

Verlag van het ingevolge artikel 5, sub d., j 2 Archiefbesluit 1995, gevoerde driehoeksoverleg tussen de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister van Economische Zaken, de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de minister van Defensie, de minister van Financiën, de minister van Justitie, de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, de Nederlandse Zorgautoriteit en het College van Beroep voor het bedrijfsleven en het Nationaal Archief met betrekking tot de selectielijst, zoals bedoeld in artikel 2, eerste lid, van het Archiefbesluit 1995, van archiefbescheiden van bovengenoemde zorgdragers op het beleidsterrein Tarieven in de gezondheidszorg voor de periode vanaf 1945.

Den Haag, 17 juli 2007
drs. C.I. van Werkhoven

Inleiding

De voorliggende ontwerp-selectielijst is een selectielijst als bedoeld in artikel 2, lid 1 van het Archiefbesluit 1995 (Stb.1995/671). De lijst heeft de vorm van een Basisselectiedocument (BSD). Een BSD bestaat voor het grootste deel uit een lijst van handelingen. In een BSD wordt op grond van een aantal selectiecriteria aan elke handeling een waardering gegeven, die neerkomt op een selectiebeslissing met betrekking tot de bescheiden die de neerslag van de handeling vormen (B = te bewaren; V = te vernietigen).

Het BSD fungeert als nieuw selectie-instrument voor de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister van Economische Zaken, de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de minister van Defensie, de minister van Financiën, de minister van Justitie, de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, de Nederlandse Zorgautoriteit en het College van Beroep voor het bedrijfsleven op het beleidsterrein Tarieven in de gezondheidszorg voor de periode vanaf 1945.

Er zijn geen bestaande selectielijsten die dienen te worden ingetrokken.

Beleidsterrein

Op het beleidsterrein de vaststelling van tarieven in de gezondheidszorg houdt men zich bezig met de regelgeving en de uitvoering daarvan met betrekking tot de tarieven die gelden voor alle medische diensten die verstrekt worden door ziekenhuizen, klinieken en gezondheidscentra. Onder 'tarieven' wordt verstaan een prijs voor een prestatie door een orgaan voor gezondheidszorg. In de Wet Tarieven Gezondheidszorg dient het begrip 'tarief' ruim te worden opgevat: het betreft onder andere honoraria, onkosten, budgetten, sluittarieven en tarieven voor verrichtingen.

Reikwijdte van dit BSD

Dit BSD wordt thans ter vaststelling aangeboden voor de volgende actoren:

Actoren onder de zorg van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport:

- minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- de Commissie Ziekenhuisvraagstukken
- de Commissie keuzen in de zorg (Commissie Dunning)
- de Commissie Prijsvorming in de Zorgsector (Commissie De Beer)

Actoren onder de zorg van de minister van Economische Zaken;

- minister van Economische Zaken

Actoren onder de zorg van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid:

- minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Actoren onder de zorg van de minister van Defensie:

- minister van Defensie

Actoren onder de zorg van de minister van Financiën:

- minister van Financiën

Actoren onder de zorg van de minister van Justitie:

- de minister van Justitie

Actoren onder de zorg van de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap:
-minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap

Actoren onder de zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit:
-het College Tarieven Gezondheidszorg

Actoren onder de zorg van het College van Beroep voor het bedrijfsleven:
-het college van Beroep voor het bedrijfsleven

Totstandkoming BSD

Het BSD is gebaseerd op het institutioneel onderzoek dat bij de zorgdragers door drs. J.W.J.M. Bogaarts werd verricht in 1992. Dit institutioneel onderzoek resulteerde in het PIVOT-rapport nr. 8, *De vaststelling van tarieven in de gezondheidszorg (1945-)* (Den Haag 1993).

Het concept-BSD voor de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de minister van Economische Zaken, de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de minister van Defensie, de minister van Financiën, de minister van Justitie, de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, de Nederlandse Zorgautoriteit en het College van Beroep voor het bedrijfsleven kwam tot stand in de periode juli 2004 - maart 2007 en is sindsdien, n.a.v. het besprokene tijdens het driehoeksoverleg, aangepast en aangevuld.

