelijk te maken is opheffing van de (omgekeerde) contracteerplicht, onderdeel van de HOZ, een *conditio sine qua non*.

Immers, de contracteerplicht komt neer op gedwongen winkelnering, terwijl de omgekeerde contracteerplicht bevordert dat de overeenkomsten die de ziekenfondsen met een bepaald ziekenhuis sluiten dezelfde condities bevatten. Zowel het een als het ander staat vrije prijs- onderhandelingen respectievelijk vraagsturing in de weg.

Het kabinet heeft ingestemd met het door mij voorgestane en met het zorgveld afgestemde overgangsmodel en op 10 oktober 2003 heb ik de Tweede Kamer over het kabinetsbesluit geïnformeerd. Vervolgens heb ik tijdens algemene overleggen op 11 december 2003 en 15 juni 2004 uitvoerig met de Tweede Kamer gedebatteerd over de DBC-invoering. Op 4 november jl. heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd dat de voorbereidingen van de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars op de DBC-introductie voorspoedig verlopen en per 1 januari 2005 naar alle waarschijnlijkheid succesvol zijn afgerond. Op basis van de positieve signalen die telkenmale door het kabinet en door de Tweede Kamer zijn afgegeven over de invoering van de DBC-systematiek per 1 januari 2005 zijn alle ziekenhuizen en zorgverzekeraars druk doende zich gedegen voor te bereiden. Zo zijn bijvoorbeeld de vrije prijsonderhandelingen over de 10% van de ziekenhuisproductie in volle gang.

Overigens staat op 2 december aanstaande een volgend algemeen overleg met de Tweede Kamer gepland.

Zonder de inwerkingtreding van zowel de WTG Expres als de HOZ per 1 januari 2005 is de invoering van de DBC-systematiek, waar het zorgveld het afgelopen jaar veel energie in heeft gestoken en ook financiële investeringen heeft gedaan, niet mogelijk.

Dan de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Anders dan de WTG Expres en de HOZ is de WTZi, althans in dit stadium, niet van belang voor de DBC-systematiek. Dit neemt niet weg dat de WTZi een aantal gewichtige doelen dient, in het licht waarvan een snelle invoering uitermate wenselijk is. Die gewichtige doelen, waarvoor een breed draagvlak in het veld bestaat, zijn de volgende.

- (a) De borging van publieke belangen zoals de beschikbaarheid van acute zorg, zulks met behulp van het toelatingsinstrument. De huidige WZV biedt in dit opzicht geen adequate oplossing. Ik wijs in dit verband ook op de zogenaamde standstill en de niet aflatende incidentenpolitiek rond kleine ziekenhuizen. Op de dag dat de WTZi kracht van werking krijgt, hef ik de standstill op.
- (b) De stap die ik zo spoedig mogelijk wil zetten inzake de deregulering van het bouwregime. Op dit punt verwijs ik korthedshalve naar de memorie van antwoord.
- (c) De introductie van op goed bestuur en een ordelijke bedrijfsvoering gerichte transparantie-eisen, zulks op geleide van de aanbevelingen die de commissie Meurs in 1999 deed, met onder meer:

- de verplichting dat zorginstellingen, zijnde een stichting, een Raad van Toezicht hebben,
- en de borging dat als een Raad van Toezicht en/of een Raad van Bestuur niet goed functioneert, de toegang tot de Ondernemingskamer open staat voor onder andere organisaties van patiënten en consumenten.

De invoering van de WTZi heeft niet de urgentie van de invoering van WTG ExPres en HOZ, maar is wel opportuun. De opportuniteit houdt direct verband met de vrijheden die het veld heeft en krijgt. Bij die vrijheden horen: meer verantwoordelijkheid, goed bestuur en een adequate verantwoording. Daarop ziet de WTZi, de transparantie-eisen voor instellingen in het bijzonder.

In de derde plaats wijs ik, ten algemene, op de onderlinge samenhang van de drie wetsvoorstellen, op de betekenis van een zo helder mogelijk signaal richting het veld en op het dereguleringspotentieel van het pakket als geheel – gericht op het bouwregime, de contracteerplicht en het prijsregime.

In dit verband veroorloof ik mij u te herinneren aan het debat «De zorg in Nederland», dat de Eerste Kamer op 30 oktober 2001 voerde met de toenmalige minister, mevrouw Borst-Eilers.

Tijdens dat debat vroeg de Eerste Kamer nadrukkelijk aandacht voor de voortgang van de deregulering in de zorgsector en naar de redenen waarom het allemaal zo traag verliep. Het debat resulteerde in een brief van 2 april 2002 aan de Eerste Kamer met bijgevoegd een overzicht van maatregelen en activiteiten ter zake (EK, vergaderjaar 2001–2002, nr. 11c). De eerste drie in dat overzicht genoemde onderwerpen betroffen: de vervanging van de WZV, de wijziging van de WTG en de herziening van het overeenkomstenstelsel.

2

*De leden van de CDA-fractie merkten op dat de behandeling van de WTZi minder opportuun is, gelet op de nog noodzakelijke wetgeving.*

In aanvulling op het antwoord op de eerste vraag merk ik het volgende op.

De noodzakelijke regelgeving waar de leden van de CDA-fractie op doelen vormt geenszins een belemmering om de WTZi te behandelen. Zowel de beleidsvisie, de beleidsregels als het Uitvoeringsbesluit WTZi zijn immers op tijd klaar om de wet per 2005 in werking te laten treden. De beleidsvisie en de beleidsregels op grond van de artikelen 3 en 4 van de WTZi doe ik u separaat toekomen. Het kabinet heeft de Raad van State direct na de instemming van de Tweede Kamer met het wetsvoorstel WTZi om spoedadvies gevraagd over het Uitvoeringsbesluit WTZi. Ik verwacht het advies een dezer dagen te ontvangen en zal het nader rapport en het Uitvoeringsbesluit WTZi zo spoedig mogelijk, in elk geval vóór eind november, aan het parlement aanbieden. Het parlement heeft daarna, conform artikel 65 van de WTZi, een periode van vier weken om zich over de inhoud van deze stukken uit te spreken. De Tweede Kamer heeft voor een debat in december al tijd gereserveerd.

