

Eindelijk! De stelsel- herziening is er!

Door dr. Yvonne van Kemenade

De discussie over het gezondheidszorgstelsel is er een van alle tijden. Veel kabinetten en commissies hebben hun hoofd gebroken over vragen als: hoe houden we de zorg betaalbaar; hoe behouden we de solidariteit in het stelsel; hoe verminderen we de administratieve rompslomp. Via de commissie Dekker en staatssecretaris Simons, via de keuzen in de zorg van de commissie Dunning en via de compartimenten van het Paarse kabinet, staat de gezondheidszorg nu aan de vooravond van een grootscheepse stelselwijziging.



Yvonne van Kemenade is als beleidsmedewerkster werkzaam in het Albert Schweitzerziekenhuis te Zwijndrecht. Daarnaast heeft zij een eigen adviesbureau.

NATUURLIJK IN Beweging

Natuurlijk in beweging is een uitgave van
Biomet Nederland BV jaargang 8 • nummer 1

Het zal Biomet een zorg zijn...

De Gezondheidszorg "Natuurlijk in Beweging" is een initiatief van Biomet Nederland BV, gevestigd in Dordrecht. Deze uitgave is bedoeld als een nieuwsbrief, gericht op het signaleren en volgen van belangrijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg.



Op 1 januari 2005 werd de vooravond eigenlijk al gepasseerd toen de eerste onderdelen van de stelselwijziging werden ingevoerd. Daar waar in de jaren tachtig en negentig nog verhitte discussies werden gevoerd over de stelselherziening, lijkt deze nu tamelijk geruisloos te verlopen. Blijkbaar was de tijd er rijp voor. Daarbij komt dat het kabinet Balkenende II veel heeft kunnen putten uit het voorwerk dat door voorgaande kabinetten is verricht. Vooral op het gebied van de hervormingen van de WTG was door de voorgaande kabinetten al een start gemaakt met de DBC ontwikkeling. Daarnaast hadden de paarse kabinetten al veel onderzoek laten doen naar hervorming van de WZV. En wat betreft het bestaande overeenkomstenstelsel... daar heeft Europa weer een handje aan bijgedragen met hervormingen. Dat moest ook wel, want het oude stelsel met de contracteerplicht kon europeesrechtelijk gezien niet meer door de beugel. Kortom, er lag al een goede voorzet voor dit kabinet, maar om dan maar meteen te stellen dat het een inkoppertje is, gaat ook weer te ver.

Twee pijlers

De voorgestelde vernieuwing van het zorgstelsel steunt op de volgende twee pijlers:

- Herziening van de sturing van de zorg
- Aanpassing van het verzekeringsstelsel

De herziening van de sturing van de zorg wordt gerealiseerd door drie nieuwe wetten. De WTG expres maakt deregulering van het prijsregime mogelijk, de Wet herzieningen overeenkomstenstelsel zorg heft de



contracteerplicht op en de Wet toelating zorginstellingen regelt onder meer de verdergaande deregulering van het bouwregime. De aanpassing van het verzekeringsstelsel wordt geregeld met Zorgverzekeringswet (ZVW), die per 1 januari 2006 in werking zal treden. Deze wet is al door de Tweede Kamer goedgekeurd en ligt nu voor bij de Eerste Kamer. Deze nieuwe verzekeringswet voorziet in het tot stand brengen van een algemene verzekering. Deze algemene verzekering dekt allereerst zorg die nu in het tweede compartiment verzekerd is, om vervolgens verbreed te worden met de daarvoor in aanmerking komende zorg uit het eerste compartiment. Daarvoor zal de nieuwe algemene verzekering op termijn integreren met de bestaande Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Verder kan worden gezegd dat de ZVW nieuwe spelregels geeft voor verzekerden en verzekeraars. De HOZ, WTG-Expres en de WTZi vernieuwen de spelregels voor zorgaanbieders. Als sluitstuk op de vernieuwing wordt momenteel gewerkt aan de Wet marktordening gezondheidzorg (Wmg). De beschreven wetgeving omvat veelal kaderwetten, waarin in de komende jaren allerlei zaken door middel van beleidsregels nader geregeld zullen gaan worden.

Gezondheidszorg in drie deelmarkten

De gezondheidszorg kent drie samenhangende deelmarkten: zorgverlening, zorginkoop en zorgverzekering. De drie markten

beïnvloeden elkaar doordat op elke markt een drietal spelers actief is: de zorgvrager, de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Op de zorgverleningmarkt ontvangt de zorgvrager van de zorgaanbieder zorg. Op de verzekeringsmarkt sluit de verzekerde een verzekering af met de zorgverzekeraar.

Op de zorginkoopmarkt onderhandelt de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder over de in te kopen zorg. Op de zorginkoopmarkt onderhandelen niet alleen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder met elkaar, maar ook de zorgaanbieders onderling. Een ziekenhuis onderhandelt bijvoorbeeld met medisch specialisten, als deze niet in loondienst zijn. Verder wordt onderhandeld als de ene zorgaanbieder optreedt als toeleverancier van een andere, bijvoorbeeld over de levering van hulpmiddelen of geneesmiddelen aan instellingen. Waar sprake is van restitutie (zoals in de particuliere ziektekostenverzekering) zou je kunnen zeggen dat de zorgvrager en de zorgaanbieder de partijen zijn op de zorginkoopmarkt én op de zorgverleningmarkt. Onder de zorgverleningmarkt wordt verstaan alle vormen van zorg, ongeacht de wijze waarop deze zorg wordt betaald en door wie. Ook de genees- en hulpmiddelenmarkten vallen onder de zorgverleningmarkt.

