

**Selectielijst van de  
Nederlandse Zorgautoriteit en  
rechtsvoorgangers  
op het beleidsterrein Toezicht en regulering  
in de gezondheidszorg, 1949-**



**Voor de zorgdrager:**  
- Nederlandse Zorgautoriteit

Versie Terinzage November 2010  
19 oktober 2010

# INHOUDSOPGAVE

<b>OVERZICHT VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN.....</b>	<b>3</b>
<b>VERANTWOORDING .....</b>	<b>5</b>
WETTELIJK KADER VOOR DE SELECTIE VAN OVERHEIDSARCHIEVEN .....	5
HET DOEL EN DE WERKING VAN HET BASIS SELECTIEDOCUMENT .....	6
FUNCTIES VAN HET BSD .....	6
TOT STAND KOMING VAN BSD.....	6
DEFINITIE VAN HET BELEIDSTERREIN TOEZICHT EN REGULERING IN DE GEZONDHEIDSZORG .....	7
AFBAKENING VAN HET BELEIDSTERREIN.....	7
DOELSTELLINGEN .....	8
<b>HISTORISCH OVERZICHT VAN HET BELEIDSTERREIN.....</b>	<b>11</b>
<b>SELECTIEDOELSTELLING .....</b>	<b>22</b>
<b>SELECTIECRITERIA.....</b>	<b>23</b>
<b>VERSLAG VAN DE VASTSTELLINGSPROCEDURE.....</b>	<b>25</b>
<b>LEESWIJZER VAN DE HANDELINGEN.....</b>	<b>26</b>
<b>ACTORENOVERZICHT .....</b>	<b>27</b>
NEDERLANDSE ZORGAUTORITEIT EN RECHTSVOORGANGERS .....	27
<b>SELECTIELIJST.....</b>	<b>29</b>
<b>ACTOR: NZA EN RECHTSVOORGANGERS.....</b>	<b>29</b>
RAAD VAN BESTUUR / COLLEGES .....	29
MEDEZEGGENSCHAP .....	29
ADVIES AAN RAAD VAN BESTUUR.....	30
PRIMAIRE PROCESSEN.....	30
<i>ALGEMEEN.....</i>	<i>30</i>
<i>ADVIES EN INFORMATIEVOORZIENING .....</i>	<i>32</i>
<i>TOEZICHT, TOETSING, ONDERZOEK EN HANDHAVING .....</i>	<i>32</i>
RECHTSBESCHERMING .....	33
COMMUNICATIE.....	33
BEDRIJFSVOERING .....	34
<i>ALGEMEEN.....</i>	<i>34</i>
<i>PERSONEEL .....</i>	<i>34</i>
<i>FINANCIEN EN CONTROL.....</i>	<i>35</i>
<i>INKOOP .....</i>	<i>35</i>
<i>HUISVESTING .....</i>	<i>36</i>
<i>INFORMATIEMANAGEMENT.....</i>	<i>36</i>
<i>DOCUMENTAIRE INFORMATIEVOORZIENING .....</i>	<i>36</i>
<i>BIBLIOTHEEK .....</i>	<i>36</i>
<b>GERAADPLEEGDE BRONNEN .....</b>	<b>37</b>
<b>RELEVANTE WET- EN REGELGEVING.....</b>	<b>38</b>
<b>CONCORDANS.....</b>	<b>39</b>

## OVERZICHT VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN

AFM	Autoriteit Financiële Markten
art.	Artikel
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
B	Bewaren
blz.	Bladzijde
BSD	Basis Selectiedocument
c.q.	casu quo (in welk geval)
c.s.	cum suis (met de zijnen)
CA	Consumentenautoriteit
CAK	Centraal Administratie Kantoor
CBP	College bescherming persoonsgegevens
CBZ	College bouw zorginstellingen
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
COZ	Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven
CSZ	College sanering zorginstellingen
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CTG/ZAio	College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting
CTZ	College toezicht zorgverzekeringen
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DIV	Documentaire Informatievoorziening
DNB	De Nederlandsche Bank
EU	Europese Unie
EZ	(Ministerie van) Economische Zaken
FIOD-ECD	Fiscale Inlichtingen en Opsporings Dienst - Economische Controle Dienst
GOZ	Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties
HOZ	Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg
JOZ	Jaaroverzicht Zorg
LOOZ	Landelijk Orgaan van Overleg inzake Ziekenhuistarieven
m.b.t.	Met betrekking tot
MT	Management Team
MvT	Memorie van Toelichting
HNZ	Het Nederlandse Ziekenhuiswezen
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
o.a.	Onder andere
OCW	(Ministerie van) Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
OM	Openbaar Ministerie
OZ	(Zorgverzekeraar) Onderlinge Zorg
PID	Project Initiation Document
PIVOT	Project Invoering Verkorting Overbrengingstermijn
RAM	Risico Analyse Model
RIO	Rapport Institutioneel Onderzoek
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RvB	Raad van Bestuur
Stb.	Staatsblad
Stcrt.	Staatscourant
TNO	(Nederlandse Organisatie voor) Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
TWN	Tijdelijke Wet normering inkomens vrije beroepsbeoefenaren
V	Vernietigen
VKZ	Vereniging van Katholieke Ziekenhuizen
VMZ	(Federatie van door) Verzekerden en Medewerkers bestuurde Ziekenfondsen
WAV	Wet Ambulance vervoer
WGP	Wet Geneesmiddelen Prijzen
WIVB	Wet inkomens vrije beroepsbeoefenaren
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
WOB	Wet openbaarheid van bestuur

WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WTZi	Wet Toelating Zorginstellingen
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
ZBO	Zelfstandig Bestuursorgaan
ZFW	Ziekenfondswet
Zvw	Zorgverzekeringswet

## VERANTWOORDING

### *Wettelijk kader voor de selectie van overheidsarchieven*

Ingevolge artikel 3 van de *Archiefwet 1995 (Stb. 1995, 276)* dient de overheid haar archiefbescheiden in goede, geordende en toegankelijke staat te brengen en te bewaren. Onder 'archiefbescheiden' worden niet slechts papieren documenten verstaan, maar alle bescheiden - ongeacht de drager - die door een overheidsorgaan zijn ontvangen of opgemaakt en naar hun aard bestemd zijn daaronder te berusten. Ook digitaal vastgelegde informatie valt dus onder de werking van de archiefwetgeving.

Het in goede en geordende staat bewaren van archiefbescheiden houdt onder meer in dat een overheidsarchief op gezette tijden wordt geschoond. In dat verband schrijft de *Archiefwet 1995 (Stb. 1995, 276)* zowel een vernietigingsplicht (artikel 3) als overbrengingsplicht (artikel 12) voor. Beide plichten rusten op degene die de bestuurlijke verantwoordelijkheid draagt voor het beheer van het desbetreffende archief: de zorgdrager.

De verplichting tot overbrenging bepaalt dat de zorgdrager zijn archiefbescheiden die *niet* voor vernietiging in aanmerking komen en ouder zijn dan twintig jaar ter blijvende bewaring overbrengt naar een archiefbewaarplaats. Wat de archiefbescheiden van de ministeries en de ZBO's betreft, is de aangewezen archiefbewaarplaats het Nationaal Archief in Den Haag.

In verband met de selectie van hun archiefbescheiden zijn zorgdragers op grond van artikel 5 van de *Archiefwet 1995* verplicht hiertoe selectielijsten op te stellen. In een selectielijst dient te worden aangegeven welke archiefbescheiden voor vernietiging, dan wel voor blijvende bewaring in aanmerking komen. Voorts dient een selectielijst de termijnen aan te geven, waarna de te vernietigen bestanddelen dienen te worden vernietigd.

Een selectielijst is naar haar aard een duurzaam instrument. Het ligt in de rede dat een organisatie een vastgestelde lijst niet eenmalig toepast maar (zo nodig in geactualiseerde vorm) blijft hanteren om de periodieke aanwas van archiefmateriaal te selecteren. Een selectielijst vormt zo een belangrijk onderdeel van het instrumentarium voor het beheer van de documentaire informatievoorziening in een overheidsorganisatie.

Bij het ontwerpen van een selectielijst dient krachtens artikel 2, lid 1 van het *Archiefbesluit 1995 (Stb. 1995, 671)* rekening gehouden te worden met:

- de taak van het desbetreffende overheidsorgaan;
- de verhouding van dit overheidsorgaan tot andere overheidsorganen;
- de waarde van de archiefbescheiden als bestanddeel van het cultureel erfgoed;
- het belang van de in de bescheiden voorkomende gegevens voor overheidsorganen, recht- of bewijszoekenden en historisch onderzoek.

Voorts moeten ingevolge artikel 3 van het *Archiefbesluit 1995 (Stb. 1995, 671)* bij het ontwerpen van een selectielijst ten minste betrokken zijn:

- een deskundige op het gebied van de organisatie en taken van het desbetreffende overheidsorgaan;
- een deskundige ten aanzien van het beheer van de archiefbescheiden van dat orgaan;
- en (een vertegenwoordiger van) de Algemeen Rijksarchivaris.

Wat betreft de geldigheidsduur van de selectielijst wordt uitgegaan van de wettelijke periode van twintig jaar vanaf de vaststelling. Dit laat uiteraard onverlet dat de selectielijst (of een bepaald onderdeel daarvan) binnen deze termijn zal komen te vervallen, indien dit mocht worden bepaald bij de vaststelling (via de aangewezen archiefwettelijke weg) van een nieuwe dan wel herziene selectielijst. Elke selectielijst wordt na advies van de Raad voor Cultuur vastgesteld door de Minister van OCW en de betrokken zorgdrager(s). De vastgestelde lijsten worden in de Staatscourant gepubliceerd.

## ***Het doel en de werking van het Basis Selectiedocument***

Een Basis Selectiedocument (BSD) is een bijzondere vorm van een selectielijst. In de regel heeft een BSD niet zozeer betrekking op (alle) archiefbescheiden van één (enkele) organisatie, als wel op het geheel van de bescheiden die de administratieve neerslag vormen van het overheidshandelen op een bepaald beleidsterrein. Een BSD kan bestaan uit één of meer selectielijsten.

Het BSD geldt dus voor de archiefbescheiden van verschillende overheidsorganen (veelal ook diverse zorgdragers), en wel voor zover de desbetreffende actoren op het terrein in kwestie werkzaam zijn (geweest). Dit betekent dat er geen handelingen van particuliere actoren worden opgenomen.

Een BSD wordt in de regel opgesteld op basis van institutioneel onderzoek. In een Rapport Institutioneel Onderzoek (RIO) wordt dan het betreffende beleidsterrein beschreven, evenals de taken en bevoegdheden van de betrokken actoren op dat beleidsterrein. De handelingen van de overheid op het beleidsterrein staan in het RIO in hun functionele context geplaatst. In het BSD zijn de handelingen overgenomen, alleen nu geordend naar de actor. Bovendien is bij elke handeling aangegeven of de administratieve neerslag hiervan bewaard dan wel vernietigd moet worden.

Het niveau waarop geselecteerd wordt, is dus niet dat van de stukken zelf, maar dat van de handelingen waarvan die archiefbescheiden de administratieve neerslag vormen. Een BSD is derhalve geen opsomming van (categorieën) stukken, maar een lijst van handelingen van overheidsactoren, waarbij elke handeling is voorzien van een waardering en indien van toepassing een vernietigingstermijn.

Het opgestelde ontwerp-BSD wordt voorgelegd aan de Raad van Cultuur en op verschillende plaatsen ter inzage gelegd. Na eventuele wijziging van het ontwerp-BSD kan worden overgegaan tot de vaststelling. Het BSD wordt vastgesteld in een gezamenlijk besluit van de Minister belast met het cultuurbeleid (tegenwoordig de Minister van OCW) en de betrokken zorgdrager(s).

### ***Functies van het BSD***

- Voor de zorgdrager is het BSD van belang voor de bedrijfsvoering als mogelijke basis voor ordeningsplannen.
- Voor de zorgdrager dient het BSD als verantwoording tegenover de recht- en bewijszoekende burger, die de mogelijkheid heeft tijdens de ter inzage legging invloed uit te oefenen op het bewaar- en vernietigingsbeleid (Archiefbesluit 1995, artikel 2, eerste lid, onder d).
- Voor de Minister belast met het cultuurbeleid (vertegenwoordigd door de Algemeen Rijksarchivaris) is het BSD de verantwoording inzake het bewaar- en vernietigingsbeleid vanuit cultureel-historisch belang (Archiefbesluit 1995, artikel 2, eerste lid, onder c).
- Voor de Nationaal Archief is het BSD het uitgangspunt voor de Institutionele Toegangen.

### ***Tot stand koming van BSD***

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft als zorgdrager de behoefte aan een generieke, organisatiespecifieke selectielijst voor haarzelf en al haar rechtsvoorgangers, zodat er ook in een digitale omgeving sneller, makkelijker en efficiënter kan worden geselecteerd.