Hiervoor motiveerde ik het streven van het kabinet om de WTZi zo spoedig mogelijk inwerking te laten treden. Sinds 2001 is er alles aan gedaan om een spoedige inwerkingtreding te bevorderen. Vanwege de begrijpelijke wens om meer inzage in de uitwerking van de wet heb ik al in een hele vroege fase van het wetgevingstraject uiteengezet hoe de nadere regelgeving er uit ziet. In mijn memorie van antwoord ten behoeve van de behandeling van de WTZi in uw Kamer heb ik in antwoord op vraag 131 deze voornemens nog eens samengevat. Mocht desondanks de inhoud

van de genoemde stukken onverhoopt op onoverkomelijke bezwaren van het parlement stuiten, dan kan de inwerkingtreding van de wet langs die weg en om die reden worden tegengehouden.

3

*De leden van de CDA-fractie constateerden dat door de grote haast in de diverse gewisselde stukken onnauwkeurigheden zijn geslopen. Zo staat bijvoorbeeld volgens de leden 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. Volgens de leden van de CDA-fractie is volstreekte duidelijkheid terzake 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.*

In mijn brief (IBE/BO-2435857) van 5 december 2004 heb ik de contouren geschetst van de nieuwe financieringssysteem, die mij voor ogen staat. Ik wil op zo kort mogelijke termijn tot een nieuwe systeem komen en, als onderdeel daarvan, een opleidingsfonds van start laten gaan. Op de juridische vormgeving van het opleidingsfonds beraad ik mij nog.

4

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

In principe is het de eigen verantwoordelijkheid van de burger om een zorgverzekering af te sluiten en zich op de hoogte te stellen van de diverse opties.

De overheid faciliteert de informatievoorziening door de Consumentenbond te subsidiëren met het oog op een «report card» (keuzegids zorgverzekeringen).

Voor analfabeten is het moeilijk, zo niet onmogelijk, om zich via internet of schriftelijk materiaal op de hoogte te stellen. Dat is bij de beoogde zorgverzekeringswet (Zvw) overigens niet anders dan bij de huidige Ziekenfondswet (Zfw). Mensen die niet kunnen lezen moeten een beroep doen op hun omgeving. Eventueel kunnen zij zich voor cliëntondersteuning wenden tot bijvoorbeeld de ouderenadviseurs bij de gemeenten of de MEE-organisatie.

5

*Tenslotte was het de leden van de CDA-fractie opgevallen dat enkele malen in de beknopte samenvatting van de door de leden 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.*

Ik zie het punt waar de leden van de CDA-fractie op doelen. De in de memorie van antwoord weergegeven samenvatting ten aanzien van vraag 88 was inderdaad wat kort door de bocht. Die samenvatting ging voorbij aan uitspraken van mijn kant, die betrekking hadden op de stapsgewijze en behoedzame aanpak die ik voorsta ten aanzien van het overgangsproces naar vraagsturing, gericht juist op een rijke oogst. Het «magere oogst» herken ik niet. Voor het overige verwijs ik naar mijn voorwoord in de memorie van antwoord. Daarin geef ik aan dat het kabinet verwacht «dat zo'n situatie (van vraagsturing) aanbieders en verzekeraars meer ruimte geeft om de zorg op een efficiënte wijze te organiseren, en dat het

aanbod zich meer en sneller zal richten naar de vraag van patiënten en verzekerden».

6

*De leden van de PvdA-fractie vroegen zich af hoe groot de te verwachten mobiliteit is van mensen in hun laatste levensfase, wanneer ongeveer een derde van de totale zorgkosten worden gemaakt. De leden 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, zo vroegen de leden zich af, aan deze mensen geweigerd worden, te worden behandeld door de zorginstelling in de buurt? En wat denken de verzekeraars dat de werkelijke mogelijkheden zijn om patiëntenstromen te sturen? Is het, zo vragen de leden tenslotte, ook denkbaar dat bijvoorbeeld de GGZ-instelling om de hoek wordt uitgesloten?*

Ik ga er bij de beantwoording van deze vraag van uit dat de leden van de PvdA-fractie met het weigeren door een zorginstelling bedoelen, dat de zorg niet door het ziekenfonds vergoed wordt.

In de huidige Zfw en AWBZ is geregeld dat verzekerden zijn aangewezen op de door hun verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. Er is nu nog niet de mogelijkheid om te kiezen voor (algehele) restitutie zoals wel onder de Zvw het geval zal zijn. In grote lijnen kennen we nu nog het naturasysteem en (omgekeerde) contracteerplicht jegens instellingen. Daar waar de contracteerplicht is vervallen (onder meer jegens de vrije beroepsbeoefenaren) verandert er nu niets. De contracteervrijheid ten aanzien van individuele beroepsbeoefenaren heeft in de praktijk geen of nauwelijks problemen opgeleverd voor verzekerden. Wanneer er een tekort aan bepaalde aanbieders bestaat worden in de praktijk vrijwel alle aanbieders gecontracteerd.

Een zorgverzekeraar heeft zorgplicht. Hij is gehouden voldoende zorg voor zijn verzekerden te contracteren. Wanneer er echter verschillende zorginstellingen in de omgeving van de verzekerde werkzaam zijn, is de verzekerde in beginsel op de gecontracteerde instelling(en) aangewezen. Uitzonderingen daarop zijn een voortgezette behandeling door een zorgaanbieder waarmee zijn zorgverzekeraar niet langer een contract heeft (1), een behandeling waarvoor zijn verzekeraar expliciet toestemming heeft verleend (2), en wanneer de zorg ex artikel 11 voor restitutie in aanmerking komt (3).

Verzekeraars zullen naar verwachting bij het contracteren steeds meer gaan letten op zorg die van goede kwaliteit is en aansluit bij de behoeften en wensen van hun verzekerden. Verzekeraars zullen tevens hun verzekerden goed moeten informeren over (de kwaliteit van) het gecontracteerde aanbod. Het is wel denkbaar dat een GGZ-instelling om de hoek niet wordt gecontracteerd, maar de zorgverzekeraar moet wel voldoen aan zijn zorgplicht. Dus zal hij dan een goed alternatief moeten bieden.

7

*De leden van de PvdA-fractie vroegen om een nadere toelichting waarom verwacht wordt dat een gefaseerde invoering van marktwerking kan voorkomen dat er «krenten uit de pap» worden gehaald. 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?*

Een zorgvuldige invoering van marktwerking zal juist moeten voorkomen dat er verschillende tarieven ontstaan voor electieve zorg die in combinatie wordt gegeven met spoedeisende hulp, en electieve zorg die op zichzelf staand wordt verleend. Voor zover er bij de verlening van electieve zorg extra kosten ontstaan door het «er tussen door moeten helpen van acute patiënten» moeten deze kosten op het conto van het product acute zorg worden geschreven en niet op het conto van de electieve zorg. Waar het dus op aankomt is een zorgvuldige maatvoering bij het tariefbeleid in de verschillende deelmarkten. Wat de definities betreft: de acute zorg heeft betrekking op alle vormen van curatief-medische zorg die niet uitstelbaar zijn, omdat uitstel van de zorg tot een levensbedreigende situatie leidt of directe schade voor de gezondheid van een patiënt betekent. Bij electieve of planbare zorg gaat het om aandoeningen die niet onmiddellijk levensbedreigend zijn, waardoor behandeling niet direct hoeft plaats te vinden.

