

Vergaderjaar 2009–2010

32 393

Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging (Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG)

Nr. 6

VERSLAG

Vastgesteld 16 juli 2010

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹, belast met het voorbereidend onderzoek van voorliggend wetsvoorstel, heeft de eer als volgt verslag uit te brengen van haar bevindingen.

Onder het voorbehoud dat de in het verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende door de regering worden beantwoord acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

Inhoudsopgave

blz.

I.	ALGEMEEN	1
1.	Inleiding	1
2.	Doel en achtergrond van het voorstel	2
3.	Macrobudgettaire beheersbaarheid	3
4.	Wijzigen declaratieverkeer samenwerkende zorgaanbieders	5
5.	Afrekenen overdekking 2005 – heden	6
6.	Eerlijke kostentoekening en beschikbaarheidbijdrage	6
7.	Instrument begrenzing	7
8.	Europeesrechtelijke aspecten	8
II.	ARTIKELSGEWIJS	8

I. ALGEMEEN

1. Inleiding

De leden van de **PvdA-fractie** hebben kennisgenomen van het voorstel tot wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met voor bekostiging. Zij beoordelen het voorstel als een stap richting betere kostenbeheersing en een eenvoudiger en transparantere bekostigingssystematiek. Naar

¹ Samenstelling

Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Ferrier, K.G. (CDA), Ham, B. van der (D66), Smeets, P.E. (PvdA), Fng voorzitter, Miltenburg, A. van (VVD), Schippers, E.I. (VVD), Smilde, M.C.A. (CDA), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Zijlstra, H. (VVD), Ouweland, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Harbers, M.G.J. (VVD), Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Voortman, L.G.J. (GL) en Klaver, J.F. (GL).

Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Atsma, J.J. (CDA), Vacature, (D66), Dekken, T.R. van (PvdA), Dezentjé Hamming-Bluemink, I. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Ormel, H.J. (CDA), Klijnsma, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Krom, P. de (VVD), Thieme, M.L. (PvdD), Sharpe, J.E.J.W. (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Sterk, W.R.C. (CDA), Neppérus, H. (VVD), Koşer Kaya, F. (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Sap, J.C.M. (GL) en Halsema, F. (GL).

aanleiding van het wetsvoorstel hebben zij wel nog enkele aanvullende vragen en opmerkingen.

De leden van de **PVV-fractie** hebben met belangstelling kennis genomen van onderhavig wetsvoorstel. Zij onderkennen de problematiek van de bekostiging van de zorg en de noodzaak te komen tot een beheerste kostenontwikkeling daarvan. Genoemde leden willen wel helderheid krijgen over het dreigend fictief dienstverband van medisch specialisten en waar de regie ten aanzien van de kwaliteit van de zorg straks komt te liggen, bij de specialist, het ziekenhuis of de zorgverzekeraar. Daartoe hebben de leden een aantal vragen en opmerkingen.

Primair wil de regering de beheersbaarheid van de zorguitgaven tot stand brengen via een effectief en efficiënt werkend stelsel. Dit uitgangspunt delen de leden van de **CDA-fractie** en constateren dat hiervoor in de achterliggende kabinetsperiode al het nodige in gang is gezet. Het is echter niet voldoende om de kosten echt binnen de grenzen van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) te houden. Met belangstelling hebben genoemde leden dan ook kennisgenomen van het wetsvoorstel om de bekostigingsinstrumenten binnen de Wet marktordening gezondheidszorg aan te vullen. Geheel in lijn met de structuur van de WMG legt de wetgever in hoofdlijnen vast hoe de macrobudgettaire beheersing vorm krijgt. Daarna kan de minister op grond van artikel 8 WMG aanwijzingen geven aan de zorgautoriteit om voor bepaalde situaties beleidsregels vast te leggen. Deze beleidsregels behoren een wettelijke grondslag te hebben. Het wetsvoorstel bevat de grondslag voor de macrobudgettaire beheersbaarheid van medisch specialistische zorg, van zelfstandige behandelcentra en de macrobeheersing met een begrenzinginstrument. Daarnaast gaat het om een wijziging in het declaratieverkeer van samenwerkende zorgaanbieders, voor vereffening van de vergoedingen van zorgverzekeraars en ziekenhuizen en voor een beschikbaarheidsbijdrage.