Als beginpunt is de oprichting van de oudste rechtsvoorganger, de Ziekenfondsraad, in 1949 genomen. In de loop van de tijd is het takenpakket van NZa en haar rechtsvoorgangers steeds uitgebreid.

De handelingen van de actoren CTG, COTG en COZ (rechtsvoorgangers van NZa) in het BSD *Vaststelling tarieven in de gezondheidszorg vanaf 1945* (Stcrt. 2007, 222) worden ingetrokken.

De NZa is een privaatrechtelijk ZBO dat belast is met openbaar gezagstaken en heeft volledige rechtsbevoegdheid voor deze publiekrechtelijke taken. Alleen de neerslag die voortvloeit uit de uitoefening van de openbaar gezagstaken valt daarom onder de werking van de Archiefwet 1995. Dit geldt echter niet voor al haar rechtsvoorgangers, daarom zijn in deze selectielijst ook de handelingen met betrekking tot bedrijfsvoering opgenomen.

Voor een uitgebreidere beschrijving van het beleidsterrein wordt verwezen naar de volgende RIO's:

- *De vaststelling van tarieven in de gezondheidszorg;*
- *Verzekerd van zorg: Een onderzoek naar instituties en wet- en regelgeving op het terrein van de bekostiging en verzekering van de gezondheidszorg als onderdeel van het stelsel van structuur en financiering van de gezondheidszorg, 1940-1990;*
- *OZ Zorgverzekeringen: Handelingen van uitvoeringsorgaan OZ Zorgverzekeringen als Zelfstandig Bestuursorgaan;*
- *Planning van voorzieningen in de gezondheidszorg.*

### ***Definitie van het beleidsterrein Toezicht en regulering in de gezondheidszorg***

Op dit beleidsterrein houdt men zich bezig met het bewaken van de belangen van de zorgconsumenten. De zorgautoriteit beschikt over de benodigde expertise om toezicht te kunnen houden op verzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders, zodat deze efficiënte en goede zorg leveren. Om deze doelstelling te realiseren worden de zorgmarkten gereguleerd door middel van wet- en regelgeving. Er wordt bijvoorbeeld toezicht gehouden op tarieven en ziektekostenverzekeringen. Belangrijke thema's binnen het beleidsterrein zijn: efficiëntie op korte en lange termijn, markttransparantie, keuzevrijheid, toegang tot zorg, en waarborging van kwaliteit.

### ***Afbakening van het beleidsterrein***

De NZa is marktmeester in de zorg. Haar belangrijkste taken zijn: advisering, regulering, en toezicht en handhaving.

De NZa, en daarvoor haar rechtsvoorgangers, houdt toezicht op het gedrag van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Op zowel de curatieve als de langdurige zorgmarkt. De NZa, en daarvoor haar rechtsvoorgangers, ziet erop toe dat zij zich houden aan de wet- en regelgeving, bijvoorbeeld: de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Doel van het toezicht is een marktsituatie creëren waarin consumenten erop kunnen vertrouwen dat zorgmarkten goed werken en zorgverzekeraars en zorgaanbieders hun wettelijke verplichtingen nakomen. Met het toezicht beschermt de NZa, en daarvoor haar rechtsvoorgangers, de consument door het bewaken van zijn keuzevrijheid, rechtspositie en de transparantie op markten.

De NZa, en daarvoor haar rechtsvoorgangers, werkt op dit beleidsterrein samen met andere toezichthouders. De rolverdeling tussen de verscheidene toezichthouders is hieronder weergegeven:

- De Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) bewaakt de kwaliteit van de zorgaanbieders.
- De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) ziet toe op eerlijke concurrentie en bestrijdt partijen die kartels vormen en daarbij bijvoorbeeld prijsafspraken maken én partijen die misbruik maken van een economische machtspositie. Daarnaast toetst de NMa fusies en overnames in alle sectoren.
- De Nederlandsche Bank (DNB) houdt toezicht op de integriteit en de solvabiliteit van ziektekostenverzekeraars.

- De Autoriteit Financiële Markten (AFM) is belast met het toezicht op het gedrag van financiële instellingen.
- Het College bescherming persoonsgegevens (CBP) houdt toezicht op de naleving van de Wet bescherming persoonsgegevens.
- De Consumentenautoriteit (CA) is de toezichthouder op consumentenrecht en eerlijke handel. Het aanpakken van collectieve inbreuken en het vergroten van kennis over rechten en plichten zijn daarbij de belangrijkste taken.
- Het College bouw zorginstellingen (CBZ) houdt zich bezig met de huisvesting van de intramurale gezondheidszorg. Daarbij gaat het om ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg. Per 1 januari 2010 is het CBZ opgenomen in TNO.
- Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) is het onderzoeksinstituut van de overheid op het gebied van volksgezondheid en milieu.
- Het College sanering zorginstellingen (CSZ) voert taken uit in het kader van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en de Wet Ambulance vervoer (WAV):
  - de saneringsregeling voor de intramurale gezondheidszorg en het ambulancevervoer
  - de meldings- en goedkeuringsregeling voor de vervreemding van onroerende zaken
- Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) voert vier kerntaken uit op het terrein van de sociale ziektekostenverzekeringen: de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Die taken zijn pakketbeheer, fondsbeheer, verzekeraarsfinanciering en de centrale uitvoering.
- De Fiscale Inlichtingen en Opsporings Dienst - Economische Controle Dienst (FIOD-ECD) treedt op tegen fraude en belastingontduiking. Hiernaast doet zij ook onderzoeken op het terrein van economische ordening, financiële integriteit en goederenbewegingen. De FIOD-ECD heeft opsporingsbevoegdheid in het kader van de Wet marktordening gezondheidszorg.
- Het Openbaar Ministerie (OM) zorgt ervoor dat strafbare feiten worden opgespoord en vervolgd. Daarvoor wordt samengewerkt met de politie en andere opsporingsdiensten (bijv. FIOD-ECD).

## ***Doelstellingen***

Na de Tweede Wereldoorlog staan twee vragen centraal, te weten:

- hoe moet de volksgezondheid georganiseerd worden, en
- hoe moet de volksgezondheid gefinancierd worden.

In de beginperiode staat de eerste vraag centraal. De nieuwe Gezondheidswet in 1956 maakt een (voorlopig) einde aan de discussie. De Gezondheidswet vormt de basis voor de activiteiten van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, de Provinciale Raden voor de Volksgezondheid (beide zijn nieuw), de Gezondheidsraad en het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Voor de laatste organisatie verandert er, in vergelijking met de Gezondheidswet van 1919, weinig. De tweede vraag wordt uiteindelijk in de jaren '60 beantwoord met de Ziekenfondswet (1964) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (1967). Deze verzekeringswetgeving stelt de financiering van de volksgezondheid zeker. Een uitbreiding van de ziekenhuissector, inclusief de specialistische zorg, is het gevolg.

Reeds in de jaren voor 1940 werd, hoewel lang nog niet algemeen, in het ziekenhuiswezen de behoefte gevoeld aan ordening, waarbij de gedachten gingen in de richting van een vergunningenstelsel voor bouw en beheer, nauw verbonden aan de functie van een in te stellen Ziekenhuisraad, voortgekomen uit de ziekenhuiswereld zelf. Werd hiertoe de noodzaak reeds voor de oorlog gevoeld, hoeveel te meer zou deze wenselijkheid na de oorlog gevoeld worden toen een sterke uitbreiding van het ziekenhuiswezen viel te constateren. De plannen tot nieuwbouw waren vele en het was slechts door het stelsel van rijksgoedkeuringen

krachtens artikel 17 van de Wederopbouwwet dat een getemporeerde realisering van de aanvragen kon plaats hebben. Konden langs deze weg de gezondheidsautoriteiten enigszins ordenend optreden, van een systematiek in de uitbouw van het Nederlands ziekenhuisbestel kon noch in kwantitatieve, noch in kwalitatieve zin worden gesproken. Deze systematiek zal pas formeel zijn intrede doen bij het in werking treden van Wet Ziekenhuis Voorzieningen in 1971.

In 1951 wordt het toenemend belang van de volksgezondheid in de naam van het Ministerie tot uitdrukking gebracht: het Ministerie wordt omgedoopt in Sociale Zaken en Volksgezondheid. In de jaren '60 streeft de centrale overheid naar een krachtiger departementale organisatie die het beleid op het terrein van de volksgezondheid, waar inmiddels vele instellingen, raden en colleges functioneren, moet integreren en coördineren. In het jaar 1964 worden er twee nieuwe directies ingesteld, te weten Gezondheidszorg en Gezondheidsbescherming. Aanleiding is de uitbreiding van het terrein van de volksgezondheid met zaken als milieu en internationale kwesties, en de opkomende professionalisering en specialisatie. Tussen 1966 en 1968 worden beide directies opgewaardeerd tot directoraten-generaal. De toenemende aandacht voor de gezondheidsbescherming leidt in 1971 tot de instelling van het nieuwe Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Een meer gerichte aanpak van het beleid op beide terreinen wordt van groot belang geacht. Naast een directoraat-generaal van de Volksgezondheid wordt er eenzelfde poot voor de milieuhygiëne opgericht.

De ontwikkelingen in de jaren '70 zijn voor een belangrijk deel een uitvloeisel van de Volksgezondheidsnota 1966. In de late jaren '60 bestaat er namelijk de wens te komen tot een meer programmatische aanpak van de volksgezondheid. Het zgn. structuurbeleid in de jaren '70 is het gevolg van deze wens. Het eerste resultaat vormen de plannings- en financieringswetten, waarmee een doelmatiger opzet van de gezondheidszorgvoorzieningen wordt beoogt (Wet Ziekenhuisvoorzieningen, 1971). De roep om meer sturing in de gezondheidszorg leidt in 1974 tot de Structuurnota Gezondheidszorg 1974. Hierin wordt een drietal wetgevingsprojecten aangekondigd:

- een planningswet voor de hele sector (Wet Voorzieningen Gezondheidszorg),
- een tarievenwet voor de hele sector (Wet Tarieven Gezondheidszorg),
- integratie van de verzekeringen (Ziekenfondswet/AWBZ en de particuliere stelsels) in één volksverzekering.

De uitvoering van de plannen leidt tot een uitgebreid wetgevingsprogramma, dat een grotere invloed van het departement op het gebied van de gezondheidszorg tot gevolg heeft. Al snel komt het wetgevingsprogramma in het teken van de kostenbeheersing te staan. Kostenbeheersing staat in de jaren '80 dan ook hoog in het vaandel van de verschillende kabinetten. Dit gebeurt op basis van wetten die daar in oorsprong niet (altijd) voor bedoeld zijn. Het zorginhoudelijke beleid – het beleid ten aanzien van de kwalitatieve aspecten van de gezondheidszorg (zoals de kwaliteit van de zorgvoorzieningen en de opleidingen) – krijgt in deze jaren minder aandacht.

In 1982 wordt milieuhygiëne ondergebracht in het nieuwe Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer; volksgezondheid wordt ondergebracht in het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Eén van de argumenten voor de laatstgenoemde samenvoeging wordt gevormd door de samenhang tussen gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Het beleid heeft in de eerste jaren als belangrijkste doel: beheersing van de kosten. Dit beleid wordt uitgestippeld op basis van de bestaande wetgeving, aangevuld met ad hoc maatregelen.

In de tweede helft van de jaren '80 bestaat er behoefte aan een nieuw fundament voor het beleid. De instelling van de commissie-Dekker is hiervan het eerste resultaat. De uitkomst van het werk van deze commissie kan worden samengevat met de woorden 'meer markt, minder overheid'. De gezondheidszorg blijkt niet te kunnen worden beheerst via overheidsplanning; versterking van de marktwerking wordt door Dekker c.s. als alternatief gezien. Afrondend kan worden gezegd dat de centrale overheid anno 1990 op het terrein van de volksgezondheid nog steeds een bestuursrol heeft. Dat wil zeggen: de overheid geeft richting aan en beheerst de

structuren en processen op het gebied van de volksgezondheid. De zorgverlenersrol, de andere rol op het terrein van de volksgezondheid, is voor een belangrijk deel in handen van het particulier initiatief. Deze rol kan worden gezien als het geheel van activiteiten op het gebied van de dienstverlening, ondersteuning en zorg aan individuen, speciale categorieën of aan collectiviteiten. De zorgverlening is hierbij te zien als het object van besturing. Deze rolverdeling zorgt er voor, dat kan worden gezegd dat de volksgezondheid in Nederland geen staatstaak is. Wel heeft de overheid sinds 1983 een inspanningsverplichting: 'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid' (Grondwet, art. 22, lid 1).

Met de oprichting van de Nederlandse Zorgautoriteit is een sterke toezichthouder in het leven geroepen die de belangen van de zorgconsument behartigt. De NZa heeft de autoriteit en expertise van om deze beschermende rol te vervullen, zodat verzekeraars en zorgaanbieders de juiste prikkels krijgen om de consument efficiënte en goede zorg te leveren. Op deze manier draagt de NZa zorg voor goed werkende zorgmarkten en zijn efficiëntie op korte en lange termijn, markttransparantie, keuzevrijheid, toegang tot zorg en de kwaliteit gewaarborgd.