8

*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. Zij vroegen zich af welke prikkels voor aanbieders en verzekeraars hiervan uitgaan.*

Hier is mijns inziens sprake van een misverstand. Wanneer de omgekeerde contracteerplicht is afgeschaft dan zijn de instellingen juist *niet langer* verplicht om met elk ziekenfonds dat daarom vraagt dezelfde overeenkomst af te sluiten. Met het afschaffen van de omgekeerde contracteerplicht wil ik bereiken dat instellingen niet langer van alle ziekenfondsen dezelfde contracten kunnen verlangen. De «collectieve» contracten die daar nu nog het gevolg van zijn, belemmert de door mij voorgestane contracteervrijheid. Door het (geleidelijk) afschaffen van de contracteerplicht zullen instellingen/aanbieders zich meer als marktpartij gaan gedragen en afzonderlijk met verzekeraars gaan onderhandelen. Het maakt een einde aan het collectief onderhandelen door verzekeraars en schept ruimte voor mededinging. Dat staat vermeld op pagina 15 van de memorie van toelichting op de HOZ onder b. «Het opheffen van de contracteerplicht». Verzekeraars en aanbieders komen door het afschaffen van de omgekeerde contracteerplicht in een meer gelijkwaardige positie.

9

*De leden van de PvdA-fractie merkten op dat in de huidige situatie verzekeraars beperkt inzicht in de kwaliteit van de gecontracteerde zorg hebben. Zal klachtenafhandeling van verzekerden door de verzekeraar niet een schat aan informatie opleveren? Zal 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? Zal deze rol als countervailing power niet ook versterkt worden als patiënten verenigingen betrokken worden bij het sluiten van contracten?*

In principe dient een klacht te worden ingediend bij de partij over wie men een klacht heeft. Dat draagt bij aan een adequate klachtafhandeling, omdat er geen tussenschijven zijn.

Daarnaast zou het voor verzekerden verwarrend kunnen zijn dat zij klachten over gecontracteerd zorgaanbod zouden moeten indienen bij de verzekeraar en klachten over niet gecontracteerd aanbod bij de zorgaanbieder.

De zorgverzekeraar die een goed beeld wil krijgen van de kwaliteit van de gecontracteerde zorg kan bijvoorbeeld regelmatig bij zijn verzekerden

nagaan hoe zij de door hen ontvangen zorg ervaren. Dan ontstaat er een completer beeld van de geleverde zorg dan wanneer men alleen afgaat op ingediende klachten. Verzekeraars kunnen als dienstverlening aan hun verzekerden natuurlijk aanbieden dat zij hen ondersteunen bij het indienen van klachten. Hierdoor kunnen zij zich positief onderscheiden van hun concurrenten. Tevens kunnen verzekeraars zich bij hun zorginkoop laten adviseren of ondersteunen door patiëntenverenigingen. Er zijn al verzekeraars die dit doen.

10

*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?*

Nee, de zaak ligt anders dan de leden van de PvdA-fractie denken. In het segment B van de ziekenhuiszorg (met marktwerking) kunnen aanbieders in hun prijsstelling rekening houden met eventuele hogere kosten die het gevolg zijn van multiple pathogenese. Dit betekent niet dat er een apart tarief in rekening wordt gebracht voor een DBC met multiple pathogenese, maar dat er een gemiddeld hogere prijs in rekening kan worden gebracht voor de DBC. De aanbieder zal daarbij wellicht aannemelijk moeten maken aan de verzekeraar dat hij door multiple pathogenese relatief meer kosten heeft dan andere aanbieders.

11

*De leden van de PvdA-fractie vroegen zich af of 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 lasen deze leden van de PvdA-fractie: «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.»*

Over de acceptatie voor de aanvullende verzekering bestaat een aantal hardnekkige misverstanden. Misverstanden die eraan bijdragen dat al te snel conclusies worden getrokken over de beperking die bijvoorbeeld de koppeling van de aanvullende verzekering aan de basisverzekering met zich brengt voor de keuzevrijheid van verzekerden.

Zo wordt vaak gesproken over dé aanvullende verzekering. Er is niet één aanvullende verzekering. Aanvullende verzekering is een begrip dat hoofdzakelijk gekoppeld is aan de bestaande ziekenfondsverzekering en aan de standaardverzekering ingevolge de Wtz 1998. In de huidige particuliere ziektekostenverzekeringen komen aanvullende verzekeringen niet voor. Wel bieden particuliere ziektekostenverzekeraars soms afzonderlijke te verzekeren modules aan; zo kan vaak een afzonderlijke verzekering voor tandheelkundige hulp worden afgesloten of voor alternatieve geneeswijzen. De meeste ziekenfondsen bieden hun

verzekerden in een afzonderlijke rechtspersoon (een particuliere ziektekostenverzekeraar) aanvullende verzekeringen. Daarin bestaat een grote variëteit. Ook deze aan de ziekenfondsen gelieerde verzekeraars bieden afzonderlijke verzekeringen voor tandheelkundige hulp of voor alternatieve geneeswijzen aan. Ook bevat de aanvullende verzekering vaak een aanvullende dekking voor medische kosten gemaakt in het buitenland (niet zijnde EU-lidstaten of Verdragslanden) tijdens vakantie. Vrijwel altijd bieden deze aan de ziekenfondsen gelieerde verzekeraars een zogenoemde «basis-» aanvullende verzekering aan die, zoals het woord al zegt, een basis vergoeding biedt voor onder meer de kosten van aanspraken als beperkte tandheelkundige hulp, een beperkt aantal behandelingen fysiotherapie en orale anti-conceptiva. Voor deze basis aanvullende verzekering geldt veelal geen selectiebeleid. Wanneer de verzekerde een ziekenfondsverzekering afsluit wordt hij veelal zonder selectie voor de basis aanvullende verzekering geaccepteerd. Voor de meer uitgebreidere dekkingen zoals een uitgebreide tandheelkunde verzekering vindt veelal wel selectie plaats. In dat geval zal de verzekeraar bijvoorbeeld een bewijs van de verzekerde vragen, afgegeven door de tandarts, waarin de status van het gebit wordt aangegeven. Als gevolg hiervan is merendeel van de huidige ziekenfondsverzekerden thans ook aanvullend verzekerd, in ieder geval voor de basis aanvullende verzekering. Non-acceptatie voor ziektekostenverzekeringen komt nauwelijks voor; wat wel voorkomt is dat een verzekeraar, na beoordeling van het risico, de premie hoger vaststelt dan wel de dekking pas na verloop van een wachttijd laat ingaan of een uitsluiting voor bepaalde kosten in de polis opneemt. Dat is iets anders dan niet accepteren. Overigens kunnen hierdoor ook beperkingen optreden in de toegang tot de verzekering, maar veelal is dit, in ieder geval vanuit het oogpunt van verzekeren een geaccepteerde situatie. Wanneer iemand jarenlang zijn gebit verwaarloosd heeft en op het moment waarop hij verwacht kosten bij de tandarts te gaan maken besluit om zich daarvoor (aanvullend) te verzekeren dan zal de verzekeraar, die dan weet dat hij met aanzienlijke kosten zal worden geconfronteerd, daarmee in de premie- of verzekeringsvoorwaarden rekening houden.