De leden van de **SP-fractie** nemen kennis van de voorgestelde wetswijziging. Zij wijzen er op dat zij deze wijziging nadrukkelijk beschouwen als de wijziging van een kaderwet zonder sturing in de richting van meer of minder marktwerking. Deelt de regering deze visie, en is de voorgestelde wetswijziging in die zin een apolitieke wet? Deze leden willen niet dat met de wijzigingen meer marktwerking in de zorg wordt geïntroduceerd, omdat zij van mening zijn dat marktwerking niet bijdraagt aan een betere gezondheidszorg.

2. Doel en achtergrond van het voorstel

Op de eerste plaats zijn de leden van de **PvdA-fractie** van mening dat er met deze wetswijziging geen decisieve stappen richting invoering van prestatiebekostiging in de curatieve zorg worden genomen. Het voorliggend wetsvoorstel geeft enkel de mogelijkheid tot het schaduw-draaien met Dbc's Op weg naar Transparantie (DOT's) naast de diagnose behandelingcombinatie (dbc's) systematiek met behoud van functionele budgettering voorstelt. De minister heeft dit toegezegd tijdens een algemeen overleg met de Kamercommissie. Is het waar dat het wetsvoorstel enkel de mogelijkheid geeft tot DOT schaduw-draaien zodat de nieuwe productstructuur gemonitord en doorontwikkeld kan worden? Genoemde leden stemden in met het DOT schaduw-draaien, zij hopen dat deze nieuwe productstructuur op termijn kan bijdragen aan een betere registratie- en declaratiesystematiek en een verminderde administratieve lasten. De Kamer en de minister hebben meerdere malen uitgesproken dat de DOT systematiek in 2011 gemonitord en verder ontwikkeld wordt. Hoe wordt deze monitoring vormgegeven, en op welke momenten ontvangt de Kamer een tussen- en een eindrapportage over het functio-

neren en verder ontwikkelen van DOT? Wanneer moet uiterlijk een beslissing worden genomen over het al dan niet invoeren van de DOT systematiek als enige registratie- en declaratiesystematiek?

De Raad van State signaleert nog enkele grote knelpunten die moeten worden opgelost voordat tot invoering van prestatiebekostiging kan worden overgegaan. Zo stelt zij dat er meer zekerheid moet worden gecreëerd over de DOT structuur en de samenhang met de afbouw van ex post calculaties, de kapitaallastenproblematiek, de zelfstandige behandelcentra en de medisch specialisten. In hoeverre geeft de regering meer zekerheid ten aanzien van deze onderwerpen met deze wetswijziging, of heeft zij dit in de achterliggende kabinetsperiode al gedaan? Is de regering van mening dat de zekerheid rond de belangrijkste knelpunten voor het functioneren van het stelsel als geheel, indien deze wetswijziging zou worden aangenomen, gegeven is?

De leden van de **SP-fractie** constateren dat de voorgestelde wetswijziging voortvloeit uit de grote problemen om de kosten in de zorg te beheersen door de invoering van de dbc-financiering en het loslaten van de lumpsum financiering van de specialisten. Verdere deregulering en liberalisering achten zij derhalve riskant en ongewenst. Dit is in lijn met de opmerkingen van de Raad van State die stelt dat als er geen deugdelijke financieringsstructuur is overheidsbemoeienis nodig is. (zie ook bladzijde 9 memorie van toelichting).