De deelmarkten worden bepaald door de aard, inhoud en omvang van de zorg en de rollen die zorgvrager, zorgaanbie-

der en zorgverzekeraar spelen. Elke deelmarkt stelt eigen eisen aan het reguleringsmechanisme waarmee de publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg afdoende kunnen worden geborgd. Dit betreft zowel de aard en inhoud van het reguleringsmechanisme, als het tempo waarin bestaande vormen van regulering kunnen worden vervangen door nieuwe. Daarom is bij de invoering van gereguleerde concurrentie een deelmarktgewijze benadering nodig. Zo kan op bepaalde deelmarkten blijvende prijsregulering nodig zijn, terwijl deze op andere (op termijn) beter kan worden losgelaten. Om de gereguleerde marktwerking op de zorgmarkten goed te laten verlopen is specifiek op de zorgmarkten gericht markttoezicht nodig. Onder markttoezicht wordt verstaan het bevorderen en bewaken van marktwerking. Hieronder valt zowel het algemene als het sectorspecifieke mededingingstoezicht en bijvoorbeeld het toezicht op transparantie van markten. De zorgautoriteit zal een rol spelen op alledrie de zorgmarkten.

Met gereguleerde marktwerking wordt beoogd de cliënt meer keuzevrijheid te bieden, de zorgaanbieders meer vrijheid en eigen verantwoordelijkheid. En de zorgverzekeraars een adequate inkooprol te laten vervullen. Een voorwaarde hierbij is dat de publieke belangen gewaarborgd blijven.

Wetgeving deelmarkten curatieve zorg

De wetgeving op deze deelmarkten gaat veranderen, deels per 2005 en deels per 2006. De Wet HOZ en WTG Expres treden in werking in 2005, de ZVW en WTZi naar verwachting in 2006.

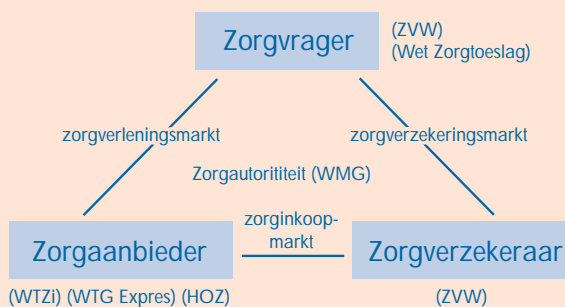
Zorgverzekeringswet (ZVW)

De ZVW kent de volgende kenmerken:

Een verplichte verzekering: In de ZVW komt het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzekering te vervallen. Het wetsvoorstel verplicht iedere Nederlander zich voor een standaardpakket te verzekeren bij een private verzekeraar. Net als nu in het ziekenfonds stelt de overheid een wettelijk verzekerd standaardpakket samen. Het pakket sluit aan bij het huidige verzekeringspakket van de ziekenfondsverzekering en Wtz 1998. Op genezing gerichte zorg van de AWBZ wordt in 2006 overgeheveld naar de standaardverzekering curatieve zorg. Het gaat hierbij in eerste instantie om de gehele extramurale Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en het eerste jaar van de intramurale GGZ.

De aanspraken worden functiegericht omschreven. Verzekeraars krijgen hiermee een instrument in handen om zorg doelmatig te organiseren. De wetgever bepaalt wat tot het pakket behoort en wanneer daarop aanspraak bestaat; de zorgverzekeraar kan bepalen waar en door wie de zorg wordt geleverd.

Premie: Iedere verzekerde (vanaf 18 jaar) betaalt in de basisverzekering een nominale premie die niet van het inkomen afhankelijk is. Kinderen onder de 18 jaar hoeven met ingang van de Zorgverzekeringswet geen premie te betalen (dit wordt voor deze groep uit een rijksbijdrage gefinancierd). Deze nominale premie verschilt tussen zorgverzekeraars onderling, maar per zorgverzekeraar is er één nominale premie per polissoort. Iedereen met dezelfde polis betaalt dezelfde premie.





Naar verwachting zal die in 2006 tussen de 1.000 en 1.100 euro per jaar per volwassen verzekerde bedragen. Wel mag de verzekeraar een premiekorting aanbieden van maximaal 10% voor collectiviteiten.

Daarnaast kent de ZVW een inkomensgerelateerde verzekerdenbijdrage. Werkgevers zijn verplicht bij te dragen aan de financiering hiervan door middel van een verplichte vergoeding aan hun werknemers van de door hen betaalde inkomensgerelateerde verzekerdenbijdrage. De totale inkomensgerelateerde verzekerdenbijdrage wordt gesteld op 50% van de totale macropremielast. De inkomensgerelateerde verzekerdenbijdrage wordt gestort in een op te richten Zorgverzekeringsfonds.

Zorgtoeslag: Om de ziektekostenverzekering voor alle burgers financieel toegankelijk te houden, zal er op 1 januari 2006 een zorgtoeslag worden ingevoerd. De zorgtoeslag biedt een inkomensafhankelijke tegemoetkoming in de kosten van de nominale premie. De premielast die uitgaat boven wat aanvaardbaar is, wordt via de zorgtoeslag gecompenseerd. Met de zorgtoeslag wordt een belangrijke relatie gelegd tussen draagkracht en de berekende premielast. De zorgtoeslag is in beginsel een inkomensafhankelijke tegemoetkoming op gezinsniveau.