Driehoeksoverleg

Het driehoeksoverleg over de concept-selectielijst vond telefonisch en per e-mail plaats vanaf 31 mei 2007. De betrokken zorgdragers werden vertegenwoordigd door drs. R. van Abel van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Hij heeft bij de totstandkoming van het BSD met verschillende beleids- en archiefdeskundigen overleg gevoerd. Drs. C.I. van Werkhoven trad op als vertegenwoordiger van de algemene rijksarchivaris.

Aan het driehoeksoverleg werd door de volgende personen deelgenomen:

als vertegenwoordiger van de zorgdragers:

-drs. R. van Abel, adviseur directie Informatiehuishouding, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

als vertegenwoordiger van de algemene rijksarchivaris:

-drs. C.I. van Werkhoven, medewerker Selectie en Acquisitie, Nationaal Archief

De inhoud van het BSD, alsmede de voorgestelde waarderingen zijn beoordeeld door:

namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport:

als beleidsdeskundigen:

-dhr. drs. R. M. Haeck, Directie Zorgverzekeringen, Afdeling Financiering

-dhr. mr. W. H. van Veen, Directie Markt en Consument, Afdeling Marktordening

als deskundige archiefbeheer:

-dhr. drs. L. B. Humbert

-dhr. drs. R. van Abel

namens de minister van Economische Zaken:

als deskundige archiefbeheer:

-mw. C. Dohmen

Tijdens het driehoeksoverleg is de volgende procedure gevolgd:

Historisch-Maatschappelijke Analyse:

De materiedeskundige heeft op verzoek van de vertegenwoordiger van de algemene rijksarchivaris medewerking verleend aan het uitvoeren van een Historisch Maatschappelijke Analyse (HMA). Deze HMA is uitgevoerd door middel van een interview met Professor mr. R. de Groot gehouden op 4 juni bij het advocaten kantoor PelsRijcken te Den Haag door drs. C.I. van Werkhoven. Voorafgaand aan het onderzoek is dhr. de Groot de context van het beleidsterrein zoals beschreven in het RIO *De vaststelling van tarieven in de gezondheidszorg (1945-1990)* (Den Haag 1993) toegezonden. Op 13 juli heeft de heer de Groot per email zijn goedkeuring aan het verslag gegeven. De uitkomst van genoemde analyse heeft tot enkele veranderingen geleid in de voorgestelde waarderingen. In het onderstaande inhoudelijke verslag is aangegeven welke overwegingen een rol hebben gespeeld bij het al dan niet aanpassen van het BSD aan de in HMA gemaakte opmerkingen. De HMA is als bijlage bijgesloten bij het verslag driehoeksoverleg.

Belangen ex artikel 2, sub b en c Archiefbesluit 1995

Tijdens het opstellen van het BSD en tijdens het gevoerde driehoeksoverleg is rekening gehouden met de in artikel 2, sub c van het Archiefbesluit 1995 genoemde waarde van de archiefbescheiden als bestanddeel van het cultureel erfgoed en het onder sub d. van hetzelfde besluit genoemde belang van de in de archiefbescheiden voorkomende gegevens voor overheidsorganen, voor recht- of bewijszoekenden en voor historisch onderzoek. Als uitgangspunt van het overleg gold de door het Nationaal Archief gehanteerde selectiedoelstelling, die inhoudt dat de belangrijkste bronnen van de Nederlandse samenleving en cultuur veilig worden gesteld voor blijvende bewaring. Met het te bewaren materiaal moet het mogelijk zijn om een reconstructie te maken van de hoofdlijnen van het handelen van de rijksoverheid ten opzichte van haar omgeving, maar ook van de belangrijkste historisch-maatschappelijke gebeurtenissen en ontwikkelingen, voor zo ver deze zijn te reconstrueren uit overheidsarchieven.

Om op basis van deze selectiedoelstelling tot een waardering van de handelingen te komen, worden zes selectiecriteria toegepast:

Selectiecriteria	
<i>Handelingen die gewaardeerd worden met B(ewaren)</i>	
Algemeen selectie criterium	Toelichting
1. <i>Handelingen die betrekking hebben op voorbereiding en bepaling van beleid op hoofdlijnen</i>	Hieronder wordt verstaan agendavorming, het analyseren van informatie, het formuleren van adviezen met het oog op toekomstig beleid, het ontwerpen van beleid of het plannen van dat beleid, alsmede het nemen van beslissingen over de inhoud van beleid en terugkoppeling van beleid. Dit omvat het kiezen en specificeren van de doeleinden en de instrumenten.
2. <i>Handelingen die betrekking hebben op evaluatie van beleid op hoofdlijnen</i>	Hieronder wordt verstaan het beschrijven en beoordelen van de inhoud, het proces of de effecten van beleid. Hieruit worden niet per se consequenties getrokken zoals bij terugkoppeling van beleid.
3. <i>Handelingen die betrekking hebben op verantwoording van beleid op hoofdlijnen aan andere actoren</i>	Hieronder valt tevens het uitbrengen van verslag over beleid op hoofdlijnen aan andere actoren of ter publicatie.
4. <i>Handelingen die betrekking hebben op (her)inrichting van organisaties belast met beleid op hoofdlijnen</i>	Hieronder wordt verstaan het instellen, wijzigen of opheffen van organen, organisaties of onderdelen daarvan.
5. <i>Handelingen die bepalend zijn voor de wijze waarop beleidsuitvoering op hoofdlijnen plaatsvindt</i>	Onder beleidsuitvoering wordt verstaan het toepassen van instrumenten om de gekozen doeleinden te bereiken.

Selectiecriteria	
6. <i>Handelingen die betrekking hebben op beleidsuitvoering op hoofdlijnen en direct zijn gerelateerd aan of direct voortvloeien uit voor het Koninkrijk der Nederlanden bijzondere tijdsomstandigheden en incidenten</i>	Bijvoorbeeld in het geval de ministeriële verantwoordelijkheid is opgeheven en/of wanneer er sprake is van oorlogstoestand, staat van beleg of toepassing van noodwetgeving.

Belangen van de archiefbescheiden voor de overheidsorganen en de recht- en bewijszoekende burger

Bij de handelingen die zijn gewaardeerd voor vernietiging op termijn, is de termijn vastgesteld met het oog op het belang van de archiefbescheiden voor overheidsorganen en voor de recht- en bewijszoekende burger. De beoordeling en vaststelling van de maximale termijnen zijn geschied door de deskundigen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het ministerie van Economische Zaken, het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, het ministerie van Defensie, het ministerie van Financiën, het ministerie van Justitie, het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, de Nederlandse Zorgautoriteit en het College van beroep voor het bedrijfsleven. De vertegenwoordiger van de algemene rijksarchivaris heeft zich ervan vergewist dat zij gezien hun inbreng en functie inderdaad kunnen gelden als deskundigen.

Belangen van de te bewaren archiefbescheiden voor het historisch onderzoek

In het driehoeksoverleg heeft de vertegenwoordiger van de algemene rijksarchivaris primair de belangen van het historisch onderzoek behartigd. Daarnaast hebben ook de overige deelnemers hun gedachten laten gaan over de vraag op welke wijze het belang van de bescheiden voor later historisch onderzoek in de selectielijst tot uiting zou moeten worden gebracht. Door de deelnemers aan het driehoeksoverleg is ook de mening gevraagd van dhr. R. de Groot, materiedeskundige op het gebied van tarieven in de gezondheidszorg.

Ingevolge artikel 5, onder e, van het Archiefbesluit 1995 kan neerslag van bepaalde, als te vernietigen gewaardeerde handelingen betreffende personen en/of gebeurtenissen van bijzonder cultureel of maatschappelijk belang, van vernietiging worden uitgezonderd.

Opmerkingen naar aanleiding van de Historisch-Maatschappelijke Analyse (HMA)

De historisch-maatschappelijke analyse benadrukt dat het historisch overzicht van het RIO een redelijk goed beeld vormt van het beleid van de overheid op het beleidsterrein Tarieven in de gezondheidszorg. De HMA geeft echter aan, dat er ook op een aantal punten onduidelijkheden zijn. De materiedeskundige mist bijvoorbeeld een goede uitleg van het begrip ziekenfondsen en ziekenfondsverzekering. Dit is echter van groot belang om de handelingen en de historische ontwikkeling op het beleidsterrein te begrijpen. In het BSD wordt er aangegeven dat er sinds 1964 een ziekenfondsverzekering is. Dit is onjuist, aangezien de eerste Nederlandse ziekenfondswet dateerde van 1941. Ook wordt er geen historisch kader geschept met betrekking tot de ziekenfondsen. Zo ontstaat gemakkelijk het idee dat ook de ziekenfondsen pas in de jaren zestig zijn opgericht: Niets is minder waar. De ziekenfondsen bestonden al vanaf de 19- eeuw.