Aangezien verdere invoering van de marktwerking in de ziekenhuiszorg door de Kamer is geblokkeerd achten deze leden de tijd rijp voor herbezinning op de dbc-financiering en de toekomstige DOT-financiering. Deze systematiek blijft zeer bureaucratisch en ingewikkeld en gebaseerd op het stukloonprincipe. Een principe dat in de zorg mutatis mutandis aanleiding geeft tot onnodige omzetvergroting. De leden van de SP-fractie willen voorstellen een onderzoek te starten naar een gemoderniseerde vorm van budgetfinanciering. De budgetten die daarbij toebedeeld worden moeten een weerspiegeling vormen van de geleverde zorg aan de hand van een beperkt aantal parameters waarbij adherentie en de zorgintensiteit van de behandeling van patiënten deel uitmaken. Daarbij valt te denken aan een systematiek vergelijkbaar met de toedeling van middelen aan gemeenten in het kader van de Wet werk en bijstand (Wwb). Daarbij ademt het totale ziekenhuisbudget mee met het werkelijk aantal geholpen patiënten, de totale landelijke behoefte aan ziekenhuiszorg. Als randvoorwaarde dient naast kwaliteitsnormen ook aan de Treeknormen inzake de wachtlijsten te worden voldaan door de ziekenhuizen. In een dergelijk stelsel zitten doelmatigheidsprikkels omdat ziekenhuizen die beter georganiseerd zijn op deze manier een financieel voordeel behalen waarmee extra in de geboden zorg kan worden geïnvesteerd. De regering wordt gevraagd dit voorstel van de leden van de SP-fractie over te nemen, graag een reactie op dit punt.

Het is van groot belang dat er in de toekomst een eenvoudig en rechtvaardig bekostigingssysteem komt, zodat ook kortingen kunnen worden voorkomen. Immers als de zorg zinnig en efficiënt wordt verleend en dit zichtbaar is zijn kortingen niet opportuun. Kortingen worden juist daar ook opgelegd waar getwijfeld wordt aan de zinvolheid van de hoeveelheid geboden zorg en de wijze waarop de zorg wordt geboden.

3. Macrobudgettaire beheersbaarheid

De leden van de **PvdA-fractie** constateren dat de verschillende registratiesystemen leiden tot grote onduidelijkheid over de reële hoogte van de zorgkosten. Dit ziet men terug in de rechtszaken die de medisch specialisten en de ziekenhuizen aanspannen. Deze leden zien hier een grote taak voor het ministerie van VWS. Hoe betrouwbaar is het huidige en toekomstige registratiesysteem eigenlijk? Door middel van welke stappen

kan gekomen worden tot een registratiesysteem dat de daadwerkelijke cijfers niet pas drie jaar na dato kan publiceren?

Het nieuwe bekostigingssysteem van de medisch specialisten gaat uit van een specialistenbudget wat het ziekenhuis in overleg met de specialisten kan verdelen. Op het moment dat de declaratie-inkomsten de medisch specialisten dit budget overstijgen, moet het overschot in het Zorgverzekeringsfonds worden gestort. Genoemde leden willen zeker weten dat dit alleen geldt voor het overschot aan inkomsten op basis van de honorariumcomponent. De extra inkomsten op basis van de ziekenhuiscomponent door het hogere volume mogen door het ziekenhuis toch wel worden ingezet om de bedrijfsvoeringkosten te dekken?

Deze leden begrijpen dat er een specialistenbudget moet komen om de stijgende zorgkosten te kunnen temperen. Maar wat gebeurt er na het boekjaar met het overschot op het specialistenbudget dat in Zorgverzekeringsfonds is gestort? Als dit overschot regulier «mee blijft tellen» voor het BKZ, stijgen de zorgkosten macro met hetzelfde tempo als in voorgaande jaren. Het specialistenbudget overschrijdt weliswaar niet, maar deze overschrijding wordt nu in het Zorgverzekeringsfonds gestort. Daarbij vragen zij aan de regering of het juist is dat er met het nieuwe model inderdaad een kostenbeheersinginstrument wordt toegevoegd, maar geen volumebeheersinginstrument? Kunnen de medisch specialisten in het A- en B-segment nog steeds zelf hun volume vaststellen, ook naar boven?

De leden van de **PVV-fractie** vragen, gezien het geringe draagvlak voor dit beheersmodel onder de medisch specialisten, welke alternatieven de regering heeft onderzocht? Wat waren de afwegingen om tot het huidige voorstel te komen? Waar komt de regie over de besteding van het budget te liggen? Is het verstandig om dit bij een frequent wisselend ziekenhuisbestuur te leggen? Waarom is het alternatieve model van de Orde van Medisch Specialisten niet overgenomen, een budget voor de specialisten per ziekenhuis, beheerd door de specialisten zelf? Graag een reactie van de regering op dit punt.