Keuzemogelijkheden: De verzekerde kiest zelf bij welke zorgverzekeraar hij of zij zich verzekert. De voornaamste 'keuze-elementen' zijn: de hoogte van de nominale premie, de prestatiewijze waarop de verzekeraar de verzekering uitvoert en het eigen risico. Bij de keuze kunnen burgers zich oriënteren op de wijze waarop verzekeraars de verzekering uitvoert, bijvoorbeeld of er specifieke contracten zijn gesloten met zorgverleners (prefered provider principe). Daarnaast is er een aantal wettelijk geregelde keuze-elementen, zoals het eigen risico. Dit eigen risico kan oplopen tot 500 euro en de zorgverzekeraar bepaalt zelf de bijbehorende korting. In de wet worden vijf treden van 100 euro vastgelegd. De zorgverzekeraar moet in ieder geval:

- een polis zonder vrijwillig eigen risico aanbieden;
- iedereen accepteren voor alle door hem aangeboden eigen risico's;
- iedereen voor hetzelfde eigen risico dezelfde premiekorting geven.

Verzekerden mogen elk jaar van zorgverzekeraar veranderen (zorgverzekeraars zijn verplicht iedereen te accepteren). Voorwaarde daarvoor is wel dat de verzekeringsmarkt voor alle betrokkenen transparant is. Hiertoe voert de overheid een aanvullend beleid en worden internetsites ontwikkeld.

No-claim: Verzekerden hebben recht op een no-claimteruggave. De precieze uitwerking van deze bepaling vindt deels plaats in de vormgeving van de voorgenomen no-claimteruggave in de Ziekenfondswet; deze zal uiteindelijk ook zijn beslag krijgen in de ZVW. De no-claimteruggaveregeling in de ZFW is per 1 januari 2005 ingevoerd; deze regeling staat los van de

no-claimregeling in de ZVW. Het no-claimteruggavesysteem gaat niet uit van straf, maar van beloning. De verzekerde kan een bedrag terug krijgen van zijn verzekeraar. No-claim wordt achteraf uitgekeerd/terugbetaald (een jaar later).

Aanvullende verzekering/pakket: Voor de aanvullende verzekering geldt geen acceptatieplicht. Verwacht wordt dat na de invoering van de Zorgverzekeringswet een aantal verzekeraars, om veelal zorginhoudelijke redenen, 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 niet uitgesloten dat er verzekeraars zijn die zich uitsluitend zullen richten op het aanbieden van aanvullende verzekeringen.

Private zorgverzekeraars: De standaardverzekering curatieve zorg wordt uitgevoerd door private zorgverzekeraars die (aan aandeelhouders uitkeerbare) winst mogen maken. Om de zorgverzekering te mogen uitvoeren, moeten zorgverzekeraars voldoen aan de voorwaarden van de Zorgverzekeringswet. Zowel de huidige ziekenfondsen als de particuliere verzekeraars mogen de wet uitvoeren. Ook kunnen nieuwe verzekeraars toetreden. Het sociale karakter van de verzekering komt onder meer naar voren in de acceptatieplicht van de verzekeraars voor een door de wetgever te bepalen pakket.

Onder de ZVW mogen verzekeraars ook eigen instellingen hebben (zorg gaan verlenen).

Landelijk werkgebied: De zorgverzekeraar moet in principe landelijk werken. Alleen kleine verzekeraars met minder dan 850.000 verzekerden mogen desgewenst het werkgebied beperken, met een minimum van een hele provincie.

Acceptatieplicht: Elke verzekeraar is verplicht om iedereen die zich voor de verzekering aanmeldt (en die binnen zijn werkgebied

woont) te accepteren. Dat geldt voor alle door de verzekeraar aangeboden verzekeringsmodellen. Zo mag iemand die mogelijk hoge gezondheidskosten met zich meebrengt niet worden geweigerd.

Risicoverevening: Doel van het risicovereveningssysteem is om de middelen uit het Zorgverzekeringsfonds (voorheen Algemene Kas) zodanig te verdelen dat verschillen in gezondheidstoestand van de verzekerdenpopulatie bij zorgverzekeraars worden verevend. Zo worden verzekeraars met een ongezonde populatie in hun bestand niet gedwongen om een hogere premie te vragen dan hun concurrenten met een gezonde populatie. Daarmee verdwijnt de prikkel tot risicoselectie en blijft de toegankelijkheid gewaarborgd. De karakteristieken van de verzekerdenpopulatie zijn niet langer bepalend voor het uiteindelijke financiële resultaat van de verzekeraar. Kortom, een systeem van risicoverevening maakt de acceptatieplicht mogelijk en voorkomt directe of indirecte risicoselectie.





Een goed systeem van risicoverevening met vooraf kenbare en voor iedere zorgverzekeraar gelijke criteria is onmisbaar om te voorkomen dat er voor de zorgverzekeraar financiële nadelen voortvloeien uit een onevenredige verdeling van verzekeringsrisico's. Zorgverzekeraars ontvangen naast de nominale premies een risicovereveningsbijdrage die is afgestemd op de kenmerken van het verzekerdenbestand. Deze bijdrage wordt gefinancierd uit het Zorgverzekeringsfonds, dat op zijn beurt wordt gevoed met de inkomensafhankelijke werkgeversbijdragen en bijdragen van de overheid in verband met de premievrijstelling voor kinderen.