Daarnaast zorgt de HMA ervoor dat de samenhang tussen historische ontwikkelingen op het beleidsterrein op het beleidsterrein beter te begrijpen is. Met name handeling 41 en 48 zijn in dit kader van belang. De neerslag hiervan kan een beter inzicht geven in de overheidsbetrokkenheid bij de vorming van de tarieven in de gezondheidszorg en laat zien dat de overheid vanaf de jaren zeventig sterk ingreep in het bestaande systeem van prijsvorming met macrobudgetten en het opstellen van een jaarlijkse financiële planning voor de zorg.

Voor zover er handelingen naar aanleiding van de HMA zijn aangepast wordt dat in het inhoudelijke verslag verantwoord.

Inhoudelijk verslag

Algemeen

Naar aanleiding van het driehoeksoverleg zijn er door de vertegenwoordiger van de zorgdrager redactionele wijzigingen doorgevoerd bij enkele handelingen. Tevens is bij een aantal handelingen het bewaarcriterium omgezet van B1 in B2, B3, B4 of B5.

Actorenoverzicht

Handelingen

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

8. Het opstellen van verslagen van periodiek overleg betreffende tarieven en prijzen in de gezondheidszorg.

De vertegenwoordiger van de algemene rijksarchivaris stelt voor de waardering van deze handeling te wijzigen van B3 in B3 voor eindproducten en V voor overige neerslag. De eindverslagen geven namelijk een goed beeld van de ontwikkelingen op het beleidsterrein. De neerslag van de overige producten hoeft niet bewaard te blijven. De vertegenwoordiger van de zorgdrager is akkoord.

11. Het opstellen van (voortgangs)rapportages inzake tarieven en prijzen in de gezondheidszorg (aangeboden aan Tweede Kamer).

De vertegenwoordiger van de algemene rijksarchivaris stelt voor de waardering van deze handeling te wijzigen van B in B voor eindproducten en V voor overige neerslag. De eindrapportages geven namelijk een goed beeld van de ontwikkelingen op het beleidsterrein. De neerslag van de overige producten hoeft niet bewaard te blijven. De vertegenwoordiger van de zorgdrager is akkoord.

15. Het verlenen van medewerking aan onderzoek dat is geïnitieerd door derden inzake tarieven en prijzen in de gezondheidszorg (aangeboden aan Tweede Kamer)

Het gaat bij deze handeling alleen om het verlenen van medewerking naar onderzoek op het beleidsterrein. Daarom stelt de vertegenwoordiger van de algemene rijksarchivaris voor om de waardering van deze handeling te veranderen van B in B voor eindproducten (onderzoeksrapporten) en V voor overige neerslag. De vertegenwoordiger van de zorgdrager gaat hiermee akkoord.

26. Het maken van bezwaar tegen door ziekenhuizen aangemelde tariefsverhogingen en het vervolgens vaststellen van een nieuw tarief

De handeling is niet van belang voor een reconstructie van het handelen op hoofdlijnen en derhalve stelt de vertegenwoordiger van de algemene rijksarchivaris voor om de waardering aan te passen in V. De vertegenwoordiger van de zorgdrager gaat hiermee akkoord.

42. Het goedkeuren van het werkprogramma van het CTG

De vertegenwoordiger van de algemene rijksarchivaris stelt voor om de waardering van deze handeling aan te passen in B werkprogramma's en V, overige neerslag. Alleen de werkprogramma's zijn namelijk relevant voor het reconstrueren van het handelen op hoofdlijnen. De vertegenwoordiger van de zorgdrager gaat akkoord.

45. Het goedkeuren van door het CTG opgestelde regels over de wijze waarop de goedkeuring en vaststelling van tarieven is vastgelegd

Het gaat bij deze handeling slechts om een marginale goedkeuring van de methodiek waardoor de vaststelling van de tarieven is vastgelegd. De vertegenwoordiger van de algemene rijksarchivaris stelt derhalve voor om de waardering te veranderen van B in V. De vertegenwoordiger van de zorgdrager gaat akkoord.

Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven

54. *Het voeren van periodiek overleg*

De neerslag van deze handeling, waaronder notulen en verslagen, lijkt interessant voor een reconstructie van het handelen van de overheid op dit gebied. Daarom stelt de vertegenwoordiger van de algemene rijksarchivaris voor om de handeling op B te zetten. De vertegenwoordiger van de zorgdrager gaat akkoord.

Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg

61. *Het vaststellen van een reglement van orde voor het orgaan*

De vertegenwoordiger van de algemene rijksarchivaris stelt voor om de handeling op V te zetten, aangezien het hier alleen gaat om het vaststellen van het reglement van het COTG en niet om het instellen van het orgaan zelf. Het instellen van het orgaan is wel gewaardeerd met B. Soortgelijke handelingen, zoals handeling 62 en 83, staan ook op V, 10 jaar. Bovendien staat het product, het reglement, ook al in de staatscourant. De vertegenwoordiger van de zorgdrager gaat akkoord.

College Tarieven Gezondheidszorg

82. *Het vaststellen van een bestuursreglement voor het orgaan*

De vertegenwoordiger van de algemene rijksarchivaris stelt voor om de handeling op V te zetten. Het gaat hier namelijk alleen om het vaststellen van het bestuursreglement van het COTG en niet om het instellen van het orgaan zelf. Het instellen van het orgaan is wel gewaardeerd met B. Bovendien zijn soortgelijke handelingen, zoals 62 en 83, ook op V gezet. De vertegenwoordiger van de zorgdrager gaat akkoord.

98. *Het opstellen van rapportages voor de minister onder wie Volksgezondheid ressorteert omtrent de uitvoerbaarheid en doelmatigheid van voorgenomen beleid met betrekking tot tarieven op het gebied van de gezondheidszorg*

Aangezien het bij deze handeling gaat om het opstellen van rapportages die van belang zijn voor het reconstrueren van het handelen op hoofdlijnen, stelt de vertegenwoordiger van de algemene rijksarchivaris voor om de waardering van deze handeling te veranderen van B in B voor eindproducten (eindrappportages) en V voor overige neerslag. De vertegenwoordiger van de zorgdrager gaat hiermee akkoord.

100. *Het geven van voorlichting omtrent de inhoud van beleidsregels, beschikkingen en besluiten en over de taakuitvoering en het beschikbaar stellen van relevante informatie over beleidsregels, beschikkingen en besluiten op internet*

Het voorlichtingsmateriaal (zoals brochures, website en audiovisueel materiaal) toont de wet- en regelgeving op het beleidsterrein en is bij uitstek geschikt om een beeld te schetsen van de veranderingen op het beleidsterrein. De vertegenwoordiger van de algemene rijksarchivaris stelt daarom voor om de waardering te veranderen in B voor eindproducten en V overige neerslag. De vertegenwoordiger van de zorgdrager gaat akkoord.

107. *Het voeren van verweer in beroepschriftprocedures voor administratief rechterlijke organen*

Aangezien in het BSD rechterlijke macht dit soort kerndocumenten bewaard worden, stelt de vertegenwoordiger van de algemene rijksarchivaris voor om de waardering van de handeling hier te veranderen in V. De vertegenwoordiger van de zorgdrager gaat akkoord.

Minister van Economische Zaken en vakminister

114. *Het behandelen van aanvragen voor toestemming voor tariefswijzigingen die door individuele ziekenhuizen, sanatoria en revalidatiecentra worden berekend*

De neerslag van de handeling is niet van belang voor het reconstrueren van het beleid op hoofdlijnen. Het gaat namelijk om individuele gevallen en de neerslag hiervan draagt niet bij aan een beter inzicht in het handelen van de overheid op het beleidsterrein. De vertegenwoordiger van de zorgdrager stelt daarom voor om de handeling met V te waarderen. De vertegenwoordiger van de zorgdrager gaat hiermee akkoord.

40. *Het vaststellen welke waarnemers welke vergaderingen van het CTG, de Kamers en de commissies mogen bijwonen*

Aangezien de neerslag van de handeling niet erg relevant is voor onderzoek naar het handelen van de overheid, stelt de vertegenwoordiger van de algemene rijksarchivaris voor om de waardering te veranderen naar V. Bovendien is handeling 39, die in grote mate hetzelfde is, wel op V gezet. De vertegenwoordiger van de zorgdrager gaat akkoord.