Voorts vragen genoemde leden of hier niet te lichtzinnig een stelselwijziging ingevoerd wordt door een demissionaire regering. Deze leden denken dat het doel om te komen tot een beheerste kostenontwikkeling al bereikt wordt door de tariefkortingen en dat een stelselwijziging moet worden overgelaten aan een volgende regering. Graag een reactie op dit punt.

Macrobudgettaire beheersing van de medisch specialistische zorg is een essentieel onderdeel van de wetswijziging. De aanhoudende overschrijdingen vragen om een adequaat antwoord. De leden van de **CDA-fractie** steunen de keuze van de regering om het ziekenhuis eindverantwoordelijk te maken voor de omzet en voor de onderhandelingen met de zorgverzekeraar. Zij menen dat er sprake is van een onduidelijke en soms hybride verantwoordelijkheidsverdeling, nu zowel medische specialisten als ziekenhuizen contracten afsluiten met de zorgverzekeraars.

De regering stelt voor het normatieve uurtarief en de bijbehorende normtijden los te laten als basis voor het honorarium van medische specialisten en te vervangen door afspraken tussen ziekenhuis en medische specialisten. In de memorie van toelichting wordt aangegeven dat er behoefte is aan een gefaseerd tijdsbestedingonderzoek dat eens in de zoveel tijd alle dbc's en daarmee de dbc-tarieven herijkt. Genoemde leden vragen of zo'n onderzoek in gang wordt gezet en wat de relatie is tussen een dergelijk onderzoek en het loslaten van de normtijden.

Wat zijn de gevolgen van de voorstellen tot gezamenlijke afspraken tussen ziekenhuis en medische specialisten voor hun onderlinge verhouding? Hoe kan worden voorkomen dat de Raad van Bestuur zich met de inhoud van de zorg bemoeit en bijvoorbeeld vanuit budgettaire overwegingen

aanwijzingen geeft welke medicijnen wel of niet voorgeschreven mogen worden? Kan de regering uiteenzetten hoe deze afspraken tot stand zijn gekomen? Gaan specialismen elk apart onderhandelen met de Raad van Bestuur of doet de staf van de medisch specialisten dat namens alle specialismen, die daarna onderling weer afspraken maken over onderlinge omzetten? Zijn hier in het land al ervaringen mee? Kan de regering ingaan op de consequenties van beide opties voor het level playing field tussen de verschillende specialismen? Blijft de mogelijkheid bestaan dat ziekenhuis en zorgverzekeraar per specialisme kunnen onderhandelen? Tot slot, de leden van de CDA fractie delen de mening van de regering dat de voorgestelde regeling geldt voor alle medische specialisten en ook voor de zelfstandige behandelcentra.

Met betrekking tot de macrobudgettaire beheersbaarheid stellen de leden van de **SP-fractie** dat het totale zorgbudget een afspiegeling moet zijn van de werkelijke behoefte aan zorg en niet gebaseerd op financieel boekhoudkundige afwegingen. Zowel de kwaliteit als de toegang tot de zorg moet geborgd blijven.

Met betrekking tot de inkomenspolitiek voor medisch specialisten pleiten deze leden voor de invoering van het loondienstprincipe voor specialisten. Financieel eigenbelang bij behandelingen wordt zo uitgebannen, en daarmee wordt een einde gemaakt aan de discussie of de specialist of bepaalde groepen van specialisten niet teveel verdienen. Daarbij achten genoemde leden het tevens van belang dat de inkomensverschillen tussen specialisten niet te groot zijn en dat variabele beloning, «bonus» geneeskunde, beperkt blijft. Variabele beloning kan de beroepseer bedreigen en goede samenwerking tussen specialisten frustreren. De maximale beloning van specialisten dient het salaris van de minister-president niet te boven te gaan. Deze leden kunnen zich als het gaat om de hoogte van de salarissen goed vinden in de voorstellen zoals deze in 2006 zijn gedaan door de meerderheid van de leden van de commissie Korthals-Altes die voor specialisten een salaris vergelijkbaar met de raadsheer van een gerechtshof (119.00 euro per jaar in 2006) redelijk achtte. Vanwege de explosie van de inkomens van vrij gevestigde specialisten achten deze leden overheidsregulering hier noodzakelijk. Zij achten het ook verstandig de zelfstandige behandelcentra (zbc's) onder het beheersingsinstrumentarium te brengen.