Zorgplicht: Voor de verzekeraars geldt een zorgplicht. De verzekerde heeft óf recht op zorg verleend door een gecontracteerde zorgverlener, óf recht op vergoeding van gemaakte kosten met daarbij desgewenst bemiddeling van de verzekeraar. De zorgplicht kan dus op twee manieren wordt ingevuld. In het ene geval krijgt de verzekerde zorg van aanbieders waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten. In het andere geval heeft de verzekerde recht op vergoeding van de kosten van zorg en desgevraagd recht op bemiddeling door de verzekeraar om die zorg te krijgen.

WTG Expres

Onder de noemer WTG Expres werkt VWS aan een aanpassing van de Wet Tarieven Gezondheidszorg. De belangrijkste aanleiding voor wijziging van de WTG was de invoering van prestatiegerichte bekostiging via DBC's. De bestaande wet en regelgeving belemmerden de verdere invoering hiervan.

De wijzigingen houden verband met:

- de mogelijkheid om op kleine schaal te experimenteren. Via een experimenteerartikel in de wet wordt innovatie van bekostigingssystemen bevordert voor zorgaanbieders en prestaties. Een zorgaanbieder met een nieuwe, nog niet in beleidsregels beschreven prestatie, kan zelf bij het College een tarief of prestatiebeschrijving aanvragen. In de WTG waren er geen uitzonderingen mogelijk, beleidregels waren algemeen geldend. Per 1 februari 2005 is het eerste experiment goedgekeurd, de St Maartenskliniek gaat volledig over op DBC's (uitgezonderd medisch specialisten);
- het beheerst en soepel invoeren van prestatiegerichte bekostiging ofwel bekostiging per prestatie, ongeacht hoe je de prestatie beschrijft;
- het voorkomen van onnodige bureaucratie dan wel het terugdringen van administratieve lasten: één procedure voor alle soorten tarieven;
- het tegengaan van fraude door middel van administratieve en declaratievoorschriften.

De WTG Expres is een kaderwet waarin aan de hand van nader te bepalen beleidsregels zaken verder geregeld kunnen worden.

De WTG Expres gaat dus over vier sporen, die overigens in hun uitwerking onderling kunnen samenhangen. De naam WTG Expres is ontleend aan het scheppen van mogelijkheden voor experimenten en het faciliteren van prestatiebekostiging. De prijsregulering zal per deelmarkt worden bepaald.

Vooraf het eerste en tweede spoor van deze wet, waarmee mogelijkheden worden gecreëerd om experimenten te houden in de bekostiging van zorgaanbieders en om prestatiebekostiging toe te passen, zorgen voor een snel, soepel en beheerst loslaten van de overheidsbemoeienis met de prijsvorming, terwijl de mogelijkheid tot bijsturen blijft.

Door speelruimte te bieden aan zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars en onnodige overheidsregulering te schrappen, ontstaat meer ruimte voor beider eigen verantwoordelijkheid. Door bijvoorbeeld elektronische aanvragen voor een tarief of een prestatiebeschrijving mogelijk te maken, onnodige hoorprocedures en aanvragen voor tarief of prestatiebeschrijving te schrappen en meervoudig gebruik van gegevens mogelijk te maken worden de administratieve lastendruk, de bureaucratie en de overhead verminderd (het derde spoor van dit wetsontwerp). Het voorstel voorziet bovendien in een wettelijke basis voor gegevensuitwisseling tussen het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (Nma). Dat draagt bij aan de afstemming van hun activiteiten en aan het verminderen van de informatielast.

Ten slotte bevat de WTG Expres maatregelen gericht op het tegengaan van fraude (het vierde spoor van het wetsontwerp). De fraudemaatregelen in dit voorstel gaan ervan uit dat een verantwoordelijke zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar uit zichzelf een goede administratie voeren. Een stap naar het opleggen van een verplichting daartoe en het inzichtelijk en toegankelijk maken daarvan is dan niet groot.

Met de wijziging van de WTG door de WTG Expres verandert niet de positie van de spelers in de WTG. Het primaat van de tariefafspraken blijft dan ook bij de zorgaanbieders en verzekeraars. Waar sprake is van vrije tarieven kunnen partijen zelf over de hoogte afspraken maken zonder dat het CTG deze tarieven toetst. De WTG Expres kent meer flexibele tariefsoorten (voorheen alleen het punttarief en maximumtarief): vaste tarieven, minimum-, maximum- tarieven en bandbreedte tarieven.

Deze flexibele tariefsoorten stelt het CTG vast in beleidsregels (voorheen was dat in amvb's), in verband met de voordelen van een snelle tariefkeuze en snelle correctie tarieven.

Bij vrije tarieven liggen wel de prestaties vast maar is het tarief voor die prestatie vrij (dat is ook nieuw in de WTG Expres). Vrije tarieven gelden nu voor: B-segment DBC, fysiotherapie, psychotherapie (vrij gevestigd).





De WTG Expres is ook een wettelijke basis voor informatieverstrekking. Het wordt wettelijk verplicht een administratie te voeren, zodat gegevens die zijn vastgelegd in die administratie ook opvraagbaar zijn voor beleid, uitvoering en handhaving van de WTG. De informatieplicht van de zorgaanbieder strekt zich niet alleen uit tot zorginhoudelijke aangelegenheden maar ook tot de tarief- en verzekeringsaspecten.