Het kabinet verwacht dat na de invoering van de Zorgverzekeringswet een aantal verzekeraars, om veelal zorginhoudelijke overwegingen, zal kiezen voor een koppeling tussen de basis én de aanvullende verzekering. Een ander deel van de verzekeraars zal aan die koppeling niet hechten. Ten slotte is bepaald niet uitgesloten dat er verzekeraars zijn die zich uitsluitend zullen richten op het aanbieden van aanvullende verzekeringen. De markt zal er dus na 1 januari 2006 heel anders uitzien en daarmee dus ook de mogelijkheden voor verzekerden om te kiezen voor wel of niet een gekoppelde aanvullende verzekering. Vanwege het risico van onvoldoende stemmen met de voeten zal de zorgautoriteit de ontwikkelingen in de markt wel nauwkeurig volgen.

12

*Het was de leden van de PvdA-fractie opgevallen dat de formulering in de WTG Expres 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 Expres? Deze leden vroegen zich voorts af of niet ook de aard van de gegevens nader moet worden ingevuld.*

De opvatting van het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) is van toepassing op elke regeling die een min of meer open norm aanlegt om persoonsgegevens te kunnen gebruiken. Het opnemen in een regeling van een open norm of bevoegdheid om persoonsgegevens te gebruiken is nodig in die gevallen waarin dat gebruik wordt voorzien. Ook al is de



concrete invulling en zijn de concreet te vragen gegevens nog niet bekend.

Is die bevoegdheid niet opgenomen dan kunnen persoonsgegevens niet worden gebruikt. Daarvoor is dan weer wijziging van de regeling nodig. Met de CBP ben ik van mening dat het bij de beoordeling altijd gaat om het concrete gegeven, het doel waarvoor het gegeven wordt gevraagd en gebruikt, en de praktische dan wel wettelijke onmogelijkheid voor dat doel van andere niet persoonsgebonden gegevens gebruik te maken dan wel deze op een andere wijze te beschermen. Dat zal bij de invulling van de informatiebehoefte telkens moeten worden overwogen. Voor de invoering van DBC's wordt over de invulling van die gegevens in de vorm van een minimale dataset nauw overleg gevoerd met het CBP.

De ervaring met de vastlegging van de aard van de gegevens is dat dat slechts tot verwarring leidt en een schijnzekerheid biedt. Het is niet voor niets dat met de WTG ExPres het Besluit gegevensverstrekking WTG waarin de aard van de gegevens die in het kader van de WTG kunnen worden opgevraagd vervalft.

Verwijzend naar het voorgaande is altijd een concretisering van die gegevens noodzakelijk. De grove indeling van de aard van de gegevens in «personeel», «financieel» en «functioneel» levert bij een nadere concretisering van die gegevens geen beperking op anders dan die uit ook al uit de doelen van de wet en het doel van de vraagstelling voort zullen vloeien. Dat geeft voldoende waarborgen. Om bovengenoemde redenen zie ik af van vastlegging van de aard van de gegevens.

13

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

In bedoeld antwoord ben ik ingegaan op de precieze vraagstelling van de leden van de PvdA-fractie. De door die fractie aangehaalde zin dient gelezen te worden als conclusie van het voorgaande deel van het antwoord, dat de WTG ExPres niet strijdig is met de in de vraag en het daarop gegeven antwoord aangehaalde internationale regelingen. Noch dat op dit moment zicht is op een zodanige uitwerking van de WTG ExPres dat daarmee strijd zou ontstaan. Van een expliciet en extern onderzoek is geen sprake geweest.

14

*Het was de leden van de PvdA-fractie 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?*

De term proceswet geeft aan dat het om een wet gaat die het proces naar vraagsturing moet kunnen ondersteunen. Er is behoefte aan instrumentarium dat goed functioneert in het systeem met aanbodsturende elementen van waaruit we nu vertrekken, maar ook adequaat is voor de hele periode van overgang naar meer vraagsturing met marktprikkels.

Tijdens die overgang moet er heel wat veranderen. De eigen verantwoordelijkheden van instellingen en verzekeraars nemen toe, terwijl de overheid gelijktijdig stapjes terug doet en zich beperkt tot het borgen van publieke belangen. Tijdens het proces naar meer vraagsturing is wetgeving nodig waarmee de veranderingen in de praktijk geïnitieerd en gevolgd kunnen worden. Een statische wet met weinig flexibiliteit zou ten tijde van deze veranderingen veel te snel uit de pas gaan lopen met de praktijk en daardoor onbruikbaar worden. Voor de WTZi kan ik het proceskarakter illustreren aan de hand van het volgende voorbeeld. Met het oog op de cliënt is het nodig dat aanbieders hun investeringsbeslissingen primair afstemmen op de zorgvraag. Zij moeten kijken hoe zij hun organisatie en huisvesting zo kunnen inrichten dat de cliënt het beste wordt geholpen.

Het past niet meer dat instellingen naar de overheid moeten kijken, die bepaalt wat er waar en tegen welke kosten gebouwd mag worden en die vervolgens de rente en afschrijvingen bekostigt, ongeacht de productie. Nieuwe wetgeving moet de mogelijkheid bieden om bouwprocedures en bijbehorende nacalculatie van kapitaallasten verder af te bouwen, zodat instellingen maximale vrijheid krijgen bij beslissingen over hun huisvesting. Zij moeten zich ook op het punt van de huisvesting kunnen onderscheiden en zo goed en zo snel mogelijk hun aanbod rond de zorgvraag kunnen organiseren. Daarmee nemen in de bekostiging ook de risico's toe; helpt men geen klanten dan krijgt men ook het geld voor de huisvesting niet. Het moge duidelijk zijn dat er verschillende stappen nodig zijn om het uiteindelijke einddoel te bereiken. Bij de ene categorie instellingen ligt het eenvoudiger dan bij de andere, maar waar het toenemende risico's in de financiering betreft geldt altijd dat bestaande aanbieders voldoende tijd moeten krijgen om zich op veranderingen voor te bereiden. Nieuwe wetgeving moet in staat zijn om deze stappen één voor één te zetten. Met de WTZi kan het vereiste van de bouwvergunning per categorie van instellingen verder worden losgelaten.

15

*Ten slotte verzochten de leden van de PvdA-fractie een nadere explicatie van 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.*

De voorgestelde dienstenrichtlijn brengt voor zover thans te overzien geen ander regime voor de in de vraag genoemde onderwerpen met zich dan thans reeds van toepassing is op grond van het Verdrag, met name waar het gaat om de vrijheid van dienstverlening, en van eventueel daarop gebaseerde richtlijnen, zoals de «derde schaderichtlijn».

16

*De leden van de SP-fractie verzochten om een reactie van de minister op de stelling dat door deze wet eerder de keuzevrijheid van de zorgverzekeraar toeneemt, dan die van patienten. Hoe moet de uitspraak uitgelegd worden dat zorgverzekeraars meer sturingsmogelijkheden krijgen? Van zorgaanbieders of van niet aantrekkelijke patienten? Deze laatste kunnen zij toch middels de aanvullende verzekering weigeren/wegsturen?*

Met de HOZ beoog ik de keuzevrijheid te vergroten voor zowel patiënten als verzekeraars. Met name in de curatieve zorg treden verzekeraars veelal op als onderhandelingspartij van aanbieders. De HOZ verruimt hun mogelijkheden om afspraken op maat te maken. Dit zal leiden tot een grotere diversiteit in het zorgaanbod, waarvan de patiënten profiteren. In antwoord op het laatste deel van uw vraag: de HOZ verandert niets in de acceptatieplicht jegens verzekerden, zoals neergelegd in de Zfw.

17

*De leden van de SP-fractie vroegen zich af of het juist is 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 zo vragen de leden zich af?*

In het algemeen zijn er nauwelijks problemen met de acceptatie voor aanvullende verzekeringen. Voor specifieke groepen ligt dat, ook afhankelijk van het acceptatiebeleid van verzekeraars, gedifferentieerd. Sommige verzekeraars accepteren zonder selectie iedereen voor een aanvullende verzekering die ook een basisverzekering heeft, anderen beoordelen voorafgaand aan acceptatie het verzekeringsrisico. Voor een chronisch zieke patiënt kan het, afhankelijk van de exacte aard van de ziekte en de gezochte verzekeringsdekking moeilijker zijn om in aanmerking te komen voor een aanvullende verzekering.

In dat geval zit zoals de SP-fractie betoogt de chronisch zieke patiënt enerzijds vaster aan zijn zorgverzekeraar dan dat de zorgverzekeraar vast zit aan deze patiënt. Anderzijds kan de zorgverzekeraar niet eenzijdig de ziektekostenpolis beëindigen.

18

*De leden van de SP-fractie vroegen zich af hoe het te rijmen valt dat enerzijds de minister als antwoord op vraag 71 geeft dat hij geen zeggenschap heeft over – de voorwaarden voor – particuliere verzekeringen en anderzijds het CTZ onderzoekt (in opdracht van de minister?) hoe ongewenste vormen van risicoselectie tijdig zijn te signaleren.*

Het CTZ zal het toezicht uitoefenen op de verplichtingen die de Zorgverzekeringswet stelt aan zorgverzekeraars. Bij de acceptatieplicht van verzekerden moet de toezichthouder rekening houden met de mogelijkheid dat een zorgverzekeraar bepaalde groepen niet tot zijn verzekerden wil laten behoren. Om zich beter op dat toezicht voor te bereiden stelt het CTZ zich voor te kijken naar de mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om risicoselectie toe te passen en wat de risico's zijn dat verzekeraars die mogelijkheden ook daadwerkelijk benutten. Het CTZ wil hier zicht op krijgen door te kijken of en hoe zich problemen met risicoselectie voordoen bij de huidige ziekenfondsen. Het doel is uiteindelijk bouwstenen voor zijn toezichtuitoefening in de toekomst te verkrijgen. Het onderzoek zal medio 2005 klaar zijn.

19

*Is het mogelijk, zo vroegen de leden van de SP-fractie, dat (bij voorbeeld) huisartsen kunnen kiezen voor een beperkt aantal contracten met een beperkt aantal zorgverzekeraars, of mogelijk zelfs geen contract?*

Met de HOZ wordt bij een beperkt aantal zorgvormen restitutie mogelijk, namelijk bij zorg waarvoor geen (omgekeerde) contracteerplicht en ook geen WTG-tarief geldt. De huisartsenzorg valt daar niet onder. De leden van de SP-fractie hebben het oog op een situatie, die niet door de HOZ ontstaat, tenzij besloten zou worden om het tarief voor de huisartsenzorg

vrij te geven, maar daar is op dit moment geen sprake van. In ieder geval blijft zolang de Zfw nog van kracht is (tot 1 januari 2006) in hoofdlijn het natuursysteem in de sociale ziektekostenverzekering bestaan. Dat wil dus zeggen dat voor bijvoorbeeld de huisartsenzorg in het kader van de ziekenfondsverzekering overeenkomsten met huisartsen dienen te worden gesloten.

Overigens doet zich nu ook al voor dat huisartsen met bepaalde ziekenfondsen geen overeenkomst hebben gesloten. Vanwege het natuursysteem en de inschrijving op naam dienen de ziekenfondsverzekerden zich wel altijd tot een gecontracteerde huisarts te wenden. Administratief is dat voor zowel huisarts als verzekeraar een probaat systeem.

20

*De leden van de SP-fractie stelden de vraag of de minister zich kan indenken dat een met schaarste bedreigde sector niet veel ziet in een uitspraak als dat concurrentie en concurrentie leidt tot betere prestaties? Tevens vroegen de leden op welke manier hij in een dergelijke sector de toetrede van nieuwe zorgverleners wil bevorderen?*

Ja, doch er mag niet uit het oog worden verloren dat een dergelijke sector ook kwetsbaar is door uitval en dat dan de door de overheid gewenste waarborgen van een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg niet meer gerealiseerd kan worden. Ik refereer aan het tekort in de huisartsenzorg. Daar doet iedere huisarts voor zover ik kan zien zijn of haar best, maar wordt door uitval van capaciteit vanwege vergrijzing, emancipatoire en maatschappelijke ontwikkelingen de werklast steeds hoger. Die werklast kan zo hoog oplopen dat deze niet meer te dragen is, hetgeen tot nieuwe uitval leidt.