4. Wijzigen declaratieverkeer samenwerkende zorgaanbieders

De uitspraak Craenen/Orde van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) leidt ertoe dat specialisten alleen zorg kunnen declareren waar ze zelf direct bij betrokken zijn geweest en altijd via het ziekenhuis moeten declareren. In hoeverre zorgt dit voor een betrouwbaarder registratiesysteem, zo vragen de leden van de **PvdA-fractie**. Een van de hoofdlijnen van de macrobudgettaire beheersing van specialisten zou moeten zijn dat «de wet bepaalt in welk geval de vrijgevestigd medisch specialist uitsluitend tegenover de instelling waar hij werkzaam is, recht heeft op vergoeding voor zijn werkzaamheden, en niet tegenover de patiënt of de zorgverzekeraar». Dit laat ruimte over voor de situatie waarin een medisch specialist toch recht heeft op een rechtstreekse vergoeding van de patiënt of zorgverzekeraar. Waarom laat de regering deze ruimte open, wat is haar intentie hierbij?

Als specialisten alleen nog maar «aan» het ziekenhuis mogen declareren in plaats van «via» het ziekenhuis, wat betekent dit dan concreet voor hun dienstverband? Hierover moet helderheid komen. De leden van de **PVV-fractie** vinden het niet verantwoord dit «via» declareren af te

schaffen zonder duidelijkheid vooraf over de fiscale ondernemersstatus van de specialist. Deze leden vernemen graag een reactie van de regering hierop.

De leden van de **CDA-fractie** steunen het voorstel om het declaratieverkeer tussen de samenwerkende zorgaanbieders te wijzigen waarbij alleen de ziekenhuizen voortaan contracten afsluiten met zorgverzekeraars en declareren. Medische specialisten zijn bang dat dit betekent dat ze de facto in loondienst komen. Is die vrees terecht? Temeer daar de memorie van toelichting vermeldt (blz. 19) dat mede door de zaak Craenen/Orde en de daaruit voortvloeiende wettelijke mogelijkheid tot wijziging van het declaratiestelsel ook het fiscaal ondernemerschap ter discussie kan komen te staan. «Het is aan de Belastingdienst om van geval tot geval te beoordelen of er sprake is van fiscaal ondernemerschap». Genoemde leden nodigen de regering uit op deze vraag in te gaan.

Wat zijn de gevolgen van de voorstellen voor het betalen van goodwill? Vooral de gevolgen voor pas begonnen medische specialisten die om de goodwill te betalen een langjarige lening zijn aangegaan.

De zorgautoriteit krijgt de bevoegdheid om in incidentele gevallen aan een zorgaanbieder met aanmerkelijke marktmacht de verplichting op te leggen ruimte te laten voor andere zorgaanbieders. Genoemde leden vragen de regering om aan de hand van voorbeelden uiteen te zetten wanneer hiervan sprake kan zijn en wat deze verplichting betekent voor de keuzevrijheid van de verzekerde.

Wordt door de wetwijziging ook de discrepantie rechtgetrokken, tussen de verschillende specialisten, waarvan ondersteunende specialismen royaal profiteerden? Zo ja, hoe?

5. Afrekenen overdekking 2005 – heden

De voorgestelde vereffening bij zorginstellingen wordt met terugwerkende kracht vanaf 2005 doorgevoerd. De leden van de **PvdA-fractie** zijn van mening dat teveel gedeclareerde bedragen, ook al was het wegens verschillende registratiesystemen, nu toch achteraf aan de verzekeraars moeten worden terugbetaald. Kan de regering verzekeren dat de voorgestelde vereffeningssystematiek niet tot een ongelijk speelveld tussen zorginstellingen leidt? Zo nee, waarom niet?