Wet herziening overeenkomstenstelsel (HOZ)

De HOZ herzielt het overeenkomstenstelsel in de zorg. Beoogd wordt dat direct betrokken partijen beter gebruikmaken van de mogelijkheden die zorgovereenkomsten bieden.

De maatregelen zijn nodig ter versterking van de regierol van de verzekeraars en vanwege het gebrek aan dynamiek in het huidige stelsel als gevolg van de binding aan verplichte landelijke overeenkomsten.



De HOZ brengt belangrijke veranderingen met zich mee in het bestaande overeenkomstenstelsel in de ZFW en de AWBZ. Daarbij gaat het om:

- het afschaffen van de landelijk geldende uitkomsten van overleg (uvo's) en modelovereenkomsten in de Ziekenfondswet (Zfw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ);
- geen machtigingen en regiovertegenwoordiging meer (ikv mededinging);
- het faciliteren van de contracteervrijheid voor verzekeraars en zorginstellingen door te regelen dat de contracteerplicht voor bij of krachtens amvb te bepalen vormen van zorg en categorieën zorginstellingen afgeschaft kunnen worden; dit is van belang voor de introductie van outputfinanciering via bijvoorbeeld vrij onderhandelbare diagnose behandeling combinaties (DBC's);
- het wegnemen van (formeel) belemmeringen voor zorgaanbieders gevestigd in een ander EU- of EER-land, of in een verdragsland, om zorg aan Nederlandse verzekerden te verlenen. Door jurisprudentie zal dit verder duidelijk worden; dit is eerder gebeurd bij het toestemmingsvereiste voor extramurale zorg (is vervallen);

Contracten mogen voor maximaal 5 jaar worden afgesloten.

Op grond van artikel 11 van de ZFW hebben ziekenfondsverzekerden voor bepaalde vormen van zorg ten opzichte van het ziekenfonds de keuze tussen zorg in natura of vergoeding van de voor die zorg gemaakte kosten (restitutie). Deze keuzevrijheid is door een amendement van Schippers en Lambregts bij de behandeling van het voorstel van de wet HOZ in de ZFW

opgenomen. De opheffing van de contracteerplicht voor bepaalde DBC's was de aanleiding om het voor ziekenfondsverzekerden mogelijk te maken dat zij ook zorg kunnen invoeren bij een niet door het ziekenfonds gecontracteerde aanbieder. De kosten daarvan worden dan toch (grotendeels) door het ziekenfonds vergoed.

In het kader van de ZFW artikel 11 moet aan twee voorwaarden zijn voldaan om voor restitutie van de gemaakte kosten in aanmerking te komen:

- er bestaat geen contracteerplicht voor die vorm van zorg
- er behoeft op grond van de WTG geen tarief voor die zorg te worden vastgesteld

De keuze voor zorg in natura of restitutie vergroot de keuzevrijheid voor de ziekenfondsverzekerden. Daarentegen krijgt hij bij restitutie niet meer dan de door de verzekeraar vastgestelde kostenvergoeding.

Indien het restitutiebedrag van het ziekenfonds lager is dan de werkelijke zorgkosten komen de extra kosten voor rekening van de verzekerde/patiënt.

In het Vergoedingsbesluit (kostenvergoeding bij AMVB) is gesteld dat de hoogte van de vergoeding de keuzevrijheid niet mag belemmeren. Ook is geregeld dat de gecontracteerde zorg bereikbaar moet zijn (dus geen lage prijs DBC's in Groningen, als men dit als niet voldoende bereikbaar beschouwt).

Wanneer de omgekeerde contracteerplicht is afgeschaft, zijn de instellingen niet langer verplicht om met elk ziekenfonds dat daarom vraagt dezelfde overeenkomst af te sluiten. Met het afschaffen van de omgekeerde contracteerplicht kunnen instellingen niet langer van alle ziekenfondsen dezelfde contracten verlangen. De 'collectieve' contracten die daar nu nog het gevolg van zijn, belemmeren de 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. Verzekeraars en aanbieders komen door het afschaffen van de omgekeerde contracteerplicht in een meer gelijkwaardige positie.





Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)

De hoofdlijn van de WTZi bestaat uit het bieden van meer vrijheid en meer verantwoordelijkheid aan zorginstellingen. Hierbij gaat het in eerste instantie om deelmarktgewijs dereguleren van het bouwregime. Ten tweede gaat het om de mogelijkheid de instellingen toe te staan om risicodragend kapitaal aan te trekken. Kernelement van de WTZi is de toelating. Met eisen voor goed bestuur en waarborgen voor spreiding en toegankelijkheid fungeert deze als bodem onder de vrijheden.

De WTZi richt zich op de zorgaanbieders. Met de WTZi wil de minister bewerkstelligen dat zorgaanbieders zelf verantwoordelijk worden voor hun infrastructuur en de investeringsbeslissingen. Uitgangspunt is dat het zoveel mogelijk aan marktpartijen moet worden overgelaten om zelf te beslissen over toetreding tot de zorgmarkt, over investeringen en over de vormgeving van gebouwen en instellingen. Het zware instrument dat de WTZi biedt, namelijk het verbieden van een nieuwe instelling of een verbod op de uitbreiding of wijziging van een bestaande instelling, zal alleen gebruikt worden waar publieke belangen aantoonbaar in het gedrag komen.