In dergelijke situaties is uitbreiding van opleidingscapaciteit en taakherschikking een goed middel om het aanbod te verruimen. Ik wil de komende jaren op verschillende manieren het aanbod vergroten. Ik teken hierbij aan dat het vergroten van het aanbod zeker niet alleen betrekking heeft op het verhogen van de capaciteit. Het aanbod kan ook vergroot worden door doelmatigheidsprykkels.

Daarnaast is het ook mogelijk de potentiële arbeidsreserve in deze sector aan te boren en het ziekteverzuim terug te dringen. Verder wijs ik op substitutiemogelijkheden die ontstaan tussen behandelplaatsen en beroepsgroepen wanneer de verzekeringsaanspraken in de nieuwe zorgverzekeringswet in functiegerichte termen worden omschreven. Een doelmatiger organisatie van het behandel aanbod wordt dan mogelijk en schaarste bij een beroepsgroep kan verminderd worden door het werk anders te organiseren. Het beleid om de komende jaren nieuwe beroepen te introduceren en taakherschikking bij bestaande beroepen mogelijk te maken draagt hieraan bij.

Daarnaast zal de fysieke capaciteit de komende jaren verruimd worden. De uitbreiding van de opleidingscapaciteit voor een aantal beroepen en de verkorting van de opleiding van medisch specialisten zal hieraan bijdragen. De fysieke capaciteit kan de komende jaren ook verruimd worden door de toetredingsdrempels tot een deelmarkt te verlagen. De diversiteit in het aanbod kan daardoor worden vergroot, waardoor er wellicht meer kleine instellingen ontstaan. Dit vergroot de keuzemogelijkheid.

Als voorbeelden noem ik het versoepelen van de toelatingscriteria voor zelfstandige behandelcentra en het dereguleren van het bouwregime. Bovendien zullen de prykkels voor investeren in het zorgaanbod en het aantrekken van eigen vermogen worden vergroot.

21

*Begrepen de leden van de SP-fractie van de minister dat het de bedoeling is 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 bedoeling van de DBC-systematiek is niet dat een patiënt die het meeste opbrengt eerder wordt geholpen. De bedoeling van het DBC-systeem is om het ziekenhuis én de zorgverzekeraar inzicht te geven in de integrale kosten van een behandeling van een patiënt. Door deze transparantie wordt het mogelijk om ziekenhuizen onderling te vergelijken en om dokters onderling te vergelijken. Daarnaast wordt met de introductie van het vrije segment van 10% (segment B) beoogd dat verzekerden zorgverzekeraars onderling kunnen vergelijken op onder andere hun zorginkoop bij ziekenhuizen, die mede wordt gereflecteerd door de hoogte van de prijzen in segment B.

Vanuit het perspectief van het ziekenhuis kan het dus inderdaad voorkomen (in segment B) dat een patiënt die is verzekerd bij de ene zorgverzekeraar meer opbrengt dan een patiënt die is verzekerd bij een andere zorgverzekeraar. Of de patiënt die meer opbrengt ook eerder aan de beurt zal zijn, is een conclusie die niet op voorhand is te trekken. In de dynamiek van de markt kunnen verschillende bilaterale afspraken worden gemaakt. Dat wordt ook beoogd, want op basis daarvan kan de verzekerde zijn keuze voor zijn zorgverzekeraar bepalen en/of wijzigen. Overigens onderscheiden zorgverzekeraars zich ook nu al op wachttijden, maar mag dit in brede zin niet ten koste gaan van de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg.

22

*De leden van de SP-fractie hoorden graag op welke manier de minister van plan is het topinkomensbeleid te intensiveren.*

Het intensiveren van het topinkomensbeleid bestaat onder andere uit het vergroten van de transparantie. Dit betekent een betere deponering en hogere kwaliteit van de jaarverslagen van zorginstellingen. Het handhavingsbeleid zal ik op deze punten aanscherpen. Tevens heb ik met de Tweede Kamer afgesproken dat ik de analyse van de inkomens met de gegevens uit de jaarverslagen jaarlijks zal herhalen en zo de vinger aan de pols zal houden: monitoren welke ontwikkeling zich voordoet en daarop mijn beleid afstemmen.

Daarnaast zal ik een zorgbrede «governance code» in het beleidsveld van VWS introduceren, waarin ook gedragsregels rond de salariering van de bestuurders worden opgenomen. Die code zal ik vervolgens opnemen in de uitwerking van de Regeling jaarverslaggeving zorginstellingen om zo het effect te vergroten.

Bij de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in de Zorg (NVTZ) heb ik erop aangedrongen dat er snel een vervolg moet komen op het rapport van de Commissie-Simons waardoor de Raden van Toezicht kunnen beschikken over een eigen adviesregeling voor het vaststellen van de beloning van de leden van de Raden van Bestuur/de directeuren. Ik heb de NVTZ ook gevraagd om de leden te binden aan het naleven van een vast te leggen gedragscode. Daar moet dan ook deel van uit maken dat de eigen adviesregeling omtrent de beloning niet wordt overschreden. Tevens heb ik mij voorgenomen om alle raden van toezicht hier persoonlijk over aan te schrijven. Ik zal mededelen wat de politieke gevoelens over deze kwestie zijn en wat ik van ze verwacht. Ik wil dus een nadrukkelijker stempel van de leden van de raden van toezicht op de

uitkomst van de arbeidsvoorwaarden van de leden van de raden van bestuur.

Tot slot wil ik nog een uitbreiding van de transparantie bewerkstelligen in de niet-deponeringsplichtige sectoren, ook bij de verzekeraars. Ik beraad mij nog op de aanpak.

23

*De leden van de SP-fractie wilden een aanvulling op het antwoord bij vraag 78 van de memorie van antwoord. De leden menen dat indien er meerdere verzekeraars in het spel zijn, die met elkaar dienen te concurreren eigen belang wel eens kunnen prevaleren boven het belang van de patiënt. Doet in een dergelijk geval de uitspraak van de minister dat verzekeraars een goed beeld hebben van een gecontracteerde instelling en een oplettende verzekeraar het dan ook tijdig zal signaleren als de situatie bij een instelling verslechtert nog opgeld, zo vragen de leden zich af.*

Als een verzekeraar een contract heeft gesloten met een zorginstelling, dan heeft deze verzekeraar er belang bij dat de zorginstelling het contract nakomt. Immers, op die manier kan de zorgverzekeraar aan zijn zorgplicht voldoen. Bij een faillissement zal de zorginstelling zijn contract naar de verzekeraar niet kunnen nakomen. Dit betekent ook dat de zorgverzekeraar extra energie moet steken in het op een andere manier voldoen aan zijn zorgplicht. Het is dus in het belang van de verzekeraar dat een verslechterende situatie bij een zorginstelling tijdig wordt gesignaleerd. Dit geldt voor alle verzekeraars die een contract hebben gesloten met de desbetreffende instelling. Bovendien kan een verzekeraar het zich niet permitteren te vaak contracten af te sluiten met zorginstellingen die failliet blijken te gaan, omdat zijn verzekerden dan zullen overstappen naar een andere verzekeraar.

24

*De leden van de SP-fractie stelden de vraag wie de normen ten aanzien van toegangstijden, bereikbaarheid en toegankelijkheid vaststelt, wie toeziet op de naleving en wie aan te spreken is bij in gebreke blijven.*

In antwoord merk ik op dat de verzekeraars hiervoor verantwoordelijk zijn in het kader van hun afspraken met zorgaanbieders. Invulling van de normen vindt plaats in overleg tussen aanbieders en verzekeraars, en verzekeraars zien erop toe dat de aanbieders zich aan deze afspraken houden. Indien aanbieders zich daar niet aan houden zullen verzekeraars in overleg moeten treden hoe daar alsnog aan voldaan kan worden. Als ultimatum remedium kan de verzekeraar het contract beëindigen.

25

*De leden van de SP-fractie vroegen zich af of de minister aan dat het begrip marktwerking in de zorg een andere notie heeft dan marktwerking in bij voorbeeld de vervoerssector.*

Voor zover het begrip marktwerking in de zorg voor mij een andere notie heeft dan marktwerking in de vervoerssector is dat vanwege de mate en aard van regulering. Ook in de vervoerssector gelden vele regels bijvoorbeeld om het publieke belang van veiligheid te borgen. Door de cumulatie van de drie publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid worden aan de regulering van marktwerking in de zorg meer eisen gesteld dan in menige andere sector. In die zin zijn ook de aanhalingstekens bedoeld.

26

*De leden van de SP-fractie hebben eerder gevraagd of de minister van mening is 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 zo vroegen de leden zich nu af.*

De vraag van de SP-fractie noopt tot een nadere nuancering van het in de memorie van antwoord gegeven antwoord op vraag 125. Aan kwaliteit zijn meerdere dimensies te onderkennen zoals effectiviteit, veiligheid, doelmatigheid en bejegening. Waar ik enthousiasme heb getoond voor concurrentie op kwaliteit had dit geen betrekking op de dimensies effectiviteit en veiligheid. De wijze waarop ons kwaliteitssysteem functioneert ondersteunt dat ook niet. Dat systeem gaat er van uit dat de veldpartijen (beroepsgroepen, brancheorganisaties) zelf normen ontwikkelen op de naleving waarvan de IGZ toeziet. 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 een aanjagende functie 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 zich in sterk uiteenlopende niveaus zou kunnen manifesteren spoort niet met de huidige praktijk en zou ik ook niet wenselijk vinden.

27

*De leden van de SP-fractie vroegen zich af een macroneutraal uurtarief van de specialist als gefixeerd onderdeel van de overigens verder vrij te onderhandelen DBC nu een voorbeeld van wat de minister bedoelt met gereguleerde marktwerking. Verder stelden zij de vraag of dit geoorloofd is in het licht van mededinging.*

In segment B is het macroneutrale uurtarief inderdaad uitgangspunt bij het berekenen van het honorarium van de specialist; het honorarium per DBC in segment B is gelijk aan het product van uurtarief en normtijd. In segment B laat ik aan de markt over wat aan de markt overgelaten kan worden. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen in dit segment afspraken maken over prijs, volume en kwaliteit. Vanuit mijn taak van het waarborgen van publieke belangen, stel ik hierbij echter als randvoorwaarde dat ten aanzien van het honorarium van de specialist geen vrije prijsvorming geldt.

De reden dat ik heb gekozen voor een vast uurtarief is dat ik wil voorkomen dat kostenstijgingen optreden zonder dat daar extra productie tegenover staat. Bij de medisch specialistische zorg is nog niet aan de vereiste condities voor marktwerking voldaan. Uit het experiment «Ruimte voor Resultaat», waarbij ziekenhuizen en zorgverzekeraars naast het ziekenhuisdeel ook over het uurtarief en de tijdbesteding van de medisch specialist mochten onderhandelen, bleek dat de kosten voor het medisch-specialistische deel stegen. Beheersing van de kosten blijft noodzakelijk. Zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars hebben gewezen op de noodzaak van beleid met betrekking tot de honoraria om het prijseffect tegen te gaan. Inkomensbescherming is dus geen doelstelling geweest voor mijn beleid betreffende het uurtarief. Bij het reguleren van het uurtarief heb ik gebruik gemaakt van het mij ter beschikking staande WTG-instrumentarium. Dit stuit niet op problemen met de mededinging. Het streven is om het uurtarief in het B-segment uiteindelijk vrij te geven.

Het onderbouwde uurtarief, dat ik in 2006 zal invoeren, is bestemd voor de transitieperiode tussen de macroneutrale invoering en de uiteindelijk vrije prijsvorming. Alvorens vrije prijsvorming kan worden ingevoerd, dient er bij de medisch specialistische zorg voldaan te zijn aan de vereiste condities voor marktwerking. De Zorgautoriteit zal zich buigen over de vraag of aan deze condities is voldaan en zich actief opstellen om deze, wanneer nodig, te bevorderen.

28

*De leden van de SP-fractie merkten op dat de WTZi nog steeds een onvoldragen wet is.*

De opvatting dat de WTZi nog steeds een onvoldragen wet is bestrijd ik. Bij het ontwerpen van een wet is het van belang om de rechtsnorm duidelijk weer te geven. De wet moet omschrijven onder welke omstandigheden iets mag, moet of kan (normconditie), voor wie deze norm geldt (normadressaat) en wat de rechtsgevolgen van het niet naleven van de norm zijn. De WTZi bevat een duidelijke norm, regelt voor wie de norm geldt en wat er gebeurt als de norm niet wordt nageleefd. De normstelling is dat er een toelating nodig is voor het leveren van collectief gefinancierde zorg en dat daarvoor een transparant management en ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering vereist is. De wet regelt voor wie die norm geldt en wat de rechtsgevolgen zijn van het niet naleven van deze norm. Met andere woorden; de wettekst zelf zet een compleet en duidelijk vergunningensysteem neer.

In aanvulling op dit vergunningensysteem zijn er inderdaad onderwerpen die zich niet leenden voor opname in de wettekst zelf. Het gaat om de wettelijke opdracht voor de minister van VWS om zijn visie op het zorgaanbod vast te leggen in een beleidsvisie en beleidsregels en om het Uitvoeringsbesluit WTZi. In deze amvb worden de instellingen die onder de wet vallen nader omschreven, worden de transparantie-eisen beschreven, wordt vastgelegd in welke gevallen nog een bouwvergunning nodig is en wordt tot slot aangegeven welke categorieën van instellingen op winst gericht mogen zijn. In de memorie van antwoord heb ik in reactie op vragen van de SP-fractie toegelicht dat deze zaken om wetgevingstechnische en beleidsmatige redenen niet in de wet zelf thuishoren. Ik noemde daar de beleidsmatige wens om in de overgangperiode naar vraagsturing het bouwregime geleidelijk en verantwoord verder los te laten en winstperspectief te kunnen introduceren voor bepaalde categorieën instellingen wanneer de randvoorwaarden gerealiseerd zijn. Wat betreft het opsommen van categorieën van instellingen en van transparantie-eisen geldt het wetgevingstechnische motief van leesbaarheid van de wet. Het kabinet is van mening dat de gekozen vormgeving de vereiste flexibiliteit goed combineert met de gegarandeerde parlementaire betrokkenheid.

29

*De leden van de SP-fractie vroegen zich af wat het saneringsfonds inhoudt, waar het fonds door wordt gevuld en waar het fonds voor is bedoeld? Verder was de vraag van de leden wie toezicht houdt op bestedingen door het fonds?*

Ziekenhuisvoorzieningen die te maken krijgen met een gehele of gedeeltelijke sluitingsbeslissing van de overheid kunnen voor de kostengevolgen hiervan een beroep doen op het College sanering zorginstellingen. Het College sanering verleent dan een subsidie ten laste van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Het College houdt tevens toezicht op deze saneringsprocessen.

Tijdens de saneringsprocessen stelt het College sanering samen met het instellingsbestuur een liquidatiebalans op als basis voor de subsidie-



vaststelling, met als uitgangspunt de kosten van de sanering zo laag mogelijk te houden. Vervolgens houdt het College sanering zelf toezicht op het proces door de liquidatiebalans te beoordelen. Van alle beslissingen krijgt het departement afschriften en kan zo de gang van zaken beoordelen. Voordat de subsidie wordt vastgesteld en uitbetaald hoort het College sanering het College voor Zorgverzekeringen als beheerder van het fonds.

Verder dient iedere ziekenhuisvoorziening zich te wenden tot het College sanering bij voornemens om onroerende zaken of delen daarvan niet meer voor de zorg te gebruiken. Het College sanering kan besluiten, dat de opbrengst moet worden gestort in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

30

*Graag ontvingen de leden van de SP-fractie commentaar op hun stelling «geen grenzen stellen aan vermogensvorming, werkt onverantwoord gedrag in de hand en is ondoelmatig en risicovol».*

Positieve exploitatiesaldi kunnen aangewend worden voor vermogensvorming. Het systeem wordt zo vormgegeven dat onverantwoorde vermogensvorming wordt tegengegaan. In deelmarkten met vrije prijsvorming en voldoende concurrentie zullen nooit gedurende langere tijd enorme positieve exploitatiesaldi gerealiseerd kunnen worden. Overwinsten zullen nieuwe toetreding uitlokken, waardoor eventuele overwinsten van zittende aanbieders zullen verdwijnen. Een belangrijke taak van de Zorgautoriteit is in deelmarkten waar geen vrije prijsvorming mogelijk is met nieuwe vormen van prijsregulering marktwerking na te bootsen en zo een efficiënte bekostiging van zorgaanbieders te realiseren. Een efficiënte bekostiging veronderstelt dat overwinsten en onverantwoorde vermogensvorming worden tegengegaan.

31

*De minister is aanspreekbaar als het zorgsysteem niet blijkt te werken zo zegt hij in zijn memorie van antwoord (antwoord 159). De leden van de SP-fractie vroegen zich af of hij daarmee ook bedoelt aansprakelijk te zijn?*

In mijn antwoord op vraag nummer 159 heb ik bewust gekozen voor de term «aanspreekbaar». De overheid is verantwoordelijk voor de inrichting van het zorgstelsel en de minister van VWS is daarvoor politiek verantwoordelijk en dus aanspreekbaar. De term «aansprakelijk» zoals u die hanteert is verbonden met kwesties waar schade geleden wordt. Invoering van een nieuw zorgsysteem geschiedt op wettelijke basis; of ik aansprakelijk ben als het zorgsysteem niet werkt is een vraag voor de rechter.

32

*De leden van de SP-fractie vroegen zich af bij wie de verantwoordelijkheid ligt om via regionaal ketenoverleg te initiëren en te bewaken dat voldoende acute zorg ook in dunbevolkte gebieden moet tot stand komen. Bij wet is vastgelegd wat de maximale tijd is waarbinnen acute zorg beschikbaar moet zijn. Is de minister er ten finale verantwoordelijk voor dat het ketenoverleg tot stand komt?*

Het initiatief voor het ketenoverleg ligt bij de traumacentra, die alle zorgaanbieders in de keten bij het overleg betrekken. Huisartsen, verloskundigen, regionale ambulancevoorzieningen, GGZ-instellingen, ziekenhuizen en traumacentra nemen deel aan het ketenoverleg. Gezamenlijk zijn zij verantwoordelijk voor de uitkomsten van het ketenoverleg acute zorg. Ten aanzien van de bereikbaarheid van de acute zorg heeft het veld zichzelf de norm gesteld dat patiënten die acute zorg

nodig hebben binnen een kwartier door óf huisarts óf ambulance bereikt kunnen worden zodat met de primaire behandeling kan worden begonnen. Ik sta achter deze «veldnorm». In de beleidsvisie en de beleidsregels is het referentiekader acute zorg dan ook als criterium vastgelegd. Korte tijdshalve verwijs ik u naar deze stukken. De WTZi biedt mij het instrumentarium om zo nodig ziekenhuizen te verplichten aan het ketenoverleg deel te nemen en zich aan de daar gemaakte afspraken te houden.

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