De leden van de **CDA-fractie** lezen in de memorie van toelichting dat het instrument vereffeningbedrag is bedoeld voor de herberekening van, achteraf bezien te hoge, vergoedingen van ziektekostenverzekeraars aan ziekenhuizen. Dit is een tijdelijk instrument en een overgangsmaatregel. Hoe lang blijft dit instrument gehandhaafd?

6. Eerlijke kostentoe rekening en beschikbaarheidsbijdrage

De hoogte van de nieuwe beschikbaarheidsbijdrage moet nog worden vastgesteld. Welke partij is hiervoor verantwoordelijk, zo vragen de leden van de **PvdA-fractie**. Wanneer wordt de hoogte van de vergoeding precies bekend? Kan de regering uiteenzetten welke opties er zijn als de beschikbaarheidsvergoeding op basis van Europese regelgeving (artikel 88 EG) wordt verboden? Wat is de verwachting over de uitspraak van het Europese Hof?

De beschikbaarheidsbijdrage is een noodzakelijk instrument om te borgen dat zorg die niet aan individuele patiënt of zorgverzekeraar zijn toe te rekenen toch betaald kan worden. De leden van de **CDA-fractie** zijn met de regering van mening dat deze bijdrage gepast en noodzakelijk is in voorkomende gevallen. Ook kunnen zij zich vinden in de voorwaarden waaronder de beschikbaarheidsbijdrage uitgekeerd wordt. Wel vragen zij

de regering wat het criterium inhoudt van vormen van zorg waarbij het toerekenen naar tarieven alle met de prestatie gemoeide kosten naar voor die prestatie in rekening te brengen kosten, zou leiden tot tarieven die de marktverhoudingen verstoren. Wat wordt hiermee bedoeld en kan de regering dit aan de hand van voorbeelden toelichten? Een al te royale bijdrage kan ook de marktverhoudingen verstoren, zo stelt de regering in de memorie van toelichting. Genoemde leden vragen dan ook hoe de bijdrage precies wordt vastgesteld.

Op grond van de algemene uitgangspunten en de uitvoeringstoets van de zorgautoriteit kan een nadere lijst van functies worden opgesteld, waarvoor de beschikbaarheidstoets zou gelden. Gaat het dan om een limitatieve opsomming? Wat betekent deze wetswijziging voor kleine, perifere ziekenhuizen? Kunnen zij een spoedeisende eerste hulp open houden en zo voldoen aan de 45-minutengrens?

De leden van de CDA-fractie vragen een toelichting naar het voorstel om spoedeisende eerste hulp, traumazorg en brandwondenzorg deels via een beschikbaarheidsbijdrage te bekostigen. Wat valt hierbij onder declarabele zorgprestaties en wat wordt via de beschikbaarheidsbijdrage bekostigd? Hoe wordt dat bepaald?

De regering stelt voor de vormen van zorg die in aanmerking komen voor de beschikbaarheidsbijdrage aan te wijzen via een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB), die ook de nadere motivering van de aanwijzing van de vormen van zorg bevat. Genoemde leden gaan ervan uit dat deze AMvB voorgehangen wordt op grond van artikel 8 WMG.

Met betrekking tot het instrument van de beschikbaarheidsbijdrage achten de leden van de **SP-fractie** het van belang dat dit instrument zodanig wordt vormgegeven dat kleinschaligheid wordt bevorderd. Een nieuwe regeling mag er bijvoorbeeld niet toe leiden dat kleine ziekenhuizen die momenteel nog een beschikbaarheidstoelag krijgen deze kwijt raken. Behoud van kleine ziekenhuizen draagt immers bij aan de toegankelijkheid en kwaliteit van ziekenhuiszorg. Zij plaatsen vraagtekens bij de opmerking (memorie van toelichting, blz. 42) dat geen gegevensuitwisseling meer nodig is tussen de minister en de zorgautoriteit over de beoordeling van individuele gevallen. Wat betekent dit nu concreet? Wat gebeurt er bijvoorbeeld als de uitvoering van de beschikbaarheidsbijdrage en toepassing van de regels door de zorgautoriteit veel maatschappelijke ontrust veroorzaakt, doordat een ziekenhuis ten gevolge van het wegvallen van een beschikbaarheidstoelag in grote problemen komt en de continuïteit in het geding is? Welke mogelijkheden heeft de regering of de Kamer dan om corrigerend op te treden? Neemt met het instemmen met de geschetste systematiek de invloed de regering en de Kamer nu toe dan wel af in vergelijking tot de huidige situatie?