De minister wil toe naar een eindsituatie waarin de cliënt een centrale rol inneemt en waar de zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende in staat zijn om op de zorgvraag in te spelen. Gereguleerde marktwerking moet leiden tot meer keuzevrijheid voor de cliënt, meer vrijheid en verantwoordelijkheid voor zorgaanbieders en een adequate inkooprol voor zorgverzekeraars.

De WTZi is een wet op hoofdlijnen en wordt nader ingevuld door beleidsregels. In februari 2005 komt de minister met een notitie (in aanvulling op de beleidsvisie) over de aanpassing van het regime rond winststreven in de zorg en als onderdeel daarvan de financiering van de kapitaalslasten van de zorginstellingen. Met die notitie wordt een aanzet gegeven voor de deregulering van het bouwregime in de intramurale sectoren. De WTZi heeft bepaald dat deze beleidsvisie in ieder geval elke vier jaar geactualiseerd dient te worden.

Hieronder worden een aantal onderwerpen aangestipt in beleidsregels die interessant zijn voor ziekenhuizen.

- **Borging spreiding en bereikbaarheid acute zorg**
Alle ziekenhuizen dienen deel te nemen aan een georganiseerd ketenoverleg acute zorg dat wordt georganiseerd door het regionale traumacentrum. De in dat overleg gemaakte afspraken dienen te worden nagekomen en te worden gerapporteerd in het jaarverslag van de instelling.
- **Lange termijn huisvestingsplan (LTHP) en stakeholderoverleg**
Om te kunnen voldoen aan de eisen met betrekking tot maatschappelijke verantwoording en transparantie dient elk ziekenhuis over een LTHP te beschikken dat vierjaarlijks wordt bijgesteld. Uit het LTHP moet blijken dat de instelling alle mogelijke moeite heeft gedaan om tot een door alle belang-

hebbenden gedragen visie op huisvesting en infrastructuur te komen.

- **Berekening ruimte behoefte**
Sinds jaar en dag is het bed de parameter op basis waarvan de normatieve ruimtebehoefte van een ziekenhuis wordt bepaald. Het bed zal worden vervangen door een parameter gebaseerd op klinische en poliklinische adherentie, zorgzwaarte en leeftijdsopbouw.
- **Aanvraag voor nieuwbouw op basis van maximaal 2 bedden per 1000 inwoners**
- **Transparantie**

Zorgaanbieders worden gestimuleerd transparant te zijn over hun prestaties. Instellingen moeten voldoen aan de eisen die worden gesteld aan de bestuursstructuur en zorgen voor een ordelijke en controleerbare bedrijfsvoering. Deze eisen sluiten aan bij de aanbevelingen van de Commissie Health Care Governance (Commissie-Meurs), die in 1999 een rapport uitbracht over goed bestuur, goed toezicht en adequate verantwoording bij zorginstellingen. De transparantie-eisen worden verder uitgewerkt in het uitvoeringsbesluit WTZi. Op het moment dat een instelling een aanvraag om een toelating indient zal worden getoetst of aan deze voorwaarden is voldaan.

- **Winstoogmerk**

In het kader van de WZV mag de rechtspersoon die de vergunning of verklaring aanvraagt niet gericht zijn op het behalen van winst. In het Uitvoeringsbesluit WTZi wordt het winstoogmerk verder uitgewerkt. Nader zal worden bepaald bij welke categorieën van instellingen het winstmotief wordt toegestaan.

Momenteel zijn in een uitvoeringsbesluit de volgende categorieën van instellingen hiervoor aangewezen: tandarts, verloskundige zorg, audiologische centra, e.d. instellingen zonder verblijf.

- **Kapitaallasten**
Zorginstellingen zullen in de toekomst zoveel mogelijk zelfstandig gaan beslissen over gebouwen en infrastructuur. In de toekomst moeten instellingen zelf kunnen bepalen wat en wanneer wordt gebouwd en hoe het gebouw vorm wordt gegeven. Beslissingen hierover moeten afhankelijk van de sector na overleg met de cliënten of patiënten (medezeggenschapsorganen) van instellingen, worden genomen. Op lange termijn is het bouwregime hooguit van toepassing op uitzonderlijk risicovolle bouwinitiatieven.

De notitie die in februari 2005 zal verschijnen, zal verder duidelijkheid moeten geven in hoeverre het bouwregime voor ziekenhuizen wordt versoepeld en hoe wordt omgegaan met de kapitaalslasten. Immers, met de komst van DBC's zullen de kapitaalslasten die gemoeid zijn met bouw op een andere manier in de tarieven moeten worden verwerkt.





Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG)

De WMG regelt o.a. het voor de werking van het beoogde stelsel noodzakelijke toezicht op zowel verzekeraars als zorgaanbieders: de Zorgautoriteit.

De WMG voorziet in spelregels en bijbehorend toezicht om een veilige overstap naar meer marktwerking te kunnen maken. De wet bevordert dat:

- waar dat kan, marktwerking op gang wordt gebracht en gehouden;
- waar dat moet, de overheid prijzen en prestaties kan reguleren;
- zorgaanbieders en zorgverzekeraars de consument goede informatie geven zodat hij kan kiezen bij welke zorgaanbieder hij het beste terecht kan, met welke verzekeraar hij in zee wil gaan en welke polis voor hem het meest geschikt is;
- er samenhang is in de regulering van en het toezicht op de zorgmarkten.

De WMG brengt een aantal bestaande instrumenten bij elkaar, deels in een nieuw jasje, en voegt ook enkele nieuwe instrumenten toe aan de toolkit van de overheid. De nieuwe instrumenten zijn vooral nodig om per deelmarkt marktwerking op gang te brengen en te houden en om goede informatie voor de consument te waarborgen. De bestaande instrumenten in een nieuw jasje zijn er vooral om te bewaken dat de consument krijgt waar hij recht op heeft, om niet (volledig) geliberaliseerde deelmarkten te reguleren en om de betaalbaarheid van de gezondheidszorg als geheel in goede banen te leiden.

De WMG vervangt de WVG evenals de bepalingen uit de ZFW over toezichttaken van het CTZ. Verder ook de bepalingen uit de Invoerings- en aanpassingswet over de toezichttaken van het CTZ op het gebied van de AWBZ. Daarnaast zal de WMG bepalingen bevatten die zijn overgenomen uit de Wet op het financieel toezicht betreffende het zorgspecifieke gedragstoezicht op ziektekostenverzekeraars.

Het toezicht op de mededinging is geregeld in de Mededingingswet. Deze wet moet beperking van concurrentie tegengaan op markten waar daadwerkelijke concurrentie door ondernemingen mogelijk is. Het gaat in hoofdzaak om ingrijpen achteraf (repressief toezicht). De Mededingingswet biedt het algemene kader, maar biedt weinig instrumenten om op markten waar (nog) geen daadwerkelijke concurrentie is, die markten te stimuleren en op gang te brengen. Dit vereist een speciaal op een sector toegespitst (markt)toezicht. Het sectorspecifiek markttoezicht bestaat niet alleen uit sectorspecifiek mededingings- toezicht, maar bijvoorbeeld ook uit prijsregulering en toezicht op transparantie. Het richt zich zowel op deelmarkten met vrije prijsvorming, als op deelmarkten waar vrije prijsvorming (nog) niet mogelijk is. Voor deelmarkten met vrije prijsvorming heeft het toezicht vooral tot doel concurrentie te bevorderen en bewaken. Voor deelmarkten waar (nog) geen vrije prijsvorming bestaat, gaat het erom met behulp van prijsregulering de efficiëntie te

vergroten en deze deelmarkten zo goed mogelijk voor te bereiden op een situatie waarin wel van vrije prijsvorming sprake is.

Zorgautoriteit (Zaio)

De Nederlandse Zorgautoriteit is de sectorspecifieke markttoezichthouder voor de gezondheidszorg. De Zorgautoriteit houdt ook toezicht op het uitvoeren van de nieuwe standaardverzekering voor de curatieve zorg (ZVW) en van de AWBZ. De verschillende markten kunnen, wanneer het toezicht vanuit één centraal punt gebeurt, vanuit een integrale visie worden benaderd. Hiervoor wordt de Wet op de marktordening gezondheidszorg ingevoerd.

De rol van het College tarieven gezondheidszorg (CTG) is gewijzigd. Het CTG heeft per 1 mei 2004 officieel ook de rol van Zorgautoriteit in oprichting (CTG/ZAio) op zich genomen. In een overgangperiode van bijna twee jaar zal CTG/ZAio worden omgevormd tot Zorgautoriteit.

CTG/ZAio zal de Wet tarieven gezondheidszorg blijven uitvoeren. Daarnaast heeft CTG/ZAio nieuwe taken. De belangrijkste nieuwe taak is het bevorderen van marktwerking in de gezondheidszorg.

De zorgautoriteit beslist binnen wettelijke kaders over meer technische zaken zoals het invullen van de regels per deelmarkt, toepassen van regels voor individuele ondernemingen, volgen van ontwikkelingen en handhaving.

De zorgautoriteit volgt onder meer de kosten, prijzen, kwaliteit, contractvoorwaarden en marktontwikkelingen, zoals het aantal nieuwe en vertrekkende ondernemingen. De Zorgauto-

riteit moet zorgaanbieders of zorgverzekeraars met een aanmerkelijke marktmacht (marktaandeel) omwille van de eerlijke concurrentie bepaalde aanvullende verplichtingen kunnen opleggen. Waar nog geen vrije prijsvorming is, bevordert de zorgautoriteit betere prestaties bijvoorbeeld door maatstafconcurrentie.

De zorgautoriteit let ook op contractvoorwaarden. Zij kan eisen stellen aan de voorwaarden waaronder een product of dienst wordt geleverd. Zo kan de zorgautoriteit onredelijke betalingscondities en onredelijke lange contracttermijnen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders aan de kaak stellen.

Om in te grijpen beschikt de Zorgautoriteit over de volgende vier instrumenten:

- **Sectorspecifieke mededingregulering**
Hierbij is de verhouding tussen ondernemingen het aanknopingspunt. Als voorbeeld kan hier worden genoemd, dat zorgaanbieders of verzekeraars die een aanmerkelijke marktmacht hebben bepaalde aanvullende verplichtingen kunnen worden opgelegd;
- **Regulering van prijzen, productomschrijvingen, contractvoorwaarden en transparantie**

Dit speelt vooral een rol op de zorginkoopmarkt. Taak van de zorgautoriteit is om op deelmarkten waar geen vrije prijs-





vorming is met nieuwe vormen van prijsregulering marktwerking na te bootsen. De sleutel ligt bij het meer prestatiegericht maken van de bekostiging, zoals door maatstafconcurrentie (vergelijken van instellingen).