48. *Het geven van aanwijzingen aan het CTG met betrekking tot de inhoud van vast te stellen richtlijnen of te wijzigen richtlijnen inzake de hoogte, de opbouw en de wijze van berekening van een tarief of onderdelen van een tarief*

De HMA brengt aan het licht dat de overheid nauw betrokken is geweest bij het ontwikkelen van richtlijnen en het vaststellen van de tarieven in de gezondheidszorg. De vertegenwoordiger van de algemene rijksarchivaris stelt derhalve voor om de waardering aan de passen naar B. De neerslag van deze handelingen draagt namelijk bij aan een beter inzicht in het voorbereiden en bepalen van de uitvoering van het beleid. Bovendien is dezelfde handeling onder de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wel met B gewaardeerd. De vertegenwoordiger van de zorgdrager gaat akkoord.

Over de waardering van de overige handelingen waren alle betrokken partijen het eens.

Het verslag is voorgelegd aan de bij het overleg betrokken personen. Deze hebben hun goedkeuring aan dit verslag gegeven.

Historisch-maatschappelijke analyse tarieven in de gezondheidszorg Den Haag, 4 juni 2007

Totstandkoming van de analyse

De historisch-maatschappelijke analyse (HMA) brengt maatschappelijke ontwikkelingen en gebeurtenissen in kaart die van belang zijn geweest op een bepaald beleidsterrein, maar die in het betreffende RIO/BSD onvermeld of onderbelicht gebleven zijn. Het doel van de HMA is het verdiepen en completeren van de kennis van de vertegenwoordiger van de algemene rijksarchivaris, zodat goed gefundeerde selectiebeslissingen kunnen worden genomen met betrekking tot informatie die in het nationaal geheugen behoort te worden bewaard.

Ten behoeve van de vaststelling van de selectielijst Tarieven in de gezondheidszorg is aan prof. mr. R. de Groot gevraagd een historisch maatschappelijke analyse te maken. Dhr. de Groot is advocaat bij Pels Rijcken, waar hij (zorg) instellingen, verzekeraars en zbo's adviseert op het gebied van gezondheidsrecht. Tevens is hij hoogleraar zorgverzekeringsrecht aan de VU te Amsterdam.

Op 4 juni 2007 heeft een mondeling HMA plaatsgevonden met dhr. de Groot. Als vertegenwoordiger van de algemene rijksarchivaris was aanwezig drs. C.I. van Werkhoven, medewerker Selectie & Acquisitie, Nationaal Archief.

Van dit gesprek is onderstaand verslag gemaakt door C.I. van Werkhoven. Dit verslag is toegezonden aan dhr. de Groot, die geen commentaar had. Bij het gesprek is gebruik gemaakt van het vragenformulier voor de HMA met kennisname van de inleiding van het rapport institutioneel onderzoek. In het verslag zijn deze vragen opgenomen.

Historisch-maatschappelijke analyse (HMA)

Vraag 1. Welke ontwikkelingen hebben zich voorgedaan op het beleidsterrein, en wat is het belang daarvan?

In navolging van diverse sociale wetten die vanaf 1900 ontwikkeld waren, begon de overheid vanaf begin 20^{ste} eeuw na te denken over een algemene ziekenfondsverzekering. Het doel was om het bestaande systeem van losse ziekenfondsen te reguleren en ervoor te zorgen dat ook de mensen die niet aangesloten waren bij een bestaand ziekenfonds konden terugvallen op een ziekenfondsverzekering en zo voldoende verzekerd waren tegen medische kosten. Er werd door de artsen wel een eis aan verbonden: iedereen die boven een zekere inkomstengrens zat, viel hier buiten en kon zichzelf particulier verzekeren. Het bleek echter niet makkelijk om deze plannen te realiseren. Na jaren van discussie en rapporten duurde het tot 1941 voordat de eerste ziekenfondswet aangenomen was.