## HISTORISCH OVERZICHT VAN HET BELEIDSTERREIN

### *1945–1950: De ziekenhuizen en EZ*

Het karakter van ziekenhuizen verandert omstreeks 1950 van verpleeginrichting voor ernstig zieken tot centrum voor medisch- specialistische hulp. Dit heeft onder andere tot gevolg dat de tarieven voor de ziekenhuishulp steeds hoger worden. Na de oorlog werden deze tarieven op basis van de Prijsopdrivings- en Hamsterwet bewaakt door ambtenaren van het Ministerie van Economische Zaken (het 'Bureau Wouters'). Het gaat bij de tariefsverhogingen om twee soorten:

- de algemene tariefsverhogingen, die voor het gehele veld gelden, en
- de incidentele verhogingen, die voor individuele ziekenhuizen gelden.

De ziekenfondsen werden met deze tariefsverhogingen over het algemeen in een zeer laat stadium geconfronteerd. Zelfs was het gebruikelijk om de verhogingen met terugwerkende kracht in te laten gaan. In 1951 ontstaat er een conflict naar aanleiding van een prijsbeschikking van het Ministerie van Economische Zaken waarin een aanzienlijke tariefsverhoging met een zeer ruime terugwerkende kracht goedgekeurd werd. Bij dit conflict waren de volgende organisaties betrokken:

- de ziekenfondsorganisaties (GOZ en VMZ);
- de ziekenhuisorganisaties (VKZ en HNZ);
- het Ministerie van Economische Zaken;
- het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

Onder leiding van de Staatssecretaris voor Volksgezondheid vinden er vervolgens besprekingen plaats. Door de Staatssecretaris wordt er bij de ziekenhuis- en ziekenfondsorganisaties op aangedrongen om overleg te voeren over de verhoging van de verpleegtarieven.

### *1950–1954: Overleg tussen ziekenhuizen en ziekenfondsen*

Bij het vaststellen van de vergoedingen voor specialistische verrichtingen kwamen vaak de kosten van de daarbij te gebruiken ziekenhuisapparatuur aan de orde. Voor het regelen van deze zaken werd in 1951 de zogenaamde 'driehoekscommissie' ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van de ziekenfondsen, ziekenhuizen en specialisten, terwijl ook een vertegenwoordiger van de Ziekenfondsraad aanwezig was. Vanaf 1951 wordt er door de ziekenfonds- en ziekenhuisorganisaties overleg gepleegd over een zogenaamde 'modelovereenkomst' op basis waarvan contracten tussen ziekenhuizen en ziekenfondsen afgesloten dienen te worden. Dit overleg resulteert, eind 1953, in een modelovereenkomst. Ook wordt afgesproken dat beide partijen hun medewerking zullen verlenen aan de instelling van een commissie van overleg waarbinnen over gerezen conflicten naar aanleiding van de toepassing van de modelovereenkomst overleg zal worden gepleegd. Ook wordt aan de Directeur Generaal van de Prijzen van het Ministerie van Economische Zaken gevraagd om mee te werken aan de opheffing van het stelsel van de goedkeuring van verpleegtarieven, deze medewerking wordt toegezegd. Het leek erop dat door onderling overleg van de betrokken instanties (ziekenfondsen en ziekenhuizen) de overheidsbemoediging op het gebied van de verpleegtarieven weg zou gaan vallen.

### *De Commissie Ziekenhuisvraagstukken (COZ)*

In 1954 werd echter door de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid de Commissie Ziekenhuisvraagstukken ingesteld. Deze commissie had als taken:

1. te onderzoeken welke invloed van de moderne ontwikkelingen der medische wetenschap en van andere omstandigheden in de nabije toekomst op de kosten van de exploitatie van de ziekenhuizen uitgaat;
2. na te gaan in hoeverre een wijziging van de verpleegprijzen van invloed zal zijn op de financiering van de gezondheidszorg en op die van de ziekenfondsverzekering in het bijzonder;
3. te overwegen hoe langs de weg van de verbetering van de interne ziekenhuisorganisatie en bevordering van de samenwerking tussen ziekenhuizen onderling en tussen ziekenhuizen en andere instellingen, alsmede eventueel langs andere wegen, invloed op de verpleegprijzen

kan worden uitgeoefend met inachtneming van de plaats van het ziekenhuis in het geheel van de gezondheidszorg;

4. verder voorstellen te doen welke dezer zaak dienstig kunnen zijn.

Naast ambtenaren van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid hebben in deze commissie zitting vertegenwoordigers van de Stichting 'Het Nederlandse Ziekenhuiswezen', de Vereniging van Katholieke Ziekenhuizen, het Centraal Overleg van Ziekenfondsorganisaties, de Federatie van door Verzekerden en Medewerkers bestuurde Ziekenfondsen, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Geneeskunst en de Stichting van den Arbeid. Hieruit blijkt dat de overheid op structurele wijze greep wenst te krijgen op de ontwikkelingen in de sfeer van de verpleegtarieven. Binnen de Commissie Ziekenhuisvraagstukken wordt een aantal subcommissies en werkgroepen ingesteld die zich met verschillende aspecten van het beleidsterrein gaan bezighouden.

#### *LOOZ: Structureel overleg tussen Ziekenhuizen en ziekenfondsen*

Onder andere naar aanleiding van een suggestie van de Ministers van Economische Zaken en van Sociale Zaken en Volksgezondheid ontstaat er in de loop van 1954 het Landelijk Orgaan van Overleg inzake Ziekenhuistarieven (LOOZ). Het doel van dit orgaan was om een overlegplatform te vormen voor de ziekenfondsen en de ziekenhuizen waarin wijzigingen in de verpleegtarieven, die in het kader van de prijsbeheersing aan de Minister van Economische Zaken voorgelegd dienden te worden, voorbesproken werden. Omtrent de taak van het LOOZ werd het volgende bepaald:

- Zolang de huidige prijsbeheersingsbepalingen ten aanzien van de ziekenhuistarieven van kracht zijn, heeft het orgaan een voorbereidende en coördinerende taak. Het streeft ernaar om een eensluidend advies van de constituerende organisaties over een noodzakelijk geachte tariefswijziging aan de overheid uit te brengen.
- Zodra de prijsbeheersing van de tarieven in ziekenhuizen en sanatoria mocht zijn opgeheven, zullen de constituerende organisaties aan hun leden i.c. de ziekeninrichtingen en de ziekenfondsen, adviseren een algemene tariefswijziging waarover in dit orgaan overeenstemming is verkregen toe te passen respectievelijk te accepteren.
- Het orgaan zal bij de uitvoering van deze taak niet treden in de interne aangelegenheden van ziekenhuizen respectievelijk ziekenfondsen.

Het LOOZ was een overlegstructuur waarin ziekenfonds- en ziekenhuisorganisaties zitting hadden. Uit de taakomschrijving valt af te leiden dat slechts overleg gevoerd werd over de algemene tariefswijzigingen. Ook was het zo dat binnen dit orgaan geen plaats was voor met name door de ziekenfondsen gewenst overleg over de financiële huishouding van de ziekenhuizen ('interne aangelegenheden'). In de praktijk was het LOOZ geen echt groot succes, besluitvorming binnen het orgaan was uiterst moeizaam, en de doorwerking van de besluiten naar de lagere echelons was een zeer pijnlijke aangelegenheid. Met name ziekenhuizen weigerden vaak de genomen besluiten toe te passen. De bedoeling van de ziekenfonds- en ziekenhuisorganisaties was om te komen tot een structuur waarbinnen de verpleegtarieven buiten de overheid om in overleg vastgesteld zouden worden. De eerste daarvoor in aanmerking komende organisatie was het LOOZ. Uit bovenstaande blijkt echter dat het LOOZ in de jaren tot 1960 geen echte successen op dit gebied wist te scoren. Slecht in de regio Eindhoven is er een tariefstructuur opgezet door middel van overleg tussen de lokale ziekenfondsen en ziekenhuizen. Op 1 juni 1961 zou de nieuwe Prijzenwet in werking treden; de Prijsopdrivings- en hamsterwet, die voordien gebruikt werd om de tarieven te reguleren, zou dan buiten werking treden. Als gevolg hiervan zouden alle prijsbeschikkingen voor ziekenhuizen en sanatoria per 1 juni 1962 komen te vervallen. Door de tamelijk onverzoenbare standpunten van de ziekenfondsen enerzijds en de ziekenhuizen anderzijds voelde de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid zich gedwongen om bij de partijen aan te dringen om tot overeenstemming over een tariefbepalingsstructuur te komen. Bij monde van de Directeur-Generaal van de Volksgezondheid liet de Minister (op 24 januari 1961) weten dat bij het niet tot overeenstemming komen er een wettelijke regeling zou worden ontworpen. Concreet speelde de Minister de bal toe aan de ziekenhuis- en ziekenfondsorganisaties door ze uit te nodigen om met een structureringsvoorstel te komen. Door het overleg Ziekenhuis-/

ziekenfondsorganisaties werd een voorbereidingscommissie ingesteld die tot taak had het ontwerpen van een procedure en bovendien aan te geven hoe richtlijnen voor het plaatselijk overleg met betrekking tot verpleegtarieven tot stand dienden te komen. Na veel heen en weer gepraat binnen deze voorbereidingscommissie werd op 20 september 1962 de Stichting Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ) in het leven geroepen. De taak van de stichting zou zijn het vaststellen van richtlijnen ten behoeve van de bepaling van de tarieven en het vaststellen van verpleegtarieven van die ziekenhuizen die het in onderling overleg niet zijn eens geworden.

#### *Commissie sanering ziekenhuisvoorzieningen*

Deze Commissie werd geïnstalleerd op 14 oktober 1982 om artikel 18b van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) uit te voeren. Het secretariaat werd door het COTG gevoerd. De Commissie adviseerde het COTG over de saneringskosten van instellingen die onder de WZV vielen.

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur stemde op 10 juli 1986 in met de regeling voor saneringskosten voor instellingen die onder de Wet ambulancevervoer vielen en te maken hadden met sluiting. De Commissie stelde vervolgens een Planschaderegeling ambulancevervoer op en adviseerde het COTG ook over de saneringskosten binnen het ambulanceveld.

In 1994 werd de Commissie sanering ziekenhuisvoorzieningen verzelfstandigd.

#### *Het inkomensbeleid*

De bemoeienis van de rijksoverheid met de tarieven gaat hoofdzakelijk via de prijzen. De inkomens in de gezondheidszorg zijn echter ook het onderwerp van overheidsbemoeienis. Dit beleidsterrein is echter niet geplaatst onder het hoofdstuk volksgezondheid, maar maakt deel uit van het loon- en inkomensbeleid zoals dat door de Minister van Sociale Zaken geformuleerd is in de betreffende wetgeving. Met betrekking tot de gezondheidszorg zijn met name de Wet arbeidsvoorwaardenontwikkeling gepremieerde en gesubsidieerde sector en de Tijdelijke Wet normering inkomens vrije beroepsbeoefenaren (TWN) van belang. De TWN is in 1987 overgegaan in de Wet inkomens vrije beroepsbeoefenaren (WIVB).

#### *De Wet ziekenhuistarieven*

Door de organisaties van ziekenfondsen en de organisaties van ziekenhuizen wordt na de oprichting in 1962 van het COZ, de opvatting gehuldigd dat de tarieven in onderling overleg door de betrokken ziekenhuizen en ziekenfondsen moeten worden vastgesteld. Slechts in die gevallen waar dit overleg niet tot onderlinge overeenstemming leidt zou het COZ een beslissing moeten nemen. Op 29 april 1965 wordt de Wet ziekenhuistarieven gepubliceerd. De ideeën van de organisaties van ziekenfondsen en de organisaties van ziekenhuizen, met name wat betreft de positie van het COZ, zijn in deze wet duidelijk aanwezig.

De werking van de wet is erg eenvoudig en valt af te lezen uit artikel 1, lid 1: Het is degene, die een ziekenhuis beheert, verboden een verhoogd of nieuw tarief in rekening te brengen, tenzij:

- dit is goedgekeurd door het centraal orgaan, dan wel;
- hij dit schriftelijk heeft aangemeld bij Onze Minister.

Uit art. 6, lid 1 blijkt dat deze goedkeuring slechts betrekking heeft op de tarieven voor zover ze niet aan de ziekenfondsen in rekening worden gebracht. De tarieven die aan de ziekenfondsen in rekening worden gebracht dienen, ingevolge art. 46 lid 1 van de Ziekenfondswet, door de Ziekenfondsraad goedgekeurd te worden. Bij deze goedkeuring dient de Ziekenfondsraad het COZ echter in de gelegenheid te stellen om advies te geven. Verder is bij of krachtens de wet niets geregeld over de inhoudelijke kant van de goedkeuring. In de praktijk blijkt echter dat het COZ richtlijnen gaat hanteren. Deze richtlijnen worden door het COZ opgesteld, zij dienen echter de instemming te krijgen van de Minister waaronder Volksgezondheid ressorteert.

#### *De Ziekenfondswet*

De Ziekenfondswet trad op 1 januari 1966 volledig in werking en strekte tot aanpassing

van het Ziekenfondsbesluit van 1 november 1941 waarbij een verzekeringsplicht voor werknemers, die verplicht verzekerd zijn voor ziekengeld krachtens de Ziektewet, van kracht werd. De verplichte ziekenfondsverzekering is een sociale ziektekostenverzekering, die door privaatrechtelijke rechtspersonen wordt uitgevoerd. Deze rechtspersonen, die de vorm van een onderlinge waarborgmaatschappij of stichting dienen te kiezen, kunnen naast hun wettelijke taken ook andere taken uitvoeren. De aanvullende verzekeringen behoren hiertoe. Een rechtspersoon wordt slechts toegelaten als ziekenfonds wanneer wordt voldaan aan de in artikel 34 Ziekenfondswet terzake van toelating gestelde voorwaarden.

Kenmerkend voor de ziekenfondsverzekering is dat deze uitgaat van verstrekkingen tot voorziening in de geneeskundige verzorging van de ziekenfondsverzekerden. Op ziekenfondsen rust de wettelijke plicht om er door middel van overeenkomsten zorg voor te dragen dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraken tot gelding kunnen brengen. De Ziekenfondswet hanteert derhalve het systeem van verstrekkingen in natura.

Circa 25 jaar lang werden de werkzaamheden van de ziekenfondsen tot in details geregeld in een zich sterk uitbreidende wet- en regelgeving waardoor aandacht van de bestuurders binnen de ziekenfondsen vooral uitging naar de onberispelijke en rechtmatige uitvoering van wettelijke taken. Hierop werd een stringente controle door het controleapparaat van de toenmalige Ziekenfondsraad uitgeoefend. Daarnaast stonden de ordelijkheid van het financieel beheer en de betrouwbaarheid van de financiële verantwoording van uitgaven wegens verstrekkingen van zorg centraal bij de inrichting van de bedrijfsprocessen. Een bredere beoordeling van het functioneren van uitvoeringsorganen door de externe toezichthouder werd steeds meer een vast onderdeel van het jaarlijks onderzoek. Er werd geen financieel risico gelopen omdat alle rechtmatig gedane uitgaven werden vergoed uit de Algemene Kas van de Ziekenfondswet.

In genoemd tijdperk waren de ziekenfondsen werkzaam in een beperkt - in de statuten vastgelegd - werkgebied. Door fusies ontstonden regio's waarbinnen slechts één ziekenfonds werkzaam was en trad concentratie van werkzaamheden op. Als fusiemotief werd gewezen op het ontstaan van schaalvoordelen door automatisering en professionalisering. De concurrentieloze uitvoering en 'open-eind financiering' boden nauwelijks prikkels tot doelmatiger organiseren van de werkprocessen en kostenbeheersing. Het ontwikkelen van beleid op deze taakvelden voor het management was geen uitdaging.

In het laatste decennium van de twintigste eeuw kwam een kentering in het denken over de rolverdeling van overheid en ziekenfondsen met betrekking tot beheersing van de kosten van gezondheidszorg en de afweging van de wettelijke regulering van zorg(aanbod) versus marktwerking in de zorgverlening en zorgverzekering. Het rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg 2 (Commissie Dekker) heeft een belangrijke bijdrage aan de omwenteling geleverd. De Ziekenfondswet onderging ingrijpende wijzigingen waarbij voorwaarden werden geschapen voor gereguleerde competitie tussen ziekenfondsen om de gunst van verzekerden. De kosten van de zorg werden gebudgetteerd op basis van een normuitkeringensysteem<sup>3</sup>, er werd een nominale premie voor de wettelijke zorgverzekering ingevoerd waarvan de hoogte door de afzonderlijke ziekenfondsen zelf wordt bepaald en de ziekenfondsen breidden hun werkgebied uit en gingen landelijk verzekerden werven en zorgverleners door specifieke contracten aan zich binden. Door deregulering werd het mogelijk gemaakt nadere afspraken te maken over kwaliteit en prijs van zorgprestaties.

Door de budgettering en de toegenomen marktwerking zijn de ziekenfondsen getransformeerd van administratieve uitvoeringsorganen naar ondernemingen, die maatschappelijk verantwoord moeten opereren in de markt van zorgverzekeringen en zorg moeten inkopen op diverse zorgmarkten, die sterk variëren wat betreft de werking van vraag en aanbod c.q. prijsvorming.

#### *De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten trad in werking op 1 januari 1968 en betekende de invoering van een volksverzekering tegen zware geneeskundige risico's. Het betreft kosten wegens een (aangeboren) handicap, langdurige verzorging en verpleging wegens ziekte,

ouderdomsgebreken en dergelijke. De reikwijdte van de risicodekking is in de loop der jaren uitgebreid. Dit geschiedde door de aanspraken in de wet op te nemen of door (tijdelijke) subsidieregelingen ten laste van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten in te voeren.

De uitvoering van de AWBZ is opgedragen aan de ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars. De aanmelding/acceptatie bij een zorgverzekeraar geldt tevens als verzoek om inschrijving voor de AWBZ-verzekering. Aanvankelijk bestonden er verbindingen contactkantoren, die bij regionale ziekenfondsen waren ondergebracht, om de relaties ter uitvoering van wettelijke taken met de zorginstellingen te onderhouden. Inmiddels zijn zogenoemde regionale zorgkantoren opgericht, die op basis van verleende concessies voor beperkte tijd bijna alle wettelijke taken uitvoeren. Daartoe hebben de uitvoeringsorganen uitgebreide mandaten verleend aan de zorgkantoren om voor hun verzekerden, die de verpleging en verzorging behoeven, binnen hun regio de zaken met de zorginstellingen af te handelen.

#### *De Wet tarieven gezondheidszorg*

In de Structuurnota Gezondheidszorg 1974 werd de wens uitgesproken om te komen tot een stroomlijning, uniformering en onderlinge afstemming van de tarief- en honoreringssystemen in de gezondheidszorg. In de Structuurnota werd geopperd om het probleem aan te pakken door middel van één volksverzekering voor ziektekosten. Zover is het echter niet gekomen. Eind 1980 is de Wet tarieven gezondheidszorg in werking getreden.

De wezenlijke elementen van de wet kunnen als volgt worden weergegeven:

1. De Wet tarieven gezondheidszorg regelt de totstandkoming van de tarieven van de inrichtingen, instellingen en individuele beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg (de zgn. organen voor gezondheidszorg). Onder tarieven wordt verstaan alle prijzen die in enigerlei vorm voor verleende diensten in de gezondheidszorg in rekening worden gebracht in het kader van de Ziekenfondswet en de AWBZ of van particuliere ziektekostenverzekeringen (MvT, blz. 18). De werkingssfeer van de Wet tarieven gezondheidszorg is dus beduidend breder dan die van de Wet ziekenhuistarieven die slechts van toepassing was op ziekenhuistarieven met uitsluiting van de tarieven die betrekking hadden op aan de ziekenfondsen door te berekenen kosten, die goedgekeurd dienden te worden door de ziekenfondsraad.
2. Met de uitvoering van de wet is een publiekrechtelijke rechtspersoon, het College Tarieven Gezondheidszorg (COTG), belast. Het COTG heeft Kamers per categorie van orgaan voor gezondheidszorg.
3. De tarieven komen bij voorkeur tot stand in onderhandelingen tussen ziektekostenverzekeraars en organen voor gezondheidszorg. Een overeenkomst wordt pas rechtsgeldig als deze door het COTG is goedgekeurd. Indien binnen het overleg tussen de verzekeraars en de organen voor gezondheidszorg geen overeenstemming wordt bereikt, of indien het COTG het tarief niet kan goedkeuren, kan het COTG een tarief vaststellen.
4. Het COTG stelt richtlijnen vast inzake de hoogte, opbouw en wijze van berekening van de tarieven.
5. De rijksoverheid kan aan het COTG aanwijzingen geven met betrekking tot de inhoud van richtlijnen.
6. De beroepsinstantie is het College van Beroep voor het Bedrijfsleven.

Uit voorgaande omschrijving blijkt dat de overheidsbemoeienis minimaal is gehouden. In het oorspronkelijke wetsvoorstel werden de richtlijnen nog door de Minister vastgesteld, in de parlementaire behandeling is ook deze taak bij het COTG gelegd.

De wet bepaalde niet voor welke prestaties de mogelijkheid bestond om het door het COTG goedgekeurde of vastgestelde tarief aan te wijzen als maximumtarief. Het kabinet achtte een gedifferentieerde prijsvorming van groot belang. Het wordt voor alle categorieën van organen voor gezondheidszorg wenselijk geacht dat er zoveel mogelijk op het individuele geval toegesneden overeenkomsten met ziektekostenverzekeraars over zowel de kwaliteit en het volume, als de prijs van de zorg tot stand kwamen. In het Besluit werkingssfeer maximumtarieven WTG van 1991 worden de organen voor gezondheidszorg meer in algemene zin aangeduid, waardoor meer aanbieders van zorg onder de werkingssfeer van de WTG vallen. Voor de toepassing van het regime van maximumtarieven worden dan ook de prestaties van de individuele beroepsbeoefenaren en van enkele daarmee nauw verwante

instellingen aangewezen. Het gaat om instellingen waarin uitsluitend of in hoofdzaak de hiervoor bedoelde beroepsbeoefenaren werkzaam zijn en welke dezelfde of vergelijkbare tarieven/tariefstructuren kennen als die van die beroepsbeoefenaren. Zo wordt tegengegaan dat beroepsbeoefenaren de instellingen gaan beconcurreren op prijs in relatie tot kwaliteit, zonder dat deze laatste buiten het COTG om hun prijzen kunnen verlagen. Bovendien wordt op die manier voorkomen dat individuele beroepsbeoefenaren zich eventueel aan de werking van de regeling van maximumtarieven zouden kunnen onttrekken door hun werkzaamheden onder te brengen in een zodanige instelling. Niet onder de werking van dit besluit vallen het zittend ziekenvervoer en de extramurale genees- en hulpmiddelen, waarvan de prijsvorming wordt overgelaten aan de markt c.q. een andere wet (o.a. Wet Geneesmiddelen Prijzen (WGP)).

#### *Vrije prijsvorming*

Door de WTG werden de prijzen in de zorgsector strak geregeld, zodat er voor individuele verzekeraars en zorgaanbieders geen ruimte voor eigen verantwoordelijkheid overblijft. In het kader van de stelselherziening had de gedeeltelijke budgettering van de inkomsten van de zorgverzekeraars als logische consequentie dat ten aanzien van de uitgaven meer vrijheden werden ingebouwd. Dan pas zou er sprake kunnen zijn van de dynamiek die nodig is om de totale zorgsector doeltreffend en doelmatig te laten functioneren. De dynamiek vereiste dat een andere verdeling van verantwoordelijkheden van partijen. Om optimaal de verantwoordelijkheid te kunnen benutten zou er sprake zijn van vrije prijsvorming. Vrije prijsvorming betekende dat, gegeven het functioneel omschreven zorgpakket, de productie en de prijs vrij onderhandelbaar zijn, zodat via een betere allocatie van de middelen, doelmatigheid en doeltreffendheid worden bevorderd en zorg op maat geleverd kan worden.

De staatssecretaris heeft in 1991 een commissie ingesteld om hem te adviseren aangaande de te stellen randvoorwaarden bij prijsvorming, Commissie De Beer. Deze commissie heeft in 1992 advies uitgebracht. In dit rapport adviseert de commissie dat vrije prijsvorming in de zorgsector wenselijk en mogelijk is, zij het onder randvoorwaarden. De vrije prijsvorming zou geleidelijk ingevoerd moeten worden, waarbij de WTG kan worden benut ter voorbereiding op de nieuwe wijze van prijsvorming. Na de totstandkoming van de vrije prijsvorming zou de WTG niet meer van toepassing zijn.

#### *Wet beperking contracteerplicht*

De WTG is in 1992 gewijzigd op grond van de Wet beperking contracteerplicht. Deze wet strekte ertoe een drietal onderling samenhangende maatregelen uit te voeren. In de eerste plaats is in de Ziekenfondswet en de AWBZ een beperking van de contracteerplicht voor de verzekeraars jegens de vrije beroepsbeoefenaren tot stand gebracht. Daarnaast, en in nauwe samenhang daarmee, is het in de WTG mogelijk gemaakt lagere tarieven in rekening te brengen dan die welke de door het COTG zijn goedgekeurd of vastgesteld. Deze maatregel had voornamelijk uitsluitend betrekking op vrije beroepsbeoefenaren en moest de mogelijkheid openen om te komen tot vrijere en meer decentrale prijsvorming. In de derde plaats werd een aanzet gegeven tot vereenvoudiging en deregulering van voorgenoemde wetten, waarbij voor de tarievenwetgeving zou worden toegewerkt naar een systeem waarin de prijsvorming in beginsel een zaak van de marktpartijen is. De belangrijkste wijzigingen in de WTG zijn de volgende:

- invoering van maximumtarieven: door middel van het Besluit werkingssfeer maximumtarieven werden bepaalde categorieën van organen voor gezondheidszorg uitgesloten van het systeem van punttarieven en werd voor hen het systeem van maximumtarieven van toepassing.
- invoering van een bepaling over het macrobudget: op grond van art. 11 lid 2 kan het COTG richtlijnen vaststellen die gericht zijn op het tot stand brengen van afhankelijkheid tussen de hoogte van een tarief of tarieven en het totaal van in enige periode in rekening gebrachte dan wel te brengen tarieven. Het macrobudget is gebaseerd op de raming in het Jaaroverzicht Zorg (JOZ). Hoewel het JOZ zelf geen wettelijke grondslag heeft, heeft het zich ontwikkeld tot een zeer belangrijk instrument in relatie tot de WTG. Met de invoering van de bepaling over het macrobudget, wordt beoogd buiten twijfel te stellen dat het COTG de bevoegdheid bezit om een macrobudget in acht te nemen bij de goedkeuring of vaststelling van tarieven. De

Minister heeft dit artikel veelvuldig gebruikt om overschrijdingen van het macrobudget te compenseren via tariefkortingen.

- invoering van restitutietarieven: er werd bepaald dat in plaats van 80% van het rechtsgeldige tarief dient bij het gelden van een restitutiebesluit de tariefvaststelling te geschieden door een aparte commissie, samengesteld uit representatieve organisaties ex ZFW / AWBZ. Dit tarief mag niet hoger zijn dan het voor zodanige hulp door het COTG goedgekeurde of vastgestelde tarief en geldt voor een beperkte periode.

#### *De periode 1995–1998*

In het regeerakkoord van deze periode is opgenomen dat er gestreefd wordt naar een stelsel van productprijzen, en dat het stelsel van maximumtarieven en contracteervrijheid wordt gehandhaafd. De toepassing van de WTG zou worden aangepast, parallel aan de wijziging in de beheersstructuur voor de drie compartimenten in de zorg. De tariefstructuur voor huisartsen en specialisten zal worden gewijzigd.

In 1995 wordt een nota gepubliceerd over prijsbeleid en financieel beleid zorgsector met de titel 'De prijs die zorg verdient'. De nota bevat o.a. een inventarisatie van de consequenties voor het prijsbeleid van de zorg in het regeerakkoord. De afspraken in het regeerakkoord maken een aanpassing van de toepassing van de WTG noodzakelijk. Uitgaande van de verzekeringstechnische verdeling van de zorg in drie compartimenten, leidt dit tot het volgende:

Care: particuliere onverzekerbare risico's: langdurige zorg.

Om de groei van deze zorg binnen het vastgestelde budget te houden, stuurde overheid in dit compartiment op het aanbod. Er is een strakke budgetdiscipline noodzakelijk. Daarom zouden vanaf 1996 voorafgaand aan het boekjaar op grond van de WTG budgettaire kaders worden vastgesteld. Bovendien worden de indieningstermijnen voor de budgetaanvragen bij het COTG zodanig vervroegd, dat bijsturen van overschrijdingen tijdig mogelijk zijn.

Cure: curatieve zorg

De variabele kosten zijn wel beïnvloedbaar door de verzekeraars. De marktwerking wordt verbeterd. Als de markt voldoende werkt, zal de WTG voor het variabele deel van de kosten overbodig worden.

Facultatief: alle zorgvoorzieningen die minder noodzakelijk zijn of voor eigen rekening kunnen komen.

De verantwoordelijkheid voor de beheersing van de kosten ligt in dit compartiment niet bij de overheid. Bij zorgvormen die onder dit compartiment vallen, zal geen beheersing van de macrokosten ex WTG plaatsvinden. Het is de bedoeling dat de ontwikkelingen in de tarieven in de eerste twee jaar na overheveling naar het derde compartiment gevolgd worden. Als dan blijkt dat sprake is van evenwichtige prijsvorming op grond van de aanvullende verzekeringen, zal de prijsregulering worden losgelaten.

Een andere verandering tenslotte die in de WTG werd aangebracht, was dat het inkomensbeleid ten aanzien van de vrije beroepsbeoefenaren werd afgeschaft doordat de bevoegdheid van de overheid om aan het COTG aanwijzingen inzake het norminkomen te geven, kwam te vervallen.

#### *De periode 1998–heden*

De Tweede Kamer der Staten-Generaal constateerde spanning tussen de doelstellingen evenwichtige tarieven en kostenbeheersing. Aan voorstellen van het COTG voor aanpassing van de tarieven voor fysiotherapeuten werd namelijk goedkeuring onthouden wegens gebrek aan financiële middelen. Dat was aanleiding voor de Tweede Kamer een notitie over de bestuurlijke werking en de ervaringen met de WTG te verzoeken. Voorafgaand aan deze notitie is de bestuurlijke werking van de WTG geëvalueerd. In 1999 is het evaluatierapport 'Het speelveld van de WTG: strijd of samenspel?' aan de Tweede Kamer gezonden.

Doel van de notitie, 'Speelruimte en verantwoordelijkheid'<sup>2</sup>, is aan te geven of en zo ja op welke wijze opgedane ervaringen, het kabinetsbeleid voor de verschillende verzekeringscompartimenten en externe invloeden consequenties hebben voor het beleid, de toepassing en de regelgeving van de WTG. De notitie bevat voornemens en maatregelen die moeten leiden tot:

- vergroting van de speelruimte en verantwoordelijkheid van de individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars om in hun regio een voor de patiënt doelmatige zorgorganisatie tot stand te brengen, aanpassing van de bekostiging van instellingen

- met het oog op een betere aansluiting op de werkelijke kostenstructuur, meer transparantie en ruimte voor onderhandelingen over prijs, doelmatigheid en kwaliteit,
- beperking van de reikwijdte van de WTG,
  - deregulering en groot onderhoud van de WTG en
  - afstemming op de mededingingswetgeving.

#### *Speelruimte en verantwoordelijkheid*

Een zo goed mogelijke patiëntenzorg vergt dat het primaat voor de organisatie van zorgverlening bij regionale partijen ligt. De ruimte voor onderhandelingen en beleidsvrijheid op lokaal / regionaal niveau wordt bepaald door de ruimte die de centrale overheid en de koepel- c.q. brancheorganisaties aan de regionale zorgaanbieders en zorgverzekeraars laten. Het beleid is gericht op het vergroten van speelruimte voor individuele zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars in de regio. Daarmee wordt ook hun verantwoordelijkheid voor een goed functionerend zorgaanbod groter. Zowel zorgaanbieders als ziektekostenverzekeraars zullen zich over het gebruik van de daarbij te aan te wenden collectieve middelen moeten verantwoorden. Ook de WTG kent een grote rol toe aan zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars om zo veel mogelijk zelf invulling geven aan de door de burgers en overheid gewenste inrichting van de zorg. De WTG-instrumenten moeten dan ook van toepassing zijn alleen daar en wanneer dat nodig is om die actoren de gewenste rol te kunnen laten spelen.

#### *In gang zetten beperking reikwijdte WTG*

De reikwijdte van de WTG is ruim en heeft een historische achtergrond. Voor een aantal prestaties lijkt toepassing van de WTG niet (langer) zinvol, zoals voor niet-geïndiceerde cosmetische chirurgie, fysiofitness en fysiosport, acupunctuur en klasseverpleging en -verzorging. In sommige gevallen lijken de voorwaarden voor een goede prijsregulering ook door de markt te kunnen worden vervuld. Het flankerend beleid in de vorm van voorschriften voor administratie, declaratie, prijsaanduiding en verslaglegging moet worden aangescherpt om die situatie ook voor andere zorg te bewerkstelligen. Essentieel voor volledige prijsderegulering is overigens een goed functionerende mededinging in de desbetreffende sector. Het is wenselijk de reikwijdte van de WTG te beperken, maar deze beperking is nog niet volledig geëffectueerd. De niet geïndiceerde zorg valt nog steeds onder de reikwijdte van de WMG.

#### *Groot onderhoud WTG*

De wet WTG is ook toe aan 'groot onderhoud'. De wet kan worden vereenvoudigd. Eén procedure voor totstandkoming van tarieven kan de huidige WTG tariefaanvraag procedures vervangen. Een experimenteerartikel is gewenst. Een betere afstemming met de Algemene wet bestuursrecht moet worden gezien. De wet moet zodanig worden aangepast dat bij de toepassing daarvan sneller en flexibeler kan worden ingespeeld op actuele ontwikkelingen. Daarmee wordt meer speelruimte gecreëerd voor regionale partijen. Eenvoudiger en eenduidige procedures hebben ook een positief effect op de administratieve lasten voor alle betrokkenen. Het is van groot belang voor zowel burger, zorgaanbieders, ziektekostenverzekeraars en overheid dat er een overzichtelijke besluitvormings- en rechtsbeschermings-procedure tot stand komt en onnodige juridisering wordt tegengegaan.

#### *Afstemming mededingingsregels*

De WTG moet voor 2003 zijn afgestemd op de Mededingingswet. Tot 2003 is de Mededingingswet op collectieve afspraken in het kader van de WTG nog niet van toepassing. Artikel 16 van de Mededingingswet bevat een vrijstelling voor collectieve overeenkomsten, besluiten en gedragingen die op grond van enige wettelijke verplichting tot stand zijn gekomen en die getoetst worden door een bestuursorgaan. De EU-regelgeving kent een zodanige vrijstelling niet. Een en ander laat dan ook onverlet dat een eerdere wijziging van de WTG noodzakelijk kan zijn op grond van een toekomstige uitspraak van het EU-Hof van Justitie. Voor een wettelijke basis voor landelijke collectieve tariefafspraken tussen representatieve organisaties van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars in de WTG is dan geen plaats meer. Van deze collectieve afspraken kunnen immers belemmeringen uitgaan voor de regionale invulling van de verantwoordelijkheden van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars, of voor de toetreding tot de markt voor individuele zorgaanbieders.

Dat staat haaks op de EU-regelgeving en de Mededingingswet. Het met de WTG verband houdende overeenkomstenstelsel in de sociale ziektekostenverzekering (Ziekenfondswet / AWBZ) moet om overeenkomstige redenen eveneens vóór 2003 zijn aangepast aan de Mededingingswet. Daar is geen plaats meer voor uitkomsten van overleg gesloten door landelijke betrokken organisaties van ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders en de bij gebreke daarvan door het College voor zorgverzekeringen op te stellen modelovereenkomst. Die uitkomsten van overleg en modelovereenkomsten binden individuele zorgaanbieders en sociale ziektekostenverzekeraars bij het aangaan van een medewerkersovereenkomst.

De te nemen maatregelen heffen mededingingsbeperkingen op en bevorderen daardoor de gewenste regionale speelruimte voor lokale partijen. Bij wet worden eisen gesteld aan de individuele medewerkersovereenkomst inzake administratie, declaratie en verantwoording. Individuele ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders moeten – in beginsel in de verhouding een op een – concrete en controleerbare afspraken maken over prestaties (verstrekking Ziekenfondswet / zorgaanspraak AWBZ) en contraprestaties (tarief WTG).

Naar aanleiding van de notitie, 'Speelruimte en verantwoordelijkheid' hebben er twee wetswijzigingen plaatsgevonden:

- wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatiebekostiging en enige andere maatregelen (WTG ExPres) (*Stb.* 2004, 24);
- wijziging van de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten, in verband met herziening van het overeenkomstenstelsel in de sociale ziektekostenverzekering alsmede enkele andere wijzigingen (Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg (HOZ)) (*Stb.* 2004, 27)

#### *WTG ExPres*

Deze wijziging heeft betrekking op de volgende zaken:

- De introductie van de mogelijkheid op beperkte schaal experimenten te houden met de bekostiging van zorgaanbieders of zorgprestaties;
- Het faciliteren van prestatiebekostiging respectievelijk het deelmarktgewijs dereguleren van het prijsregime;
- maatregelen ter beperking van de administratieve lasten;
- maatregelen met het oog op fraudebestrijding.
- 

#### *Herziening overeenkomstenstelsel zorg*

Deze herziening behelst de volgende zaken:

- het faciliteren van het opheffen van de (omgekeerde) contracteerplicht. Dit wordt mogelijk bij AMvB;
- het afschaffen van de wettelijke verplichting tot het sluiten van raamovereenkomsten, de zogenaamde uitkomsten van overleg, tussen brancheorganisaties van aanbieders en verzekeraars en de modelovereenkomsten;
- de introductie van restitutie voor zorgvormen waar noch sprake is van contracteerplicht, noch sprake van tarifiering krachtens de WTG; dit heeft alleen de herziening van de Ziekenfondswet tot gevolg;
- het codificeren van de zorginkoop in het buitenland. In diverse wetgeving is een definitie geplaatst van het begrip 'zorginstelling' in het buitenland.

#### *Raad op Maat*

In 1999 is de Wet Uitvoeringsorganen volksgezondheid van kracht geworden. Deze wet heeft betrekking op het aanpassen van de taak, samenstelling en werkwijze van de bestuursorganen in de gezondheidszorg, waaronder het COTG. De wet vormt het sluitstuk van de herziening van de advies- en uitvoeringsstructuur op het terrein van het overheidsbeleid in het kader van Raad op Maat. De essentie van deze herziening is dat de functies advisering, overleg en uitvoering niet meer in één orgaan plaatsvinden ('ontvlechting') om het 'primaat van de politiek' invulling te geven. De adviestaken van deze uitvoeringsorganen, zoals het COTG, zijn vervallen en overgeheveld naar de Raad voor Volksgezondheid en Zorg en de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling. De overlegfunctie wordt vormgegeven door te voorzien in een

overlegstructuur tussen veld en overheid. De taken van de uitvoeringsorganen zijn voortaan van uitvoerende aard. Verder is geregeld dat het bestuur van de uitvoeringsorganen bestaat uit door de Minister te benoemen onafhankelijke deskundigen. Het COTG wordt omgedoopt tot CTG, en de verankering van de kamerstructuur is vervallen.

#### *De Zorgverzekeringswet*

De Zorgverzekeringswet is op 1 januari 2006 in werking getreden en schoeit de nieuwe standaardverzekering voor curatieve zorg op privaatrechtelijke leest. De Ziekenfondswet is op dezelfde datum vervallen. Particuliere ziektekostenverzekeraars die onderling concurreren voeren de verzekering uit en mogen daarbij uitkeerbare winst maken. De Zorgverzekeringswet legt deze verzekeraars in de eerste plaats op verplichtingen die samenhangen met het sociale karakter van de verzekering. Die verplichtingen waarborgen de publieke randvoorwaarden die de toegankelijkheid van de verzekering en daarmee van de gezondheidszorg voor alle burgers garandeert. Zo heeft de verzekeraar een acceptatieplicht en daaraan gekoppeld een verbod op premiedifferentiatie. Dit betekent dat hij alle personen die in aanmerking komen voor de zorgverzekering, moet accepteren op voor gelijke polissen gelijke premies. Ook heeft de zorgverzekeraar een zorgplicht. Die houdt in dat hij in geval van verstrekking in natura voldoende zorg moet contracteren. In geval van restitutie moet hij voor de verzekerde bemiddelen bij de toegang tot de gezondheidszorg. Om verzekeraars te compenseren voor daaruit voortvloeiende voorspelbare verliezen is er een systeem van risicoverevening vooraf. Daarnaast hebben zorgverzekeraars verplichtingen die gaan over de verzekeringstechnische uitvoering van de wet en de verantwoording daarover. Het gaat onder meer om de no-claimteruggaaf, het vrijwillige eigen risico, de informatievoorziening, de klachtenafhandeling en het afleggen van verantwoording.

De Nederlandse zorgautoriteit ziet erop toe dat de zorgverzekeraars hun wettelijke verplichtingen nakomen, met andere woorden: zij ziet toe op de rechtmatige uitvoering van de wet. Dat is geen toezicht op de rechtmatige besteding van de voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet verkregen middelen. Dat verhoudt zich namelijk niet met het privaatrechtelijke karakter van de verzekering. Ook houdt de zorgautoriteit geen toezicht op het doelmatig functioneren van verzekeraars. Het is de markt die uitwijst of een zorgverzekeraar al dan niet efficiënt werkt. Kernpunt bij het toezicht op de nieuwe zorgverzekering is dat de overheid zich ervan vergewist dat zorgverzekeraars de verzekerden leveren waar zij recht op hebben en dat de polissen de wettelijk geregelde aanspraken afdoende dekken.

#### *De Wet marktordening gezondheidszorg*

Budgettering zoals maximumtarieven en ziekenhuisbudgettering zijn geijkte middelen om de toegankelijkheid tot de zorg voor iedereen te handhaven. Deze instrumenten hebben echter ook nadelen die de laatste jaren steeds meer naar voren zijn gekomen. Een ander middel om hetzelfde doel, namelijk voldoende zorg voor iedereen, te bereiken, is de vrije markt. De overheid ziet echter ook wel in dat een volkomen vrije markt in de zorg averechts zou werken. Daarom kiest de overheid voor gereguleerde marktwerking. Dat betekent dat op deelmarkten in de zorg en afhankelijk van de omstandigheden een vrije markt wordt toegestaan. Wanneer sprake is van schaarste aan zorgaanbieders of een monopolie, bijvoorbeeld bij topklinische zorg, zullen de wettelijk beperkingen zoals maximumtarieven en budgetten blijven bestaan.

Per 1 oktober 2006 is de Wet marktordening gezondheidszorg in werking getreden. Deze wet is bedoeld om de gereguleerde marktwerking in goede orde te laten verlopen. Bij deze wet is de Nederlandse Zorgautoriteit officieel ingesteld. Zij is de rechtsopvolger van het College Tarieven Gezondheidszorg, dat in 2006 reeds de toevoeging 'Zorgautoriteit in oprichting' in zijn naam meedroeg, en het College toezicht zorgverzekeringen.

Om de zorg voor iedereen toegankelijk te houden, is het beheersen van de kosten belangrijk. Kostenbeheersing is echter ook om andere redenen van belang. De gezondheidszorg maakt circa 10 % uit van het Bruto Binnenlands Product. Als de kosten stijgen, houden we minder geld over voor andere zaken. De koopkracht wordt dus uitgehold en dat heeft weer effect op de economie en uiteindelijk op het welvaartsniveau. Op Europees niveau is afgesproken dat de

rijksbegroting maximaal met 3% mag worden overschreden. Bij een grotere overschrijding moet er worden bezuinigd op o.a. zorg.

## **SELECTIEDOELSTELLING**

Het BSD is opgesteld in overeenstemming met de selectiedoelstelling van het Nationaal Archief. Het doel van de selectie is 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.

## SELECTIECRITERIA

Uitgaande van de algemene selectiedoelstelling heeft PIVOT in 1998 een (gewijzigde) lijst van algemene selectiecriteria geformuleerd. Met behulp van die algemene criteria wordt in een BSD een waardering toegekend aan de handelingen die door middel van het institutioneel onderzoek in kaart zijn gebracht.

De algemene selectiecriteria van PIVOT zijn positief geformuleerd; het zijn bewaarcriteria. Is een handeling op grond van een criterium gewaardeerd met B ('blijvend te bewaren'), dan betekent dit dat de administratieve neerslag van die handeling te zijner tijd geheel dient te worden overgebracht naar het Nationaal Archief. De neerslag van een handeling die niet aan één van de selectiecriteria voldoet, wordt op termijn vernietigd. De waardering van de desbetreffende handeling luidt dan V (vernietigen), onder vermelding van de periode waarna de vernietiging dient plaats te vinden. De neerslag die uit dergelijke handelingen voortvloeit, is dus niet noodzakelijk geacht voor een reconstructie van het overheidshandelen op hoofdlijnen.

Overigens verlangt artikel 5, onder e van het *Archiefbesluit 1995 (Stb. 1995, 276)* dat selectielijsten de mogelijkheid bieden om neerslag die met een V is gewaardeerd in exceptionele gevallen te bewaren op grond van een uitzonderingscriterium. PIVOT heeft daarom het volgende uitzonderingscriterium geformuleerd:

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.

Om de selectiedoelstelling te bereiken worden de handelingen in het BSD gewaardeerd aan de hand van de onderstaande algemene selectiecriteria.

Algemeen selectie criterium	Toelichting
<p>1. <i>Handelingen die betrekking hebben op <b>voorbereiding en bepaling van beleid</b> op hoofdlijnen</i></p>	<p>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.</p>
<p>2. <i>Handelingen die betrekking hebben op <b>evaluatie van beleid</b> op hoofdlijnen</i></p>	<p>Hieronder wordt verstaan het beschrijven en beoordelen van de inhoud, het proces of de effecten van beleid. Hieruit worden niet perse consequenties getrokken zoals bij terugkoppeling van beleid.</p>
<p>3. <i>Handelingen die betrekking hebben op <b>verantwoording</b> van beleid op hoofdlijnen aan andere actoren</i></p>	<p>Hieronder valt tevens het uitbrengen van verslag over beleid op hoofdlijnen aan andere actoren of ter publicatie.</p>
<p>4. <i>Handelingen die betrekking hebben op <b>(her)inrichting van organisaties</b> belast met beleid op hoofdlijnen</i></p>	<p>Hieronder wordt verstaan het instellen, wijzigen of opheffen van organen, organisaties of onderdelen daarvan.</p>
<p>5. <i>Handelingen die bepalend zijn voor de wijze waarop <b>beleidsuitvoering</b> op hoofdlijnen plaatsvindt</i></p>	<p>Onder beleidsuitvoering wordt verstaan het toepassen van instrumenten om de gekozen doeleinden te bereiken.</p>
<p>6. <i>Handelingen die betrekking hebben op <b>beleidsuitvoering</b> op hoofdlijnen en direct zijn gerelateerd aan of direct voortvloeien uit voor het Koninkrijk der Nederlanden bijzondere tijdsomstandigheden en incidenten</i></p>	<p>Bijvoorbeeld in het geval de ministeriele verantwoordelijkheid is opgeheven en/of wanneer er sprake is van oorlogstoestand, staat van beleg of toepassing van noodwetgeving.</p>

Naast de algemene criteria kunnen er in een BSD, eveneens binnen het kader van de selectiedoelstelling, beleidsterrein-specifieke criteria worden geformuleerd. Daar de noodzaak hiertoe niet aanwezig werd geacht, is in dit BSD de mogelijkheid om specifieke selectiecriteria te formuleren niet benut.

# VERSLAG VAN DE VASTSTELLINGSPROCEDURE

## LEESWIJZER VAN DE HANDELINGEN

De handelingen worden beschreven in handelingenblokken. Daarin worden de volgende onderdelen beschreven:

Handelingnr.	Dit is het unieke volgnummer van de handeling.
Handeling	Dit is een complex van activiteiten die een actor verricht ter vervulling van een taak of op grond van een bevoegdheid. In de praktijk komt een handeling meestal overeen met een procedure of een werkproces.
Periode	Hier staat het tijdvak vermeld gedurende welke jaren de handeling is verricht. Wanneer er geen eindjaar staat vermeld wordt de handeling nog steeds uitgevoerd.
Grondslag	Dit is de wettelijke basis op grond waarvan de actor de handeling verricht. De aanduiding bron wordt gebruikt indien een handeling geen duidelijke wettelijke basis heeft, maar de handeling is geformuleerd op basis van interviews, literatuur of andere bronnen.
Product	Hier staat het product vermeld waarin de handeling resulteert of zou moeten resulteren. Opsommingen geven een indicatie van de producten en zijn niet altijd uitputtend. Vaak wordt volstaan met een algemeen omschreven eindproduct.
Opmerking	Deze aanvullende informatie wordt slechts vermeld wanneer de strekking van de handeling toelichting behoeft.
Waardering	Waardering van de handeling als B (bewaren) of V (vernietigen). Indien vernietigen, dan vermelding van de vernietigingstermijn. Indien bewaren, dan vermelding van het gehanteerde selectie criterium. Eventueel een nadere toelichting op de waardering.

## ACTORENOVERZICHT

### *Nederlandse Zorgautoriteit en rechtsvoorgangers*

#### **De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), 2006-**

Op die onderdelen in de zorg waar dat wenselijk is, is in 2006 marktwerking ingevoerd. Om alles in goede banen te leiden is een marktmeester nodig, die toezicht houdt en als dat nodig is, ingrijpt. Deze marktmeester is in 2006 opgericht, de zogenoemde *Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)*.

CTG/Zaio is samen met het CTZ opgegaan in deze nieuwe organisatie, die in Utrecht is gevestigd. De NZa is van start sinds de inwerkingtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) op 1 oktober 2006. In deze wet staat dat NZa de volgende taken heeft:

- markttoezicht, marktontwikkeling en tarief- en prestatieregulering, op het terrein van de gezondheidszorg;
- toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld;
- toezicht op de rechtmatige afrekening van de bijdragen, nadat een verzekeraar opgehouden is zorgverzekeringen uit te voeren;
- toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering door de AWBZ-verzekeraars van de Algemene wet bijzondere ziektekosten en van hetgeen bij of krachtens die wet in de Wet financiering sociale verzekeringen is geregeld;
- toezicht op de uitvoering van de artikel 41, 42 en 43 Wmg;
- toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering door het CAK van hetgeen bij of krachtens artikel 118a van de Zorgverzekeringswet, en artikel 15 van de Wet maatschappelijke ondersteuning is geregeld.

De NZa bestaat uit de volgende organisatieonderdelen: Raad van Bestuur, directie Zorgmarkten Cure, directie Zorgmarkten Care, directie Toezicht en Handhaving, stafafdeling Ontwikkeling en stafafdeling Organisatieontwikkeling en Bedrijfsvoering.

De NZa draagt ook de zorg voor de archieven van zijn rechtsvoorgangers.

#### **Het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) / Zorgautoriteit in oprichting en rechtsvoorgangers (Zaio), 2000-2006**

Het CTG werd vanaf 2000 het *College tarieven gezondheidszorg* en werd later, in de aanloop naar de NZa het *College tarieven gezondheidszorg / Zorgautoriteit in oprichting (CTG/Zaio)* genoemd. Het CTG had Kamers per categorie van orgaan voor gezondheidszorg. De tarieven kwamen bij voorkeur tot stand in onderhandelingen tussen ziektekostenverzekeraars en organen voor gezondheidszorg. Een overeenkomst werd pas rechtsgeldig als deze door het CTG was goedgekeurd. Indien binnen het overleg tussen de verzekeraars en de organen voor gezondheidszorg geen overeenstemming werd bereikt, of indien het CTG het tarief niet kon goedkeuren, kon het CTG een tarief vaststellen. Het CTG stelde richtlijnen vast inzake de hoogte, opbouw en wijze van berekening van de tarieven.

#### **Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG), 1980-2000**

Het *Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG)* werd vanaf 1980 belast met de uitvoering van de Wet Tarieven Gezondheidszorg. Het was een publiekrechtelijke zelfstandig bestuursorgaan en viel onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie van VWS.

#### **Het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ), 1965-1979**

Het *Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ)* werd in 1965 ingesteld bij de Wet ziekenhuistarieven, en was een privaatrechtelijk orgaan (stichting). De taak van de stichting was het vaststellen van richtlijnen ten behoeve van de bepaling van de tarieven en het vaststellen van verpleegtarieven van die ziekenhuizen die het in onderling overleg niet eens werden.

#### **College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ), 2000-2006**

Bij de reorganisatie in de zorgsector tijdens het laatste decennium van de 20e eeuw was uit de toenmalige Ziekenfondsraad, naast het CVZ (zie hieronder), een ander zelfstandig bestuursorgaan ontstaan, namelijk het *College Toezicht Zorgverzekeringen*. Het CTZ was de verzelfstandigde opvolger van de *Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie*, die onderdeel was van de Ziekenfondsraad en korte tijd van het CVZ. Het College hield toezicht op de

rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten door de uitvoeringsorganen.

***Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), 1999-2000***

Vanaf 1 juli 1999 is de naam van de Ziekenfondsraad veranderd in CVZ. De Commissie toezicht uitvoeringsorganisatie (CTU) was tot 1 januari 2000 onderdeel van dit zelfstandig bestuursorgaan. Daarna is de commissie volledig verzelfstandigd onder de naam College Toezicht Zorgverzekeringen

***Ziekenfondsraad, 1949-1999***

De Ziekenfondsraad was op 1 januari 1949 opgericht. De Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie maakte onderdeel uit van dit zelfstandig bestuursorgaan en hield zich bezig met het toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten door de uitvoeringsorganen.

## **SELECTIELIJST**

### **ACTOR: NZa en rechtsvoorgangers**

#### ***RAAD VAN BESTUUR / COLLEGES***

1

Handeling	Het voeren van bestuursvergaderingen.
Periode	1949-
Product	Notulen, agenda's, besluitenlijsten, actielijsten
Opmerking	Tijdens deze vergaderingen worden o.a. informatiestatuten, bestuursreglementen, mandaatbesluiten, integriteitscodes, klachtenregelingen, besluiten afhandeling bezwaar, personeelsformaties, rechtspositie van personeel, en (beleids)regels vastgesteld. Hieronder vallen ook de vergaderingen van de Colleges van de rechtsvoorgangers van NZa en het "NZa actueel"-overleg tussen de RvB, de directeuren en de afdelingshoofden. Ook het vaststellen en invullen van de rechtspositieregelingen valt onder deze handelingen. Hieronder valt ook correspondentie tussen de Raad van Bestuur en de Colleges van de rechtsvoorgangers met de Minister onder wie Volksgezondheid ressorteert. Hieronder valt ook het selecteren van organisaties, waaruit commissieleden en leden van de Kamers gekozen kunnen worden.
Waardering	B(1,3,4,5)

2

Handeling	Het benoemen, schorsen en ontslaan van commissieleden en leden van de Kamers.
Periode	1949-
Product	Besluiten
Waardering	V 10 jaar na beëindiging dienstverband of vervanging

3

Handeling	Het vaststellen en wijzigen van statuten.
Periode	1962-
Product	Statuut
Waardering	B(5)

4

Handeling	Het sluiten van samenwerkingsprotocollen.
Periode	1949-
Product	samenwerkingsprotocollen, intentieverklaringen
Waardering	B(5)

#### ***MEDEZEGGENSCHAP***

5

Handeling	Het voeren van overleg met de Ondernemingsraad.
Periode	1950-
Product	Notulen, agenda's, besluitenlijsten
Waardering	B(5)

6

Handeling	Het adviseren van de Raad van Bestuur en het uitvoeren van instemmingsrecht.
Periode	1950-
Product	Adviezen, instemmingen
Waardering	B(5)

7  
Handeling Het organiseren van verkiezingen voor Ondernemingsraad.  
Periode 1950-  
Product Kiesregisters, kandidaatstellingen, verkiezingsuitslagen, processen-verbaal  
Waardering V 5 jaar; stembiljetten worden drie maanden na vaststelling van verkiezingsuitslag vernietigd

8  
Handeling Het opstellen van een reglement voor en een ondernemingsovereenkomst met de Ondernemingsraad.  
Periode 1950-  
Product Reglementen  
Waardering V 5 jaar na vervanging

### **ADVIES AAN RAAD VAN BESTUUR**

9  
Handeling Het voeren van overleg en het adviseren van de Raad van Bestuur door de Raad van Advies, de Adviescommissie Care, en de Adviescommissies Cure.  
Periode 1949-  
Product Notulen, agenda's, besluitenlijsten, adviezen  
Waardering B(1)

10  
Handeling Het voeren van overleg en het adviseren van de Raad van Bestuur door de Bezwarenadviescommissie en de Integriteitcommissie.  
Periode 1949-  
Product Notulen, agenda's, besluitenlijsten, adviezen  
Waardering V 10 jaar na einde dienstverband: persoonsgerelateerde documenten, zoals adviezen, besluiten en bezwaarschriften; V 10 jaar: niet persoonsgerelateerde stukken, zoals overleg door de commissies.

11  
Handeling Het behandelen van klachten over het functioneren van NZa en rechtsvoorgangers.  
Periode 1949-  
Product Klachten, besluiten  
Opmerking Klachten worden afgehandeld door een klachtenfunctionaris en de Raad van Bestuur.  
Waardering V 10 jaar

### **PRIMAIRE PROCESSEN**

#### **ALGEMEEN**

12  
Handeling Het ontwikkelen van beleid, het adviseren over beleid en het instellen en uitvoeren van beleidsonderzoek op het gebied van gezondheidszorg.  
Periode 1949-  
Product Beleidsnotities, strategie nota's, adviezen, reglementen adviescommissies, rapporten, tussenrapportages, landelijk geldende tarief- en prestatiebeschikkingen  
Opmerking Het gaat om adviezen aan de Minister onder wie Volksgezondheid ressorteert, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hieronder vallen ook uitvoeringstoetsen. Dit zijn onderzoeken die resulteren in een eindrapport en een advies.  
Waardering B(2) eindrapporten; V 10 jaar: overige documenten m.b.t. beleidsonderzoek; B(1) alle overige documenten.

13		
Handeling	Het opstellen van (beleids)regels op het gebied van gezondheidszorg.	
Periode	1949-	
Product	Beleidsregels, regels, circulaire, richtlijnen, voorschriften	
Opmerking	Inclusief juridische toets. Bijvoorbeeld een beleidsregel waarin wordt vastgesteld voor welke geneesmiddelen een budgettaire vergoeding van de inkoopkosten mogelijk is.	
Waardering	B(5)	
14		
Handeling	Het bijdragen aan en evalueren van wet- en regelgeving op het gebied van gezondheidszorg.	
Periode	1949-	
Product	Rapporten, adviezen	
Waardering	B(2)	
15		
Handeling	Het evalueren van het functioneren van de eigen organisatie.	
Periode	1949-	
Product	Rapporten	
Waardering	B(2) wettelijk verplichte evaluatieonderzoeken; V 10 jaar interne evaluatieonderzoeken	
16		
Handeling	Het toekennen van financiële steun aan zorgaanbieders.	
Periode	1962-	
Product	Besluit, notities, correspondentie	
Opmerking	Het gaat hierbij alleen om het toekennen van het recht op financiële steun. De feitelijke uitbetaling wordt door het ministerie van VWS uitgevoerd.	
Waardering	B(5)	
17		
Handeling	Het voeren van intern en regulier extern overleg.	
Periode	1949-	
Product	Notulen, agenda's, besluitenlijsten	
Opmerking	Het gaat o.a. om directieoverleg, unitoverleg, MT-overleg, technisch overleg, en overleg door werkgroepen.	
Waardering	B(1) neerslag van werkgroepen of overleggroepen waar NZa of een van haar voorgangers het secretariaat van heeft gevoerd; V 10 jaar alle overige documenten	
18		
Handeling	Het uitvoeren van projecten op het gebied van gezondheidszorg.	
Periode	2006-	
Product	PID, plannen van aanpak, (tussen)rapportages	
Opmerking	Zie handeling 12 voor projecten die leiden tot een advies of een beleidsvoorstel. Onder deze handeling vallen bijvoorbeeld implementatietrajecten en veranderingen van werkwijzen.	
Waardering	B(5) eindrapporten; V 10 jaar na beëindiging project: PID, plan van aanpak, rapportages; V 2 overige documenten	
19		
Handeling	Het ontwikkelen en evalueren van methoden en instrumenten voor toezicht en handhaving op het gebied van de gezondheidszorg.	
Periode	1949-	
Product	Handboeken, modellen, procedures, protocollen	
Opmerking	Het gaat bijvoorbeeld om protocollen, zelfevaluatieformulieren, de methode programmatisch handhaven en het RAM (Risico Analyse Model) voor zorgaanbieders.	

Waardering V 20 na vervanging

### **ADVIES EN INFORMATIEVOORZIENING**

20

Handeling Het adviseren van derden op het gebied van gezondheidszorg.  
Periode 1949-  
Product Adviezen, zienswijzen  
Opmerking Bijvoorbeeld advies over de Forensische Zorg aan het ministerie van Justitie en zienswijzen aan NMA over fusies.  
Waardering V 10 jaar

21

Handeling Het verstrekken van informatie en gegevens over het functioneren van de NZa (en haar voorgangers), en het rapporteren en signaleren van ontwikkeling op het beleidsterrein aan de Minister onder wie Volksgezondheid ressorteert.  
Periode 1949-  
Product Inlichtingen, rapporten, adviezen  
Waardering B(2) rapporten, adviezen; overige stukken V 10 jaar

22

Handeling Het geven van specifieke voorlichting aan zorgaanbieders, ziektekostenverzekeraars, zorgkantoren en consumenten en het verstrekken van specifieke informatie en gegevens aan derden.  
Periode 1949-  
Product Voorlichtingsmateriaal, inlichtingen  
Opmerking O.a. aan het College zorgverzekeringen, het College bouw, het Centrum Zorg en Bouw van TNO, het College sanering, het Staatstoezicht op de volksgezondheid, de Nederlandse Mededingingsautoriteit, de Nederlandsche Bank, de Stichting Autoriteit Financiële Markten, het College bescherming persoonsgegevens, de Consumentenautoriteit, de FIOD-ECD, de Gezondheidsraad, het Rijksinstituut voor de volksgezondheid en milieu, de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, de Raad voor gezondheidsonderzoek, het Centraal Planbureau, het Centraal Bureau voor de Statistiek, het Sociaal Cultureel Planbureau, en het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg.  
Waardering V 5 jaar

### **TOEZICHT, TOETSING, ONDERZOEK EN HANDHAVING**

23

Handeling Het toezien op de naleving van wet- en regelgeving en het uitvoeren van markttoezicht en transparantietoezicht op het gebied van gezondheidszorg.  
Periode 1949-  
Product Besluiten, rapporten  
Opmerking Het gaat o.a. om het behandelen van zaken betreffende aanmerkelijke marktmacht, het beoordelen van (gewijzigde) modelovereenkomsten, modelpolissen, en vereveningsinformatie van ziektekostenverzekeraars, en het beoordelen van statuten en uitvoeringsverslagen. Hieronder valt ook het analyseren van signalen en het instellen en uitvoeren van onderzoek naar zorgaanbieders, ziektekostenverzekeraars en zorgkantoren. Zie handeling 28 voor het uitvoeren van strafmaatregelen.  
Waardering B(5) besluiten aanmerkelijke macht en rapporten op basis waarvan deze besluiten zijn genomen; V 10 jaar alle overige documenten

24

Handeling Het afhandelen van de budgetcyclus.  
Periode 1962-  
Product Besluiten, rekenstaten

Opmerking Het gaat o.a. om het beoordelen van aanvragen, het vaststellen van en het toetsen aan (wijzigingen in) tarieven, tariefruimte, contracteerruimte, prestatiebeschrijvingen en budgetten, budgettaire vergoedingen, en nacalculaties van zorgaanbieders. Hieronder valt ook het beoordelen van statuten, jaarrekeningen, jaarverslagen, en uitvoeringsverslagen van zorgaanbieders, ziektekostenverzekeraars en zorgkantoren.

Waardering V 10 jaar na wijziging of intrekking

25

Handeling Het monitoren van zorgmarkten.  
Periode 2006-  
Product Onderzoeksrapporten  
Opmerking Het gaat om het monitoren van algemene trends en niet om onderzoeken naar specifieke organisaties.  
Waardering B(2)

26

Handeling Het uitvoeren van toezichts- en handhavingsmaatregelen t.a.v. zorgaanbieders, ziektekostenverzekeraars en zorgkantoren.  
Periode 1949-  
Product Correspondentie, publicaties  
Opmerking Het gaat o.a. om aanwijzingen, normoverdragende brieven, lasten onder dwangsom of bestuursdwang, publicaties van begane overtredingen, en bestuurlijke boetes. Hieronder vallen ook het opleggen van verplichtingen en het verlenen van ontheffingen. Het geven van bindende advies m.b.t. klachten over zorgaanbieders, ziektekostenverzekeraars en zorgkantoren valt ook onder deze handeling. Zie handeling 25 voor het nemen van het besluit tot het nemen van maatregelen.  
Waardering V 10 jaar

## **RECHTSBESCHERMING**

27

Handeling Het beoordelen en behandelen van bezwaarschriften van zorgaanbieders, ziektekostenverzekeraars en zorgkantoren en het voeren van verweer in (hoger) beroepszaken.  
Periode 1949-  
Product Bezwaarschriften, beroepschriften, adviezen, besluiten, uitspraken  
Opmerking Bijvoorbeeld bezwaar tegen besluiten over tarieven, prestatiebeschrijvingen, handhavingsbesluiten en WOB-besluiten. Hieronder vallen ook de door de rechter getroffen voorlopige voorzieningen.  
Waardering B(5) precedenten; V 20 jaar na onherroepelijke uitspraak of beëindigen zaak alle overige neerslag

28

Handeling Het behandelen van WOB-verzoeken.  
Periode 1949-  
Product WOB-verzoeken, besluiten  
Waardering V 10 jaar

## **COMMUNICATIE**

29

Handeling Het verzorgen van de algemene interne en externe communicatie.  
Periode 1949-  
Product Folders, brochures, persberichten, speeches, presentaties, personeelsblad  
Opmerking Het gaat o.a. om publieks- en persvoorlichting, het verzorgen van de woordvoering naar buiten, het begeleiden van externe optredens, het redigeren

van publicaties, het beheren van en leveren van content voor de NZa website en intranet, het verzorgen van knipselkrant.

Waardering B(5) externe publicaties, folders, brochures en personeelsblad één exemplaar van het eindproduct; V 5 jaar overige neerslag

30

Handeling Het ontwikkelen en beheren van de huisstijl.

Periode 1949-

Product Huisstijlboeken, sjablonen, handleidingen

Waardering V 5 jaar na vervanging

## **BEDRIJFSVOERING**

### **ALGEMEEN**

31

Handeling Het ontwikkelen en evalueren van bedrijfsvoeringsbeleid, het geven van bedrijfsvoeringsadvies, en het instellen en uitvoeren van bedrijfsvoeringsonderzoek.

Periode 1949-

Product Notities, adviezen, rapporten

Waardering V 10 jaar

32

Handeling Het opstellen van bedrijfsvoeringsregels.

Periode 1949-

Product Regels, reglementen, richtlijnen

Waardering V 10 jaar na vervanging of intrekking

33

Handeling Het ontwikkelen van bedrijfsvoeringsinstrumenten.

Periode 1949-

Product Handboeken

Waardering V 10 jaar na vervanging

### **PERSONEEL**

34

Handeling Het werven en selecteren van personeel.

Periode 1949-

Product Vacatureteksten, assessmentrapporten, sollicitatiebrieven

Waardering V 1 maand na afwijzing: sollicitatiebrieven van afgewezen kandidaten; (Sollicitatiebrieven worden met toestemming van de afgewezen kandidaat 1 jaar na beëindiging van de sollicitatieprocedure vernietigd); V 3 jaar overige neerslag

35

Handeling Het uitvoeren van personeelsbeleid t.a.v. de in-, door- en uitstroom van personeel.

Periode 1949-

Product Aanstellingsakten, ontslagbrieven, verslagen, plannings-, functionerings-, en beoordelingsformulieren, loopbaanformulieren, strafmaatregelen

Opmerking Het gaat o.m. om het beoordelen, belonen, ontwikkelen, opleiden van personeel en het opleggen van disciplinaire straffen.

Waardering V 10 jaar na beëindiging dienstverband

36

Handeling Het verlenen van (bijzonder) verlof en het vergoeden van (reiskosten)declaraties en studiekosten.

Periode 1949-  
Product Besluiten  
Waardering V 5 jaar

37

Handeling Het beheersen van kortdurend ziekteverzuim.  
Periode 1949-  
Product Betermeldingen, probleemanalyses, plannen van aanpak, medische verslagen  
Waardering V 5 jaar

38

Handeling Het beheersen van langdurig ziekteverzuim.  
Periode 1949-  
Product Probleemanalyses, plannen van aanpak, medische verslagen, betermeldingen, UWV-meldingen en -aanvragen  
Waardering V 2 jaar na beëindigen dienstverband

39

Handeling Het adviseren over en het nemen van maatregelen t.a.v. arbeidsrisico's.  
Periode 1949-  
Product Rapporten, maatregelen  
Opmerking Bijvoorbeeld het uitvoeren werkplekonderzoeken en het coördineren van Arbo-activiteiten.  
Waardering V 10 jaar

#### **FINANCIEN EN CONTROL**

40

Handeling Het beheren van de financiële en de salarisadministratie.  
Periode 1949-  
Product Facturen, bankafschriften, betaalopdrachten, banklijsten  
Waardering V 10 jaar

41

Handeling Het afdragen van ingevorderde dwangsommen en bestuurlijke boetes.  
Periode 1949-  
Product Financiële bescheiden  
Opmerking Aan het Rijk, het Zorgverzekeringsfonds of aan het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.  
Waardering V 10 jaar

42

Handeling Het uitvoeren van de planning en control-cyclus.  
Periode 1949-  
Product Reviews, werkprogramma's, begrotingen, meerjarenramingen, jaarverslagen, jaarrekeningen, accountantsverklaringen  
Opmerking Zie handeling 1 voor het vaststellen van de producten.  
Waardering V 3 jaar managementinformatie

#### **INKOOP**

43

Handeling Het inkopen van diensten en goederen.  
Periode 1949-  
Product Overeenkomsten, contracten, offertes, gunningsbrieven, aanbestedingsdocumenten (o.a. bestek)  
Waardering V 12 jaar Europese aanbestedingen; V 1 jaar afgewezen biedingen; V 10 jaar na afloop overige neerslag

## **HUISVESTING**

44

Handeling Het (ver)huren en (ver)kopen van vastgoed.  
Periode 1949-  
Product Eigendomsbescheiden, huurcontracten  
Waardering V 10 jaar na verkoop of beëindiging van huur

45

Handeling Het realiseren van nieuwbouw en verbouw van vastgoed.  
Periode 1949-  
Product Tekeningen, agenda's, verslagen van bouwvergaderingen  
Waardering V 10 jaar

## **INFORMATIEMANAGEMENT**

46

Handeling Het ontwikkelen van informatiesystemen, applicaties en technische architectuur.  
Periode 1949-  
Product Handleidingen  
Opmerking Om te kunnen zorgen dat te bewaren digitale documenten blijvend geraadpleegd kunnen worden in het systeem waarin ze zijn opgeslagen, is het van belang dat ook de bij het systeem behorende documenten, zoals handleidingen, worden bewaard.  
Waardering B(5) vastgestelde handleiding; V 5 jaar na vervanging overige neerslag

47

Handeling Het beheren en exploiteren van informatiesystemen, applicaties en technische architectuur.  
Periode 1949-  
Product Bestelformulieren, wijzigingsverzoeken  
Waardering V 5 jaar

## **DOCUMENTAIRE INFORMATIEVOORZIENING**

48

Handeling Het uitvoeren van de archieffunctie.  
Periode 1949-  
Product Verklaringen, processen verbaal, inventarissen, vernietigingslijsten, selectielijsten, documentair structuurplannen, DIV handboeken  
Opmerking Het gaat o.a. om het beheren van archiefbescheiden, het bewerken en inventariseren van archiefbescheiden, en het ontwikkelen, vaststellen en beheren van archiefbeheersinstrumenten.  
Waardering B(5) inventarissen, vernietigingslijsten, verklaringen en processen verbaal m.b.t. substitutie, vernietiging, overdracht en overbrenging, één exemplaar van alle documentair structuurplannen, selectielijsten; V 5 jaar overige documenten

## **BIBLIOTHEEK**

49

Handeling Het beheren van de bibliotheek.  
Periode 1949-  
Product Rappellijsten, thesauri  
Waardering V 5 jaar (thesauri na vervanging)

## **GERAADPLEEGDE BRONNEN**

De handelingen zijn o.a. geformuleerd op basis van informatie die is verkregen tijdens interviews met medewerkers van NZa.

## **RELEVANTE WET- EN REGELGEVING**

De volgende juridische bronnen zijn o.a. geraadpleegd:

- Besluit organisatie, mandaat, volmacht en machtiging NZa 2007 (Stcrt. 2007, 202)
- Wet marktordening gezondheidszorg (Stb. 2006, 415)
- Zorgverzekeringswet (Stb. 2005, 358)
- Wet tarieven gezondheidszorg (Stb. 1980, 646)
- Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Stb. 1967, 617)
- Wet ziekenhuistarieven (Stb. 1965, 190)
- Ziekenfondswet (Stb. 1964, 392)
- Ziekenfondsbesluit (Verordeningenblad 1941, 160)

## CONCORDANS

De volgende handelingen uit het BSD *Vaststelling tarieven in de gezondheidszorg vanaf 1945* (Stcrt. 2007, 222) worden ingetrokken voor de actoren CTG, COTG en COZ (rechtsvoorgangers van NZa).

<b>Handeling selectielijst Vaststelling van de tarieven in de gezondheidszorg</b>	<b>Actor selectielijst Vaststelling van de tarieven in de gezondheidszorg</b>	<b>Handeling Selectielijst van de Nederlandse Zorgautoriteit en rechtsvoorgangers</b>	<b>Opmerking</b>
54	COZ	1 en 17	Opgesplitst
55	COZ	24	
56	COZ	20	
57	COZ	13	
58	COZ	27	
59	COTG	35	
60	COTG	2	
61	COTG	1	
62	COTG	1	
63	COTG	1	
64	COTG	32	
65	COTG	42	
66	COTG	42	
67	COTG	31	
68	COTG	32	
69	COTG	1 en 17	Opgesplitst
70	COTG	13	
71	COTG	23	
72	COTG	13	
73	COTG	23	
74	COTG	12 en 20	Opgesplitst
75	COTG	24	
76	COTG	27	
77	COTG	31	
78	COTG	1	
79	CTG	35	
80	CTG	32	
81	CTG	2	
82	CTG	1	
83	CTG	1	
84	CTG	1	
85	CTG	32	
86	CTG	42	
87	CTG	42	
88	CTG	42	
89	CTG	42	
90	CTG	32	
91	CTG	31	
92	CTG	23	
93	CTG	1 en 17	Opgesplitst
94	CTG	13	
95	CTG	13	
96	CTG	13	
97	CTG	13	
98	CTG	21	
99	CTG	14, 15, 19 en 31	Opgesplitst

100	CTG	22	
101	CTG	23	
102	CTG	13	
103	CTG	15	
104	CTG	23	
105	CTG	12 en 20	Opgesplitst
106	CTG	24	
107	CTG	27	