Bij regulering van contractvoorwaarden kan de Zorgautoriteit eisen stellen aan de voorwaarden waartegen een product of dienst wordt geleverd; dit om onredelijke betalingscondities, voorwaarden bij opzegging, onredelijke lange contracttermijnen e.d. tegen te gaan. Met betrekking tot transparantie moet de Zorgautoriteit kunnen optreden om informatieasymmetrie tegen te gaan. De Zorgautoriteit moet kunnen ingrijpen als marktpartijen weigeren informatie publiek te maken;

• Handhaving

De Zorgautoriteit krijgt een aantal bestuursrechtelijke middelen om haar beslissingen kracht bij te zetten: aanwijzing, bestuursdwang (met de mogelijkheid van een dwangsom) en bestuurlijke boete. De aanwijzing en de bestuursdwang zijn met de WTG Expres al mogelijk. Deze middelen zijn vooral voor technische voorschriften en lichte overtredingen. Voor zware overtredingen als valsheid in geschrifte, oplichting en (zorg)fraude blijft de stafrechtelijke handhaving bestaan;

• Signalering

Monitoring en oordeelsvorming kunnen leiden tot de constatering dat maatregelen noodzakelijk zijn waartoe de Zorgautoriteit niet zelf bevoegd is. De Zorgautoriteit kan de minister van VWS op eigen initiatief adviseren om bepaalde concurrentiebevorderende maatregelen te nemen of bepaalde marktconforme prikkels in te voeren.

De Zorgautoriteit let er ook op dat de zorgverzekeraars de nieuwe ZVW goed uitvoeren. Het gaat hierbij om drie vormen van toezicht:

- speciaal markttoezicht (zie hierboven)
- toezicht op de publieke randvoorwaarden voor de zorgverzekeraars (bijvoorbeeld: acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en invullen zorgplicht)
- gedragstoezicht met het oog op bescherming van de consument op de verzekeringsmarkt (bijvoorbeeld: worden de verzekerden goed ingelicht over hun polis?)

De veranderende wetgeving in de curatieve zorg in schema:

ZVW	HOZ	WTG Expres	WTZi	WMG
Vervangt:	Wijzigt:	Wijzigt:	Vervangt:	Vervangt bepalingen toezicht:
ZFW	ZFW	WTG	WZV	WTG
WTZ	AWBZ			ZFW (CTZ)
Wet MOOZ				AWBZ (CTZ)

+ Wet op de zorgtoeslag

Veranderingen per 2005

• *Invoering prestatiegerichte bekostiging in de vorm van DBC's (1 januari 2005). Voor een deel van de DBC's vinden vrije prijsonderhandelingen plaats en vervalt de contracteerplicht (segment B) (1 februari 2005).*

• *No-claimregeling: Ziektefondsverzekerden krijgen vanaf 2005 aan het eind van het jaar (als ze geen gebruik hebben gemaakt van de zorg) 255 euro premie terug. Mensen die minder dan 255 euro aan zorg gebruiken, krijgen het overgebleven bedrag terug. Huisartsenzorg, kraamzorg, verloskundige hulp en zorg voor kinderen jonger dan 18 jaar zijn uitgesloten van de no-claimregeling.*

• *Bijbetalen ziekenhuisgreep: afhankelijk van de vergoedingslimieten van de betreffende verzekeraar, kan het zijn dat een ziektefondsverzekerde of een particulier verzekerde per 1 februari 2005 moet bijbetalen, voor een ziekenhuisgreep ondergaan bij een zorgaanbieder die geen contract heeft met de betreffende verzekeraar.*

• *Vrije tarieven voor fysiotherapeuten. Per 1 februari 2005 geldt, net als nu, de zitting als declaratiebasis, maar over het tarief per zitting kan de fysiotherapeut vrij onderhandelen met de zorgverzekeraar van de patiënt. Voor onverzekerde patiënten of voor patiënten van wie de zorgverzekeraar (nog) geen contract heeft afgesloten met een fysiotherapeut, wordt een standaardprijslijst gehanteerd door de fysiotherapeut. CTG/ZAio is op verzoek van de minister van VWS gestart met de ontwikkeling van een monitor van de ontwikkelingen op de markt voor fysiotherapie.*

• *Op 19 januari 2005 heeft minister Hoogervorst de website KiesBeter.nl geopend. Daar kunnen burgers vergelijkende informatie vinden over zorgverzekeringen, ziekenhuizen en de kosten van medicijnen. De site wordt nog uitgebreid met informatie over alle zorgaanbieders en gezondheid, preventie en patiëntenrechten. De site wordt met informatie gevuld door onder meer het ministerie van VWS, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de Consumentenbond en het College voor Toezicht van Zorgverzekeringen (CTZ). In de toekomst krijgt KiesBeter.nl een telefonische hulpdienst en loketten in onder andere gemeentehuizen en bibliotheken.*

Regelmatig ontvangt u de "Natuurlijk in Beweging" van Biomet. Laat ons weten wat u van de inhoud van deze nieuwsbrief vindt: yvankemenade@wxs.nl

Redactie:

Dr. Yvonne van Kemenade
Drs. Mariska de Groot
Mr. Annette van der Hoek

Vormgeving en

Illustraties:

Rob Verhoeven
Concept & Illustratie

Lithografie en druk:

Efficienta, Krimpen a/d IJssel

Oplage: 1050 stuks