Het Ziekenfondsbesluit uit 1941 werkte met een mechanisme waarbij de ziekenfondsen contracten afsloten met artsen en ziekenhuizen en onderling hun prijzen afspraken. Dit systeem werkte prima in het naoorlogse Nederland en bleef onveranderd tot halverwege de jaren zestig. Het was gekoppeld aan de naoorlogse economische politiek van de regering, waarbij de prijsontwikkeling structureel werd beheerst. Toch kon de overheid met deze regels niet voorkomen dat de kosten voor gezondheidszorg vanaf het begin van de jaren zestig begonnen te stijgen. Door verschillende innovaties, ontwikkelingen en uitbreiding in de gezondheidszorg steeg de vraag naar zorg enorm. Het gevolg hiervan was dat ook de kosten voor de gezondheidszorg explosief stegen. In 1964 kwam er een nieuwe Ziekenfondswet, die in tegenstelling tot de wet uit 1941, publiekrechtelijk was. Ook kende de wet verbeteringen ten opzichte van de oudere wet uit 1941 en was toegespitst op de uitgebreide zorg

In 1967 werd de ziekenfondswetgeving uitgebreid met de algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ). Dit was een aanvulling op de bestaande ziekenfondswet en bood extra zekerheid voor bepaalde geneeskundige risico's en hoge medische kosten, zoals een langdurige opname in een inrichting en kosten die door de ziekenfondsen niet vergoed werden.

Als reactie op de stijgende kosten ontwikkelde de overheid halverwege de jaren zestig (in 1965) een nieuwe wet die de tarieven in de ziekenhuizen moest sturen: de Wet ziekenhuistarieven. De wet

zorgde ervoor dat ziekenhuizen de prijzen niet zomaar konden verhogen, maar dat dit in samenspraak moest met de Commissie Ziekenhuisvraagstukken (COZ). Aan de hand van richtlijnen van de commissie werd dan bepaald of een verhoging van de tarieven werd toegestaan. De wet was echter uitsluitend bedoeld voor ziekenhuizen en niet voor specialisten en huisartsen.

Vanaf de jaren zeventig begon de overheid zich steeds meer te bemoeien met de prijsontwikkeling in de gezondheidszorg: in 1973 introduceerde het kabinet Den Uyl onder invloed van de economische malaise de zogenaamde financieel overzichten. Om de kosten binnen de zorg in de hand te houden, werd er per zorgautoriteit of beroepsgroep een budget vastgesteld. De budgetten werden ieder jaar vastgelegd in een financieel overzicht gezondheidszorg. Dit werd later, naarmate de regulering ingrijpender werd, een gehate methode, aangezien een beroepsgroep zonder pardon met minder geld bedeed werd als het budget het voorafgaande jaar overschreden was.

Het proces van overheidsbemoeienis met de prijzen resulteerde in 1982 in een nieuwe wet: de wet tarieven gezondheidszorg (WTG). De wet zorgde ervoor dat de overheid de tarieven bepaalde en in de gaten hield of er geen overbodige kosten werden gemaakt via. Een groot verschil met de jaren vijftig was dat er geen prijsafspraken meer konden worden gemaakt door de zorginstellingen onderling. Het was de overheid die hierdoor de touwtjes in handen kreeg en de prijzen volledig regelde.

Een volgende belangrijke gebeurtenis was het rapport van de commissie Dekker in 1987. De commissie kwam met een vernieuwend idee, dat tot dan toe niet eerder was voorgesteld, namelijk het toepassen van een vrij marktsysteem op de zorgsector. De gedachte was dat er juist door het systeem van vraag en aanbod tussen verzekeraars en zorgaanbieders een evenwicht in de prijzen kon ontstaan. Hoewel dit idee niet werd aangenomen, werd het wel overgenomen door verschillende bewindspersonen en latere kabinetten. Zo werd er in 1990 het plan Simons gepresenteerd, geheel in de stijl van de commissie Dekker. Volgens dit plan zou er een brede zorgverzekering moeten komen, waarbij de markt de prijzen zou regelen. Hoewel dit idee door de Tweede Kamer is gekomen, stemde de Eerste Kamer er niet mee in, maar resulteerde het slechts in een wijziging van de WTG. Naar aanleiding van het plan Simons werden er in 1992 maximale tarieven voor vrije beroepsbeoefenaren bepaald. Dit was wel een zeer tegenstrijdige beweging, aangezien het ministerie van Economische Zaken aangaf de maximale tarieven niet te willen hanteren. Bovendien werden de macro-budgetten ook ingevoerd in de AWBZ en werden zij ook hier strikt toegepast.

Het huidige zorgstelsel, dat in 2006 is ingevoerd, is eigenlijk een indirect resultaat van de plannen van de commissie Dekker en het plan Simons. De ideeën van een marktsysteem waarmee de prijzen bepaald worden en een brede zorgverzekering werden in 2006 werkelijkheid met het invoeren van het nieuwe zorgstelsel. De ziekenfondsverzekering werd afgeschaft en er kwam een verplichte basisverzekering voor iedereen, waarbij de prijzen worden bepaald door de markt. Als gevolg hiervan kunnen de tarieven per verzekeraar verschillen. De overheid bepaalt echter welke zaken er onder de basisverzekering vallen.

Vraag 2. Welke gebeurtenissen / incidenten hebben plaatsgevonden, en in hoeverre zijn deze van belang geweest voor het beleidsterrein [en eventueel aanverwante beleidsterreinen]?

Zie antwoord hierboven. Er zijn geen echte incidenten geweest die het beleidsterrein hebben veranderd. Er zijn wel diverse tijdstippen geweest, dat er wetten zijn ingevoerd die voor veranderingen of wijzigingen hebben gezorgd. Belangrijke momenten zijn: 1941 (introdactie ziekenfondsverzekering), 1964: vernieuwde ziekenfonds wetgeving, 1965 (wet ziekenhuistarieven), 1967 (introdactie awbz), 1973 (introdactie macro-budget voor de gezondheidszorg door het kabinet den Uyl), 1982 (invoering van de wtg), 1987 (de commissie dekker), 1990 (het plan Simons), 1992 (wijziging wtg, invoeren maximale tarieven), 2006 (invoeren nieuwe zorgstelsel).

Vraag 3: Welke individuen / groepen zijn van belang geweest op het beleidsterrein [en eventueel aanverwante beleidsterreinen] en waarom

Commissie Dekker, deze heeft de aanzet gegeven tot het veranderen van de rol van de overheid op het beleidsterrein en heeft uiteindelijk geleid tot een omvorming van het ziekenfondsstelsel.

Plan Simons, borduurde voort op de plannen van de commissie Dekker, maar bracht ook het idee van een brede zorgverzekering ter sprake. Hoewel zijn plannen niet direct zijn aangenomen, zijn er wel elementen aangenomen als wijziging op de wet.

kabinet Den Uyl: voerde macrobudgetten in en begon met een sterke kostenbeheersing.

kabinet Lubbers, hij bemoeide zich persoonlijk met het ontwikkelen van plannen voor een nieuw zorgstelsel en onder zijn invloed en de verschillende kabinetten Lubbers werden de commissie Dekker en het Plan Simons ontwikkeld.

Vraag 4: Welke organisaties zijn van belang geweest op het beleidsterrein [en eventueel aanverwante beleidsterreinen] en waarom?

Centrale Raad voor Volksgezondheid, deze adviseert de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op het beleidsterrein gezondheidszorg ten aanzien van wetenschappelijke vraagstukken en kwam jaarlijks met een financieel overzicht gezondheidszorg, waar de macro- budgetten werden gepresenteerd.

De ziekenfondsraad (nu college voor zorgverzekeringen), houdt toezicht en regelde de uitvoering van de ziekenfondswet en de awbz. Momenteel regelt het college de uitvoering van het nieuwe zorgstelsel.

De Nederlandse zorgautoriteit, deze informeert de burgers over de prijzen in de zorg

Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, heeft aanbevelingen gedaan voor ziekenhuistarieven en toetste aanvraag voor tarieven verhoging.

Vraag 5: in hoeverre mag verwacht worden dat de informatie met betrekking tot de op grond van bovenvermelde vragen als belangrijk te kwalificeren onderwerpen alleen kan worden aangetroffen in de overheidsarchieven met betrekking tot het beleidsterrein of dat deze wellicht ook elders te vinden is?

Dhr. de Groot verwacht dat er ook nog archieven liggen bij de Ziekenfondsraad (College voor zorgverzekeringen), de Nederlandse Zorgautoriteit, diverse maatschappelijk organisaties (onder andere KNMG), diverse verzekeringen. Bovendien benadrukt hij dat er waarschijnlijk nog interessante archieven zijn van Lubbers, die zich erg bezig hield met het zorgstelsel en de plannen van de commissie Dekker en het plan Simons.

Vraag 6 In hoeverre is het noodzakelijk om nog andere deskundigen over de aspecten van het beleidsterrein te raadplegen en wie zou daar het beste voor benaderd kunnen worden?

Relevante deskundigen zijn reeds voor het RIO geraadpleegd.

Vraag 7: is er eventueel nader [literatuur-]onderzoek noodzakelijk?

Nee