7. Instrument begrenzing

De huidige bekostiging van de medisch specialisten op basis van de normtijden en een uurtarief wordt gekenmerkt door grote inkomensverschillen tussen medisch specialisten zonder dat hiervoor een goede legitimering aanwezig is. Hoe wordt in het nieuwe systeem gewaarborgd dat de inkomensverschillen tussen de verschillende specialisten eerder afneemt dan toeneemt, zo vragen de leden van de **PvdA-fractie**. De Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) heeft aangegeven op termijn naar integrale zorgproducten zonder honorariumcomponenten toe te willen, zodat van normtijden of uurtarief niet langer sprake zou zijn. Is de regering hiervan een voorstander?

De zorgautoriteit gaat een beheersingsmodel vaststellen voor de zbc's, wat gebaseerd zal zijn op inkomstenbegrenzing. Wanneer zal de zorgautoriteit dit model precies hebben uitgewerkt? Wat is de juridische

houdbaarheid van een dergelijk model op basis van omzet? Hoe zorgt de regering er precies voor dat mogelijke overschrijdingen van de inkomstenbegrenzing door individuele zbc's nog in hetzelfde boekjaar kunnen worden geredresseerd?

De leden van de **CDA-fractie** delen de mening van de regering dat een vorm van inkomstenbegrenzing wenselijk is om budgetoverschrijdingen te redresseren, zowel op macro- als op microniveau. Zij hebben een aantal vragen. De zorgautoriteit wordt bevoegd een algemeen geldende regel te stellen voor alle zorgaanbieders of een aanwijzing te geven aan een individuele zorgaanbieder bij een eventuele overschrijding van de vastgestelde grens. Kan het gebeuren dat een individuele zorgaanbieder via een generieke maatregel meebetaalt aan de overschrijding bij een andere zorgaanbieder? Een verwijtbare overschrijding van de grens is beboetbaar, zo lezen deze leden. Wanneer is een overschrijding verwijtbaar, waaruit bestaat de boete en wie legt deze op? Het huidige macrobudgettaire proces wordt aangevuld met het nieuwe instrument begrenzing waarbij de minister voor de begroting van het jaar t+1 in het jaar t al een aanwijzing kan geven om te zorgen dat voor de desbetreffende vorm van zorg het macrobudget niet wordt overschreden. Genoemde leden vragen of de minister dat elk jaar doet en op grond van welke aanleiding deze stap wordt genomen. Kunnen de systeemprykkels nog optimaal werken wanneer voor een bepaalde vorm van zorg al een aanwijzing is gegeven voor macrobudgettaire compensatie-instrumentarium.

8. Europeesrechtelijke aspecten

De leden van de **SP-leden** kunnen zich niet vinden in de bewering dat goede ervaringen met het B-segment tot de uitbreidingen hebben geleid in 2007 en 2008 (memorie van toelichting, blz. 32). Het is niet voor niets dat de verdere uitbreiding van het B-segment controversieel is verklaard. Zij vragen op welke informatie de regering haar stelling baseert.

II. ARTIKELSGEWIJS

Artikel I, onderdeel J

Artikel 50 van de WMG geeft aan welke tariefsoorten de zorgautoriteit kan vastleggen: een vaste grens, onder- of bovengrens en een bandbreedte. De leden van de **CDA-fractie** vragen op grond waarvan de zorgautoriteit de keuze voor de ene dan wel de andere tariefsoort voor bepaalde vormen van zorg wordt gemaakt.

Het instrument begrenzing kan alleen effectief en eerlijk werken op grond van een realistische raming en verdeling van macrobudgettaire beschikbare middelen. Genoemde leden vragen de regering of een dergelijke raming ook steeds plaatsvindt voordat de minister van VWS in de begrotingswet van het jaar t+1 het begrenzinginstrument aankondigt voor een bepaalde vorm van zorg.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp