

Vergaderjaar 2005–2006

30 186

Regels inzake marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg (Wet marktordening gezondheidszorg)

Nr. 8

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 9 december 2005

Met grote belangstelling heb ik kennis genomen van het verslag van de leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het voorstel van wet houdende regels inzake marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg (Wet marktordening gezondheidszorg).

Met genoegen constateer ik op vele punten steun voor dit voorstel. De verschillende fracties hebben op belangrijke onderdelen echter ook aarzelingen. Ik hoop dat mijn antwoorden deze wegnemen. Bij de beantwoording van de vragen volg ik zoveel mogelijk de hoofdstukindeling van het verslag. Gezien de vele vragen daarover, zet ik echter eerst meer in het algemeen de taken van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de minister nog eens op een rij.

Deze nota gaat vergezeld van een nota van wijziging met toelichting.

INHOUD

blz.

Algemeen	2
1. Inleiding	9
2. Achtergrond wetsvoorstel	27
3. Bijzonderheid zorgmarkten	30
4. Bundelen toezicht	35
5. Sectorspecifiek markttoezicht	37
6. Toezicht uitvoering verzekeringswetten	52
7. Rolverdeling minister van VWS en zorgautoriteit	54
8. Verhouding zorgautoriteit tot andere regulators en toezichthouders	58
9. De Nederlandse Zorgautoriteit	66
10. Gevolgen voor betrokken partijen	72
11. Informatievoorziening	75
12. Administratieve lasten	77
13. Artikelsgewijs	83

ALGEMEEN

De leden van de verschillende fracties vinden goed toezicht van groot belang voor een goed functionerend zorgstelsel. Voor de leden van de CDA-fractie is goed toezicht alléén echter niet voldoende. Voor hen is ook belangrijk dat het nieuwe stelsel meer prikkels voor verzekeraars en aanbieders bevat dan het huidige om hun «klanten» goed te bedienen. Voor de leden van de fractie van de PvdA staat voorop dat goed toezicht moet leiden tot de best mogelijke prijs-kwaliteitverhouding van zorg voor patiënten. Zij zien de NZa als een bondgenoot, die naar hun mening volledig ten dienste zou moeten staan van het bereiken van optimale uitkomsten voor patiënten en verzekerden. De leden van de VVD-fractie merken op dat goed en helder toezicht nodig is, maar zich ook moet beperken. Dat geldt zowel voor het aantal toezichthouders als de punten waarop toezicht wordt gehouden. De leden van de SP-fractie hebben dit wetsvoorstel niet juichend ontvangen, omdat zij dit zien als sluitstuk om de marktwerking definitief in te kunnen voeren in de gezondheidszorg. Uit hun vragen blijkt echter dat zij een krachtige toezichthouder voorstaan die de belangen van de patiënt en verzekerde voorop stelt.

Voordat ik hierop inga geef ik een beeld van het toezicht op zorgverzekeraars vóór en na de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel. Veel ziekenfondsen maken deel uit van concerns waarin ook particuliere ziektekostenverzekeraars zitten. Omdat de Zorgverzekeringswet (Zvw) op privaatrechtelijke leest is geschied, hebben alle zorgverzekeraars te maken met De Nederlandsche Bank (DNB; vergunning en solvabiliteit), de Autoriteit Financiële Markten (AFM; gedragstoezicht) en de NMa (algemeen mededingingstoezicht). Het hier bedoelde toezicht is de voormalige ziekenfondsen dus niet helemaal onbekend.

Overzicht 1. Toezicht op zorgverzekeraars vóór en na inwerkingtreding WMG

Zorgverzekeraar	tot en met 2005	2006 (na inwerkingtreding WMG)
Voormalig ziekenfonds (incl. zorgkantoor)	<ul style="list-style-type: none">– CVZ (toelating, financiering, verevening, advisering klachten verzekerden)– CTZ (toezicht Zfw en AWBZ, solvabiliteit)– CTG (tariefvaststelling zorginkoop)	<ul style="list-style-type: none">– CVZ (verevening, advisering klachten verzekerden)– NZa (toezicht Zvw en AWBZ, tariefvaststelling zorginkoop <i>plus</i> markt maken)
Particuliere ziektekostenverzekeraar (incl. zorgkantoor)	<ul style="list-style-type: none">– SUO (omslagregelingen WTZ en MOOZ)–– CTZ (toezicht AWBZ)– CTG (tariefvaststelling zorginkoop)	<ul style="list-style-type: none">–– CVZ (verevening, advisering klachten verzekerden)– NZa (toezicht Zvw en AWBZ, tariefvaststelling zorginkoop <i>plus</i> markt maken)

CVZ: College voor zorgverzekeringen

CTZ: College van toezicht op de zorgverzekeringen

CTG: College tarieven gezondheidszorg

SUO: Stichting uitvoering omslagregelingen

Ik onderschrijf de opvatting dat goed toezicht alleen niet voldoende is. De prikkels die het systeem biedt dwingt verzekeraars en aanbieders tot kwalitatief, innovatief, klantvriendelijk en efficiënt handelen, zodat de consument optimaal wordt bediend tegen een redelijke prijs. Een goed toegeruste toezichthouder bewaakt en stimuleert dit. De leden van de PvdA-fractie hebben de indruk dat de scheidsrechter (de NZa), pas in een zeer laat stadium van de wedstrijd het veld op wordt gestuurd. Dat is volgens hen onwenselijk en een nadeel van de haast waarmee het stelsel is veranderd. Ook ik had liever gezien dat dit wetsvoorstel op 1 januari 2006 in werking had kunnen treden. Ik heb echter bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in het parlement verschillende keren uiteengezet waarom de start van de NZa geen voorwaarde is om de Zvw in te kunnen voeren. Ook heb ik gezegd dat ik geen verdere stappen op de

weg naar meer marktwerking zal zetten, voordat dit wetsvoorstel kracht van wet heeft gekregen. Vanwege het belang dat de leden van de verschillende fracties net als ik hechten aan een goede regeling van het toezicht, vind ik het alleszins begrijpelijk dat gekozen is voor een zorgvuldige behandeling van dit wetsvoorstel. Ik deel de mening van de PvdA-fractieleden dat de NZa belangrijk is voor het goed functioneren van het zorgstelsel. Zij moet terughoudend zijn waar mogelijk; waar nodig moet zij streng en effectief kunnen optreden. Daarom biedt dit wetsvoorstel de NZa verschillende instrumenten. Het gebruik daarvan kan zij toesnijden op de situatie. Op deze wijze heeft de NZa alles in zich om een succesvolle bondgenoot te zijn.

De leden van de fracties van de PvdA en van de VVD zijn beducht dat de NZa te veel verschillende taken en bevoegdheden krijgt. De NZa krijgt inderdaad een veelomvattende taak, al is het aantal echt nieuwe elementen daarin beperkt. De zorgsector zit niet eenvoudig in elkaar. De zorginkoopmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorgverleningsmarkt zijn nauw met elkaar verbonden en beïnvloeden elkaar sterk. Dat vereist een toezichthouder waarin de verschillende aspecten van het toezicht vanuit een integrale visie kunnen worden benaderd. De NZa krijgt één «pet» en een instrumentarium dat voldoende divers is om haar opdracht goed te kunnen vervullen. De verschillende bevoegdheden zitten elkaar niet in de weg, zoals de leden van de VVD-fractie vrezen, maar vullen elkaar aan. Ik ben dan ook niet bang voor een rolconflict of aantasting van de onafhankelijkheid, op het gevaar waarvan de leden van de PvdA-fractie in een van hun vragen wijzen. De rol van de NZa is tarieven vast te stellen en te bewaken dat de zorgmarkten op gang komen en functioneren en dat de verzekeringswetten goed worden uitgevoerd. De onafhankelijkheid van de NZa is geborgd door haar status als zelfstandig bestuursorgaan (zbo), waardoor politieke beïnvloeding in individuele gevallen niet kan plaatsvinden. Tegelijkertijd is de beleidsvrijheid van de NZa beperkt tot het uitvoerende niveau. Ik kom hierop later meer uitgebreid terug.

Ik ben het met de leden van de VVD-fractie eens dat er niet meer toezicht moet zijn dan nodig is. Dat is één van de redenen waarom het CTG en het CTZ worden samengevoegd en opgaan in één nieuwe toezichthouder. Er komt dus één toezichthouder minder. De zorgsector blijft niettemin ook te maken hebben met andere toezichthouders. Dit was het dilemma waar de regering voor stond bij de vormgeving van dit wetsvoorstel. Moet alle denkbare toezicht bij één instantie worden ondergebracht met alle machtsconcentratie en nieuwe afstemmingsproblemen van dien? Of is het beter de toezichthouder een samenhangend takenpakket te geven dat specifiek gericht is op de zorgsector, en het algemene toezicht te laten aan de bestaande functionele toezichthouders? De regering meent een goede balans te hebben gevonden door daar waar een zorgspecifieke benadering nodig is, de NZa met het toezicht te belasten, en daar waar dat niet nodig is het functionele toezicht van andere toezichthouders voorrang te geven. Zo is het advies van de Raad van State gevolgd om het toezicht op ziektekostenverzekeraars op grond van de Wet financiële dienstverlening (WFD) bij de AFM te laten en niet deels onder te brengen bij de NZa, zoals aanvankelijk was voorgenomen.

Dit wetsvoorstel staat niet op zichzelf. Het is onderdeel van een reeks aanpassingen van het zorgstelsel die alle tot doel hebben het stelsel beter te laten functioneren. Betere service en kwaliteit, meer innovatie, efficiëntere zorgprocessen, een betere relatie tussen prijs, prestatie en kwaliteit, meer transparantie en meer waar voor je geld. Patiënten en verzekerden die dat willen moeten kunnen kiezen bij welke zorgaanbieder zij het beste terecht kunnen, met welke verzekeraar zij in zee willen gaan en welke polis voor hen het meest geschikt is. Patiënten en verzekerden,

zorgaanbieders en verzekeraars krijgen meer ruimte én meer verantwoordelijkheid om te kiezen voor de beste oplossing. De overheid borgt de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Overstappen naar meer marktwerking in de zorg gebeurt niet van vandaag op morgen. Op de zorginkoopmarkt bijvoorbeeld is weliswaar een begin gemaakt, maar op het overgrote deel van die markt is nog sprake van overheidssturing. Zo reguleert de overheid de tarieven voor negentig procent van de ziekenhuiszorg. Ditzelfde geldt voor de gehele AWBZ-zorg en voor het grootste deel van de eerstelijns zorg. Zoals ik in de memorie van toelichting aangaf verwacht de regering dat gedurende langere tijd een gemengd systeem nodig zal zijn. Aan de ene kant deelmarkten met centrale aanbodsturing en tariefregulering, aan de andere kant deelmarkten met vrije prijzen en vrije toetreding tot de markt en daar tussenin verschillende combinaties hiervan. Ook kan op sommige deelmarkten centrale sturing nodig blijven. Dit vergt een toezichthouder die «van alle markten thuis» is.

Hoofdpijnen markttoezicht in de zorg

De minister van VWS bepaalt in samenspraak met het parlement de publieke belangen in de gezondheidszorg. Hij legt in wet- en regelgeving zoals de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de kwaliteitswetgeving de publieke belangen vast en bepaalt ook de wijze waarop die publieke belangen gewaarborgd moeten worden. Marktwerking (meer of minder gereguleerd) is één van de mechanismen om deze publieke belangen te realiseren. Een sterke markt vergt echter ook een sterke overheid. Een van de instrumenten om de publieke belangen te borgen is het markttoezicht.

De Mededingingswet regelt het algemene mededingingstoezicht in Nederland; de NMa ziet toe op de naleving van de Mededingingswet. De Mededingingswet geldt voor alle sectoren van de Nederlandse economie, dus ook voor de zorgsector. Het toezicht van de NMa is gericht op het in stand houden van effectieve concurrentie. De NMa ziet er op toe dat marktpartijen de ruimte voor mededinging niet «dichttimmeren» door bijvoorbeeld onderlinge prijsafspraken te maken of hun economische machtspositie te misbruiken. De NMa is een zelfstandig bestuursorgaan (zbo) dat valt onder de verantwoordelijkheid van de minister van Economische Zaken.

In de zorgsector worden in meer of mindere mate elementen van marktwerking in het systeem gebracht, maar helder is dat in veel gevallen markten nog op gang moeten komen (transitiemarkten). Om die markten op gang te krijgen wordt een sectorspecifieke markttoezichthouder opgericht: de NZa.

Kern van de relatie tussen de minister en de NZa is dat de minister, in samenspraak met het parlement, het beleid bepaalt en de kaders en grenzen vaststelt. Daarbinnen voert de NZa het toezicht onafhankelijk uit. De NZa «gaat» daarbij over individuele gevallen. Indien de toezichthouder buiten zijn grenzen gaat dan zet de minister zijn sturingsinstrumenten in. Mocht de toezichthouder ongewenste beleidsvrijheid nemen door «fouten» in het systeem dan wijzigt de minister waar nodig in overleg met het parlement het systeem.

Naast de NMa en de NZa zijn nog enkele andere toezichthouders en uitvoeringsorganen actief in de zorgsector. Daarop kom ik terug bij de beantwoording van de vragen daarover.

Hieronder schets ik in het bijzonder:

- de rolverdeling tussen minister en de belangrijkste markttoezichthouders in de zorg;
- de taken en bevoegdheden van de markttoezichthouders;
- de voorspelbaarheid van het gedrag van de NZa.

Markttoezicht in de zorg: wie doet wat?

Het volgende overzicht geeft de rolverdeling weer tussen de minister en de NZa en NMa. Daarna volgt een hierop toelichting.

Overzicht 2. Rolverdeling minister, NZa en NMa

Minister	NZa		NMa	
	algemeen	uitsluitend zorginkoopmarkt		
		gereguleerde tarieven		vrije tarieven
Bepaalt in samenspraak met parlement publieke belangen in de zorg	Monitort marktgedrag partijen op alle zorgmarkten	Stelt prestatiebeschrijvingen vast	Stelt prestatiebeschrijvingen vast	Handhaaft Mededingingswet: <ul style="list-style-type: none"> – beoordeelt fusies – handhaaft verbod op misbruik economische machtspositie – handhaaft kartelverbod
Bepaalt wijze van borging door vaststellen mix van regulering en marktwerking: <ul style="list-style-type: none"> – wel/geen tariefregulering – type tariefregulering – wel/geen toetredingsregulering 	Kan generieke (gedrags-)regels opleggen over: <ul style="list-style-type: none"> – contractvoorwaarden (alleen bij zorginkoop) – administratie – transparante consumenteninformatie 	Stelt tarieven vast op die deelmarkten waarvoor minister heeft vastgesteld dat tarieven gereguleerd zijn (incl. uitwerking experimenten op aanwijzing minister)	Kan verplichting opleggen aan partij met aanmerkelijke marktmacht inzake bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> – openbaar aanbod – non-discriminatie – geen koppelverkoop – onderlinge levering van diensten – kostentoerekening 	
Beoordeelt functioneren NZa (toezichtvisie). Kernpunten: <ul style="list-style-type: none"> – risicoanalysemodel in plaats van integrale controle – beperken administratieve lasten 	Ziet toe op: <ul style="list-style-type: none"> – rechtmatige uitvoering Zvw – recht- en doelmatige uitvoering AWBZ 			
Stuurt NZa aan: <p><i>beleidsmatig</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – kan aanwijzing geven over inhoud regels – kan aanwijzing geven over inhoud beleidsregels – vaststellen informatiestatuut <p><i>beheersmatig</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – benoemen bestuur – goedkeuren bestuursreglement – goedkeuren jaarplan en jaarverantwoording – regels inzake jaarplan en jaarverantwoording – recht op informatie <i>sancties (uiterste middel)</i> – kan aanwijzing geven over werkwijze en taakuitoefening – kan besluiten ter vernietiging voordragen aan de Kroon – kan tijdelijke voorziening treffen bij taakverwaarlozing door NZa 	Adviseert: <ul style="list-style-type: none"> – minister over marktregulering en marktordering – NMa over onderzoek naleving kartelverbod en misbruik economische machtspositie op basis van marktmonitor 			

De minister bepaalt de marktordening

Ik bepaal het beleid en de kaders en daarbinnen voert de NZa het toezicht uit. Het toezichtbeleid is geënt op de visie van de minister op de marktordening en de daarbij behorende regimes. Ik bepaal in welke mate op deelmarkten marktwerking aan de orde is. Ik leg dat neer in beleidsvisies zoals de beleidsvisie acute zorg, de beleidsvisie eerstelijnszorg en via de verzekeringswetten (Zvw en AWBZ) op de verzekeringsmarkt. Tevens bepaal ik welke instrumenten de toezichthouder heeft om de gemaakte keuzes in de marktordening te operationaliseren. Deze instrumenten zijn in het wetsvoorstel vastgelegd.

De minister geeft aan wat hij belangrijk vindt in de wijze waarop de NZa toezicht houdt

Ik heb de wijze waarop ik de NZa toezicht wil zien houden neergelegd in een algemene toezichtvisie voor de NZa. Kern daarvan is dat ik niet op alles permanent toezicht wil laten houden, maar marktpartijen ruimte wil geven én het vertrouwen dat zij die ruimte zelf kunnen invullen. Belangrijk onderdeel is het gebruik van een risicoanalysemodel dat zicht geeft op de risico's van onder meer marktwerking en realisatie van de publieke belangen. Het model bepaalt hoe de NZa haar taken nader invult en welke prioriteit haar werkzaamheden hebben. Dit leidt tot bijvoorbeeld gerichte inzet van mensen en middelen op risicogebieden. Ik «stuur» deze prioritering door goedkeuring van het jaarlijkse werkprogramma van de NZa. Het vooraf wegen van risico's leidt ook tot een gerichte informatievraag aan marktpartijen en voorkomt onnodige informatiebelasting. Dit wetsvoorstel regelt ook dat onnodige informatiebelasting wordt voorkomen door de toezichthouders te laten samenwerken (via samenwerkingsafspraken) en binnen wettelijke grenzen van elkaars gegevens gebruik te laten maken.

De minister stuurt de NZa aan

Zoals beschreven behoort de bepaling van de publieke belangen in de zorg tot het primaat van de politiek. De NZa opereert in dat geheel als een uitvoerder van de politieke keuzen. Ik heb een aantal wettelijke bevoegdheden met betrekking tot de sturing van de NZa (zie overzicht 2). Allereerst zijn deze bevoegdheden van beleidsmatige aard, waarbij ik de kaders stel voor de taakuitoefening voor de NZa. De uitvoering binnen die kaders door de NZa kan ik vervolgens bijsturen via bijvoorbeeld de benoeming van het bestuur, de mogelijkheid om regels te stellen ten aanzien van het jaarplan en de jaarverantwoording en een aantal goedkeuringsbevoegdheden (bestuursreglement, jaarplan en dergelijke). Mocht de toezichthouder toch ongewenst gedrag vertonen en buiten zijn boekje gaan, dan heb ik nog een aantal sanctiemogelijkheden ten aanzien van het gedrag van de NZa. Het spreekt voor zich dat ik deze sancties alleen in uiterste noodzaak inzet.

Individuele besluitvorming door de NZa vindt onafhankelijk van politieke organen plaats. Dat borgt consistentie en rechtszekerheid van toezicht voor marktpartijen. De rechter oordeelt desgevraagd of de toezichthouder de gegeven kaders juist toepast in een individueel geval. Mochten weef fouten in het systeem zelf aan de orde zijn dan kan de minister in samenspraak met het parlement het systeem aanpassen.

Rol van de NMa

De NMa houdt toezicht op naleving van de Mededingingswet. Concreet gaat het om:

- handhaving van het kartelverbod (verbod op afspraken en/of afgestemde gedragingen die de concurrentie belemmeren);
- handhaving verbod op misbruik van een economische machtspositie;
- beoordeling en vergunningverlening bij fusies tussen ondernemingen boven een bepaalde omzetrempel.

De instrumenten van de NMa, met uitzondering van de fusietoets, zijn vooral ex-post instrumenten. Pas als partijen zich hebben misdragen, kan de NMa ingrijpen. In aanvulling op dit generieke, ex-post mededingingstoezicht kan het bij startende markten nodig zijn om een steviger instrumentarium te hebben, dat de mogelijkheid geeft preventief verplichtingen op te leggen. Dit alles gericht op het op gang brengen van markten. Partijen hoeven zich nog niet te hebben misdragen om toch al gedragsregels op te leggen. Deze aanvulling op het generieke toezicht is bij de NZa gepositioneerd.

Rol van de NZa

Het eerder gepresenteerde overzicht geeft uitgebreid weer welke toezichten interventie-instrumenten de NZa tot haar beschikking heeft.

Om markten op gang te brengen kan de NZa *generieke regels* stellen. Het gaat om regels over:

- de totstandkoming van overeenkomsten en voorwaarden daarin (alleen zorginkoopmarkt);
- transparante consumenteninformatie (zorgverzekeringsmarkt en zorgverleningsmarkt);
- de administratie van partijen (denk aan kostprijsmodellen).

Gezien de ingrijpende gevolgen die deze regels kunnen hebben voor betrokken marktpartijen, is het gebruik van de regels geclausuleerd: alleen wanneer de NZa algemene, structurele marktbelemmeringen constateert, kan zij ingrijpen door alle aanbieders of alle verzekeraars op de desbetreffende deelmarkt op de genoemde onderwerpen verplichtingen op te leggen die de concurrentie bevorderen. De NZa dient zoveel mogelijk een gelijk speelveld te creëren. Dit houdt in dat zij bij het stellen van algemene regels geen onderscheid maakt tussen ondernemingen die op dezelfde deelmarkt opereren. Bijvoorbeeld regels over de manier waarop overeenkomsten op de zorginkoopmarkt tot stand komen.

Aanvullend op bovenstaande generieke bevoegdheden beschikt de NZa op zorginkoopmarkten waar sprake is van vrije prijsvorming over een extra instrument. Indien op dergelijke markten één of enkele partijen zodanige marktmacht hebben dat deze het op gang komen van de markt verhinderen, kan de NZa aan de desbetreffende partij *specifieke verplichtingen* opleggen. Dit is het in overzicht 2 bedoelde instrumentarium inzake aanmerkelijke marktmacht. Vanzelfsprekend dient de NZa hierbij een zorgvuldige procedure te doorlopen. Zij zal de relevante markt moeten afbakenen en aantonen dat de betreffende partij zich onafhankelijk van die markt kan gedragen en daardoor de beoogde marktwerking kan verstoren. Alleen in dat geval kan de NZa specifieke verplichtingen opleggen aan een individuele marktpartij. Zowel algemene als specifieke verplichtingen moeten proportioneel zijn, dit wil zeggen: passend naar aard en inhoud. Ook mogen verplichtingen niet langer gelden dan nodig is. Tegen de interventie van de NZa kan door de betrokken partij beroep worden aangetekend bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) als die partij vindt dat de NZa onzorgvuldig met dit instrument omgaat. De NZa houdt in deelmarkten met vrije prijsvorming toezicht op het *gedrag* van marktpartijen.

Dit wil zeggen dat de toezichthouder alleen ingrijpt om het proces van marktwerking op gang te brengen, dan wel om marktbelemmeringen weg

te nemen of te voorkomen. Op zorgmarkten waar (nog) geen liberalisering mogelijk is, intervenueert de NZa echter op marktuitkomsten, bijvoorbeeld door de prijs vast te stellen. Dit is de in overzicht 2 genoemde tariefregulering. Dit is een veel directere ingreep in het economische proces die op deelmarkten met vrije tarieven niet meer tot de mogelijkheden behoort. Tariefregulering voorkomt niet alleen nadelige uitkomsten door marktperfecties, maar regelt ook de beschikbare capaciteit en de budgettering van instellingen vanuit macrobudgettaire doelstellingen. Wat betreft de tariefregulering is overigens van belang dat de minister en niet de NZa beslist om tarieven al of niet te reguleren en welke tariefsoort nodig is (bijvoorbeeld maximum of vast tarief). Ook andere reguleringsbevoegdheden van de NZa (zoals over transparante consumenteninformatie en contractvoorwaarden) zijn wettelijk begrensd.

De NZa kan de NMa adviseren onderzoek te doen naar mogelijke overtredingen van de Mededingingswet als de NZa daar vanuit haar monitoring aanleiding toe ziet. Ingrijpen op grond van de Mededingingswet behoort alleen tot de bevoegdheden van de NMa.

Ten slotte kan de NZa mij adviseren om aanpassingen in het reguleringssysteem aan te brengen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het introduceren van, het loslaten van of veranderen van vormen van tariefregulering, toetredingsregulering en dergelijke. Dit betreft nadrukkelijk een signalerende rol; ik beslis.

Regulering en toezicht

De NZa heeft naast pure toezichtbevoegdheden ook een aantal bevoegdheden van regulerende aard. Om mogelijke verwarring rondom de terminologie regulering en toezicht te voorkomen moet helder zijn dat deze mix van regulering en toezicht op geen enkele wijze betekent dat de NZa toezicht houdt op het eigen beleid. De slager keurt niet zijn eigen vlees. De regulerende bevoegdheden van de NZa staan ten dienste van de taak toezicht te houden op de zorgmarkt met als doelstelling te komen tot goed functionerende markten dan wel de prikkels voor partijen tot realisering van de publieke belangen te optimaliseren. De verschillende deelmarkten in de zorgmarkt zijn echter in verschillende stadia van ontwikkeling (bijvoorbeeld: sterk aanbodgereguleerd of juist met vrije tarieven). Elke deelmarkt stelt eigen eisen aan de manier van borging van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Daarom heeft de NZa, waar de expertise over de mogelijkheden van marktwerking in de verschillende (deel-)sectoren geconcentreerd is, een geschakeerd instrumentarium nodig. De instrumenten moeten en kunnen niet allemaal tegelijk gebruikt worden; het gaat erom dat het meest geschikte instrument voorhanden is. Waar partijen hun zaken op orde hebben kan de NZa terughoudend zijn. Daar waar partijen hun zaken nog niet op orde hebben kan het gewenst zijn het gedrag van die partijen, al dan niet tijdelijk, bij te sturen.

Voorspelbaarheid gedrag NZa

Voorspelbaarheid van het gedrag van de NZa is van groot belang voor de partijen in de zorgmarkten. In ieder geval natuurlijk vanuit het oogpunt van behoorlijk bestuur. Partijen moeten weten aan welke regels ze zich moeten houden. Maar daarnaast is er ook een meer economisch belang; een belangrijk kenmerk van gereguleerde marktwerking is de introductie of versterking van prikkels tot verbetering van de prijs-kwaliteitverhouding van de aangeboden producten en diensten. Partijen zullen echter alleen investeren in verbetering van die prijs-kwaliteitverhouding als ze er op voorhand redelijk zeker van kunnen zijn dat de spelregels niet tussentijds veranderen.

Om de voorspelbaarheid voor marktpartijen te versterken werkt de NZa met zogeheten visiedocumenten. Dit jaar is het CTG al gestart met het

analyseren van die markten, waarvan ik heb besloten meer vrijheden te introduceren in de prijsvorming. Deze analyses kennen een vast patroon, waarin een aantal mededingingsrelevante kenmerken van marktstructuren, marktgedragingen en marktuitskomsten worden langsgelopen. De analyse wordt voorgelegd aan de marktpartijen via een consultatiedocument. Reacties van partijen op dit consultatiedocument worden door de NZa op hun merites beoordeeld en vervolgens waar nodig verwerkt in de analyse. Daarna stelt de NZa de analyse vast in de vorm van een visiedocument. Dit visiedocument wordt openbaar gemaakt. Hiermee wordt voor de sector duidelijk hoe de NZa tegen de betreffende markt aankijkt, waar zij risico's ziet en hoe zij daar mee denkt om te gaan. Het CTG heeft inmiddels een aantal van die visiedocumenten gepubliceerd (B-segment ziekenhuiszorg, fysiotherapie, extramurale AWBZ-zorg). Tevens regelt dit wetsvoorstel overigens dat de NZa voorlichting geeft over het gevoerde beleid en (beleids)regels, beschikkingen en besluiten openbaar maakt. Ook dit draagt bij aan de voorspelbaarheid van het gedrag van de NZa.

1. INLEIDING

De leden van de CDA-fractie vragen de regering aan te geven hoe zij vindt dat «spelers» allereerst hun eigen verantwoordelijkheid kunnen en moeten nemen voordat zij met lange vragenlijsten beoordeeld worden op hun gedrag.

Het nieuwe stelsel geeft aan marktpartijen en consumenten meer ruimte; zij worden echter ook geconfronteerd met de gevolgen van hun gedrag. De overheid is en blijft ervoor verantwoordelijk dat de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg overeind blijven. De markt kan deze belangen binnen bepaalde randvoorwaarden zelf realiseren. De overheid moet marktpartijen niet alleen ruimte, maar ook het vertrouwen geven dat zij die ruimte zelf kunnen invullen. Zolang er een goede balans is tussen marktpartijen, is de rol van de toezichthouder beperkt. Echter, gelet op het feit dat het in de gezondheidszorg om zwaarwegende belangen gaat, kan het vertrouwen op realisatie van de publieke belangen niet als een «blanco cheque» worden gegeven. Vandaar de voorkeur voor gereguleerde marktwerking. Het nieuwe systeem bevat daarvoor een aantal «checks and balances». Zo kunnen verzekeren bepaalde rechten afdwingen en overstappen naar een andere verzekeraar. Zorgverzekeraars moeten zich in onderhandelingen met zorgaanbieders redelijk opstellen, omdat zij uiteindelijk zorg zullen moeten leveren aan hun verzekeren. Daarnaast is er een verplichting tot landelijk werken zodra een verzekeraar meer dan 850 000 verzekeren heeft. Hierdoor hebben verzekeren in iedere regio ook daadwerkelijk iets te kiezen. De zorgverzekeraar kan in zijn nieuwe rol zorgaanbieders meer onder druk zetten om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verhogen, in het belang van de consumenten. Ook toezichthouders hebben een belangrijke rol bij gereguleerde marktwerking. Zeker in de eerste jaren van het veranderingsproces acht ik een waakzame toezichthouder noodzakelijk.

Naar de mate waarin partijen er zelf in slagen de publieke belangen te realiseren op een wijze die transparant en toetsbaar is, zal het toezicht minder indringend kunnen en moeten zijn. Ook de maatschappelijke verantwoording van zorgaanbieders en verzekeraars is in dit opzicht een belangrijk instrument voor zowel de marktpartijen als de toezichthouder.

De leden van de CDA-fractie zien de invoering van het nieuwe zorgstelsel op 1 januari 2006 als het ideale moment om ook het toezicht te herordenen en toe te snijden op de nieuwe ordening van gereguleerde marktwerking in de zorg. Zij vragen expliciet aan te geven welke deelmarkten kunnen ontstaan op elk van de drie markten (verzekeringmarkt, zorgaan-

biedersmarkt, zorgverleningmarkt). Ook vragen zij welke toezichthouder (NZa, DNB, AFM, IGZ, CVZ) op welke aspecten van elk van die deelmarkten toezicht kan en mag houden. Ook willen zij opgenomen zien aan welk wetsartikel elk van de toezichthouders zijn toezichtbevoegdheid ontleent. De leden van de CDA-fractie gaan ervan uit dat duidelijk wordt dat de minister de regelgevende bevoegdheden heeft. Verder hechten zij aan een heldere verdeling: (deel)markt, risico, één toezichthouder en gepast toezichtinstrumentarium, dat onder een vooraf vastgesteld kader wordt toegepast.

Voor het antwoord op deze vragen verwijs ik allereerst naar mijn algemene reactie aan het begin van deze nota. Ik kan niet aangeven welke deelmarkten precies kunnen ontstaan. Wat betreft de vraag over welke toezichthouder wat doet: de volgende toezichthouders spelen een rol in de zorgsector.

Overzicht 3. Toezichthouders die een rol spelen in de zorgsector

Toezichthouder/wet	Ziektekostenverzekeraar	Zorgaanbieder
NZa (WVG)	<ul style="list-style-type: none"> – vaststellen tarieven en prestatiebeschrijvingen zorginkoopmarkt, – transparantie consumenteninfo, – markt maken (administratieregels, contractvoorwaarden zorginkoop, aanmerkelijke marktmacht) – toezicht Zvw en AWBZ 	<ul style="list-style-type: none"> – vaststellen tarieven en prestatiebeschrijvingen zorginkoopmarkt, – transparantie consumenteninfo, – markt maken (administratieregels, contractvoorwaarden zorginkoop, aanmerkelijke marktmacht)
NMa (Mededingingswet)	<ul style="list-style-type: none"> – fusiecontrole – kartelvorming – misbruik machtspositie 	<ul style="list-style-type: none"> – fusiecontrole – kartelvorming – misbruik machtspositie
DNB (Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993)	vergunning en solvabiliteit	n.v.t.
AFM (Wet financiële dienstverlening)	<ul style="list-style-type: none"> – deskundigheid klantmedewerkers en feitelijk leidinggevend – dienstverleningsinfo bemiddelaars – verkoop op afstand – organisatie klachtbehandeling 	n.v.t.
IGZ (Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet BIG)	n.v.t.	kwaliteit zorg

De NMa, DNB en de AFM zijn zogenoemde functionele toezichthouders. De NZa en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) zijn toezichthouders die zich specifiek op de zorgsector richten. Zoals eerder gezegd regelt dit wetsvoorstel dat de toezichthouders onderling informatie moeten uitwisselen om administratieve laste zoveel mogelijk te voorkomen. Ook moeten ze werkafspraken maken over hoe ze omgaan met onderlinge raakvlakken.

Naast de toezichthouders hebben ook enkele andere organen een rol in de zorgsector.

Overzicht 4. Overige organen die een rol spelen in de zorgsector

Orgaan/wet	Zorgverzekeraar	Zorginstelling
CVZ (Zvw, AWBZ, WTZi)	<ul style="list-style-type: none">– verevening– pakket– advies bij klachten verzekerden– aansturing en financiering zorgkantoren– fondsbeheer	toelating zonder bouw
minister van VWS (WTZi)	n.v.t.	toelating met bouw
CBZ (WTZi)	n.v.t.	bouwvergunning
CSZ (WTZi)	n.v.t.	<ul style="list-style-type: none">– planschade bij (gedeeltelijke) sluiting– verkoop gebouwen/grond

De toekomstige rol van het CVZ, VWS, het College bouw zorginstellingen (CBZ) en het College sanering zorginstellingen (CSZ) is beschreven in de brief over de herpositionering van de zbo's van mei 2005. Het CVZ verliest de toelatingstaak van instellingen aan VWS, het CBZ en CSZ verdwijnen op termijn. Wat blijft zijn de taken van het CVZ inzake de vereveningsregeling, het verzekeringspakket Zvw, advies bij klachten van verzekerden en zijn taken in het kader van de AWBZ.

De leden van de CDA-fractie merken op dat zij node een analyse hebben gemist van het nieuwe zorgstelsel, de daaruit voortvloeiende gereguleerde markten, de risico's op ongewenst gedrag en gevolgen (zonder uitputtend te zijn: onverzekerden, monopolieposities van aanbieders en vragers, excessieve tarieven, indirecte en directe manieren om klanten te weigeren, niet-transparante prijzen en afspraken) en het daarbij benodigde toezichtinstrumentarium. Zij zouden de regering erkentelijk zijn als zij deze onderbouwing en analyse alsnog kan verschaffen. Zij zien de analyse graag uitgesplitst in:

- a. de markten waarop toezicht gehouden wordt en voor de zorgaanbiedersmarkt ook de verschillen tussen de deelmarkten, waar meer en minder marktwerking van toepassing is;
- b. AWBZ, Zorgverzekeringswet, aanvullende verzekering;
- c. welke gedragingen niet getolereerd zullen worden en op basis van welke objectieve criteria;
- d. welk toezichtinstrumentarium bij welke soort overtreding toepasselijk is;
- e. de manier waarop de regelgevende bevoegdheid van de overheid gescheiden wordt van het feitelijke toezicht;
- f. de gronden voor het afwijken van het toezichtmodel in de Wet financieel toezicht, dat immers ook op de verzekeringsmaatschappijen van toepassing is;
- g. de borging van de positie van de minister van VWS als verantwoordelijke en systeemverantwoordelijke.
- h. het toezicht op horizontale integratie en ongewenste verticale integratie.

Bij elk van deze deelvragen verzoeken deze leden aan te geven of er toezicht gehouden wordt, door wie er toezicht gehouden wordt en welke criteria en welk toetsingskader van toepassing zijn.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik in de eerste plaats naar mijn algemene reactie aan het begin van deze nota. De NZa vult haar taken en bevoegdheden in binnen de wettelijke en politieke kaders. Binnen het wettelijke kader en mijn toezichtvisie vult de NZa haar taken en bevoegdheden in. Zij hanteert hiervoor een aanpak gebaseerd op een analyse van

de sector waarbij consultatie een belangrijke rol inneemt. Dit resulteert in een visiedocument waarin de NZa duidelijkheid geeft over hoe zij haar bevoegdheden zal gebruiken. Het visiedocument is het resultaat van literatuuronderzoek en intensieve consultatie van overheidsinstanties, brancheorganisaties, individuele zorgaanbieders en verzekeraars en consumentenorganisaties.

Het CTG heeft inmiddels op mijn verzoek visiedocumenten gemaakt over ziekenhuiszorg (B-segment), fysiotherapie en extramurale AWBZ-zorg. Binnenkort publiceert het CTZ een visiedocument over de zorgverzekeringsmarkt. De visiedocumenten besteden uitvoerig aandacht aan:

- de belangrijkste voorwaarden voor concurrentie in de zorg: voldoende spelers, afnemers die (kunnen) overstappen, ontbreken van anticompetitief gedrag;
- de invloed van mogelijke toetredingsdrempels en van horizontale en verticale integratie in de desbetreffende markt;
- de mogelijkheden tot en effecten van overstappen op de zorgverleningsmarkt (consument stapt over naar een andere zorgaanbieder), de zorginkoopmarkt (verzekeraar stapt over naar een andere zorgaanbieder) en de zorgverzekeringsmarkt (consument stapt over naar een andere zorgverzekeraar); hierbij wordt vooral aandacht besteed aan de bevordering van transparantie;
- recente ontwikkelingen die van belang zijn voor de desbetreffende markt.

Ik ben van mening dat deze documenten in ruime mate antwoord geven op de door de leden van de CDA-fractie gestelde deelvragen a tot en met d. Voor het antwoord op de vragen over de regelgevende bevoegdheden en de rol van de minister daarbij verwijs ik naar mijn algemene reactie aan het begin van deze nota en naar de overzichten 8, 9 en 10 in hoofdstuk 7 van deze nota. De reactie op de borging van de positie van de minister van VWS als verantwoordelijke en systeemverantwoordelijke vindt u in mijn algemene reactie aan het begin van deze nota. Het antwoord over het toezicht op horizontale integratie door de NMa vindt u terug bij de vragen over fusies van deze leden en van de leden van de fracties van de PvdA, de VVD en de SP.

Ten slotte het toezicht op verticale integratie (deelvraag h). Hierbij betrek ik mijn antwoorden op de vragen van de heer Heemskerk en mevrouw Arib over verticale integratie van april 2005¹.

Juist in het nieuwe zorgstelsel is het de bedoeling dat «de markt» initiatieven neemt om een beter en doelmatiger aanbod van zorg te realiseren. Verzekeraars hebben binnen de Zvw ruimte om een eigen instelling te beginnen, bijvoorbeeld omdat zij de transactiekosten willen verlagen, de transparantie vergroten of een instelling directer willen aansturen. Op deze manier kan een verzekeraar zorg leveren door middel van met zorgaanbieders gesloten inkoopcontracten, maar ook door de eigen instelling zorg te laten verlenen.

Algemeen mededingingstoezicht door de NMa

De NMa kan een voorgenomen fusie verbieden indien er een machtspositie ontstaat of wordt versterkt waardoor de mededinging kan worden beperkt (art. 29 Mededingingswet). Verder is het verbod op misbruik van een economische machtspositie (art. 24 Mededingingswet) relevant. Het hebben van een economische machtspositie is op zichzelf geen probleem; dat wordt het pas als een partij daar misbruik van maakt. Bijvoorbeeld als er gediscrimineerd wordt tussen afnemers zonder dat daar objectieve verklaringen voor zijn. Daarnaast handhaaft de NMa het verbod op mededingingsbeperkende afspraken (kartels, artikel 6 Mededingingswet).

¹ Handelingen II, vergaderjaar 2004–2005, aanhangsel, vraagnummer 1469.

In aanvulling op het bovenomschreven algemeen mededingingstoezicht kan het op een startende markt nodig zijn preventief maatregelen te nemen. Dit wetsvoorstel voorziet hierin. Indien een verzekeraar (of zorgaanbieder) op een zorginkoopmarkt met vrije tarieven aanmerkelijke marktmacht heeft kan de NZa aan die partij specifieke verplichtingen opleggen. Bij verticale integratie zijn vooral de volgende verplichtingen van belang:

- de verplichting om bij de levering van bepaalde diensten de afnemers daarvan in gelijke gevallen gelijk te behandelen (hiermee kan «voorrang» van eigen verzekerden ten opzichte van andere verzekerden worden tegengegaan);
- de verplichting voor een ziektekostenverzekeraar om in zijn overeenkomsten met zorgaanbieders niet een onredelijk hogere capaciteit overeen te komen dan voor zijn aantal verzekerden nodig is;
- de verplichting om voor het medegebruik van bepaalde vormen van zorg, diensten of faciliteiten een openbaar aanbod te doen en in stand te houden;
- de verplichting om onder redelijke voorwaarden te voldoen aan elk redelijk verzoek van een zorgaanbieder of ziektekostenverzekeraar tot het sluiten van een overeenkomst op de zorginkoopmarkt.

Bij overtreding kan de NZa een sanctie (bestuursdwang of boete) opleggen.

Ik heb het CTG al verzocht om in de transitiefase bij het monitoren van de zorginkoopmarkten speciale aandacht te besteden aan verticale integratie.

Toezicht op solvabiliteit zorgverzekeraars door DNB

De Zvw en de Wet toezicht verzekeringsovereenkomst 1993 staan toe dat zorgverzekeraars eigen instellingen hebben. Financiële of bestuurlijke deelname in een zorgaanbieder is echter te zien als het verrichten van een risicodragende nevenactiviteit. Dit is in principe verboden. Een verzekeraar mag echter wel nevenactiviteiten hebben die dienstbaar zijn aan de uitoefening van het verzekeringsovereenkomstbedrijf, zolang verzekeren de hoofdactiviteit van de onderneming blijft. Dit sluit dus niet uit dat verzekeraars deelnemen in zorginstellingen. Wat betreft het louter om financiële redenen in een zorgaanbieder beleggen: dat wijkt niet af van beleggingen in andere ondernemingen. De normale beleggingsvoorschriften van DNB zijn van toepassing. DNB ziet erop toe dat de beleggingsportefeuille de continuïteit van de verzekeraar niet in gevaar brengt.

De leden van de CDA-fractie vragen waar en hoe de positie van verzekerden die medische hulp nodig hebben geborgd is. Welke wegen kunnen zij bewandelen om laagdrempelig hun recht te halen ten opzichte van een zorgaanbieder of een verzekeraar? Deze leden hechten er in het bijzonder aan dat misverstanden en conflicten op een eenvoudige, laagdrempelige en snelle manier opgelost kunnen worden, bijvoorbeeld door de eenvoudige manier van pakketbeheer, die in de Zvw het CVZ is toegekend. Nadat verzekerden hun geschil of klacht hebben voorgelegd aan hun zorgverzekeraar en dit niet naar tevredenheid is afgewikkeld kunnen verzekerden op grond van de Zvw hun geschillen over de zorgverzekering voorleggen aan een onafhankelijke geschilleninstantie. Deze instantie moet advies vragen aan het CVZ indien het geschil betrekking heeft op zorg die door de Zvw wordt gedekt. Voor de AWBZ-zorg geldt de bezwaaren beroepsprocedure op grond van de Algemene wet bestuursrecht (Awb). Ook daarbij heeft het CVZ een adviesrol. Beide wegen geven verzekerden een laagdrempelige manier om een oordeel te krijgen over hun geschil over de zorg met hun zorgverzekeraar of zorgkantoor. Indien de

verzekerde een geschil heeft met de aanbieder waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten, kan de verzekerde zich voor hulp wenden tot de zorgverzekeraar.

De leden van de CDA-fractie vragen of toezicht op excessieve prijzen en beloningen ook toezicht op bijvoorbeeld salariëring kan inhouden. De NZa zal op grond van de WMG niet toetsen of er sprake is van excessieve salarissen in de zorgsector. Het is de eigen verantwoordelijkheid van zorginstellingen om, gegeven het tarief, te beslissen over de wijze waarop het zorgverleningsproces wordt georganiseerd.

De leden van de CDA-fractie vragen voor enkele concrete voorbeelden aan te geven welke toezichthouder verantwoordelijk is. Zij gaan er daarbij vanuit dat er een beslissingshiërarchie (en dus een eindverantwoordelijke) is en zien graag aangegeven hoe die is.

Voordat ik op de voorbeelden inga, merk ik op dat de veronderstelling dat er een beslissingshiërarchie zou zijn, onjuist is. Zo'n hiërarchie zou immers impliceren dat het oordeel van de ene toezichthouder zwaarder weegt dan dat van de andere. Of dat de beslissing van de ene toezichthouder noodzakelijkerwijs vooraf zou moeten gaan aan die van een andere toezichthouder. Dit is niet het geval. Elke toezichthouder heeft zijn eigen taak. Waar de taken elkaar raken is afstemming nodig, maar de ene toezichthouder is niet afhankelijk van een andere. Hieronder worden de door de leden van de CDA-fractie genoemde drie voorbeelden achtereenvolgens uitgewerkt.

Voorbeeld I

Alledrie de ziekenhuizen in een regio zijn voornemens te fuseren, waardoor er een regionaal monopolie ontstaat en het dichtstbijzijnde andere ziekenhuis op vijftig kilometer komt te liggen voor een aantal mensen in de regio. Welke van de drie toezichthouders (minister, NZa, NMa) is bevoegd in te grijpen en op grond van welke wet (WTZi, WMG, Mededingingswet)? En wie mag of moet het initiatief nemen in de procedure om deze fusie te onderzoeken? Klopt het dat elk van de drie op zijn of haar eigen gronden de fusie mag blokkeren?

Om met de laatste vraag te beginnen: nee, dit klopt niet. Alleen de NMa is bevoegd fusies te beoordelen, zij voert de Mededingingswet uit. De NZa heeft geen bevoegdheden ten aanzien van fusies. Ook de minister van VWS is niet bevoegd fusies te blokkeren. Hij kan op grond van de WTZi wel de bereikbaarheid van zorg afdwingen. Als instellingen fuseren, ontstaat een nieuwe rechtspersoon. Deze rechtspersoon moet op grond van de WTZi een nieuwe toelating aanvragen. Een fusie leidt niet per definitie tot opheffing van bestaande locaties of concentratie van functies van de fuserende instellingen. Volgens de ministeriële beleidsregels op grond van de WTZi worden in het zogenoemde «ketenoverleg acute zorg» de eventuele gevolgen van concentratievoornemens besproken. Indien de bereikbaarheid in het geding is kan ik de fusiepartners desnoods dwingen locaties voor spoedeisende hulp open te houden door een voorschrift van die strekking aan de toelating te verbinden.

Voorbeeld II

De patiënt heeft recht op een vrije artskeuze, terwijl er op de zorginkoopmarkt contracteervrijheid is. Op welk moment (reisafstand, aantal artsen) zal de NZa (of een andere toezichthouder) ingrijpen om te waarborgen dat de patiënt keuzevrijheid heeft bij zijn zorgverzekeraar? De Zvw bevat voorwaarden die de publieke belangen en de werking van de markt moeten borgen. De NZa ziet hierop toe. Zo heeft de zorgverzekeraar een zorgplicht (art. 11 Zvw). Als het gaat om een naturapolis

moet de verzekeraar voldoende zorg inkopen. Als het een restitutiepolis betreft moet de verzekeraar de verzekerde op zijn verzoek helpen bij het krijgen van zorg. De Zvw biedt de verzekerde verschillende mogelijkheden om het principe van vrije artskeuze ten volle te benutten dan wel daarin beperkingen te accepteren. Een verzekerde die kiest voor een restitutiepolis heeft de meest ruime artskeuze. In geval van een naturapolis zorgt de verzekeraar ervoor dat voldoende zorg is gecontracteerd om de vrije artskeuze van zijn verzekerden zoveel mogelijk te waarborgen. De verzekeraars die naturapolissen aanbieden hebben op grote schaal contracten gesloten met zorgaanbieders. Daarmee is er een ruime keuze voor de verzekerden uit de zorgaanbieders in zijn directe omgeving. Indien een verzekerde met een naturapolis naar een niet-gecontracteerde aanbieder wil gaan, dan kan hij de verzekeraar vragen of hij die aanbieder kan consulteren. Indien de verzekeraar het verzoek niet inwilligt heeft de verzekerde niettemin, op grond van artikel 13 Zvw, recht op vergoeding van de gemaakte kosten met inachtneming van een daarvoor in zijn polis opgenomen eigen bijdrage. Als de polis hierover niets regelt heeft de verzekerde aanspraak op volledige restitutie van de gemaakte kosten. De meeste verzekeraars die naturapolissen aanbieden hebben in hun polis de eigen bijdrage in geval van het consulteren van niet-gecontracteerde zorgaanbieders geregeld. Overigens bieden verzekeraars ook restitutiepolissen aan waarin voor een deel van de aanspraken afspraken met zorgaanbieders zijn gemaakt. In zo'n geval is dus sprake van restitutie met gecontracteerde aanbieders. In deze gevallen geldt hetzelfde als voor de naturapolissen. Ten slotte kan de verzekerde er ook voor kiezen zijn vrije artskeuze te beperken. In dat geval sluit hij een polis af bij een verzekeraar die slechts met een aantal «preferred providers» contracten heeft gesloten. Daartegenover staat een lagere premie. Voor 2006 zijn dergelijke contracten nog niet op markt. Ook in dit geval houdt de verzekerde het recht om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Hij moet dan wel een deel van de kosten voor eigen rekening nemen. Dit deel mag niet zo hoog zijn dat de facto een onoverkomelijke drempel voor de vrije artskeuze wordt opgeworpen. Ook hierop ziet de NZa toe bij de toetsing van de voorgelegde modelovereenkomsten.

Voorbeeld III

Er is een vorm van institutioneel wanbeheer bij een instelling: de raad van toezicht betaalt de directie veel te veel, de instelling komt financieel in de problemen en bezuinigt op de zorg zelf, waardoor de inspectie constateert dat de kwaliteit onvoldoende is. Verder vervult de instelling een essentiële rol in de bereikbaarheid, omdat het de enige in de wijde omtrek is, die een specifieke vorm van zorg verleent. Welke toezichthouders hebben in deze situatie het recht in te grijpen en welke toezichthouders hebben de plicht in te grijpen? Wie is eindverantwoordelijk voor de hele situatie?

Eindverantwoordelijk voor het goed functioneren van zorginstellingen is het bestuur dat daarover verantwoording aflegt aan de raad van toezicht. De raad van toezicht van het ziekenhuis is dé toezichthouder die het recht en de plicht heeft om in te grijpen bij wanbeheer. Daarnaast gelden de regelingen voor private rechtspersonen; daarin is aangegeven wie recht heeft om in te grijpen, bijvoorbeeld het Openbaar Ministerie. In het Burgerlijk Wetboek is ook de rechtsgang naar de Ondernemingskamer opgenomen.

Indien de IGZ constateert dat de kwaliteit van de zorg onder de maat is treft zij meteen maatregelen. De Kwaliteitswet zorginstellingen biedt de minister en (in spoedeisende gevallen) de IGZ verschillende handhaving-instrumenten, van een aanwijzing tot in het uiterste geval een bevel tot (gedeeltelijke) sluiting van het ziekenhuis. Bij voorbeeld I gaf ik al aan wat er gebeurt als de bereikbaarheid van acute zorg in het geding is.

De leden van de CDA-fractie merken op dat, hoewel er andere toezicht-houders zijn dan de NZa, het wetsvoorstel zich, ondanks de naam, lijkt te beperken tot de NZa. Zij vragen of ik kort in kan gaan op de rol van andere zbo's, zoals de Tweede Kamer gevraagd heeft bij motie 29 762, nr. 25. Ik heb bij brief van 27 mei 2005 geantwoord op de bedoelde motie van de heer Omtzigt¹. Ik vat die brief in onderstaand overzicht nog eens kort samen.

Overzicht 5. Samenvatting brief mei 2005 over herpositionering zbo's

Organisatie	Toelichting
CVZ	Het CVZ wordt omgevormd tot pakketbeheerder, dit betekent dat bij dit college taken verdwijnen. Het huidige CVZ wordt in afgeslankte vorm voortgezet.
CTZ & CTG	Het CTZ en het CTG worden samengevoegd en omgevormd tot NZa, die de rol krijgt van sectorspecifiek markttoezichthouder.
CBZ	Met het op termijn afschaffen van vergunningverlening bij de bouw van zorginstellingen verdwijnt de belangrijkste wettelijke taak van het CBZ. Daarmee ontvalt het bestaanrecht van het CBZ als zbo.
CSZ	De uitvoerende taken van het CSZ worden betrokken in de uitwerking van de notitie «Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg» ¹ . Ik informeer de Kamer hierover in de toegezegde voortgangsrapportage naar aanleiding van deze notitie.
SUO	De Stichting uitvoering omslagregelingen (SUO) verdwijnt. Door de inwerkingtreding van de Zvw verdwijnen de WTZ- en MOOZ-omslagregelingen en daarmee de taak van de SUO als uitvoerder van deze regelingen.
IGZ	De IGZ behoudt haar toezichttaken op het terrein van de kwaliteit van de zorg.

¹ Kamerstukken II, 27 659, nr. 52.

De leden van de CDA-fractie vragen of het toekennen van de zbo-status aan de NZa voldoet aan de criteria van het rapport-Kohnstamm. Het rapport «Een herkenbare staat: investeren in de overheid» van de werkgroep die onder leiding stond van de heer Kohnstamm, gaat ervan uit dat rijkstaken zoveel mogelijk onder volledige ministeriële verantwoordelijkheid moeten worden uitgevoerd. In uitzonderingssituaties kan hiervan worden afgeweken, bijvoorbeeld wanneer taken onafhankelijk van de politiek worden uitgevoerd. In de memorie van toelichting (par. 9.1) geef ik aan waarom de regering het wezenlijk vindt dat de NZa onafhankelijk kan opereren. De argumenten die ik noemde zijn het voorkomen van belangenverstremgeling en politieke bemoeienis bij besluiten in individuele gevallen, en het vermijden van politieke beïnvloeding van oordelen van de NZa. Dit sluit aan bij het «onafhankelijkheids criterium» in het rapport-Kohnstamm en is in lijn met het kabinetsstandpunt op dat rapport.

De leden van de CDA-fractie vragen welke rol er is voor het CVZ, in omvang toch de grootste zbo. En met welke redenen wordt voor welke rechtsvormen gekozen bij de verschillende toezichthouders, met name het CVZ, de NZa en de IGZ? Ook vragen deze leden waar de taken van het CSZ ondergebracht zullen worden.

Het CVZ wordt omgevormd tot pakketbeheerder, dit betekent dat bij dit college taken verdwijnen. Het huidige CVZ wordt in afgeslankte vorm voortgezet. De omvang van het CVZ neemt af van 344 fte tot circa 295 fte per 2007. De Zvw belast het CVZ met drie hoofdtaken, te weten pakketbeheer, financiering (uitvoering van de vereveningsregeling) en fondsbeheer. Hiernaast houdt het CVZ enkele specifieke uitvoeringstaken, zoals advisering bij klachten van verzekerden, subsidieverstrekking, de uitvoering van de regeling voor in het buitenland wonende niet-verzekerden en

¹ Kamerstukken II, 29 762, J.

het vervullen van de functie van verbindingsorgaan in verdragsrelaties. Verder verdwijnen enkele taken bij het CVZ. In paragraaf 1.1 van de bijlage bij mijn brief van mei 2005 over de herpositionering van zbo's staat een overzicht van wat er verandert voor het CVZ.

De taken van het CVZ en de NZa zijn bestuurlijk op afstand van de minister geplaatst. Het betreft zbo's met publiekrechtelijke rechtspersoonlijkheid. De IGZ is een onderdeel van het ministerie van VWS. De huidige positie past bij de actuele uitgangspunten die het kabinet hanteert. Conform de huidige kaders, de kaderstellende visie op toezicht, de visie op markttoezicht, en het nieuwe verzelfstandigingskader voor zbo's zijn zowel IGZ, CVZ als NZa optimaal gepositioneerd.

De primaire taak van het CSZ, de planschadecompensatie, verdwijnt op termijn nu de overheid de aanbodplanning loslaat en capaciteitsbeslissingen meer en meer overlaat aan de zorginstellingen zelf. Voor de taken van het CSZ bekijk ik in het licht van de al genoemde notitie «Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg» welke uitwerking deze in het publieke domein moeten krijgen. Het gaat daarbij om het verlenen van goedkeuring bij de verkoop van onroerend goed door zorginstellingen en de rol die het CSZ heeft bij instellingen in financiële problemen. Na de uitwerking wordt definitief besloten over de positionering van deze taken, waarbij al gezegd is dat de zbo-status van het CSZ zal verdwijnen. De mogelijkheid bestaat dat deze taken bij VWS ondergebracht worden.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat precies de opdracht van de NZa is. Ook vragen zij wanneer de NZa geslaagd is en op welke concrete criteria de NZa straks geëvalueerd en afgerekend zal worden.

Bij de invulling van de wettelijke taken staan voor mij een aantal doelstellingen centraal. Ten eerste bewaakt de NZa dat de publieke doelstellingen van het stelsel worden gewaarborgd onder andere via toezicht op naleving van de wettelijke verplichtingen door de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders. Met andere woorden: de NZa bevordert goed gedrag van partijen op de zorgmarkt. Ten tweede stelt de NZa de prijzen vast waar de prijsvorming niet aan de markt wordt overgelaten. Ik verwacht van haar dat zij nieuwe vormen van tariefregulering ontwikkelt om marktwerking na te bootsen en zo een efficiënte bekostiging van zorgaanbieders te realiseren. Ten derde moeten marktpartijen een helder en stabiel klimaat krijgen dat onzekerheden over de regels tot een minimum beperkt. Ten vierde bewaakt de NZa dat marktpartijen die een dominante positie innemen ten opzichte van andere marktpartijen geen belemmering vormen voor het op gang komen van de markt waardoor, direct of indirect, de consumentenbelangen worden geschaad. Ten vijfde moet de NZa bevorderen dat de positie van de consument (patiënt of verzekerde) sterk is. Marktdoorzichtigheid (transparantie) speelt daarbij een centrale rol. Ik heb een onafhankelijk functionerende toezichthouder voor ogen die binnen de gestelde kaders, ruimte heeft voor een zelfstandige uitoefening van zijn taken. Ik zal de NZa in ieder geval op de volgende aspecten beoordelen:

- *algemeen*: draagt de NZa bij aan het realiseren van de bovengenoemde doelstellingen?
- *uitvoering van wettelijke taken*: heeft de NZa haar wettelijke taken goed heeft uitgevoerd en heeft zij haar bevoegdheden op een juiste wijze gebruikt?
- *producten*: zijn de producten van de NZa (bijvoorbeeld uitvoerings-toets, marktmonitor) goed bruikbaar, geven zij goed inzicht in de problematiek?
- *interne organisatie en bedrijfsvoering*: is voldaan aan de voorwaarden om tot een doelmatige en doeltreffende uitvoering van de wettelijke taken te komen?

- *relatie tussen VWS en de NZa*: is de samenwerking efficiënt en effectief?
- *relatie met andere instanties*: is de samenwerking met de andere instanties, zoals de NMa, de IGZ, DNB, de AFM efficiënt en effectief?

De leden van de PvdA-fractie vragen of de taakopdracht van de NZa gericht is op louter het beheersen van de kosten van de gezondheidszorg binnen de aanbodsturing (A-segment ziekenhuiszorg, AWBZ), op het creëren van goede marktwerking en een groter aandeel van vrije tarieven (B-segment ziekenhuiszorg), of juist op het stimuleren van een optimale prijs-kwaliteitverhouding in de gezondheidszorg. Verder vragen zij wat ik beschouw als een optimale prijs-kwaliteitverhouding. Ook willen zij weten hoe ik in dit licht de kritiek van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) beschouw, dat zorgverzekeraars ondanks de wet nog een afweging zullen moeten maken tussen bijvoorbeeld vrije artskeuze en kosten, en dat de wet hen daar geen handvatten voor biedt. Ten slotte vragen zij waar ik de prioriteit leg.

Voor de taakopdracht van de NZa verwijs ik naar mijn antwoord op de voorgaande vraag van de leden van de PvdA-fractie. Daaruit blijkt dat het niet gaat om óf kostenbeheersing óf stimuleren van marktwerking óf creëren van een goede verhouding tussen prijs en kwaliteit, maar om al deze aspecten. Deze hebben immers alle te maken met goed functionerende zorgmarkten. Waar het accent ligt is afhankelijk van de desbetreffende deelmarkt.

In de gezondheidszorg is kwaliteit belangrijk. De Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG verplicht aanbieders verantwoorde zorg te bieden. Dit is zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Op deze manier ligt er als het ware een basis in wat als kwaliteit van zorg moet worden gezien.

Er is geen eenduidig concreet antwoord op de vraag wat een optimale prijs-kwaliteitverhouding is in de gezondheidszorg. Dat is per prestatie verschillend. Dat verschil is bijvoorbeeld afhankelijk van het stadium van de ontwikkeling waarin de prestatie verkeert. Een net ontwikkelde prestatie heeft meer kans om wisselend van kwaliteit te zijn dan een prestatie die volledig is uitgekristalliseerd. Een ander punt is of in de prijs van een prestatie ontwikkelingskosten moeten worden terugverdiend. De eisen die gesteld worden aan de kwaliteit zijn ook afhankelijk van de maatschappelijke opvattingen over te leveren zorg. Daarnaast zijn er mogelijk beperkingen in de financiële middelen die voor de zorg beschikbaar worden gesteld. Al die aspecten hebben invloed op de beleving van de prijs/kwaliteitsverhouding. In algemene economische termen gesteld is de verhouding optimaal als de prijs niet hoger of lager is dan de kwaliteit van de zorg rechtvaardigt. Dit moet van geval tot geval worden bezien. Bijvoorbeeld: het is redelijk als voor een bepaald nieuw, beter zorgproduct een relatief hoge prijs wordt gerekend omdat ontwikkelingskosten moeten worden terugverdiend. Anderzijds kan kwaliteit ook te maken hebben met een meer efficiënte manier van zorg verlenen (bijvoorbeeld de mammapoli), die zowel voor de zorgaanbieder als voor de patiënt voordelen biedt.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom kwaliteit van zorg niet als doelstelling van de wet is genoemd.

De considerans van dit wetsvoorstel noemt onder andere de doelmatigheid en doeltreffendheid van het zorgstelsel als doelen. Zoals uit het antwoord op de voorgaande vraag van deze leden blijkt, impliceert dit dat ook kwaliteit daarbij een rol speelt. Het is echter uitdrukkelijk niet de bedoeling dat deze wet instrumenten biedt die zich specifiek op het toezicht op de kwaliteit van de zorg richten. Daar zijn andere wetten voor, zoals de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG. Het zou dus de

verkeerde indruk wekken indien de considerans de kwaliteit van zorg als afzonderlijk doel noemt.

De leden van de PvdA-fractie zien de wet, zoals alle wetten in de zorg, primair als middel om goede zorg en betaalbare verzekeringen te borgen. In dit verband vragen zij wat precies de positie is van patiënten/verzekerden ten opzichte van de NZa. Worden patiënten- en consumentenorganisaties als belanghebbenden erkend? Kunnen mensen die het idee hebben dat hun rechten niet goed zijn geregeld, dat ze teveel betalen, en dat de zorg die zij krijgen niet van voldoende kwaliteit is met hun klachten bij NZa terecht? Is er straks één aanspreekpunt voor alle klachten rond de marktwerking voor patiënten/verzekerden? Kunnen patiënten- en consumentenorganisaties structureel als belanghebbende partij erkend worden in de WMG?

Ik wil graag voorop stellen dat de NZa geen taak heeft om belangen van individuele verzekerden of patiënten te behartigen of individuele klachten van een patiënt of verzekerde te behandelen. Ook gaat de NZa niet over de kwaliteit van de zorg; de IGZ houdt daar toezicht op. Wel kunnen klachten van verzekerden of patiënten aanleiding zijn om te onderzoeken of er zaken structureel scheef lopen, vooral als het gaat om regelmatig terugkerende klachten. De NZa heeft daarvoor een meldpunt (art. 68). Een patiënten- of consumentenorganisatie kan, indien zijn statuten daarin voorzien en indien één of meer van zijn leden daarom verzoeken, namens die leden een rechtszaak aanspannen tegen de NZa, indien de desbetreffende verzekerden of patiënten rechtstreeks in hun belang zijn getroffen door een beschikking van de NZa.

De PvdA-fractie vraagt wanneer het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren afgerond zal zijn, wat het tijdspad is voor ontwikkeling en publicatie van deze indicatoren en wat hier de verantwoordelijkheid van de NZa is. De IGZ stimuleert de ontwikkeling van prestatie-indicatoren voor de cure en care. De indicatoren geven informatie over de veiligheid, effectiviteit en patiëntgerichtheid van de geleverde zorg. Het opstellen, definiëren en op basis van deze gegevens verantwoording afleggen over de zorgprestaties is een verantwoordelijkheid van het veld. Dit is geen eenmalige actie, maar een proces dat regelmatig moet worden herhaald, waarbij nieuwe onderwerpen, andere prioriteiten of herziene definities een rol spelen. Zo heeft de staatssecretaris op 4 november 2004 de indicatoren voor verantwoorde zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen in ontvangst genomen van de IGZ en de betrokken branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties. De IGZ gebruikt deze informatie om de grootste risico's op te kunnen sporen. Ook voor sectoren als thuiszorg en huisartsenzorg wordt gewerkt aan het opstellen van indicatorensets.

Zoals toegezegd tijdens de behandeling van de begroting van mijn departement zal ik u nog dit jaar een brief sturen over mijn visie op het te voeren kwaliteitsbeleid in het licht van de veranderingen van het zorgstelsel.

De kern van een competitieve markt is dat afnemers de aanbieder kunnen kiezen die de beste prijs-kwaliteitverhouding biedt. Als afnemers de kwaliteit van het aangeboden product onvoldoende kunnen vaststellen, zullen zij uiteindelijk ook niet willen betalen voor kwaliteit. Afnemers zullen zich dan vooral op de prijs richten. Ook teveel informatie kan de transparantie verhinderen, vooral als daardoor de informatie onbegrijpelijk en onvergelijkbaar wordt. Uniforme kwaliteitsindicatoren zijn dus belangrijk om inzicht te krijgen in de geleverde kwaliteit van zorg.

De NZa gaat wat betreft de kwaliteit van zorg uit van het kwaliteitsbegrip van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG. De IGZ ziet toe op de kwaliteit van zorg. De NZa is belast met het toezicht op de prijs-kwaliteitverhouding. Uitgangspunt is dat de NZa zelf geen gegevens verzamelt over de kwaliteit van zorg, maar daarover de beschikbare gegevens bij de

IGZ of anderen zoals het NIVEL of Prismant gebruikt. De NZa sluit aan op de door de IGZ met het veld op te stellen (kwaliteits)indicatoren en maakt ook gebruik van benchmarkgegevens. De NZa en de IGZ besteden bij hun afspraken over onderlinge informatievoorziening ook aandacht aan het opvragen van eventueel noodzakelijke aanvullende informatie over kwaliteit naast de door de IGZ gevraagde standaardgegevens.

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre er een beperking geldt van de informatie die over zorgaanbieders gepubliceerd moet worden, of dat alle informatie over zorgaanbieders opvraagbaar is.

Via diverse manieren komt de NZa aan informatie over zorgaanbieders. De NZa kan deze informatie over zorgaanbieders vergaren via marktonderzoek, het meldpunt onregelmatigheden zorgmarkten, door uitwisseling met andere instanties in de zorg en het gericht opvragen van informatie, al dan niet collectief of periodiek. Artikel 61 regelt dat informatie die op grond van de WMG is verstrekt, bijvoorbeeld ter uitvoering van de goedkeuring en vaststelling van tarieven, niet kan worden opgevraagd op grond van de Wet openbaarheid van bestuur (WOB). Het gaat vooral over bedrijfsgevoelige en privacygevoelige gegevens. Naarmate er meer sprake is van marktwerking worden bijvoorbeeld bedrijfsgegevens gevoeliger voor misbruik door concurrenten. Op grond van artikel 32 kan de NZa de bevindingen uit haar marktonderzoek openbaar maken. Hierbij moet de NZa de geheimhoudingsverplichting als bedoeld in artikel 2:5 van de Awb in acht nemen. Ook is de NZa gebonden aan de bepalingen in de WOB over de bescherming van bedrijfsvertrouwelijke gegevens. Steeds zal de NZa moeten afwegen of de wijze van openbaarmaking in goede verhouding staat tot het doel van openbaarmaking. Dit kan betekenen dat de bevindingen niet tot individuele zorgaanbieders herleidbaar zullen zijn. Ten slotte gelden volgens artikel 60 voor degene die op grond van de wet informatie ontvangt, dezelfde wettelijke voorschriften inzake geheimhouding van die informatie als voor degene die de informatie heeft verstrekt.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat de termijnen zijn waarbinnen de NZa uitspraken doet.

De NZa is bij de besluitvorming op formele aanvragen volgens de Awb gebonden aan een «redelijke termijn». Zo is op grond van artikel 4:13 van de Awb deze redelijke termijn in ieder geval verstreken wanneer de NZa acht weken na de ontvangst van bijvoorbeeld een tariefaanvraag nog geen beschikking heeft gegeven en evenmin aan de aanvrager(s) heeft verteld binnen welke redelijke termijn de beschikking volgt. Ook voor de afhandeling van bezwaarprocedures gelden beslistermijnen op basis van de Awb. Voorts dient de NZa op grond van artikel 9:11 van de Awb klachten over gedragingen van de NZa dan wel haar medewerkers binnen tien weken na ontvangst van het bezwaarschrift af te handelen. Daarnaast zal de NZa binnen redelijke termijnen reageren op vragen of signalen van verzekerden, patiënten, zorgaanbieders en verzekeraars die via e-mail, brieven en dergelijke bij de NZa worden ingediend.

De leden van de VVD-fractie merken op dat volgens ZN de langetermijnvisie van het kabinet over het gewenste sturingsconcept van de gezondheidszorg met name gestoeld is op een aantal ideaaltypische beelden en theoretische concepten in termen van gereguleerde marktwerking, vraagsturing, zorgplicht, transparantie, keuzevrijheid, enzovoort. Het op abstract niveau benoemen van een aantal wenselijke theoretische concepten biedt volgens ZN onvoldoende rechtszekerheid en houvast om invulling te kunnen geven aan de verwachtingen over marktwerking als sturingsprincipe. ZN vindt het een risico dat de abstracte concepten nog niet zijn uitgewerkt in een helder en maatschappelijk breed gedragen operationeel kader. Deze leden vragen wat ik vind van deze kanttekeningen.

Het is zeker niet zo dat we bij de overgang naar gereguleerde marktwerking blijven steken in abstracties. Er wordt op veel fronten ook op praktisch niveau aan gewerkt. Ik noem als voorbeelden:

- de nieuwe Zvw,
- de dbc's als vehikel voor de prestatiebekostiging van ziekenhuizen,
- het geleidelijk introduceren van meer risico's bij intramurale zorginstellingen zoals beschreven in de notitie «Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg»,
- de nieuwe vorm van bekostiging van de huisartsen
- de pragmatische oplossing om acute zorg veilig te stellen in een meer concurrerende omgeving,
- het experiment met vrije prijsvorming bij fysiotherapeuten.

De leden van de VVD-fractie refereren aan een artikel in de Volkskrant van 22 oktober 2005. Daarin staat dat uit onderzoek van die krant blijkt dat de zorgverzekeraars in 2004 en 2005 een bedrag van € 1,3 miljard hebben bespaard op de uitgaven voor geneesmiddelen. Dit geld is toegevoegd aan de reserves en niet teruggegeven aan de verzekerden, zo stelt het artikel. De premies stegen in de jaren 2004 en 2005 harder dan de kosten. In zijn algemeenheid is dit gedrag te verklaren uit de relatief slechte jaren die zorgverzekeraars achter de rug hebben. Maar, die jaren waren toch niet voor iedereen en voor iedereen in gelijke mate slecht, zo vragen de leden van de VVD-fractie. Zij willen weten of er ook zorgverzekeraars zijn die deze lagere uitgaven wel hebben verwerkt in hun premie. Ook vragen zij waar in het nieuwe stelsel de grens ligt tussen samenwerking en afgestemd marktgedrag van verzekeraars en aanbieders en of de spelregels hierover voldoende duidelijk zijn.

Verzekeraars moeten gemiddeld genomen minstens evenveel inkomsten genereren als ze aan uitgaven moeten doen. Om magere jaren te kunnen overleven, moet er dan wel een reserve zijn. De jaren 2002 en 2003 waren wat dit betreft minder florissant. Verder moeten verzekeraars ook aan de solvabiliteitseisen van DNB voldoen. De verzekeraar moet er op een concurrerende markt voor zorgen dat hij én goede zorg tegen een aantrekkelijke premie biedt aan zijn verzekerden én geen geld verliest op de uitvoering. Een verzekeraar verliest marktaandeel indien hij structureel besparingen op de zorgkosten niet doorgeeft aan de klant.

Uit het artikel in de Volkskrant blijkt niet dat alle verzekeraars in 2004 dezelfde marge hebben tussen premieopbrengsten en kosten. Er is daarom geen aanleiding om afgestemd gedrag te veronderstellen. De regelgeving over afgestemd gedrag (kartels) is voldoende helder. Op dit punt bestaat uitgebreide jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie en de nationale rechter, een beschikkingenpraktijk van de Europese Commissie en NMa, zijn er richtsnoeren van de Europese Commissie over de uitleg van artikel 81 EG-verdrag en richtsnoeren van de NMa over de toepassing van artikel 6 Mededingingswet. Daarnaast heeft de NMa richtsnoeren ontwikkeld over toepassing van het kartelverbod op de zorgsector. In uitzonderlijke gevallen kunnen ondernemingen aan de NMa een informele zienswijze vragen. De NMa kan ingrijpen wanneer verzekeraars kartelafspraken maken. De NZa zal de ontwikkelingen op de markt goed volgen en eventuele signalen doorgeven aan de NMa. De NZa heeft verder nog specifieke instrumenten op de zorginkoopmarkt. Zo kan ze op basis van artikel 39 van dit wetsvoorstel generieke verplichtingen opleggen aan verzekeraars over de manier waarop zij contracten sluiten met zorgaanbieders. Op grond van de artikelen 40, 41 en 42 kan de NZa ingrijpen op het gedrag van een specifieke zorgverzekeraar indien deze aanmerkelijke marktmacht heeft op een zorginkoopmarkt met vrije tarieven. Op deze manier kan aan kleine lokale aanbieders voldoende bescherming worden geboden indien het bestaan van (aanmerkelijke) marktmacht aan de zijde van de zorgverzekeraars daartoe aanleiding geeft.

De leden van de SP-fractie merken op dat ik tijdens de begrotingsbehandeling 2005 op 28 oktober 2004 heb toegezegd een paar mensen van mijn ministerie naar Groot-Brittannië en Duitsland te sturen om te kijken hoever men daar is met een soort van benchmarkinstelling en of Nederland daar iets van kan leren. Deze leden vragen zich af of er al mensen zijn en wat daar geleerd is. En als er nog geen mensen afgereisd zijn, of dit dan wel in de planning ligt.

In het kader van Sneller Beter heeft een delegatie van de Orde voor Medisch Specialisten zich verdiept in het Duitse instituut dat zich met indicatoren en dergelijke bezighoudt. Gebleken is dat dit instituut een al wat langer bestaande traditie heeft op het gebied van het openbaar maken van informatie over de kwaliteit van zorg. De Orde heeft afgesproken dat het Duitse instituut in 2006 enkele presentaties in Nederland zal verzorgen. Daarbij zullen ook medewerkers van mijn ministerie aanwezig zijn. Wat betreft benchmarking in Nederland geldt dat de ziekenhuizen alle gegevens met betrekking tot productie, financiën en wachttijden in het dbc-informatiesysteem zullen onderbrengen. Tot voor kort werden geen gegevens aangeleverd omdat enkele vraagstukken met betrekking tot de privacy beantwoord moesten worden. Nu dit achter de rug is worden alle voorbereidingen getroffen om de gegevens ook daadwerkelijk aan te leveren. Zodra het dbc-informatiesysteem is gevuld, kan het benchmarkproces in Nederland van start gaan.

De leden van de SP-fractie merken op groot voorstander te zijn van ruimte voor eigen initiatief en verantwoordelijkheid. Zij zijn er alleen niet van overtuigd dat de invoering van marktmechanismen hiervoor noodzakelijk is. Er wordt beweerd, zo stellen deze leden, dat het fuseren of het doen aan schaalvergroting door zorgverzekeraars en zorgaanbieders onder andere komt door de mogelijke invloed van «de politiek». Zij willen weten of het ook mogelijk zou kunnen zijn dat de fusiegolf en concentratiegolf een inspel is op de komende concurrentie die men met elkaar moet gaan voeren. En zijn er bijvoorbeeld richtlijnen van hoeveel instellingen, zorgverzekeraars er moeten zijn voor een goede concurrentie en voldoende keuzemogelijkheid? De leden van de SGP-fractie vragen op welke manier dit wetsvoorstel zal bijdragen aan het tegengaan van schaalvergroting en welke garanties daarin zijn opgenomen. Ook deze leden verwijzen naar de passage in de memorie van toelichting waar staat dat het kunnen beïnvloeden van «de politiek» voor zowel aanbieders als verzekeraars een reden blijkt om te fuseren of aan schaalvergroting te doen.

De passage op bladzijde 2 van de toelichting waar de leden van de fracties van de SP en de SGP naar verwijzen is bedoeld als illustratie voor de neiging van instellingen en verzekeraars belangrijke bedrijfsbeslissingen mede te laten afhangen van wat dat betekent voor hun positie in «Den Haag». Het gaat er juist om deze neiging te keren en de ogen van instellingen van aanbieders en verzekeraars meer te richten naar hun klanten, ook wat betreft hun bedrijfsbeslissingen. Uiteraard spelen ook andere overwegingen dan de hier aangehaalde een rol bij beslissingen om te fuseren of concentreren. Een fusie zal soms tot doel hebben de machtspositie te vergroten. Ook kan een rol spelen of de onderneming überhaupt groot genoeg is om zijn dienstverlening voldoende op peil te houden, hoe zijn financiële toekomstperspectieven eruit zien en of hij in staat is voldoende te innoveren enzovoorts. Voor zorginstellingen speelt bovendien een rol of de omvang van de instelling voldoende is om verantwoorde zorg in de zin van de Kwaliteitswet zorginstellingen te kunnen blijven leveren.

Dit wetsvoorstel is niet bedoeld om tegen te gaan dat aanbieders of verzekeraars aan schaalvergroting doen en biedt daarvoor dan ook geen garanties.

Er zijn geen harde criteria hoeveel aanbieders of verzekeraars er moeten voor een goede concurrentie. Het CBP gaf in zijn studie «Zorg voor concurrentie» wel aan dat «indien (...) op langere termijn minstens vier landelijk actieve verzekeraars overblijven, nog steeds sprake kan zijn van voldoende concurrentie tussen verzekeraars»¹.

De leden van de fracties van de SP, de ChristenUnie en de SGP vragen naar een toelichting op de stelling dat de NZa optreedt als er aantoonbaar publieke belangen in gevaar komen.

Eén van de uitgangpunten van dit wetsvoorstel is dat er meer ruimte wordt geboden aan de partijen in de gezondheidszorg om vanuit hun eigen verantwoordelijkheid invulling te geven aan hun handelen. De wet gaat uit van een toezichthouder die deze ruimte nadrukkelijk respecteert en waar mogelijk zelfs bevordert en daarom pas optreedt als er daadwerkelijke publieke belangen worden geschaad. De publieke belangen in de gezondheidszorg zijn samen te vatten onder de begrippen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. De nadruk bij het werk van de NZa ligt bij de eerste twee publieke belangen. Maar ook de kwaliteit van de gezondheidszorg kan een belangrijke factor zijn die een rol speelt bij de invulling van de taken. Dat laatste is bijvoorbeeld het geval omdat de hoogte van een tarief waar de NZa bij betrokken is voldoende ruimte moet bieden aan kwalitatief voldoende hoogwaardige invulling van de geleverde zorg. Het gaat in de gezondheidszorg daarom altijd om het juiste evenwicht tussen de publieke belangen. De NZa geeft zelf overigens geen invulling aan wat de juiste kwaliteit van de geleverde zorg moet zijn. Dat is vastgelegd in de relevante kwaliteitsregelgeving. Deze is voor de NZa een gegeven. De operationalisering van dit uitgangspunt zal vooral aan de orde komen in de werkprogramma's die de NZa maakt en waarin zij haar inzet bepaalt op basis van een risicoanalyse. Zo kan zij haar aandacht en prioriteit richten op die onderdelen van de gezondheidszorg waar de grootste risico's liggen. De werkprogramma's van de NZa worden door de minister goedgekeurd die daarbij zal toetsen of aan deze benadering wordt voldaan. Daarbij wordt voorkomen dat de NZa zich te veel op de kleine visjes richt en de grote laat zwemmen.

De SP-fractieleden vragen naar een vangnet als blijkt dat de verleende vrijheden in een deelmarkt tot onwenselijke gevolgen leiden voor kwaliteit, innovatie en verschraving van de zorg. Ook vragen zij naar een scenario hoe marktprikkels te stoppen of terug te draaien zijn. De marktwerking zal behoedzaam en geleidelijk worden ingevoerd, waarbij goed wordt gezien of de prikkels en vrijheden wel de juiste gevolgen zullen hebben. Een deelmarkt die nog in ontwikkeling is moet enige tijd worden gegund om aan nieuwe spelregels te wennen. Daarbij houdt de NZa op de desbetreffende deelmarkten de vinger aan de pols, zodat ik tijdig wordt ingelicht wanneer er zaken uit de hand dreigen te lopen. De NZa kijkt eerst of zij met haar instrumenten eventuele ongewenste ontwikkelingen kan bijsturen, zonder de positieve werking van de prikkels te verstoren. Komen er signalen dat de kwaliteit van zorg in gevaar is of dat de zorg verschaalt dan zal eerst de IGZ worden ingeschakeld. Dan wordt gekeken of er sprake is van een tendens op de gehele deelmarkt. Als ultimum remedium beperk ik op een deelmarkt de speelruimte als de publieke belangen in gevaar komen, bijvoorbeeld door het tariefregime aan te scherpen of contracteerplicht op te leggen. Ik benadruk dat het op gang komen van markten tijd nodig heeft. Marktpartijen moeten voldoende ruimte krijgen om hun rol te leren spelen.

De leden van de SP-fractie vragen hoe voorkomen gaat worden dat de informatiestroom voor mensen net zo ondoorzichtig wordt als bij de mobiele telefonie. En zij vragen wie bepaalt wat noodzakelijke informatie is en of deze op meerdere manieren verkrijgbaar wordt (naast Internet). Zij

¹ Centraal Planbureau, Document 28, januari 2003.

vragen dit omdat niet iedereen beschikt over Internet of er even makkelijk op kan zoeken. Ten slotte vragen deze leden of, gezien de tendens van dure informatienummers zoals de 0900 nummers, informatie in het kader van de gezondheidszorg niet vrij toegankelijk moet zijn.

De artikelen 36 en 37 verplichten ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders om ten behoeve van consumenten informatie openbaar te maken over de eigenschappen van aangeboden prestaties en diensten (waaronder de kwaliteit en de prijs), op zodanige wijze dat deze informatie gemakkelijk vergelijkbaar is. Dat kunnen zij ook laten doen. De (keuze-)informatie over zorgaanbieders en zorgverzekeraars wordt aangeboden op www.kiesBeter.nl de presentatie van de informatie zijn vertegenwoordigers van patiënten- en consumentenorganisaties betrokken; de informatiebehoefte van consumenten zijn leidend voor de inhoud en presentatie op www.kiesBeter.nl. Ook worden gebruikerstesten gedaan, wordt het daadwerkelijke gebruik van de website gevolgd en wordt feedback van bezoekers van www.kiesBeter.nl structureel verzameld en geanalyseerd. Dit moet waarborgen dat de beschikbare informatie zo overzichtelijk mogelijk wordt gepresenteerd en dat de presentatie steeds beter aansluit op de vragen.

In de loop van 2006 wordt de samenwerking geïntensiveerd met aanbieders van dienstverlening via fysieke loketten, zoals gemeenten en bibliotheken. Dan kunnen mensen die geen Internet hebben of moeite hebben met zoeken op Internet ook naar een fysieke plek toe om antwoord te krijgen op hun vragen.

De leden van de SP-fractie merken op dat de NZa betaald gaat worden uit publieke gelden. Zij willen weten hoe voorkomen wordt dat de mensen in de top van de NZa exorbitante salarissen gaan ontvangen. Wie gaat de salarissen, vergoedingen, bonussen voor de bestuurders vaststellen? Wordt er bijvoorbeeld aan gedacht om ook de top onder een CAO te laten vallen zodat zij in een jaar er procentueel niet meer op vooruit kunnen gaan dan de rest van het personeel? Deze leden gaan ervan uit dat de salarissen openbaar worden, maar denken niet dat dit voldoende zal zijn om salarissen op een acceptabel niveau te houden.

De minister stelt de bezoldiging van de bestuurders van de NZa vast (art. 4, negende lid). Ik hanteer daarbij de Dijkstal-norm (ministersalaris van 2005 plus dertig procent) als maximumnorm. De bestuurders zullen geen bonussen krijgen. Doordat ik bij het regelen van de rechtspositie aansluit bij de rechtspositie van topfunctionarissen bij de Rijksoverheid is slechts een stijging van het salaris mogelijk conform de afspraken in het kader van de CAO voor ambtenaren van het Rijk. De bestuurskosten van de NZa worden in het jaarverslag openbaar gemaakt. Het kabinet heeft de verplichting tot openbaarmaking van bestuurskosten voor zbo's wettelijk geregeld in het wetsvoorstel Kaderwet zbo's. Hierbij is aangesloten bij de bepalingen in het Burgerlijk Wetboek over de jaarverslaglegging.

De leden van de SP-fractie lezen in het wetsvoorstel dat de minister het bestuur van de NZa benoemt. Zij vragen hoe de procedure gaat verlopen, of het een open sollicitatieprocedure wordt, hoe transparant de procedure zal zijn en hoe bijvoorbeeld de schijn van een politieke benoeming wordt tegengegaan.

Ik heb op 29 september 2005 bekend gemaakt dat ik de heer mr. F.H.G. de Grave, mw. drs. C.C. van Beek MCM, dr. M.E. Homan, en drs. A.L.M. Barendregt gevraagd heb als kwartiermakers de start van de NZa voor te bereiden. Het is mijn bedoeling, onder het voorbehoud dat dit wetsvoorstel wordt aangenomen, hen bij de start van de NZa te benoemen als bestuur van de NZa. De heer De Grave is sinds april 2004 voorzitter van het CTG. Mevrouw Van Beek is thans lid van de Raad van Bestuur van de St. Maartenskliniek in Nijmegen. Zij treedt per 1 april 2006, na afronding

van haar huidige werk, toe tot het bestuur. De heren Homan en Barendregt zijn algemeen directeur van respectievelijk het CTZ en het CTG. Met de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel gaan de bestaande organisaties CTG en CTZ op in de NZa. Het bestuur van de NZa staat voor de lastige taak om tijdens de verbouwing de verkoop door te laten gaan. Het bestuur moet zowel de klassieke prijsvormingstaken als het rechtmatigheidstoezicht op de uitvoering van de nieuwe Zvw uitvoeren, en tegelijkertijd een krachtige NZa met nieuwe taken op het gebied van markttoezicht realiseren. Daarom wil ik een topbestuurder met specifieke deskundigheid als voorzitter; een voorzitter die leiding kan geven aan het omvormings-traject. Met deze vacaturebeschrijving is de heer De Grave in 2004 na openbare werving benoemd als voorzitter van het CTG. Vanwege de gewenste continuïteit in de uitvoering van de bestaande zbo-taken en in de leiding aan het ambtelijk apparaat, lag het in de rede gebruik te maken van de diensten van beide algemeen directeurs van het CTZ en CTG. Ik heb hen leren kennen als capabele bestuurders. Hiervoor is niet openbaar geworven omdat dit slechts valse verwachtingen bij sollicitanten zou hebben gewekt. De heren De Grave, Homan en Barendregt gaan door met het ombouwen van de beide organisaties naar de NZa met het gezag en de ervaring die daarvoor nodig is. Aangevuld met een nieuwe, vierde deskundige vanuit het veld heb ik naar mijn mening de juiste balans gevonden tussen continuïteit en vernieuwing.

De leden van de SP-fractie vragen wie of wat bepaalt of bij de NZa sprake is van taakverwaarlozing. Ook vragen zij of de Kamer de minister hierop kan aanspreken.

De minister beoordeelt of de NZa haar taken verwaarloost. Daarvan is sprake indien de NZa haar uit de wet voortvloeiende verplichtingen niet naar behoren nakomt (art. 10). Denk bijvoorbeeld aan de situatie dat de NZa stelselmatig in gebreke blijft bij het vaststellen van beleidsregels waardoor geen tariefbeslissingen kunnen worden genomen. Is sprake van taakverwaarlozing dan kunnen bij algemene maatregel van bestuur tijdelijke voorzieningen worden getroffen, zonodig in afwijking van de wet. Dit betekent dat de taak bijvoorbeeld tijdelijk geheel of gedeeltelijk door een ander wordt behartigd. Voor zover mij bekend is het op het terrein van de zorg nog nooit nodig gebleken een dergelijke zware maatregel te nemen. Mocht sprake zijn van taakverwaarlozing in de zin van artikel 10 dan is uiteraard de minister van VWS politiek aanspreekbaar door het parlement. Hij dient er immers op toe te zien dat de NZa naar behoren functioneert.

De leden van de ChristenUnie-fractie verwijzen naar de passage in de memorie van toelichting waar staat dat het zeer goed mogelijk is dat gedurende langere tijd deelmarkten waar sprake is van een vorm van aanbodregulering en deelmarkten waar een vorm van marktwerking geldt naast elkaar zullen bestaan. Deze leden willen weten of de consequentie hiervan ook kan zijn dat op sommige deelmarkten aanbodsturing en tariefregulering gehandhaafd blijft of dat het de bedoeling is dat dit uiteindelijk op alle deelmarkten wordt losgelaten. Ook vragen zij wat ik in deze context bedoel met de term «glijdende schaal» (blz. 11).

De zorgmarkt bestaat uit verschillende deelmarkten. Deze verschillen in marktstructuur, productkenmerken en in de vorm en mate van marktfaalen. Vanwege de verschillen in aard, inhoud en omvang van de zorg in de verschillende deelmarkten, en vanwege de verschillende rollen die patiënten en verzekerden, zorgaanbieders en verzekeraars daarin spelen, zijn er ook verschillen in de manier waarop de publieke belangen het beste kunnen worden geborgd.

Het kan inderdaad zijn dat op sommige deelmarkten aanbodsturing en tariefregulering ook op langere termijn gehandhaafd blijft. Zo kan ik mij voorstellen dat voor bepaalde vormen van zorg het aanbod door de overheid gestuurd blijft worden, bijvoorbeeld zorg in geval van zeldzame

aandoeningen of bijzonder kostbare en complexe zorg. Omdat het aanbod in die gevallen bewust beperkt wordt gehouden door de overheid, ligt ook tariefregulering voor de hand. Echter, vormen van zorg die nu nog uitzonderlijk zijn en om aanbodsturing vragen, zijn in de toekomst door de medisch-technologische vooruitgang wellicht meer gemeengoed. Of op een deelmarkt de aanbodsturing en tariefregulering verantwoord kan worden losgelaten, hangt af van de vraag of de markt voldoende in staat is om de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid zeker te stellen.

Met «glijdende schaal» bedoel ik aan te geven, dat op sommige deelmarkten het hele arsenaal aan overheidsregulering nodig kan blijven, terwijl op andere deelmarkten bijvoorbeeld aanbodsturing niet meer nodig is, maar tariefregulering nog wel. Dit kan het geval zijn als er nog onvoldoende aanbieders zijn om ervan uit te kunnen gaan dat efficiënte marktprijzen tot stand zullen komen. Aan het eind van de schaal is op een bepaalde deelmarkt zowel elke vorm van aanbodsturing, als elk vorm van prijsregulering verdwenen.

De leden van de fractie van de ChristenUnie willen weten of de WMG slechts een overgangswet is. Zij refereren hierbij aan de passage in de memorie van toelichting (blz. 4) waar staat dat de WMG voorziet in spelregels en bijbehorend toezicht om de overstap naar meer marktwerking veilig te kunnen maken.

Het overstappen naar meer marktwerking in de zorg is een proces van lange adem dat behoedzaamheid en geleidelijkheid vergt. Dit heeft zowel te maken met de decennialange gewenning aan centrale aanbodsturing, als aan de bijzondere kenmerken van de zorgmarkten en het belang van zorgvuldige bewaking van de publieke belangen. Zoals ik in de memorie van toelichting (blz. 11) aangeef verwacht de regering dat gedurende langere tijd een gemengd systeem nodig zal zijn. Aan de ene kant deelmarkten met centrale aanbodsturing en tariefregulering, aan de andere kant deelmarkten met vrije prijzen en vrije toetreding tot de markt en daar tussenin verschillende combinaties hiervan. Ook kan op sommige deelmarkten centrale sturing nodig blijven. In hoeverre de WMG tijdelijk is, valt nu niet te voorspellen. Ik spreek liever niet van een overgangswet, als wel van een wet die geschikt is om te bewaken dat de overgang naar meer marktwerking veilig verloopt.

De leden van de PvdA-fractie en van de ChristenUnie-fractie willen weten op basis van welke adviezen en criteria ik bepaal op welke deelmarkten tarieven vrij onderhandelbaar zijn. Ook vragen de PvdA-fractieleden waarom algemene structurele marktbelemmeringen niet vóór de introductie van marktwerking worden opgelost, wat ik bedoel met «bepaalde vormen van marktfaalen die hardnekkiger zijn dan aanvankelijk gedacht» en of ik daar voorbeelden van kan geven.

In mijn brief over de liberalisering van electieve (planbare) zorg van oktober 2004¹ som ik een aantal criteria op aan de hand waarvan kan worden bepaald of op een bepaalde deelmarkt tarieven kunnen worden losgelaten, waar dit in principe mogelijk is en waar regulering op zijn plaats is. Het gaat onder andere om de volgende criteria:

- een evenwichtige verdeling van marktmacht tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars;
- beschikbaarheid van voldoende inzichtelijke informatie (bijvoorbeeld over kwaliteit);
- voldoende toetredingsmogelijkheden voor nieuwe zorgaanbieders;
- beschikbaarheid van homogene producten.

Ik ben het met de PvdA-fractieleden eens dat algemene structurele marktbelemmeringen vóór de introductie van marktwerking moeten worden opgelost. Voordat ik de tarieven vrijgeef op een deelmarkt komen deze

¹ Kamerstukken II, 29 800 XVI, nr. 25, blz. 7.

structurele kenmerken en de aanpak daarvan uitgebreid aan de orde. Niettemin kan het voorkomen dat bepaalde vormen van marktfalen hardnekkiger zijn dan aanvankelijk gedacht. Ook kan het voorkomen dat de effecten van marktfalen pas zichtbaar worden nadat de markt is geliberaliseerd. Zo kan het zijn dat bij de analyse van een deelmarkt wordt geoordeeld dat er voldoende informatie beschikbaar is, dan wel via verschillende maatregelen beschikbaar komt. Te denken valt aan het bevorderen van de noodzakelijke ontwikkeling en invoering van instrumenten voor prestatiemeting, heldere verantwoording over de geleverde zorg en inzichtelijke consumenteninformatie. In het transitieproces zou vervolgens kunnen blijken dat er teveel informatie wordt aangeboden die bovendien niet met elkaar kan worden vergeleken. De NZa kan in dat geval daarover voorschriften geven aan aanbieders en verzekeraars.

De leden van de SGP-fractie zien graag uitgewerkt op welke manier de kwaliteit concreet meegenomen en getoetst wordt bij de beoordeling van bijvoorbeeld voorbeeldpolissen.

De beoordeling van modelovereenkomsten gaat op dit punt in grote lijnen als volgt. Het CVZ adviseert de NZa (thans het CTZ) bij de beoordeling van de modelovereenkomsten over de te verzekeren prestaties. Daarbij wordt getoetst of wat in de modelovereenkomst staat een correcte uitwerking is van de Zvw. De zorgverzekeraar mag de ruimte die de functioneel omschreven aanspraken bieden ten volle benutten, maar daarmee niet meer of minder bieden dan de Zvw toestaat. Verder is onderdeel van de toets dat in situaties waarin is bepaald dat de zorgverlening is voorbehouden aan een BIG-geregistreeerde zorgverlener, daarvan in de modelovereenkomst niet mag worden afgeweken.

2. ACHTERGROND WETSVORSTEL

De leden van de VVD fractie constateren dat met de invoering van de WMG de NZa een dubbele rol krijgt; de NZa wordt toezichthouder, tariefsteller (in die markten waar geen sprake is van vrij onderhandelbare tarieven) en marktmeester. Dit is volgens de minister noodzakelijk in de transitiefase. Deze leden vragen of er, gezien de noodzaak van de dubbelrol in de transitiefase, een eindtermijn van deze rol denkbaar is. Zo ja, op welke termijn zou deze dubbelrol kunnen komen te vervallen? En wat is dan het eindbeeld dat de minister voor ogen heeft?

De leden van de VVD-fractie menen verder dat twijfel zou kunnen ontstaan of al de genoemde taken in één organisatie verenigbaar zijn. Hoe waarschijnlijk is het dat de beslissing of tariefstelling nog noodzakelijk is, objectief wordt genomen, als het betekent dat de eigen organisatie daarmee macht en banen verliest? Hoe logisch is het dat de toezichthouder toezicht op zichzelf moet houden? Kan de minister ingaan op deze kanttekeningen ten aanzien van de dubbelrol van de NZa?

Zoals ik in mijn algemene reactie aan het begin van deze nota aangaf krijgt de NZa slechts één rol en een bijpassend instrumentarium dat voldoende geschakeerd is om haar opdracht goed te kunnen vervullen. Zie verder mijn reactie aldaar.

De leden van de VVD-fractie constateren dat het wetsvoorstel uitgaat van een toekomstige situatie waarin de zorg uit twee categorieën deelmarkten bestaat. De deelmarkten binnen de ene categorie zijn vergelijkbaar met de huidige situatie in de zorg en kennen een tariefregime. Deelmarkten binnen de andere categorie zijn geliberaliseerd, met vrij onderhandelbare tarieven. Niet de overheid bepaalt de prijs, maar de consument die voor een bepaalde prijs-kwaliteitverhouding kiest en op die manier druk uitoefent op zorgverzekeraars om bepaalde aanbieders wel of niet te contracteren. In deze dynamiek zijn er minder overheidsregels nodig, is de verwachting. De VVD-fractieleden wijzen erop dat veel veldpartijen stellen

dat het tegendeel gebeurt. Zij zijn van mening dat de WMG juist op deze geliberaliseerde deelmarkten een batterij aan toezichts- en interventie-instrumenten loslaat. De verplichtingen die de NZa kan opleggen op geliberaliseerde markten zijn zo ingrijpend dat de ondernemingsvrijheid in de gereguleerde markten zelfs groter lijkt. De leden van de VVD-fractie vragen of ik in kan gaan op het verwijt dat hiermee het paard achter de wagen wordt gespannen. Ook vragen zij wat ik vind van de stelling van een aantal critici dat dit wetsvoorstel de gang naar marktwerking omgeeft met dermate uitgebreide interventiemogelijkheden dat van een geliberaliseerde markt niet gesproken kan worden en dat zonder opletten de marktwerking in de zorg al wordt lamgelegd nog voor deze goed en wel op gang gekomen is.

Ik ben het niet eens met deze kritiek. Er is geen sprake van het loslaten van «een batterij aan instrumenten» op geliberaliseerde deelmarkten, noch van het «lamleggen» van marktwerking voordat deze begonnen is. Zie ook mijn algemene reactie aan het begin van deze nota.

Op hoofdlijnen ziet het instrumentarium van de NZa op de zorginkoopmarkt er als volgt uit.

Overzicht 6. Instrumenten NZa op zorginkoopmarkten

Deelmarkten met een tariefregime	Deelmarkten met vrije tarieven
Generieke instrumenten: zonodig nadere regels stellen aan de totstandkoming van en voorwaarden in overeenkomsten zorginkoop, transparante consumenteninformatie en administratie (bijvoorbeeld bepaald systeem toerekening kosten) (gedrag)	
Tariefinstrumentarium (uitkomst)	AMM-instrumentarium (gedrag)

Voor beide type deelmarkten geldt dat de NZa generieke regels kan stellen met betrekking tot de totstandkoming van en voorwaarden in overeenkomsten van zorginkoop, transparante consumenteninformatie en de administratie. Dit mag zij doen om de concurrentie te bevorderen. Alleen wanneer er algemene structurele (markt-)belemmeringen worden geconstateerd, kan de NZa ingrijpen door alle aanbieders of alle verzekeraars op de desbetreffende deelmarkt op de genoemde onderdelen verplichtingen op kan leggen die de concurrentie bevorderen. Op deelmarkten met vrije tarieven is dit zelfs de hoofdregel. De NZa dient zoveel mogelijk een gelijk speelveld te creëren. Dit houdt in dat de NZa bij het stellen van algemene regels geen onderscheid maakt tussen ondernemingen die op dezelfde deelmarkt opereren. Alleen indien de machtspositie van één of enkele partijen het op gang komen van een zorginkoopmarkt met vrije tarieven belemmert kan de NZa aan de desbetreffende partij(en) één of meer specifieke verplichtingen opleggen. Dit is de uitzondering op de hoofdregel dat geen «asymmetrische» regels kunnen worden opgelegd. Dit is het in overzicht 6 genoemde AMM-instrumentarium.

De NZa houdt in deelmarkten met vrije tarieven toezicht op het gedrag van marktpartijen.

Dat wil zeggen dat de toezichthouder alleen ingrijpt om het proces van marktwerking op gang te brengen, dan wel om marktbelemmeringen weg te nemen of te voorkomen. Op zorgmarkten waar (nog) geen liberalisering mogelijk is, intervenueert de NZa echter op de uitkomsten van het proces. Dit is de in overzicht 6 genoemde tariefregulering. Dit is een veel directere en zwaardere ingreep in het economische proces die op deelmarkten met vrije tarieven niet mogelijk is. Wel wordt bij de tariefregulering de tucht van de markt zoveel mogelijk nagebootst door marktconforme tariefregulering.

De leden van de VVD-fractie merken op dat ondernemingsvrijheid noodzakelijk is voor innovatie, klantgerichtheid, kwaliteitsverbetering en doelmatige zorg. De zorg heeft aspecten die vergen dat deze markt wordt geregu-

leerd. Maar als vrijheid en het risico dat daaraan inherent is, teveel wordt ingeperkt, is de hele exercitie tamelijk zinloos. Deze leden vragen of ik vertrouwen heb in de deelmarkten die zijn geliberaliseerd.

Ik erken dat er een afruil is tussen regulering en vrijheid. Op markten die zich aan het ontwikkelen zijn is een goed evenwicht nodig. Het kan nodig zijn dat de NZa ingrijpt op een deelmarkt om te bevorderen dat iedereen een eerlijke kans krijgt (gelijk speelveld). Het ingrijpen moet wel proportioneel zijn. Zo is er bijvoorbeeld een verschil in ondernemingen die de potentie hebben de markt te bederven en het op gang komen van markten te frustreren en ondernemingen die vanwege innovaties in kwaliteit en efficiëntie een voorsprong nemen. Kortom: de NZa zal de juiste balans moeten vinden tussen optreden en de markt zijn werk laten doen.

Binnen de eerstelijnszorg is de deelmarkt fysiotherapie geliberaliseerd. Dit gebeurt in een tweejarig experiment dat per 1 januari 2007 eindigt. Voor de duur van het experiment zijn de wettelijke maximumtarieven buitenwerking gesteld. Daarnaast komt per 1 januari 2006 de verplichte verwijzingsrelatie met de huisarts te vervallen. Met deze aanpak heb ik een maximale vrijheid gecreëerd om naar eigen inzicht en op eigen verantwoordelijkheid praktijk te voeren. Vanzelfsprekend in samenspel met de zorgverzekeraar en de patiënt en binnen de randvoorwaarden die gelden voor een toegankelijke, betaalbare en kwalitatieve gezondheidszorg. Ik heb er vertrouwen in dat dit traject succesvol gaat verlopen.

Wat betreft de liberalisering in de tweedelijnsgezondheidszorg (het zogenaamde B-segment): op grond van de motie-Schouw¹ trek ik aan de hand van een uitgebreide evaluatie medio 2006 conclusies over eventuele verdere uitbreiding hiervan.

De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre ik denk met dit wetsvoorstel aansluiting te houden tussen het sectorspecifieke toezicht en het algemene markttoezicht.

Dit wetsvoorstel geeft de NZa een aantal sectorspecifieke markttoezicht-instrumenten. Het algemene mededingingstoezicht blijft bij de NMa. Het toezicht van de NZa is aanvullend op dat van de NMa. De aansluiting tussen het sectorspecifieke en het algemene markttoezicht is verzekerd door de samenwerkingsafspraken tussen de NZa en de NMa (art. 17) en door de bepaling dat de NZa zich moet richten naar de uitleg van begrippen die de NMa hanteert in het kader van de toepassing van het mededingingsrecht (art. 18). Zie overigens mijn algemene reactie aan het begin van deze nota.

De leden van de SP-fractie geven aan dat zij verheugd zijn dat ook deze regering het een overheidsverantwoordelijkheid vindt dat noodzakelijke gezondheidszorg van goede kwaliteit voor alle Nederlanders toegankelijk is. Deze leden vragen zich daarbij wel af wat er verstaan wordt onder noodzakelijke gezondheidszorg. Welke zorg wordt door de regering bijvoorbeeld niet noodzakelijk geacht en hoeft niet voor iedereen toegankelijk te zijn? En zijn er vormen van gezondheidszorg waarvan de regering vindt dat er geen goede kwaliteit gewaarborgd hoeft te zijn?

Ik heb bij de behandeling van de Zvw in het parlement enkele malen aangegeven wat onder noodzakelijke zorg wordt verstaan. Ik heb mij daarbij laten leiden door de criteria die de commissie-Dunning in haar rapport «Kiezen en delen» beschreef: noodzakelijk, werkzaam, doelmatig en niet voor eigen rekening te nemen. De commissie werkt het criterium «noodzakelijk» als volgt uit: zorg die individuen in staat stelt het bestaan met andere leden van de samenleving te delen, in stand te houden en zo mogelijk te verbeteren.

De Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG waarborgen de kwaliteit van de zorg. Er zijn vormen van gezondheidszorg waarop deze wetten geen betrekking hebben, zoals alternatieve zorg of zorg in klinieken waar geen «voorbehouden handelingen» plaatsvinden. Dat betekent dat de

¹ Kamerstukken II, 28 994 en 29 379, nr. 1.

overheid geen eisen stelt aan de kwaliteit van die zorg. Dat is dan een zaak van de degene die deze zorg wenst te verkrijgen en de aanbieder van deze zorg. Uiteraard zal deze aanbieder wel de eisen die in andere wetgeving worden gesteld, in acht dienen te nemen. Hiervoor verwijs ik naar mijn brief van 8 juli 2005 over de relaties tussen de functiegerichte benadering van de Zvw en de Wet BIG¹.

De leden van de SP-fractie krijgen het idee dat de minister het liefst de NZa op ziet gaan in de NMa. Zij informeren naar het moment wanneer dit plaatsvindt, en wie dit bepaalt. Ook vragen zij waaraan de zorgmarkt moet voldoen om onder de NMa te kunnen vallen.

De zorgsector staat aan het begin van een veranderingsproces dat de nodige tijd zal nemen en dat om behoedzaamheid vraagt. De zorginkoopmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorgverleningsmarkt beïnvloeden elkaar sterk; daarbinnen verkeren de verschillende deelmarkten in verschillende stadia van ontwikkeling. Elke deelmarkt stelt eigen eisen aan de manier waarop de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid het beste kunnen worden geborgd en aan de manier waarop de ontwikkelingen in transitie markten goed kunnen worden begeleid. Een dergelijke complexe situatie vergt een speciaal op de zorgsector gerichte benadering waarin de specifieke kennis over de verschillende zorg(deel)markten en de verschillende vormen van toezicht zijn geïntegreerd.

Het wetsvoorstel voorziet erin dat elke vier jaar wordt geëvalueerd. Bij de eerste evaluaties wordt ook de vraag meegenomen of het opportuun is de NZa in de NMa in te varen. De beslissing hierover hangt er onder andere vanaf hoe ver de introductie van meer marktwerking in de zorg is voortschreden. Hoe meer de zorg op een «echte» markt lijkt, hoe minder reden er is de NZa als apart gepositioneerde sectorspecifiek markttoezicht-houder te handhaven. Voor de beslissing is echter ook van belang dat, hoe ver de deregulering ook gekomen is, er altijd een taak blijft om toezicht te houden op de goede uitvoering van de Zvw en van de AWBZ.

3. BIJZONDERHEID ZORGMARKTEN

De CDA-fractieleden vragen welke vorm van toezicht de voorkeur heeft indien de IGZ de kwaliteit van de zorg bij een instelling onvoldoende vindt, terwijl de instelling niet aan de solvabiliteitseisen voldoet. Indien de IGZ van oordeel is dat de kwaliteit van de zorg bij een instelling onder de maat is, zal de instelling al het nodige moeten doen om die kwaliteit op een aanvaardbaar niveau te brengen, ongeacht haar financiële positie. De kwaliteit van de zorg mag in geen geval onder de maat zijn. Overigens wijs ik erop dat voor zorginstellingen geen wettelijke solvabiliteitseisen gelden.

De leden van de CDA-fractie vragen of de rol van patiënten en verzekeren kan worden toegelicht. Zij vragen of deze een adviesrecht hebben en of zij misstanden kunnen signaleren.

Dit wetsvoorstel erkent expliciet de positie van consumenten bij de prijsvorming in de zorg. Een krachtig en kritische consument is essentieel voor een goed werkende markt. In het voorstel is vastgelegd dat de NZa bij de uitoefening van haar taken rekening houdt met de belangen van de consument. Het lijkt me wenselijk dat de Consumentenbond en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie bij consultaties door de NZa hun stem kunnen laten horen. De wijze van consultatie legt de NZa vast in zijn bestuursreglement. Dat bestuursreglement keur ik goed.

Het wetsvoorstel voorziet ook in een meldpunt bij de NZa. Daar kunnen individuele consumenten misstanden melden. Het meldpunt is geen klachteninstantie, maar verzamelt de informatie voor beleid-, toezicht- en opsporingsdoeleinden.

¹ Kamerstukken II, 29 689, nr. 9.

De leden van de VVD-fractie verwijzen naar de kritische kanttekeningen van MKB-Nederland bij het experiment met vrije tarieven dat in de sector fysiotherapie loopt. Zo hebben volgens MKB-Nederland verschillende partijen verschillende opvattingen over het doel van het experiment. Uit de eerste door het CTG uitgevoerde monitor blijkt dat het nodig is wijzigingen aan te brengen in de randvoorwaarden waaronder het experiment plaatsvindt. Het instrumentarium zou daarvoor echter ontbreken. Daarmee dreigt het gevaar dat de overheid geen lering trekt uit een waardevol experiment en dus niet de kennis opbouwt om ook in andere deelmarkten, desnoods op experimentele basis, verdere vrijheid van tarieven toe te staan. Dit wringt des te meer omdat wel degelijk andere groepen zorgaanbieders graag met deze onderhandelingsvrijheid aan de slag willen. Proeftuinen zijn belangrijk in het traject naar vrije tarieven. De VVD-fractieleden vragen of ik vind dat voldoende gebruik wordt gemaakt van het feit dat ten aanzien van de fysiotherapie gekozen is voor een experiment, waar dat uit blijkt en wat de lessen voor de toekomst zijn. Met het experiment fysiotherapie zijn nu al belangrijke ervaringen opgedaan, die op termijn relevant zijn voor verdere liberalisering. Daarbij noem ik de effecten op prijsontwikkeling, het ontstaan van meer diversiteit in prestaties en het onderhandelingspel met zorgverzekeraars. Niet op alle punten is even gunstig gescoord, maar dat is inherent aan het wezen van een experiment. Bovendien is er nog een jaar te gaan. Ik vind het verder belangrijk dat het CTG eerste ervaringen heeft kunnen opdoen met het monitoren van markten. Binnen de fysiotherapie heb ik maximale vrijheid geschapen om naar eigen inzicht en op eigen verantwoordelijkheid praktijk te voeren. De wettelijke maximumtarieven zijn voor de duur van het experiment losgelaten en per 1 januari 2006 vervalt de verplichte verwijsrelatie met de huisarts. Ik ben dan ook van mening dat het experimentele karakter voldoende wordt benut.

De VVD-fractie vraagt wat ik vind van het voorstel van MKB Nederland het begrip «relatieve marktmacht» in de wet te introduceren. Met relatieve marktmacht doelt MKB-Nederland op de situaties waarbij een zorgverzekeraar ten opzichte van zijn eigen concurrenten (de andere zorgverzekeraars) geen aanmerkelijke marktmacht bezit, ook al is hij regionaal gezien een monopolist. Zijn potentiële werkgebied is in principe heel Nederland. Ten opzichte van individuele zorgaanbieders – met name individuele beroepsbeoefenaren, voor wie de nabije omgeving het maximale afzetgebied is –, bezit de regionale zorgverzekeraar wel relatieve marktmacht. MKB-Nederland acht deze relatieve marktmacht ongewenst en een bedreiging voor het tot stand komen van evenwichtige marktverhoudingen en effectieve marktwerking.

Ik ben van mening dat toevoegen in dit wetsvoorstel van een verbod op misbruik van economische afhankelijkheid geen bijzondere betekenis heeft. Ten eerste heeft de NZa op grond van dit wetsvoorstel de bevoegdheid om op een zorginkoopmarkt met vrije tarieven, aan een partij met aanmerkelijke marktmacht aanvullende verplichtingen op te leggen. Door de inzet van dit instrument kan de NZa indien gewenst een balans aanbrengen in de positie van een regionale zorgverzekeraar met aanmerkelijke marktmacht ten opzichte van een individuele zorgaanbieder. Om vast te stellen of sprake is van aanmerkelijke marktmacht sluit de NZa aan bij de criteria die gebruikt worden om een economische machtspositie vast te stellen. In de tweede plaats verwijs ik naar de Mededingingswet. Een verbod op «misbruik van economische afhankelijkheid», zoals de Duitse mededingingswet die kent, valt samen met het in de Mededingingswet bestaande verbod van misbruik van een economische machtspositie.

De leden van de VVD-fractie vragen of het cruciaal is in het nieuwe stelsel dat er machtsevenwicht is tussen alle betrokkenen. Zij merken op dat de NMa en straks ook de NZa toezicht zullen houden op een juist machts-evenwicht. De VVD-fractie heeft regelmatig zijn zorgen geuit over de toepassing van de Mededingingswet in de zorg. Enerzijds lijkt het of instellingen maar kunnen blijven fuseren, zonder dat er wordt ingegrepen. Zorgverzekeraars kunnen inkoopcombinaties sluiten. Anderzijds mogen beroepsbeoefenaren maar zeer beperkt samenwerken bij het contracteren. De VVD-fractieleden vragen of ik het met hen eens ben dat de bagatel-regeling te beperkt en rigide is. Deze leden vinden het plafond van € 908 000 omzet te laag en zijn van mening dat ook ten aanzien van het zorgaanbod beter gewerkt kan worden met aanmerkelijke marktmacht. Zorgverzekeraars mogen enerzijds niet tegen een gesloten markt oplopen; dat ziet de verzekerde direct terug in de premies en kwaliteit van zorg. Anderzijds moeten beroepsbeoefenaren ook een positie hebben die hen in staat stelt zelf invloed te hebben op hun werk en hoe zij dat uitoefenen. De VVD-fractieleden vragen een uitgebreide reactie.

Voor effectieve marktwerking is machtsevenwicht niet per se noodzakelijk. Er zijn zeer veel goed functionerende markten waar een kleine onderneming bij een grote onderneming inkoop of andersom. De concurrentiedynamiek in een bepaalde markt wordt veeleer bepaald door de structurele kenmerken van de markt, dan door de omvang van ondernemingen. Factoren zoals toetredingsbelemmeringen of de vraag of er (structurele) over- of ondercapaciteit in een markt is, bepalen voor een aanzienlijk deel de uitkomsten van marktwerking. Waar ondernemingen dingen om de gunsten van de consument zal hij betere aanbiedingen krijgen op het punt van service, kwaliteit en prijs.

Vrije beroepsbeoefenaren zijn van mening dat hun onderhandelingspositie ongelijk is aan die van de zorgverzekeraars. Ik wil graag voorop stellen dat scherp inkopen en stevig onderhandelen niet hetzelfde is als misbruik maken van een machtspositie. Enige onderhandelingsmacht is nodig om scherp in te kunnen kopen. Essentieel is vervolgens dat de materiële en immateriële voordelen van de onderhandelingsmacht (grotendeels) ten goede komen aan de consument. In de overgang naar meer marktwerking moeten beide onderhandelingspartners ervaring kunnen opdoen en een volwaardige kunnen rol spelen. Indien één van beide partners bij aanvang een te dominante positie heeft, kan dit de noodzakelijke concurrentie ook voor de langere termijn belemmeren. Dit wetsvoorstel regelt daarom dat de NZa voldoende instrumenten heeft om markten op gang te helpen en te voorkomen dat ondernemingen met marktmacht de op gang komende concurrentie verstoren.

Aan de vraagkant van de zorginkoopmarkten (dus de kant van de verzekeraars) krijgt de NZa aanvullende instrumenten op het bestaande mededingingstoezicht van de NMa. Zo kan de NZa als de markt onvoldoende transparant is of als de markt niet op gang komt het onderhandelingsproces reguleren. De NZa kan bijvoorbeeld generieke verplichtingen opleggen aan partijen op een deelmarkt. Denk aan de verplichting om een redelijke antwoordtermijn te gunnen voor het aanvaarden van een contract. Ook is denkbaar dat de NZa verzekeraars verplicht tot het voorleggen van contracten via een openbare informatiebijeenkomst of tot het aanbieden van een menu met verschillende contracten om eerstelijnszorgaanbieders voldoende keuzemogelijkheden te geven.

Bovendien kan de NZa een zorgverzekeraar die aanmerkelijke marktmacht heeft individuele verplichtingen opleggen om zo de markt op gang te brengen. Dit kan zij overigens alleen op een zorginkoopmarkt waar de tarieven vrij onderhandelbaar zijn. Denkbaar is de verplichting om een openbaar aanbod te doen of de verplichting om het tarief vast te stellen volgens een door de NZa te bepalen berekeningsmethode.

Collectief onderhandelen bij het verkopen van een (zorg)product komt feitelijk neer op een prijskartel aan de verkoopzijde van de markt. De zorg-

aanbieder kan weliswaar een vuist maken tegen de koper (zorgverzekeraar) bij de onderhandeling over de verkoop van het product, maar dit zal er vooral toe leiden dat hij zijn product duurder kan verkopen tegen dezelfde of lagere kwaliteit. De zorgverzekeraar zal dit moeten doorberekenen aan zijn verzekerden.

Het verruimen van de bagatelvrijstelling, dan wel afschaffing van het kartelverbod om «verkoopcombinaties» mogelijk te maken, acht ik om bovenstaande redenen dan ook niet het juiste middel om marktmacht aan de inkoopkant tegen te gaan. Hiervoor heb ik al aangegeven wat de mogelijkheden van de NZa in deze zijn.

Bovendien blijkt uit een uitvoerige analyse van de Mededingingswet en Europese mededingingsregels dat, gelet op de specifieke situatie van de huisartsen en fysiotherapeuten, er allerlei initiatieven op het gebied van samenwerking die leiden tot een efficiëntere dienstverlening toelaatbaar zijn. In het algemeen gesteld zijn samenwerkingsverbanden die puur gericht zijn op het beperken van de concurrentie (slecht voor de consument) in strijd met het (Europese) mededingingsrecht. Samenwerkingsverbanden die de efficiëntie of de zorgkwaliteit dienen en voldoende keuzemogelijkheden overlaten (goed voor de consument), zijn wél geoorloofd.

Tot slot kan het onderhandelingsproces als zodanig worden gefaciliteerd. De NMa komt met speciale richtsnoeren voor de zorg die de spelregels beschrijven voor het gebruik maken van zogenoemde zorgmakelaars bij de onderhandelingen. Ik zal hierover, in overleg met de minister van Economische Zaken, binnenkort een uitvoerige brief aan de Tweede Kamer zenden.

Sinds de stelselwijziging in de zorg een aanvang genomen heeft is er stap voor stap meer ruimte gekomen voor concurrentie in de zorgmarkt. Dat betekent ook dat de Mededingingswet eerst niet van toepassing was en stap voor stap wel van toepassing is geworden. Nu de Mededingingswet, door de veranderingen in de ordening van de zorgmarkt van toepassing is geworden op grote delen van de zorg, toets de NMa of fusies mogelijk mededingingsbeperkend zijn. Reeds verschillende fusies in de zorgsector werden aan de NMa voorgelegd en kritisch getoetst. Zo is in de afgelopen twaalf maanden vijfmaal besloten dat voor een fusie een vergunning is vereist, namelijk in de ziekenhuissector, tussen AWBZ-instellingen en tussen zorgverzekeraars.

De leden van de SGP-fractie merken op dat behoedzaamheid en geleidelijkheid belangrijke principes zijn bij de overgang naar meer marktwerking, maar constateren dat deze waarden niet zo concreet worden gemaakt. Zij vragen welke stappen de regering denkt te gaan nemen in de fase van overgang naar gereguleerde marktwerking. Hoe zijn de behoedzaamheid en geleidelijkheid hierin terug te vinden?

De behoedzaamheid en geleidelijkheid moeten blijken uit het tempo waarin en de wijze waarop de overgang naar gereguleerde marktwerking wordt gerealiseerd. Een goed voorbeeld daarvan is beschreven in de notitie «Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg»¹. Daarin wordt duidelijk beschreven hoe langs de weg van geleidelijkheid en behoedzaamheid de zorginstellingen aan meer bedrijfsmatige risico's worden blootgesteld. In dit wetsvoorstel zijn dergelijke schema's niet terug te vinden; het bevat echter wel de instrumenten die nodig zijn om de transitie naar marktwerking geleidelijk en behoedzaam te laten verlopen.

De leden van de SGP-fractie merken op dat voor een goede beoordeling van de beleidsinzet van de regering op dit terrein het nodig is dat duidelijk wordt welke wezenlijke toegevoegde waarde er ligt in de gereguleerde marktwerking ten opzichte van de huidige situatie. Zij vragen of de rege-

¹ Kamerstukken II, 27 659, nr. 52, bijlage.

ring dit kan toelichten en of deze benadering ook betekent dat betrokken partijen met minder regels krijgen te maken.

Zoals al in de memorie van toelichting uiteengezet, vindt de regering het een blijvende overheidsverantwoordelijkheid dat noodzakelijke gezondheidszorg van goede kwaliteit voor alle Nederlanders toegankelijk is, ongeacht hun leeftijd, gezondheidstoestand of inkomenspositie. De geleidelijk gegroeide, gedetailleerde overheidssturing van het zorgstelsel is steeds meer een belemmering voor een kwalitatief goed en doelmatig functionerende zorgsector. Een teveel aan centrale regelgeving en het ontbreken van adequate (markt)prikkels staan in de weg aan het realiseren van een innovatief zorgaanbod met een goede prijs-prestatieverhouding. De eisen die aan het gezondheidszorgsysteem worden gesteld, zullen de komende jaren alleen maar toenemen, onder meer vanwege de vergrijzing en de voortgaande ontwikkeling in de medische technologie. Er is een nieuwe balans nodig in de verdeling van verantwoordelijkheden tussen overheid en maatschappelijke actoren. Minder directe overheidsregulering van het zorgaanbod en meer vrijheden én verantwoordelijkheden voor consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze partijen krijgen meer ruimte om zelf te beslissen, maar worden ook geconfronteerd met de gevolgen van hun beslissing. Een systeem van gereguleerde marktwerking is hiervoor meer geschikt dan een systeem van centrale overheidssturing. Dit betekent niet dat gereguleerde marktwerking in de zorg een doel op zich is. Het is een middel om de zorgsector beter te laten functioneren door de inspanning van alle betrokken partijen als patiënten en verzekeren, aanbieders en verzekeraars. Patiënten en verzekeren moeten meer kunnen kiezen. Zij zullen zich veel meer als een kritische consument gaan opstellen en bewust kiezen voor de zorgaanbieder en de zorgverzekering die het beste bij hun voorkeuren passen. Kritisch gedrag zet verzekeraars en aanbieders er toe aan om goede zorg tegen een redelijke prijs te bieden. Waar nodig stuurt de overheid bij met regulering, namelijk om marktfalen weg te nemen en zo de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg te borgen.

Meer marktwerking betekent niet dat er geen regels meer zijn. Wat het wel betekent is dat er andere regels zijn die meer vrijheid en flexibiliteit mogelijk maken en die de verantwoordelijkheden anders toedelen. Dit geldt ook voor de gezondheidszorg. In plaats van regels over wat er allemaal precies hoe precies moet gebeuren, gaat het erom duidelijk te maken welke prestaties verwacht worden en welke spelregels gelden.

De leden van de SGP-fractie willen graag aangegeven zien hoe andere publieke waarden door de gereguleerde marktwerking beter worden gewaarborgd. Te denken is aan kwaliteit, beschikbaarheid en bereikbaarheid van de zorg. Ook is te denken aan aandacht en tijd voor de patiënt met zijn of haar problemen.

Ook onder een systeem van gereguleerde marktwerking blijft de kwaliteitsborging intact. De IGZ blijft toezien op de kwaliteit. De beschikbaarheid en bereikbaarheid van noodzakelijk zorg worden geborgd door het aansprakenpakket op grond van de verzekeringswetgeving. De zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Aandacht en tijd voor patiënten is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener als professional. Die wordt niet anders bij gereguleerde marktwerking.

De SGP-fractie vraagt of de toezichthoudende taak van de NZa wel samen gaat met de taak om objectieve voorlichting te geven over markten en keuzemogelijkheden van de patiënt.

Bij het formuleren van het wetsvoorstel is veel aandacht besteed aan het gebruik van informatie en het ter beschikking stellen daarvan voor consumenten. Aan de NZa is opgedragen markten op gang te brengen. Daarbij kan het nodig zijn juist marktgevoelige informatie openbaar te maken, die de NZa uit onderzoek krijgt (art. 32). Tevens legt de wet aan zorgaan-

bieders en ziektekostenverzekeraars de plicht op om voldoende consumenteninformatie aan te bieden in een vergelijkbare vorm. De NZa ziet op het naleven van die verplichting toe. De NZa kan los van die verplichting ten behoeve van het inzichtelijk maken van de markt periodiek informatie openbaar maken (art. 36 en 37).

Door de toezichthoudende taak over zorgverzekeringen en zorgaanbieders van de NZa beschikt deze juist over de informatie om de voorlichting te geven over markten en voor de keuze voor patiënten. Andersom krijgt de NZa door zijn meldpunt en informatietaak signalen van patiënten en verzekerden die nuttig kunnen zijn voor de uitoefening van de toezicht-taak.

Ik meen daarom dat de toezichthoudende taak van de NZa goed kan samengaan met de taak om objectieve voorlichting te geven over markten en keuzemogelijkheden van de patiënt.

4. BUNDELEN TOEZICHT

De leden van de CDA-fractie merken op dat in het voorliggende wetsvoorstel een grote hoeveelheid toezicht in de handen van de NZa geplaatst wordt. Zij vragen waarom de NZa, veelal als pseudo-marktmeester, een grote hoeveelheid regelgevende bevoegdheden heeft. Zij willen weten of het een bewuste keuze is om regels te laten uitvaardigen (bijvoorbeeld art. 35) door dezelfde instantie die toezicht houdt en hoe zich dit verhoudt tot de expliciete scheiding van deze taken bij andere wetgeving, zoals de WFD.

Ik verwijs naar mijn algemene reactie aan het begin van deze nota.

De leden van de SP-fractie zijn bezorgd dat door de vele betrokken toezichthouders naast de NZa (zoals de NMa, DNB en AFM) de mogelijkheid wordt geschapen om bij misstanden de vinger naar de ander te wijzen. Zij vragen of de minister van VWS bijvoorbeeld aan te spreken is op misstanden die vallen onder de verantwoordelijkheid van de NMa. Ook willen zij weten wat de relatie van de minister en die van de Kamer wordt tot de andere toezichthouders.

De samenwerkingsafspraken die de NZa met de ander toezichthouders maakt zijn bedoeld om vooraf vast te leggen hoe om te gaan met zaken van wederzijds belang, mede hierdoor wordt voorkomen dat de verschillende instanties naar elkaar wijzen. Ik houd daarbij de vinger aan de pols. Overigens is het is mij niet geheel duidelijk op welke eventuele «misstanden» deze leden doelen. De toezichthouders hebben alle hun eigen verantwoordelijkheid om hun taak zo goed mogelijk te vervullen. Indien een partij rechtsreeks in zijn belang is getroffen door een beslissing van een van deze toezichthouders, dan kan dit door hem ter beoordeling worden voorgelegd aan de rechter. Mocht de NZa in mijn ogen haar taken meer in het algemeen niet goed vervullen, dan kan ik haar daar op aanspreken.

De minister van EZ is politiek aanspreekbaar op het functioneren van de NMa, de minister van Financiën op dat van DNB en de AFM. Het kabinet rekent het vanzelfsprekend tot zijn gezamenlijke verantwoordelijkheid om, waar het toezichtstelsel structureel hapert, maatregelen te nemen. Het is daarop aanspreekbaar door het parlement.

De leden van de SP-fractie denken dat het met deze grote stelselwijziging noodzakelijk zou zijn als een toezichthouder controleert op de kwaliteit in relatie tot de stelselwijziging. Zij vragen wat ik hiervan vind, of dit gedaan wordt en door wie.

Kwaliteit van zorg is altijd van belang, in welk stelsel dan ook. De IGZ ziet daarop toe. Ik ben van plan op korte termijn de Tweede Kamer mijn beleidsvoornemens rond kwaliteit toe te zenden. Daarbij zal het zowel

gaan om de transparantie over de kwaliteit, als om de rol die overheid en beroepsgroepen spelen bij de normstelling rond kwaliteit.

De leden van de SP-fractie vragen hoe ik sta tegenover een gecombineerde controle op doelmatigheid en kwaliteit. Zij vragen zich namelijk af of de druk van doelmatig werken niet op gespannen voet kan komen te staan met kwaliteit. Ook willen zij weten of er een controle komt op de contracten die worden afgesloten. Bijvoorbeeld bij de fysiotherapeuten werd op een gegeven moment in een contract gesteld dat een huisbezoek evenveel zou moeten kosten als een behandeling in de praktijk. Wie controleert of prijsafspraken geen gevolgen zullen hebben voor de kwaliteit? De SP-fractieleden merken op dat weliswaar de IGZ controleert op de kwaliteit, maar dat zij dit in het algemeen niet naast prijsafspraken of afspraken over doelmatigheid legt.

Het publieke belang «kwaliteit van zorg» is onomstreden. Het toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening is ook in het nieuwe stelsel, waarin meer ruimte geboden wordt aan marktpartijen, essentieel. Het kabinet is van mening dat het benodigde kwaliteitstoezicht een specifiek karakter heeft en het best tot zijn recht komt in een aparte organisatie. De IGZ oefent toezicht uit op de risico's en de veiligheid, effectiviteit en patiëntgerichtheid van de zorg. Dit kwaliteitstoezicht richt zich niet alleen op de verzekerde zorg, maar ook op de instellingen die in het derde compartiment voorbehouden medische handelingen verrichten zoals privé-klinieken. De IGZ velt onafhankelijk van de verzekeraar een oordeel over de kwaliteit van zorg. De IGZ heeft niet de taak om een relatie te leggen tussen kwaliteit en prijsafspraken. Als te dure óf te goedkope zorg wordt geleverd die kwalitatief onder de maat is, grijpt de IGZ in. Doelmatig werken kan in ons zorgstelsel niet ongestraft leiden tot onvoldoende kwaliteit van zorg. Meer contracteervrijheid prikkelt tot meer aandacht voor kwaliteit. Verder wijs ik erop dat doelmatigheid en kwaliteit geen strijdige begrippen zijn. Doelmatig werken is een onderdeel van kwaliteit.

De leden van de SGP-fractie merken op dat de regering heeft gekozen voor een aparte toezichthouder voor de zorgsector. Tegelijkertijd geeft de regering aan dat de zorgmarkt niet homogeen is, omdat er verschillende deelmarkten zijn die ieder eigen eisen stellen. Deze leden vragen welke garanties er zijn dat de NZa in tegenstelling tot de NMa wel goed in staat zal zijn om met deze verschillen rekening te houden. Ook ontvangen zij graag een toelichting op de formulering «sectorspecifieke, integrale benadering», omdat dit begrip intern tegenstrijdig lijkt te zijn.

De NZa heeft een andere taak dan de NMa. Het algemeen mededingingstoezicht heeft tot doel effectieve concurrentie in stand te houden. In de zorg echter zijn er sectoren waar (nog) geen sprake is of kan zijn van marktwerking, terwijl in andere sectoren nu juist markten op gang gebracht moeten worden. De NZa heeft dan ook andere instrumenten dan de NMa.

De term «sectorspecifieke integrale benadering» betekent ten eerste dat de verschillende aspecten van toezicht die in de zorgsector aan de orde zijn waar passend bij één organisatie worden belegd zodat een integrale benadering mogelijk is. Sectorspecifiek wil zeggen toegespitst op de specifieke eisen die de zorgsector stelt.

De SGP-fractieleden vragen wat de precieze onderscheidende factoren zijn van de zorgmarkt ten opzichte van andere markten waardoor een eigen toezichthouder gerechtvaardigd is. Voorts vragen zij of deze keuze niet in strijd is met de gedachte dat er niet onnodig veel toezichthouders moeten zijn. Ook vragen zij of de NMa niet in staat is om «nieuwe» sectoren te leren kennen.

Voor het antwoord op deze vragen verwijs ik naar mijn algemene reactie aan het begin van deze nota.

De leden van de SGP-fractie vernemen graag of er naar de mening van de regering ooit een moment komt waarop de NZa niet meer nodig is naast de NMa, omdat de zorgmarkt een gewone markt is geworden. Of zijn de bijzondere kenmerken zo specifiek dat er altijd een apart orgaan nodig zal blijven?

Indien in de toekomst geen substantiële rol meer zou zijn weggelegd voor de NZa om prijzen te reguleren of markten op gang te brengen, kan inderdaad met algemeen mededingingstoezicht door de NMa worden volstaan. Voorlopige zittingen zitten we echter nog in het begin van het proces om geleidelijk meer marktwerking te introduceren. Elke deelmarkt verdient zijn eigen tempo. Indien bijvoorbeeld het zogenoemde B-segment (vrij onderhandelbare dbc's) goed op gang is gekomen en een «gewone» markt is geworden, dan is daar geen noodzaak meer voor de NZa om zijn instrumentarium te gebruiken om de markt op gang te helpen. Maar een andere deelmarkt zit dan misschien net in de startfase. Zoals het er nu naar uitziet zal overigens ook niet elke deelmarkt een gewone markt worden. Denk bijvoorbeeld aan vormen van zorg waar op grond van de Wet bijzondere medische verrichtingen het aanbod centraal gestuurd blijft worden. Dan is ook het loslaten van de tariefregulering niet op zijn plaats en blijft de NZa een specifieke rol houden. Ook is van belang dat goed in de gaten gehouden blijft worden of op de diverse deelmarkten geen marktfalen optreden die de publieke belangen in gevaar brengen. Dit raakt aan de taak van de NZa om de ontwikkelingen op de zorgmarkten goed te volgen (monitoren). Ten slotte is van belang dat ook het toezicht op de uitvoering van de Zvw en van de AWBZ blijvende aandacht verdient. Zie ook mijn algemene reactie aan het begin van deze nota.

5. SECTORSPECIFIEK MARKTTOEZICHT

De leden van de CDA-fractie vragen wie bepaalt of er sprake is van kruis-subsidiëring op de zorgverzekeringsmarkt: de minister of de NZa. En wie heeft de bevoegdheden om welke stappen te nemen?

De minister bepaalt of sprake is van ongewenste kruissubsidiëring, gehoord de NZa. Zo heb ik het CTZ gevraagd onderzoek te doen naar de mate waarin zorgverzekeraars kortingen voor collectieve contracten geven. Aan de hand van de resultaten van dat onderzoek beoordeel ik of al dan niet sprake is van kruissubsidiëring die ongewenste gevolgen heeft. Al eerder heb ik de Kamer laten weten dat ik van de in de Zvw geboden mogelijkheid om nadere voorwaarden te stellen aan de collectiviteiten zeker invulling zal geven, indien vaststaat dat op grote schaal kruis-subsidiëring plaatsvindt ten nadele van individuele verzekerden.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de machtsconcentratie van 25 tot 55 procent uit de memorie van toelichting wordt berekend, zowel voor aanbieders als voor verzekeraars. Ook vragen zij of de 25 tot 55 procent-regel boven de bagatelbepaling in de Mededingingswet gaat.

Om een machtsconcentratie te berekenen, bakent de NZa de relevante markt af. Dit gebeurt aan de hand van de combinatie van de relevante productmarkt en de relevante geografische markt. Tot de relevante productmarkt behoren alle producten die concurrentiedruk op elkaar uitoefenen. Concurrentiedruk wordt ten eerste bepaald door de mogelijkheid en bereidheid van consumenten om op andere producten over te stappen (vraagsubstitutie). Ten tweede wordt concurrentiedruk bepaald door de mogelijkheden van andere aanbieders om het desbetreffende product relatief eenvoudig en binnen redelijke tijd zelf op de markt te brengen (aanbodsubstitutie). De relevante geografische markt is het gebied waarin de betrokken ondernemingen zijn gevestigd die met elkaar concurreren en waarbinnen de concurrentievoorwaarden voldoende gelijk zijn. Ook hier is van belang van welke producten en/of ondernemingen (potentiële) concurrentiedruk uitgaat.

De bagatelbepaling is van belang voor het toezicht van de NMa op kartels. De bepaling stelt kleine ondernemingen vrij van het kartelverbod. Een kartel is collectief feitelijk gedrag van verschillende ondernemingen (meestal horizontaal), waardoor bij de verkoop van een product de consument een te hoge prijs betaalt. Dit wetsvoorstel heeft geen betrekking op karteltoezicht en kent dus ook geen bagatelgrens. De in de vraag genoemde percentages hebben betrekking op in (internationale) jurisprudentie ontwikkelde criteria om te bepalen wanneer sprake is van een machtspositie. De NMa toetst fusies aan de hand van deze criteria en handhaaft het verbod op misbruik van een economische machtspositie. De NZa gebruikt deze criteria om te bepalen of een partij aanmerkelijke marktmacht heeft. Is dat het geval, dan kan de NZa aan die partij een verplichting opleggen als dat nodig is om de markt op gang te brengen.

De CDA-fractieleden vernemen graag waarom de NZa minder vergaande bevoegdheden heeft dan de OPTA om in te grijpen in de tarieven en het narekenen van de kostentoerekening.

Inderdaad zijn er verschillen tussen de bevoegdheden van de OPTA en de NZa op het gebied van tariefregulering en kostentoerekening. Dit hangt samen met de specifieke kenmerken van en ontwikkelingen in de onderscheiden toezichtgebieden.

Een belangrijke taak van de NZa is de tarieven van zorgaanbieders te reguleren op zorginkoopmarkten waar de tarieven niet zijn vrijgegeven; deze taak neemt zij over van het huidige CTG. Waar tarieven al worden gereguleerd door de NZa is er geen reden haar de bevoegdheid te geven ook nog eens op individueel niveau in te grijpen in een tarief. Op zorginkoopmarkten waar de tarieven wel vrij onderhandelbaar zijn, zou ingrijpen in een individueel tarief in tegenspraak zijn met de vrijheid van onderhandelen.

Wat betreft kostentoerekening het volgende. De NZa kan ter bevordering van de concurrentie of ter verkrijging van inzicht regels stellen aan de administratie van aanbieders (en verzekeraars) ten behoeve van de toepassing van uniforme principes bij de toerekening van kosten en opbrengsten (art. 34, derde lid). Deze bevoegdheid geldt zowel deelmarkten met als zonder vrij onderhandelbare tarieven. De regels gelden voor alle partijen die op die deelmarkten opereren. Dit hangt samen met het uitgangspunt dat in beginsel geen asymmetrische regels mogen worden gesteld. In uitzonderlijke gevallen kan van dit uitgangspunt worden afgeweken. Namelijk, op een deelmarkt waar de tarieven vrij onderhandelbaar zijn kan de NZa aan een partij die aanmerkelijke marktmacht heeft in de zin van artikel 41, de verplichting opleggen om de tarieven van bepaalde leveringen of diensten vast te stellen volgens een bepaalde berekeningsmethode of om een kostentoerekeningsstelsel te hanteren dat voldoet aan bepaalde toerekeningsprincipes (art. 42, eerste lid, onder i en j).

De leden van de CDA-fractie vragen waarom de Mededingingswet de basis en het uitgangspunt voor het marktordeninginstrumentarium van de NZa is en of de NZa op basis daarvan nog wel een marktmeester met extra bevoegdheden wordt, zoals de DTe die ook is. Verder vragen deze leden of de NZa slechts een observator wordt ten behoeve van de NMa. De NZa wordt een sterke sectorspecifieke markttoezichthouder met bevoegdheden vergelijkbaar met die van de OPTA. De NMa handhaaft het generieke mededingingsrecht. NZa en NMa hebben ieder hun eigen taak. De NZa wordt dus niet louter een observator ten behoeve van de NMa. Verder verwijs ik naar mijn algemene reactie aan het begin van deze nota.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat de reikwijdte van het begrip aanmerkelijke marktmacht zoals gedefinieerd in artikel 41. Zij vragen hoe

de artikelen 40 en 41 zich tot elkaar verhouden. Zij willen weten of het juist is dat het begrip aanmerkelijke marktmacht zoals gedefinieerd in artikel 41 alleen betrekking heeft op de zorgaanbodmarkt. Zij vragen waarom ik de zorgverzekeringsmarkt onttrek aan de ex-ante marktordeninginstrumenten zoals die wél worden toegepast op de zorginkoopmarkt. Waarom stelt de minister met betrekking tot aanmerkelijke marktmacht wél eisen aan zorgaanbieders en niet aan zorgverzekeraars? Waar is het percentage van 55 procent op gebaseerd en waarom is niet lager of hoger? Ook de leden van de SGP-fractie willen weten waarom is gekozen voor een grens van 55 procent marktaandeel. Ook vragen zij of deze norm niet veel is soepeler dan de bestaande normen bij de NMa.

Artikel 40 bepaalt dat het instrument aanmerkelijke marktmacht alleen toepasbaar is op zorginkoopmarkten met vrij onderhandelbare tarieven. Artikel 41 definieert het begrip aanmerkelijke marktmacht. Artikel 42 somt op uit welke verplichtingen de NZa kan kiezen als zij van oordeel is dat door de aanmerkelijke marktmacht van een partij de markt niet op gang kan komen. Uit de artikelen 41 en 42, eerste lid, blijkt dat zowel ziektekostenverzekeraars als zorgaanbieders aanmerkelijke marktmacht kunnen hebben en verplichtingen opgelegd kunnen krijgen. Het onderscheidende criterium voor het toepassen van het instrument aanmerkelijke marktmacht is dus niet zorgverzekeraar of zorgaanbieder, maar de markt waarop de desbetreffende spelers opereren.

Het instrument aanmerkelijke marktmacht is niet van toepassing op de zorgverzekeringsmarkt (de markt tussen verzekerden en verzekeraars). Ten eerste zijn verzekeraars die de Zvw uitvoeren al gewend aan concurrentie. Zo zijn ziekenfondsen sinds 1992 landelijk gaan werken en daardoor onderling steeds meer gaan concurreren omdat zij stapsgewijs meer risico zijn gaan dragen in de uitvoering van de Ziekenfondswet (in 2003 voor zestig procent van de uitgaven). Particuliere verzekeraars concurreren van oudsher met elkaar. Ten tweede voorziet de Zvw in wettelijke voorwaarden die marktwerking en onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars stimuleren. Denk aan de verplichting landelijk te werken zodra een verzekeraar meer dan 850 000 verzekerden heeft. Denk ook aan de acceptatieplicht in relatie tot de mogelijkheid jaarlijks van verzekeraar te kunnen veranderen en aan het verbod op premiedifferentiatie. Hierdoor kunnen verzekeraars zich niet onafhankelijk gedragen van zijn concurrenten of de consument. Het is dus niet nodig een extra instrument in te zetten om de verzekeringsmarkt op gang te brengen. De Mededingingswet biedt de NMa voor bestaande markten voldoende mogelijkheden om de effectieve concurrentie te bewaken. Ten derde verdraagt het opleggen van extra generieke of specifieke verplichtingen die effect hebben op acceptatie, het pakket of premie aan zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt zich slecht met de Derde schaderichtlijn. De NZa kan op grond van dit wetsvoorstel zo nodig wel regels stellen ten behoeve van goede consumenteninformatie. Ook kan zij ter bevordering van de concurrentie administratieve verplichtingen opleggen over bijvoorbeeld kostprijsberekeningen.

De in de memorie van toelichting genoemde indicaties van marktaandeelpercentages voor het bepalen van marktmacht zijn gebaseerd op de toepassingspraktijk (jurisprudentie en beschikkingen) uit het algemene (Europese) mededingingsrecht inzake het bepalen of sprake is van een economische machtspositie. De normen die de NZa hanteert zijn dus niet soepeler dan die van de NMa.

De leden van de PvdA-fractie vragen of ik het met hen eens ben dat het privaatrechterlijke karakter van de Zvw het onmogelijk maakt om aanvullende marktordeningeisen aan zorgverzekeraars te stellen. Ook vragen zij of het in een publiekrechtelijk verzekeringsstelsel wél mogelijk was geweest om dergelijke extra generieke of specifieke verplichtingen aan zorgverzekeraars op te leggen.

Zowel in een privaatrechtelijk als in een publiekrechtelijk verzekeringsstelsel zijn aanvullende marktordeningeisen mogelijk. De schadeverzekeringrichtlijnen en het EG-verdrag maken het mogelijk in het algemeen belang eisen te stellen aan (verzekerings)ondernemingen. Voor zover de maatregelen binnen het geharmoniseerde bereik van bijvoorbeeld de Schaderichtlijnen vallen, moeten die richtlijnen een dergelijke uitzondering in het algemeen belang toestaan. Die maatregelen moeten zowel wat betreft de Schaderichtlijnen als wat betreft het EG-verdrag non-discriminatoir zijn, geschikt zijn om het doel van algemeen belang te bereiken en niet verder gaan dan noodzakelijk. Voorts mogen er geen andere gelijkwaardige maatregelen zijn die minder belemmerend zijn voor de Europese markt.

Ik zou in dit verband ook de opvatting willen weerspreken als verwoord in een recent artikel in het Financieele Dagblad¹, dat het Europese mededingingsrecht eraan in de weg zou staan dat de NZa de handelingsvrijheid van ondernemingen beperkt. Dit standpunt berust op een verkeerde voorstelling van zaken. Bij de huidige stand van het Europese gemeenschapsrecht is de overheid in principe vrij in het algemeen belang verplichtingen op te leggen aan ondernemingen. Bij het opleggen van die verplichtingen is de overheid in het Europees recht in dit verband met name gebonden aan de interne-marktregels in het EG-verdrag over het vrije dienstenverkeer, het vrije goederenverkeer en het recht van vrije vestiging. Uit die regels vloeit voort dat de overheid in principe geen verplichtingen mag opleggen aan ondernemingen, tenzij daarvoor een rechtvaardiging bestaat. Die rechtvaardiging moet, als gezegd, dan zijn gelegen in een dringende reden van algemeen belang en het opleggen van de verplichting moet noodzakelijk en proportioneel zijn.

Het feit dat er al een mededingingsregime is en – in het artikel niet aangevoerd, maar wel relevant – een behoorlijke mate van harmonisatie van de verzekeringsmarkt, zal weliswaar invloed hebben op de beoordeling van de noodzaak en de proportionaliteit van de verplichting, maar doet niet af aan de bevoegdheid van de overheid ten principale om dergelijke verplichtingen op te leggen. Dit betekent dat de NZa bij het gebruik van de bevoegdheid kritisch zal moeten toetsen en goed zal moeten onderbouwen dat het opleggen van de verplichting noodzakelijk en proportioneel is.

Het algemeen belang is in het onderhavige geval gelegen in het laten functioneren van het nationale gezondheidszorgstelsel opdat de toegang tot een goede kwaliteit van de gezondheidszorg tegen een aanvaardbare prijs gewaarborgd is. Dit belang dat de volksgezondheid en de sociale zekerheid raakt, heeft in de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie over interne markt en mededinging een sterke positie bij de rechtvaardiging van overheidsmaatregelen.

Overigens kan de overheid ook in strijd handelen met de mededingingsregels van het EG-verdrag, hoewel die regels zijn gericht tot ondernemingen. De overheid moet dan misbruik van machtspositie bevorderen of een kartel bevorderen. Daarvan is bij toepassing van de regels inzake aanmerkelijke marktmacht geen sprake. Integendeel, de eventueel aan een onderneming op te leggen verplichtingen zullen tot gevolg hebben de onderneming geen misbruik kan maken van zijn machtspositie. Artikel 3, tweede lid, van Verordening (EG) nr. 1/2003 van de Raad van 16 december 2002, betreffende de uitvoering van de mededingingsregels van de artikelen 81 en 82 van het Verdrag, bepaalt expliciet dat lidstaten uit hoofde van deze verordening niet worden belet om op hun grondgebied strengere nationale wetten aan te nemen en toe te passen die eenzijdige gedragingen van ondernemingen verbieden of bestraffen.

¹ mr. E. Steyger; «Zorgautoriteit stelt maar weinig voor»; Financieele Dagblad; 1 december 2005.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de publiekrechtelijke Wet toelating zorginstellingen wél mogelijkheden biedt om extra generieke of specifieke verplichtingen aan zorgaanbieders op te leggen.

Artikel 14 van de WTZi biedt de mogelijkheid op basis van ministeriële beleidsregels ex artikel 4 (algemene of specifieke) beperkingen aan de toelating van zorginstellingen te verbinden. Daarnaast kunnen aan de toelatingen (algemene of specifieke) voorschriften worden verbonden; ook deze kunnen het kader van de WTZi niet te buiten gaan. De NZa heeft hierin overigens geen taak.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe het gebrek aan ex-ante toezicht-instrumenten zich verhoudt tot de in de motie-Heemskerk/Schippers¹ geformuleerde kamerwens om de mogelijkheden voor ex-ante toezicht juist te vergroten.

In de antwoorden op de Kamervragen van de heer Heemskerk en mevrouw Arib over verticale integratie tussen een zorgverzekeraar en een ziekenhuis gaf ik op hoofdlijnen aan hoe ik de motie uitvoer². Het tweede deel van de motie van de heer Heemskerk en mevrouw Schippers roept de regering op in de WMG de markttoezichthouder toe te rusten met wettelijke mogelijkheden om een pluriform regionaal aanbod van diverse zorgverzekeraars te bewerkstelligen, verdergaand dan de huidige bepalingen hierover in de Mededingingswet. In mijn antwoord hierop heb ik verwezen naar een aantal wettelijke voorwaarden in de Zvw die een pluriform regionaal aanbod van diverse zorgverzekeraars bewerkstelligen. Deze gaan zonder meer verder dan de huidige bepalingen hierover in de Mededingingswet. Dit betreft met name de verplichting voor zorgverzekeraars tot landelijk werken zodra zij meer dan 850 000 verzekerden hebben. Deze verplichting is ingevoerd om ervoor te zorgen dat verzekerden in iedere regio iets te kiezen hebben. Het gevaar van regionale monopolies wordt op deze wijze voldoende tegengegaan omdat een regionaal sterke zorgverzekeraar er altijd voor zal moeten zorgen dat hij voldoende concurrerend blijft ten opzichte van andere in zijn regio werkzame zorgverzekeraars. Hiermee stelt de overheid wettelijke voorwaarden aan de marktordening die verder gaan dan de Mededingingswet. Daarnaast is ook de zorgplicht essentieel. Door deze plicht moeten zorgverzekeraars zich in onderhandelingen met zorgaanbieders redelijk opstellen, omdat zij uiteindelijk zorg zullen moeten leveren aan hun verzekerden. Ik ben dan ook van mening dat de gestelde voorwaarden aan de zorgverzekeringmarkt op dit moment afdoende zijn om voldoende pluriform regionaal aanbod van verzekeraars te bewerkstelligen.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de NZa kan besluiten tot een ruimere bagatelbepaling voor zorgaanbieders in de Mededingingswet opdat zij gebundeld kunnen onderhandelen met zorgverzekeraars. Nee, de NZa heeft die bevoegdheid niet. De bagatelbepaling is een algemene wettelijke vrijstelling van het kartelverbod uit de Mededingingswet; de wetgever bepaalt of de bagatelbepaling al dan niet verruimd moet worden. De NMa (niet de NZa) oefent het algemene mededingingstoezicht uit.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de regering zal omgaan met kruissubsidiëring. Zij geven aan dat om kruissubsidiëring vast te stellen duidelijkheid moet bestaan over kostprijzen. Zij zijn van mening dat door de verschillende manieren van kostenallocatie er veel ruimte is voor instellingen om hun kostprijzen naar eigen inzicht vast te stellen. Zij vragen of ik deze mening deel en of de NZa kostenallocatie moet standaardiseren. Zo ja, hoe moet dit dan in zijn werk gaan en hoe wordt bepaald wat realistische prijzen zijn in dit kader? De SGP-fractieleiden geven aan het tegengaan van kruissubsidiëring te onderschrijven. Zij vragen hoe, met name in situaties waarin tegelijkertijd binnen één organisatie zowel sprake is van een deel met vrije prijzen als van een deel met gereguleerde prijzen, concreet getoetst wordt of er sprake is van kruis-

¹ Kamerstukken II, 29 763, nr. 49.

² Handelingen II, vergaderjaar 2004–2005, aanhangsel, vraagnummer 1469.

subsidieëring en welke maatregelen kunnen worden genomen om die situatie op te heffen.

Kruissubsidieëring is in het algemeen niet schadelijk. De NZa zal daarom niet ten algemene toetsen of kruissubsidieëring voorkomt. Door middel van kruissubsidieëring kunnen zorgaanbieders inspelen op behoeften van afnemers, of reageren op concurrenten. Dit komt de doelmatigheid van de zorg ten goede. Kruissubsidieëring is alleen een probleem als het leidt tot te hoge en/of te lage prijzen, die gehanteerd worden door zorgaanbieders met aanmerkelijke marktmacht. In plaats van kruissubsidieëring spreek ik in dit verband daarom liever van te hoge en te lage prijzen.

Prijzen zijn te laag wanneer een zorgaanbieder met aanmerkelijke marktmacht door die te lage prijs concurrenten uit de markt kan drukken of nieuwe toetreding kan belemmeren. Prijzen zijn te hoog wanneer een zorgaanbieder met aanmerkelijke marktmacht een prijs in rekening brengt die aanmerkelijk hoger is dan de prijs die in een competitieve markt tot stand zou zijn gekomen. De NZa zal toezicht houden op de ongewenste effecten van kruissubsidieëring: te hoge of te lage prijzen.

Om te bepalen of een prijs te hoog of te laag is, is informatie over kostprijzen nodig. Het kabinet deelt de mening dat door de verschillende manieren waarop de kosten gealloceerd kunnen worden er veel ruimte bestaat om de kostprijzen naar eigen inzicht vast te stellen. Voor het toezicht van de NZa kan het in bepaalde situaties noodzakelijk zijn dat kostenallocatie in zekere mate wordt gestandaardiseerd. Dit kan gebeuren door het vaststellen van uniforme kostentoerekeningsprincipes, die door zorgaanbieders moeten worden toegepast.

De leden van de PvdA-fractie vragen mijn reactie op de stelling van de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) dat de WMG bij het doorbreken van het medisch beroepsgeheim verder gaat dan de WTG.

Dit wetsvoorstel bevat meer bepalingen met betrekking tot de verwerking van medische persoonsgegevens dan de WTG. De bepalingen zijn voorbereid in goed overleg met het College bescherming persoonsgegevens. Net als bij de Zvw wordt voor de verwerking van die persoonsgegevens een ministeriële regeling getroffen. Dit wetsvoorstel voorziet expliciet in een bepaling (art. 59) die er toe strekt dat zorgaanbieders ten aanzien van wie een vermoeden bestaat dat zij zich schuldig maken dan wel hebben gemaakt aan een strafbaar feit zich niet kunnen verschuilen achter hun plicht tot geheimhouding van patiëntgegevens. In het opsporingstraject zullen deze gegevens zo snel mogelijk worden geanonimiseerd.

De LHV pleit in haar brief ook voor aanpassing van de WMG-artikelen aan de huidige WTG. Het CBP heeft in het parlementaire proces van de WTG ExPres steeds duidelijk gemaakt dat die artikelen nu juist aangepast dienen te worden. Dat laatste is in dit wetsvoorstel gerealiseerd.

Op de vraag van de leden van de PvdA-fractie of dit wetsvoorstel een wettelijke basis biedt voor een eventuele gehele of gedeeltelijke standstill op fusies luidt het antwoord dat dit noch op grond van dit voorstel, noch op grond van andere wetten mogelijk is.

Fusies worden op grond van de Mededingingswet individueel beoordeeld door de NMa. Sinds januari 2004 ziet de NMa actief toe op voorgenomen concentraties (behalve fusies kan het daarbij ook gaan om overnames en bepaalde typen joint ventures) van zorgaanbieders. Het CTG adviseert daarbij. Dit is vastgelegd in het samenwerkingsprotocol tussen het CTG en de NMa. Een en ander is toegelicht in de brief van de staatssecretaris over fusievorming in de AWBZ-zorg van 24 oktober 2005¹. Voor een nadere toelichting op onder meer de relevante voorwaarden en criteria bij de toetsing van fusies door de NMa verwijs ik naar die brief.

De leden van de PvdA-fractie vragen om een vergelijking van de rechtsbescherming bij boetes op basis van dit wetsvoorstel in vergelijking met de

¹ Kamerstukken II, 30 186, nr. 6.

financiële toezichtwetgeving en de toekomstige Boetewet. Zij vragen voorts een vergelijking te maken van de manier waarop de functiescheiding is geregeld.

De rechtsbescherming bij bestuurlijke boetes in dit wetsvoorstel is gelijk aan die in de Wet financiële dienstverlening. In eerste instantie is de rechtbank te Rotterdam bevoegd, in tweede en laatste instantie het CBb. Ik neem aan dat de vraag naar «Boetewet» bedoelt te verwijzen naar de toekomstige bepalingen in de Awb. Zodra die wet de procedure inzake de bestuurlijke boete regelt, worden de desbetreffende bepalingen uit de WMG geschrapt. Met het oog daarop zijn de bepalingen in dit wetsvoorstel, ook wat betreft functiescheiding, al zoveel mogelijk afgestemd op de ontwerpbeoordelingen van de Awb.

De leden van de PvdA-fractie vragen of bestuurlijke boetes ook aan personen kunnen worden opgelegd.

Ja. Voor zover de overtredingen waarop een bestuurlijke boete staat, door een natuurlijke persoon kunnen worden begaan, kan zo'n persoon een bestuurlijke boete worden opgelegd. De artikelen 84 tot en met 97 maken hierin geen onderscheid. Als voorbeeld wijs ik op artikel 34 van dit wetsvoorstel, dat de «zorgaanbieders» (dus zowel personen als instellingen) een transparante wijze van administratie voorschrijft. Op grond van artikel 79 kan overtreding met een bestuurlijke boete worden bestraft.

De PvdA-fractie vraagt naar de uitwisseling van gegevens tussen toezichthouders. Daarnaast vraagt deze fractie naar uitwisseling met de Belastingdienst bij belastingontduiking.

Ik ben het ermee eens dat de administratieve- en toezichtlast zo beperkt mogelijk moet zijn. Ook de leden van de andere fracties vragen daarnaar. Met de WTG ExPres is al een eerste stap gezet door de gegevensverstrekking tussen CTG en NMa en de IGZ mogelijk te maken. En door de mogelijkheid te scheppen al verzamelde informatie die bij anderen ligt op te kunnen vragen. Daarmee worden de individuele zorgaanbieder en verzekeraar ontlast.

Dit wetsvoorstel bevat diverse bepalingen die een goede samenwerking van en informatie-uitwisseling tussen de NZa en andere (toezichthoudende) instanties mogelijk maken. Ik noem:

- artikel 17: samenwerkingsafspraken tussen de NZa en met name genoemde andere instanties;
- artikel 19: de NZa volgt het oordeel van de IGZ over kwaliteit;
- artikel 63: de NZa kan alle informatie die zij heeft verzameld voor al haar taken gebruiken;
- artikel 64: gegevensuitwisseling tussen zorg-zbo's, met collega toezichthouders en met onderzoeksinstanties van de overheid.

Ik plaats hierbij wel twee kanttekeningen. Ten eerste is veel van de vergaarde informatie wettelijk gekoppeld aan een bepaald doel. De vraag die zich dan voordoet is of die gegevens wel voor een ander doel mogen worden gebruikt. Die doelbinding is in het wetsvoorstel enerzijds vastgelegd voor gegevensuitwisseling tussen de verschillende overheidsinstanties. Anderzijds is voor de NZa bepaald dat de gegevens waarover zij beschikt voor alle wettelijke taken mogen worden gebruikt. De tweede kanttekening betreft het regiem waaronder de gegevens zijn verzameld. Het kan natuurlijk nooit zo zijn dat gegevens die in het kader van opsporing en vervolging zijn verkregen buiten die kring kunnen worden verspreid anders dan voor de berechting. Bij de afspraken moet hiermee rekening gehouden worden.

Op alle toezichthouders is artikel 162 van het Wetboek van Strafvordering van toepassing. Dat artikel schrijft voor dat ieder openbaar college of iedere ambtenaar die een overtreding waarneemt daarvan aangifte moet doen. In dat licht moet de NZa aangifte doen van belastingontduiking of

premiefraude. Overigens is de mogelijkheid voor de fiscus om informatie op te vragen groot. Zo moest op grond van de Algemene wet op de rijksbelastingen de NMa gegevens betreffende het onderzoek inzake bouwfraude verstrekken aan de fiscus. De informatiebepalingen in dit wetsvoorstel zijn op die bepalingen gebaseerd en hebben dus dezelfde kracht. Om de administratieve lasten nog verder in te perken regelt de bijgaande nota van wijziging dat de NZa eerst bij collega-toezichthouders nagaat of die beschikt over de noodzakelijke informatie.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de gegevensuitwisseling met de FIOD-ECD en wie er beslist over het inzetten van een strafrechtelijk traject. Medewerkers van de NZa, FIOD-ECD en het ministerie zijn aangewezen als toezichthouders op de WMG. De NZa mag ter bevordering van de naleving van de WMG aanwijzingen geven, bestuursdwang toepassen en boetes opleggen. De FIOD-ECD is een buitengewone opsporingsdienst die ruimere bevoegdheden en meer taken heeft dan de NZa op het terrein van het economisch en het commune strafrecht. De FIOD-ECD kan zelfstandig het strafrechtelijk onderzoek beginnen; in het strafrechtelijk traject is de FIOD-ECD echter afhankelijk van het Openbaar Ministerie en de rechterlijke macht. Als in een toezichthoudend onderzoek ten aanzien van de zorgaanbieder of de zorgverzekeraar een redelijk vermoeden bestaat dat deze een strafbaar feit heeft begaan, verandert het toezichtonderzoek onmiddellijk in een onderzoek met een strafrechtelijk karakter, dat met de nodige waarborgen is omgeven. Zodra dat vermoeden ontstaat moet de opsporingsambtenaar erop wijzen dat niemand gehouden is om aan zijn eigen veroordeling mee te werken (cautie). Om de handhaving van de WMG te stroomlijnen wordt overleg gevoerd met het Openbaar Ministerie, de NZa, de FIOD-ECD en het ministerie. In het wetsvoorstel is een extra bepaling opgenomen die het mogelijk maakt tussen de eerderbedoelde toezichthouders persoonsgegevens uit te wisselen.

De leden van de PvdA-fractie vragen of, analoog aan de Boetenota, ook een onderscheid zal worden gemaakt naar lichtere en zwaardere vergrijpen, eventueel aangevuld met een tussencategorie. Wordt hierbij ook een keuze gemaakt voor een marginale of een volle toetsing? Op basis van welke criteria wordt gekozen voor een marginale of volle toetsing?

Bij de handhaving van de WMG gaat het enerzijds om bestuurlijke en anderzijds om strafrechtelijke handhaving. De NZa doet de bestuurlijke handhaving en kan in dat kader een bestuurlijke boete opleggen. De bestuurlijke boete is bedoeld om al begane overtredingen te bestraffen. Voor het opleggen van een bestuurlijke boete door de NZa komen in aanmerking gemakkelijk waarneembare overtredingen, dat wil zeggen overtredingen van bepalingen die geen enkele ruimte laten aan de justitiabele voor eigen afwegingen bij de naleving. Het Openbaar Ministerie is verantwoordelijk voor de strafrechtelijke handhaving. Strafrechtelijke handhaving ligt voor de hand bij zware overtredingen waarbij ook het commune strafrecht een rol speelt, zoals valsheid in geschrifte en oplichting. Op grond van artikel 69 van dit wetsvoorstel stelt de NZa een handhavingsplan vast waarin zij aangeeft hoe zij van haar bevoegdheden inzake de handhaving gebruik zal maken. Daarbij geeft zij ook aan welke overtredingen zij in beginsel bestuurlijk afdoet en welke overtredingen voor strafrechtelijke afhandeling in aanmerking komen.

Verder kent het wetsvoorstel een systeem van maximum boetebedragen voor de afzonderlijke overtredingen. Dat biedt de NZa voldoende flexibiliteit om bij het vaststellen van het boetebedrag rekening te houden met de ernst van de overtreding, de mate van verwijtbaarheid van de overtreder en de overige omstandigheden van de overtreding. De NZa zal in elk geval de gekozen hoogte van de boete terdege moeten motiveren, omdat de rechter dit onderdeel van de boetebeschikking altijd inhoudelijk en dus vol

toetst. De keuze en motivering van de NZa om een bestuurlijke boete op te leggen wordt door de rechter marginaal getoetst.

De leden van de SP-fractie vragen of bij prijsregulering de meest efficiënte bedrijven de maatstaf zijn voor de prijs. Zij vragen ook of gekeken wordt hoe het staat met de kwaliteit binnen bedrijven en of er nog wel wordt gekeken naar de verschillen tussen of eigenheid van de bedrijven. Een belangrijk uitgangspunt van maatstafconcurrentie is dat een gemiddeld presterende zorgaanbieder geen verlies hoeft te maken door onder zijn kosten te moeten werken. Bij markten in transitie kan een zogenaamde «best practice»-maatstaf, waarbij het tarief vastgesteld op basis van het meest efficiënte bedrijf, te sterke prikkels geven. Een zogenaamde «average practice»-maatstaf, waarbij het tarief voor een bedrijf gebaseerd wordt op basis van het gemiddelde van alle overige bedrijven, kan dan meer aangewezen zijn. Bij de methode van maatstafconcurrentie wordt rekening gehouden met structurele, op korte termijn niet beïnvloedbare verschillen tussen bedrijven.

De leden van de SP-fractie merken op dat de minister kan blijven ingrijpen op de macrokostenontwikkeling in het kader van de collectieve lasten. Deze leden vragen of het mogelijk is voor een minister om daar in te grijpen waar de markt de prijs bepaalt en wat te doen als de te hoge kosten een gevolg zijn van de marktprikkels. Zij vragen ook wie de minister adviseert en op basis waarvan bepaald wordt waar ingegrepen moet worden. Is het niet makkelijk om juist daar in te grijpen waar sprake is van prijsregulering door de overheid in plaats van waar de markt prijzen bepaalt?

Ik onderschrijf het belang van de macrokostenontwikkeling. Dit geldt ook voor het nieuwe stelsel. Via de inzet van diverse instrumenten ben ik er in geslaagd de groei van de zorguitgaven de laatste jaren lager te laten uitkomen dan de jaren daarvoor. Deze lijn moet worden voortgezet. Eén van de instrumenten om te komen tot een beheerste uitgavenontwikkeling is de introductie van marktprikkels. Voordat echter kan worden besloten of een bepaalde deelmarkt wordt geliberaliseerd moet onder meer een analyse van de marktstructuur worden gemaakt. Zo is van belang of er voldoende spelers op de markt zijn, of er voldoende informatie beschikbaar is en of er snel kan worden toegetreden door nieuwkomers. Ik zal een besluit tot verdere liberalisering pas nemen na een zorgvuldige afweging. Indien de geïntroduceerde marktwerking leidt tot belangrijke prijsstijgingen dan onderzoekt de NZa deze. Als de prijsstijging veroorzaakt wordt door een onvoldoende functionerende markt heeft de NZa verschillende instrumenten om in te grijpen dan wel de markt te stimuleren. De NZa kan echter niet ingrijpen als prijsstijgingen niet veroorzaakt worden door marktbelemmeringen. Immers, geliberaliseerde prijzen geven de economische schaarste weer. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om een aanbodtekort door een toetredingsbarrière. In plaats van het symptoom (te hoge prijzen in een deelmarkt) aan te pakken door prijsregulering, kan dan beter het onderliggende probleem (kunstmatige schaarste door een toetredingsbarrière) worden opgelost. In een dergelijke situatie is het vervolgens aan mij om zo nodig maatregelen te treffen. Ten slotte bestaat de mogelijkheid de liberalisering terug te draaien en de tarieven weer te reguleren. In dat geval geef ik een aanwijzing aan de NZa om zodanige beleidsregels over tariefregulering op te stellen dat de macrokostenontwikkeling beperkt blijft. De NZa is vervolgens verantwoordelijk voor de precieze wijze waarop kortingen verder worden ingevuld.

De leden van de SP-fractie vragen of ze het goed begrepen hebben dat de NZa voorwaarden kan stellen aan contracten die worden gesloten of kan ingrijpen op voorwaarden in contracten. Indien dit het geval is willen zij

weten of ingegrepen kan worden als een zorgverzekeraar zijn verzekerden verwijst naar een eigen kliniek.

De NZa kan op de zorginkoopmarkt op grond van artikel 39 regels stellen over contractvoorwaarden als dit nodig is voor de inzichtelijkheid van de markt of voor het bevorderen van de concurrentie. Bij voorwaarden gaat het om *bijkomende* voorwaarden; bijvoorbeeld over termijnen waarbinnen afgerekend moet worden of over informatie die een contractpartij van zijn wederpartij kan eisen om de naleving van de overeenkomst te kunnen controleren. Zolang de regels zich beperken tot dergelijke bijkomende voorwaarden worden er (ook indirect) geen regels over de verzekeringsdekking gesteld op grond van artikel 39. Indien over hoofdvoorwaarden regels zouden worden gesteld ontstaat het gevaar van ongeoorloofde (indirecte) invloed op de verzekeringsdekking.

Daarnaast heeft de NZa op grond van artikel 42 de mogelijkheid om aan een verzekeraar met aanmerkelijke marktmacht op een zorginkoopmarkt met vrije tarieven specifieke verplichtingen op te leggen. In het genoemde voorbeeld kan aan de volgende verplichtingen worden gedacht:

- de verplichting om bij de levering van bepaalde diensten de afnemers van die diensten in gelijke gevallen gelijk te behandelen;
- de verplichting om voor het medegebruik van bepaalde vormen van zorg, diensten of faciliteiten een openbaar aanbod te doen en in stand te houden;
- de verplichting om onder redelijke voorwaarden te voldoen aan elk redelijk verzoek van een zorgaanbieder tot het sluiten van een overeenkomst op de zorginkoopmarkt.

De leden van de SP-fractie vragen of de NZa de bevoegdheid krijgt om concurrentiebevorderende maatregelen te nemen. Ook vragen zij of de NZa daarmee ook de bevoegdheid heeft om concurrentieremmende maatregelen te nemen wanneer blijkt dat de concurrentie de gezondheidszorg geen goed doet.

Concurrentie is geen doel op zich, maar een instrument om de publieke doelen, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid, te bereiken zodat de consument erop vooruit gaat. De NZa heeft de taak om de werking van de gezondheidsmarkt te monitoren met onder andere als doel vast te stellen in welke mate marktwerking de publieke doelen borgt. De NZa kan maatregelen treffen ter bevordering van de inzichtelijkheid van zorgmarkten, zoals het stellen van eisen aan de voorwaarden waartegen een product of dienst wordt geleverd. Daarnaast kan de NZa marktpartijen wijzen op best practices en kan zij interveniëren als de markt niet op gang komt. Indien de NZa van mening is dat concurrentie niet werkt op een bepaalde markt dan zal zij dat aan mij signaleren. Een dergelijk signalement kan bijvoorbeeld betrekking hebben op het (niet) overbrengen van deelmarkten van een gereguleerd tariefregime naar een situatie met vrije(re) tariefvorming. In het uiterste geval kan de NZa adviseren om een deelmarkt met tarieven prijzen weer terug te brengen naar een gereguleerd tariefregime. Maar dat is echt een laatste redmiddel. Het op gang komen van concurrentie in een bepaalde markt heeft immers tijd nodig. Het is van belang dat marktpartijen die tijd ook krijgen om hun rollen goed op te kunnen pakken. Dit komt ook het investeringsklimaat ten goede.

De leden van de SGP-fractie vragen wat wordt bedoeld met de passage in de toelichting dat de NZa niet al te uitbundig te werk mag gaan en dat het gaat om het vinden van een goede balans. Hoe wordt onderscheiden tussen «normaal» en «uitbundig» handelen en wie beoordeelt of dit goed gebeurt, zo willen deze leden weten.

Het onderscheid tussen «normaal» en «uitbundig» handelen wordt bepaald door het juridische criterium van de proportionaliteit. Dit houdt in dat een maatregel van de NZa naar aard en inhoud moet passen bij de geconstateerde specifieke marktsituatie en de positie van de verschillende

marktpartijen daarbij. Ook mag een maatregel niet langer duren dan nodig is. Primair moet de NZa dus zelf afwegen of een maatregel proportioneel is. Als het gaat om een beslissing van de NZa in een individueel geval dan kan dit getoetst worden via de rechter. Als het gaat om algemene voorschriften of beleidsregels van de NZa dan heb ik die toetsende rol.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat de rol is van de NZa bij aanvullende verzekeringen en bij zorg die volgens het aanvullende pakket verzekerd is. De SGP-fractieleiden willen weten waarom volgens de memorie van toelichting aanvullende verzekeringen tot het aandachtsgebied van de NZa behoren, terwijl elders wordt opgemerkt dat ze er juist buiten vallen. Ook vragen deze leden wat mijn visie is op deze vorm van toezicht, of dit toezicht direct of indirect is en op welke wijze de toezichtfunctie op de nauw met elkaar samenhangende zorgverzekeringen en aanvullende verzekeringen gewaarborgd is.

De NZa houdt geen toezicht op de manier waarop ziektekostenverzekeraars hun aanvullende verzekeringen voeren. Voor de aanvullende verzekeringen gelden geen andere eisen dan op grond van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 zijn gesteld. Dit is aangegeven in hoofdstuk 6 van de memorie van toelichting.

Hoofdstuk 5 van de memorie van toelichting betreft het markttoezicht van de NZa. De NZa heeft in dit kader wél een taak ten aanzien van aanvullende verzekeringen. Het gaat er hierbij om dat de NZa kan volgen hoe andere verzekeringsmarkten de werking van de Zvw en de AWBZ beïnvloeden. Vanwege de samenhang tussen de basisverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekeringen vind ik het belangrijk dat de toezichthouder ook goed volgt dat de markt voor aanvullende verzekeringen de werking van de Zvw niet belemmert.

Een andere invalshoek is het toezicht op de tarieven van zorg waarvan de kosten ten laste komen van de aanvullende verzekering. Dat tarieftoezicht zit nu in de WTG. Net als die wet maakt dit wetsvoorstel in beginsel geen onderscheid naar de wijze waarop de zorg wordt betaald of vergoed.

Op verschillende manieren kan zorg in de basisverzekering samenhangen met die in de aanvullende verzekeringen. Ten eerste bestaat de mogelijkheid dat die zorg zowel in de basisverzekering als de aanvullende verzekering is verzekerd, denk aan de fysiotherapie. Het is dan logisch dat het tarief voor die zorg voor beide verzekeringen hetzelfde is. Ten tweede bestaat de mogelijkheid dat de aanbieder zorg biedt die zowel via de aanvullende als de basisverzekering is verzekerd. In dat geval moet worden gezien of de tarifiering van de zorg niet zodanig is dat de zorgaanbieder zich op zorg gaat richten die niet tot de dekking van de zorgverzekering behoort. Het zou dan in het ergste geval voor kunnen komen dat de zorg wel leverbaar is in het derde verzekeringscompartment, maar dat er onaanvaardbare wachtlijsten ontstaan bij de zorg die gedekt wordt via de basisverzekering of de AWBZ. Met een tariefprikkel zijn de in het geding zijnde publieke belangen te beschermen.

Ten slotte heeft de NZa net zoals voor de basisverzekering ook voor de aanvullende verzekering tot taak de transparantie van de markt te bevorderen met goede en vergelijkbare keuze-informatie over verzekeringsproducten, als de markt hierin onvoldoende zelf voorziet. Dit zal de NZa zeker doen als bijvoorbeeld blijkt dat verzekerden serieuze belemmeringen ondervinden om over te stappen naar een andere verzekeraar.

De leden van de SGP-fractie constateren dat de toezichthouder een «adviesrol» krijgt bij de aanwijzing van zorgkantoren. Zij vragen wat de waarde is van deze adviezen. Ook stellen zij de vraag of het advies min of meer dwingend is, of dat er gemakkelijk van kan worden afgeweken. Het advies van de toezichthouder, nu het CTZ en straks de NZa, is van belang omdat bij de aanwijzing van zorgkantoren voor een nieuwe

periode rekening wordt gehouden met de wijze waarop zorgkantoren functioneren. De toezichthouder heeft het meest actuele beeld van de prestaties van zorgkantoren. De toezichthouder kan op basis daarvan een advies uitbrengen ten behoeve van de aanwijzing. Het advies is niet dwingend van karakter; er kan dus van worden afgeweken. Vanwege de vereisten die zijn gesteld in de Awb, zullen de redenen voor een afwijking in de motivering van een dergelijk besluit worden opgenomen.

De leden van de SGP-fractie vragen hoe kwaliteitsinformatie wordt betrokken bij de beoordeling van efficiëntie, hoe concreet wordt omgegaan met het begrip kwaliteit bij het streven naar een steeds lagere efficiëntiegrens, en welke waarborgen er in deze en andere wetten zijn opgenomen om efficiëntie die ten koste gaat van de kwaliteit te voorkomen.

De NZa hanteert wat betreft de zorg het begrip kwaliteit uit de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG. Deze wetten spreken van verantwoordende zorg: zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. De Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG vormen de basis voor het generieke kwaliteitstoezicht op alle zorgverleners door de IGZ. De IGZ heeft verder ten aanzien van bepaalde categorieën beroepsbeoefenaren de bevoegdheid een klacht in te dienen bij het Medisch Tuchtcollege als de beroepsuitoefening daartoe aanleiding geeft. Daarnaast beschikt de IGZ op basis van verschillende sectorspecifieke wetten (bijvoorbeeld voor de farmaceutische sector) over daarop toegesneden toezichtbevoegdheden. De IGZ heeft twee sanctiemogelijkheden: de aanwijzing als instrument van de minister om binnen een bepaalde termijn een verbetering aan te brengen, dan wel een bevel dat door de inspecteur kan worden gegeven om een (deel van een) instelling of een praktijk (tijdelijk) te sluiten. Zoals eerder aangegeven bij de beantwoording op vragen van leden van de SP-fractie kan het streven naar doelmatigheid van zorg niet ongestraft leiden tot onvoldoende kwaliteit van zorg. De instrumenten van de NZa richten zich op transparantie van de prijs- en kwaliteitsinformatie en op de beoordeling van prijzen in relatie tot kwaliteit. Voor de transparantie zijn de volgende waarborgen ingebouwd. De NZa kan ingrijpen als marktpartijen weigeren bepaalde informatie openbaar te maken of dat op een onvoldoende begrijpelijke of vergelijkbare manier doen. Mogelijke interventie-instrumenten zijn dan aanwijzing, bestuursdwang (waaronder last van dwangsom) en bestuurlijke boete. Zij is ook bevoegd om zo nodig zelf transparantiebevorderende informatie te verzamelen, te bewerken en te publiceren als verzekeraars en aanbieders of derden dit niet doen. Ook maken de NZa en IGZ afspraken over het opvragen van eventueel noodzakelijke aanvullende informatie. Voor een goede vergelijking verlaat de NZa zich op methoden van kwaliteitsmeting die de IGZ hanteert. Op deze wijze wordt onder meer de administratieve lastendruk ingeperkt. Als goede kwaliteitsindicatoren beschikbaar zijn, kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich ook profileren met het aanbieden/inkopen van zorg met een hoge prijs-kwaliteitverhouding.

De leden van de SGP-fractie veronderstellen dat in deelmarkten met vrije tarieven geen onderscheid gemaakt kan worden tussen ondernemingen. Zij vragen of het ook bij dergelijke ondernemingen niet voor kan komen dat een specifieke korting wegens efficiëntie nodig is, omdat er sprake is van publiek geld waarmee op een verantwoord moet worden omgegaan. In dit wetsvoorstel is een expliciete bevoegdheid opgenomen om op deelmarkten met vrije tarieven voor zorg in te grijpen bij individuele ondernemingen. Dat gebeurt als de NZa heeft geconstateerd dat er sprake is van aanmerkelijke marktmacht. Zij kan dan een of meer verplichtingen opleggen. Die verplichtingen hebben tot doel de mededinging op de

desbetreffende deelmarkt te bevorderen. Zie ook de memorie van toelichting (par. 4.3) over de ontwikkeling van de zorginkoopmarkt.

De NZa kan instellingen in deelmarkten met vrije tarieven geen efficiencykorting opleggen. Tarieven worden alleen dan vrijgegeven als de marktstructuur zo in elkaar zit dat deze prikkelt tot efficiënt handelen. Vrije tarieven en het opleggen van een efficiencykorting passen dus niet bij elkaar. Of een efficiëntere instelling zijn efficiëntiewinst geheel doorbereikt in zijn prijs, is onder andere afhankelijk van de prijsstelling van concurrerende instellingen. De efficiëntiewinsten die behaald worden ook kunnen geïnvesteerd worden in bijvoorbeeld innovatie.

De leden van de SGP-fractie merken op dat er in het kader van de overstapkosten naar een andere verzekeraar sprake kan zijn van eventuele belemmeringen. Deze leden vragen hierbij aandacht voor de positie van hulpmiddelen in de Zvw. Deze fractie heeft van verzekeren begrepen dat verzekeraars niet altijd bereid zijn om hulpmiddelen van een andere verzekeraar over te nemen. Bijvoorbeeld bij beademingsapparatuur kan dit grote gevolgen hebben. Feitelijk werkt een dergelijke situatie belemmerend voor de keuzevrijheid van de verzekerde. Deze leden vragen tot slot of er bij het wegnemen van belemmeringen ook gedacht wordt aan heldere regels over de overname van hulpmiddelen, zodat de verzekerde niet in de knel komt als hij over wil stappen naar een andere verzekeraar. In de eerste plaats merk ik op dat voor het jaar 2006 in de Invoerings- en aanpassingswet Zvw is voorzien in een overgangsbepaling om dit soort overdrachtsproblemen te voorkomen. De verzekerde die de overstap naar een andere zorgverzekeraar maakt moet weten wat zijn rechten bij de nieuwe zorgverzekeraar zijn. De verzekerde zal geïnformeerd moeten worden. Bij een verzekerde die thuisbeademingsapparatuur heeft zal de nieuwe zorgverzekeraar actie moeten ondernemen richting de oude zorgverzekeraar van de verzekerde. Voorkomen moet worden dat een verzekerde tijdelijk zonder een dergelijk hulpmiddel komt te zitten. In de tweede plaats is het een algemene gedragslijn dat de verzekeraars deze hulpmiddelen van elkaar overnemen. Ik verwacht dan ook dat zich op dit gebied geen problemen voordoen.

De leden van de SGP-fractie hebben gevraagd naar het onderscheid tussen de termen economische machtspositie uit het generieke mededingingsrecht en het begrip aanmerkelijke marktmacht uit het sectorspecifieke (zorg) markttoezicht. Zij vragen welke gevolgen dit onderscheid voor de toetsing heeft. Ook willen zij weten wat precies de betekenis is van het aanvullend zijn van het toezicht door de NZa met betrekking tot het onderscheid tussen aanmerkelijke marktmacht en een economische machtspositie en vragen of het aanvullende karakter van het toezicht niet alle betekenis verliest als er eerder sprake is van een economische machtspositie dan van aanmerkelijke marktmacht. Het verschil tussen «aanmerkelijke marktmacht» en «economische machtspositie» zit hem in het doel van het instrument, het moment waarop kan worden ingegrepen en het soort ingrepen, het toepassingsbereik en de doelgroepen die het betreft. Het volgende overzicht geeft dit weer.

Overzicht 7. Vergelijking aanmerkelijke marktmacht – economische machtspositie

	Aanmerkelijke marktmacht (AMM)	Economische machtspositie (EMP)
Doel:	Op gang brengen concurrentie	In stand houden concurrentie
Ingrep:	Specifieke verplichting opleggen (vooraf)	Handhaven verbod op misbruik (achteraf)
Bereik:	Alleen op zorginkoopmarkt met vrije tarieven	Op alle markten, ook die met gereguleerde prijzen
Doelgroep:	Ziektekostenverzekeraars (incl. zorgkantoren) en zorgaanbieders	Ondernemingen

Om te bepalen of sprake is van aanmerkelijke marktmacht of economische machtspositie gebruiken de NZa en de NMa dezelfde criteria over de structurele kenmerken van (deel)markten en over marktaandeelen. Het onderscheid zit hem dus in de toepassing. In een werkende markt is ingrijpen uitsluitend vereist bij *misbruik* van een *economische machtspositie*. Het enkel hebben van een economische machtspositie (marktmacht) is niet slecht voor de consument of voor de economie en rechtvaardigt geen ingrijpen op een gewone markt. In een startende markt of markt in transitie echter kan (aanmerkelijke) marktmacht het op gang komen van de markt in de weg staan. Daarom geeft dit wetsvoorstel de NZa de bevoegdheid verplichtingen op te leggen aan een aanbieder of verzekeraar die *aanmerkelijke marktmacht* heeft ook *zonder dat sprake is van misbruik*. Het toezicht van de NZa is in dit opzicht dus aanvullend op dat van de NMa.

De leden van de SGP-fractie of de grens van 55 procent voor aanmerkelijke marktmacht geldt per onderneming of per concern. De grens geldt voor een aanbieder of verzekeraar, of voor een groep van aanbieders of verzekeraars. Immers, artikel 41 van het wetsvoorstel bepaalt dat onder aanmerkelijke marktmacht wordt verstaan de positie van een of *meer* zorgaanbieders of ziektekostenverzekeraars om alleen dan wel *gezamenlijk* de ontwikkeling van daadwerkelijke concurrentie op de Nederlandse markt of een deel daarvan te kunnen belemmeren. De regering heeft hiervoor gekozen omdat uit de Europese jurisprudentie over artikel 82 EG-verdrag (misbruik economische machtspositie) is gebleken dat een machtspositie kan worden ingenomen door één onderneming, of door meerdere ondernemingen. In het laatste geval is sprake van een collectieve machtspositie. In het arrest-Almelo bepaalde het Europese Hof van Justitie dat «het bestaan van een (...) machtspositie (...) vereist, dat de ondernemingen (...) door zodanige banden met elkaar verenigd zijn, dat zij hun optreden op de markt kunnen coördineren.»¹ Met andere woorden, er is sprake van collectieve dominantie als meerdere ondernemingen zich op een specifieke markt verenigen en dusdanige economische banden met elkaar hebben dat zij gezamenlijk een dominante positie innemen ten overstaan van andere ondernemingen in die markt. Voor het bepalen of de onderneming een machtspositie bezit moet dan het eventueel behoren tot een concern worden meegenomen bij de berekening van het marktaandeel voor de vaststelling van de machtspositie. Het gaat dan dus om het marktaandeel van de groep, die ook als groep in gezamenlijkheid op de markt optreedt.

Het lijkt er volgens de leden van de SGP-fractie op dat het toepassingsgebied van de NMa veel breder is dan dat van de NZa. Dat toepassingsgebied wordt voor de NZa immers beperkt tot de markten met vrije tarieven. Dit lijkt in te gaan tegen de eerder in de toelichting vermelde gedachte dat juist ook regels opgelegd kunnen worden aan markten met gereguleerde tarieven. Kan meer duidelijkheid worden gegeven over het toepassingsgebied van het toezicht van beide toezichthouders? Ik verwijs in de eerste plaats naar overzicht 7 over het verschil tussen aanmerkelijke marktmacht en economische machtspositie. Verder verwijs ik naar overzicht 6 over de algemene reguleringsmogelijkheden van de NZa ter bevordering van de concurrentie.

De leden van de SGP-fractie vragen aandacht voor de sterke regionale machtspositie van sommige zorgverzekeraars. Zij vragen op welke manier toetsing plaatsvindt.

Met een monitor volgt de NZa de kenmerken van de desbetreffende deelmarkt en bekijkt zij de indicatoren die inzicht geven in de werking van de markt. Daarbij beperkt de rapportage zich niet tot de mededinging sec, maar gaat het uiteindelijk om de impact op de publieke doelen toeganke-

¹ Almelo e.a. t. NV Energiebedrijf IJsselmij, Zaak 393/92.

lijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Het afgelopen jaar zijn het CTG en CTZ hier al mee begonnen. Er is een oriënterende monitor gepubliceerd met een analyse van de onderhandeling over het B-segment van de ziekenhuiszorg voor 2005 en een oriënterende monitor fysiotherapie met een analyse van de contractonderhandelingen voor het jaar 2005. De eerste monitor over de zorgverzekeringsmarkt is voorzien in 2006. In de door de NZa uit te voeren monitors is er specifieke aandacht voor het afbakenen van de markt waarop de partijen, zoals de zorgverzekeraars, actief zijn en voor toetsing van de positie van een bepaalde partij op de markt. Wanneer de NZa een marktafbakening maakt en toetst wat daarop de positie is van een bepaalde verzekeraar, vindt daarover afstemming plaats met de NMa.

De NZa kan ook onderzoek (laten) verrichten naar aanleiding van ontvangen signalen over partijen met aanmerkelijke marktmacht die het op gang komen van de markt belemmeren. Dergelijke signalen kunnen via diverse kanalen binnenkomen. Een belangrijke bron voor signalen is het meldpunt voor onregelmatigheden op zorgmarkten. Hier kan informatie worden gemeld over feiten en omstandigheden die mogelijk niet in overeenstemming zijn met de WMG. Ook kunnen signalen worden gemeld die wijzen op onvoldoende marktwerking. Afhankelijk van de aard van het signaal, zal de NZa onderzoek (laten) verrichten. Als het onderzoek hiertoe aanleiding geeft kan de NZa handhavinginstrumenten inzetten. Dit zijn: een aanwijzing, een last onder dwangsom, bestuursdwang en een bestuurlijke boete.

Wanneer uit het toezicht blijkt dat de markt onvoldoende kan werken, kan de NZa daar op verschillende manieren tegen optreden. Op grond van artikel 39 bijvoorbeeld kan de NZa generieke verplichtingen opleggen aan verzekeraars voor de manier waarop zij contracten sluiten met zorgaanbieders. De eisen die kunnen worden gesteld, hebben tot doel de inzichtelijkheid van de zorgmarkten te bevorderen of de concurrentie op die markten te stimuleren. Op grond van de artikelen 40, 41 en 42 kan de NZa ingrijpen op het gedrag van een specifieke zorgverzekeraar indien deze aanmerkelijke marktmacht heeft op een zorginkoopmarkt met vrije tarieven. Op die manier kan een concurrentie belemmerende positie worden tegengegaan.

De leden van de SGP-fractie zouden graag enkele concrete voorbeelden zien van al dan niet afwezige eenduidigheid in de productbeschrijvingen. Waaraan moet worden gedacht?

In artikel 33 van het wetsvoorstel is geregeld dat een zorgaanbieder geen tarief in rekening mag brengen voor producten of prestaties die afwijken van de door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijving. De prestatiebeschrijving (al dan niet vergezeld van een door de NZa vastgesteld tarief) dient de transparantie en maakt een goede prijsvergelijking mogelijk. Ook in de WTG is geregeld dat zorgaanbieders alleen de door het CTG vastgestelde prestatiebeschrijvingen in rekening mogen brengen. Te denken valt aan zittingen, consulten, dbc's, verrichtingen. De WTG waarborgt dus al dat prestatiebeschrijvingen eenduidig zijn.

In situaties waarin ingrijpen noodzakelijk is, maar waar de NZa niet de meest geschikte partij is, moet de minister regels stellen. De leden van de SGP-fractie vragen zich af wie beslist of er van een dergelijke ontbrekende competentie sprake is. Hoe wordt voorkomen dat er op dit punt een belangenstrijd plaatsvindt tussen minister en toezichthouder?

Ik verwacht geen belangenstrijd tussen minister en toezichthouder op dit punt. Indien de NZa tegen situaties aanloopt waarvan zij vindt dat ingrijpen noodzakelijk is, maar waarin de wet haar geen bevoegdheid geeft om in te grijpen, kan zij dit mij signaleren. Ik beslis dan of en in hoeverre ingrijpen nodig is met de bevoegdheden die mij ten dienste staan (bijvoorbeeld wetswijziging).

6. TOEZICHT UITVOERING VERZEKERINGSWETTEN

De CDA-fractieleden vragen hoe de rechtmatigheidstoets die het CTZ nu uitvoert, er in de toekomst uit zal zien.

De rechtmatigheidstoets in de Zvw richt zich in de toekomst niet meer op de financiële rechtmatigheid, maar op het bewaken van de publieke randvoorwaarden van het stelsel (waaronder de naleving van de acceptatieplicht en de zorgplicht door zorgverzekeraars). Dit gebeurt niet meer in de vorm van een jaarlijks onderzoek bij alle individuele zorgverzekeraars. De vorm, frequentie en intensiteit van de onderzoeken worden gebaseerd op een door het CTZ ontwikkeld risicoanalysemodel, dat door de NZa wordt voortgezet. Een risicoanalyse heeft een aantal voordelen. Ten eerste worden alle risico's op systematische en uniforme wijze in kaart gebracht. Door aan deze risico's prioriteit toe te kennen, kan de toezichthouder daarop zijn keuzes in het werkproces baseren. Een tweede voordeel is dat risicoanalyse preventief werkt. Wanneer vooraf goed en concreet geformuleerde beslisriteria zijn geformuleerd, kunnen bepaalde risico's worden voorkomen. Ook kan de toezichthouder de gesignaleerde risico's gepast (in proportie) te lijf gaan. Een toezichthouder richt zich dan op de belangrijkste zaken en maakt een gemotiveerde keuze om andere zaken te laten liggen. Dit kan omdat er geen risico bestaat (bijvoorbeeld vanwege voldoende checks and balances op systeemniveau) of omdat andere risico's aanzienlijk belangrijker zijn. Hierdoor kunnen ook de administratieve lasten voor de ondertoezichtgestelden worden beperkt. Ten slotte zal de NZa door het oppikken van signalen via bijvoorbeeld het eigen meldpunt of consumentenorganisaties, snel kunnen weten of en waar iets speelt. Naast de risicogebaseerde aanpak, vormt dit mede de basis voor de beslissing of nader onderzoek of ingrijpen nodig is. Ook kan het zijn dat de prioriteit van bepaalde risico's in de analyse bijgesteld moet worden, bijvoorbeeld omdat uit de signalen blijkt dat bepaalde risico's ernstiger zijn of vaker voorkomen, dan aanvankelijk was voorzien en andere risico's zich juist minder voordoen dan gedacht.

De leden van de VVD-fractie maken uit de memorie van toelichting op dat het toezicht op de zorgkantoren voorlopig beperkt blijft tot rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Het toezicht houden op de zorgkantoren is een taak van het CVZ, aldus deze leden. Zij vragen wat ik vind van de stelling van een aantal brancheorganisaties dat de NZa niet in staat is om richting de zorgkantoren adequaat in te grijpen op de zorginkoopmarkt. In een gereguleerde markt met maximumtarieven kan het zorgkantoor als monopolist ver gaan met het stellen van eigen eisen, prijsselectie en het voeren van een volumebeleid (beperking keuzevrijheid cliënt). Bovendien zou het zorgkantoor zich onafhankelijk gedragen van de wensen van de cliënt omdat deze vanwege de zorgkantoorconstructie immers niet «met de voeten kunnen stemmen».

Het toezicht op zorgkantoren richt zich in de eerste plaats op de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Deze taak neemt de NZa over van het CTZ. Het CVZ houdt geen toezicht op de zorgkantoren. In de tweede plaats vallen de zorgkantoren ook onder het markttoezicht van de NZa. Weliswaar is er geen concurrentie tussen zorgkantoren, maar de regels die de NZa kan stellen om concurrentie op de zorginkoopmarkt te bevorderen kunnen ook betrekking hebben op zorgkantoren. Indien op een inkoopmarkt voor AWBZ-zorg tarieven worden vrijgelaten, kan de NZa ook aan een zorgkantoor zo nodig verplichtingen opleggen in verband met aanmerkelijke marktmacht.

Juist vanwege zijn positie als alleeninkoper en het feit dat verzekerden daardoor niet kunnen wisselen van zorgkantoor, zijn scherpe eisen gesteld aan het inkoopbeleid van het zorgkantoor. Dit moet transparant, toetsbaar, objectief en non-discriminatoir zijn. Dit betekent onder meer dat het zorgkantoor in zijn contracteerbeleid minimaal moet vastleggen op basis van

welke criteria een aanbieder in aanmerking komt voor een contract en welke eisen het stelt aan zorgaanbieders. Ook de procedure die het zorgkantoor hanteert voor de zorginkoop moet vooraf kenbaar zijn. Het zorgkantoor heeft daarbij de opdracht zorg te contracteren die in haar aard doelmatig is en aansluit bij de zorgvraag van de cliënt. Verzekerden moeten goed geïnformeerd zijn over het gecontracteerde zorgaanbod, zodat zij in staat zijn een afweging en een keuze te maken. Als het zorgkantoor niet voldoet aan deze eisen kan de toezichthouder ingrijpen, bijvoorbeeld door een aanwijzing te geven of verscherpt toezicht in te stellen. Als ultimum remedium kan de staatssecretaris de aanwijzing als zorgkantoor intrekken. Gelet op het voorgaande zijn er voldoende mogelijkheden om in te grijpen indien een zorgkantoor onvoldoende werk maakt van de zorginkoop.

De SP-fractie vraagt of het voor zorgverzekeraars mogelijk wordt om premiegelden anders in te zetten dan voor zorg en wat dit voor gevolgen zou kunnen hebben voor de verzekerden.

Het feit dat de NZa geen toezicht houdt op de besteding van de middelen door zorgverzekeraars betekent niet dat zorgverzekeraars zomaar hun geld kunnen besteden aan andere zaken dan de zorg voor hun verzekerden. Weliswaar is de verzekeraar vrij in de besteding van zijn middelen maar het is niet goed voorstelbaar dat hij de middelen die hij verkrijgt voor de uitvoering van de zorgverzekering structureel besteedt aan zaken die daar geen verband mee houden. Immers, waaruit moet hij dan de zorg voor zijn verzekerden financieren en zijn contractuele verplichtingen met zijn verzekerden nakomen die voortvloeien uit de verzekeringsovereenkomst? Daarnaast bieden het prudentieel toezicht van DNB en het interne toezicht bij de verzekeraar voldoende waarborgen voor het bewaken van de uitgaven van de zorgverzekeraars. Zo ziet DNB toe op de solvabiliteit van de verzekeraars. Intern vormen de accountant en ook de raad van toezicht of de raad van commissarissen zich een oordeel over het uitgavenbeleid van de verzekeraar. Inderdaad zit een belangrijke stimulans ook in de competitie tussen zorgverzekeraars. Indien een zorgverzekeraar een deel van zijn middelen niet besteedt aan de zorg en de uitvoering van de Zvw kan dat ten koste gaan van de kwaliteit van de dienstverlening. Hij zal dan verzekerden verliezen. In het andere geval zal hij middelen tekort komen om de zorg te betalen en moet hij zijn premies verhogen. Ook dat zal leiden tot een uitstroom van verzekerden. Voor de aanvullende verzekering heeft dat geen gevolgen omdat de Zvw immers bepaalt dat de aanvullende verzekering gewoon blijft doorlopen bij de verzekeraar ook indien de verzekerde de zorgverzekering bij die verzekeraar opzegt.

De leden van de SP-fractie vragen of de risicoanalyse van de NZa openbaar wordt gemaakt. Tevens vragen de leden van de SP-fractie zich af of indien deze analyse openbaar wordt er dan niet het risico bestaat dat het veld investeert daar waar gecontroleerd gaat worden en het er bij laat zitten op de gebieden waar minder of geen aandacht zal zijn vanuit de NZa op dat moment.

De NZa maakt haar risicoanalysemodel openbaar. Het is namelijk belangrijk dat de NZa een voorspelbare toezichthouder is: dit heeft een preventieve werking en bevordert het investeringsklimaat in de markten. Bij de risico's met zwakke checks and balances stelt de NZa zich bij voorbaat actief op: informatie verzamelen via bijvoorbeeld het uitvoeringsverslag van de zorgverzekeraars, prestatie-indicatoren, marktmonitors en dergelijke. Dat is dus algemeen bekend. Dit betekent nog niet dat de NZa de overige risico's niet in de gaten houdt. Zij kan andere informatie gebruiken dan die zij bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders opvraagt. Belangrijke bronnen zijn onder meer signalen die via het eigen meldpunt binnenkomen en via bijvoorbeeld consumentenorganisaties. Het aanboren van deze bronnen leidt niet tot extra administratieve lasten bij de zorg-

verzekeraars en zorgaanbieders. Wanneer bijvoorbeeld blijkt dat er serieuze signalen binnenkomen dat een bepaald risico zich toch voordoet doordat de checks and balances in het systeem zwakker blijken dan verwacht, kan de NZa een ad hoc onderzoek doen en op basis daarvan besluiten tot directe interventies als dat nodig is. Ook kan de conclusie dan zijn dat het desbetreffende risico actiever in de gaten moet worden gehouden. Het toezicht door de NZa blijft dus uiteindelijk alle risico's omvatten.

De weging van de risico's en de bepaling van eventuele vervolgacties indien een risico zich daadwerkelijk voordoet, hangt ook af van het belang dat aan de uitkomst wordt gehecht. Voor mij is de beleidsmatige en politieke context relevant. Risico's kunnen in theorie bijvoorbeeld zodanig zwaar of nieuw zijn dat (tijdelijk) een intensievere toezichtaanpak nodig is dan de uitkomst in eerste instantie aangeeft. Via de jaarlijkse werkprogramma's van de NZa geef ik de nodige sturing op dit punt.

De leden van de SP-fractie vragen of het CAK ook onder het toezicht van de NZa valt.

Het antwoord is ja, ook het CAK valt onder het toezicht van de NZa, net zoals het nu valt onder het toezicht van het CTZ.

7. ROLVERDELING MINISTER VAN VWS EN ZORGAUTORITEIT

De leden van de CDA-fractie vragen aan te geven op welke terreinen (en op grond van welke artikelen) de NZa zelf regels mag stellen. Zij vragen verder wie de regels kan toetsen, de minister of de rechter, en wie politiek verantwoordelijk is voor deze regelgeving. Ten slotte vragen zij op welke wijze ik kan ingrijpen bij de NZa. Ook de leden van de VVD-fractie vragen hiernaar. Deze leden willen verder weten wat de grenzen van mijn bevoegdheden zijn.

Wellicht ten overvloede merk ik op het opleggen van een verplichting aan een partij met aanmerkelijke marktmacht een beslissing is in een individueel geval; dat betreft dus niet de regelgevende bevoegdheid van de NZa.

De NZa heeft de volgende bevoegdheden tot het stellen van *regels* (algemeen verbindende voorschriften).

Overzicht 8. Bevoegdheden NZa tot stellen van regels

Onderwerp	Artikel WMG
– De controle door zorgverzekeraars en AWBZ-verzekeraars en de inhoud en inrichting van de accountantsverslagen, bedoeld in artikel 38 Zvw en in artikel 36, tweede lid, AWBZ, en de aan die verslagen ten grondslag liggende onderzoeken	26 en 30
– De administratie van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. Het gaat om regels om gegevens vergelijkbaar te maken en op eenduidige manier te registreren. Redenen om regels te stellen kunnen zijn: bevorderen van concurrentie, voorkomen van fraude, de inzichtelijkheid en toegankelijkheid van die administratie alsmede het vaststellen van tarieven, alsmede, ten aanzien van zorgverzekeraars en AWBZ-verzekeraars, om een goede uitvoering van de Zvw en AWBZ te bevorderen. Als de regels de uitvoering van de Zvw of AWBZ betreffen, is overeenstemming met het CVZ nodig	34, derde en vierde lid
– Aan wie, door wie, op welke wijze, onder welke voorwaarden of met inachtneming van welke voorschriften of beperkingen een tarief in rekening wordt gebracht. 35	
– Bekendmaken van tarieven en het specificeren van op verrichte prestaties betrekking hebbende rekeningen.	36, derde lid
– De informatievoorziening aan consumenten door zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars met het oog op de doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid van die informatie.	36, zevende lid, en 37, vierde lid
– De wijze van totstandkoming van overeenkomsten met betrekking tot zorg of tarieven en de voorwaarden in die overeenkomsten. Dit indien de NZa dit met het oog op de inzichtelijkheid van de zorgmarkten of de bevordering van de concurrentie nodig acht.	39

Onderwerp	Artikel WMG
– Welke informatie regelmatig moeten worden verstrekt aan de NZa door de zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars, door degene die voor hen een administratie voert, en door degene voor hen gegevens verzamelt, bewaart en bewerkt. De NZa moet daarbij de ministeriële regeling op grond van artikel 58 in verband met de bescherming van persoonsgegevens in acht nemen.	55
– Aan wie wanneer bepaalde informatie moet worden verstrekt, hoe dat moet gebeuren en in welke vorm, door wie en hoe de informatie moet worden bewerkt of door wie en hoe de (bewerkte) informatie moet worden bekendgemaakt, en of een accountant de informatie moet controleren.	62

De NZa kan *beleidsregels* vaststellen waarin zij aangeeft hoe zij met bepaalde haar toegekende zal omgaan. Het betreft de volgende onderwerpen.

Overzicht 9. Bevoegdheden NZa tot vaststellen beleidsregels

Onderwerp	Artikel WMG
– Opleggen verplichtingen aan partij met aanmerkelijke marktmacht op grond van artikel 42	50, onder a
– Vaststellen van tarieven op grond van de artikelen 43 en 45	50, onder b
– Vaststellen van prestatiebeschrijvingen op grond van artikel 49	50, onder c
– Vaststellen vormgeving van een experiment	51, juncto 50

De *minister van VWS* heeft de volgende *bevoegdheden* wat betreft de regels en beleidsregels van de NZa.

Overzicht 10. Bevoegdheden minister van VWS inzake (beleids)regels NZa

Bevoegdheid	Onderwerp	Artikel WMG
Algemene aanwijzing	– Alle onderwerpen waarover de NZa regels heeft gesteld of kan stellen	7, eerste lid, onder b
Algemene aanwijzing	– Alle onderwerpen waarover de NZa beleidsregels heeft gesteld of kan stellen.	7, eerste lid, onder c
Verplichte voorafgaande aanwijzing	– Overstappen van tariefregulering naar vrije tarieven – Overstappen van vrije tarieven naar tariefregulering – Wijziging tariefsoort (bijvoorbeeld van punt- naar maximumtarief) – Experimenten	40, onder b 52, eerste lid 52, tweede lid 52, derde lid
Voorhang aanwijzingen	– Alle voorgenomen aanwijzingen aan de NZa inzake beleidsregels worden voorgehangen bij beide kamers der Staten-Generaal	8
Voordracht ter vernietiging door de Kroon wegens strijd met het recht of het belang van de volksgezondheid	– Alle besluiten van algemene strekking van de NZa	9

De rechter toetst desgevraagd de beslissingen van de NZa in individuele gevallen. Aanwijzingen van de minister aan de NZa kunnen nooit gaan over een individuele zorgaanbieder, verzekeraar of consument (art. 7, derde lid). Ook de vernietigingsbevoegdheid heeft alleen betrekking op besluiten van algemene strekking en betreft dus geen beslissingen van de NZa in individuele gevallen.

De minister is politiek verantwoordelijk voor het functioneren van de NZa. Hij is uiteraard ook politiek aanspreekbaar op het al dan niet gebruiken van zijn instrumenten jegens de NZa en de manier waarop hij dat doet.

De leden van de VVD-fractie vragen welke mogelijkheden en mechanismen er zijn, zowel met betrekking tot de organisatiekosten maar ook met betrekking tot de handelwijze, om de NZa te controleren en welke partij hiervoor verantwoordelijk is.

De NZa valt onder mijn eindverantwoordelijkheid. De wet regelt de sturings- en toezichtmogelijkheden. Het parlement kan mij hierop aanspreken. Ook de Algemene Rekenkamer speelt een controlerende rol. Voor de rolverdeling tussen de minister en de NZa verwijs ik naar mijn algemene reactie aan het begin van deze nota. Ik noem hier in het bijzonder de goedkeuring van het werkprogramma en de begroting (jaarplan) en de jaarrekening (samen met jaarverslag: de jaarverantwoording) van de NZa omdat dit centrale documenten zijn in het verkeer tussen de NZa en mij. Via deze documenten geeft de NZa aan hoe zij de haar opgedragen taken denkt te vervullen en welke middelen daarvoor nodig zijn. Achteraf legt zij verantwoording af over de vervulling van de haar opgedragen taken en het gebruik van de daarvoor beschikbaar gestelde middelen. Ik geef door mijn goedkeuringsbevoegdheid richting aan het jaarplan en verleen décharge op de jaarrekening.

Kern van het verantwoordingsproces is dat de NZa zich verantwoordt over de door haar uitgevoerde taken en geleverde prestaties in de jaarverantwoording. De jaarverantwoording gaat onder meer in op de rechten doelmatigheid van de taakuitoefening en de bedrijfsvoering van de NZa. Zo nodig kan ik informatie opvragen of onderzoek (laten) verrichten bij de NZa om een goed beeld te krijgen van het functioneren van de NZa, het financiële beheer en de doelmatigheid daarvan, en van de doelmatigheid van de organisatie.

Deze verantwoordingsdocumenten zijn ook van belang in de relatie tussen het parlement en mij. Gezien mijn verantwoordelijkheid voor het beleid en het stelsel vorm ik mij, mede aan de hand van de verantwoordingsdocumenten, jaarlijks een oordeel over het functioneren van de NZa. Ik breng dat oordeel vervolgens ter kennis van het parlement.

De Algemene Rekenkamer heeft op grond van de Comptabiliteitswet 2001 de bevoegdheid onderzoek te doen bij de NZa. De Rekenkamer heeft toegang tot alle informatie waarover de NZa beschikt, hoe ook verkregen. Zij mag echter informatie die naar zijn aard vertrouwelijk is niet openbaar maken. Hierbij valt te denken aan bedrijfsgevoelige en privacygevoelige informatie.

De VVD-fractieleden vinden het onduidelijk hoever de macht van de NZa gaat. Zij merken op dat een aantal huisartsen zijn zorgen heeft geuit over het feit dat de eerste betalingen aan de huisartsen in het nieuwe jaar niet op tijd zullen zijn en vragen of dit juist is. Zou de NZa in een dergelijke situatie kunnen ingrijpen?

Vanaf 1 januari 2006 wordt een nieuw bekostigingssysteem voor huisartsenzorg ingevoerd. Dat is nodig omdat in de Zvw het onderscheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden vervalt. Er komt één systeem met een inschrijftarief, een consulttarief en aanvullende modules. De administraties van huisartsen en zorgverzekeraars moeten hiervoor worden aangepast. De LHV en ZN maken op dit moment afspraken over het declaratieverkeer. Zij hebben gezegd dat ze daarmee op tijd klaar zullen zijn. De technische uitwerking van het declaratieverkeer is de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De NZa houdt zich daar in principe niet mee bezig. Zij kan in bijzondere gevallen wel regels stellen over het betalingsverkeer. Deze bevoegdheid is gekoppeld aan maatregelen die de NZa treft voor de bekostiging en tarifiering van zorg. Van een bijzonder geval is bijvoorbeeld sprake als de gewenste dienstverlening of zorg zonder die regels niet tot stand komt. De regels moeten dan het declaratie- en betalingsverkeer stroomlijnen om zo de administratieve lasten te beperken. Ook is het mogelijk dat de regels voorkomen dat het publieke belang van kwalitatief goede zorg in gevaar komt door een geschil tussen een zorgaanbieder en een verzekeraar over de wijze van bekostiging en tarifiering.

De SP-fractie vraagt waarom er gekozen is voor een apart instituut, zbo, voor de uitvoering van het zorgbeleid. Waarom is er niet voor gekozen het ministerie hier verantwoordelijk voor te laten zijn? Zij heeft het idee dat door de verantwoordelijkheid voor de uitvoering te leggen bij een zbo de politiek op meer afstand wordt gezet waardoor het moeilijker wordt een regering aan te spreken op misstanden voortvloeiend uit het beleid. De overweging van de regering om de NZa de zbo-status te geven staan vermeld in paragraaf 9.1 van de toelichting. De regering vindt het wezenlijk dat de NZa onafhankelijk kan opereren. Wezenlijk vanwege het voorkomen van belangenverstrengeling en politieke bemoeienis bij besluiten in individuele gevallen en vanwege het vermijden van beïnvloeding van oordelen van de NZa. Het kabinetsstandpunt van mei 2005 over het rapport «Een herkenbare staat: investeren in de overheid» noemt onafhankelijkheid als belangrijkste motief om de uitvoering van een overheids-taak als zbo te organiseren¹. Het standpunt noemt daarbij de NZa, naast de toezichthouders als de NMa, DNB en AFM, als voorbeeld. De minister van VWS is zelf te zeer partij in de sturing van de zorg om de NZa als dienstonderdeel van het ministerie te kunnen laten functioneren zonder afbreuk te doen aan haar onafhankelijkheid. Niet de minister, maar de rechter moet de besluiten van de NZa in individuele zaken toetsen. In die zin is de NZa inderdaad bewust op afstand van de politiek geplaatst. Het parlement kan mij aanspreken als het vindt dat de NZa meer in het algemeen haar werk niet goed doet en hoe ik mijn wettelijke bevoegdheden ten opzichte van de NZa gebruik.

De SP-fractieleden vragen in hoeverre de NZa een adviserende rol krijgt in de vorming van het beleid en hoe zwaar dan het advies weegt. Ingevolge artikel 21 adviseert de NZa mij desgevraagd over de uitvoerbaarheid, doeltreffendheid en doelmatigheid van voorgenomen beleid in verband met de uitoefening van haar taken. Verder kan zij mij gevraagd en ongevraagd feitelijke ontwikkelingen inzake de zorgmarkten signaleren. Dergelijke adviezen neem ik zeer serieus. Ik zou het bijvoorbeeld zeer onverstandig vinden een besluit te nemen over het vrijgeven van de tarieven op een bepaalde deelmarkt zonder eerst over het deskundige advies van de NZa te beschikken. Beleidsbeslissingen blijven echter het primaat van de politiek. Dat is ook de rolverdeling zoals geschetst in mijn algemene reactie aan het begin van deze nota.

De leden van de SP-fractie willen weten wat bijvoorbeeld de gevolgen zijn voor het politieke debat. Zij vrezen namelijk een nieuwe mogelijkheid van vinger wijzen in plaats van dat er verantwoordelijkheid genomen wordt voor gevolgen van het beleid of stelsel. Zij willen daarom graag weten waar de minister in zijn relatie met de NZa wel op aanspreekbaar is en waarop niet. Is de minister bijvoorbeeld door de Kamer aan te spreken op misstanden in de uitvoering van het beleid door de NZa? De verantwoordelijkheid voor het stelsel ligt bij de minister van VWS. Als het stelsel niet de resultaten oplevert die het moet opleveren moet het politieke debat gaan over de vraag hoe dit kan worden verbeterd. Niet door over individuele besluiten van de NZa te debatteren en die te willen beïnvloeden, maar door te kijken of en zo ja, waar het stelsel moet worden aangepast. Verder ben ik, zoals eerder geantwoord, politiek aanspreekbaar op het algemeen functioneren van de NZa en op het gebruik dat ik maak van de instrumenten die de wet mij biedt jegens de NZa. Als het gaat om beleidsinhoudelijke zaken dan is in normale omstandigheden de belangrijkste daarvan mijn bevoegdheid om algemene aanwijzingen te geven aan de NZa (art. 7). In meer uitzonderlijke omstandigheden kan ik besluiten van algemene strekking van de NZa aan de Kroon voordragen voor vernietiging wegens strijd met het recht of het belang van de volksgezondheid (art. 9). In geval van taakverwaarlozing ten slotte kunnen tijdelijke voorzieningen worden getroffen, zo nodig in afwijking van de

¹ Kamerstukken II, 25 268, nr. 20.

wet (art. 10). Ik heb geen bevoegdheden ten aanzien van en ben niet aanspreekbaar op individuele besluiten van de NZa. Beslissingen in individuele gevallen worden getoetst door de rechter.

8. VERHOUDING ZORGAUTORITEIT TOT ANDERE REGULATORS EN TOEZICHTHOUDERS

De leden van de CDA-fractie verwijzen naar het grote aantal protocollen dat met andere toezichthouders moeten worden opgesteld en willen een overzicht welke protocollen er nu al bestaan dan wel in concept zijn opgesteld.

In onderstaand overzicht geef ik de stand van zaken weer ten aanzien van alle organisatie waarmee de NZa op grond van artikel 17 een protocol moet sluiten.

Overzicht 11. Stand van zaken samenwerkingsprotocollen

Organisatie	Stand van zaken
NMa	In 2005 protocol afgesloten met CTG en CTZ gezamenlijk
IGZ	In 2005 protocol afgesloten met CTG en CTZ gezamenlijk
DNB	Conceptprotocol gereed
AFM	Overleg gestart
CVZ	Overleg gestart, betreft herziening bestaande afspraken met CTZ en aanvulling met CTG-taken (bijvoorbeeld afstemmingsprocedure dure geneesmiddelen)
CBZ	Werkafspraken met CTG in verband met uitvoering Wet ziekenhuisvoorzieningen/WTZi
CSZ	Werkafspraken met CTG in verband met uitvoering Wet ziekenhuisvoorzieningen/WTZi
FIOD-ECD	Overleg wordt gestart als handhavingstrategie NZa bekend is, betreft aanpassing bestaande werkafspraken
College PG's van OM	Overleg wordt gestart als handhavingstrategie NZa bekend is
CBP	Overleg gestart

De CDA-fractieleden willen weten wie erop toeziet dat deze protocollen ook werkelijk de grijze gebieden afbakenen.

Doel van de protocollen is afspraken vast te leggen over de manier waarop de NZa en de verschillende andere toezichthouders aangelegenheden van wederzijds belang zo effectief en efficiënt mogelijk kunnen behandelen, en niet zozeer om taken af te bakenen (dat gebeurt op wetsniveau). Ik vertrouw erop dat de betrokken instanties in staat zijn goede protocollen te maken. Ik heb met de NZa afgesproken dat zij mijn ministerie op de hoogte houdt van de protocollen die in voorbereiding zijn. Zeker in de startfase is het goed de vinger aan de pols te houden, om te kunnen beoordelen of de NZa en de andere betrokken instanties wellicht tegen problemen aanlopen die om een oplossing van mijn kant vragen. Mocht ik van oordeel zijn dat een protocol te onduidelijk is of gaten laat vallen, dan ga ik daarover in gesprek met de NZa. Als het erop aankomt (wat ik overigens niet verwacht) kan ik de NZa terzake een aanwijzing geven op grond van artikel 7, eerste lid, onder a.

De leden van de PvdA-fractie merken op dat de toezichthouder enerzijds (te)veel petten krijgt en dat er anderzijds nog veel andere toezichthouders voor de sector zijn. De vele petten leiden volgens deze leden tot een mogelijk rollenconflict en een gebrek aan onafhankelijkheid, waarbij zij verwijzen naar soortgelijke opmerkingen in het advies van de Raad van State. Zij stellen dat desondanks het toezicht als geheel versnipperd is door het grote aantal toezichthouders. Geen enkele toezichthouder heeft het volledige inzicht in alle facetten en aspecten van de zorgaanbod- en zorgverzekeringsmarkt. Deze leden memoreren dat in het nader rapport is opgemerkt dat de regering een sectorspecifieke, integrale benadering noodzakelijk vindt. Zij vragen of ik de voorstellen als een blijvende en

wenselijke (en daarmee integrale) structuur zie en of ik op termijn mogelijkheden en redenen zie voor verdere samenvoeging van het aantal toezichthouders.

Ik verwijs naar mijn algemene reactie aan het begin van deze nota.

De leden van de PvdA-fractie hebben al eerder vragen gesteld over de samenhang tussen het kwaliteitstoezicht van de IGZ, het toezicht op transparantie van kwaliteitsinformatie, en toezicht op prijs-kwaliteitverhouding door de NZa. Naar de mening van deze leden blijft hier een onduidelijke overlap ontstaan, en is het onzeker of hiermee uiteindelijk het toezicht zal leiden tot een optimale prijs-kwaliteitverhouding. Zij vragen of het optimale niveau van prijs en kwaliteit uiteindelijk niet een politieke keuze is, omdat vele verschillende niveaus mogelijk zullen blijken, zodat elke keuze en aanwijzing hierover subjectief is. Ook vragen zij of ik hun mening deel dat uiteindelijk één van de twee toezichthouders leidend zal moeten zijn bij de beoordeling van kwaliteit. De PvdA-fractieleden zijn van mening dat het niet wenselijk is dat twee toezichthouders informatie kunnen opvragen over kwaliteit, en vragen hoe ik dit denk op te lossen. Zij verwijzen daarbij naar het verslag van het schriftelijk overleg over mijn brief van september 2004 over de oprichting van de NZa¹. Ten slotte willen zij weten welke van de twee toezichthouders zal zorgen voor een volledig en goed inzicht in kwaliteitsniveau én prijs-kwaliteitverhouding van elke afzonderlijke instelling voor patiënten en consumenten.

De IGZ en de NZa hebben ieder hun eigen rol bij het vergroten van inzicht in de kwaliteit van zorg. De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit van de zorg. Zij ontwikkelt samen met het veld indicatoren om de kwaliteit te kunnen meten. De NZa ziet erop toe dat zorgaanbieders goede en vergelijkbare consumenteninformatie openbaar maken over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten, waartoe in ieder geval de kwaliteit en de prijs horen. Consumenten kunnen op deze manier beter kiezen tussen aanbieders. Verder bewaakt de NZa dat er een optimale prijs-kwaliteitverhouding tot stand komt in de zorgmarkt. De IGZ is als het ware de keurmeester, de NZa de marktmeester. De NZa velt zelf geen oordeel over de kwaliteit van zorg, maar richt zich naar het oordeel van de IGZ. De vraag wat in bepaalde omstandigheden de optimale prijs-kwaliteitverhouding is, is primair een uitkomst van de markt, en niet primair een politieke keuze. Hiermee bedoel ik dat in een normaal functionerende markt evenwicht ontstaat tussen de kwaliteit van een product of dienst en de prijs die men daarvoor bereid is te betalen. In de gezondheidszorg is de kwaliteit van bijzonder groot belang. Er is geen eenduidig antwoord op de vraag wat een optimale prijs-kwaliteitverhouding is in een concreet geval. In algemene termen gesteld is de verhouding optimaal als de prijs niet hoger of lager is dan de kwaliteit van de zorg rechtvaardigt. Dit moet van geval tot geval worden bezien.

De NZa vraagt zelf geen kwaliteitsinformatie op in het veld; zij betreft haar informatie over de kwaliteit van zorg van de IGZ en eventueel van andere organisaties zoals NIVEL en Prismant of gebruikt openbare informatie. De NZa en de IGZ leggen afspraken over samenwerking en informatie-uitwisseling vast in het samenwerkingsprotocol.

De NZa stimuleert dat marktpartijen zelf zorgdragen voor adequate en vergelijkbare consumenteninformatie over kwaliteit van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Indien blijkt dat informatie niet of op een onvoldoende begrijpelijke of vergelijkbare manier openbaar wordt gemaakt, dan kan de NZa regels stellen of, in het uiterste geval, zelf informatie openbaar maken.

De PvdA-fractieleden vragen wat de taak van de NZa is in verhouding tot de verantwoordelijkheden van het CSZ. Zij vragen of ik het met hen eens ben dat het samenvoegen van tariefsbepaling, monitoring van marktontwikkeling en eventuele sanering in één orgaan (NZa) het moeilijker

¹ Kamerstukken II, 29 324, nr. 4, vraag 53.

maakt om in geval van financiële problemen te achterhalen waar er fouten zijn gemaakt.

In het huidige systeem kan een instelling zich samen met de verzekeraar tot het CTG wenden met het verzoek om exploitatiesteun. Dit verandert niet met dit wetsvoorstel. Zijn de problemen zodanig van aard, dat zij niet met een tijdelijke aanpassing van de tarieven kunnen worden opgelost, dan kan ik het CSZ vragen uit te zoeken wat de precieze aard en omvang is van de problemen. Ook kan ik het CSZ vragen om een regierol te vervullen bij het vinden van een oplossing. De taken van het CSZ gaan met dit wetsvoorstel overigens niet naar de NZa.

Ik verwacht niet dat de samenstelling van het takenpakket van de NZa het moeilijker maakt om in geval van financiële problemen bij een zorginstelling te achterhalen waar er fouten zijn gemaakt.

Indien een dreigend faillissement van een zorginstelling betekent dat de continuïteit van zorg ernstig in gevaar komt, kan de overheid besluiten dat, onder zeer strikte voorwaarden, hulp wordt verleend. Dit betekent dat de NZa de tarieven tijdelijk van een toeslag voorziet. Het monitoren van marktontwikkelingen en financiële ontwikkelingen op verschillende deelmarkten levert de NZa informatie op, die zij kan gebruiken bij het achterhalen van de oorzaken van een verslechterende financiële situatie bij een zorginstelling, die om steunverlening verzoekt.

Zoals ik in antwoord op een eerdere vraag van de leden van de CDA-fractie aangaf, worden de uitvoerende taken van het CSZ betrokken bij de uitwerking van de notitie «Transparante en integrale tarieven in de gezondheidszorg».

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe het zit met de verhouding tussen de taken van het CVZ en de NZa.

Het CVZ is anders dan de NZa geen toezichthouder. Het CVZ is in het kader van de Zvw en de AWBZ onder meer belast met het beheer van het verzekerde pakket en de fondsen, financiering van de uitvoering van verzekeringen (vereveningsregeling Zvw en financiering uitvoering AWBZ) en administratieve taken. De NZa houdt onder meer toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw en de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ. De scheiding van taken is in de wetgeving helder neergelegd. Op enkele onderdelen schrijft de wet samenwerking expliciet voor. Bijvoorbeeld bij het maken van administratieve voorschriften voor zorgverzekeraars ter zake van de uitvoering van de Zvw. Het CVZ en de NZa maken onderling afspraken binnen hun wettelijk omschreven taakopdracht. Deze gaan over de effectieve en efficiënte besluitvorming van onderwerpen die van gemeenschappelijk belang zijn. Een voorbeeld is de risicovereveningsregeling van de Zvw. Het CVZ voert deze uit en de NZa is verantwoordelijk voor het toezicht op de gegevensstromen van de zorgverzekeraars aan het CVZ. Ook over de onderlinge informatie-uitwisseling worden werkafspraken gemaakt. Daarbij is uitgangspunt dat de informatie maar één keer wordt gevraagd.

De leden van de PvdA-fractie vragen of het waar is dat slechts het samenvattend rapport over de uitvoering van de Zvw van de NZa openbaar wordt gemaakt en zo ja, waarom. Zo nee, dan vragen zij welke rapporten wel openbaar worden gemaakt en wat de inhoud van die rapporten is. De Zvw regelt al dat het CTZ alleen verplicht is mij jaarlijks een samenvattend rapport over de uitvoering van de Zvw te zenden. De desbetreffende bepaling is overgeheveld naar dit wetsvoorstel, zodat deze plicht op de NZa komt te rusten. Ik zend dit rapport door naar het parlement. De NZa heeft niet de verplichting, zoals het CTZ die had, om individuele rapporten op te stellen over de uitvoering per zorgverzekeraar. Gelet op de toekomstige werkwijze van de NZa (geen jaarlijks rechtmatigheidsonderzoek) ligt het niet voor de hand dat de NZa jaarlijks een individueel rapport over

iedere zorgverzekeraar opstelt, maar zullen de rapportages van de NZa veeleer maatregelgebonden zijn.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de jaarlijkse rapportage van de NZa over de uitvoering van de Zvw ook zal worden benut voor verantwoording aan het parlement. Zo nee, waarom niet?

In haar jaarlijkse rapport kan de NZa haar bevindingen over de uitvoering van de Zvw voorzien van commentaar en aanbevelingen voor het beleid. Dit rapport vormt voor mij veruit de belangrijkste bron van informatie over de uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars. Op basis van daarvan zal ik mijn oordeel over de uitvoering vormen. Dit oordeel neem ik op in de brief waarmee ik het samenvattend rapport aan het parlement aanbiedt. In die brief zal ik ook op eventueel commentaar en de aanbevelingen van de NZa reageren.

De leden van de PvdA-fractie willen weten of de NZa ook nuttige overzichten over beheerskosten en schadelast per zorgverzekeraar zal publiceren zoals De Volkskrant op 22 oktober 2005 heeft gedaan.

De rechtmatige uitvoering van de Zvw beperkt zich tot de verantwoording over de uit de Zvw voortvloeiende verplichtingen, waarvan de acceptatieplicht, de zorgplicht en het verbod op premiedifferentiatie de belangrijkste zijn. Het rechtmatigheidtoezicht strekt zich niet uit over de besteding van de premiegelden of de ontvangsten uit het risicovereveningsfonds. Bovendien zal de NZa, ook in de wettelijke rapportage, niet op verzekeraarsniveau rapporteren.

De PvdA-fractieleden hebben gevraagd waarom de NZa geen toezicht houdt op de governance-eisen en de jaarstukken van zorginstellingen en wie dit toezicht wel gaat uitoefenen. Zij vragen of ik hun mening deel dat de governance-structuren van zorginstellingen van groot belang kunnen zijn voor het op gang brengen van concurrentie. Hoe verhoudt dit zich tot de bevindingen van de commissie-De Boer, die onderzoek deed naar de versterking van de interne toezichtstructuren van onder andere zorginstellingen?

De WTZi legt een aantal transparantie-eisen voor goed bestuur en ordelijke bedrijfsvoering vast. Deze eisen zijn gekoppeld aan de toelating van zorginstellingen, omdat een transparant bestuur en een ordelijke bedrijfsvoering in alle omstandigheden noodzakelijke voorwaarden zijn voor het goed functioneren van zorginstellingen. Een goed functionerende instelling kan bovendien beter de concurrentie aan. De instelling is verder vrij om het interne bestuur en toezicht naar eigen inzicht te regelen, maar moet wel duidelijk maken welke keuzes daarbij zijn gemaakt én met wie zij samenwerkt in groter verband. De transparantie-eisen worden bij de toelating (of bij de wijziging van de toelating) mede aan de hand van de statuten beoordeeld door degene die de toelating verleent. Na de toelating dienen zorginstellingen op grond van de Regeling jaarverslaglegging zorginstellingen in hun jaarverslag verantwoording af te leggen op welke wijze zij voldoen aan de transparantie-eisen. Deze bepalingen vallen onder het toezicht van de accountant die zijn goedkeuring geeft op het jaarverslag. Bij een onduidelijke regeling van de bestuursstructuur en bij een wanordelijke bedrijfsvoering kunnen voorschriften worden verbonden aan de toelating (afdwingbaar met een dwangsom), of – in het uiterste geval – de toelating worden ingetrokken.

De commissie-De Boer bepleitte, in lijn met het rapport Health care governance van de commissie-Meurs, voor de versterking van de interne toezichtstructuur. Dat is via de WTZi uitgewerkt, onder meer door de raden van toezicht wettelijk te verankeren en de rechtsgang naar de Ondernemingskamer ten aanzien van zorginstellingen toegankelijker te maken.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de mogelijkheid om de NZa het centrale loket te laten zijn om informatie aan te verstrekken. De NZa zou dan op haar beurt die informatie aan andere toezichthouders kunnen verstrekken.

Ik sta sympathiek tegenover deze gedachte. Daarbij wijs ik nog wel op de eerdere kanttekeningen die ik in mijn antwoord op een soortgelijke vraag van de CDA-fractie heb gemaakt.

De PvdA-fractieleden vragen waarom ik spreek over regulators en niet in gewoon Nederlands over marktmeesters.

Ik gebruik in de memorie van toelichting het woord «regulator», naast het woord «toezichthouder», als Nederlandse woord. Het is bedoeld als overkoepelende term voor organen die geen toezichthouder zijn, maar wel regels of verplichtingen kunnen opleggen. Het is niet bedoeld als een ander woord voor marktmeester. Het CVZ kan bijvoorbeeld wel regels stellen, maar is geen marktmeester.

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre de NZa ook zal controleren of zorgverzekeraars en zorgaanbieders op de juiste wijze Europees aanbesteden¹. Indien de NZa dit niet doet, welke toezichthouder is hier dan mee belast?

De NZa is niet belast met toezicht op het Europees aanbesteden. Partijen die hadden willen meedingen naar een opdracht en die daardoor mogelijk benadeeld zijn hebben de geëigende juridische mogelijkheden om daar tegen op te komen. De NZa zal ook niet controleren of zorgverzekeraars en zorgaanbieders op de juiste wijze Europees aanbesteden, nog afgezien van de vraag of zij daartoe onder het nieuwe stelsel ook verplicht zijn. Zie ook het artikel »Zorgverzekeraar en aanbestedingsplicht« van prof. mr. G.R.J. de Groot², waarin hij concludeert dat zorgverzekeraars geen aanbestedende dienst zijn. Ik zal samen met de minister van Economische Zaken onderzoeken in hoeverre zorgverzekeraars en zorgaanbieders in het nieuwe stelsel aanbestedingsplichtig zijn. Voor zover nodig vraag ik daarbij ook advies aan de Europese Commissie.

De leden van de VVD-fractie merken op dat brancheorganisaties zich, ten aanzien van de hoeveelheid toezichthouders, afvragen hoe overlapping van taken van toezichthouders wordt voorkomen. Deze leden vragen of het voor consumenten helder is bij wie ze waarvoor moeten zijn. Ook willen zij weten hoe consumenten over de taken van de toezichthouders worden geïnformeerd en hoe wordt voorkomen dat consumenten met klachten van het kastje naar de muur worden gestuurd.

De wettelijke taken van de verschillende toezichthouders kunnen elkaar raken. Om ervoor te zorgen dat de toezichthouders bij de uitoefening van hun bevoegdheden geen dubbel werk doen of gaten laten vallen, maken zij samenwerkingsafspraken. De afspraken gaan over de manier van behandelen van zaken van wederzijds belang en over het uitwisselen van informatie, dit alles met het oog op een effectieve en efficiënte besluitvorming (art. 17).

Het wetsvoorstel voorziet in een meldpunt bij de NZa, waar mensen misstanden kunnen melden (art. 68). Het meldpunt verzamelt de informatie ten behoeve van voor beleid-, toezicht- en opsporingsdoeleinden. De NZa is geen instantie die klachten van individuele consumenten afhandelt. Mocht de NZa gevraagd worden een individuele klacht in behandeling te nemen, dan stuurt zij die door naar de bevoegde instantie. Daarvan stelt zij de klager op de hoogte.

¹ Zie ook het artikel «Zijn zorgverzekeraars onder de nieuwe Zvw nog aanbestedingsplichtig?»; C. Bartels, Tijdschrift Aanbestedingsrecht, juli 2005.

² Zorg en Financiering, nr. 8–2005, blz. 12–24.

De leden van de VVD-fractie merken op dat samenwerkingsprotocollen ervoor moeten zorgen dat de overlap van bevoegdheden van de verschillende toezichthouders in de zorg geen nadelige gevolgen heeft. Of deze protocollen werkbaar en effectief zijn, moet uit de praktijk blijken. Zij

vragen of deze protocollen worden geëvalueerd. Zo ja, met welke regelmaat? Zo nee, waarom niet?

Inderdaad zal de praktijk moeten uitwijzen of de afgesloten samenwerkingsprotocollen goed werken. Ik houd wat dit betreft de vinger aan de pols, zoals ik ook in mijn antwoord op een vraag de leden van de CDA-fractie over protocollen aangaf. De suggestie om de praktische werking van de protocollen te evalueren spreekt mij aan. De samenwerking van de NZa met haar collega toezichthouders maakt immers onderdeel uit van haar functioneren en de goede werking van de WMG. Dit zal dus worden meegenomen in de al in de wet voorziene evaluatie van de NZa en de WMG.

De leden van de VVD-fractie vragen een reactie geven op de stelling van de brancheorganisaties dat het fenomeen representatieve brancheorganisaties verdwijnt met invoering van de WMG.

Voor het antwoord op deze vragen verwijs ik naar het antwoord op vragen over de betrokkenheid van belangenorganisaties van de fracties van de SP en de SGP.

De VVD-fractieleden willen weten waarom fusiecontrole in de gezondheidszorg een taak blijft van de NMa. Zij vragen of voor fusiecontrole in zorgmarkten, met hun bijzondere kenmerken, sectorspecifieke kennis nodig is. Zo ja, waarom wordt deze taak van de NMa niet overgeheveld naar de NZa?

Fusiecontrole is onderdeel van het algemeen (Europees) mededingingsrecht. Met de handhaving daarvan is de NMa belast. Afsplitsing van fusiecontrole in zorgsector leidt tot nodeloze afstemmingsproblemen en zou afbreuk doen aan de uitgangspunten van het (Europees) mededingingsrecht. De NMa zal, waar het gaat om fusies in de zorgsector, een beroep doen op de deskundigheid van de NZa.

De leden van de VVD-fractie merken op dat er, vooral in de AWBZ, de afgelopen vijftien jaar enorm is gefuseerd. Er zijn zelfs regionale monopolies ontstaan. Zij vragen hoe dit heeft kunnen gebeuren. Wanneer is de zorg onder toezicht van de NMa gekomen? Wat waren de argumenten van de NMa om deze regionale monopolies toe te staan? Is daarmee de keuzevrijheid van de patiënt niet onaanvaardbaar beperkt? Hoe voorkomt de nieuwe toezichtstructuur dit in de toekomst?

Allereerst verwijs ik naar de brief van de staatssecretaris van 24 oktober 2005 over fusievorming in de AWBZ-zorg¹. In aansluiting daarop het volgende. Inderdaad is sprake geweest van schaalvergroting en samenwerking. Vaak waren daarvoor goede gronden, zoals professionalisering en verbreding van de zorgverlening. In de AWBZ-zorg is, naast de schaalvergroting op instellingsniveau, vaak ook sprake geweest van verdere deconcentratie in de zorgverlening. De in gang gezette extramuralisering heeft hieraan bijgedragen.

In de sector verpleging en verzorging zijn er relatief beperkte toetredingsbelemmeringen voor aanbieders van extramurale zorg. Juist op dit vlak is in de afgelopen jaren dan ook sprake van veel nieuwe toetreders.

In de geestelijke gezondheidszorg (thans nog AWBZ-zorg) zijn algemeen psychiatrische ziekenhuizen, (toenmalige) Regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, Regionale instellingen voor beschermd wonen en verslavingszorg geïntegreerd in regionaal werkende organisaties. Tegelijkertijd is, mede gestimuleerd door de ontschotting in de AWBZ-zorg, binnen organisaties gedifferentieerd in zorgvormen en locaties. Er heeft een herordening van zorgvormen plaatsgevonden, op basis van de zorgketen. Binnen de tot stand gekomen organisatievormen zijn voor de cliënten keuzemogelijkheden blijven bestaan, of nieuwe keuzemogelijkheden tot stand gekomen.

¹ Kamerstukken II, 30 186, nr. 6.

In de gehandicaptenzorg is sprake geweest van een soortgelijke ontwikkeling: schaalvergroting door fusies, zowel tussen intramurale organisaties onderling als tussen intra- en semi-murale instellingen, en soms met een sociaal pedagogische dienst en tegelijkertijd schaalverkleining in de feitelijke vormgeving van het zorgaanbod.

De NMa is de Mededingingswet wat betreft fusies actief op de zorg gaan toepassen met ingang van 2004. De NMa stelde in januari 2004 in twee visiedocumenten (ziekenhuiszorg en AWBZ-zorg) vast dat de ruimte voor aanbieders om te concurreren in beide sectoren toenam. Tot 2004 concludeerde de NMa bij de behandeling van fusies tussen ziekenhuizen en in besluiten waarin aandacht werd besteed aan de spelers op het gebied van de AWBZ dat door de overheidsregulering daadwerkelijke mededinging tussen zorgaanbieders in de desbetreffende sectoren niet mogelijk was. Op basis hiervan besloot de NMa tot 2004 dat fusies tussen ziekenhuizen en tussen AWBZ-marktspelers niet inhoudelijk getoetst behoeften te worden.

In de brief van oktober 2005 zet de staatssecretaris uiteen dat concentratievorming vragen oproept over het behoud van keuzemogelijkheden voor cliënten en over het behouden van voldoende mededinging tussen zorgaanbieders, voor zover fusies leiden tot vergroting van de marktmacht van marktspelers. De staatssecretaris en ik onderschrijven de stelling dat de keuzemogelijkheden voor cliënten in het licht van de versterking van vraagsturing een randvoorwaarde vormen. Daarom is in de brief de vraag opgeworpen of voor de nabije toekomst fusietoetsing door de NMa op basis van de Mededingingswet voldoende mogelijkheden biedt om ongewenste fusies tegen te gaan. Ik herhaal in dit verband dat overwogen wordt in samenwerking met de minister van Economische Zaken, gedurende de transitiefase in de zorg de omzetrempels in de Mededingingswet tijdelijk te verlagen voor specifieke zorgmarkten. Hierbij wordt ook de invalshoek betrokken dat vergroting van de efficiency of het waarborgen van de kwaliteit een positief argument voor schaalvergroting kan zijn. Ik voeg hieraan toe dat versterking en behoud van keuzemogelijkheden, behalve een vraagstuk op het vlak van fusievorming, ook een vraagstuk is van bevordering van diversiteit in het aanbod en het verlagen van toetredingsdrempels.

De leden van de VVD-fractie wijzen op de bevoegdheid van de NZa informatie openbaar te maken. Negatieve uitlatingen door de toezichthouder over individuele verzekeraars kunnen volgens VNO-NCW leiden tot imagoschade en/of financiële schade. Zowel DNB (als prudentieel toezichthouder), als de AFM (gedragstoezichthouder) zijn om deze reden gebonden aan een zeer strikt publicatiebeleid. Deze leden vragen of ook de NZa gebonden zal zijn aan dezelfde strikte bepalingen en zo nee, waarom niet.

In dit artikel 32 wordt buiten twijfel gesteld dat de NZa haar onderzoeksbevindingen openbaar kan maken. Daarbij is zij uiteraard gehouden artikel 2:5 van de Awb in acht te nemen; dat artikel verplicht tot geheimhouding van bepaalde gegevens. Ook is de NZa gebonden aan de bepalingen in de WOB over de bescherming van bedrijfsvertrouwelijke gegevens. Publiceren van bevindingen is niet gericht op «leedtoevoeging» aan een of meer marktpartijen. Dat neemt overigens niet weg dat, zoals bij elk onderzoeksresultaat, niet iedereen blij hoeft te zijn met bevindingen die over hem in het onderzoek naar voren zijn gekomen. De NZa zal bij haar besluit tot openbaarmaking moeten afwegen of de wijze van openbaar maken in goede verhouding staat tot het doel van openbaarmaking. Het kan zijn dat in dat kader de bevindingen niet tot individuele ziektekostenverzekeraars of zorgaanbieders zullen moeten zijn te herleiden. Overigens mogen publicaties van marktonderzoeken geen medische persoonsgegevens bevatten die tot individuele patiënten zijn te herleiden.

De leden van de SP-fractie merken op dat helder is dat meerdere al bestaande toezichthouders de totaliteit gaan controleren. Zij vragen welke relatie de minister van VWS heeft tot deze toezichthouders en hoe de rolverdeling wordt geregeld.

De NZa en de IGZ zijn speciaal belast met het toezicht op de zorgsector. De NZa doet het sectorspecifieke markttoezicht, de IGZ ziet toe op de kwaliteit van de zorg. De NZa en de IGZ vallen onder de politieke verantwoordelijkheid van de minister van VWS.

De andere toezichthouders richten zich niet speciaal op de zorg, maar zijn zogenoemde functionele toezichthouders. DNB is belast met het prudentiële en het solvabiliteitstoezicht op financiële instellingen, de AFM richt zich op het gedrag van financiële dienstverleners bij de distributie van financiële producten. Beide horen tot het verantwoordelijkheidsgebied van de minister van Financiën. Voor de NMa, die belast is met het algemene mededingingstoezicht op ondernemingen, is de minister van Economische Zaken verantwoordelijk. Het CBP valt onder verantwoordelijkheid de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. De afstemming tussen mij en de verschillende andere bewindspersonen over onderwerpen die (mede) de zorg aangaan, vindt op de gebruikelijke manier plaats, dat wil zeggen: in het kabinet. De besluitvorming in het kabinet wordt, eveneens zoals gebruikelijk, gezamenlijk voorbereid door de bij het onderwerp betrokken departementen.

De leden van de SGP-fractie vragen wat de betekenis is van de samenloop tussen de bevoegdheden van de NMa en de NZa. Tevens vragen de leden van de SGP-fractie of het kan voorkomen dat een bepaalde partij tegelijkertijd te maken heeft met sancties door beide toezichthouders.

De NMa is exclusief bevoegd voor het toezicht op het nationale en Europese kartelverbod en de beoordeling van concentraties op grond van de Mededingingswet. Samenloop van bevoegdheden van de NMa en de NZa kan alleen optreden op deelmarkten met vrije tarieven waarin sprake is van partijen met een economische machtspositie/aanmerkelijke marktmacht.

Het is niet uit te sluiten dat zich een situatie voordoet dat zowel de NMa als de NZa zou kunnen optreden: de NMa om misbruik te bestraffen, de NZa om bepaald gedrag voor de toekomst te voorkomen. Uiteraard is het optreden van beide toezichthouders onderworpen aan de algemene rechtsbeginselen, zoals evenredigheid. Om te voorkomen dat de NMa en de NZa hetzelfde gedrag aanpakken, worden afspraken gemaakt die worden vastgelegd in het samenwerkingsprotocol bedoeld in artikel 17. Goede samenwerking tussen de NMa en de NZa is niet alleen in het belang van de zorgaanbieders of ziektekostenverzekeraars die het betreft, maar komt ook de efficiëntie en effectiviteit van het toezicht ten goede.

De leden van de SGP-fractie vragen in welke situaties het optreden van de NMa effectiever en efficiënter moet worden geacht. Zij vragen of dit niet in strijd komt met de deskundige rol van de NZa.

Optreden van de NMa is effectiever of efficiënter in deelmarkten waar concurrentie al op gang is gekomen. Het toezicht van de NZa richt zich op markten die op gang moet worden gebracht. In deze markten kan (aanmerkelijke) marktmacht het introduceren van marktwerking in de weg staan. Daarom geeft de dit wetsvoorstel de NZa de bevoegdheid in te grijpen ook zonder dat sprake is van misbruik van marktmacht. De NZa zal als gevolg daarvan primair aan zet zijn. Het toezicht van de NZa is aanvullend van karakter. Er is dus geen strijd met de deskundige rol van de NZa.

De opmerkingen dat de NMa op kan treden als de NZa dit niet binnen een redelijke termijn doet, roept vragen op bij de leden van de SGP-fractie. Zij vragen wat wordt bedoeld met redelijke termijn en vragen of de toezicht-

houders in elkaars vaarwater kunnen komen. Ook vragen zij of de NMa uiteindelijk een soort supervisor is over de NZa.

De NMa is geen supervisor van de NZa. De NMa en de NZa hebben andere taken en andere bijbehorende bevoegdheden. De NMa is belast met de handhaving van de Mededingingswet en de mededingingsregels uit het EG-verdrag. De NZa is belast met het op gang brengen van de markt door het opleggen van verplichtingen aan zorgaanbieders of verzekeraars die aanmerkelijke marktmacht hebben. De NZa is daarom de eerstaangewezen toezichthouder zijn bij corrigeren van marktmacht in de zorgsector. De NZa treedt op binnen een redelijke termijn. Dit zijn de termen als bedoeld in de Awb. Om te voorkomen dat de NMa en NZa feitelijk in elkaars vaarwater komen, maken zij werkafspraken die zij vastleggen in een samenwerkingsprotocol (art. 17).

9. DE NEDERLANDSE ZORGAUTORITEIT

De PvdA-fractie vraagt naar de voorhangprocedure voor de beslissing om vrije tariefvorming op een deelmarkt toe te passen.

De tariefsoort bepaal ik door het geven van een aanwijzing aan de NZa. Dat geldt ook voor de toepassing van vrije tariefvorming op een deelmarkt. Die aanwijzing moet op grond van artikel 52 tien dagen voorhangen in het parlement. Dit is dezelfde voorhangprocedure als in de WTG.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de invloed van de minister op door de NZa vastgestelde beleidsregels. De fractie zet het afschaffen van de goedkeuring zoals dat bij de WTG was, af tegen de toenemende invloed die de ministers van Economische Zaken en van Financiën hebben op de beleidsregels van OPTA, DTe, AFM en DNB.

Over mijn invloed op de beleidsregels van de NZa heb ik u in mijn algemene reactie aan het begin van deze nota geïnformeerd. Zie ook de overzichten 8, 9 en 10 bij mijn antwoord op soortgelijke vragen van de leden van de CDA-fractie. Het afschaffen van de goedkeuring van beleidsregels zie ik niet als een vermindering van mijn invloed op die beleidsregels. Ik kies ervoor de beleidsregels waar dat nodig is vóóraf te beïnvloeden. De wijze van invloed van de ministers van Economische Zaken en van Financiën op de beleidsregels van de OPTA, NMa, DTe, AFM en DNB verschilt niet. Ook zij geven aanwijzingen op hoofdlijnen van beleid. Die aanwijzingen moeten worden omgezet in beleidsregels. Ik ben wel de enige die als extra mogelijkheid besluiten van algemene strekking (dus ook beleidsregels) voor vernietiging kan voordragen aan de Kroon.

De leden van de PvdA-fractie merken op dat de keuze voor vormgeving als zbo leidt tot een grotere afstand tussen de toezichthouder en de democratische controle en dat dit een bewuste keuze lijkt te zijn. In het geval van de OPTA heeft de vrijheid tot het maken van beleidsregels geleid tot een verschil in inzicht tussen Tweede Kamer en de minister van EZ, over het ingrijpen op een specifieke beleidsregel. Deze leden vragen hoe dit probleem zich verhoudt tot de voorliggende keuze voor vormgeving als zbo.

De regering heeft er inderdaad bewust voor gekozen de NZa de zbo-status te geven. Het belangrijkste argument is dat een (markt)toezichthouder onafhankelijk moet kunnen opereren (zie ook par. 9.1 van de memorie van toelichting). Politieke beïnvloeding van oordelen of besluiten van de NZa in individuele gevallen zou de objectiviteit van en het vertrouwen in toezichthouder ernstig aantasten. Democratische controle op het functioneren van de NZa is echter wel mogelijk. De wet biedt de minister van VWS een aantal instrumenten om zijn politieke verantwoordelijkheid ten aanzien van de NZa waar te maken. Ik noem, in het kader van de vraag van de PvdA-fractieleden, als belangrijkste voorbeeld de bevoegdheid om

algemene aanwijzingen aan de NZa te geven. Die kunnen betrekking hebben op alle onderwerpen waarover de NZa regels of beleidsregels mag stellen of heeft gesteld (art. 7, eerste lid). Een aanwijzing mag echter niet gaan over een beslissing in een individueel geval (art. 7, derde lid).

De leden van de PvdA-fractie vragen wat de betrokkenheid van de minister en het parlement is bij de experimenteerbeleidsregels en de besluitvorming op dat gebied.

Het initiatief voor een experiment ligt bij de minister van VWS. Achtergrond hiervan is dat het besluit om te experimenteren een politiek-beleidsmatige zaak is, die aan de minister toekomt. De minister van VWS geeft een algemene aanwijzing aan de NZa. De aanwijzing gaat dus niet over een individuele aanbieder. De uitwerking en uitvoering is de taak van de NZa. Voordat de minister een aanwijzing inzake een experimenteerbeleidsregel vaststelt, wordt de zakelijke inhoud daarvan schriftelijk aan het parlement meegedeeld. Na tien dagen kan de minister de aanwijzing definitief vaststellen. De betrokkenheid van het parlement bij experimenten is op deze manier gegarandeerd. Gedurende de tien dagen van de zogenoemde voorhangprocedure kan het parlement zijn inbreng geven.

De leden van de PvdA-fractie vragen of ik het ermee eens ben dat het bijdraagt aan de autoriteit van de NZa als de voorzitter van de NZa met enige regelmaat in het parlement verantwoording aflegt over het functioneren van de NZa. Ook vragen zij of de WMG belemmeringen bevat die bijvoorbeeld een jaarlijkse hoorzitting onmogelijk zouden maken. De NZa is volgens dit wetsvoorstel verantwoording verschuldigd aan de minister van VWS. Die draagt de politieke verantwoordelijkheid en is daarop dus aanspreekbaar door het parlement. De tekst van dit wetsvoorstel verbiedt niet dat de voorzitter van de NZa gehoor geeft aan een uitnodiging van het parlement om aan een hoorzitting deel te nemen. Hij is echter ook niet wettelijk gehouden op een dergelijke uitnodiging in te gaan.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom de beheerskosten van de NZa niet worden doorbelast aan de gebruikers, zoals het geval is bij de AFM.

De taken van de NZa zijn niet geheel te vergelijken met die van bijvoorbeeld de AFM. Zo heeft de NZa, in tegenstelling tot de AFM onder andere de vooralsnog substantiële taak tarieven te reguleren. Ook is bij de NZa de taak ondergebracht om toezicht te houden op de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ door de uitvoeringsorganen AWBZ. De AFM heeft geen hiermee vergelijkbare taak. Het zou te ver voeren om deze twee belangrijke taken te benaderen vanuit het profijtbeginnsel, met andere woorden: de ondertoezichtgestelden hiervoor een heffing te vragen. Ook vind ik het te ver gaan om een partij met aanmerkelijke marktkracht die een verplichting krijgt opgelegd, daar ook nog eens voor door te belasten. Gegeven de brede taakopdracht van de NZa geeft de regering de voorkeur aan financiering van de NZa ten laste van de begroting van VWS, zoals ook voorzien is voor de overige zorg-zbo's. Daarnaast biedt de gekozen budgetsystematiek voor de financiering van de NZa (en de overige zorg-zbo's) de mogelijkheid om een stabiel financieel klimaat te scheppen voor de NZa, waarbij iedereen ook voor de langere termijn weet waar hij aan toe is.

De leden van de PvdA-fractie merken op dat het CTG en CTZ in 2004 over in totaal over 187,5 fte beschikken¹. De beheerskosten lagen dat jaar in totaal op € 21,2 miljoen. Zij vragen over hoeveel fte de NZa beschikt in 2005, 2006 en 2007. Wat zijn de geraamde beheerskosten voor elk van deze jaren?

¹ Kamerstukken II, 29 324, nr. 4.

In 2004 beschikte het CTZ en het CTG gezamenlijk over 187,5 fte. Daarbij was per abuis niet meegenomen het aandeel van 16 fte van het CTZ in de ondersteunende capaciteit die is ondergebracht in het gezamenlijke dienstencentrum van CVZ en CTZ.

In 2005 beschikken het CTZ en het CTG gezamenlijk over 234 fte (69 fte, respectievelijk 165 fte). Hierin zit ten opzichte van 2004 een uitbreiding van 30 fte bij het CTG, om bestaande en nieuwe taken te kunnen uitvoeren. De samenvoeging van CTZ en CTG tot NZa leidt per 2006 niet tot verandering van het aantal medewerkers. Het CTG en CTZ hebben inmiddels hun begroting voor 2006 ingediend. Daarin vragen zij 4 fte uitbreiding voor AWBZ-taken. Over de toekenning daarvan moeten de staatssecretaris en ik nog een besluit nemen. Over de toekomstige omvang van de NZa kan ik nog geen duidelijk beeld geven. Vanwege de bundeling van verschillende vormen van toezicht zullen synergie-effecten ontstaan. Daartegenover vergen de nieuwe sectorspecifieke mededingingstaken specifieke kennis. Het is nog niet duidelijk wat de resultante van deze bewegingen zal zijn. Het huidig geraamde budget voor de jaren 2005, 2006 en 2007 is respectievelijk € 24,0 miljoen, € 23,5 miljoen en € 23 miljoen. De daling is het gevolg van in 2003 en 2005 opgelegde efficiencytaakstellingen.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat de bezoldiging is van het bestuur van de NZa en hoe deze kosten zijn opgebouwd. Ook vragen zij hoe verhoudend die zich tot de Dijkstal-norm en tot de bestuurskosten van het CTG en CTZ.

De gesprekken over de arbeidsvoorwaarden met de beoogde bestuursleden zijn gaande. Ik stel zelf de bezoldiging voor de bestuursleden vast (art. 4, negende lid). Ik hanteer hierbij het Dijkstal-kader (het ministersalaris van 2005 plus dertig procent) als maximumnorm. Voor de bezoldiging en de overige onderdelen van de rechtspositie sluit ik aan bij wat geregeld is voor topfunctionarissen binnen het Rijk. De bezoldiging van de bestuurders van de NZa zal het Dijkstal-kader niet overschrijden.

De leden van de CDA-fractie vragen wie op de zorgverlenermarkt en op de zorginkoopmarkt toezicht houdt op het gedrag van de zorgaanbieder. De leden van de VVD-fractie willen weten waarom het wetsvoorstel geen gedragstoezicht toekent aan de NZa. In een complexe markt waarin de positie van de consumenten relatief zwak is, blijft toezicht van de sector-specifieke autoriteit op het gedrag van marktpartijen cruciaal. De VVD-fractieleden vragen wat ik vind van de vrees van de consumentenorganisaties dat het ontbreken van gedragstoezicht kan leiden tot misstanden en wantrouwen bij consumenten.

Ik deel deze vrees niet. De NZa doet op grond van artikel 31 onderzoek naar de concurrentieverhoudingen en het marktgedrag op het gebied van de zorg. In het tweede lid, onderdelen a tot en met e, van dit artikel staat ook waar dit onderzoek zich onder meer op kan richten. De NZa kan, indien de situatie dit naar haar oordeel vereist, putten uit de haar ten dienste staande wettelijk instrumenten om zo nodig verbeteringen af te dwingen. Vanuit het oogpunt van consumentenvertrouwen is bijvoorbeeld artikel 32 interessant, waarin staat dat de NZa de bevindingen van haar onderzoek openbaar kan maken.

Meer in het bijzonder wijs ik erop dat de NZa erop toeziet dat de zorgverzekeraars de Zvw en AWBZ goed uitvoeren. Als zij daarbij gedrag vertonen dat niet overeenstemt met hun wettelijke verplichtingen kan de NZa ingrijpen. Verder noem ik in het kader van deze vraag de artikelen 36 en 37. Deze artikelen verplichten de aanbieders en verzekeraars informatie openbaar te maken over de eigenschappen van de aangeboden producten en diensten op zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. De informatie moet in ieder geval de prijs en kwaliteit van de aangeboden producten en diensten bevatten. De NZa kan over de aan consumenten te verstrekken informatie regels stellen met

het oog op de doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid van die informatie. Wat betreft het gedrag van zorgaanbieders bij het verlenen van zorg zijn de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG van belang. Daarop ziet de IGZ toe.

Voor het overige verwijst ik naar onderstaand antwoord.

De leden van de VVD-fractie merken op dat het volgens de belangenbehartigers van patiënten en consumenten van belang is dat er één helder loket is waar zij terecht kunnen met klachten over het gedrag van marktpartijen. Zij vragen of dit wetsvoorstel een dergelijk loket creëert. Ook willen zij weten of ik vind dat de rol van gedragstoezicht bij de NZa hoort, of ik de mening van deze belangenbehartigers deel dat het neerleggen van gedragstoezicht bij de AFM leidt tot verwarring en onduidelijkheid voor consumenten en of ik problemen voorzie rond deze taakuitoefening. Ten slotte vragen deze leden of sectorspecifiek toezicht op gedrag in de zorgmarkt noodzakelijk is. Zo ja, hoe wordt dat in de WMG neergelegd? Zo nee, waarom niet?

De NZa is geen instantie waar burgers met hun klachten over de zorgverzekeraars terecht kunnen. Niettemin is het ook voor de uitvoering van haar toezichthoudende taak van belang dat de NZa kennis neemt van de ervaringen van consumenten met zorgverzekeraars en aanbieders. De NZa kan daarvoor meldlijnen openstellen waar verzekerden en zorgconsumenten hun ervaringen met de zorgverzekeraars kunnen melden. Die informatie kan een belangrijke bron vormen voor de oordeelsvorming van de NZa over de uitvoering van de Zvw.

Het gedragstoezicht bevat een aantal elementen; zo gaat het bijvoorbeeld, naast goede informatievoorziening aan consumenten en het voorkomen van misleidende reclame waarop de NZa toeziet, over de uitvoering van de Europese richtlijn over verkoop op afstand. Ook het hebben van een zorgvuldige interne procedure voor de behandeling van klachten en de aansluiting bij een geschillenregeling behoren tot de verplichtingen van de zorgverzekeraar. Verder dienen zij te beschikken over voldoende deskundig personeel. Ik ben niet van mening dat het bij de AFM neerleggen van het gedragstoezicht leidt tot verwarring of onduidelijkheid. Integendeel, de AFM houdt immers ook toezicht op gedragingen richting de consument met betrekking tot andere financiële diensten en producten, zoals bancaire diensten en overige (schade)verzekeringen. Gedragstoezicht op de zorgverzekering past hier prima binnen.

Waar de bevoegdheden van de AFM en NZa elkaar raken dient een heldere afspraak te worden gemaakt. Hiervoor sluiten de AFM en de NZa een samenwerkingsprotocol.

De leden van de VVD-fractie vragen wat ik vind van de mening van een aantal brancheorganisaties dat er geen heldere criteria zijn geformuleerd aan de hand waarvan de NZa kan ingrijpen. Zonder criteria voor ingrijpen kan en zal er geen sterk effectief toezicht ontstaan en zal marktwerking stroever lopen, zo voorspellen zij. Moeten deze criteria wettelijk worden vastgelegd zoals wordt voorgesteld? Heeft het ontbreken van concrete criteria in de wet gevolgen voor de consumenten? Zo ja, op welke manier? Zo nee, waarom niet?

Deelmarkten in de zorg verschillen onderling sterk en daarmee ook het antwoord op de vragen wanneer en hoe de NZa moet ingrijpen om concurrentie te bevorderen en de publieke belangen te borgen. Het is dan ook niet verstandig concrete criteria voor ingrijpen in de wet vast te leggen, zoals de brancheorganisaties voorstellen. Aan de hand van een uitgebreid proces, waarin onder andere ook marktpartijen worden geconsulteerd, formuleert de NZa per deelmarkt specifieke criteria. Dit proces verloopt als volgt. Indien een markt wordt «vrijgegeven» maakt de NZa een risicoanalyse van concurrentiebeperkingen die zich kunnen voordoen in deze markt. De analyse wordt, na een externe consultatieronde, uitge-

werkt in een visiedocument. Dit document geeft ook de benodigde condities en instrumenten voor effectief toezicht op deze deelmarkt weer. Op basis van het visiedocument monitort de NZa periodiek de markt. Hierdoor ontstaat inzicht in de mate waarin de markt uit zichzelf goed werkt en de publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid) zijn geborgd. Knelpunten in de markt die uit de monitor naar voren komen kunnen aanleiding zijn voor nader toezicht. Ten behoeve van de rechtszekerheid van partijen, geeft de NZa per knelpunt aan wanneer en hoe zij ingrijpt. Dit werkt zij zo nodig uit in beleidsregels, op grond waarvan zij optreedt. Ik benadruk dat de NZa terughoudend om zal gaan met het ingrijpen in de markt. Door het vergroten van de transparantie en het verwijzen naar goede voorbeelden («best practices») van marktpartijen in monitordocumenten, probeert zij de marktwerking zo goed mogelijk op gang te brengen. Ingrijpen is een ultimum remedium. Immers, als de markt zijn werk goed doet is ingrijpen niet nodig en zelfs ongewenst. Het ontbreken van criteria in de wet heeft geen rechtstreeks gevolg voor consumenten. Dit wetsvoorstel richt zich immers niet op de individuele consument. De NZa betreft patiënten- en consumentenorganisaties in haar consultatierondes, opdat consumentenbelangen tot hun recht komen.

De leden van de VVD-fractie merken op dat de NZa een belangrijke machtspositie krijgt in de gezondheidszorg. Een niet goed functionerende NZa, alsmede ongewenste effecten die optreden als gevolg van overlappende taken met andere toezichthouders of als gevolg van toename aan administratieve lasten, vormen volgens het MKB-Nederland belangrijke afbreukrisico's van de wet. De VVD-fractie vraagt wat ik vind van het voorstel van MKB-Nederland om de wet om bovengenoemde reden eerder te evalueren, bijvoorbeeld na twee jaar. Wat zijn de voor- en nadelen van het eerder evalueren van de WMG?

Dit wetsvoorstel bevat de standaard evaluatiebepalingen over wetten en zbo's, inclusief de daaraan verbonden termijnen, zoals deze zijn voorgescreven in de Aanwijzingen voor de regelgeving. De ervaring leert dat voor een gedegen evaluatie vier of vijf jaar redelijke termijnen zijn. Er is dan een behoorlijke ervaring met hoe de wet in de praktijk op de diverse aspecten uitpakt en hoe het zbo zijn werk doet. Indien een evaluatie over een te korte periode gebeurt, bestaat het gevaar dat eventuele bijzondere omstandigheden of gebeurtenissen het beeld eenzijdig tekenen. Dit neemt niet weg dat al eerder behoefte kan ontstaan de wet of het functioneren van het zbo op onderdelen door te lichten of aanpassingen door te voeren. De jaarlijkse beoordeling van het functioneren van de NZa door de minister en de rapportage daarover aan het parlement dient mede daartoe.

Bij een nieuwe wet en een nieuw zbo kan extra sterk de behoefte bestaan relatief snel een meer uitgebreide evaluatie te doen. Dat kan ook. De wettekst hoeft hiervoor niet aangepast te worden, omdat de eerste evaluatie niet op een vast tijdstip, maar binnen vier jaar dient plaats te vinden.

De leden van de SP-fractie wil weten wat er bedoeld wordt met de zinsnede «ook betekent het dat de minister en de NZa elkaars verantwoordelijkheid serieus nemen en niet pogen in de bevoegdheden van de ander te treden, ook niet bij zwaar weer». Zij vragen naar een omschrijving van «zwaar weer». Ook vragen zij of er praktische voorbeelden zijn uit ervaringen met andere toezichthouders die de term zwaar weer dragen en waarbij men niet in elkaars bevoegdheid is getreden. Zijn er situaties denkbaar waarbij men wel in elkaars bevoegdheid zal treden om escalatie of verslechtering van een situatie te voorkomen?

Met «zwaar weer» doel ik bijvoorbeeld op situaties waarin de toezichthouder op grond van de wet een beslissing neemt in een individueel

geval, waarover in de algemene opinie de roep ontstaat dat de politiek of de minister deze beslissing moet terugdraaien. Dit is niet aan de orde: dergelijke beslissingen moeten voor de rechter worden aangevochten, niet in de politieke arena.

De enige situatie waarin de minister het recht heeft in de bevoegdheden van de NZa te treden is, indien de NZa haar taken verwaarloost in de zin van artikel 10. In dat geval kunnen bij algemene maatregel van bestuur tijdelijke voorzieningen worden getroffen, zo nodig in afwijking van de WMG. Zo'n afwijking zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat de minister zelf bepaalde taken van de NZa tijdelijk overneemt. De NZa heeft nooit het recht in de bevoegdheden van de minister te treden.

De leden van de ChristenUnie-fractie verwijzen naar de passage in de memorie van toelichting waar staat dat bij de eerste evaluaties van de WMG ook de vraag wordt meegenomen of het opportuun is de NZa in de NMa in te varen. Zij vragen of dit zo moeten worden begrepen dat op termijn de NMa verantwoordelijk zou kunnen worden voor het toezicht op de zorgmarkten, maar dat de NZa verantwoordelijk blijft voor het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw en van de AWBZ.

Indien in de toekomst geen substantiële rol meer zou zijn weggelegd voor de NZa om prijzen te reguleren of markten op gang te brengen zou inderdaad wellicht met algemeen mededingingstoezicht door de NMa kunnen worden volstaan. Zodra die situatie in zicht komt, wat ik overigens voorlopig niet verwacht, moet opnieuw bezien worden hoe het toezicht op de uitvoering van de Zvw en AWBZ het beste kan worden gesitueerd. Het ligt voor de hand dat de NZa daarvoor een goede kandidaat is. Ik heb al eerder gesteld dat het invoeren van meer marktwerking in de zorg behoedzaam en geleidelijk moet gebeuren. Het is nu dan ook te vroeg om hier meer concrete uitspraken over te kunnen doen.

De leden van de SGP-fractie zouden graag een analyse zien van de problemen waar CTG en CTZ nu tegenaan lopen. Waaruit blijkt dat er niet met deze organen valt te sollen? Waaruit blijkt op dit moment dat lobbygedrag automatisch tot mislukken is gedoemd? Zijn er met het oog op het voorkomen van dergelijke zaken nog speciale maatregelen genomen in vergelijking met de bestaande situatie?

Het CTZ en het CTG lopen op dit moment niet tegen bijzondere problemen aan. De passage in de memorie van toelichting waaraan deze leden refereren (par. 9.1, blz. 34) ziet op de situatie dat de NZa een beslissing neemt ten aanzien van een individuele verzekeraar of zorgaanbieder. Door bij voorbaat uit te sluiten de minister dergelijke beslissingen van de NZa zou kunnen beïnvloeden, weten partijen dat lobbygedrag niet zal helpen. Het staat in een dergelijk geval de gang naar de rechter open.

De leden van de SGP-fractie vinden de doelstelling om in het bestuur diverse deskundigheden op te nemen goed, maar vinden onduidelijk of er nog speciale deskundigheden beoogd worden. Waaraan wordt gedacht? Ik verwijs naar mijn antwoord op de vraag van de leden van de SP-fractie over de benoeming van de bestuurders van de NZa.

De leden van de SGP-fractie vragen waarom de belangenorganisaties niet direct bij de besluitvorming worden betrokken en of hier een andere regeling wordt beoogd dan bij de OPTA.

Voor besluiten met betrekking tot aanmerkelijke marktmacht is er geen verschil in de wijze van consultatie door de NZa en de OPTA. In beide gevallen wordt gebruik gemaakt van de uitgebreide voorbereidingsprocedure als bedoeld in afdeling 3.4 van de Awb (in de nota van wijziging wordt in art. 42 de nu aangewezen afdeling 3.5 gewijzigd in afdeling 3.4.) Die voorbereidingsprocedure stelt belanghebbenden in staat hun ziens-

wijze te geven op de voorgenomen besluiten. Het gaat om maatregelen die aanzienlijke gevolgen voor de relevante markt hebben.

Bij de overige besluiten van de NZa over prestatiebeschrijvingen en tarieven voor individuele zorgaanbieders of prestaties worden de brancheorganisaties niet geraadpleegd.

Over de grondslag van de prestatiebeschrijvingen en tarieven en de wijze waarop deze tot stand komen worden beleidsregels gemaakt. Alvorens die beleidsregels worden vastgesteld worden betrokkenen geconsulteerd. De resultaten van die consultatie neemt de NZa mee bij haar besluitvorming.

De NZa neemt zich een ruimhartige consultatie van partijen voor met behoud van haar professionele autonomie. Daarbij maakt zij gebruik van verschillende vormen van overleg. In beginsel zal er geen geïstitutionaliseerd overleg meer zijn, omdat dit niet past bij de taak van de NZa en de strekking van dit wetsvoorstel. Er wordt bezien of een procedurele uitzondering zou moeten worden getroffen. Dat zou dan voor de volgende gevallen kunnen zijn. Bij de totstandkoming van regelmatig terugkerende uitvoeringsbesluiten, zoals beleidsregels voor prestatie- en prijsregulering, kan een vaste procedure voor een reguliere consultatie voordelen hebben gezien de grote hoeveelheid en de frequentie van de aanpassingen van de beleidsregels. Een efficiënte en effectieve taakuitvoering door de NZa vereist immers continuïteit van kennis en ervaring bij te consulteren betrokkenen in dezen, mede vanwege het draagvlak en de uitvoerbaarheid van de beslissingen van de NZa. Aldus zou de NZa voldoen aan de wettelijke verplichting voor een bestuursorgaan om zich op de hoogte te stellen van zo veel mogelijk relevante feiten, omstandigheden en belangen alvorens een besluit te treffen (art. 3:2 Awb).

10. GEVOLGEN VOOR BETROKKEN PARTIJEN

De CDA-fractieleden merken op dat de NZa vergaande beslissingen kan nemen met ingrijpende gevolgen voor zorgaanbieders en verzekeraars. Zij vragen welke mogelijkheden van beroep er voor deze partijen open staan en welke eisen gesteld kunnen worden.

In de artikelen 99, 100 en 101 is de rechtsbescherming tegen op grond van de wet genomen besluiten geregeld. Een ieder die door een besluit rechtstreeks in zijn belang is getroffen, kan in eerste en enige instantie beroep instellen bij het CBb. In afwijking daarvan is voor beroepen tegen bestuurlijke boetes als eerste instantie de rechtbank te Rotterdam bevoegd; beroep tegen een uitspraak van die rechtbank staat open op het CBb. Overigens is deze bepaling, in het oorspronkelijke wetsvoorstel artikel 101, tweede lid, bij nota van wijziging verplaatst naar de wet waar zij thuishoort, namelijk de (bijlage bij artikel 17 van de) Wet bestuursrecht-spraak bedrijfsorganisatie. De rechtbank van Rotterdam neemt voorts kennis van strafzaken en economische delicten in de zin van de WMG.

De leden van de CDA-fractie vragen wie de rekening betaalt als de NZa wordt veroordeeld vanwege een onterecht genomen maatregel.

De NZa wordt betaald ten laste van de rijksbegroting. Zij heeft echter rechtspersoonlijkheid en zal dus in beginsel zelf de rekening moeten betalen.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom alleen de rechtbank Rotterdam is aangewezen.

De aanwijzing van de rechtbank Rotterdam sluit aan bij wat gangbaar is in het algemeen economisch bestuursrecht. Ook de procedures tegen de OPTA en de NMa lopen bij die rechtbank. Met aanwijzing van de rechtbank Rotterdam voor strafrechtzaken in het kader van dit wetsvoorstel is gekozen voor één rechtbank vanwege de expertise die over de gezondheidszorg moet worden opgebouwd. Met name vanwege het geringe

aantal zaken is die expertise te kostbaar als deze verdeeld wordt over meerdere rechtbanken. In het verleden heeft rechtspraak bij meerdere rechtbanken geleid tot een te groot verschil in beoordeling van overtredingen op het terrein van de tarievenwetgeving. Dat is slecht voor de rechtszekerheid en rechtsgelijkheid. Daarom is met dit wetsvoorstel expliciet gekozen voor één rechtbank. Dit draagt tevens bij aan het kabinetsbeleid de werkdruk bij rechterlijke macht te verminderen.

De leden van de VVD-fractie vragen wat ik vind van de stelling van een aantal belangenorganisaties dat in dit wetsvoorstel een heldere definitie van «consumentenbelang» ontbreekt. Noch het wetsvoorstel zelf, noch de memorie van toelichting geven invulling aan de term «rekening houden met de belangen van de consument».

Met «belangen van de consument» wordt bedoeld op de belangen van (potentieel) verzekerden en/of (potentiële) patiënten in het algemeen; het gaat dus niet om het belang van één individuele verzekerde of patiënt. Consumenten zijn bijvoorbeeld gediend bij goede keuze-informatie over bij welke verzekeraar of aanbieder zij het beste terecht kunnen. Ik vind dat bij de beoordeling of die keuze-informatie voldoende beschikbaar is, het consumentenbelang wat meer gewicht in de schaal mag leggen dan bijvoorbeeld het belang van verzekeraars of aanbieders (vooral als het instellingen zijn) bij zo gering mogelijke administratieve lasten. Het gaat erom dat de NZa bij haar beslissingen zich altijd expliciet de vraag zal moeten stellen: hoe pakt deze beslissing uit voor de consument, wordt hij er beter of slechter van? En is dat laatste het geval: zijn er andere oplossingen denkbaar die voor de consument gunstiger uitpakken? Het gaat er overigens niet om dat consumentenbelangen in alle omstandigheden het zwaarst moet tellen. De NZa moet alle relevante feiten en belangen in haar afwegingen betrekken.

De leden van de VVD-fractie vermelden verder dat deze belangenorganisaties benieuwd zijn naar de wijze waarop mogelijke schade aan het consumentenbelang wordt onderzocht. Zij vragen hoe met individuele klachten wordt omgegaan en wat gebeurt er als een besluit van de NZa de consumentenbelangen aantast. Onduidelijk is volgens de belangenorganisaties wie of welke partij zich mag opwerpen als belanghebbende in de zin van de Awb. Deze leden vragen welke partijen het betreft.

Er zijn diverse manieren om na te gaan of consumentenbelangen mogelijk geschaad worden. De NZa kan bijvoorbeeld consumenten- en patiëntenorganisaties betrekken bij haar consultatiedocumenten. Daarnaast kunnen deze organisaties zelf het initiatief nemen om het consumentenbelang onder de aandacht te brengen van de NZa. Ik ga er vanuit dat ze dat ook doen.

De NZa heeft niet tot taak om belangen van individuele verzekerden of patiënten te behartigen of individuele klachten van een patiënt of verzekerde te behandelen. Wel kunnen klachten van verzekerden of patiënten aanleiding zijn om te onderzoeken of er zaken structureel scheef lopen, vooral als het gaat om regelmatig terugkerende klachten.

Een patiënten- of consumentenorganisatie kan, indien zijn statuten daarin voorzien en indien één of meer van zijn leden daarom verzoeken, namens die leden een rechtszaak aanspannen tegen de NZa, indien de desbetreffende verzekerden of patiënten rechtstreeks in hun belang zijn getroffen door een beschikking van de NZa. Zie ook mijn antwoord op een vergelijkbare vraag van de leden van de PvdA-fractie in hoofdstuk 1 (Inleiding) van deze nota.

De leden van de VVD-fractie merken op dat het voor consumenten lastig kan zijn om een grens te trekken tussen de informatie over en het daadwerkelijk nakomen van wettelijke verplichtingen, zoals de zorgplicht, de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie. Onduidelijkheid zal

bijvoorbeeld kunnen ontstaan betreffende de zorgplicht en informatie die daarover wordt verstrekt. Deze leden vinden dat de informatie die verzekeren krijgen van hun verzekeraar over vergoedingen, gecontracteerde zorgaanbieders en dergelijke begrijpelijk moet zijn om te voorkomen dat verzekeren op het verkeerde been worden gezet. Zij vragen of het klopt dat de NZa klachten over deze informatie moet doorverwijzen naar de AFM. Terwijl als de verzekeraar, mede door het verstrekken van verkeerde informatie zijn zorgplicht verzaakt, de NZa moet ingrijpen. Zij vragen ook wat ik vind van de mening van belangenorganisaties dat het toezicht op dit gedrag door zorgaanbieders of verzekeraars in één hand moet liggen om het voor consumenten niet onnodig ingewikkeld te maken. Het klopt niet dat de NZa klachten van verzekeren over bijvoorbeeld reclame-uitingen van zorgverzekeraars alleen maar mag doorverwijzen naar de AFM. De NZa ziet toe op de naleving door zorgverzekeraars van de zorgplicht en acceptatieplicht. In dat kader beoordeelt de NZa ook de modelovereenkomsten van de zorgverzekeraars. Ook ziet de NZa toe op de wijze waarop de zorgverzekeraars hun verzekeren daar in reclame-uitingen, door mailings en dergelijke over informeren (art. 37). Voor het overige verwijs ik naar mijn eerdere antwoord op vragen van deze leden en van de leden van de CDA-fractie over gedragstoezicht door de NZa op aanbieders en verzekeraars.

De leden van de SP-fractie vinden het goed te lezen dat de NZa een informatiepunt krijgt voor patiënten en verzekeren. Dit kan misschien voorkomen dat ze van het kastje naar de muur worden gestuurd met hun vraag. De SP-fractie zou graag willen weten hoe toegankelijk dit informatiepunt wordt. Wordt het bijvoorbeeld een 0900-nummer waarvoor meer kosten betaald moeten worden dan een reguliere telefoonverbinding?

Op grond van artikel 20 krijgt de NZa een informatiepunt, waarvan ook patiënten en verzekeren gebruik kunnen maken. Het CTG kent nu al een informatielijn waar patiënten en verzekeren hun vragen kunnen stellen over WTG-aangelegenheden. De informatielijn is te bereiken onder nummer 0900-7 707 070 (vijf cent per minuut).

Doordat niet alleen de WTG, maar ook het toezicht op de Zvw en de AWBZ naar dit wetsvoorstel worden overgeheveld, kunnen patiënten en verzekeren in de toekomst voor een breed scala aan vragen bij één informatielijn terecht. Voor zover deze vragen betrekking hebben op het taakgebied van de NZa, worden deze beantwoord door deskundige voorlichters van de NZa. In geval de vragen bij het «verkeerde loket» worden ingediend, stuurt de NZa deze vragen door naar de juiste instantie en stelt de vragensteller hiervan in kennis. In geval van doorzending valt te denken aan vragen over de kwaliteit die worden doorgestuurd naar IGZ, vragen over specifieke declaraties die worden verwezen naar de desbetreffende verzekeraars, wetgevingsvragen die worden doorgezonden naar VWS en vragen met betrekking tot mededingingsregels die naar de NMa worden gestuurd. Patiënten en verzekeren zullen dan ook niet van het kastje naar de muur worden gestuurd. Verder zal de internetsite van de NZa de zorgconsument door middel van publieksvriendelijke teksten informeren. Bij de verdere inrichting van de informatielijn besteedt de NZa aandacht aan de toegankelijkheid hiervan voor patiënten en verzekeren.

De leden van de SP-fractie vragen naar de praktische gevolgen voor de brancheorganisaties nu zij in vergelijking met de WTG hun wettelijke positie verliezen.

Om speciale rechten te krijgen in het kader van de WTG moet ik brancheorganisaties eerst representatief verklaren. Met die representativiteit kan een brancheorganisatie voor de sector waarvoor zij representatief is, dus inclusief niet-leden van de brancheorganisatie, tariefverzoeken indienen bij het CTG, bezwaar maken tegen tariefbeslissingen van het CTG en

beroep aantekenen bij het CBb tegen die beslissingen. De brancheorganisaties hebben op deze wijze een grote uniformerende rol, mede omdat hun optreden en de uitgelokte beslissingen van het CTG ook gelden voor niet bij de organisatie aangesloten zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars.

Onder de WMG is er geen formele rol meer voor representatieve organisaties. In de praktijk zal er echter niet veel verschil zijn. De Waddenzeevereniging is niet representatief verklaard, toch kan zij voor de rechter de belangen van leden behartigen indien de vereniging denkt dat haar statutaire doelen en de Waddenzee in het geding zijn. Dat geldt natuurlijk ook voor de brancheorganisaties in de zorg. Zij kunnen, mits voldoende gemachtigd door de individuele leden en binnen hun statutaire bevoegdheden, de belangen van de leden behartigen.

Het voordeel van het niet meer algemeen verbindende karakter van het optreden van de brancheorganisatie is dat niet-leden meer ruimte krijgen om hun ideeën en belangen in te brengen. Bij het verlaten van de formele rol van representatieve organisaties past een andere manier van communiceren met belanghebbenden over de vormgeving, normering en de wijze van invulling van uitvoeringsbeslissingen van de NZa. Ik wijs bijvoorbeeld op de rol die externe partijen nu al hebben bij de totstandkoming van zogenaamde visiedocumenten van het CTG en het CTZ. In het kader van de openbare voorbereidingsprocedure is er ook voor andere groepen dan zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars gelegenheid om hun zegje te doen. Er is niet automatisch een wettelijke voorsprong voor bepaalde partijen, de patiënten en verzekerden kunnen even goed mee doen. Hun stem dient meer aan bod te komen bij de prijsvorming in de zorg.

11. INFORMATIEVOORZIENING

De leden van de CDA-fractie vragen naar een differentiatie van gegevens die via de Wet openbaarheid van bestuur (WOB) bij de NZa zijn op te vragen. Deze leden stellen voor alleen marktgevoelige informatie en individuele patiëntgegevens uit te zonderen van de WOB.

Bij het formuleren van het wetsvoorstel is veel aandacht besteed aan het gebruik van informatie en het ter beschikking stellen daarvan. Aan de NZa is opgedragen markten op gang te brengen. Daarbij kan het nodig zijn juist marktgevoelige informatie openbaar te maken, die de NZa uit onderzoek krijgt (art. 32). Tevens verplicht dit wetsvoorstel zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars om voldoende consumenteninformatie aan te bieden in een vergelijkbare vorm (art. 36 en 37). De NZa kan los van die verplichting ten behoeve van het inzichtelijk maken van de markt periodiek informatie openbaar maken.

Om de markt op gang te helpen moet de NZa de informatie kunnen doseren. Het is in dat kader gewenst dat de NZa zelf bepaalt welke gegevens openbaar worden en dat deze niet via de WOB opvraagbaar zijn. Individuele patiëntgegevens, voor zover de NZa daar al over zou beschikken, mogen zowel op grond van de WOB als de Wet bescherming persoonsgegevens niet openbaar worden. De WOB maakt in dit kader relevante uitzonderingen als: het verstrekken van bedrijfsgegevens die vertrouwelijk aan de overheid zijn meegedeeld, indien het belang van het verstrekken niet opweegt tegen het belang van de opsporing en vervolging van strafbare feiten, de inspectie, controle en toezicht door bestuursorganen en het voorkomen van onevenredige benadeling van bij de aangelegenheid betrokken natuurlijke personen en rechtspersonen dan wel derden. Dat vergt wel steeds een afzonderlijke afweging.

De NZa beschikt over een grote hoeveelheid informatie die zij voor alle taken mag gebruiken die haar bij of krachtens wet zijn opgedragen. Dat maakt het al moeilijk een onderscheid te maken tussen marktgevoelige en niet-marktgevoelige informatie. Naar mijn inzicht leidt het toezichtkarakter

van de taken van de NZa op de verschillende deelmarkten ertoe dat informatie niet op grond van de WOB opvraagbaar moet zijn. Om dat zeker te stellen is dat met zo veel woorden in dit wetsvoorstel vastgelegd. De regels en protocollen die bepalend zijn voor de uitvoering van de taken van de NZa zijn natuurlijk wel openbaar, evenals de beschikkingen die zij treft.

De leden van de VVD-fractie vragen hoe de adviezen van het CBP en de Raad van State zijn opgevolgd en of daaruit nog een toename van administratieve lasten voortvloeit voor de betrokkenen.

Ik heb de inhoudelijke adviezen van het CBP en de Raad van State goed ter harte genomen. Die adviezen stellen dat per artikel zou moeten worden onderbouwd waarom het noodzakelijk is bij de uitvoering daarvan persoonsgegevens te verwerken. Die adviezen stellen tevens voor dat te doen in ieder afzonderlijk artikel waarbij het gebruik van persoonsgegevens noodzakelijk kan zijn.

De adviezen hebben geleid tot aanpassing van het voorstel, waarbij ten behoeve van de leesbaarheid van de wet en wetsartikelen niet altijd die geadviseerde wetstechnische aanpassing is gevolgd, maar wel aan de intentie van die adviezen is tegemoet gekomen. Over de aanpassing van het voorstel heb ik overlegd met het CBP. Die aanpassing leidt er onder meer toe dat, net als bij de Zvw, in een ministeriële regeling wordt opgenomen in welke gevallen persoonsgegevens worden verwerkt. Ook over die regeling wordt overlegd met het CBP.

De aanpassingen leiden niet tot nieuwe verplichtingen voor het veld tot het verstrekken van informatie en dus ook niet tot een toename van administratieve lasten.

Niet is overgenomen het advies van het CBP om de NZa toe te laten zien op het gebruik van het burgerservicenummer door ziektekostenverzekeraars. Ten eerste is de WMG daarvoor de verkeerde wet; als het al geregeld zou moeten worden dan moet dat in de wet liggen die het burgerservicenummer introduceert in de zorg. Ten tweede heb ik bezwaar tegen de overkill aan toezicht die ontstaat als naast het CBP, dat expliciet is belast met toezicht op de verwerking van persoonsgegevens, ook nog eens de NZa datzelfde zou moeten doen. Dat vind ik een te grote belasting worden voor het veld. Dat neemt overigens niet weg dat beide toezichthouders afspraken kunnen maken over zaken van wederzijds belang en elkaar van relevante bevindingen op de hoogte houden.

De fractie van de SP vraagt of het CBP nu wel tevreden is over de wijze waarop de bescherming van persoonsgegevens in dit wetsvoorstel is geregeld.

Met het CBP is intensief contact geweest over de aanpassing van de bepalingen inzake informatievoorziening in dit wetsvoorstel. De bepalingen zijn thans zo geredigeerd dat de persoonsgegevens goed beschermd kunnen worden. Het wetsvoorstel voorziet in een nadere uitwerking in een ministeriële regeling met betrekking tot in welke gevallen, welke persoonsgegevens, voor welke doeleinden worden verwerkt. Dat is overeenkomstig de systematiek die ook bij de Zvw is gevolgd. De ministeriële regeling wordt in goed overleg met het CBP voorbereid.

De leden van de SP-fractie vragen of mensen op de hoogte worden gebracht van het moment waarop hun gegevens voor wat voor een doeleinde dan ook verstrekt gaan worden. En hebben zij zeggenschap hierover?

Ik neem aan dat deze leden vooral patiënten en verzekerden op het oog hebben en beantwoord in dat licht deze vraag. Op grond van artikel 87 Zvw is een regeling in voorbereiding die beschrijft wie wanneer over persoonsgegevens van patiënten en verzekerden mag beschikken. Dit betreft de gegevens die nodig zijn in verband met het declaratieverkeer. Er

zijn drie partijen bij betrokken: de zorgaanbieder, de patiënt/verzekerde en de zorgverzekeraar. Een uitgebreide toelichting op die regeling op grond van artikel 87 Zvw gaf ik in mijn brief van 23 september 2005 over privacy in de zorgverzekering¹.

Daarnaast blijft voor het omgaan met medische gegevens de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst van kracht. Deze bepaalt dat de patiënt vooraf toestemming moet geven voor het verstrekken van medische gegevens aan derden. Op die manier heeft hij altijd zeggenschap over het gebruik van zijn medische gegevens.

De TTP gaat gegevens bewerken en zo nodig doorsturen naar het DIS (DBC Informatie Systeem). De SP-fractieleden vragen wie of wat de TTP bemant en in hoeverre zij een geheimhoudingsplicht hebben over de gegevens die zij verwerken.

De gegevens die zorgaanbieders aan het DIS aanleveren worden met ingang van 2006 bij de bron, de zorgaanbieder, voorzien van een pseudo-identiteit. Dit houdt in dat de persoonsgegevens worden omgevormd tot een code (pseudo-identiteit) die niet terug te voeren is naar de originele gegevens. Er is dan dus geen sprake meer van persoonsgegevens in de zin van de Wet bescherming persoonsgegevens. De versleutelde persoonsgegevens en de dbc-gegevens worden als twee bestanden naar het DIS verzonden. Het DIS stuurt het bestand met versleutelde persoonsgegevens direct door naar de TTP waar een tweede versleuteling plaatsvindt. Deze tweevoudig versleutelde persoonsgegevens worden weer retour gestuurd aan het DIS en opgeslagen samen met de dbc-gegevens. Noch de TTP, noch het DIS zijn op welke manier dan ook in staat om de versleutelde persoonsgegevens te herleiden tot individuele personen. Daarmee is de geheimhouding goed geregeld.

De TTP-functie wordt uitgevoerd door de stichting IVZ. De DIS-organisatie wordt op dit moment verzorgd door LogicaCMG. De verwachting is dat halverwege 2006 de stichting DIS deze verantwoordelijkheid overneemt.

12. ADMINISTRATIEVE LASTEN

De berekende administratieve lasten van deze wet zijn volgens de leden van de CDA-fractie zeer gering (€ 1,5 miljoen), maar betreffen alleen de zekere lasten. Het verbaast de leden van de CDA-fractie dat er geen administratieve lasten verdwijnen in het nieuwe stelsel, want het nieuwe stelsel is de grootste administratieve lastenverlichting in de begroting van VWS. Zij vragen of deze leden iets over het hoofd zien.

Het bedrag van € 1,5 miljoen heeft betrekking op toezicht en interventies van de NZa, die ongeacht de mate van (de)regulering in de verschillende deelmarkten, zullen plaatsvinden.

Daarnaast zijn er ook bestaande administratieve lasten die hun grondslag vinden in de WTG en straks de WMG. In totaal gaat het daarbij om een bedrag van € 113,8 miljoen. Deze lasten beschouw ik niet als een onontkoombaar gegeven. Mijn ministerie gaat samen met het CTG en het CTZ (straks de NZa) in het komende jaar de bestaande beleidsregels kritisch toetsen op noodzaak, actualiteit en eenvoud. Deze toets vindt ook plaats in het licht van de veranderende rolverdeling tussen partijen in het stelsel. Doel is de regeldruk en administratieve lasten te verlagen.

Dit jaar zijn nieuwe beleidsregels van kracht geworden die voortvloeien uit het introduceren van een meer prestatiegerichte bekostiging in de ziekenhuizen (dbc's) en de AWBZ-instellingen. Deze regels en daaruit voortvloeiende administratieve lasten zijn voorlopig nodig om de transitiefase waarin het zorgstelsel zich bevindt goed te ondersteunen. Ik verwacht dat op termijn een deel van deze beleidsregels weer kan worden ingetrokken, omdat partijen in de zorg zelf daaromtrent afspraken maken en codes hanteren.

De grote administratieve lastenverlichting waar de leden van de

¹ Kamerstukken II, 29 689, nr. 17.

CDA-fractie op doelen, heeft betrekking op invoering van de Zvw, waardoor veel processen die nu nog met publieke regelgeving zijn belegd, worden overgelaten aan verzekeraars en zorgaanbieders.

De leden van de CDA-fractie merken op dat dit wetsvoorstel een groot aantal «kan-bepalingen» bevat, die de lasten vermoedelijk kunnen doen stijgen. Zij vragen welk mechanisme wordt voorgesteld om ervoor te zorgen dat er niet meer administratieve lasten voortvloeien uit deze wetgeving. Inderdaad bevat dit wetsvoorstel, net als de huidige wetgeving, nogal wat «kan-bepalingen». Van een «moeten» is dus geen sprake, waardoor de NZa de regeldruk tot het noodzakelijke minimum kan beperken. Waar geen regels nodig zijn hoeven die er niet te komen. Er zijn nog verschillende andere mechanismen die de administratieve lasten beperken. Zo bepaalt artikel 17 dat de NZa met andere toezichthouders afspraken maakt over de wijze van behandeling van aangelegenheden van wederzijds belang en het verzamelen van informatie. Deze afspraken kunnen onder meer betrekking hebben op het gezamenlijk opvragen van informatie en te hanteren definities. Artikel 64 regelt de bevoegdheid informatie te delen met andere nader genoemde overheidsinstanties, waaronder collega-toezichthouders. Verder kan de NZa alle informatie die zij heeft verzameld op grond van alle haar daartoe ten dienste staande wettelijke bevoegdheden, gebruiken voor al haar taken (art. 63, tweede lid). Het streven is dat overheidsinstanties, waar dat is toegestaan, maximaal informatie delen. De overheid moet immers niet naar de bekende weg vragen. Verder zal ik de NZa opdragen nieuwe beleidsregels door te rekenen op de administratieve lasten en spreek ik met haar af dat zij volgt hoe de lasten van toezicht- en interventie-activiteiten zich ontwikkelen.

Ten slotte merk ik op dat de NZa voor haar toezicht een risicoanalyse-model gebruikt. Ook dit beperkt de administratieve lasten. Immers, de NZa hoeft zo bijvoorbeeld niet voortdurend bij alle zorgverzekeraars informatie op te vragen over alle aspecten van de uitvoering van de Zvw.

De leden van de CDA-fractie vragen of de minister kan garanderen dat informatie maar door een instantie kan worden uitgevraagd bij de bron. Ik vind het een goed idee om de administratieve- en toezichtlast zo veel mogelijk te beperken. Ook de leden van de andere fracties vragen daarvoor. Met de WTG ExPres is al een eerste stap gezet door de gegevensverstrekking tussen CTG en NMa en de IGZ mogelijk te maken. En door de mogelijkheid te scheppen al verzamelde informatie die bij anderen ligt op te kunnen vragen. Daarmee worden de individuele zorgaanbieder en verzekeraar ontlast.

Het wetsvoorstel voorziet in artikel 17 in het maken van afspraken tussen toezichthouders en andere instanties om afspraken te maken over zaken van wederzijds belang en het uitwisselen van informatie. Daarmee wordt de wenselijkheid aangegeven, dat de verschillende toezichthouders onderling in ieder geval zodanige afspraken maken dat een bestuursorgaan aan derden niet onnodig informatie vraagt indien een van de andere genoemde bestuursorganen de benodigde informatie kan verstrekken. Ik plaats daarbij wel twee kanttekeningen. In de eerste plaats is veel van de vergaarde informatie wettelijk gekoppeld aan een bepaald in die wet beperkt doel. De vraag die zich dan voordoet is of die gegevens wel voor een ander doel mogen worden gebruikt. Die doelbinding is enerzijds in het wetsvoorstel vastgelegd voor gegevensuitwisseling tussen de verschillende overheidsinstanties, anderzijds is voor de NZa bepaald dat de gegevens waarover zij beschikt voor alle wettelijke taken mogen worden gebruikt.

Een tweede opmerking betreft het regiem waaronder de gegevens zijn verzameld. Het kan natuurlijk nimmer zo zijn dat gegevens die in het kader van opsporing en vervolging zijn verkregen buiten die kring kunnen

worden verspreid anders dan voor de berechting. Daarbij dient met de afspraken rekening gehouden te worden.

De CDA-fractieleden vragen in te gaan op de kritiek van Actal en aan te geven waarom alleen de additionele administratieve verplichtingen zijn opgegeven en niet alle verplichtingen in de wet. Deze leden hechten namelijk bijzonder aan de 25 procent reductie in administratieve lasten. Zij constateren dat deze wet een administratieve lastenverzwaring doorvoert, terwijl ik het verst van het streefgetal zou afzitten.

Dit wetsvoorstel voegt voor het grootste deel bestaande wetgeving samen. Het gaat om bepalingen uit de WTG en om bepalingen inzake het toezicht op de verzekeringswetten uit de Zvw en de AWBZ. De met deze wet gemoeide additionele administratieve lasten zijn aangegeven, omdat dit naar mijn mening een zuiverder beeld geeft van wat dit wetsvoorstel betekent voor het halen van de reductiedoelstelling. Ik realiseer mij dat verhoging van de administratieve lasten met € 1,5 miljoen daar niet direct aan bijdraagt. Ik wijs er wel op dat 98 procent van de lastenverzwaring te maken heeft met de verplichting voor aanbieders en ziektekostenverzekeraars om consumenten van goede en vergelijkbare keuze-informatie te voorzien. Dit is naar mijn mening een aanvaardbare afweging.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de kritiek van de brancheorganisaties op de toenemende regeldruk zich verhoudt tot het streven een nieuwe balans aan te brengen in de verdeling van verantwoordelijkheden tussen overheid en maatschappelijke actoren, door de overheidsregulering van het zorgaanbod geleidelijk te verminderen. Zij vragen waarom de sector zo klaagt over toegenomen administratieve lasten en regeldruk als gevolg van deze wet terwijl de regering slechts een toename van € 1,5 miljoen door deze wet verwacht. Zij vragen of ik bereid ben de uitkomst van het onderzoek af te wachten dat ZN laat uitvoeren over de regeldruk. De brancheorganisaties zijn vooral bang voor extra administratieve lasten als gevolg van het toezicht van de NZa op marktgedrag. Voor de zorgverzekeraars geldt dat sprake zal zijn van verschuiving van toezichtactiviteiten. De voorschriften en informatieverplichtingen uit de Ziekenfondswet vervallen, in plaats daarvan komt de Zvw, die beduidend minder verplichtingen oplegt aan verzekeraars. Voor de berekening van de administratieve lasten is bovendien relevant dat het toezicht van de NZa op verzekeraars betrekking heeft op een grotere markt (meer verzekeraars, meer verzekerden). De afname van overheidsregulering is dus vooral zichtbaar in de nieuwe Zvw. Daarnaast biedt de WMG de ruimte voor verdergaande vermindering van overheidsregulering, afhankelijk van de mate waarin binnen deelmarkten de prijsvorming of afspraken rond bekostiging kunnen worden overgelaten aan partijen.

In opdracht van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft het bureau Ernst & Young onderzoek gedaan naar de omvang van de administratieve lasten verbonden aan het toezicht op de zorgverzekeraars. De onderzoekers hebben zich in het onderzoek gebaseerd op het standaardkostenmodel zoals dat wordt toegepast door het kabinet. Het onderzoeksrapport onderscheidt de incidentele en structurele lasten niet van elkaar. Dit maakt een interpretatie en beoordeling van de cijfers zeer lastig. De in het rapport aangeduide enorme stijging van lasten door toezicht herken ik als zodanig niet. Niettemin is het onderzoeksrapport nuttig en heeft het toegevoegde waarde bij het verder uitwerken van het toezicht. Ik acht een goede zaak dat ZN niet alleen een kritisch oog heeft voor de administratieve lasten bij het toezicht. Ook de constructieve opstelling van ZN in deze stel ik op prijs.

Momenteel maken het CTG en CTZ afspraken met DNB, AFM en NMa over de onderlinge taakafbakening. Daarbij wordt gesproken over de mogelijkheid dat de zorgverzekeraars maar éénmaal informatie hoeven aan te leveren voor de jaarverantwoording. Het voorstel is dat de NZa als het ene

loket fungeert dat de informatie ontvangt. Deze informatie wordt in de back-office dan verdeeld over de verschillende toezichthouders. Deze aanbeveling onderstreep ik van harte.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat ik vind van het idee om een jaarlijks panel in het leven te roepen met ondertoezichtgestelden over de begroting en het werkprogramma van de NZa, conform de praktijk bij de financiële toezichthouders.

Het wetsvoorstel Wet op het financieel toezicht regelt overleg tussen de toezichthouder en organisaties van ondertoezichtgestelden en die van hun cliënten. Zo kent de AFM bijvoorbeeld een adviserend panel van vertegenwoordigende organisaties. Het panel geeft partijen die belang hebben bij het toezicht van de AFM de mogelijkheid vragen te stellen en adviezen uit te brengen over de volgende zaken: het jaarplan, de begroting en de heffingen en de jaarverantwoording van de AFM. In het panel zitten niet alleen organisaties van ondertoezichtgestelden, maar ook cliëntenorganisaties. Het overleg heeft twee doelen. Het biedt ondertoezichtgestelden de mogelijkheid de financiële huishouding en, daarmee samenhangend, het beleid van de toezichthouder te beïnvloeden; dit is van belang omdat de AFM een deel van de kosten in rekening brengt bij de betrokken ondernemingen. De toezichthouder krijgt inzicht in de financiële gevolgen, onder andere administratieve lasten en overige nalevingskosten, die het toezicht meebrengt. Cliëntenorganisaties zijn betrokken omdat zij belang hebben bij beleidsdiscussies en de kwaliteit van toezicht. Bij de AFM ligt dit in de rede, omdat zij als toezichthouder moet letten op de zorgvuldige behandeling van cliënten.

Ik vind het een sympathiek idee dat de toezichthouder een overleg instelt met een representatieve vertegenwoordiging van ondertoezichtgestelden en bovendien ook hun cliënten, omdat dit kan bijdragen aan de kwaliteit van het toezicht. Het is aan de NZa om dit verder vorm te geven.

De leden van de VVD-fractie wijzen op het advies van Actal te onderzoeken of er nog meer mogelijkheden zijn om het toezicht waarmee de zorgsector te maken heeft te bundelen om de lastendruk die hieruit voortvloeit zoveel mogelijk te beperken. Zij vragen naar aanleiding van mijn reactie dat ik voorlopig geen mogelijkheid zie voor verdergaande bundeling, of het in de toekomst wellicht mogelijk is om het toezicht te bundelen en waarom ik onderzoek niet nodig acht.

De regering heeft bij het inrichten van het toezicht de balans gezocht tussen algemeen toezicht en sectorspecifiek toezicht. Zie hiervoor mijn algemene reactie aan het begin van deze nota.

Het nieuwe zorgstelsel kent twee specifieke toezichthouders: de NZa en de IGZ. Een speciale, op de zorgsector toegesneden markttoezichthouder, is vereist omdat het toezicht op grond van de Mededingingswet te weinig soelaas biedt op markten waar concurrentie nog onvoldoende van de grond is gekomen, zoals in de gezondheidszorg. Het toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening blijft essentieel, ook in een stelsel waarin meer ruimte geboden wordt aan marktpartijen. Het ligt voor de hand dat de IGZ hierop blijft toezien gezien het specifieke karakter van dit toezicht. Voor de toekomstige positionering van het toezicht verwijs ik naar de antwoorden op soortgelijke vragen van de leden van de SGP-fractie en de vragen van de leden van de CDA-fractie bij artikel 117.

De leden van de VVD-fractie vragen om één helder overzicht van zowel de nieuwe als de bestaande administratieve verplichtingen in de WMG, uitgesplitst naar de lasten voor zorgverzekeraars, aanbieders en verzekeren.

Ik ga ervan uit dat de VVD-fractie vraagt om een overzicht van de administratieve lasten op grond van administratieve verplichtingen. Bij de bestaande administratieve verplichtingen gaat het om wat bij de

nulmeting 2002 in kaart is gebracht, aangevuld met de lasten van beleidsregels die na die tijd van kracht zijn geworden.

De administratieve lasten als gevolg van de nieuwe verplichtingen op grond van dit wetsvoorstel zelf bedragen circa € 1,5 miljoen. Deze verplichtingen betreffen vooral het openbaar maken van informatie over prijs en kwaliteit. Dit wetsvoorstel kent geen administratieve lasten voor verzekerden.

Overzicht 12. Administratieve lasten WMG en hun herkomst

Wet	Administratieve verplichting	Doelgroep	Peildatum	Lasten (miljoenen euro's)
WTG	Maken productieafspraken, verzamelen en muteren van gegevens en het opstellen van jaargegevens	Ziekenhuizen en AWBZ-instellingen	31-12-2002	35,3
WTG-ExPres	Registratie en bekostiging van het geheel van activiteiten en verrichtingen door ziekenhuis en specialist bij een zorgvraag	Ziekenhuizen	01-01-2005	21,0
WTG	Invoering kaderregeling AO/IC	AWBZ-instellingen	01-01-2005	56,0
WMG	Meewerken aan onderzoeken NZa	Verzekeraars en aanbieders	raming december 2004	0
WMG	Openbaar maken van informatie over prijs, kwaliteit en andere eigenschappen van producten en diensten	Verzekeraars en aanbieders	raming december 2004	1,5
WMG	Nadere regels met betrekking tot overeenkomsten zorginkoop	Verzekeraars en aanbieders	raming december 2004	0
WMG	Verplichtingen indien sprake is van aanmerkelijke marktmacht op zorginkoopmarkt met vrije tarieven	Verzekeraars en aanbieders	raming december 2005	0

De leden van de VVD-fractie merken op dat bij het overzicht van administratieve lasten voor burgers wordt aangegeven dat de mogelijkheid van het melden van fraude is geregeld in de WTG ExPres. Zij vragen hoe hoog deze administratieve last voor burgers is.

Het melden van fraude is vanuit een oogpunt van administratieve lasten een overzichtelijke kwestie. Voor degenen die met fraude in aanraking komen en daar een melding van willen maken, zal de grootste ervaren last in veel gevallen zijn dat men op zoek moet naar de instantie (CTG, straks NZa, FIOD-ECD) bij wie men het voorval kan aangeven. Deze lasten (zoektijd) vallen echter niet onder de definitie. De feitelijke administratieve lasten (overleggen van informatie) zijn afhankelijk van het aantal gevallen dat gemeld wordt. Het is moeilijk daarvan een schatting te maken, maar in ieder geval zal het per saldo gaan om een laag bedrag.

De leden van de VVD-fractie merken op dat de raming van het bedrag aan administratieve lasten alleen reëel is indien de betrokken overheidsinstanties daadwerkelijk het uitgangspunt om maximaal informatie te delen, toepassen. Zorgverzekeraars ervaren de administratieve verplichtingen en verantwoordingen aan de verschillende instanties als een administratieve last. Administratieve lasten zijn niet kosteloos, ze worden door ons allen via de premie opgebracht. Deze leden vragen of ik deze klacht herken en bereid ben er iets aan te doen.

Ik kan mij deze klacht voorstellen en ben ook bereid er iets aan te doen: zie mijn eerdere antwoord op de vragen van de leden van de PvdA-fractie over de uitwisseling van gegevens tussen toezichthouders.

De leden van de VVD-fractie vragen of de administratieve lasten als gevolg van invoering van de WMG regelmatig worden gemeten en zo ja, met welke regelmaat.

Ik ben van plan met de NZa afspraken te maken over het meten en jaarlijks monitoren van de administratieve lasten van bestaande en nieuwe beleidsregels en van de toezichts- en interventieactiviteiten.

De leden van de VVD-fractie stellen aan de orde dat samenwerkingsprotocollen de administratieve lastendruk voor betrokkenen tot een minimum zouden moeten beperken. Zij vragen mijn reactie op de vrees van een aantal brancheorganisaties dat deze protocollen onvoldoende zijn om de toenemende administratieve lastendruk te verminderen. In de samenwerkingsprotocollen tussen bijvoorbeeld de NZa en IGZ komen expliciete afspraken over a) het delen van kennis en informatie en b) het hanteren van dezelfde begrippen en indicatoren. Beide aspecten dragen er zeker aan bij dat deze twee organisaties niet afzonderlijk van elkaar dezelfde vraag zullen stellen aan de zorgaanbieders. Een samenwerkingsprotocol is daarmee één instrument om de administratieve lasten terug te dringen. In vervolg op het vereenvoudigen en schrappen van wet- en regelgeving, wordt door mijn ministerie en de zbo's gezamenlijk kritisch gekeken naar de beleidsregels en circulaire waarmee de zbo's uitvoering geven aan de wet- en regelgeving. Naast het terugdringen van de informatieplicht die voortvloeit uit wetten en uitvoeringsregels wordt ook overheidsbreed gekeken of de feitelijke gegevensuitvraag van de overheid richting het veld kan worden ingeperkt. Ik ontwikkel hiervoor op dit moment een toetsingskader. In overleg met de zbo's en de IGZ zal dit toetsingskader zo mogelijk overheidsbreed van toepassing worden verklaard. Daarnaast is van belang of het veld zelf ook een actief is in het terugdringen van administratieve lasten. Bijvoorbeeld door bereid te zijn dezelfde brongegevens te gebruiken en beschikbaar te stellen aan meerdere partijen. Of door dezelfde indicatoren en meetinstrumenten te gebruiken. Als alle partijen hiervoor dezelfde uitgangspunten nemen, kan kennis en informatie gedeeld worden, wordt onnodige of overlappende informatie-uitvraag teruggedrongen en blijven de administratieve lasten beperkt.

De leden van de VVD-fractie vragen hoe dit wetsvoorstel zich verhoudt tot de huidige regelgeving waarin de materiële controle door zorgkantoren en zorgverzekeraars is voorgeschreven en de kaderregeling AO/IC waaraan zorgaanbieders zijn onderworpen. Blijven deze regelingen bestaan of worden deze afgestemd en geïntegreerd?

Voor de beantwoording van deze vraag maak ik een onderscheid tussen het toezicht op de AWBZ en op de Zvw. Bij het toezicht op de AWBZ blijft de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ centraal staan. Dit betekent dat de bestaande regelgeving en kaderregelingen voor de AWBZ in principe gehandhaafd blijven. Wel worden de regelgeving en kaderregelingen aan de WMG getoetst en wordt gestreefd naar maximale afstemming en integratie om de administratieve lastendruk tot een minimum te beperken.

Bij het toezicht op de Zvw zijn de bestaande regelingen alleen relevant voorzover zij betrekking hebben op de rechtmatige uitvoering van de Zvw. Over dit rechtmatigheidstoezicht heb ik u geïnformeerd bij de behandeling van de Zvw. Voor alle duidelijkheid vermeld ik nog dat dit toezicht zich niet richt op de uitgaven van de zorgverzekeraars.

Het toezicht richt zich echter weer wel op de financiële opgaven van de zorgverzekeraars aan het CVZ over uitgaven die relevant zijn voor de risicoverevening in de Zvw. Daarbij spelen materiële controles en kaderregelingen vanzelfsprekend een rol.

13. ARTIKELSGEWIJS

Artikel 1

De leden van de CDA-fractie vragen waarom er geen definitie van het essentiële begrip aanmerkelijke marktmacht is opgenomen in artikel 1, maar pas in artikel 41, en of de regering de essentiële definities waarop het toezicht is gebaseerd, alsnog kan opnemen in artikel 1, dat immers de definities bevat.

In het algemeen wordt in het begin van een wet slechts een definitie geven van begrippen die op verschillende plaatsen in de wet voorkomen. Begrippen die slechts éénmaal voorkomen, behoeven feitelijk geen definitie; hun omschrijving kan worden verwerkt in de bepaling waarin zij hun regeling vinden. In dit geval zou dat echter tot een zwaar en moeilijk leesbaar eerste lid van artikel 42. Ter wille van de duidelijkheid heb ik de definitie daarom in een apart artikel 41 opgenomen.

Artikel 2

De leden van de CDA-fractie vragen waarom de wet niet voorziet in een automatisch mechanisme waarbij op goed functionerende deelmarkten bepaalde vormen van toezicht niet worden gebruikt.

Voor een dergelijk systeem zijn heldere en controleerbare criteria nodig die door een ieder eenduidig te interpreteren zijn en toepasbaar voor elke onderscheiden deelmarkt. De deelmarkten zijn onderling te verschillend om dergelijke criteria te kunnen formuleren. De onderlinge machtsverhoudingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders zijn op de te onderscheiden deelmarkten te verschillend. Ook speelt de vertrouwensrelatie tussen de zorgaanbieder en de patiënt/verzekerde op de verschillende deelmarkten niet altijd dezelfde rol.

Artikel 3, vierde lid

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen wat er in het kader van dit wetsvoorstel moet worden verstaan onder «rekening houden met de belangen van de consument» zoals vermeld in artikel 3, vierde lid. Zij willen weten wat precies wordt bedoeld met het consumentenbelang en hoe de NZa dit belang dient mee te wegen in haar taakuitoefening.

Ik verwijs naar mijn eerdere antwoord op een soortgelijke vraag van de leden van de VVD-fractie.

Artikel 4

De leden van de CDA-fractie vragen waarom voor de NZa is gekozen voor een Angelsaksisch bestuursmodel.

Ik heb niet zozeer gekozen voor een Angelsaksisch bestuursmodel, als wel voor een model waarbij de NZa over een fulltime, professioneel bestuur beschikt dat klein genoeg is om slagvaardig te zijn en groot genoeg om ook op bestuursniveau de verschillende deskundigheden te verzamelen die nodig zijn om het complexe werkterrein van de NZa adequaat te dekken. Het bestuur geeft leiding aan en is verantwoordelijk voor de NZa. Verder is het bestuur rechtsreeks door mij aanspreekbaar, dit wil zeggen, zonder tussenkomst van bijvoorbeeld een raad van toezicht. Ik heb hiervoor gekozen om de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de politiek verantwoordelijke minister en de NZa zo eenduidig mogelijk te houden.

De leden van de CDA-fractie vragen of de leden van het bestuur van de NZa bij de inwerkingtreding van de wet benoemd worden.

Ja. Daarop vooruitlopend heb ik mr. F.H.G. de Grave, mw. drs. C.C. van Beek MCM, dr. M.E. Homan en drs. A.L.M. Barendregt gevraagd als kwar-

tiermakers de start van de NZa voor te bereiden. Het is de bedoeling om hen, zodra de NZa van start gaat, te benoemen tot lid van het bestuur. De benoeming kent een wettelijke termijn van vier jaar. Dit uiteraard onder het voorbehoud dat het parlement dit wetsvoorstel aanvaardt.

Artikelen 17 en 18

De leden van de ChristenUnie-fractie refereren aan de samenwerkingsafspraken die de NZa met andere toezichthouders zoals de NMa, DNB en de AFM moet maken (art. 17 en 18). Zij vragen of ik hun mening deel dat door deze versnippering van toezichtstaken het gevaar bestaat dat zaken onderling worden doorgeschoven of dat de vraag welke instantie bevoegd is zoveel tijd in beslag neemt dat dit ten koste gaat van de inhoudelijke behandeling van een zaak.

Ik deel de mening van deze leden niet. Doel van de afspraken is nu juist het risico waar deze leden op wijzen weg te nemen. In de afspraken leggen de NZa en de verschillende andere toezichthouders vast op welke manier zij aangelegenheden van wederzijds belang zo effectief en efficiënt mogelijk kunnen behandelen. Door tijdig goede samenwerkingsafspraken te maken, gaat er wanneer zich een concreet geval aandient, geen tijd verloren met de vraag wie wat doet. Wie welke taak met bijbehorende bevoegdheden heeft ligt overigens vast in de wetten op grond waarvan de verschillende toezichthouders hun taken uitoefenen.

Artikel 20

De leden van de CDA-fractie vragen of alle mededelingen in de Staatscourant ook op de internetsite van de NZa worden geplaatst. De leden van de CDA-fractie willen tevens weten of dit ook geldt voor de rapporten ex artikel 23, 26 en 27.

Artikel 20 van dit wetsvoorstel bepaalt dat de NZa in de Staatscourant mededeling doet van:

- de vaststelling van regels door plaatsing van die regels;
- de vaststelling van beleidsregels;
- de beschikkingen met betrekking tot aanmerkelijke marktmacht onder vermelding van de opgelegde verplichting en de duur van de verplichting;
- de tarief- en prestatiebeschrijvingsbeschikkingen.

Conform het eerste lid van artikel 20 moet de NZa alle naar haar oordeel relevante informatie over regels, beleidsregels, beschikkingen en besluiten beschikbaar stellen op Internet. Vergelijk het huidige artikel 29d, eerste lid, onder b, WTG. Op basis van dat artikel zijn op de website van het CTG nu al alle regels, alle beleidsregels en alle naar zijn oordeel relevante tarief- en prestatiebeschikkingen te vinden (www.ctg-zaio.nl). Ook het CTZ publiceert zijn rapporten, regels en beleidsregels op zijn website (www.ctz.nl). De NZa zal haar publicatiebeleid op vergelijkbare manier vorm geven.

Artikel 39

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen wat moet worden verstaan onder onredelijke betalingscondities, onredelijk lange contracttermijnen, exclusieve levering of onredelijke voorwaarden bij het opzeggen van een contract.

De door deze leden aangehaalde termen vinden hun basis in het Burgerlijk Wetboek, in het bijzonder het overeenkomstenrecht. De NZa kan aansluiten bij de uitgebreide jurisprudentie die op dit gebied is ontstaan. Een voorbeeld van een onredelijke betalingsconditie zou kunnen zijn dat alleen in baar geld mag worden afgerekend. Bij een onredelijke voor-

waarde bij het opzeggen van een contract valt te denken aan de voorwaarde dat de opzegging gebeurt op een in het normale verkeer ongebruikelijke manier. Wat onredelijk is, is afhankelijk van het concrete geval.

Artikel 43

De leden van de CDA-fractie vragen binnen welke korte termijn de NZa een beslissing dient te nemen indien een zorgaanbieder met een ziektekostenverzekeraar een tarief is overeengekomen en zij de NZa vragen dat tarief vast te stellen. Welke rechten hebben partijen sowieso wanneer de NZa niet binnen de gestelde termijn een beslissing neemt? In het wetsvoorstel is niet geregeld binnen welke termijn de NZa een beslissing op een gezamenlijke tariefaanvraag van zorgaanbieder en verzekeraar moet nemen. De NZa moet op grond van het algemene bestuursrecht binnen een redelijke termijn na ontvangst van de aanvraag op de aanvraag te beschikken. Ingevolge artikel 4:13 van de Awb is deze redelijke termijn in ieder geval verstreken wanneer de NZa acht weken na de ontvangst van de aanvraag nog geen beschikking heeft gegeven en evenmin aan de aanvrager(s) heeft verteld binnen welke redelijke termijn de beschikking volgt. Indien door de NZa een beschikking niet binnen acht weken kan worden gegeven, moet de NZa partijen daarvan in kennis stellen en daarbij een redelijke termijn noemen waarbinnen de beschikking volgt (art. 4:14 van de Awb).

Indien de NZa niet binnen een redelijke termijn een beslissing op een tariefaanvraag neemt, kunnen partijen zich op het standpunt stellen dat de NZa de beschikking niet tijdig heeft gegeven en dat er daardoor sprake is van een fictieve weigering een beschikking af te geven. Tegen genoemde fictieve weigering een tariefbeschikking te nemen, kunnen partijen op grond van artikel 6:2 van de Awb een bezwaarschrift indienen. Tegelijkertijd kunnen partijen een voorlopige voorziening aanhangig maken bij het CBb. Overigens blijft de NZa ook in geval de beslistermijn is verstreken in beginsel wel verplicht alsnog een beslissing op de tariefaanvraag te nemen.

Artikel 51, zevende lid

De leden van de CDA-fractie vragen waarom de evaluatie van een experiment pas na drie maanden beschikbaar is.

De experimenten hebben een beperkte looptijd. Om een beslissing te nemen over wat er met de resultaten van het experiment gebeurt, bepaalt het zesde lid van artikel 51 dat de NZa het experiment tijdig en tijdens de uitvoering evalueert. De NZa kan ook besluiten de gevolgen van het experiment geheel of gedeeltelijk in stand te houden tot het einde van het boekjaar waarin het experiment eindigt. Dat is geregeld in het vijfde lid van het artikel. Aldus is zowel voor de deelnemers als voor de beleidsmakers in een nette en zorgvuldige afronding voorzien. De eindrapportage kan zo ook ingaan op die afronding. Deze experimenteermogelijkheid is geïntroduceerd met de WTG ExPres. In de parlementaire geschiedenis van die wet is daaraan uitgebreid aandacht besteed.

Artikel 54

De leden van de CDA-fractie vragen of een partij stukken aan de NZa kan weigeren als deze ze al aan een andere toezichthouder heeft verstrekt. Op een eerdere vraag van de CDA-fractie heb ik al geantwoord dat ik streef naar vermindering van administratieve – en toezichtlasten. Voordat de NZa informatie vraagt voor algemene doeleinden zoals het maken van (beleids)regels en marktonderzoek, kan zij eerst informatie opvragen bij andere toezichthouders, brancheorganisaties en onderzoeksinstituten. Gaat het om informatie die bedoeld is voor het geven van een individuele

beslissing dan ligt meer voor de hand dat de desbetreffende informatie wordt geleverd door de belanghebbende.

Uiteindelijk kan een partij niet weigeren de informatie te verstrekken.

Artikel 59

De SP-fractie vraagt naar de betekenis van de doorbreking van het beroepsgeheim in artikel 59.

De fractie vraagt ook naar concrete situaties, de rol van de zorgverzekeraar, het gegevensgebruik en de positie van de patiënt.

De doorbreking van het beroepsgeheim in artikel 59 is beperkt tot de situatie waarin de zorgaanbieder wordt verdacht van het begaan van strafbare feiten. In die gevallen mag de zorgaanbieder zich niet kunnen verschuilen achter de zwijgplicht die op hem rust om patiëntgegevens geheim te houden. De patiëntgegevens zullen in zo'n onderzoek worden geanonimiseerd.

Ter uitwerking van artikel 87 Zvw tref ik een regeling die mogelijk maakt dat tussen zorgaanbieders, verzekerden en zorgverzekeraars persoonsgegevens worden uitgewisseld ten behoeve van de afhandeling van declaraties. In die regeling wordt voor alle verzekeraars het hanteren van een gedragscode voorgeschreven, die de goedkeuring heeft van het CBP. Onderdeel van die gedragscode is een addendum over de uitwisseling van persoonsgegevens. Die gedragscode is opgesteld door ZN in samenwerking met het CBP, de KNMG, de NPCF en het departement. Dat addendum is niet alleen van toepassing voor de Zvw, maar heeft ook betrekking op de bescherming van persoonsgegevens voor de AWBZ en andere ziektekostenverzekeringen. In dat addendum komt ook de expliciete toestemming van patiënten aan de orde voor het verstrekken van hun gegevens. Dat addendum bakent ook het gebruik voor gegevens af. Zo mogen gegevens niet gebruikt worden voor risicoselectie en andere typen verzekeringen.

Artikel 61

De leden van de CDA-fractie vragen naar de reikwijdte van het uitzonderen van informatie van de WOB. Zo vragen zij of de protocollen die tussen toezichthouders en regulators worden gesloten en gegevens van de zorgverzekeringsmarkt daaronder vallen.

Ten aanzien van de toepasselijkheid van de Wet openbaarheid van bestuur (WOB), geldt ten algemene het volgende. Vanwege het toezichtkarakter van de werkzaamheden is de WOB niet van toepassing op de gegevens en inlichtingen waarover de NZa beschikt. De samenwerkingsprotocollen die de NZa zal afsluiten met andere instanties zijn in beginsel openbaar. Immers, het is van belang dat marktpartijen inzicht hebben in de wijze waarop de NZa haar toezicht zal invullen. De samenwerkingsafspraken passen in dit kader. Op de openbaarheid van gegevens ben ik ook in een eerdere vraag van de CDA fractie al ingegaan.

Artikel 117

De CDA-fractieleiden wijzen op eerdere brieven van mij waarin ik uitging van een tijdelijke NZa. Zij vragen waarom in dit wetsvoorstel is gekozen voor een permanente NZa, die pas na vier/vijf jaar wordt geëvalueerd. In mijn brief van september 2004 heb ik laten weten waarom ik ben teruggekomen op mijn aanvankelijke voornemen om de NZa op relatief korte termijn te laten invaren in de NMa¹. In het kort komt het erop neer dat het eerst de bedoeling was dat alleen het CTG zou worden omgevormd tot NZa. Bij nader inzien vond ik het verstandiger om ook het toezicht op de uitvoering van de Zvw en AWBZ door het CTZ erbij te betrekken. Zo vermindert niet alleen het aantal toezichthouders, maar is ook een inte-

¹ Kamerstukken II, 29 324, nr. 3.

grale benadering mogelijk van het specifiek op de zorgsector gerichte toezicht.

In hoeverre de NZa permanent zal zijn hangt mede af van de vraag hoever de marktwerking in de zorgsector is gevorderd, in die zin dat prijsregulering en het op gang brengen van markten niet meer als zelfstandige taken van de NZa kunnen worden gezien. Voor de beslissing is echter ook van belang dat hoe dan ook, er altijd een taak blijft om toezicht te houden op de goede uitvoering van de Zvw en de AWBZ.

Het CTG en CTZ worden geïntegreerd en omgevormd tot één orgaan. Als deze operatie succesvol is afgerond zal de NZa voldoende tijd moeten krijgen om zich tot een eenheid te smeden en haar waarde te bewijzen. De evaluatietermijnen die in de wet worden genoemd zijn de standaardtermijnen die gelden voor wetgeving en zbo's. De ervaring leert dat een wet of een zbo een redelijk aantal jaren moet werken, alvorens voldoende inzicht kan ontstaan in de sterke en zwakke punten daarvan. Dit neemt niet weg dat ik door mijn jaarlijkse oordeel over het functioneren van de zorgzbo's, waaronder de NZa, al een tussenstand kan opmaken. Zoals gebruikelijk stuur ik mijn jaarlijkse oordeel naar het parlement.

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