

Vergaderjaar 2005–2006

**30 186**

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

**D**

### **MEMORIE VAN ANTWOORD**

Ontvangen 2 juni 2006

Met grote belangstelling heb ik kennis genomen van het voorlopig verslag van de leden van de 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).

Ik constateer met genoegen dat de leden van de verschillende fracties, ondanks hun aarzelingen op enkele punten, in het algemeen positief staan tegenover dit voorstel. Bij de beantwoording van de vragen volg ik zoveel mogelijk de indeling van het voorlopig verslag, waarbij ik in enkele gevallen vragen van leden van verschillende fracties met dezelfde strekking samenneem. Voor ik de vragen beantwoord, ga ik eerst in op de meer algemene opmerkingen van de leden van verschillende fracties.

### **Algemeen**

De leden van de CDA-fractie merkten terecht op dat dit wetsvoorstel een belangrijk onderdeel is van de stelselwijziging die meer marktprikkels in de gezondheidszorg introduceert. Ook de leden van de PvdA-fractie wezen hierop. Het doel van de introductie van meer marktprikkels is een betere service en kwaliteit, innovatie, meer keuzevrijheid en transparantie en een betere relatie tussen prijs, prestatie en kwaliteit in de gezondheidszorg. Hier kan de consument alleen maar beter van worden. Ik herken mij dan ook niet in de indruk die de leden van de SP-fractie hebben, dat niet de consument, maar meer marktwerking zelf het doel is. De overheid is en blijft verantwoordelijk voor de publieke belangen van de zorg: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Daarover bestaat geen verschil van mening. Het gaat erom hoe dit het beste kan. Het aanbrengen van meer marktprikkels zorgt ervoor dat zowel aanbieders als verzekeraars zich meer op de consument richten, in plaats van op de overheid zoals in een systeem van centrale aanbodsturing gebeurt. De Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) speelt hierin een belangrijke rol. Niet alleen versterkt dit wetsvoorstel de positie van de consument, zoals de leden van de verschillende fracties constateren. Ook stroomlijnt dit voorstel het toezicht in de zorgsector, onder meer door de oprichting van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) als sectorspecifieke toezichthouder. Dit draagt

bij aan het verantwoorde en adequate toezicht waaraan de leden van de CDA-fractie en van de fracties van D66 en OSF refereren.

De leden van de fractie van GroenLinks stellen dat een van de grote problemen van de introductie van gereguleerde marktwerking in de publieke sector is dat toezichtfuncties worden gestapeld, waardoor professionele en institutionele praktijken steeds verder ingesponnen worden door administratieve en bureaucratische verantwoordings-eisen. Met deze leden ben ik van mening dat de administratieve lasten verder teruggedrongen moeten worden, waardoor de professional weer meer plezier in zijn werk kan krijgen. Ik deel hun opvatting echter niet dat het de gereguleerde marktwerking is die automatisch tot meer bureaucratie leidt. Immers, ook in een centraal aanbodgestuurd systeem zou toezicht en verantwoording van groot belang zijn.

Het zal u ten slotte niet verbazen dat ik de opvatting van prof. De Ru in de Staatscourant van 24 november 2005, waarnaar de leden van de fracties van de SGP en de ChristenUnie verwijzen, niet deel. Dat zal ook blijken uit het vervolg van deze memorie van antwoord.

## **1. CDA-fractie**

### *Inleiding*

De CDA-fractieleiden vonden het nog enigszins vaag waarom is gekozen voor het in één hand brengen van het bepalen van de tarieven met de functie van marktmeester. Zij vroegen nog eens uiteen te zetten op welke gronden dit niet strijdig met elkaar wordt gevonden.

Het marktmeesterschap van de NZa bestaat erin dat zij de marktwerking bewaakt en stimuleert, opdat uiteindelijk de consument daarvan de voordelen kan plukken. Het ontwikkelen van nieuwe vormen van tariefregulering op markten waar (nog) geen vrije prijsvorming is toegestaan, hoort daar onlosmakelijk bij. Op de zorginkoopmarkt bijvoorbeeld is weliswaar een begin gemaakt met vrije prijsvorming, 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. De regering verwacht 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. Voor een goede beoordeling van de mogelijkheden en onmogelijkheden van nieuwe vormen van tariefregulering en de effecten daarvan op de niet-prijsgereguleerde deelmarkten (en vice versa) is diepgaande kennis nodig van beide type markten en van de manier waarop de prijsvorming op die markten precies werkt. Dit vergt een toezichthouder die «van alle markten thuis» is. Het gaat er dus om dat beide taakonderdelen van de NZa niet zonder elkaar kunnen, zonder sterk aan effectiviteit en efficiency in te boeten. Dat prijsregulering en marktmeesterschap niet strijdig zijn blijkt uit het feit dat bijvoorbeeld ook de OPTA beide taakaspecten in zich verenigt.

De leden van de CDA-fractie wezen erop dat op diverse plaatsen de verzekering wordt gegeven, dat er sluitende afspraken tussen de diverse toezichthouders zijn gemaakt. Zij hadden deze echter nergens concreet kunnen vinden. Zij vroegen of ik de verzekering kan geven dat er metterdaad sprake is van sluitende, onderlinge afstemming van de werkzaamheden van alle bij de zorg betrokken toezichthouders en of de concrete afspraken terzake kunnen worden overgelegd.

In artikel 17 van de WMG is geregeld dat de NZa, met het oog op een effectieve en efficiënte besluitvorming over de wijze van behandeling van aangelegenheden van wederzijds belang en het verzamelen van informatie ten behoeve daarvan, afspraken maakt met een aantal met name genoemde organisaties. De tabel geeft de stand van zaken weer.

**Tabel: Stand van zaken samenwerkingsprotocollen**

Organisatie	Stand van zaken
Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa)	gereed
Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)	gereed
De Nederlandsche Bank (DNB)	gereed
Autoriteit Financiële Markten (AFM)	in ontwikkeling
College voor zorgverzekeringen (CVZ)	in ontwikkeling
College bouw zorginstellingen (CBZ)	overleg is gestart
College sanering zorginstellingen (CSZ)	in ontwikkeling
Fiscale inlichtingen & opsporingsdienst-Economische controledienst (FIOD-ECD)	in ontwikkeling
Openbaar Ministerie (OM)	in ontwikkeling
College bescherming persoonsgegevens (CBP)	overleg wordt gestart

De NZa streeft ernaar de protocollen die in ontwikkeling zijn, gereed te hebben op of spoedig na het moment dat de WMG in werking treedt. Daarnaast zijn er enkele andere organisaties waarmee het CTG en/of het CTZ thans samenwerkingsafspraken hebben. Ook deze – niet wettelijke – samenwerkingsafspraken worden geconverteerd naar de nieuwe situatie. Het gaat bijvoorbeeld om afspraken met de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en de Consumentenbond.

De leden van de CDA-fractie vroegen uiteen te zetten hoe met dit wetsvoorstel de rechtszekerheid voor partijen in het veld is gewaarborgd. Ook informeerden zij op welk moment ik verwacht dat sprake zal zijn van het gewenste volume-aanbod, de noodzakelijke prestatiebeschrijvingen en de gewenste transparantie van prijzen en producten.

De NZa moet voldoen aan de verplichtingen op grond van de Algemene wet bestuursrecht (Awb). Die vereist dat de NZa de nodige kennis over relevante feiten en belangen vergaart, voordat zij een besluit neemt. Dit geldt voor alle taken van de NZa. Veldpartijen zullen dus ook in de toekomst regelmatig worden geconsulteerd. Zo kan de reguleringstaak van de NZa (beleidsregels) niet uitgevoerd worden zonder de inbreng van deskundigheid uit het veld over de uitvoerbaarheid en de handhaafbaarheid ervan. Maar ook bij de taken gericht op het marktmeesterschap worden marktpartijen geconsulteerd. 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, uitgewerkt in een visiedocument. Dit document geeft ook de benodigde condities en instrumenten weer voor effectief toezicht op deze deelmarkt. 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 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. Of sprake is van voldoende aanbodvolume, noodzakelijke prestatiebeschrijvingen en de gewenste transparantie van prijzen zal per deelmarkt verschillen en is sterk afhankelijk van ontwikkelingen in het zorgveld. Daarover zijn geen algemene uitspraken te doen.

De CDA-fractieleden vinden het, in verband met het beschermen van enkele deelmarkten tegen marktwerking, alsmede van belangrijke met name erkende publieke belangen, niet gewenst als de NZa invaart in de NMa. Zij vonden de diverse uitspraken terzake enigszins tegenstrijdig. Enerzijds: «helemaal toezichtvrij zal het dus niet worden», anderzijds: «maar dat invaring op een gegeven moment moet gebeuren, staat voor mij vast». Zal er niet altijd toezicht nodig blijven in de door de NZa bedoelde geest, zo vroegen zij.

Er zal, hoever de marktwerking ook is voortgeschreden, altijd een vorm van toezicht nodig blijven in de gezondheidszorg. Denk bijvoorbeeld aan het toezicht op de goede uitvoering van de verzekeringswetgeving. In die zin zal het dus niet helemaal «toezichtvrij» worden. Wel is het zo dat, naarmate de gezondheidszorgmarkten steeds meer als reguliere markten kunnen opereren, er geen bijzondere noodzaak meer is markten ex ante te stimuleren. Voor die markten volstaat dan het algemene mededingings-toezicht van de NMa op grond van de Mededingingswet. Waar het omslagpunt precies ligt in de tijd kan ik niet voorspellen. Maar voor mij staat wel vast dat er een moment komt, waarop het niet zinvol meer is een sectorspecifieke markttoezichthouder te belasten met het ex ante stimuleren van marktwerking in de zorg. Dat is het moment waarop «invaren» in de NMa aan de orde is.

De CDA-fractieleden vroegen of per 1 januari 2007 inhoud gegeven kan zijn aan een over de gehele linie goed functionerend vereveningssysteem, waardoor de acceptatieplicht en derhalve de toegankelijkheid van zorg metterdaad is en blijft gegarandeerd. Zo niet, kan dan worden aangegeven waaraan het in dit opzicht nog schort?

Medio 2005 heb ik het risicovereveningssysteem in de Zvw voor het jaar 2006 vastgesteld. Reeds toen was er sprake van een goed functionerend vereveningssysteem. Op dit moment werk ik aan het onderzoeksprogramma 2006; daarin besteed ik onder andere aandacht aan de zogenoemde grote-steden-problematiek en de verdere ontwikkeling van het model met bijvoorbeeld farmaceutische kostengroepen voor psychische en zeldzame aandoeningen. Hierover informeer ik het parlement in het eerstvolgende voortgangsrapport. Ik ga ervan uit dat er ook per 1 januari 2007 een goed functionerend vereveningssysteem is. Ik heb eerder toegezegd dat ik het parlement in september informeer over de uiteindelijke vormgeving van het model 2007.

De CDA-fractieleden vroegen wat de NZa daadwerkelijk voor consumenten/patiënten zal betekenen in het bewaken van de speelruimte en vrijheid voor de individuele patiënt/consument.

De NZa ziet erop toe dat de zorgmarkten goed werken. Enerzijds door toe te zien op de marktmacht van de diverse marktpartijen, bijvoorbeeld met gebruikmaking van de artikelen 46 tot en met 49 over aanmerkelijke marktmacht. Anderzijds door toe te zien op de transparantie van de zorgmarkten zoals bijvoorbeeld bedoeld in de artikelen 38, 39 en 40. Ook ziet de NZa erop toe dat de zorgverzekeraars zich houden aan hun acceptatieplicht, zorgplicht en het verbod op premiedifferentiatie. De NZa heeft bovendien de uitdrukkelijke opdracht bij de uitoefening van haar taken het consumentenbelang voorop te stellen. Op deze manier speelt de NZa dus een belangrijke rol in het bewaken van de speelruimte en vrijheid van de individuele consument.

#### *Kwaliteit van zorg*

De leden van de CDA-fractie vroegen of – met uitsluitend een taak IGZ –

de verschillen in kwaliteit in voldoende mate boven water te krijgen zijn. Zij vinden dat uitbreiding van menskracht bij de IGZ noodzakelijk is. Zij hebben vernomen dat ik heb gezegd dat dit onderdeel in de begroting nader moet worden uitgewerkt. Zij vroegen een meer concrete toezegging, die ook voor de uitvoering niet hoeft te wachten tot 1 januari 2007. Ook vroegen zij of de IGZ voor de verzwaren van de haar toebedeelde taak wel voldoende is toegerust. Verder vroegen deze leden hoe sluitend de afspraken met de NZa zijn over de uitkomsten van IGZ-onderzoek.

Er is de afgelopen jaren veel gedaan aan verbetering en versterking van de IGZ, waarbij de IGZ bij de uit het regeerakkoord voortvloeiende afslankingen relatief gespaard is gebleven. Er is een ingrijpende reorganisatie uitgevoerd die bijna is afgerond. Hard is gewerkt aan een reductie van de overhead ten gunste van het primaire proces, hetgeen voorwaarde was voor een uitbreiding. Naar het zich laat aanzien is in de loop van dit jaar aan de gestelde voorwaarde voldaan. Daarenboven is voor 2007 een aanvullend budget van € 1 miljoen ter beschikking gesteld voor verder versterking en uitbreiding. Doelstelling is te komen tot een inspectie die geheel tegen haar taak is opgewassen. De ontwikkeling van een dergelijke inspectie kost vanzelfsprekend de nodige tijd, temeer daar het moeilijk is om medewerkers te werven die aan de eisen voldoen. Een geforceerde, kwantitatieve uitbreiding heeft dan ook niet mijn voorkeur. Wel blijkt uit de intensieve managementrapportages of en in welke mate de IGZ de gestelde doelen bereikt, en zo nodig zal ik daarin qua capaciteit dan ook bijsturen.

Met de NZa zijn, zoals hiervoor al gemeld, concrete en sluitende afspraken gemaakt over de onderlinge afstemming, informatievoorziening en afbakening van de werkzaamheden. De afspraken liggen vast in een protocol tussen NZa en IGZ.

De leden van de CDA-fractie wezen als voorbeeld van verschillen in kwaliteit op de verschillende mogelijkheden van heupprothesen. Zij vroegen wat de minimumeis zal worden en of de levensduur ook meetelt als kwaliteitsnorm.

De beoordeling of een behandelings(techniek) als gebruikelijk kan worden beschouwd bij een specifieke indicatie is gelet op het arresten van het Europese Hof inzake Smits en Peerbooms afhankelijk van de vraag of deze door de internationale medische wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk bevonden. Uitgangspunt voor de beoordeling welk type heup in aanmerking komt om te worden geïmplantéerd is dus in eerste instantie het standpunt van de kring der beroepsgenoten aangaande de gebruikelijkheid van de behandeling. Een dergelijk standpunt wordt geacht «evidence based» te zijn. Het is daarnaast wenselijk dat beroepsgroepen van medisch specialisten richtlijnen en indicatoren hebben waarin onderbouwd is aangegeven welk type behandelings(techniek) in welke omstandigheid de voorkeur heeft. Levensduur speelt daarbij ook een rol. Dergelijke richtlijnen komen bij voorkeur in samenspraak met verzekeraars en patiëntenorganisaties tot stand. Voordeel van zulke richtlijnen is ook dat er geen uitgebreide onderhandelingen met verzekeraars nodig zijn over de te volgen behandelwijze. De te stellen eisen liggen dan immers vast in de richtlijnen waaraan de verzekeraars zelf hebben bijgedragen. Ik wil de komende tijd, in aansluiting op mijn brief «Kwaliteit van de zorg: hoog op de agenda» van 10 februari 2006<sup>1</sup>, ook sterk blijven inzetten op deze aanpak.

De leden van de CDA-fractie merkten op dat in principe betere kwaliteit naast meer doelmatigheid en innovatie als voordeel van gereguleerde marktwerking kan worden beschouwd. Zij vroegen of het voordeel van

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 28 439, nr. 12.

betere kwaliteit de eerste jaren wel zal kunnen worden gehaald, nu ook nog een inhaalslag met betrekking tot de prijs gemaakt moet worden.

De fundamentele verandering van het stelsel in zowel de curatieve sector als de sector van langdurige zorg geeft meer ruimte en verantwoordelijkheid aan zorgaanbieders, verzekeraars en consumenten. Deze drie partijen geven in de toekomst vorm aan de inrichting van de zorg. Ik verwacht dan ook dat de concurrentie zal toenemen: niet alleen op prijs maar juist ook op de kwaliteit van de geleverde zorg. Cruciaal daarbij is de juiste verhouding tussen kwaliteit en prijs.

Door kwaliteit zichtbaar en vergelijkbaar te maken kunnen zorgaanbieders zich onderscheiden op het punt van de kwaliteit van de zorg. Daarbij moet het perspectief van de zorgconsument centraal staan. Een goed voorbeeld is de publicatie van ervaringen van verzekerden met hun zorgverzekeraar, en de publicatie van IGZ-kwaliteitsindicatoren over ziekenhuizen op KiesBeter.nl. De komende periode wordt steeds meer informatie over de kwaliteit van zorgaanbieders op KiesBeter gepubliceerd. Transparantie van kwaliteit is ook een voorwaarde voor het maken van afspraken over verbetering. Kwalitatief goede prestaties worden beloond en uiteindelijk wordt achterblijvende kwaliteit niet langer gecontracteerd. In het overleg met partijen in het kader van de al genoemde brief «Kwaliteit van de zorg: hoog op de agenda» bleek dat bij alle betrokken partijen, maar zeker ook bij verzekeraars, grote behoefte bestaat om kwaliteit meetbaar en vergelijkbaar te maken. De eerste stappen op dit pad zijn gezet en zullen de komende tijd worden uitgebreid naar de gehele zorg. Daarbij staat vast dat zodra er informatie over kwaliteit beschikbaar komt verzekeraars daar bij hun inkoopbeleid rekening mee zullen houden. Dat zal een sterk stimulerend effect hebben op de kwaliteit. Daarnaast zal deze informatie worden gebruikt door andere betrokken partijen: consumentenorganisaties, bestuur en toezichthouders van de zorgondernemingen en door de inspectie.

In de monitor Fysiotherapie 2006 van het CTG geven marktpartijen aan dat de geconstateerde prijsstijging grotendeels verklaard kan worden door de inhaalslag naar een redelijker tarief. Tegelijkertijd constateert het CTG dat de stijging ook gerelateerd kan worden aan een verbetering van kwaliteit, doelmatigheid, transparantie en declaratie-eisen. Echter, het CTG concludeert ook dat de transparantie op het gebied van prijs en kwaliteit nog onvoldoende is.

De monitor geeft aan dat ook in de eerste jaren van gereguleerde marktwerking, waarin de transparantie nog verder verbeterd moet worden en er volgens marktpartijen sprake is van een inhaalslag op prijsgebied, kwaliteit en toegankelijkheid belangrijke thema's zijn bij het contracteren van zorg. Ik ben dan ook optimistisch over de vraag of het voordeel van betere kwaliteit in de eerste jaren kan worden behaald. In mijn brief «Kwaliteit van zorg; hoog op de agenda» benadruk ik dan ook het belang van verdere transparantie en de te maken afspraken daarover met veldpartijen. Ten slotte heb ik de NZa instrumenten gegeven maatregelen te treffen als de markt de transparantie onvoldoende vormgeeft.

De leden van de CDA-fractie vroegen of nu uitsluitend diagnose-behandelingcombinaties (dbc's) worden afgesloten, die «evidence based» zijn en zo nee, of de NZa dan een signaal geeft aan de IGZ.

De huidige dbc's zijn slechts beperkt evidence based. Dat betekent niet dat deze dbc's kwalitatief onvoldoende zijn. De NZa heeft geen taak om systematisch te controleren of de zorg evidence based is. Indien de NZa bij de uitvoering van haar taken, behandelingen op het spoor komt die (wellicht) niet aan de kwaliteitseisen zouden voldoen dan licht zij de IGZ daarover in.



De leden van de fractie van het CDA vroegen naar mijn visie op de professionele autonomie bij dbc's.

De visie op de samenwerking tussen de medische specialisten en de ziekenhuisorganisatie is door mijn voorganger omschreven bij de zogenaamde integratiewet (Wet 24 december 1998). Die wet introduceerde de term «geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf». De samenwerking werd als volgt geschetst: «Onverminderd de verantwoordelijkheid van het bestuur van een ziekenhuis berust de verantwoordelijkheid voor de geneeskundige behandeling en verzorging van patiënten in het ziekenhuis bij de behandelend medisch-specialist. Deze neemt daarbij het organisatorische en financiële kader, aangegeven door het bestuur, in acht. Het bestuur van het ziekenhuis neemt het zorginhoudelijke kader, aangegeven door de medisch-specialisten, in acht. Het bestuur van het ziekenhuis voert overleg met de medisch-specialisten alvorens onderhandelingen met verzekeraars aan te gaan.» Deze visie is ook toepasbaar bij dbc's.

De leden van de fractie van het CDA hadden al geruime tijd het gevoel, dat de zorgverzekeraars wel eens geen of onvoldoende greep op de kwaliteit van zorg zouden kunnen krijgen. Het indertijd door de OECD (2000) geconstateerde gebrek aan kwaliteit bij de zorginkopers is naar hun mening zeker nog niet achterhaald. In 2004 stelde dezelfde organisatie dat er nog steeds sprake is van een aanbiedersmarkt, waarbij de aanbieders de prijs en het volume dicteren, terwijl er geen of weinig concurrentie is op het gebied van de zorginkoop, waar het de kwaliteit betreft. Zij vroegen of hier toch een utopie wordt nagejaagd en of het dan wellicht beter is naar andere mogelijkheden om te zien om de kwaliteit te bewaken.

Bij het verbeteren en handhaven van de kwaliteit van de geleverde zorg speelt naast de professionaliteit van de aanbieders het kritisch vermogen van zorgvragers een belangrijke rol. Het gaat daarbij om individuele zorgconsumenten maar zeker ook om zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars bundelen de belangen van zorgconsumenten en hebben onder de nieuwe zorgverzekering een economisch belang om zich op het aspect kwaliteit positief te onderscheiden.

Dat de kritische rol van de consument of zijn zorgverzekeraar in dezen nog onvoldoende wordt waargemaakt, zoals de OECD stelt, is voor een belangrijk deel te wijten aan het gebrek aan transparantie van de aangeboden dienstverlening. Dat is geen Nederlandse anomalie maar een internationaal aandachtspunt. In de al genoemde brief van 10 februari 2006 over de kwaliteit hebben de staatssecretaris en ik een aantal maatregelen om hierin verbetering aan te brengen hoog op de agenda geplaatst. De kern van die maatregelen is dat kwaliteit meetbaar moet zijn, dat de gegevens over kwaliteit publiek moeten worden gemaakt en dat er in ieder geval voor de veiligheid van de zorg bindende normen moeten komen. Dit is een ambitieus voornemen maar geen onhaalbare utopie. Ik ben vastbesloten om naast de andere onderdelen van het kwaliteitsbeleid de rol van de zorgconsument te versterken. Daarbij heb ik in het bijzonder oog voor de zorgverzekeraar als partij die, via het contracteren van zorgaanbieders, de belangen van die consument op een professionele wijze kunnen behartigen. Het verstrekken door aanbieders en verzekeraars van transparante consumenteninformatie wordt door de WMG aan hen als verplichting opgelegd. Zo nodig kan de NZa dit afdwingen of zelf overgaan tot het verstrekken van dergelijke informatie.

Wellicht ten overvloede wil ik benadrukken dat ik voor de verbetering van de kwaliteit niet uitsluitend en alleen reken op de zorgverzekeraars als kritische en kwaliteitsbewuste zorginkopers. Dat is geenszins het geval, het kwaliteitsbeleid rust op verschillende pijlers. Zo is daar het belang van goede opleidingen en de werking van de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) voor hen die de opleiding hebben voltooid.

Ook is een belangrijke rol weggelegd voor kwaliteitsverbeterende initiatieven zoals het Sneller Beter project. En tot slot is er uiteraard de IGZ als toezichthouder die niet alleen in actie komt als de kwaliteit tekort schiet maar ook pro-actief aan kwaliteitsverbetering werkt zoals met de introductie van de prestatie-indicatoren.

De CDA-fractieleden refereerden aan mijn brief «Kwaliteit van de zorg: hoog op de agenda», waarin staat dat er geen sprake meer zal zijn van een vrijblijvend karakter als het gaat om het op peil brengen van de kwaliteit van zorg. De nadruk zal hierbij liggen op het handhaven van de zorgkwaliteit op «horizontaal toezicht». Zorgverzekeraars moeten in hun contracten kwaliteitsafspraken maken met zorgaanbieders en professionals verbeteren elkaars handelen via onderlinge visitaties. Deze leden vroegen hoe dit op korte termijn kan worden bereikt. Ook wilden zij weten wat ik op weg hier naar toe van de IGZ en de NZa verwacht. Een ernstig tekort aan goede logistiek in ziekenhuizen kan toch niet in een handomdraai worden opgeheven, zo vroegen deze leden.

Kwaliteitsverbetering in de zorg is een meerjarig proces dat voortdurende aandacht vraagt. Op dit moment lopen diverse programma's gericht op het verbeteren van kwaliteit: «Sneller Beter», «Zorg voor beter» en «Beter voorkomen». Deze programma's richten zich op de zorgondernemingen zelf en ontnemen hun kracht voor een belangrijk deel uit het systematisch aandacht geven aan kwaliteit binnen de instellingen en aan het uitwisselen van ervaringen. Ik verwijs hiervoor naar onder meer de bijlage bij de genoemde brief. De brief kondigt aan dat er in alle sectoren van de gezondheidszorg afspraken gemaakt zullen worden over het opstellen van kwaliteitsprogramma's. Daarbij spreekt de overheid met betrokken organisaties in een sector af hoe gekomen zal worden tot «kwaliteitsprogramma's» waarin organisaties van zorgondernemingen, professionals (artsen, verpleegkundigen), zorgconsumenten en verzekeraars met elkaar afspraken maken over:

- ontwikkelen indicatoren: het meten, zichtbaar en vergelijkbaar maken van kwaliteit;
- voor welke essentiële veiligheidsaspecten is (bindende) normstelling nodig;
- invulling van deze normen;
- zorgen voor verankering en naleving: waar nodig het invoeren van een certificeerbaar veiligheidsmanagementsysteem;
- afspraken over planning en werkwijze.

Dat er veel kan worden bereikt in relatief korte tijd kan blijken uit het programma Sneller Beter. Zo richt de derde pijler van Sneller Beter zich op het daadwerkelijk versneld invoeren van «best practices» op het gebied van veiligheid, logistiek en patiëntgerichtheid in de ziekenhuissector. Doel van deze pijler is in vier jaar tijd in twintig procent van de Nederlandse ziekenhuizen aanzienlijke verbeteringen te realiseren op de gebieden patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid. In 2004 zijn de eerste acht ziekenhuizen gestart, in oktober 2005 volgde de tweede groep en de laatste groep start in 2006. De eerste acht ziekenhuizen hebben in 2005 hun eerste resultaten gepresenteerd. In dat jaar is aan 114 projecten gewerkt. Met name de wachttijden zijn spectaculair gedaald en ook de doorstroomtijd op de polikliniek is fors verkort.

Op dit moment ben ik bezig om deze afspraken daadwerkelijk te maken. Ziekenhuizen en verpleeginstellingen lopen hierbij voorop. In het najaar informeer ik het parlement hier nader over. Bij deze aanpak leg ik de verantwoordelijkheid voor de invulling van het kwaliteitsbeleid primair bij de partijen in het veld. Deze pakken deze taak nu al actief op. Wij merken dat het verantwoordelijkheidsbesef in de sector van de zorg hoog is zodat



wij er vertrouwen in hebben dat er resultaten zullen worden bereikt. Het «horizontale toezicht» vervult in de zorg in toenemende mate een rol. De IGZ speelt bij dit proces een belangrijke adviserende rol. Het toezicht door de IGZ is daarnaast ook het sluitstuk van het kwaliteitsbeleid. De bij de IGZ in 2001 geïntroduceerde methode van het gefaseerd en gelaagd toezicht krijgt steeds meer gestalte. De komende jaren zal dit naast de ziekenhuizen en verpleeginstellingen in steeds meer sectoren toepassing krijgen.

De IGZ moet effectief ingrijpen waar kwaliteit onder de norm blijft. Ook om deze reden is het wenselijk dat voortvarend invulling wordt gegeven aan de ontwikkeling van indicatoren en normen. Uiteraard blijven de zorginstellingen altijd zelf verantwoordelijk voor het leveren van goede kwaliteit en veiligheid. Normen komen nimmer in de plaats van deze verantwoordelijkheid.

Met de leden van de CDA-fractie ben ik het eens dat dit proces «niet in een handomdraai» zal zijn afgerond. Ik stel wel vast dat het thema kwaliteit hoge prioriteit heeft bij de betrokken zorgondernemingen en hun organisaties. De druk die uitgaat van zowel consumenten(organisaties), zorgverzekeraars en de IGZ speelt hierbij zeker een belangrijke rol. De NZa heeft geen directe rol bij dit kwaliteitsbeleid. Wel zal de NZa bevorderen dat er voldoende transparantie is op de markt. Als partijen niet uit eigen beweging voldoende zichtbaar maken wat de geleverde kwaliteit is, zal de NZa met de WMG in de hand dit zonedig kunnen afdwingen.

Samenvattend zie ik de komende tijd een proces waarbij de kwaliteit van de zorg steeds meer aandacht krijgt, beter wordt gemeten en op een voor alle betrokkenen begrijpelijke wijze vergelijkbaar en openbaar gemaakt. Gedurende dit verbeteringsproces blijft uiteraard waakzaamheid bij onder meer de IGZ noodzakelijk.

Voorts vroegen de leden van de CDA-fractie naar de versterking van het wettelijk instrumentarium: waaraan en aan welke termijn wordt gedacht.

Het gaat om een wetsvoorstel dat ik voorbereid dat is gericht op uitbreiding van de bestuurlijke instrumenten voor handhaving door de IGZ van de wetgeving op het gebied van de volksgezondheid. Het betreft met name de bestuurlijke boete en de last onder dwangsom. Ik streef ernaar dit wetsvoorstel rond de jaarwisseling bij de Tweede Kamer in te dienen.

De leden van de CDA-fractie vroegen of een royale aandacht van de NZa voor de kwaliteit van zorg, minstens zo belangrijk als de prijs, toch niet voor de hand ligt.

Het toezicht op de kwaliteit van zorg is een expliciete taak van de IGZ. Met de NZa heb ik geen tweede kwaliteitstoezichthouder willen instellen. Wel is de verhouding tussen prijs en kwaliteit voor de NZa relevant. Daarom is ook in het voorstel vastgelegd dat de NZa het oordeel van de IGZ over kwaliteit volgt.

De leden van de CDA-fractie vroegen wat nu de rol van de derde partij is bij het toetsen van de prijs-kwaliteitverhoudingen. Zij vroegen of dit in het convenant met de IGZ wordt geregeld en waar dat convenant blijft.

Patiënten- en consumentenorganisaties kunnen een belangrijke rol spelen bij de ontwikkeling van zorgaanbod, bewaken van kwaliteit en door invloed op de uitvoering door zorgverzekeraars van de zorgverzekering. De patiënten- en consumentenorganisaties kunnen formuleren wat de behoefte is van specifieke patiënten- en consumentencategorieën en daarmee zorgaanbieders stimuleren tot innovatie en zorgverzekeraars stimuleren tot opnemingen in de polis. Zo hebben de organisaties van diabetes en van reumapatiënten een speciale polis voor de door hen

vertegenwoordigde doelgroep tot stand gebracht. De kwaliteit van zorg kunnen ze stimuleren door patiënt(tevredenheids) onderzoek te doen en te publiceren. Om de patiënt voldoende keuzemogelijkheden te geven is het van belang dat er voldoende transparantie is over prijs en kwaliteit in de markt. Transparantie is cruciaal voor goed werkende markten. De NZa heeft een taak om de aanwezigheid van deze informatie te bevorderen. In het samenwerkingsprotocol tussen beide toezichhouders worden hier afspraken over gemaakt. Dit samenwerkingsprotocol is in concept gereed. Het protocol kan getekend worden na de inwerkingtreding van de WMG.

De CDA-fractieleden vroegen of bij een teveel aan keuzevrijheid ook sprake kan zijn van afnemende meeropbrengst, zoals in de vakliteratuur wordt gesuggereerd.

In de door de CDA-fractieleden aangehaalde vakliteratuur (onder meer «The paradox of choice; Why more is less», Barry Schwartz) wordt aangegeven dat er een grens is waarboven meer keuzemogelijkheden niet noodzakelijkerwijs beter is. In de huidige situatie is volgens mij geen sprake van te veel keuzevrijheid. Ik verwacht dat door de werking van de zorgmarkten de mate van keuzevrijheid steeds meer zal aansluiten bij de wensen van patiënten en consumenten. De NZa monitort bovendien het overstapgedrag van verzekerden en patiënten in de verschillende zorgmarkten. De NZa krijgt op grond van de WMG bevoegdheden om algemene regels te stellen voor zorgaanbieders en verzekeraars in verband met de inzichtelijkheid (transparantie) van de markt voor consumenten. Verder krijgt de NZa de bevoegdheid zelf transparantie-informatie openbaar te maken, als aanbieders of verzekeraars in gebreke blijven.

De CDA-fractieleden wezen op de informatie-asymmetrie voor patiënten en consumenten, zeker waar het de kwaliteit betreft. Zij vroegen of er bij het inlopen hiervan altijd een zekere spanning zal blijven bestaan. Ook vroegen zij of het streven naar de honderd procent norm hier gerechtvaardigd is, gezien ervaringen uit het bedrijfsleven dat het toevoegen van de laatste procenten aan de kwaliteitsnorm oneindig duur kan zijn.

Zoals aangekondigd in mijn brief «Kwaliteit van de zorg: hoog op de agenda» van 10 februari 2006 zullen de betrokken marktpartijen met elkaar afspraken maken op welke wijze zij hun kwaliteit transparant maken. Hierbij houden zij ook rekening met de benodigde investeringen en de verwachte opbrengsten daarvan, in relatie tot de beschikbare budgetten.

#### *Collectiviteiten*

De leden van de CDA-fractie refereerden aan een artikel in het Financieele Dagblad van 11 maart waarin wordt aangekondigd dat de NZa extra gaat letten op de kortingen van collectieve ziektekostencontracten. Zij vragen zich af welke instrumenten de NZa kan inzetten nu volgens die leden is gebleken dat zorgverzekeraars met het aanspreken van hun reserves marktaandeel hebben gekocht om hiermee verzekerden over te nemen van zorgverzekeraars, die als gevolg van hun achtergrond (bijv. de ziekenfondsen) niet over deze reserves konden beschikken.

Het CTZ brengt in juni 2006 zijn monitorrapport over de zorgverzekeringsmarkt uit. Dat rapport geeft een brede analyse van de werking van de zorgverzekeringsmarkt. Ook gaat het rapport in op de verleende kortingen bij collectiviteiten. Bijzonder aandachtspunt is daarbij de financiering daarvan in relatie tot de positie van individuele verzekerden die niet via een collectief zijn verzekerd. Verder worden de publieke belangen in de analyses betrokken, waaronder de betaalbaarheid van de zorgverzekering

in algemene zin. In dat kader komt ook de premie-ontwikkeling aan bod. Het CTZ schetst in het zijn rapport de feitelijke ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt en geeft een nadere analyse daarbij. Indien nodig zal het CTZ (straks de NZa) op grond van zijn analyses instrumenten uit de WMG inzetten of mij aanbevelingen doen wanneer anderszins acties aangewezen zijn.

De CDA-fractieleden stelden dat er sprake is geweest van een ongelijk speelveld tussen verzekeraars en vroegen een overzicht van de reserves die de verschillende verzekeraars hebben ingezet. Ook wilden zij weten of ik de visie van DNB deel dat de tekortvoorzieningen twee à vier procent van € 11 miljard bedragen. Bovendien vroegen zij of verzekerden niet zouden moeten weten welke verzekeraars een buffer hebben moeten aanleggen.

De reserveposities verschilden bij de start van de Zvw inderdaad tussen verzekeraars. Overigens zijn die reserves eindeloos noch gratis. Het inzetten van reserves gaat immers direct ten koste van de financiële positie, de mogelijkheden om winstuitkeringen te doen of andere activiteiten te ontplooiën. Ik heb geen inzicht in hoeverre de verschillende verzekeraars reserves hebben ingezet. DNB en niet de minister van VWS houdt toezicht op de solvabiliteit van zorgverzekeraars. Als verzekeraars scherp prijzen, moeten zij in staat blijven om hun financiële verplichtingen na te komen. Dat mag niet in gevaar komen, bijvoorbeeld omdat de premies te laag zouden zijn. Daarbij wordt ook de omvang van de reserves bekeken. Ik heb begrepen dat sommige verzekeraars inmiddels van DNB een voorziening hebben moeten treffen om er zeker van te zijn dat door de premiestelling de solvabiliteit geen gevaar loopt. Dit bevestigt dat hier scherp op wordt toegezien. DNB zal hierover in de tweede helft van 2006 publiceren, als de gegevens bekend zijn. Vooralsnog wordt ervan uitgegaan dat deze voorzieningen in totaal in de orde van grootte van € 300 à 400 miljoen liggen. Daarbij zij benadrukt dat deze voorzieningen niet alleen betrekking hebben op het mogelijke tekort vanwege actuele premies maar dat het bedrijfsplan een voorziening voor het gehele tekort moet bevatten.

Ik ben niet van mening dat transparantie vereist dat het bij verzekerden bekend moet zijn welke voorzieningen verzekeraars hebben getroffen. Dit is immers een eis van prudentieel toezicht, dat toezicht is opgedragen aan DNB. Het hoofddoel van dat toezicht is dat de (zorg)verzekeraars solide en solvabele bedrijven zijn die hun verplichtingen (ook op termijn) kunnen nakomen. Hoewel incidenten niet zijn uit te sluiten, verkleint dit toezicht de kans op ongewenste uitkomsten.

De leden van de CDA-fractie stelden, evenals de leden van de fracties van de SP en van D66 en OSF, vragen over collectieve contracten op grond van de Zvw. De leden van de CDA-fractie vroegen of ik nadere voorwaarden ga stellen aan de collectiviteiten. De SP-fractieleden vroegen of de NZa ook toeziet op de vorming en omvang van collectiviteiten. Zij herinnerden aan de discussie over de Zvw in de senaat toen zorgen zijn geuit en vragen gesteld over wat de kritische grens is waarbij de minister eventueel zou (moeten) ingrijpen. Zij stelden dat het individu dat geen deel uitmaakt van een voor de verzekeraar acceptabel collectief steeds meer de dupe wordt, dan wel dat heel Nederland één groot collectief wordt en dan de meerwaarde ervan zoek is. Deze leden vroegen wat de taken van de NZa en van de minister zijn ten aanzien van deze materie. De leden van de fracties van D66 en OSF refereerden eraan dat het CTZ de mate onderzoekt waarin zorgverzekeraars kortingen voor collectieve contracten geven. Op basis hiervan zou bepaald worden of er mogelijk sprake is van kruissubsidiëring die ongewenste gevolgen heeft. Deze leden hadden al eerder aangegeven deze mogelijke kruissubsidiëring met

zorg te bezien. Zij merkten op dat inmiddels duidelijk is dat volgens Zorgverzekeraars Nederland (ZN) bij sommige verzekeraars het percentage collectief verzekerden naar vijftig procent tendeeft (volgens ZN). Deze leden merkten voorts op dat het erop lijkt dat de premies voor deze collectieve contracten niet kostendekkend zijn en de individueel verzekerden hiervoor opdraaien. Zij vroegen wat voor actie de minister en eventueel de NZa hiertegen ondernemen.

Collectieve contracten kunnen de werking van de Zvw verbeteren. Door het collectief kan bijvoorbeeld een betere zorginkoop worden afgedwongen, kan – in het geval van een werkgeverscollectief – aansluiting met arbozorg worden gerealiseerd en kunnen er schaalvoordelen optreden in de uitvoering. Bovendien hebben zorgverzekeraars met collectieve contracten een extra concurrentie-instrument op de verzekeringsmarkt die nog steeds wordt gekenmerkt door – veelal historisch gegroeide – dominante posities in bepaalde regio's. Het is niet onlogisch dat tegenover deze voordelen een premiekorting staat. Wat zeer ongewenst zou zijn, is wanneer verzekeraars door middel van deze kortingen bepaalde groepen verzekerden proberen aan zich te binden en anderen daarvoor de rekening presenteren. Ik heb geen signalen dat dit aan de orde is. De markt voor collectieve contracten beslaat volgens cijfers van Vektis (het informatiecentrum voor ziektekostenverzekeraars) ongeveer 44 procent. De gemiddelde collectiviteitskorting op de zorgverzekering bedraagt ruim zes procent. Het wettelijk maximum is tien procent. Hoewel het aandeel collectief verzekerden is gegroeid ten opzichte van 2005, kan zeker niet worden gesteld dat heel Nederland collectief verzekerd is met een maximale korting. Omdat de markt voor individuele verzekerden ook groot is, zullen verzekeraars geen baat hebben bij het eventueel op hen «afwentelen» van collectiviteitskortingen. Dan verliezen ze namelijk klanten. Er zijn dan ook voldoende individuele polissen met een scherpe premie. Ik heb het CTZ gevraagd de werking van de Zvw goed te monitoren. Onderdeel hiervan is de werking van de markt voor collectieve contracten. Ik verwacht dat eind juni het eerste monitorrapport van de NZa wordt gepubliceerd.

De leden van de fracties van het CDA en GroenLinks verwezen naar een artikel van prof. Teulings in NRC Handelsblad van 24 november 2005. De CDA-fractieleden vroegen wat ik vind van zijn kritiek dat de zorgverzekeraars in het nieuwe stelsel eenvoudig aan risicoselectie kunnen doen en de acceptatieplicht kunnen omzeilen door gecombineerde polissen aan te bieden en op deze wijze gezonde werknemers te binden. De leden van de GroenLinks-fractie wilden bovendien weten welke rol de NZa in deze processen zou kunnen of moeten spelen en of de NZa hier paal en perk aan kan stellen.

De acceptatieplicht is een belangrijke pijler onder het functioneren van de Zvw. De wet bevat daarom enkele bepalingen die deze acceptatieplicht borgen. Zo blijft de eenmaal gesloten aanvullende verzekering voortbestaan wanneer de verzekerde besluit om zijn zorgverzekering bij een andere zorgverzekeraar onder te brengen. De NZa ziet bovendien streng toe op het naleven van de acceptatieplicht. Ik acht de kans klein dat het risico dat de heer Teulings schets zich op termijn voor zal doen. Het systeem van de risicoverevening voorkomt dat een verzekeraar belang heeft bij het aantrekken van zogenoemde «goede» risico's omdat daar een lagere uitkering uit het risicovereveningsfonds tegenover staat. De suggestie van de heer Teulings dat er bovenop de maximumkorting van tien procent nog een extra korting gegeven kan worden die de prijs van de individuele zorgverzekering opdrijft is onjuist. Van elk collectieve polis behoort een inhoudelijk gelijke individuele polis (met acceptatie-

plicht) te bestaan ten opzichte waarvan de maximale tien procent korting gegeven kan worden. Een groter prijsverschil dan tien procent tussen de individuele en de collectieve polissen is dus niet mogelijk.

De NZa monitort de ontwikkelingen in de zorgverzekeringsmarkt. De keuzemogelijkheden voor individuele verzekerden zijn daarbij een belangrijk onderdeel. Als er daarbij invloed is vanuit andere sectoren die het keuzegedrag bij zorgverzekeringen beïnvloeden, dan is dat onderdeel van de monitor. Ook als keuzemogelijkheden van bepaalde groepen verzekerden worden ingeperkt als gevolg van die invloed, dan zal dat de NZa niet ontgaan. De NZa meldt de feitelijke ontwikkelingen en analyseert deze. Waar nodig en mogelijk onderneemt de NZa zelf actie op grond van de WMG, zoekt daarbij de samenwerking met andere toezichthouders of signaleert de ontwikkelingen bij mij wanneer zij tegen de grenzen van haar mogelijkheden aanloopt.

#### *Aanvullende verzekeringen*

De CDA-fractieleden verwezen naar mijn opmerking in de nota naar aanleiding van het verslag dat de NZa geen toezicht houdt op de manier waarop ziektekostenverzekeraars hun aanvullende verzekeringen voeren. Niettemin heeft de NZa wel een taak, namelijk om te volgen dat de markt voor aanvullende verzekeringen de werking van de Zorgverzekeringswet (Zvw) niet belemmert. Zij vroegen aan welke belemmeringen moet worden gedacht en welke mogelijkheden de NZa heeft – anders dan tariefprijkkels – om de publieke belangen te beschermen.

In dit kader kan onder andere worden gedacht aan het niet of onvoldoende naleven van de bepaling in de Zvw die het zorgverzekeraars verbiedt om de aanvullende verzekering te beëindigen wanneer de zorgverzekering (de verzekering voor het basispakket) wordt beëindigd. Die bepaling beoogt immers het publieke belang te borgen van de vrije keuze van de verzekerde voor een zorgverzekeraar, tot uitdrukking gebracht in de acceptatieplicht en de mogelijkheid om jaarlijks van zorgverzekeraar te wisselen. Niet ondenkbaar is dat bepaalde vormen van koppelverkoop een versturende werking hebben op de zorgverzekeringsmarkt. Monitoring van de markt zal uitwijzen of en hoe dit het geval is. In zijn algemeenheid zal de kwaliteit, zijn op handelwijze van verzekeraars die de publieke belangen van toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorgverzekering zouden kunnen schaden. Het instrumentarium van de NZa is breder dan het geven van tariefprijkkels. Zo kan de NZa, om markten op gang te brengen, *generieke regels* stellen 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 zorgmarkten over een extra instrument. Indien op deze 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.

De leden van de CDA-fractie wilden weten of ook in de praktijk geen sprake zal zijn van een niet-gewenste koppeling, omdat basisvoorzieningen (bijv. fysiotherapie) ook doorlopen in de aanvullende verzekeringen. Zij vroegen of ik alleen op hogere prijzen duid of ook op uitsluitingen voor bepaalde verstrekkingen.

Een belangrijk publiek belang is gelijke toegang voor iedereen tot de basisverzekering en de mogelijkheid daarvoor jaarlijks van verzekeraar te wisselen. Dat zou belemmerd kunnen worden wanneer de verzekeraar bij de beëindiging van de zorgverzekering ook de aanvullende verzekering zou beëindigen. Daarom bepaalt de Zvw dat de aanvullende verzekering van de zijde van de verzekeraar niet mag worden opgezegd ingeval de verzekerde voor zijn zorgverzekering van zorgverzekeraar wisselt. Op de naleving van deze bepaling ziet de NZa (i.o) toe.

Deze leden vroegen mijn reactie op de uitspraak van prof. mr. Henriëtte D.C. Roscam Abbing tijdens haar afscheidscollege op 23 november 2005 dat «met de regie in handen van de verzekeraar zal de verzekerde zich (wellicht niet direct maar wel op termijn) geplaagd zien voor beperkingen bij toegang tot de zorg, financieel, naar inhoud of bij keuze van behandelaar en bij toegang tot de aanvullende verzekering.» Ik deel de zorg van mevrouw Roscam Abbing niet. Immers, het geheel van wetten waar Zvw en WMG deel van uitmaken, is nu juist bedoeld om toegankelijkheid en betaalbaarheid van noodzakelijke zorg ook op langere termijn te waarborgen. De duiding «regie in handen van de verzekeraar» acht ik te eenzijdig en inmiddels achterhaald. Het is immers de verzekerde respectievelijk de patiënt, die door het uitoefenen van de keuzerechten die hem met genoemde wetten zijn gegeven, uiteindelijk zowel de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder stimuleert tot het leveren van zorg met een goede prijs-kwaliteitsverhouding.

#### *Patiënten/consumenten*

De leden van de CDA-fractie stelden, evenals de leden van de fracties van de PvdA, VVD, GroenLinks, D66 en OSF, vragen over het meldpunt bij de NZa, waar patiënten en consumenten met hun individuele vragen of klachten naar toe kunnen, de eventuele doorverwijzing daarvan door de NZa, wie verantwoordelijk is voor een goede (inhoudelijke) klacht-afhandeling en welke mogelijkheden er zijn om de klachtmogelijkheden uit te breiden.

Laat ik voorop stellen dat in de eerste plaats individuele zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars verantwoordelijk zijn voor een goede interne klachtenprocedure zodat klachten van patiënten en consumenten binnen een redelijke termijn adequaat worden behandeld. Zij moeten zorg voor een loket waar patiënten en consumenten terecht kunnen met een klacht. In de verschillende wetten zijn hiervoor regels opgenomen, zoals de Wet klachtrecht cliënten zorgsector voor zorgaanbieders en de Wet financiële dienstverlening voor ziektekostenverzekeraars. Ook in de Zvw zijn regels voor de klachtafwikkeling opgenomen. Verder is in de Zvw aansluiting bij een onafhankelijke klachteninstantie voorgeschreven. Deze instantie is inmiddels opgericht. Zij neemt een geschil – als tweede loket – slechts in behandeling nadat de klager de zorgverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen en deze niet binnen redelijke termijn of niet naar tevredenheid van klager heeft gereageerd. De NZa houdt toezicht op de verplichting van de zorgverzekeraar om aangesloten te zijn bij een onaf-



hankelijke klachteninstantie en kan een boete opleggen als de zorgverzekeraars hieraan niet voldoen.

Verder noem ik nog de mogelijkheid voor patiënten om zaken bij de IGZ aanhangig te maken en het toezicht van de AFM op de naleving van de procedurele bepalingen inzake klachten in de Wet financiële dienstverlening. Tussen de NZa, deze toezichthouders en de onafhankelijke klachteninstantie worden samenwerkingsafspraken opgesteld die mede zijn gericht op het voor consumenten soepel laten verlopen van diverse procedures, een adequate doorverwijzing, onderlinge informatie-uitwisseling voor uitvoering van (toezichts)taken en waar nodig afspraken bij overlap van bevoegdheden.

Via het meldpunt als bedoeld in artikel 47 verzamelt de NZa informatie voor beleid-, toezichten opsporingsdoeleinden. Ook ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders kunnen bij het meldpunt terecht voor meldingen over bijvoorbeeld fraude of oneerlijk marktgedrag en voor informatievragen. De NZa is geen instantie die klachten van individuele consumenten afhandelt, met uitzondering van de in artikel 23 neergelegde klachbehandeling over formulieren. Op artikel 23 kom ik later terug. Mocht de NZa gevraagd worden een individuele klacht in behandeling te nemen, dan stuurt zij die door naar de bevoegde instantie en stelt zij de klager op de hoogte. Wel registreert de NZa de binnengekomen klachten, ook als zij die heeft doorgestuurd. Zij kunnen namelijk aanleiding zijn om te onderzoeken of er zaken structureel scheef lopen, bijvoorbeeld als het gaat om regelmatig terugkerende klachten of onderwerpen met een groot publiek belang zoals het niet naleven van de acceptatieplicht door de zorgverzekeraars. Ik zie dit niet als een vrijblijvende zaak. Het meldpunt is voor de NZa een serieuze bron van informatie. Als uit meldingen blijkt dat regels waarop de NZa moet toezien worden overtreden, dan is de NZa wel degelijk gehouden om actie te ondernemen. Wel is de NZa bevoegd om daarin afwegingen te maken, want zij kan niet overal meteen achteraan lopen. Zo zullen tien meldingen over de acceptatieplicht snellere en andere soort actie vereisen dan tien melding over het niet naleven van een administratief voorschrift.

Het meldpunt is organisatorisch onderdeel van de NZa. Omdat de informatie die binnenkomt voor behandeling wordt doorgeleid naar de diverse afdelingen binnen de NZa, kan het meldpunt zelf relatief klein worden gehouden. Er komt een brochure voor patiënten en consumenten over het meldpunt en de NZa verstrekt informatie via de eigen website. Overigens kan men ook bij het meldpunt terecht voor informatie over de inhoud van regels, beleidsregels, beschikkingen en besluiten van de NZa en over de uitvoering van haar taken in algemene zin. Over de totale capaciteit die de NZa gaat gebruiken voor de behandeling van zaken die via het meldpunt binnenkomen, kan ik u bij gebrek aan ervaringsgegevens nog geen informatie geven.

Voorts wilden de leden van de CDA-fractie de vraag beantwoord zien of de patiënten en andere actoren wel bij het opstellen van het handhavingsplan zullen worden betrokken en zo ja, op welke wijze. Evenzeer of de patiënten/verzekerden zullen worden betrokken bij de algemene regels die voor alle aanbieders of verzekeraars op bepaalde deelmarkten zullen gelden.

Op de vraag van de CDA-fractie of de patiënten en andere actoren betrokken worden bij het opstellen van het handhavingsplan en de algemene regels die voor alle aanbieders of verzekeraars op bepaalde deelmarkten zullen gelden, kan ik bevestigend antwoorden. De wijze waarop is de verantwoordelijkheid van de NZa zelf en zal naar ik verwacht mede afhangen van de aard en de omvang van de regels. Sommige onderwerpen lenen zich beter voor algemene consultatierondes, zoals het handhavingsplan en de visies op deelmarkten. Regelmatig terugkerende

aangelegenheden, zoals tariefregels, vereisen soms specifieke en deskundige inbreng van het veld. Het CTG en het CTZ hebben vooruitlopend op de komst van de WMG de nodige voorbereidingen getroffen voor de communicatie met het veld en betrekken het veld bij het vormgeven daarvan.

Naar aanleiding van een verwante vraag van de leden van de PvdA-fractie over toepassing van artikel 3 lid 2 van de Awb en hoe in de werkwijze van de NZa gewaarborgd is dat het consumentenbelang expliciet wordt meegewogen verwijst ik naar het hiervoor gegeven antwoord. Vanzelfsprekend zal de NZa als bestuursorgaan op goede wijze invulling geven aan de Awb en kunnen partijen zo nodig een beroep doen op hetgeen daarin wordt geregeld over de werkwijze van een bestuursorgaan. Ik kan de NZa daarop zo nodig aanspreken. Dat de NZa bij de uitoefening van haar taken het algemeen consumentenbelang voorop moet stellen is een taakopdracht die in de WMG zelf is verankerd. Vanzelfsprekend betrek ik dit in mijn oordeelsvorming over het functioneren van de NZa.

De leden van de fractie van het CDA vroegen naar de praktische problemen die rijzen nu de Wet openbaarheid van bestuur (WOB) onverkort op de WMG en de NZa van toepassing zal zijn.

Een ieder is bij het gebruik van gegevens in het kader van de WMG verplicht zich te houden aan de geheimhoudingsregels die voor die gegevens gelden. Bij gegevens afkomstig van andere toezichthouders blijven de geheimhoudingsregels die op die toezichthouder rusten dus van toepassing. Bij uitsluiting van de WOB kon geen gegeven naar buiten zonder expliciet initiatief van de NZa op grond van de WMG. Dit betekende dat niet precies hoefde te worden bijgehouden op welk gegeven welke mate van geheimhouding rust. Nu de WOB wel van toepassing is verklaard en ieder verzoek van een derde om informatie moet worden behandeld zal de NZa bij de uitoefening van haar taken zorgvuldig moeten bijhouden uit welke gegevensbron de gegevens afkomstig zijn en welk geheimhoudingsregiem van toepassing is op die gegevens. De NZa is bevoegd om alle gegevens en inlichtingen, die zij heeft verzameld op grond van alle aan haar daartoe ten dienste staande wettelijke bevoegdheden, te gebruiken voor alle aan haar opgedragen taken. De NZa moet daarom per beslissing vastleggen welke gegevens zijn gebruikt en welke geheimhoudingsverplichting van toepassing is. Bij een verzoek op grond van de WOB zal dan moeten worden bezien of die geheimhoudingsplicht kan worden opzijgezet en of die gegevens onder de uitzonderingen van de WOB vallen of kunnen vallen.

Er is nogal wat heen-en-weer gepraat over de termijn waarop de evaluatie van de Zvw zou moeten plaatsvinden, alsook over de evaluatie van de WMG, zo stelden de CDA-fractieleden. Zij vroegen of ik uit een oogpunt van het patiëntenperspectief een gewenste aanvulling of vervanging zie in een jaarlijkse gezondheidsrechtelijke rapportage over de zorgeffecten voor de patiënt van de nieuwe ziektekostenregeling, het gehalte van de solidariteit en rechtvaardigheid, en de samenhang met de overige relevante wetgeving, zoals door prof. Roscam Abbing gesuggereerd?

Het is belangrijk de werking van het gezondheidszorgstelsel goed te volgen. De informatie daarvoor is nu al voorhanden. Jaarlijks komt de begroting van VWS uit en tweejaarlijks komt er een Zorgbalans. In beide documenten wordt in brede samenhangende zin over de gezondheidszorg gerapporteerd. Jaarlijks zullen er ook verslagen komen van de toezichthouders. Ik verwacht dat in al die rapportages het patiëntenperspectief steeds meer gewicht gaat krijgen omdat dat het enige perspectief is van waaruit de publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid zinvol over het voetlicht kunnen worden gebracht.

Daarnaast wordt elke gezondheidszorgwet vijf jaar na inwerkingtreding volledig geëvalueerd. De WMG wordt zelfs al eerder geëvalueerd, namelijk voor 1 januari 2009. Vanuit het bestaan van deze rapportages zie ik geen noodzaak om nog een aparte jaarlijkse gezondheidsrechtelijke rapportage in het leven te roepen.

De leden van de CDA-fractie stelden, evenals de SP-fractieleden, enkele vragen over de invloed van verzekerden op het beleid van zorgverzekeraars.

De CDA-fractieleden merkten op dat zij bij de behandeling van de Zvw aandacht hebben gegeven aan de invloed van de verzekerden op het beleid. De verplichting voor ziekenfondsen tot het instellen van een ledenraad werd in de Zvw niet uitgebreid tot alle verzekerden, maar vervangen door de veel slappere tekst dat de zorgverzekeraars verplicht zijn de verzekerden een redelijke mate van invloed te geven, aldus deze leden. Voorafgaande aan het eventueel gebruikmaken van een amvb zouden de zorgverzekeraars gelegenheid krijgen een en ander op orde te maken. Bij een onbevredigend verloop zou de minister zijn middelen gebruiken om dit steviger te verankeren. Deze leden vroegen naar een overzicht van de feitelijke situatie en mijn oordeel terzake. Ook vroegen zij welke rol de NZa hierbij heeft gespeeld.

De SP-fractieleden vroegen of de NZa ook toeziet op de manier waarop zorgverzekeraars in hun statuten bepalingen hebben opgenomen om een redelijke mate van invloed van verzekerden te waarborgen.

In de Zvw (art. 28) is bepaald dat zorgverzekeraars in hun statuten moeten aangeven hoe zij een redelijke mate van invloed van de verzekerden hebben vormgegeven. Op dit aspect heb ik Zorgverzekeraars Nederland (ZN) verschillende malen gewezen, mede op aandringen van de fractie van het CDA in de Eerste en de Tweede Kamer. ZN heeft zijn leden opgeroepen om op zorgvuldige wijze invulling te geven aan deze wettelijke verplichting en daarbij gewezen op het in opdracht van ZN door de commissie-Stasz opgestelde advies over «health insurance governance». Daarin wordt voorgesteld om voor de regeling van de invloed van verzekerden zogenoemde raden van advies in te stellen.

Op het naleven van de wettelijke verplichting door zorgverzekeraars ziet de NZa (thans nog het CTZ) toe. Deze wettelijke verplichting behoort immers tot de rechtmatige uitvoering van de Zvw. Om de administratieve lasten zo beperkt mogelijk te houden hebben het CTZ en DNB onderling onder meer afgesproken dat de statuten door DNB binnen tien werkdagen na ontvangst worden doorgezonden aan het CTZ (straks NZa) om te worden beoordeeld in het kader van de eisen van artikel 28 Zvw. Op grond van de Invoerings- en aanpassingswet Zvw hebben de zorgverzekeraars binnen een maand na inwerkingtreding van die wet de statuten aan DNB moeten overleggen. Vervolgens zijn de statuten aan het CTZ doorgezonden.

Het CTZ zal mij rapporteren over het onderzoek naar de statuten van de zorgverzekeraars die de Zvw uitvoeren. Uit die rapportage zal moeten blijken of verzekeraars in voldoende mate uitvoering hebben gegeven aan deze wettelijke verplichting. Ik merk daarbij op dat ook het daadwerkelijk functioneren van de gekozen oplossingen meebepalen of aan de doelstelling van de Zvw wordt voldaan. Daarvoor zal de NZa ook de werking van de gekozen constructies beoordelen.

De beoordeling aan de eisen van de Zvw is in de afrondende fase. Het algemene beeld tot dusverre is dat in de statuten van alle verzekeringsmaatschappijen die voor 1 januari 2006 als ziekenfonds werkzaam waren, een regeling voor de invloed van verzekerden is opgenomen. Een beperkt aantal voormalig particuliere ziektekostenverzekeraars heeft nog geen regeling voor de invloed van de verzekerden in de statuten opgenomen. Het CTZ (straks de NZa) spreekt de betrokken verzekeraars hierop aan en

zal zo nodig de ter beschikking staande handhavingsinstrumenten gebruiken.

Zoals ik al eerder heb laten weten heb ik mij bereid getoond scherpere regels te stellen indien blijkt dat verzekeraars op onvoldoende wijze invulling en uitvoering geven aan deze wettelijke taak. Indien de rapportages van de NZa daartoe aanleiding geven zal ik dan ook niet aarzelen nadere regels terzake te stellen.

De CDA-fractieleden vroegen naar de stand van zaken met betrekking tot de bundeling van bepalingen, die de rechtspositie van de patiënt/verzekerde verankeren in een zorgconsumentenwet.

Het betreft op dit moment «werk in uitvoering». Mede op basis van een analyse van de NPCF, die deze heeft vastgelegd in een in het voorjaar gepubliceerde brochure, worden de voor- en nadelen van een zorgconsumentenwet op een rij gezet. Ik betrek daarbij ook de resultaten van het onderzoek van de IGZ in het kader van de voorbereiding van de Staat van de Gezondheidszorg 2006, die patiëntenrechten als thema heeft. Als ik tot de conclusie kom dat een wet het beste middel is om de positie van de consument op de zorgmarkt te versterken, dan ga ik deze voorbereiden. Ik verwacht het parlement over dit onderwerp in juni 2006, of anders zo spoedig mogelijk daarna, te kunnen berichten. Daarbij is mijn uitgangspunt dat consumenten in het nieuwe stelsel moeten beschikken over een sterke rechtspositie, goed geïnformeerd zijn over de zorg waar zij recht op hebben en over goede mogelijkheden moeten beschikken om zonodig klachten en geschillen tot een bevredigende oplossing te brengen. In ieder geval staat nu al voor mij vast dat de informatieverstrekking over rechten en plichten te wensen overlaat en verbeterd moet worden.

#### *Aanmerkelijke marktmacht (amm)*

De leden van de CDA-fractie informeerden naar de argumentatie waarom niet is gekozen is voor het opnemen van een vaste marktaandeedrempel bij het vaststellen van amm in de wet. Ook vroegen zij of de NZa met veel juridische procedures te maken zal krijgen.

Het opleggen van aanmerkelijke marktmacht is een zware maatregel die diep ingrijpt in individuele ondernemingen. Als uit een marktanalyse blijkt dat op een deelmarkt daadwerkelijke concurrentie niet tot stand komt en dat dit wordt veroorzaakt doordat een partij aanmerkelijke marktmacht heeft, dan is het hebben van die macht op zichzelf voldoende om een passende verplichting op te leggen. Met andere woorden: misbruik is geen vereiste. De NMa kan alleen optreden bij overtreding van het verbod op misbruik van economische machtspositie. De NZa zal bijvoorbeeld onderscheid moeten maken tussen 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. Duidelijk is dat een uitermate zorgvuldige procedure moet worden doorlopen om aanmerkelijke marktmacht vast te stellen.

Het marktaandeel dient net als in het mededingingsrecht slechts als een indicatie voor aanmerkelijke marktmacht. Naast het marktaandeel spelen bij de vaststelling van aanmerkelijke marktmacht ook andere factoren een rol. Het betreft dan bijvoorbeeld de bestaande structuur van de markt, toetredingsdrempels en afnemersmacht. Marktmacht moet derhalve altijd worden afgeleid uit een combinatie van factoren. Het wetsvoorstel biedt ruimte om deze factoren mee te nemen.

Een keuze voor een vaste marktaandeedrempel zou enerzijds de gewenste zorgvuldigheid in het geding brengen en anderzijds de gewenste ruimte beperken. Een toets op basis van alleen een

marktaandeeldrempel is te statisch om aanmerkelijke marktmacht aan te tonen. Een bredere toets doet meer recht aan de omstandigheden waaronder de partijen opereren.

Bij het toepassen van het amm-instrument zal dan ook veelal een «case by case» benadering nodig zijn. Per zaak zal de NZa op basis van een analyse van de relevante markt en een beoordeling van de factoren, moeten aangeven of sprake is van amm. Dit is bij uitstek een taak voor een markttoezichthouder. De NZa kan in beleidsregels vastleggen welke methodes zij hanteert voor de afbakening van de markt. Op deze wijze wordt reguleringzekerheid aan partijen in het veld geboden.

Het afwegingskader voor de beoordeling of een partij aanmerkelijke marktmacht heeft, is gebaseerd op de toepassingspraktijk (jurisprudentie en beschikkingen) uit het algemene (Europese) mededingingsrecht<sup>1</sup> inzake het bepalen of sprake is van een economische machtspositie. Veel jurisprudentie is daarom reeds ontwikkeld. Het is nooit uit te sluiten dat procedures van de NZa om aanmerkelijke marktmacht vast te stellen, gepaard zullen gaan met juridische procedures.

De leden van de CDA-fractie hadden een onderbouwing gemist van de afwijzing van de kritiek, dat de bevoegdheden van de NZa strijdig zijn met het Europese recht. Deze leden waren met name geïnteresseerd in de aanvaardbaarheid van het preventief opleggen van verplichtingen, maar overigens ook in de relatie respectievelijk strijdigheid van de bevoegdheden van de NZa met de Europese regelgeving.

In de kritiek waarop de leden van de CDA-fractie duiden wordt vooral gesteld dat de bevoegdheden van de NZa op grond van artikel 48 WMG in strijd zouden zijn met het Europees mededingingsrecht en de derde schaderichtlijn.

Mevrouw prof. mr. E. Steyger stelt in haar artikel «Zorgautoriteit stelt maar weinig voor» (Financieele Dagblad van 1 december 2005) dat de bevoegdheid van de NZa om in het nieuwe zorgstelsel vooraf verplichtingen op te leggen aan ondernemingen met een machtspositie in strijd is met het Europese recht. Zij stelt dat de NZa daarmee de wijze van uitvoering van de verplichting vastlegt die de onderneming op grond van het mededingingsrecht al heeft. Daarmee zou de NZa de handelingsvrijheid van de onderneming verder beperken dan het mededingingsrecht toestaat.

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 markt-regels over het vrije dienstenverkeer, het vrije goederenverkeer en het recht van vrije vestiging in het EG-verdrag. Uit die regels vloeit voort dat de overheid in principe geen verplichtingen mag opleggen aan ondernemingen, tenzij daarvoor een rechtvaardiging bestaat. Die rechtvaardiging moet dan – kort gezegd – 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 voor verzekeraars – een behoorlijke mate van harmonisatie van de verzekeringsmarkt, zal weliswaar invloed kunnen 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 bevoegdheden 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

---

<sup>1</sup> Bekendmaking van de Commissie over de bepaling van de relevante markt, (Pb. 1997, C372/5).

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

De leden van de CDA-fractie vroegen of het amm-instrument ook zal gelden voor de AWBZ.

Bij de aanneming van het amendement van de heer Heemskerck<sup>1</sup> is de reikwijdte van het amm-instrumentarium van de NZa uitgebreid. Het amendement heeft tot gevolg dat het instrumentarium zoals neergelegd in artikel 46–49 WMG toepasbaar is op de zowel de zorginkoopmarkt, de zorgverleningsmarkt als de zorgverzekeringsmarkt. De toepassing van het instrument is dus niet langer meer beperkt tot alleen zorginkoopmarkten met vrije tarieven. Het instrument strekt zich derhalve ook uit tot de AWBZ.

#### *Amb's/ministeriële besluiten*

De CDA-fractieleiden vroegen of de dominante positie van de minister ten opzichte van de NZa ten koste gaat van de generieke beslisbevoegdheid van de NZa vergeleken met de bevoegdheden onder van het huidige CTG en CTZ. De leden van de CDA-fractie vergelijken de positie van de minister en de NZa ten opzichte van haar voorgangers en constateren terecht dat er een verschuiving is van instrumenten die de minister ten dienste staan om zijn ministeriële verantwoordelijkheid bij de NZa waar te maken vergeleken met instrumenten die hem ten dienste stonden bij het afzonderlijke organen die opgaan in die NZa. Het accent is – vooral bij de tarief- en prestatie-regulering – op aansturing vooraf komen te liggen. Dat gaat geenszins ten koste van individuele en generieke beslisbevoegdheid van de NZa. Die wordt zelfs versterkt door het afschaffen van de goedkeuring door de minister van de beleidsregels van de NZa. Overigens wordt de generieke beslisbevoegdheid van de NZa wel beperkt ten aanzien van tariefsoort en experimenten. Ook kan de minister ten alle tijden een aanwijzing geven, waarmee de ruimte van de NZa weer kan worden beperkt.

De leden van de CDA-fractie stelden vast dat de minister de financiële kaders blijft bepalen. Daaraan koppelden zij de stelling dat marktwerking en beheersing van de collectieve uitgaven toch wel twee moeilijk met elkaar te verenigen grootheden zijn. Zij vroegen of ik dit onderschrijf en of mede hierom het beleid niet altijd is vastgelegd in de wet zelf.

Ik ben het niet eens met de stelling dat beheersing van de collectieve uitgaven en marktwerking strijdig zijn met elkaar. De enige redenen om marktprikkels in te voeren zijn het beter laten aansluiten van het aanbod op de vraag en het stimuleren van de best mogelijke prijs-kwaliteit-verhouding. Marktprikkels zijn een effectief instrument om te komen tot een zo efficiënt mogelijke productie (dat wil zeggen een gegeven output, ook in termen van kwaliteit, tegen zo laag mogelijke kosten). Dat geldt overigens niet in alle gevallen. Soms zijn de marktomstandigheden zodanig dat bijvoorbeeld liberalisering van de prijzen in ieder geval op korte termijn zou kunnen leiden tot het in gevaar komen van betaalbaarheid als publiek belang. Daar is (prijs-)regulering op zijn plaats. De NZa kan adviseren wat in welke marktsituatie het meest effectieve en efficiënte instrument is, maar in de wet ligt vast dat de minister uiteindelijk de keuze bepaalt of en zo ja, welke vorm van tariefregulering op zijn plaats is.

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 30 186, nr. 23.



Marktwerking en beheersing van de collectieve uitgaven gaan dus, afhankelijk van de marktomstandigheden, hand in hand.

De leden van de CDA-fractie vroegen of het aantal amvb's en ministeriële regelgeving bij de WMG niet beschouwd moet worden als een overmaat. Zij vroegen de noodzaak van de respectievelijke maatregelen nog eens nader te onderbouwen met een prioriteitsvolgorde in de tijd.

De constatering dat er bij de WMG sprake is van een overmaat aan lagere regelgeving deel ik niet. Wat ik wel constateer is dat de WMG een breed taak- en werkgebied beslaat en door lagere regelgeving soepel in kan spelen op veranderende omstandigheden. Daarmee is de WMG tegelijk een dynamische en degelijk instrument. De volgende tabel geeft het door deze leden gevraagde overzicht van de amvb's en ministeriële regelingen die getroffen kunnen dan wel moeten worden.

**Tabel: Amvb's en ministeriële regelingen**

Aard regeling	Artikel	Inhoud	Toelichting
amvb	2	– Uitbreiding en beperking reikwijdte WMG	Betreft «kan-bepaling». Om soepele overgang van WTG naar WMG te maken, is ook bij inwerkingtreding WMG al een amvb gewenst. Deze ligt thans voor advies bij de Raad van State.
amvb	6, lid 2	– Afwijken van ambtelijke rechtspositieregels voor personeel NZa	«Kan-bepaling». Vooralsnog geen reden hiervan gebruik te maken. Alleen nodig indien de overgangsmatregelen die in de wet staan, onverhoopt onvoldoende blijken.
amvb	10	– Taakverwaarlozing NZa	«Kan-bepaling». Alleen in uiterste noodzaak.
mr	4, lid 7	– Onverenigbare functies leden NZa (aanvullend op opsomming in WMG)	«Kan-bepaling». Alleen nodig indien opsomming in de wet onvoldoende mocht blijken of indien zich in de toekomst nieuwe situaties voordoen.
mr	14, lid 3	– Inhoud en inrichting jaarplan NZa – Inhoud en inrichting jaarverantwoording NZa – Inhoud en inrichting accountantsverklaring en accountantsverslag	«Kan-bepaling». Bestaande regelingen die gelden voor CTG en CTZ zullen worden aangepast.
mr	14, lid 4	– Aandachtspunten accountantsonderzoek – Budgetvaststelling door minister voor NZa	«Moet-bepaling». Nodig om rechtmatig het jaarbudget te kunnen vaststellen.
mr	24, lid 4	– Inhoud en inrichting rechtmatigheidsrapport Zvw	«Kan-bepaling». Mogelijkheid bestond reeds op grond van de Ziekenfondswet. Tot op heden geen noodzaak gebleken.
mr	28, lid 4	– Inhoud en inrichting recht- en doelmatigheidsrapport AWBZ	«Kan-bepaling». Mogelijkheid bestond reeds op grond van de AWBZ. Tot op heden geen noodzaak gebleken.
mr	48, lid 1	– Extra amm-verplichtingen (aanvullend op opsomming in WMG)	«Kan-bepaling». Vooralsnog geen reden hiervan gebruik te maken; alleen indien uit praktijk mocht blijken dat aanvulling echt nodig is.
mr	65	– Aangeven welke categorieën persoonsgegevens noodzakelijk zijn voor uitoefening in de regeling aangewezen taken en bevoegdheden NZa, en aanwijzen welke categorieën persoonsgegevens mogen worden verstrekt aan instanties genoemd in art. 70	«Moet-bepaling». Overleg met alle betrokkenen is gaande.
mr	124, lid 4	– Tijdelijke regels mbt NZa ivm gevolgen iwtr WMG	«Kan-bepaling». Vooralsnog geen reden hiervan gebruik te maken. Alleen nodig indien zich onvoorziene gevallen mochten voordoen bij de inwerkingtreding van de WMG.
mr	124, lid 7	– Regels ivm overgang personeel CTZ en CTG naar NZa	«Kan-bepaling». Vooralsnog geen reden hiervan gebruik te maken. Alleen nodig indien de overgangsmatregelen die in de wet staan, onverhoopt onvoldoende blijken.

### *Administratieve lasten*

De leden van de CDA-fractie stelden, evenals de leden van de PvdA-fractie, enkele vragen over administratieve lasten. De CDA-fractieleden merkten op dat met dit wetsvoorstel geen bijdrage wordt geleverd aan de beoogde doelstelling van het kabinet om de administratieve lastendruk met 25 procent te verminderen. Zij vroegen op welke wijze een kleinere

reductie van de administratieve lasten bij de NZa – en welke dan – is geborgd en of gekozen is voor de minst belastende optie. De PvdA-fractiëden refereerden aan de opdracht aan de NZa in artikel 14, vijfde lid, om in overeenstemming met mij jaarlijks een plan op te stellen om de administratieve lasten te beperken en verslag te doen van de bereikte resultaten. Zij vroegen naar naar de wijze van meten. Verder vroeg deze fractie naar het voorkomen dat toepassing van de artikelen 27, 28, 32 en 36 leiden tot meer regelgeving en administratieve lastendruk en hoeveel voorschriften er kunnen dan wel mogen worden opgelegd in het kader van artikel 37.

De WMG bevat nogal wat «kan-bepalingen» als het gaat om regels afkomstig van de NZa. Daarvan is ook sprake in de genoemde artikelen 27 en 36. Van een «moeten» is dus geen sprake. Hierdoor kan de NZa de lasten tot het noodzakelijke minimum beperken. Waar geen regels nodig zijn hoeven die er niet te komen. Enige stijging van regeldruk met het oog op de belangen van de consument en om de transitiefase waarin het zorgstelsel zich bevindt goed te ondersteunen acht ik acceptabel. Verder wijs ik op andere mechanismen in de WMG die de administratieve lasten beperken. In de eerste plaats 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. Hierbij is de opdracht dat de afspraken in ieder geval inhouden dat een bestuursorgaan aan derden geen informatie vraagt indien een van de andere genoemde bestuursorganen de benodigde informatie kan verstrekken. Voorts regelt de WMG de bevoegdheid om informatie te delen met andere overheidsinstanties, waaronder collega-toezichthouders. Ook regelt de WMG dat de NZa de informatie die zij heeft verzameld op grond van alle haar daartoe ten dienste staande wettelijke bevoegdheden, mag gebruiken voor al haar taken. Het streven is dat overheidsinstanties, waar dat is toegestaan, maximaal informatie delen. Ook wijs ik er nog op dat de NZa voor haar toezicht een risicoanalysemodel gebruikt. Ook dit beperkt de administratieve lasten. Immers, de NZa hoeft voer bijvoorbeeld niet ieder jaar bij alle zorgverzekeraars informatie op te vragen over alle aspecten van de uitvoering van de Zvw. Dit gebeurt gedoseerd aan de hand van de te onderscheiden risico's en inschatting daarvan. Overigens merk ik op dat toepassing van artikel 28 WMG als zodanig geen administratieve lasten bij ondertoezicht gestelde organisaties veroorzaakt, omdat dit artikel gaat over het samenvattend rapport van de NZa over de rechtmatige en de doelmatige uitvoering van de AWBZ en de eventuele ministeriele regeling over de inhoud en inrichting van dat rapport. In de WMG zijn dus genoeg mogelijkheden opgenomen om de administratieve lasten zo beperkt mogelijk te houden. En het is geen vrijblijvende zaak. De leden van de PvdA-fractie refereren terecht aan artikel 14, vijfde lid, WMG. In dit verband wordt ook toepassing van artikel 32 betrokken. De wijze van meting staat in artikel 13, tweede lid onder c, waarin staat dat de jaarverantwoording van de NZa mede omvat een overzicht van de door de NZa veroorzaakte administratieve lasten, berekend volgens de principes van de Interdepartementale Projectdirectie Administratieve Lasten (IPAL).

De leden van de CDA-fractie vroegen in het licht van de thans voorliggende oplossing voor een goed afgebakende samenwerking tussen de verschillende toezichthouders, nog eens in te gaan op de berekening van Ernst & Young.

De stijging van veertig procent van de lasten van het toezicht is op basis van Ernst & Young niet te onderschrijven. Hiervoor zijn twee belangrijke inhoudelijke redenen te noemen. Op basis van het onderzoek is de stellige indruk ontstaan dat er dubbeltellingen aan de orde zijn. Van de elf in het

onderzoek betrokken verzekeraars voeren zes verzekeraars zowel de ziekenfonds- als de particuliere ziektekostenverzekering. Voor deze verzekeraars zijn de toezichtlasten dubbel geteld (én ziekenfonds, én particulier). Dit is geen goede aanname omdat vanaf 2006 er geen onderscheid meer is tussen deze twee verzekeringsvormen en hierdoor kan alles in één handeling in plaats van twee worden ondergebracht. Een tweede punt waarmee het onderzoek geen rekening houdt is het zogenaamde volume-effect. Het aantal verzekerde ten opzichte van de Ziekenfondswet stijgt van circa tien miljoen naar zestien miljoen. Door dit volume-effect niet te wegen in de berekening worden appels en peren met elkaar vergeleken.

De CDA-fractieleden herinnerden aan mijn eerdere opmerking dat mijn ministerie met het CTG en het CTZ in het komende jaar bestaande beleidsregels kritisch gaat toetsen op noodzaak, actualiteit en eenvoud. Zij vroegen waarom niet met onmiddellijke ingang met dit karwei begonnen wordt. Ook wilden zij weten welke besparingen er dan op korte termijn te bereiken zijn.

Het CTG en CTZ zijn inmiddels bezig met de voorbereidingen gestart met het kritisch toetsen van beleidsregels. Het doel is een set beleidsregels te krijgen die voldoende informatie oplevert, minder administratieve lasten meebrengt en de regeldichtheid beperkt. Ik kan op dit moment niet aangeven welke besparingen op korte termijn te realiseren zijn.

De CDA-fractieleden merkten op dat ik recent aankondigde binnenkort met partijen in het veld en de zelfstandige bestuursorganen (zbo's) te praten over de inrichting van een aanjaagteam en een meldpunt om overbodige bureaucratie op te sporen en snel aan te pakken. Welke resultaten zijn van dit gesprek te melden, dit ook tegen de achtergrond van het ontraden van het amendement-Omtzigt<sup>1</sup>, dat niettemin is aanvaard?

Het overleg met de verschillende partijen is gaande. In de zomer worden afspraken gemaakt over het verminderen van administratieve lasten, bureaucratie en regeldruk. Alle partijen: zorgaanbieders, zorgverzekeraars en overheid, hebben een eigen rol in het beperken van administratieve processen. Om deze rol te ondersteunen wordt gezamenlijk een vliegende brigade (anjaagteam) geformeerd. Deze brigade gaat actief helpen bij het oplossen van fricties tussen partijen (zorgaanbieders of zorgverzekeraars) onderling en bij het doorlichten van de beleidsregels. De vliegende brigade gaat nauw samenwerken met het meldpunt van de NZa, waar ook klachten over formulieren kunnen worden ingediend.

De CDA-fractieleden vroegen verder op welke wijze het amendement-Omtzigt zal worden uitgevoerd.

Het bedoelde amendement introduceerde twee nieuwe artikelen in het wetsvoorstel. Het gaat om de huidige artikelen 23 en 34.

Artikel 23 regelt dat aanbieders en verzekeraars in hun reglementen en voorwaarden moeten opnemen dat men bij de NZa een klacht kan indienen over door partijen gebruikte formulieren. Ook moet daarin komen te staan dat de uitspraak van de NZa over de klacht strekt tot bindend advies.

Wat betreft de verzekeraars: zij zullen hun reglementen en polisvoorwaarden moeten aanpassen. Ik stel mij voor dat de brancheorganisatie hiervoor in overleg met de NZa een standaardformulering opstelt. Om de administratieve lasten voor zowel de verzekeraars als de verzekerden te beperken, kan ik mij voorstellen dat de aanpassing tegelijk plaatsvindt met de eerstvolgende wijziging van de reglementen en voorwaarden. Zoals al in het kader van de Zvw is berekend, zou een extra mailing circa 1,5 miljoen uur voor verzekerden en € 40 miljoen voor verzekeraars kosten.

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 30 186, nr. 40.

Door de aanpassing te laten meelopen in de reguliere wijziging, kunnen de kosten beperkt blijven tot naar schatting € 20 000.

Wat betreft de zorgaanbieders worden er in de relatie patiënt-aanbieder geen reglementen en algemene voorwaarden gebruikt. De mogelijkheid om over formulieren te klagen bij de NZa kan via de folders van de brancheorganisaties over het algemeen klachtrecht onder de aandacht van patiënten worden gebracht. Om de administratieve lasten beperkt te houden zou ook hier het best aangesloten kunnen worden bij de eerstvolgende update van de folders.

Om de consument zo snel mogelijk te informeren over deze klachtmogelijkheid zal de NZa hierover algemene voorlichting geven. Ook de brancheorganisaties en patiënten- en consumentenorganisaties kunnen hun leden en de consument snel via algemene voorlichting op de hoogte stellen.

Uiteraard leidt het bindend advies dat een formulier niet hoeft te worden ingevuld tot een afname van de administratieve lasten. Als het bindend advies luidt dat het formulier moet worden aangepast, dan leidt dit weliswaar eenmalig tot extra lasten, maar daarna nemen de lasten af. Het formulier wordt dan immers eenvoudiger.

Voor het ontvangen van klachten over formulieren kan de NZa gebruik maken van het meldpunt waarover zij beschikt op grond van artikel 74.

Artikel 34 regelt dat een procedure die een verzekeraar of aanbieder hanteert als voorwaarde voor het verlenen van diensten of zorg aan een andere zorgaanbieder of aan een consument, uitsluitend informatie mag verlangen die van rechtstreeks belang is voor het onderwerp waarop die procedure betrekking heeft. Bij verandering van verzekeraar blijven alle met betrekking tot de betrokken verzekerde gehanteerde procedures geldig. De NZa kan regels stellen over:

- a. verrichtingen waarvoor geen procedure mag worden opgelegd;
- b. de geldigheid van eenzelfde procedure voor een aantal handelingen;
- c. de eenvormige invulling van procedures, waarbij kan worden voorgeschreven dat deze uitsluitend langs elektronische weg worden toegepast.

Op grond van signalen die de NZa ontvangt via bijvoorbeeld het meldpunt kan zij, eventueel na nader onderzoek, beoordelen of het wellicht nodig is de hier bedoelde regels te stellen en waarover die precies moeten gaan. Overigens merk ik op dat brancheorganisaties zelf al bezig zijn te bekijken hoe zij met name machtigingsprocedures verder kunnen terugdringen. Ik vertrouw er dan ook op dat de NZa dit artikel als slechts als een vangnet hoeft te gebruiken, namelijk voor het geval de bedoelde initiatieven onvoldoende resultaat hebben.

De CDA-fractieleden wilden weten wat ik vind van het verwijt van MKB-Nederland aan de zorgverzekeraars, dat de bulk van de administratieve problematiek door de omschakeling in het nieuwe ziektekostenstelsel bij de zorgondernemers komt te liggen. Zij vroegen in hoeverre zijn de problemen in overleg tussen ZN en de beroepsverenigingen al dan niet opgelost en of er geen kans is dat de administratieve lasten zullen worden afgewenteld op de burgers. Ik ben op de hoogte van de briefwisseling tussen MKB-Nederland en ZN. Zoals bekend hebben meer mensen dan eerder verwacht gekozen voor een andere verzekeraar. Dit heeft voor meerdere partijen (onder meer verzekeraars en zorgaanbieders) tot een extra belasting geleid. Het gaat mij er in de eerste plaats om dat patiënten en burgers niet de dupe worden van de gebleken aanloopproblemen bij de omschakeling naar het nieuwe ziektekostenstelsel. De knelpunten die wél zijn gebleken in het declaratieverkeer, worden zo snel mogelijk opgelost door de veegploeg (met name waar het gaat om knelpunten in het declaratieverkeer van huisartsen) of, zo nodig, in bilaterale gesprekken tussen ZN en de beroepsvereniging.

## 2. PvdA-fractie

### *Algemeen*

De leden van de PvdA-fractie constateerden dat de WMG zowel beoogt de ontwikkeling en ordening van en het toezicht op de markten in de gezondheidszorg te reguleren, als de kosten moeten helpen beheersen. Zij vroegen te reageren op hun analyse dat deze doelstellingen soms op gespannen voet met elkaar kunnen staan. Ook vroegen zij een voorbeeld van hoe de NZa met deze combinatie van doelstellingen om moet gaan in haar prioriteitsstelling. Wat moet worden verstaan onder het «goede gedrag» dat de NZa moet bevorderen en hoe wordt dat getoetst.

In antwoord op een vraag terzake van de leden van de CDA-fractie ben ik al ingegaan op de mogelijke tegenstelling tussen de ontwikkeling en ordening van markten en kostenbeheersing. De essentie is de volgende. Marktprikkels zijn een effectief en efficiënt instrument om markten te ontwikkelen. Marktprikkels stimuleren ook een kostenefficiënte productie en laten het aanbod beter aansluiten op de vraag. Ook als er vraag is naar hoge kwaliteit kunnen marktprikkels er voor zorgen dat deze kwaliteit wordt aangeboden tegen de laagst mogelijke kosten. Markten hebben echter tijd nodig om zich aan te passen. Bijvoorbeeld als er sprake is van schaarste aan de aanbodkant of als de (kwaliteit van de) geleverde producten onvoldoende transparant is. Als je in dergelijke gevallen «de markt zijn gang laat gaan» kunnen in ieder geval op korte termijn (gedurende de aanpassingstijd), publieke belangen in gevaar komen. In die gevallen is het beter de markt te reguleren en wel op een zodanige manier dat marktprikkels als het ware worden nagebootst om klantgerichtheid en efficiency te stimuleren.

In de prioriteitsstelling van de NZa staat de borging van de publieke belangen op de eerste plaats. Vervolgens dient te worden gezien hoe dit borgen het best kan worden gerealiseerd. Welke marktprikkels zijn mogelijk, welke regulering is nodig? Daarbij is relevant dat het altijd de minister is die beslist welke markten verder geliberaliseerd kunnen neemt. De NZa bevordert verder goed gedrag. In de kern gaat het hierbij om zaken als het bevorderen dat zorgverzekeraars en aanbieders patiënten en verzekerden informeren over prijs, kwaliteit en andere relevante eigenschappen van de aangeboden producten. En ook om het voldoen aan de zorgplicht door zorgverzekeraars. Voorts gaat het om het tegengaan van onredelijke betalingscondities of exclusieve leveringen, tegengaan van onredelijk lange contracttermijnen etc.

De leden van de PvdA-fractie vroegen welke omstandigheden het noodzakelijk maken dat toezicht door de NZa zich richt op de standaardisering van kostenallocatie door het vaststellen van uniforme kostentoerekeningsprincipes die door zorgaanbieders moeten worden toegepast. Zij vroegen op welke markten in de gezondheidszorg daarvan sprake zal kunnen zijn.

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. Het CTG heeft al met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) concrete afspraken gemaakt over deze uniforme principes.

Op de markten waar de tarieven zijn vrijgelaten kan het voor de beoordeling of de markt goed werkt in het kader van monitoring en of bepaalde partijen gebruik maken van hun mogelijke machtspositie noodzakelijk zijn een goed inzicht in de prijs-kostenverhouding te krijgen. Maar ook op markten waarin de NZa tarieven vaststelt kan inzicht in de kostprijsverhouding wenselijk zijn. Deze tarieven dienen namelijk gebaseerd te zijn

op de efficiënte kosten. De tarieven zouden niet moeten leiden tot excessieve winsten bij instellingen, tegelijkertijd moeten de prijzen efficiënte instellingen ook continuïteit garanderen. Om de efficiënte kosten te kunnen vaststellen kan de NZa gebruik maken van het vergelijken van instellingen («benchmarken»). Om deze vergelijking te kunnen uitvoeren, moeten de kosten vergelijkbaar zijn. Ook de DTe en de OPTA hebben de mogelijkheid om kostentoerekeningsprincipes vast te stellen en hebben deze ook toegepast.

De voornoemde leden vroegen verder op welke wijze de WMG zich verhoudt tot het beleid rond de kapitaallasten en de acute zorg en wat de stand van zaken op dit punt is.

Het beleid rond de kapitaallasten is onderdeel van de vergoedingensystematiek in de ziekenhuiszorg (dbc's) en AWBZ (zorgzwaartepakketten: zzp's). Het beleid rond de acute zorg is eveneens onderdeel van de vergoedingensystematiek in de ziekenhuiszorg. Beide vergoedingensystemen zijn in ontwikkeling richting prestatiebekostiging. Een ontwikkeling die wordt ondersteund door de WMG.

Deze maand stuur ik een brief naar het parlement over de stand van zaken bij de zzp-bekostiging. Ik ben verder van plan nog voor het zomerreces een brief te sturen over de stand van zaken bij de dbc-bekostiging. Daarbij ga ik ook in op de problematiek van de vergoeding van de kapitaallasten. Het kapitaallastenvraagstuk is overigens breder dan bekostiging op basis van tarieven inclusief kapitaallasten. Het kapitaallastenvraagstuk betreft ook thema's als bouwregime, faillissementsregeling en eigendomsverhoudingen.

De leden van de PvdA-fractie informeerden naar de diverse financiële aspecten van de stelselveranderingen.

De introductie van de Zvw is niet gekoppeld aan een taakstelling. De introductie van goede prikkels zal er toe bijdragen dat de zorguitgaven een relatief beperkte groei zullen doormaken. Die effecten op de groei zullen geleidelijk optreden.

Hoewel de totale zorguitgaven gelijk zijn verondersteld aan de uitgaven onder het oude stelsel, dient via de Zvw in 2006 wel een groter bedrag gefinancierd te worden, dan via de oude ziekenfondsen plus de oude particuliere verzekeraars in 2005. Dit hangt enerzijds samen met de overheveling van € 2,5 miljard uit de AWBZ en anderzijds met premies die in 2005 fors onder lastendekkende niveau lagen (de Algemene Kas kende in 2005 een tekort van € 1,4 miljard). Daarnaast groeien de zorguitgaven van 2005 op 2006. Totaal dient in 2006 circa € 5 miljard meer te worden gefinancierd dan in 2005. Omdat de rijksbijdragen dalen van € 2,9 miljard in 2005 naar € 1,8 miljard in 2006, stijgen de nominale premies (van € 7,6 miljard naar € 10,3 miljard) en de inkomensafhankelijke bijdragen (van € 10,8 miljard naar € 14,2 miljard).

Voor de zorgtoeslag is de raming voor 2006 € 2,6 miljard.

#### *Positie patiënt/zorgvrager*

De PvdA-fractieleden vroegen wat ik vind van hun opvatting dat de werking van de WMG in belangrijke mate invloed zal hebben op de vorm en mate waarin vraagsturing in de zorg gerealiseerd kan worden. Zij wilden weten hoe deze wet de positie van patiënten als marktpartij versterkt.

De NZa ziet erop toe dat de zorgmarkten goed werken. Enerzijds door toe te zien op de marktmacht van de diverse marktpartijen, zoals bijvoorbeeld bedoeld in artikelen 32 en 33. Anderzijds door toe te zien op de transpa-



rantie van de zorgmarkten zoals bijvoorbeeld bedoeld in de artikelen 38, 39 en 40. Ook ziet de NZa erop toe dat de zorgverzekeraars zich houden aan hun acceptatieplicht, zorgplicht en het verbod op premiedifferentiatie. De NZa heeft bovendien de uitdrukkelijke opdracht bij de uitoefening van haar taken het consumentenbelang voorop te stellen. Indien nodig kan de NZa handhavend optreden zoals bedoeld in hoofdstuk 6. Op deze manier speelt de NZa dus een belangrijke rol in het bewaken van de speelruimte en vrijheid van de individuele consument. Als effect van het toezicht van de NZa behouden individuele patiënten en consumenten keuzevrijheid en ontstaat er transparantie zodat patiënten en consumenten over keuze-informatie beschikken. Ik verwacht dat door de werking van de zorgmarkten het aanbod van zorgverzekeraars en zorgaanbieders steeds meer zal aansluiten bij de wensen van patiënten en consumenten.

De leden van de PvdA-fractie vroegen naar de positionering van patiënten- en consumentenorganisaties in het oorspronkelijke voorstel van wet.

Ik ga er bij mijn beantwoording vanuit dat deze leden hier doelen op de expliciete aanmerking als belanghebbende in de procedures betreffende bezwaar en beroep tegen besluiten van de NZa. De regering is van opvatting dat de patiënten- en consumentenorganisaties voldoende juridische mogelijkheden ten dienste staan om ook in rechte voor de door hen gerepresenteerde belangen te kunnen opkomen. Naar het oordeel van de regering zijn de rechten van patiënten- en consumentenorganisaties en ook andere organisaties bij bezwaar en beroep bij overheidsbeslissingen voldoende verankerd in artikel 1:2, derde lid, van de Awb. Daarin staat: «Ten aanzien van rechtspersonen worden als hun belangen mede beschouwd de algemene en collectieve belangen die zij krachtens hun doelstellingen en blijkens hun feitelijke werkzaamheden in het bijzonder behartigen.» In dat geval bepaalt de bestuursrechter of een organisatie belanghebbende is. Om deze reden vond de regering een expliciete aanwijzing als belanghebbende bij beslissingen van de NZa niet nodig, maar had anderzijds tegen het desbetreffende amendement geen onoverkomelijke bezwaren.

De PvdA-fractieleden informeerden naar de mogelijkheden voor een verdere versterking van de positie van patiënten en consumenten als «belanghebbenden». Zij vroegen welke invloed zij bijvoorbeeld moeten hebben op de leveringsvoorwaarden van producten en diensten. Ook wilden zij weten hoe ik aankijk tegen de realisatie van een zorgconsumentenwet, waarin de rechten en plichten van de patiënten en consumenten geborgd worden.

Ik ben op dit moment doende met een analyse op welke punten een verdere versterking van de positie van patiënten en consumenten nodig is. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan de vraag naar een Zorgconsumentenwet. Ik betrek de optie om patiënten en hun organisaties invloed te geven op de leveringsvoorwaarden in mijn analyse. Ik verwacht het parlement in juni 2006, of anders zo spoedig mogelijk daarna, nader te kunnen berichten over mijn voorstellen.

De leden van de PvdA-fractie vroegen een nadere uitleg van het begrip «algemeen consumentenbelang» in artikel 3, vierde lid, en hoe dat door de NZa moet worden gehanteerd. Tevens vroegen zij of daarbij verzekerdenraden worden betrokken.

Het begrip «algemeen consumentenbelang» onderscheidt zich van het begrip «individueel consumentenbelang». Waar bij het laatste begrip de doorslag naar het individuele belang van de individuele consument over-

helt, moet dat bij het algemeen consumentenbelang ruimer worden gezien. In de zorg staat daar toch vooral een belang van alle consumenten voor het bestaan en voortbestaan van een stelsel van kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg voorop. De wijze waarop dat stelsel moet worden bereikt en in stand gehouden voor alle consumenten kan dan wel eens niet samenlopen met het belang van de individuele consument op korte termijn.

De NZa zal de consumentenorganisaties goed betrekken bij haar werkzaamheden.

De leden van de PvdA-fractie vroegen waarom het dienen van het algemeen consumentenbelang niet is meegenomen in de opdrachtformulering voor de NZa, zoals verwoord in artikel 16 van de WMG.

Het dienen van het algemeen consumentenbelang is opgenomen bij de bepaling waarmee de NZa wordt ingesteld (artikel 3, vierde lid). Daarmee geldt die opdracht voor alle taken waarmee de NZa wordt belast bij of krachtens de WMG of andere wet (artikel 3, tweede lid). Opnemen van taakomschrijving in artikel 16 is daarmee overbodig en zou de indruk kunnen wekken dat alleen bij die taken het algemeen consumentenbelang gediend wordt.

De leden van de PvdA-fractie refereerden aan mijn reactie op de kritiek van de Raad van State waarin ik stel dat de belangen van de consument niet altijd de doorslag dienen te geven: «er kunnen immers andere belangen zijn die in een bepaald geval in de ogen van de NZa zwaarder moeten wegen». Zij vroegen om aan de hand van enkele voorbeelden te illustreren wanneer andere belangen zwaarder wegen dan het consumentenbelang en aan welke belangen ik denk.

In het nader rapport ging ik in op de opmerking van de Raad van State dat door de formulering die in het oorspronkelijke artikellid was gekozen de indruk zou kunnen worden gewekt dat alleen met de belangen van consumenten rekening zou moeten worden gehouden, terwijl de NZa in de ogen van de Raad uiteraard bij de uitoefening van haar taken blijk zal moeten geven van een evenwichtige en volledige belangenafweging. De andere belangen waar ik in mijn reactie op doelde zijn in de eerste plaats de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Zo kan het uit een oogpunt van macrobetaalbaarheid van de gezondheidszorg als zodanig in relatie tot de financiële situatie van het land, ongewenst zijn indien de NZa een besluit neemt dat weliswaar op de korte termijn het belang van een consumentengroep dient, maar op de langere termijn tot ongewenste financiële effecten leidt in andere sectoren van de economie. Waar de NZa bijvoorbeeld door een aanwijzing mijnerzijds, die ook is besproken met het parlement, gedwongen wordt in een prijs-gereguleerde sector een schaarstebeleid te voeren, dan staat het de NZa niet vrij daar met een beroep op het consumentenbelang afstand van te nemen en de aanwijzing niet op te volgen. Het is in het algemeen belang dat de NZa dwingende aanwijzingen van de minister van VWS opvolgt. Dit neemt uiteraard niet weg, dat de NZa wel haar mening aan mij kenbaar kan maken en mij op de gevolgen voor het consumentenbelang zou kunnen wijzen. Het desbetreffende artikellid legt weliswaar door amendering een zwaardere eis op aan de NZa waar het gaat over de afweging van het consumentenbelang («stelt het algemeen consumentenbelang voorop» in plaats van «houdt rekening met de belangen van de consument»), niettemin laat dit in mijn ogen nog wel ruimte aan de NZa om te handelen als hier beschreven.

De leden van de PvdA-fractie vroegen naar het recht op informatie van consumenten en patiënten te verstrekken door de NZa en hoe zij kunnen

controleren of een besluit van de NZa in hun belang is. Bestaat er via WMG recht op informatie, ook wanneer het gaat om individuele zorgverzekeraar of zorgaanbieder, zo vroegen deze leden.

De WMG geeft patiënten en consumenten een goede positie als het gaat om het verkrijgen van informatie van de NZa. Ik noem enkele voorbeelden. Op grond van artikel 20 geeft de NZa voorlichting omtrent de inhoud van haar regels, beleidsregels, beschikkingen en besluiten en ten algemene over de uitvoering van haar taken. Verder stelt zij alle naar haar oordeel relevante informatie over regels, beleidsregels, beschikkingen en besluiten beschikbaar op internet. Voorts is geregeld dat de NZa haar regels, beleidsregels, beschikkingen en besluiten voor een ieder ter inzage legt. Ook is in dit artikel de bekendmaking van die te inzage legging in de Staatscourant geregeld. Verder kan de NZa haar bevindingen op grond van het marktonderzoek (artikel 32) openbaar maken, met uitzondering van gegevens en inlichtingen die naar hun aard vertrouwelijk zijn. Ook andere documenten zoals het werkprogramma, de begroting en het verslag van werkzaamheden zijn openbare documenten, die inzicht geven in onder meer de werkwijze van de NZa, het te voeren en gevoerde beleid en de resultaten. Voorts is het jaarlijkse samenvattend rapport over de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving door de zorgverzekeraars in het voorafgaande kalenderjaar openbaar en algemeen verkrijgbaar. Dit geldt evenzo voor het rapport over de rechtmatige en de doelmatige uitvoering van de AWBZ. Ook kan de NZa handhavingsmaatregelen ter openbare kennis brengen, bijvoorbeeld om consumenten te waarschuwen dat zij niet moeten ingaan op aanbiedingen van verzekeringen die ten onrechte als zorgverzekeringen op de markt worden gebracht. Ten slotte kunnen verzoeken om informatie op grond van de Wet openbaarheid van bestuur (WOB) aan de NZa worden gericht. De mogelijkheden zijn echter niet onbegrensd. De NZa zal met name in situaties waarin informatie over individuele zorgaanbieders of ziektekostenverzekeraars naar buiten wordt gebracht zorgvuldige afwegingen moeten maken. Daarbij moet zij binnen de wettelijke kaders van bijvoorbeeld de WOB en de WMG blijven en de geldende criteria in acht nemen. Verder is de NZa gehouden om bij verzoeken tot het verstrekken van informatie die zij van andere toezichthouders verkregen heeft de geheimhoudingsregimes van die toezichthouders in acht te nemen.

De leden van de PvdA-fractie stelden enkele vragen over waar patiënten en consumenten met hun individuele vraag of klacht terecht kunnen en de mogelijkheden om dit uit te breiden.

Deze vragen zijn gezamenlijk beantwoord met vragen van de CDA-fractieleden over het meldpunt.

De leden van de PvdA-fractie vroegen welke eisen de WMG stelt aan de bewerking van individuele patiëntgegevens door derden, dusdanig dat ze niet langer tot individuele patiënten te herleiden zijn.

De WMG heeft onder andere als doelstelling «een doelmatig en doeltreffend stelsel van de zorg». Dat biedt ruimte om gebruik te maken van de bevoegdheden met betrekking tot het reguleren van het gegevensverkeer tussen consument, zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar. De WMG biedt in artikel 68 en in navolging van de WTG de NZa de mogelijkheid om te bepalen welke gegevens door wie aan wie op welk moment geleverd moeten worden. De arm van de NZa strekt zich niet verder uit dan tot de doeleinden van de WMG. De gegevensuitwisseling kan vormvrij zijn, maar kan ook ten behoeve van vergelijkbaarheid aan een uniforme indeling worden gebonden.

Het voorgaande geldt ook voor persoonsgegevens die de gezondheid

betreffen. Daarbij moet op grond van de Wet bescherming persoonsgegevens natuurlijk wel aan het noodzakelijkheidvereiste worden voldaan. Waar wel persoonsgegevens als bron moeten dienen, maar deze vanwege de Wet bescherming persoonsgegevens niet noodzakelijkerwijs als zodanig moeten worden verstrekt kan ook voor deze persoonsgegevens een bewerking worden voorgeschreven die bruikbare uniforme informatie oplevert voor verdere verwerking, doch zonder dat deze bewerkte gegevens tot de persoon zijn te herleiden.

De leden van de PvdA-fractie vroegen daarbij op welke manier die gegevens in de praktijk gebruikt kunnen worden en met welk doel en hoe is privacy hierbij geborgd.

Een voorbeeld van een dergelijke regeling is Regeling verplichte aanlevering en verspreiding Minimale Dataset (mds) van het CTG. Die regeling is oorspronkelijk opgesteld ten behoeve van het functioneren en onderhouden van het dbc-systeem als vorm van prestatieomschrijvingen voor de geliberaliseerde deelmarkt voor ziekenhuiszorg. De regeling verplicht tot het ontdoen van gegevens van persoonsidentificerende kenmerken voordat zij worden aangeleverd aan het DIS (dbc-informatiesysteem). Het is de bedoeling de persoonsgegevens te vervangen door een pseudo-identiteit. De gegevens onder de kop «unieke identificatie patiënt» worden dan pseudo-identiteit, postcode (viencijfers), geboortjaar, unieke identificatie van de ziektekostenverzekeraar en verzekeringsgrond. De aldus gecreëerde pseudo-identiteit kan dienen voor monitoring en interventie en het publieke onderhoud van dbc's. Hieruit kan worden afgeleid in hoeverre een dbc bij meerdere patiënten voorkomt. Door gebruik te maken van de pseudo-identiteit kunnen de gegevens betreffende de gezondheid niet herleid worden tot de individuele patiënt. De NZa heeft voorts als klachtinstantie op grond van artikel 23 de bevoegdheid zich een oordeel te vormen over door zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars gebruikte formulieren. Ook daar kan de NZa aangeven of de op het formulier gevraagde gegevens, waaronder persoonsgegevens de gezondheid betreffende, wel noodzakelijkerwijs gevraagd of in die vorm gevraagd moeten worden. Verder kan de NZa op grond van artikel 34 nog toezien of een zorgaanbieder of ziektekostenverzekeraar in een procedure voor het verkrijgen van zorg of een dienst geen informatie vraagt die niet van rechtstreeks belang is voor het onderwerp waarop die procedure betrekking heeft.

De leden van de PvdA-fractie informeerden verder hoe de invoering van het elektronisch patiëntendossier (epd) versneld kan worden en welke rol de NZa daarbij kan spelen.

De invoering en instandhouding van het epd wordt verankerd in een afzonderlijke wet. Een voorstel daartoe is in voorbereiding. Afhankelijk van de inhoud van dat voorstel wordt bezien of en op welke wijze de NZa hier taken heeft.

#### *Kwaliteit en transparantie*

De PvdA-fractieleden merkten op dat bij debatten in de Eerste Kamer over de werking van marktprikkels in de gezondheidszorg regelmatig de verhouding tussen kwaliteit van zorg, doelmatigheid en kostenbeheersing naar voren is gekomen. Daarbij is vaak verwezen naar het in ontwikkeling zijnde toezichtkader. De leden van de PvdA-fractie stelden daarom een aantal vragen op dit punt. Zo vroegen zij of het toezicht op kwaliteit ten principale preferent is ten opzichte van toezicht op marktverhoudingen. Zo ja, hoe is dat in de WMG geborgd; zo nee, waarom niet, zo wilden zij weten.

Artikel 19 bepaalt dat de NZa het oordeel van de IGZ volgt over de kwaliteit van het handelen van zorgaanbieders. Dit verzekert dat, indien de inspectie oordeelt dat de kwaliteit van een aanbieder onder de maat is, de NZa dit als een gegeven dient te beschouwen. In deze zin is kwaliteit preferent aan marktwerking. Kwaliteit die niet voldoet aan de basisvereisten mag niet geleverd worden.

De PvdA-fractieleden vroegen verder op welke wijze is geborgd dat de NZa in het marktonderzoek zowel de ontwikkelingen in prijzen en kosten, als in de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg betreft. Ook vroegen zij wat ik versta onder de «goede zorg» die gestimuleerd moet worden.

Onder goede zorg versta ik betaalbare en toegankelijke zorg van goede kwaliteit. De consument is immers niet gebaat bij goedkope zorg van slechte kwaliteit. Het consumentenbelang is dan ook niet alleen gelegen in de betaalbaarheid van zorg, maar vooral ook in kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. De NZa zal in haar marktonderzoeken dan ook aandacht besteden aan al deze dimensies van goede zorg. Net zoals het CTG en het CTZ dat nu al doen in hun monitordocumenten. Informatie met betrekking tot de stand van zaken van betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid ontleent de NZa aan beschikbare kwalitatieve en kwantitatieve informatie die zij ontvangt van zowel andere overheidsorganisaties als van marktpartijen.

Voorts wilden voornoemde leden weten in hoeverre de NZa stimuleert dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar afspraken maken over het ontwikkelen en verspreiden van innovaties in de zorg en of dit een prioriteit vormt in het toezicht door de NZa.

De NZa zal erop toezien dat de zorgmarkten goed werken. Stimulansen voor innovatie komen vooral door het beter laten functioneren van de zorgmarkten. De NZa heeft tot taak de nodige voorwaarden te scheppen zodat zorgmarkten doelmatiger en efficiënter gaan functioneren. Innovatie is daarmee het resultaat van de goede werking van de zorgmarkten. De NZa stuurt dus niet op de innovatie an sich. In dit kader is het bijvoorbeeld van belang dat transparant is welke zorgaanbieders de «state-of-the-art» behandelingen aanbieden en welke niet. Ik verwacht dat door deze transparantie zorgaanbieders steeds meer geprikkeld worden om te innoveren en bewezen innovaties sneller zullen implementeren.

De leden van de PvdA-fractie vroegen hoe realistisch het is dat aanbieders die topkwaliteit op bepaalde specialismen leveren snel zullen gaan groeien en daarmee aan marktmacht zullen winnen. Tevens vroegen zij welke mate van concentratie van marktmacht ik daarbij wenselijk acht en welk type marktconcentraties ik zou willen doorbreken omwille van de keuzemogelijkheid voor de cliënten/patiënten. Allereerst zij opgemerkt dat het goed is wanneer partijen die beter presteren (dat wil zeggen producten leveren met een betere prijs kwaliteit verhouding) groeien, mits daarbij de publieke belangen niet in gevaar komen. Of dit tot marktmacht leidt is sterk afhankelijk van de vraag of bestaande en/of nieuwe aanbieders deze kwaliteit ook kunnen gaan leveren. Kortom, het is juist de concurrentie die de prikkel kan geven om te innoveren. Wanneer partijen dan toch marktmacht verkrijgen doordat ze beter presteren in termen van prijs kwaliteit verhouding, zal de NZa dan ook niet zonder meer ingrijpen in de prijzen. Dit belemmert de prikkel tot verbetering en straft investeringen in betere kwaliteit af.

Dit laat onverlet dat de NZa met de WMG instrumenten in handen heeft om te voorkómen dat de ontwikkeling van concurrentie op de zorginkoopmarkt wordt verhinderd door verzekeraars of zorgaanbieders met marktmacht. De NZa kan aan deze partijen specifieke verplichtingen opleggen,

indien deze partijen zich onafhankelijk gedragen van de andere partijen op een markt. Bijvoorbeeld indien een partij de prijzen kan verhogen zonder dat hij daar noemenswaardig nadeel van heeft.

De Mededingingswet wijst de NMa aan voor het toezicht op fusies. Daarnaast zal ik toezien dat fusies van ziekenhuizen geen nadelige gevolgen hebben voor de toegankelijkheid van het zorgaanbod, met name de bereikbaarheid van acute zorg.

De leden van de PvdA-fractie vroegen waarom er in artikel 40 niet voor is gekozen om specifiekere als vereiste op te nemen dat het moet gaan om adequate informatievoorziening omtrent de voor de patiënt en de door hem gewenste behandeling kwalitatieve verschillen?

Ik zie niet hoe de in de vraag gebruikte formulering de werking van (het toezicht op) artikel 40 verder verbetert. De NZa ziet toe op de naleving door zorgverzekeraars van dit artikel en of als gevolg daarvan de markt voor patiënten voldoende transparant is. Dat betekent dat als er bij de gecontracteerde zorgaanbieders sprake is van verschillen in behandelmethodes die voor zorgconsumenten relevant zijn, deze voor die consument ook zichtbaar moeten zijn. Wat hiervoor precies de maatstaf wordt moet zich nog ontwikkelen, maar een eerste uitgangspunt zou kunnen zijn dat zorgverzekeraars met het gecontracteerde aanbod op bijvoorbeeld KiesBeter staan. Ook andere private initiatieven kunnen hier uitkomst bieden.

#### *Werkwijze en bevoegdheden NZa*

De leden van de fractie van de PvdA vroegen hoe de WMG zich verhoudt tot de Kaderwet zbo's. Ook vroegen zij hoe de ministeriële verantwoordelijkheid ten opzichte van de NZa nader kan worden gespecificeerd en hoe ver de onafhankelijkheid van de NZa reikt.

Het kabinet stelt met de Kaderwet zbo's basisregels voor de zelfstandige bestuursorganen bij de rijksoverheid. Vanwege het streven naar harmonisatie zijn de algemene eisen ten aanzien van publiekrechtelijke zelfstandige bestuursorganen die het wetsvoorstel Kaderwet zbo's bevat toegepast op de NZa. Ten aanzien van de onafhankelijkheid van de NZa geldt dat de regering er bewust voor heeft 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) en politieke beïnvloeding in individuele gevallen niet kan plaatsvinden. De NZa voert zijn taken zelfstandig en onafhankelijk uit. Dat leidt tot vertrouwen bij marktpartijen en een stabiele voorspelbare toezichthouder. De beleidsvrijheid van de NZa is beperkt tot het uitvoerende niveau. De minister is verantwoordelijk voor de werking van het stelsel, waaronder ook het functioneren van een zbo. Die ministeriële verantwoordelijkheid komt tot uitdrukking in de bevoegdheden die de minister ten opzichte van de NZa heeft. Ik noem, in het kader van de vraag van de PvdA-fractieleiden, 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). 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 rolverdeling tussen minister en NZa komt hierna nog aan de orde bij mijn antwoord op vragen van de fracties van de SGP en ChristenUnie hierover.



De leden van de PvdA-fractie constateerden dat de NZa zowel de rol van regulator, tariefsteller en toezichthouder heeft in de WMG en vroegen of deze bundeling van taken niet tot te veel macht leidt voor de NZa. Ook vroegen zij op welke wijze de scheiding van taken binnen de NZa is geborgd en of daarover met de sector wordt gecommuniceerd. Deze leden informeerden verder naar het risico dat er hierdoor rolverwarring aan de zijde van de overheid zal ontstaan en of de combinatie van rollen op langere termijn noodzakelijk en wenselijk zal zijn.

Ik heb voor deze bundeling van taken gekozen omdat de gezondheidszorg aan het begin van een veranderingsproces staat dat de nodige tijd zal nemen en dat om behoedzaamheid vraagt. Het introduceren van meer marktelementen kan niet overal in dezelfde mate of hetzelfde tempo. De zorginkoopmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorgverleningsmarkt beïnvloeden elkaar sterk; daarbinnen verkeren de verschillende deelmarkten in verschillende stadia van ontwikkeling. In een dergelijke complexe situatie is een sectorspecifieke benadering noodzakelijk. De NZa heeft daarom naast pure toezichtbevoegdheden ook een aantal bevoegdheden van regulerende aard.

De geleidelijke overstap naar meer markt in de zorg maakt het nodig de sectorspecifieke kennis over de verschillende zorgmarkten en de verschillende vormen van toezicht te bundelen bij één organisatie. Dit maakt het toezicht effectiever en efficiënter en meer geschikt voor de bijzondere eisen die de zorgmarkt stelt. Naarmate de gezondheidszorgmarkten steeds meer als reguliere markten kunnen opereren, is er geen bijzondere noodzaak meer markten ex ante te stimuleren. Voor die markten volstaat dan het algemene mededingingstoezicht van de NMa op grond van de Mededingingswet. Voorlopig zitten we echter nog in het begin van het proces om geleidelijk meer marktwerking te introduceren. 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. Ten slotte is van belang dat ook het toezicht op de uitvoering van de Zvw en van de AWBZ blijvende aandacht verdient.

Deze bundeling van taken leidt niet tot te veel macht voor de toezichthouder. 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.

De leden van de PvdA-fractie vroegen of de NZa ook toeziet op de wijze waarop persoonsgegevens worden verwerkt door zorgverzekeraars en zo ja, op welke wijze die taak wordt die taak vormgegeven.

Deze vraag maakt ook onderdeel uit van een aantal vragen van de leden van de fractie van GroenLinks. Ik verwijs naar mijn antwoord op die vragen.

De leden van de PvdA-fractie vroegen of zij het goed begrepen hadden dat de NZa op verschillende manieren kan ingrijpen om de marktwerking te bevorderen, maar niet als prijsstijgingen veroorzaakt worden door marktbelemmeringen. Zij wilden weten hoe wordt vastgesteld of prijsstijgingen door de introductie van bepaalde marktprikkels worden veroorzaakt en

welke mogelijkheden ik heb om, al dan niet via de NZa, in dergelijke situaties in te grijpen.

De vraagstellers veronderstellen dat de NZa op verschillende manieren kan ingrijpen om de marktwerking te bevorderen, maar niet als prijsstijgingen veroorzaakt worden door marktbelemmeringen. Deze veronderstelling is niet juist. De NZa krijgt met de WMG een scala aan instrumenten die zij kan inzetten om marktwerking te bevorderen. De NZa kan op verschillende wijzen ingrijpen wanneer marktbelemmeringen leiden tot prijsstijgingen. Een voorbeeld is dat de NZa aan partijen met aanmerkelijke marktmacht die een te hoge prijs hanteren bepaalde verplichtingen kan opleggen. Hierbij behoort het tot de mogelijkheden om voor diensten en producten, waarvan de prijs niet (meer) wordt gereguleerd en waarvan de hoogte nog onvoldoende wordt bepaald door marktkrachten, voor individuele ondernemingen alsnog te reguleren. Dergelijke verplichtingen zijn niettemin noodzakelijk indien door het ontbreken van daadwerkelijke concurrentie de onderneming het zich kan veroorloven buitensporig hoge tarieven te vragen. Ook als de tariefstelling van een onderneming ertoe leidt dat de marges van andere ondernemingen uitgehold worden, kan individuele regulering gerechtvaardigd zijn. De individuele regulering is in dergelijke gevallen gebaseerd op marktconforme methodieken. Daarnaast verkrijgt de NZa verschillende mogelijkheden om transparantie over prijs en kwaliteit in de markt te bevorderen. Transparantie is een belangrijke prikkel voor zorgaanbieders om de voor de consumenten wenselijke prijs kwaliteitsverhouding aan te bieden. Ook kan de NZa aan mij advies uitbrengen om andere structurele maatregelen te treffen, zoals het wegnemen van bepaalde toetredingsdrempels.

De leden van de PvdA-fractie constateerden dat in artikel 48 lid 1 onder f wordt bepaald dat zorgverzekeraars niet een te hoge capaciteit met zorgaanbieders mogen afspreken. Bij lid 1 onder g van hetzelfde artikel kunnen verplichtingen worden opgelegd om juist een aanbod in stand te houden. De leden wilden weten hoe deze bepalingen zich verhouden tot vrijere onderhandelingen op een markt. Zij vroegen of het niet logischer zou zijn om over omvang en afname en een latere geringere of grotere afname prijsafspraken op de markt te maken en hoe wordt voorkomen dat de NZa aanbieders en verzekeraars vooral prikkelt om via budgetten en nieuwe vormen van aanbodsturing, en maar beperkt via de behoeften op de markt.

De in de vraag genoemde bepalingen hebben uitdrukkelijk tot doel de concurrentie te bevorderen en zo de verzekeraars en de aanbieders de vrijheid en de verantwoordelijkheid te geven om het aanbod te bepalen. De NZa zal slechts ingrijpen wanneer de markt niet komt tot een optimaal aanbod van zorg, doordat er machtsposities zijn. De bepalingen beogen dus niet een nieuwe vorm van aanbodsturing te introduceren. Vrije onderhandeling op de markt over de prijs is het uitgangspunt van het systeem van prijsconcurrentie. Slechts in gevallen waarin partijen met aanmerkelijke marktmacht hun positie kunnen gebruiken om marktwerking te verminderen, kan de NZa bepaalde contractuele bepalingen verbieden of juist laten opnemen. Onderdeel f van artikel 48 lid 1 kan bijvoorbeeld betrekking hebben op een verzekeraar die een bepaalde «onmisbare» aanbieder volledig contracteert. Een «onmisbare» aanbieder is een aanbieder die een verzekeraar nodig heeft om in een bepaald gebied polissen te kunnen verkopen. Deze aanbieder heeft dan aanmerkelijke marktmacht. Wanneer andere verzekeraars geen contract met deze aanbieder zouden kunnen afsluiten, kan de machtspositie van de aanbieder op de zorginkoopmarkt worden uitgebreid naar de verzekeringsmarkt. Onderdeel f kan in een dergelijk geval garanderen dat de

machtspositie van de aanbieder op de zorginkoopmarkt niet wordt uitgebreid naar de verzekeringsmarkt.

Onderdeel g van artikel 48 lid 1 beoogt een ander doel. Dit onderdeel strekt ertoe om de concurrentie tussen verschillende aanbieders te bevorderen. Als een bepaalde faciliteit voor alle aanbieders in een bepaalde markt noodzakelijk is om zorg te kunnen leveren en deze faciliteit is niet makkelijk te dupliceren, dan kan een instelling die de beschikking heeft over een dergelijke faciliteit worden verplicht deze tegen de betaling van een redelijke prijs aan andere aanbieders ter beschikking te stellen. Deze aanbieders kunnen concurreren met de eigenaar van de zogenaamde essentiële faciliteit. Overigens zal de NZa dit onderdeel met de nodige terughoudendheid toepassen om te voorkomen dat prikkels om in dergelijke faciliteiten te investeren worden vernietigd.

De leden van de PvdA-fractie vroegen wanneer er volgens de NZa sprake zal zijn van een situatie dat een zorgverzekeraar zijn positie misbruikt. Wanneer en op welke wijze zal de NZa dan ingrijpen? Kan de minister dit illustreren met een enkel voorbeeld?

Het toezicht op het verbod van misbruik economische machtspositie, valt onder de bevoegdheden die de NMa op grond van de Mededingingswet heeft. De WMG geeft de NZa de bevoegdheid in te grijpen vóór dat er sprake is van misbruik. De NZa kan al bij de enkele aanwezigheid van aanmerkelijke marktmacht vooraf verplichtingen opleggen aan marktpartijen om de concurrentie op gang te brengen. Misbruik is daarvoor geen vereiste. Indien een zorgverzekeraar beschikt over aanmerkelijke marktmacht en deze positie kan gebruiken om de totstandkoming van marktwerking te belemmeren, kan de NZa op grond van artikel 48 WMG verplichtingen opleggen. Voor een voorbeeld verwijs ik naar zie het antwoord op de eerdere vraag van deze leden over artikel 46 lid 1 onder f en g.

De leden van de PvdA-fractie wilden meer duidelijkheid over de betekenis voor het werk van de NZa dat de NMa de Richtsnoeren Zorg aanpast op het gebruik van zorgmakelaars bij onderhandelingen met verzekeraars. Zij vroegen ook hoe de NZa om zal gaan met zorgmakelaars.

De NZa houdt toezicht op de totstandkoming van marktwerking in de zorg. Derhalve zal de NZa de ontwikkelingen ten aanzien van onderhandelingen van zorgmakelaars nauwgezet volgen. De NZa kan op grond van artikel 45 WMG, indien dat noodzakelijk wordt geacht, met het oog op de inzichtelijkheid van de zorgmarkten of de bevordering van de concurrentie, regels stellen betreffende de wijze van totstandkoming van overeenkomsten met betrekking tot zorg of tarieven en betreffende de voorwaarden in die overeenkomsten.

Daarnaast zijn zorgmakelaars, zoals weergegeven in de richtsnoeren Zorg van de NMa, gehouden aan de regels van de Mededingingswet en vallen daarmee onder het toezicht van de NMa. Dit betreft met name het toezicht op kartels (art. 6 Mededingingswet). De NZa heeft geen bevoegdheden ten aanzien van het toezicht op het kartelverbod. Indien de NZa signalen ontvangt over mogelijk mededingingsbeperkende gevolgen van mogelijk kartelgedrag, dan zal de NZa deze signalen doorgeven aan de NMa.

De PvdA-fractieleiden stelden verschillende vragen over artikel 3 lid 2 van de Awb in relatie tot opdracht aan de NZa het algemeen consumentenbelang voorop te stellen.

Ik verwijs hiervoor naar mijn antwoord op een verwante vraag van de CDA-fractieleiden.

De leden van de PvdA-fractie vroegen in hoeverre sancties van de NZa richting marktpartijen worden afgebakend door beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit, ofwel: is de sanctie noodzakelijk en zijn er geen mildere alternatieven voorhanden die even effectief zijn in het licht van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.

Zoals elk bestuursorgaan, is ook de NZa gebonden aan de vereisten die de Awb inzake proportionaliteit en evenredigheid stelt bij het opleggen van bestuursrechtelijke verplichtingen en sancties. Artikel 3:4 Awb (evenredigheid) is van toepassing op het besluit dat aan het opleggen van een verplichting of sanctie ten grondslag ligt. Dit houdt in dat de NZa de rechtstreeks betrokken belangen bij het besluit afweegt. De voor een belanghebbende nadelige gevolgen van een besluit mogen niet onevenredig zijn in verhouding tot de met het besluit te dienen doelen. De NZa zal deze toets te allen tijde uitvoeren wanneer een verplichting dan wel een sanctiebesluit wordt opgelegd. Concreet houdt dit in dat de NZa de belangen van de belanghebbende af zal wegen tegen het publieke belang van de kwaliteit, betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg. Als door middel van een lichtere verplichting of mildere sanctie hetzelfde doel bereikt kan worden, dan moet de NZa kiezen voor de lichtere variant. De eis van proportionaliteit is overigens nog eens expliciet opgenomen in de bepalingen over het opleggen van specifieke verplichtingen aan een partij met aanmerkelijke marktmacht. De afweging die de NZa maakt kan zonodig aan de rechter ter toetsing worden voorgelegd.

De leden van de PvdA-fractie vroegen hoe het toezicht op het toezicht, dus het toezicht op de uitvoering van de taken van de NZa, is geborgd en in hoeverre daarbij aandacht wordt besteed aan de scheiding van de regulerende en de handhavende taken van de NZa.

Ik heb de gebruikelijke instrumenten voor de aansturing van en het toezicht op een zbo. In het bijzonder is voor het toezicht op toezicht van belang dat ik vooraf het werkprogramma en de begroting (jaarplan) goedkeurt. Het werkprogramma is mede gebaseerd op het door de NZa geformuleerde toezichtbeleid waarmee de NZa op hoofdlijnen aangeeft hoe zij haar wettelijke taken wil invullen en gebruik gaat maken van haar wettelijke bevoegdheden (waaronder haar handhavende bevoegdheden). Ik dien achteraf ook de jaarrekening (samen met jaarverslag: de jaarverantwoording) goed te keuren.

Op het punt van scheiding van regulerende en handhavende taken van de NZa is het volgende geregeld. De NZa heeft zelf bevoegdheden tot handhaving van de door haar uitgevaardigde voorschriften en ingezette instrumenten (door middel van bestuursdwang en – boete. De NZa dient de toezichts-, opsporings- en bestraffingszaken intern goed te scheiden, opdat zij geen rechter wordt in eigen zaak. Daarom mag de functionaris die een overtreding constateert, niet beslissen of de overtreding met een boete wordt bestraft. Dit betekent concreet dat de organisatiestructuur van de NZa waarborgen van onbevooroordeeldheid en objectiviteit in zich zal bergen. In de organisatiestructuur van de NZa is er daarom in voorzien dat de voorbereiding van boetebesluiten plaatsvindt in een aparte afdeling die niet betrokken is bij het onderzoek ter vaststelling van de overtreding. Daarnaast voorziet de WMG in de waarborgen zoals voorzien in de vierde tranche Awb (waarin de waarborgen voor het opleggen van een bestuurlijke boete wordt gecodificeerd), ik wijs bijvoorbeeld op artikel 98 WMG waarin is opgenomen dat mandatering van de oplegging van een bestuurlijke boete niet mogelijk is aan degene die van de overtreding een rapport of proces-verbaal heeft opgemaakt.

De leden van de PvdA-fractie vroegen met welke criteria de NZa het per amendement uitgebreide begrip «aanmerkelijke marktmacht» zal gaan toetsen. Zij wilden weten welke zaken hieromtrent per amvb worden geregeld en op welke termijn de Eerste Kamer deze amvb tegemoet kan zien.

Hier lijkt sprake van een misverstand. Het wetsvoorstel voorziet niet in een amvb als in deze vraag bedoeld. Het is bij uitstek een taak van de markttoezichthouder om binnen het mededingingsrechtelijke kader te oordelen over deze criteria. De criteria die de NZa hanteert bij de vaststelling van amm zijn ontleend aan de criteria die in het algemeen mededingingsrecht worden gebruikt om een economische machtspositie vast te stellen. Het betreft onder meer het marktaandeel van betrokken partijen, de bestaande structuur van de markt, toetredingsdrempels en afnemersmacht.

Deze leden vroegen voorts welk type verplichtingen vooraf kunnen worden opgelegd aan aanbieders en verzekeraars in de sfeer van preventie van aanmerkelijke marktmacht. Zij vroegen dit te illustreren met enkele voorbeelden. Ook informeerden zij welke sancties door de NZa genomen zullen worden indien aanbieders/verzekeraars in die voorbeelden niet de aanwijzingen van de NZa opvolgen en hoe met meningsverschillen over het al dan niet opvolgen van de aanwijzingen van de NZa zal worden omgegaan.

De verplichtingen die de NZa kan opleggen aan zorgaanbieder(s) dan wel ziektekostenverzekeraar(s) met amm zijn neergelegd in artikel 48 WMG. Een voorbeeld van een situatie waarin de NZa dergelijke verplichtingen zou kunnen opleggen is het volgende. Een ziekenhuis met aanmerkelijke marktmacht, koppelt de levering van hartoperaties (een verrichting uit het A-segment waar geen prijsconcurrentie plaatsvindt) aan de verkoop van knieoperaties (een verrichting uit het B-segment, waar wel prijsconcurrentie plaatsvindt). Kortom als een verzekeraar hartoperaties wil inkopen is hij gedwongen om de knieoperaties erbij te nemen. Hier is sprake van overheveling van marktmacht. Dit kan tot gevolg hebben dat een zelfstandig behandelcentrum dat alleen B-segment levert (en dus niet de hartoperaties aanbiedt), zijn producten (knieoperaties) niet meer kan afzetten en op deze wijze uit de markt gedrukt wordt. De NZa kan in dat geval op grond van artikel 48 lid 1 sub c de verplichting opleggen de dienst los te leveren van de andere diensten.

Ik benadruk dat het opleggen van een verplichting in de zin van artikel 48 WMG geen sanctie is maar een voorwaarde of beperking ten behoeve van het stimuleren van marktwerking. De NZa zal pas een sanctie opleggen indien de betrokken zorgverzekeraar dan wel de betrokken zorgaanbieder zich niet houdt aan de opgelegde verplichtingen. Op grond van artikel 76 WMG kan de NZa een aanwijzing geven. Voorts kan de NZa op grond van artikel 82 WMG een last onder dwangsom opleggen of bestuursdwang toepassen wanneer een verplichting van artikel 48 WMG niet wordt nageleefd. Ook kan de NZa op grond van artikel 85 WMG een boete opleggen. De op te leggen sanctie stelt de NZa vast aan de hand van de eisen van proportionaliteit en evenredigheid. Als er meningsverschillen ontstaan tussen de NZa en degene aan wie de verplichting(en) dan wel de sanctie is opgelegd, dan kan deze belanghebbende bezwaar en/of beroep aantekenen tegen het besluit van de NZa.

Is het denkbaar, zo vroegen voornoemde leden, dat in het kader van artikel 47 van de wet, een zorgaanbieder met specifieke kwaliteit en deskundigheid op het gebied van zorgverlening, onderzoek en opleidingen, moet worden opgesplitst vanwege aanmerkelijke marktmacht,

ook als zij aantoonbaar goede kwaliteit levert. Als voorbeeld vroegen zij een illustratie uit de kankerzorg te kiezen, waar veelal sprake is van concentratie omwille van de kwaliteit van onderzoek, zorg en opleiding.

De bundeling van activiteiten kan bijdragen aan een betere kwaliteit van zorg. De NZa let in haar toezicht op de publieke belangen waaronder de kwaliteit van zorg. Een voorbeeld is de zienswijzen die het CTG geeft inzake fusiebeoordelingen door de NMa. Het CTG adviseert in deze zienswijze nadrukkelijk vanuit de gevolgen die een voorgenomen concentratie heeft voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Ik merk op dat de NZa geen bevoegdheid heeft om ondernemingen op te splitsen.

De leden van de PvdA-fractie wilden voorts meer inzicht in het samenwerkingsprotocol tussen NMa en NZa op het voornoemde punt en in de randvoorwaarden wanneer bevindingen van de NZa leiden tot marktingrijpen door de NMa. Zij vroegen tevens in hoeverre het samenwerkingsprotocol borgt dat marktpartijen niet met dubbele controles en registraties te maken krijgen.

Ten algemene geldt dat het samenwerkingsprotocol regelt dat beide toezichthouders een overlap van toezichtinspanningen voorkomen en daarnaast de belasting voor onder toezicht staande instellingen tot een verantwoord minimum beperken. Zo zullen de toezichthouders hun informatiebehoefte afstemmen om de hoeveelheid vragen bij zorgaanbieders te stroomlijnen. In het samenwerkingsprotocol worden dan ook, binnen de wettelijke kaders daarvoor, afspraken gemaakt over de wijze van informatie-uitwisseling tussen beide toezichthouders. Het protocol heeft juist tot doel om dubbele controles en registraties te voorkomen. Daarnaast moet het protocol zogenaamde «forum shopping» tussen de verschillende toezichthouders tegengaan. In het protocol staan ook afspraken over de onderlinge advisering van NZa en NMa. Daarbij is duidelijk dat beide volledig verantwoordelijk zijn voor hun eigen afwegingen en oordelen.

#### *Relatie NZa – andere toezichthouders*

De leden van de PvdA-fractie vroegen wat het in de praktijk betekent dat de posities van de IGZ en NZa in het debat in de Tweede Kamer gelijkwaardig aan elkaar zijn verklaard.

Tijdens het debat in de Tweede Kamer op 9 maart 2006 over de motie-Heemskerk<sup>1</sup> inzake de gelijkwaardige positionering van de IGZ en de NZa bleek dat de indiener vooral duidelijk wilde maken dat in zijn ogen de IGZ over meer mensen en middelen zou moeten kunnen beschikken. Ik verwijs wat dit betreft naar mijn antwoord op de vragen van de leden van de CDA-fractie over dit onderwerp.

De leden van de PvdA-fractie wilden weten in welke situaties (met voorbeelden) en op welke momenten de NMa en de NZa, bij uitspraken over marktverhoudingen, de IGZ moeten raadplegen. Ook vroegen zij in welke situaties de IGZ op eigen initiatief de NZa kan adviseren omtrent voorgenomen besluiten en hoe dwingend die adviezen zijn.

De NZa kan voor zijn toezichtfunctie informatie nodig hebben over kwaliteit. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn indien zij vanuit het veld signalen ontvangt over bijvoorbeeld te hoge of te lage prijzen. De kwaliteitsinformatie wordt dan gebruikt om prijzen in een context te kunnen plaatsen. De NZa zal zelf geen oordeel over kwaliteit geven, maar richt zich in deze gevallen naar het oordeel van de IGZ. In het convenant tussen de IGZ en

---

<sup>1</sup> Handelingen Tweede Kamer, 56–3661.



de NZa zal worden geregeld dat de toezichthouders elkaar op basis van hun eigen deskundigheid op verzoek en op eigen initiatief met raad en daad bijstaan als er sprake is van activiteiten die duidelijk verband houden met de activiteiten van de ander of zaken waarover de andere partij de nodige kennis bezit. De adviezen hebben echter geen bindend karakter.

De leden van de PvdA-fractie informeerden waarom in navolging van artikel 18 in de wet niet is opgenomen dat de NZa zich ook richt naar de uitleg van de begrippen die de IGZ hanteert in het kader van kwaliteitsborging.

Het verschil zit hem in de ruimte die de NZa heeft zich een eigen oordeel te vormen. Op mededingingsterrein heeft de NZa aanvullende taken op de NMa. Ingevolge EU-verordening 1/2003 moeten bij het mededingingsrecht dezelfde begrippen gehanteerd worden. Daarom moet de NZa daar de uitleg van de begrippen volgen. De NZa heeft geen aanvullende taken op de IGZ bij het vaststellen of de zorg van voldoende kwaliteit is. Daarom kan daar worden volstaan dat de NZa het oordeel van de IGZ volgt.

De leden van de PvdA-fractie vroegen of artikel 19 zo moet worden gelezen dat toezicht op kwaliteit preferent is en wat dit betekent voor de werking van artikel 21 lid 1 dat over de doelmatigheid van voorgenomen beleid gaat.

Het toezicht op de kwaliteit van zorg is expliciet belegd bij de IGZ en staat naast de taken die de NZa heeft. Dat betekent dat de NZa indien zij bij de voorbereiding van een rapport of signalement twijfelt aan (of de effecten op) de kwaliteit van zorg contact moet leggen met de IGZ. Een rapport of signalement kan nimmer een zelfstandige conclusie van de NZa over de kwaliteit van zorg bevatten.

De leden van de PvdA-fractie vroegen naar de ervaringen met de in 2005 afgesloten samenwerkingsprotocollen tussen de NZa en NMa en IGZ.

Zowel met de IGZ als met de NMa hebben het CTG en CTZ, vooruitlopend op de totstandkoming van de NZa, een samenwerkingsprotocol afgesloten. Dit omdat er in de aanloopfase naar de NZa steeds meer raakvlakken bestaan tussen de activiteiten van het CTG en CTZ enerzijds en de IGZ en NMa anderzijds. In de praktijk blijkt dat er veelvuldig en goed contact is tussen de verschillende organisaties. Zo heeft het CTG het afgelopen jaar onder meer in een aantal concentratiebeoordelingen van de NMa een zienswijze afgegeven. Tussen CTG, CTZ en IGZ bestaan er vooral contacten over hoe de totstandkoming van kwaliteitsindicatoren in de zorg te bevorderen. Het is echter nog te vroeg om een algemeen beeld te geven van de ervaringen die zijn opgedaan in de samenwerking met NMa en IGZ. Op het moment dat de WMG in werking treedt, is de verwachting dat de contacten met deze toezichthouders worden geïntensiveerd. Dit gelet op de raakvlakken die er bestaan tussen de bevoegdheden die de NZa verkrijgt op basis van dit wetsvoorstel en het toezicht van de IGZ en de NMa.

De leden van de PvdA-fractie informeerden naar de stand van zaken omtrent de totstandkoming van samenwerkingsprotocollen met andere toezichthouders. Is de keten van toezichthouders hierdoor overzichtelijker en is hierdoor er sprake van een vermindering van administratieve lasten voor aanbieders en verzekeraars?

Wat betreft de stand van zaken over de protocollen verwijs ik naar mijn antwoord op een soortgelijke vraag van de CDA-fractieleden. Intensieve

samenwerking maakt het inderdaad overzichtelijker en kan leiden tot minder informatie-uitvraag en daarmee tot minder administratieve lasten.

De PvdA-fractieleden wilden weten of in de periodieke evaluatie van de NZa ook gekeken wordt naar de effectiviteit en legitimiteit van de samenwerkingsprotocollen tussen toezichthouders.

Zoals ik in de nota naar aanleiding van het verslag aangaf zal de samenwerking tussen de NZa en de overige bij de zorg betrokken toezichthouders en bestuursorganen onderdeel uitmaken van de evaluatie.

De leden van de PvdA-fractie vroegen in welke verhouding het externe toezicht door de NZa staat tot het interne toezicht bij verzekeraars en aanbieders.

Het karakter van het toezicht van de NZa en het interne toezicht van verzekeraars en aanbieders is verschillend is. Op sommige terreinen geldt dat daar waar het interne toezicht goed functioneert het extern toezicht door de NZa terughoudend kan zijn, bijvoorbeeld bij de rechtmatige uitvoering van de Zvw. Belangrijk uitgangspunt voor de NZa is vastgelegd in de artikelen 25 en 29 van de WMG. Daarin staat dat de NZa, onverminderd haar bevoegdheid tot eigen onderzoek, bij de uitoefening van haar taken in het kader van het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw en de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ zoveel mogelijk gebruik maakt van de resultaten van door anderen verrichte controles. Er van uitgaande dat externe accountants van verzekeraars een belangrijke rol spelen bij het interne toezicht, zal de NZa bij haar externe toezicht voor een belangrijk deel steunen op diens werkzaamheden. De NZa heeft daarbij wel alle mogelijkheden om inzage te verkrijgen in de uitgevoerde werkzaamheden, rapporten en dergelijke en zij kan reviews op de werkzaamheden van de externe accountants toepassen indien daartoe naar haar oordeel aanleiding bestaat. Verder kan de NZa regels stellen voor de controle en de inhoud en de inrichting van het accountantsverslag van zorgverzekeraars. Onder meer voor de totstandkoming daarvan bestaat een samenwerkingsrelatie tussen het NIVRA en de NZa. Op andere terreinen, zoals het markttoezicht, gaat de stelling dat daar waar het interne toezicht goed functioneert het externe toezicht terughoudend is, niet op. Immers, het markttoezicht richt zich meer op aspecten die de markt in zijn totaliteit raken. Het interne toezicht van verzekeraars en aanbieders moet weliswaar oog hebben voor de eisen van marktwerking, maar is niet primair gericht op het goed functioneren van markten.

Hoe verhoudt de WMG zich tot de Europese mededingingswetgeving in het algemeen, en wat betekent de Europese aanbestedingsrichtlijn in het bijzonder voor de werkzaamheden van de NZa, zo vroegen de PvdA-fractieleden.

De WMG is volledig in overeenstemming met de Europese mededingingswetgeving. De Europese aanbestedingsregels gelden ook voor de NZa. Dit betekent dat de NZa bij door haar te verlenen opdrachten tot het verrichten van diensten of werken moet handelen in overeenstemming met de Europese aanbestedingsregels.

Als met de vraag wordt beoogd te vragen in hoeverre de NZa toezicht houdt op het nakomen door zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars van de Europese aanbestedingsregels, voor zover ze al van toepassing zijn, luidt het antwoord dat het NZa daarop geen toezicht houdt. De Europese aanbestedingsregels zijn, voor zover hier relevant, omgezet in het Besluit aanbestedingsregels overheidsopdrachten (Stb. 2005, 408). Uit de nota van toelichting bij dat besluit blijkt dat de nakoming daarvan civielrechtelijk wordt gehandhaafd. Een aannemer, leverancier of dienst-

verlener kan om diverse redenen menen dat een aanbestedende dienst de regels in dit besluit niet goed heeft toegepast. Zo kan hij bijvoorbeeld van mening zijn dat een aanbestedende dienst een opdracht ten onrechte niet heeft aanbesteed, of dat een aanbestedende dienst hem ten onrechte niet heeft geselecteerd om in het kader van een niet-openbare procedure een offerte in te dienen. In al deze gevallen kan de aannemer, leverancier of dienstverlener bij de civiele rechter of (wanneer de Raad van Arbitrage, hierna RvA, bevoegd is verklaard) bij de RvA een vordering uit onrechtmatige daad (artikel 162, Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek) (in geval van RvA kan dit ook zijn een beroep op toerekenbare tekortkoming) instellen.

#### *Bureaucratie en administratieve lasten*

De leden van de PvdA-fractie vroegen hoe gemeten wordt dat de NZa de administratieve lasten beperkt. Ook wilden zij weten hoe voorkomen wordt dat de artikelen 27, 28, 32 en 36 leiden tot meer regelgeving en administratieve lastendruk. Hoeveel voorschriften kunnen dan wel mogen er in het kader van artikel 37 worden opgelegd door de NZa?

Ik verwijs naar mijn antwoord op de vragen over administratieve lasten van de leden van de CDA-fractie.

De leden van de PvdA-fractie vroegen de procedure toe te lichten die in artikel 23 bij amendement-Omtzigt<sup>1</sup> is neergelegd.

Het nieuwe artikel 23, waarin de formulierenbeklagprocedure is neergelegd, moet ruim worden geïnterpreteerd, voor zover dat niet uit het artikel zelf blijkt. Het amendement heeft tot doel de bureaucratie tot het noodzakelijke te beperken. Daartoe draagt het aangenomen amendement de zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars in hun leveringsvoorwaarden een klachtenprocedure op over het invullen van formulieren. De leveringsvoorwaarden dienen ook te voorzien in aanwijzing van de NZa als arbiter en de aanvaarding van de uitspraak van de arbiter als bindend advies. Een en ander neemt niet weg dat voorafgaand aan de klacht bij de NZa een interne klachtprocedure wordt doorlopen. Het is tenslotte algemeen gebruik dat de klager eerst de beklagde in de gelegenheid stelt op de klacht in te gaan. Consumenten bij zorginstellingen kennen al een mogelijkheid om te klagen op grond van de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen. Vorig jaar is met een wijziging van die wet het toezicht op de naleving van die wet opgedragen aan de IGZ. Overigens zij ook verwezen naar mijn antwoorden op vragen van de CDA-fractieleden over dit onderwerp.

De leden van de PvdA-fractie vroegen naar het effect van de verbodsbepaling (art. 35) op de innovatie.

De bepaling behoort tot de artikelen die uit de WTG in de WMG zijn opgenomen. De tekst van het artikel in de WTG is met de inwerkingtreding van de WTG ExPres op 1 februari 2005 tot stand gekomen. Het verbodsartikel is een logisch slot op de andere voorgeschreven procedures voor de totstandkoming van een tarief of prestatiebeschrijving.

De leden van de PvdA-fractie vroegen ook of het artikel het vergoeden van een prestatie in de weg staat als deze met minder of andere inspanningen tot stand is gekomen.

Om dat te beoordelen moet eerst naar de prestatiebeschrijving worden gekeken. Soms heeft deze een zeer globaal karakter, zoals een consultatarief voor de huisarts of een zitting bij een fysiotherapeut, soms is er sprake van een zeer gedetailleerde prestatiebeschrijving als een extractie of tweevlaksvulling bij de tandarts. In het eerste geval zal er meer ruimte zijn voor het leveren en vergoeden van de prestatie dan in het tweede

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 30 186, nr. 40.

geval. Daarnaast wijs ik op de mogelijkheid om via experimenten innovatie prestaties te bekostigen.

De PvdA-fractieleden verwezen naar de artikelen 50 en 51 en vroegen om hoeveel prestatiebeschrijvingen het gaat bij de hier bedoelde tariefregulering. Voorts vroegen zij wat de verplichtingen in deze artikelen betekenen, zowel in kwantitatieve zin voor de administratieve lasten en kosten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars, als in kwalitatieve zin voor het functioneren van de zorginkoopmarkt.

De verplichtingen die de NZa ten aanzien van de tariefregulering van vormen van zorg heeft op basis van de artikelen 50 en 51 van de WMG zijn vergelijkbaar met de bepalingen die het CTG op basis van de artikelen 11 en 15 van de WTG heeft. In die zin is er geen sprake van een kwantitatieve dan wel kwalitatieve verhoging van de administratieve lasten en kosten voor zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars.

Om een indicatie te geven over het aantal prestatiebeschrijvingen en tariefbeschikkingen volgen hier enkele cijfers over het jaar 2005. Met ingang van februari 2005 (inwerkingtreding van de WTG ExPres) kan het CTG een prestatiebeschrijving met én zonder een tarief afgeven. In 2005 heeft het CTG aan de cure- en care-instellingen 863 tariefbeschikkingen afgegeven (in 2004: 933). Aan de vrije beroepsbeoefenaren gaf het CTG in 2005 768 tariefbeschikkingen af (bron: jaarverslag CTG 2005 deel A bijlage 4). Daarnaast heeft het CTG voor de fysiotherapeuten en de B-segment dbc's prestatiebeschrijvingen zonder tarief vastgesteld. Tot slot heeft het CTG in 2005 een aantal experimentbeschikkingen (experimenten «screen to screen», kousenhulpmiddel en Sint Maartenskliniek) afgegeven. In kwalitatieve zin hebben de prestatiebeschrijvingen en de verplichtingen een positief effect op het functioneren van de zorginkoopmarkt. Met het vastleggen van prestatiebeschrijvingen en verplichtingen kan een gelijk speelveld worden geschapen voor allen die zich op de zorginkoopmarkt begeven. Door de prestatiebeschrijving in beleidsregels vast te leggen schept de NZa rechtszekerheid voor consumenten, zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. De consumenten weten met een prestatiebeschrijving wat zij mogen verwachten aan zorg, de zorgaanbieders weten welke zorg er geleverd moet worden en de ziektekostenverzekeraars weten welke zorg zij inkopen. Die duidelijkheid maakt de inkoopmarkt transparant.

Op welke wijze wordt toezicht gehouden op de stapeling van audits, registraties en controles, zo wilden de PvdA-fractieleden weten. Wat is een onacceptabele stapeling van toezicht- en controlemechanismen en hoe kan deze worden voorkomen?

Op 10 maart 2006 heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd over het stroomlijnen van de informatie-uitvraag van de overheid<sup>1</sup>. Het toetsingskader voor de gegevensuitvraag tussen overheid en zorgveld heeft tot doel de rol op afstand van de overheid te vertalen naar een beperktere informatie-vraag op hoofdlijnen. Het leidende principe is dat een vraag maar één keer wordt gesteld. Er is sprake van een gefaseerde informatie-uitvraag, met een smalle structurele basis, waaronder ook het Jaardocument. Alleen waar strikt nodig wordt aanvullende informatie gevraagd. De reikwijdte is breder dan de VWS informatie-uitvraag, er wordt ook samen met de IGZ, NZa en het CVZ gekeken naar betere bundeling en stroomlijning van de informatievragen aan het zorgveld. De volgende uitgangspunten worden gehanteerd:

- Het toetsingskader kent twee sporen: een jaarcyclus voor de structurele informatiestroom en een protocol voor de incidentele informatiestroom.

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 29 515, nr. 132.

- De reikwijdte van het kader omvat VWS, de IGZ, de NZa, het CVZ (en indirect ook het RIVM en het CBS).
- De basis van de structurele informatieketen voor de overheid wordt gevormd door de jaarverantwoording van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars, het DBC informatie systeem (DIS), de AWBZ-Zorgregistratie (AZR) en de kwartaal- en jaarrapportages van verzekeraars aan het CVZ.
- Deze informatie wordt (onder andere) benut voor de begroting nieuwe stijl en de Zorgbalans, die beide aan het parlement worden gezonden.
- De inhoud van de hierboven beschreven informatiebronnen is door overheid en veld gezamenlijk overeengekomen, evenals de wijze waarop de informatie beschikbaar wordt gesteld en toegankelijk is, ook voor derden. De gegevens uit de jaarverantwoording, DIS, AZR en CVZ-rapportages vormen een maximale dataset. Deze dataset vormt de belangrijkste informatiebron voor de overheid.
- In principe worden naast de tussen overheid en zorgveld overeengekomen maximale dataset geen andere informatievragen aan het zorgveld gesteld. Voor uitzonderingen gelden strikte criteria en besluitvorming op het hoogste niveau van het betreffende overheidsorgaan.
- Vragen die de overheid aan het veld stelt moeten uitgaan van gegevens die in de bronregistratie van de zorgpartijen beschikbaar zijn.
- De IGZ en zelfstandige bestuursorganen in de zorg maken naast deze informatieketen ten behoeve van de uitvoering van hun wettelijke taken gebruik van afzonderlijke informatiestromen richting zorgveld.
- Eenheid van taal is een belangrijk aandachtspunt, niet alleen binnen en tussen de verschillende overheidsorganen, maar ook met het zorgveld. In het bijzonder als het gaat om (prestatie)indicatoren en meetinstrumenten.

Voorts informeerden voornoemde leden naar de sanctiemogelijkheden indien verzoeken tot audits en registraties vanuit de NZa niet worden opgevolgd.

In hoofdstuk 6 van de WMG zijn de mogelijkheden voor de NZa opgenomen om de naleving van de regels op grond van de WMG te bevorderen. Onderdeel daarvan is de naleving van regels die gaan over de controles, het voldoen aan administratievoorschriften, het ter beschikking stellen van gegevens enzovoorts. De NZa heeft hiertoe een aantal mogelijkheden, zoals het opleggen van boetes of last onder dwangsom. Verder kan de NZa gebruik maken van de mogelijkheden die afdeling 5.2 van de Awb biedt. Daarbij gaat het onder meer over het betreden van plaatsen en het vorderen van inlichtingen en inzage. Ook hierbij kan de NZa zo nodig medewerking afdwingen.

De PvdA-fractieleden vroegen welke afname of toename van administratieve lasten de introductie van marktwerking tot op heden oplevert en wat de invoering van de WMG daaraan bijdraagt.

Redenerend volgens de definitie van administratieve lasten van het kabinet, heeft de introductie van marktwerking tot op heden een verlaging van lasten opgeleverd. Door het – voor bepaalde sectoren – afschaffen van de contracteerplicht, het afschaffen van de modelovereenkomst en door het afschaffen van overheidsregels voor declaratieverkeer is er meer vrijheid voor partijen ontstaan om de bijbehorende markt- en transactieprocessen zelf vorm te geven en zijn de desbetreffende informatieverplichtingen van de rijksoverheid verdwenen. Dit zegt overigens nog niets over de omvang van de lasten die vervolgens tussen partijen ontstaan of blijven bestaan. Voor het declaratieverkeer dalen de lasten na voltooiing van het gezamenlijke programma declaratiecasus (eind dit jaar), doordat de declaratieprocessen dan zijn gestroomlijnd en gedigitaliseerd. Het is

dus in belangrijke mate aan partijen zelf om ervoor te zorgen dat de eigen «marktlasten» dalen of beheerst worden. De NZa kan op grond van de WMG regels geven over het declaratieverkeer. Wat betreft de berekende administratieve lasten als direct gevolg van de WMG verwijst ik naar mijn antwoord op een dergelijke vraag van de VVD-fractieleden.

#### *Invoeringstraject en evaluatie*

De leden van de PvdA-fractie vroegen naar de stand van zaken rond de voorbereidingen van het CTG om de nieuwe taken in NZa-verband te kunnen gaan vervullen. Zij vroegen tevens of de NZa voldoende capaciteit krijgt om de taken te vervullen en alle veranderingen in de zorg adequaat mede vorm te geven.

Het CTG en het CTZ gaan samen op in de NZa. Beide organisaties hebben in 2005 en het eerste kwartaal van 2006 gezamenlijk gewerkt aan het programma «Bouw NZa». In dit programma zijn ter voorbereiding op de NZa alle noodzakelijke deelactiviteiten uitgewerkt zoals strategie, informatiebeleid, communicatiebeleid maar ook personeelsbeleid, huisvesting en ICT. In 2005 hebben de leden van de Raad van Bestuur en de directeuren een voorgenomen benoeming ontvangen. In april 2006 is de plaatsingsprocedure voor alle medewerkers afgerond. Inmiddels zijn zowel CTG als CTZ «gekanteld». Dat betekent dat nieuwe managers per 1 mei 2006 hun verantwoordelijkheden oppakken en dat er zoveel mogelijk in de nieuwe organisatievorm wordt gewerkt. In afwachting van aanvaarding van dit wetsvoorstel, zijn er geen onomkeerbare stappen gezet. Met mij zijn afspraken gemaakt over de noodzakelijke capaciteit en middelen om de bestaande én de nieuwe taken adequaat op te pakken. Vooralsnog wordt uitgegaan van de optelsom van de formatie en budgetten van CTG en het CTZ. In het kader van de werkplancycclus 2007 zal hier opnieuw naar worden gekeken.

De leden van de PvdA-fractie vroegen voorts of de marktpartijen in staat zijn om vanaf de invoeringsdatum aan alle eisen van de NZa te voldoen en in hoeverre dezej daarvan reeds op de hoogte zijn. Tevens vroegen zij hoe het communicatietraject rond de veranderingen door de WMG verloopt.

De taken die de NZa uitvoert zijn voor een groot deel al neergelegd in andere wetten. Die taken krijgen met de WMG een nieuwe samenhangende en overzichtelijke basis. De WMG is voor een deel een voortzetting van de Wet tarieven gezondheidszorg. In die zin is er dus geen wijziging in de eisen die worden gesteld aan marktpartijen. Het toezicht op de uitvoering van de AWBZ blijft onveranderd. Daarnaast regelt de WMG het toezicht op de Zvw. Deze wet is ook al in werking, marktpartijen zijn bekend met de eisen die de Zvw stelt. Nieuwe zaken die de WMG toevoegt hebben bijvoorbeeld betrekking op de transparantie ten behoeve van de consument en op het instrumentarium inzake aanmerkelijke marktmacht. Ook daar hebben het CTG en CTZ al de nodige voorbereidingsactiviteiten getroffen.

Dit alles neemt niet weg dat de NZa een transparante toezichthouder zal zijn. Voorspelbaarheid van het gedrag van de NZa is van groot belang voor marktpartijen. Ten eerste vanuit het oogpunt van behoorlijk bestuur, omdat partijen moeten weten aan welke regels ze zich moeten houden. Ten tweede vanuit meer economisch belang. Partijen zullen alleen investeren in een behoud, verbetering en innovatie als ze op voorhand (redelijk) zeker van de spelregels zijn. De NZa zal dan ook transparant zijn over de wijze waarop zij naar de markt kijkt, tot oordelen komt en zal hoor en wederhoor plegen in individuele gevallen. Daarnaast zal de NZa marktpartijen consulteren als zij nieuwe instrumenten vormgeeft dan wel inzet.



Bovendien zal rond de inwerkingtreding van de WMG en de daadwerkelijke officiële startdatum van de NZa via algemene én via op doelgroepen toegesneden informatie voorlichting plaatsvinden over taken en werkwijze van de NZa.

De PvdA-fractieleden vroegen wat tot op heden het gevolg is van het nog niet in werking zijn van de NZa voor zowel de marktordening als het toezicht op de uitvoering.

Waar het gaat over aspecten van marktordening herinner ik aan mijn opmerkingen dat ik geen verdere stappen op weg naar meer marktwerking zal zetten voordat dit wetsvoorstel kracht van wet heeft gekregen. Wat betreft het toezicht op de verzekeringswetten: daarin voorziet het CTZ nu nog op grond van het bepaalde in de Zvw en de AWBZ. Ik vind het echter alleszins begrijpelijk dat gekozen is voor een zorgvuldige behandeling van dit wetsvoorstel. Het is belangrijk dat dit voorstel goed wordt doorgesproken opdat er straks een NZa staat die efficiënt en effectief toezicht kan houden.

De leden van de PvdA-fractie vroegen wanneer een deelmarkt «voldoende» functioneert. Staat de introductie van de NZa in verhouding tot de huidige omvang van de markt, zo wilden zij verder weten.

De volgende criteria spelen een rol bij de beoordeling of een deelmarkt voldoende functioneert als markt:

- een redelijke verhouding tussen vraag en aanbod op een markt,
- het al dan niet bestaan van formele of materiële toetredingsbarrières,
- de mate waarin de prijs, kwaliteit en andere relevante kenmerken voldoende transparant zijn voor afnemers.

Voordat wordt overgegaan tot liberalisering van een deelmarkt moet met andere woorden eerst een analyse plaatsvinden van marktstructuur, marktgedrag en marktresultaat.

De NZa heeft zowel meer «klassieke» reguleringstaken als taken in geliberaliseerde segmenten van de zorgmarkt. Naar mijn mening is de totale omvang van de NZa op dit moment in verhouding tot de haar opgelegde taken. Naar de mate waarin er taken bij komen of af zouden gaan, is er reden de totale omvang te heroverwegen. Binnen de totale capaciteit is het uiteraard vooral aan de NZa zelf om een onderverdeling te maken naar de taken die men heeft. Als er meer markten zouden worden geliberaliseerd, zou natuurlijk een groter aandeel van de NZa-capaciteit daar naartoe moeten gaan, ten koste van de capaciteit die eerste werd ingezet om te reguleren.

De leden van de PvdA-fractie vroegen of bij de evaluatie van de WMG kan worden meegenomen wat het toezicht door de NZa heeft opgeleverd voor de patiënt/consument, bijvoorbeeld in termen van de beschikbaarheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg.

Volgens het geamendeerde artikel 127 wordt bij de evaluatie van de WMG in ieder geval meegenomen de manier waarop de beslissingen van de NZa hebben bijgedragen aan het bereiken van de doelstellingen van de wet. Volgens de (ook geamendeerde) considerans is één van de doelstellingen de positie van de consument te beschermen en versterken. Dit komt dus aan de orde bij de evaluatie van de WMG.

### 3. VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie vroegen waarom de oprichting van een NZa de beste optie is. Zij wilden weten waarom niet gekozen is voor aansturing door het departement zelf, of door een direct aan het departement gelieerde organisatie, zoals de IGZ, of een agentschap. Zij vroegen waarom is gekozen voor een zbo, die tamelijk onafhankelijk van de minister werkt, terwijl dit voor het veld toch om een majeure politieke aangelegenheid gaat. Voorts vroegen deze leden hoe dit wetsvoorstel zich op het punt van de verhouding van de minister tot de NZa zich verhoudt tot de Kaderwet zbo's die nu voorligt in de Eerste Kamer.

De overweging van de regering om de NZa de zbo-status te geven sluiten aan bij het kabinetsstandpunt van mei 2005<sup>1</sup> over het rapport «Een herkenbare staat: investeren in de overheid». Het standpunt noemt de wenselijkheid om rijkstaken onafhankelijk van politieke organen uit te voeren als belangrijkste motief om een overheidstaak door een zbo te laten uitvoeren. Het standpunt noemt daarbij de NZa als voorbeeld, naast (markt)toezichthouders als NMa, DNB en AFM. Zoals ik eerder aangaf in mijn antwoord op vragen hierover van de PvdA-fractie vindt de regering het wezenlijk dat de NZa onafhankelijk kan opereren. Wezenlijk vanwege het voorkómen van belangenverstremgeling en politieke bemoeienis bij besluiten in individuele gevallen en vanwege het vermijden van beïnvloeding van oordelen van de NZa. 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 (zie ook par. 9.1 van de memorie van toelichting). Daar teken ik bij aan dat de minister wel degelijk belangrijke bevoegdheden heeft bij die besluiten die (ook) een politieke weging vergen, zoals bijvoorbeeld de verantwoordelijkheidsverdeling bij liberalisering van deelmarkten. 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. Het kabinet wil met het wetsvoorstel Kaderwet zbo's basisregels stellen aan zelfstandige bestuursorganen bij de rijksoverheid. Vanwege het streven naar harmonisatie zijn de algemene eisen die het wetsvoorstel Kaderwet zbo's bevat ten aanzien van publiekrechtelijke zelfstandige bestuursorganen betrokken bij het opstellen van het wetsvoorstel WMG.

Een volgende vraag van de VVD-fractieleden betrof de bureaucratistische procedures waarmee zorgaanbieders (zorgverleners) en verzekeraars te maken krijgen. Ook de door de Tweede Kamer aangenomen amendementen stelden deze leden niet gerust. Hoeveel tijd en geld gaan hierin zitten, voor het «teveel» is, zo vroegen zij.

Op grond van het oorspronkelijk bij de Tweede Kamer ingediende voorstel waren reeds administratieve lasten als direct gevolg van de WMG geraamd van € 1 480 000, voornamelijk (ruim 95 procent) voor het openbaar maken van informatie over prijs en kwaliteit ten behoeve van consumenten (zie hoofdstuk 12 van de memorie van toelichting). De administratieve lasten van de wijzigingen in de WMG als gevolg van de amendementen worden geraamd op € 126 000. Hier gaat het vooral om maatregelen om de bureaucratie voor consumenten terug te dringen. In totaal gaat het dus om bijna € 1,5 miljoen aan lasten. Ik merk hierbij op dat de NZa, eveneens ten gevolge van een amendement, in de jaarverantwoording rapporteert over de administratieve lasten (art. 13 lid 2 onder c) en jaarlijks in overeenstemming met mij een plan opstelt om de administratieve lasten te beperken (art. 14 lid 5).

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 25 268, nr. 20.

De leden van de VVD-fractie refereerden aan informatie waaruit blijkt dat veel zorgaanbieders (artsen) problemen ondervinden met het declareren en transparant maken van hun verrichtingen en de kosten daarvan.

Het is ook mij niet ontgaan dat er administratieve problemen zijn. Ik heb aan het declaratieverkeer in mijn voortgangsrapportages over de invoering van de Zvw steeds aandacht besteed, daarbij de stand van zaken aangegeven en op welke wijze betrokkenen de problemen te lijf gaan. Veel van die problemen zijn eenmalig en hebben te maken met de invoering van de basisverzekering, dat veel meer mensen dan verwacht van zorgverzekeraar zijn veranderd en andere wijzigingen zoals de invoering vanaf 1 januari 2006 van een nieuw bekostigingssysteem voor huisartsenzorg door het vervallen van ziekenfonds en particulier. Dat is mede de reden voor mij om goed de vinger aan de pols te hebben en waar nodig met het veld naar oplossingen te zoeken en die te ondersteunen. De technische uitwerking van het declaratieverkeer is in beginsel de eigen verantwoordelijkheid van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. Bij een tariefaanvraag maken zij kenbaar hoe zij het declaratieverkeer hebben geregeld. Het declaratieverkeer maakt aldus onderdeel uit van de vaststelling van het tarief. Partijen zijn daar aan gebonden. De NZa kan in bijzondere gevallen over het betalingsverkeer wel regels stellen en die handhaven. 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. Verder noem ik nog het toezicht door de NZa op de rechtmatige uitvoering van de Zvw, in het bijzonder op de opgaven door zorgverzekeraars aan het College voor zorgverzekeringen voor het risicovereveningssysteem. Het gaat om verzekerdenaantallen, maar ook om de zorgkosten die bij risicoverevening en nacalculatie een rol spelen. In dat verband is transparantie van verrichtingen en kosten bij zorgaanbieders dus van belang. Ten slotte houdt De Nederlandsche Bank bij het solvabiliteitstoezicht de administratieve organisatie en interne controle van de ziektekostenverzekeraars in de gaten. Dan is bijvoorbeeld relevant dat zij een reëel inzicht hebben in hun (betalings)verplichtingen jegens de zorgaanbieders. DNB en NZa werken hierin samen en zetten de nodige druk op partijen om zich in te spannen de problemen op te lossen.

De leden van de VVD-fractie vinden dat er een overvloed van colleges van toezicht voor de gezondheidszorg blijft bestaan. Daarbij wijzen zij op de instanties die de WMG (in artikel 17) noemt. Zij vroegen of dit wetsvoorstel wel voldoende helderheid levert om al deze toezichthouders elkaar niet in de wielen te doen rijden. Ook vroegen zij of er werkelijk zo'n massaal toezicht nodig is. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) merkt in zijn rapport «Bewijzen van goede dienstverlening» op dat toezicht samenhangend, sober en effectief dient te zijn. In hoeverre is hiervan bij dit wetsvoorstel eigenlijk nog sprake, zo vroegen de leden van de VVD-fractie.

Artikel 17 regelt dat de NZa met de daar genoemde instanties samenwerkingsafspraken maakt, zowel wat betreft de behandeling van aangelegenheden van wederzijds belang, als wat betreft het verzamelen van informatie. Bovendien regelt dit artikel dat de afspraken in ieder geval inhouden dat een bestuursorgaan geen informatie opvraagt indien een van de andere genoemde organen die informatie kan verstrekken. Voorzover de taakafbakening tussen de genoemde instanties in de verschil-

lende wetten onvoldoende houvast biedt in een concreet geval, worden hierover dus sluitende afspraken gemaakt. De verschillende instanties hebben daar zelf ook alle belang bij. Ik ben er dan ook niet bang voor dat zij elkaar in de wielen zullen rijden. Mocht dat onverhoopt het geval zijn door onvolkomenheden in de wetgeving, dan zal ik in samen met de betrokken andere ministers bezien welke aanpassingen nodig zijn. Er is volgens mij geen sprake van «massaal toezicht» zoals de leden van de VVD-fractie menen. Ik illustreer dit met de volgende tabel die is ontleend aan hoofdstuk 1 van de nota naar aanleiding van het verslag.

**Overzicht: Toezichthouders die een rol spelen in de zorgsector**

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

De NMa, DNB en de AFM zijn zogenoemde functionele toezichthouders. De NZa en de IGZ zijn toezichthouders die zich specifiek op de zorgsector richten (marktmeester en keurmeester).

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

**Overzicht: Overige organen die een rol spelen in de zorgsector**

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

In de brief aan de Tweede Kamer over de herpositionering van de zbo's van mei 2005 heb ik aangegeven dat CBZ en het CSZ op termijn verdwijnen.

Zoals eerder gezegd regelt dit wetsvoorstel in artikel 17 dat de verschillende instanties onderling informatie moeten uitwisselen om administratieve lasten zoveel mogelijk te voorkomen. Ook moeten ze werkafspraken maken over hoe ze omgaan met onderlinge raakvlakken.

Ik ben het met de WRR eens dat het toezicht samenhangend, effectief en sober moet zijn. Dit wetsvoorstel bevordert dat, onder meer door het al genoemde samenwerkingsartikel, maar tevens door het CTG en het CTZ samen te laten opgaan in de NZa. Sober toezicht uit zich verder in het feit

dat de NZa toezicht houdt op grond van risicoanalysemodellen. Alleen daar waar risico's manifest zijn zal zij optreden. Dit betekent ook dat naarmate marktpartijen hun zaken beter op orde hebben en zich verantwoord gedragen, de NZa zich terughoudend opstelt.

De VVD-fractieleden vroegen of één van de marktpartijen, namelijk de consument/patiënt wel als marktpartij kan optreden. Zij wilden weten waarom ik denk dat marktwerking met succes kan worden bevorderd, terwijl de consument toch in vele opzichten onvrij is. Zij vroegen verder of bij marktwerking niet altijd hoort dat ook de consument werkelijk bewegings- en keuzevrijheid heeft en of dit betekent dat van een vrije en verantwoordelijke consument nauwelijks sprake kan zijn. Ook vroegen zij uit te leggen wat in dit kader nog gedaan kan worden door de NZa.

De NZa ziet erop toe dat de zorgmarkten goed werken. Enerzijds door toe te zien op de marktmacht van de diverse marktpartijen (bijvoorbeeld als bedoeld in artt. 46 tot en met 49). Anderzijds door toe te zien op de transparantie van de zorgmarkten voor de consument (zie bijvoorbeeld de artt. 38, 39 en 40). Ook ziet de NZa erop toe dat de zorgverzekeraars zich houden aan hun acceptatieplicht, zorgplicht en het verbod op premie-differentiatie. De NZa heeft bovendien de uitdrukkelijke opdracht bij de uitoefening van haar taken het consumentenbelang voorop te stellen. Indien nodig kan de NZa handhavend optreden zoals bedoeld in hoofdstuk 6. Op deze manier speelt de NZa dus een belangrijke rol in het bewaken van de speelruimte en vrijheid van de individuele consument. Als effect van het toezicht van de NZa behouden individuele patiënten/consumenten keuzevrijheid en ontstaat er transparantie zodat patiënten/consumenten over keuze-informatie beschikken. Ik verwacht dat door de werking van de zorgmarkten het aanbod van verzekeraars en zorgaanbieders steeds meer zal aansluiten bij de wensen van patiënten en consumenten. De toenemende transparantie over prijzen van producten en diensten van verzekeraars en aanbieders bevordert het kostenbewustzijn van patiënten en consumenten. Ook zorgverzekeraars kunnen dankzij toenemende transparantie over de prijzen van producten en diensten van zorgaanbieders betere afspraken met zorgaanbieders maken. Inmiddels is gebleken dat de consument op de verzekeringsmarkt goed gebruik heeft gemaakt van de vele keuzemogelijkheden.

De leden van de VVD-fractie hadden in eerdere debatten al gevraagd om een laagdrempelig klachtenbureau voor consumenten en zorgaanbieders, aan te hangen aan de NZa. Zij misten dit klachtenbureau opnieuw in dit wetsvoorstel.

Deze vragen zijn gezamenlijk beantwoord met vragen van de CDA-fractieleden over het meldpunt als bedoeld in artikel 47.

De leden van de VVD-fractie merkten op dat er veel kritiek mogelijk is en ook is gekomen op de dubbele functie van de NZa, namelijk enerzijds regulering en anderzijds handhaving. Zij vonden dat de uitleg hierover van de minister tot op zekere hoogte acceptabel is. Wel vroegen zij zich af of en hoe de minister zal blijven volgen of de door hem geuite verwachting dat dit in de voorliggende situatie de beste oplossing is, ook terecht is.

Deze vraag zal onderdeel zijn van de evaluatie van de WMG als bedoeld in artikel 127.

De leden van de VVD-fractie vroegen nog eens in grote lijnen uiteen te zetten hoe ik dit zbo in de touwen kan houden en of en hoe ik mijn politieke verantwoordelijkheid kan waarmaken.

De wetgever deelt in wet- en regelgeving verantwoordelijkheden en bevoegdheden toe en schept kaders. In de WMG bepaal ik bovendien welke instrumenten de toezichthouder heeft om de gemaakte keuzes in de marktordening te operationaliseren. Deze instrumenten zijn in het wetsvoorstel vastgelegd. Ik ben eindverantwoordelijk voor de toepassing (uitvoering van weten regelgeving) en heb in dat verband ook verantwoordelijkheid voor de inrichting en werking van het toezicht.

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. Verder ben ik 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).

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. 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. In geval van taakverwaarlozing kunnen tijdelijke voorzieningen worden getroffen, zo nodig in afwijking van de wet (art. 10).

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.

Ik heb geen bevoegdheden ten aanzien van en ben niet aanspreekbaar op individuele besluiten van de NZa. 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 weeffouten in het systeem zelf aan de orde zijn dan kan de minister in samenspraak met het parlement het systeem aanpassen.

#### **4. GroenLinks-fractie**

De leden van de fractie van GroenLinks vinden de stapeling van toezichtfuncties een van de grote problemen van de introductie van gereguleerde marktwerking in de publieke sector. In dit verband wezen zij, evenals de leden van de VVD-fractie, op het rapport van de WRR «Bewijzen van goede dienstverlening». Vaak gaat het in deze processen overigens om onvoorziene gevolgen van goed bedoelde vormen van evaluatie en monitoring, die van boven naar beneden de professionele praktijk binnen sijpelen.

Tegen deze achtergrond stelden deze leden de vraag of de regering zich van dit gevaar bewust is en wat er is gedaan om de stapeling van toezicht-eisen te voorkomen.



Ja, de regering is zich hiervan bewust. Het kabinet gaf in zijn reactie op het WRR-rapport dan ook aan de tendens te willen keren dat overheidsregulering en toezicht zich steeds meer lijken te baseren op een gebrek aan vertrouwen in maatschappelijke actoren. Juist in de zorg is dit het uitgangspunt van de veranderingen die de regering voorstaat: meer ruimte aan marktpartijen en professionals om zelfstandig invulling te geven aan hun rol in het maatschappelijke verkeer. Vertrouwen is daarbij geen loos begrip. Vertrouwen kan in een maatschappelijk belangrijke sector als de gezondheidszorg nooit ongeclausuleerd worden gegeven. Vertrouwen impliceert wel dat partijen ruimte moeten krijgen. De overheid moet bereid zijn de directe sturende bemoeienis waar mogelijk los te laten. Dit wetsvoorstel is een belangrijke bouwsteen voor deze rolverandering. Het geeft de basis voor de oprichting van een NZa die steeds meer op de achtergrond zal opereren en slechts zal optreden als er publieke belangen daadwerkelijk en aantoonbaar in gevaar komen.

Verder wilden deze leden weten of de NZa ook een rol speelt in het toezien op de vraag of de toezichtvereisten niet al te zwaar gaan drukken op professionele organisaties en op de dagelijkse praktijk van zorgprofessionals en of de ontwikkelingen op dit punt in de gaten worden gehouden.

Artikel 13 verplicht de NZa zich jaarlijks te verantwoorden over de door haar veroorzaakte administratieve lasten. Artikel 14 bepaalt dat de NZa in overeenstemming met mij jaarlijks een plan voor de terugdringing van door haar veroorzaakte administratieve lasten maakt. Verder wijs ik op de artikelen 23 en 34, die erop zijn gericht bureaucratie als gevolg van formulieren en procedures van aanbieders en verzekeraars te verminderen. Daarnaast hebben bestuurders van instellingen en verzekeraars ook zelf de mogelijkheid nog eens goed na te gaan of de «interne» bureaucratie niet verder kan worden teruggedrongen.

Ten derde vroegen deze leden wat ik vind van het idee van de heer Rutte dat hij als kandidaat-lijsttrekker van de VVD opperde, dat instellingen in de publieke sector, waartoe ook de zorg gerekend dient te worden, niet meer dan vijftien procent van hun budget aan overhead (inclusief hun verantwoordings- en informatieverplichtingen) kwijt zouden moeten zijn. Daarmee zouden volgens deze leden automatisch beperkingen worden opgelegd aan de administratieve eisen die financiers en overheden aan deze instellingen kunnen opleggen. Hoe staat de regering tegenover deze gedachte?

De gedachte om een maximum te stellen aan overhead, verantwoordingskosten etc. is zeker sympathiek maar dit is vooral een verantwoordelijkheid van de sector zelf. De externe VWS commissie administratieve lasten zorg heeft een vergelijkbare gedachte ontwikkeld, namelijk om na te denken over een norm voor de maximale administratieve belasting die voor (goed georganiseerd en goede functionerende) zorginstellingen en beroepsbeoefenaren aanvaardbaar is. Lastig is wel tot hanteerbare definities te komen over wat meegeteld wordt bij overhead. Als overhead en management werk uit handen nemen van professionals op de werkvloer, dan is deze uiteraard minder bezwaarlijk dan als deze extra werk opleveren. Ook is de vraag of de overheid normen zou moeten stellen aan de overhead van instellingen, of dat sectoren dat zelf zouden moeten doen. Ten slotte vroegen de leden van de GroenLinks-fractie wat betreft dit onderwerp of het zinvol is om op enigerlei wijze normen te ontwikkelen waar professionele instellingen zich op kunnen beroepen om de externe zucht naar informatie binnen de perken te houden.

Op 10 maart 2006 heb ik het parlement per brief geïnformeerd over hoe ik van plan ben de informatievraag van de overheid aan het zorgveld te beperken<sup>1</sup>. Daarin gaf ik aan dat ik op dit moment werk aan een toetsingskader voor de informatievraag vanuit de overheid. De uitgangspunten die ik daarbij hanteer zijn ook in de brief benoemd. Aan de hand van dit toetsingskader wil ik in overleg met de veldpartijen komen tot bindende afspraken over de inhoud van de informatievraag van de overheid aan veldpartijen. In het antwoord op vragen van de leden van de PvdA-fractie ben ik al meer uitgebreid op het toetsingskader ingegaan. Kortheidshalve verwijs ik daarnaar.

De leden van de GroenLinks-fractie spraken het vermoeden uit dat zorgverzekeraars met de komst van de Zvw hun basisverzekering uit concurrentieoverwegingen bewust onder de kostprijs hebben geprijsd. Zij vreesden dat de polissen de komende jaren over de hele linie jaarlijks met tien procent stijgen, met enorme financiële consequenties voor burgers, de koopkracht en de uitgaven voor de zorgtoeslag. Hoe kan de NZa de rechtmatigheid van deze explosieve prijsstijgingen toetsen? Is zij in dergelijke processen een factor van betekenis, zo vroegen deze leden.

De ontwikkeling van de nominale premie valt niet onder het rechtmatigheidstoezicht van de NZa. Het uitgangspunt is dat de concurrentie tussen verzekeraars zorgt voor een beheerste ontwikkeling van de nominale premie. Als dat tegen zou vallen zal de NZa dat onder mijn aandacht brengen. Zij kan daarbij aangegeven welke oorzaken naar haar mening ten grondslag liggen aan de premieontwikkeling.

De leden van de VVD-fractie legden de casus voor de gezondheidszorgmarkt een steeds Europeeser gedaante krijgt, bijvoorbeeld door fusies en allianties van zorgverzekeraars uit verschillende landen. Zij vroegen of op die manier bijvoorbeeld Duitse en Nederlandse ziektekostenverzekeraars kunnen fuseren. Of een zorgaanbieder uit Gelderland met een aanbieder uit Duitsland. Zij wilden weten wat in dat geval de handelwijze van de NZa is, welke eisen zij moet stellen aan zo'n fusie en waar de NZa dat aan toetst. Wat betekent bijvoorbeeld de uitdrukking «aanmerkelijk marktmacht» in Europees of internationaal perspectief?

Fusiecontrole is onderdeel van het algemeen (Europees) mededingingsrecht. Met de handhaving daarvan zijn de NMa en de Europese Commissie belast. Indien de jaaromzet van de betrokken ondernemingen op mondiaal en Europees niveau bepaalde drempelwaarden overschrijdt, moet de voorgenomen concentratie worden aangemeld bij de Europese Commissie, die deze moet onderzoeken. Wanneer de Europese omzetrempels niet worden behaald, kunnen de nationale mededingingsautoriteiten in de EU lidstaten waar de betrokken ondernemingen actief zijn de concentratie behandelen, voor zover de omzetrempels van de betreffende lidstaten worden behaald.

Met het onderzoek van voorgenomen concentraties wordt beoogd schadelijke gevolgen hiervan voor de concurrentie te voorkomen. De NMa of de Commissie kunnen een fusie verbieden indien zij reden hebben om aan te nemen dat als gevolg van de concentratie een economische machtspositie kan ontstaan die tot gevolg heeft dat de mededinging kan worden beperkt.

De NZa kan een zienswijze geven aan de NMa inzake een voorgenomen en bij de NMa gemelde concentratie in de zorgsector. Dat is vastgelegd in het samenwerkingsprotocol tussen de NMa en de NZa.

Zowel de NMa als de Europese Commissie zijn bevoegd om fusies te beoordelen. Afhankelijk van de jaaromzet van de betrokken ondernemingen wordt de fusie gemeld bij de NMa dan wel bij de Commissie. Indien de Duitse aanbieder geen omzet in Nederland heeft behaald, hoeft

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 29 515, nr. 132.

niet te worden gemeld bij de NMa. De NZa kan een zienswijze geven aan de NMa inzake een voorgenomen en bij de NMa gemelde concentratie in de zorgsector. Dat is vastgelegd in het samenwerkingsprotocol tussen de NMa en de NZa.

De leden van de fractie van GroenLinks stelden enkele vragen naar aanleiding van een artikel van prof. Teuling in NRC Handelsblad van 24 november 2005.

Deze vragen zijn gezamenlijk beantwoord met een vraag hierover van de CDA-fractieleiden.

De leden van de GroenLinks-fractie merkten op dat de grote onbekende van de WMG – begrijpelijkerwijs – is hoe de wet in de praktijk zal gaan uitpakken. Om daar zicht op te krijgen wilden zij de wet toetsen aan ontwikkelingen zoals die mogelijk kunnen optreden en de vraag te stellen wat daarbinnen de rol van de NZa zal zijn. Daartoe legden zij deze leden de volgende casuïstiek voor. Stel: twee reguliere instellingen voor verslavingszorg willen in hun werkgebied een nieuw commerciële detoxificatiekliniek oprichten. Zij zien buitenlandse commerciële zorgaanbieders immers initiatieven nemen waarvan zij menen dat zij dat ook en beter kunnen. Zij hebben een private financier, een bank, bereid gevonden mee te investeren. De totale risicodragende investeringen bedragen enige miljoenen, waarvan de bank het merendeel voor zijn rekening neemt en de twee instellingen ieder enige honderdduizenden euro's aan hun vermogen onttrekken. Aan de hand hiervan stelden een aantal vragen. Ten eerste vroegen zij wat de instellingen op hun weg zullen vinden: kunnen zij hun gang gaan of moeten ze aan bepaalde verplichtingen voldoen?

Versneld afkicken met opiaten wordt uitgevoerd door instellingen voor verslavingszorg, waarbij men de eerste fase van ontgiftiging laat plaatsvinden in een somatisch ziekenhuis. In mijn voortgangsrapportage verslavingszorg<sup>1</sup> heb ik het parlement geïnformeerd over de resultaten van het onderzoek naar deze nieuwe methode. In 2006 starten drie instellingen met het behandelen van ongeveer 150 patiënten. Ik heb het CTG gevraagd voor de klinische meerkosten van de behandeling een budgetparameter te ontwikkelen.

Ik vind het een goede zaak dat bestaande instellingen en specialisten naar nieuwe manieren zoeken waarop zij doelmatiger kunnen werken. Zij zullen daarbij ook proberen de huidige organisatievormen te optimaliseren. Potentiële toetreding van buitenlandse zorginstellingen kan de instelling daar toe aanzetten. Zo'n proces van rivaliteit raakt de kern van een belangrijke doelstelling van de WMG: het geleidelijk verminderen van de overheidsregulering en het geven van meer vrijheid en verantwoordelijkheid aan consumenten, zorgaanbieders en verzekeraars. Uiteraard gaat het daarbij steeds om het zoeken naar een verstandig evenwicht tussen marktwerking waar dat kan en regulering daar waar dat nodig is. Graag wil ik een beeld geven van de eisen waaraan nieuwe toetreders moeten voldoen. Voor zowel de buitenlandse toetreders als de nieuwe Nederlandse verslavingskliniek gelden min of meer dezelfde regels. Het gaat daarbij om:

- toelatingseisen, bouwregulering (vergunningenprocedure CBZ), verbod op winstoogmerk, regels met betrekking tot de bedrijfsvoering, bestuursstructuur en gegevensverstrekking (op basis van de WTZi);
- eisen aan kwaliteit van de geleverde zorg (op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG);
- beleidsregels ten aanzien van budgetbepaling en tariefregulering, bekendmakingsvoorschriften, regels rond verantwoording en administratie (op basis van de WMG);

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 24 077, nr. 176.

- onderhevigheid aan markttoezicht van NZa (op basis van de WMG).

In de toekomst zal de overheidsbemoeienis vooral afnemen waar het gaat om bouw- en prijsregulering. Ook bezin ik mij, zoals vermeld in de brief over transparantie en integrale tarieven, op het huidige verbod op winst-oogmerk dat nu nog voor de toegelaten verslavingsklinieken geldt. Daarvoor is het nodig om een transparante en integrale prestatiebekostiging in te voeren. Pas dan lopen instellingen volledig risico op volumewisselingen. Andere regelgeving dient publieke belangen (zoals kwaliteit) of bevat belangrijke spelregels voor marktpartijen. Dergelijke regels zijn ook in de toekomst nodig.

Verslavingszorg is verzekerde zorg. Vanaf het moment dat de curatieve geestelijke gezondheidszorg (ggz) wordt overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw hebben zowel Nederlandse als buitenlandse verslavingsklinieken te maken met zorginkoop door concurrerende zorgverzekeraars. Zij concretiseren de wettelijke zorgaanspraak in de polisvoorwaarden. Verzekeraars bepalen zelf met welke verslavingsklinieken zij overeenkomsten afsluiten. Daarbij zullen zij zich kritisch opstellen. De prijs-kwaliteitverhouding en de behoefte van verzekerden zijn daarbij bepalend. Het is niet toegestaan om geen overeenkomst te sluiten met buitenlandse zorgaanbieders uitsluitend omdat zij geen Nederlandse zorgaanbieder zijn.

Voorts vroegen de leden van de fractie van GroenLinks op welke wijze de NZa toeziet op zulke initiatieven.

De toezichtstaken van de NZa zijn als volgt samen te vatten:

- markttoezicht op de zorgverlenings-, zorgverzekerings- en zorginkoopmarkten. Dit betreft zowel het maken en bewaken, als het reguleren van markten, waaronder het reguleren van tarieven en prestaties. Het gaat ook over het bevorderen van inzichtelijkheid (transparantie) van markten en over keuze-informatie voor consumenten;
- toezicht op de rechtmatige uitvoering door zorgverzekeraars van de Zvw, onder meer met betrekking tot zorgplicht, acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie;
- toezicht op de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars, zorgkantoren en het Centraal administratiekantoor AWBZ.

De belangrijkste nieuwe bevoegdheden van de NZa betreffen:

- bevoegdheden om een partij met aanmerkelijke marktmacht specifieke verplichtingen op te leggen teneinde de markt (bijvoorbeeld de zorginkoopmarkt) op gang te brengen;
- bevoegdheden om algemene regels te stellen voor zorgaanbieders en verzekeraars in verband met de inzichtelijkheid (transparantie) van de markt voor consumenten. Verder krijgt de NZa de bevoegdheid zelf transparantie-informatie openbaar te maken, als aanbieders of verzekeraars in gebreke blijven.

Uiteraard zijn het de verzekeraars die beslissen of zij met nieuwe aanbieders van verslavingszorg een overeenkomst willen sluiten. De NZa heeft de taak de concurrentieverhoudingen en het marktgedrag van partijen monitoren. Daarvoor is informatie nodig. De NZa mag informatie opvragen bij marktpartijen over bijvoorbeeld kosten, prijzen en tarieven, producten en prestaties, contractvoorwaarden, marktaandeel en andere marktinformatie. Ook klachten van consumenten, aanbieders en verzekeraars zijn belangrijke informatiebronnen.

De leden van de fractie van GroenLinks vroegen vervolgens of de NZa dergelijke initiatieven anders zal beoordelen dan geheel commerciële of buitenlandse initiatieven.

Zowel bij het marktonderzoek als bij de oordeelsvorming over het presenteren van verschillende deelmarkten, het marktgedrag van ondernemingen en de marktstructuur kijkt de NZa goed naar de ontwikkelingen. Daarbij is het ten principale niet relevant of het gaat om geheel commerciële of buitenlandse initiatieven.

Tevens wilden de leden van de GroenLinks-fractie weten of er grenzen zijn aan het aanspreken van het vermogen door publiekgefinancierde instellingen voor commerciële initiatieven, wie deze bepaalt en wat de rol is van de NZa.

Gemakshalve ga ik bij dit antwoord uit van de veronderstelling dat het onderhavige wetsvoorstel tot wet is verheven en spreek dus over de WMG, waar thans nog de WTG geldt.

Het eigen (niet-vreemd) vermogen en het vreemd vermogen (leningen) moeten worden aangewend voor de financiering van de instellingen.

Zolang winstoogmerk niet is toegestaan mag winst dus niet worden uitgekeerd aan aandeelhouders. Het is wel toegestaan om niet verzekerde zorg aan te bieden en andere activiteiten te ontplooien. Op grond van de WMG is geregeld op basis van welke andere activiteiten instellingen, onder aftrek van kosten, aanvullende inkomsten kunnen genereren. Het leveren van derde-compartimentszorg of bij ziekenhuizen het leveren van zorg in het B-segment, leidt bijvoorbeeld tot inkomsten bovenop het reguliere budget. De eventuele positieve resultaten daarvan blijven binnen de instelling. Het onderbrengen van dergelijke activiteiten in een aparte b.v. verandert dat niet. Op basis van de consolidatieverplichting in de Regeling verslaggeving WTZi is het namelijk niet mogelijk de resultaten van andere rechtspersonen buiten de jaarrekening van de moederinstelling te houden.

De NZa doet jaarlijks onderzoek naar de exploitatieresultaten van instellingen. Deel van dat onderzoek betreft de ontwikkeling van de aanvaardbare kosten, het exploitatieresultaat van de instelling en de ontwikkeling van het niet-vreemd vermogen.

Via een beleidsregel op grond van de WMG is geregeld dat het verschil tussen de werkelijke kosten en de aanvaardbare kosten (het budget) moet worden toegevoegd aan de «Reserve aanvaardbare kosten». Deze reserve is onderdeel van het eigen vermogen. Er is geen minimum of maximum gesteld aan de omvang van de reserves van instellingen.

Indien via de WTZi voor meer categorieën zorgaanbieders winstoogmerk wordt toegestaan heeft dat beperkte gevolgen voor de uitvoering van de WMG. De belangrijkste aanpassing op het terrein van de bekostiging is de beleidsregel rente. Daarin staat dat de rentegevolgen van het buiten de balans brengen van eigen vermogen en voorzieningen niet in de aanvaardbare kosten worden opgenomen. Het buiten de balans gebrachte bedrag wordt dan behandeld als eigen vermogen en dus afgetrokken van het bedrag aan leningen waarop de instelling een rentevergoeding in het budget krijgt. Deze beleidsregel dient dan op dit punt te worden aangepast.

Ten slotte stelden de leden van de fractie van GroenLinks wat betreft dit onderwerp dat in toenemende mate vermenging zal optreden van commerciële belangen en privaat kapitaal met reguliere, niet commerciële zorgaanbieders die over collectief gefinancierd kapitaal beschikken. Zij vroegen hoe de regering staat tegenover deze vermengingen en welke rol de NZa in deze heeft. Ook vroegen zij of er regels moeten komen voor dergelijke «vermengingen» of dat er naar bevind van zaken moet worden gehandeld.

Zolang de publieke belangen van kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg niet in gevaar komen is er geen bezwaar tegen het samen-

lopen van enerzijds activiteiten die via de Zvw of de AWBZ worden gefinancierd en anderzijds activiteiten die via aanvullende verzekeringen of eigen middelen van consumenten worden gefinancierd. Het is niet nodig aanvullende regels in te voeren om vermenging van belangen tegen te gaan. De eerder genoemde regels zijn beginsel voldoende. De NZa heeft de bevoegdheid om ongewenst gedrag dat eventueel kan voortvloeien uit dergelijke vermenging te bestrijden. Het betreft het vaststellen van aanmerkelijke marktmacht en het in dat verband opleggen van verplichtingen.

De leden van de fractie van GroenLinks vroegen of burgers en professionals zich kunnen wenden tot de NZa, of dat tot onderzoek kan leiden en of de NZa serieus met dergelijke «individuele» input om moet gaan.

Deze vragen zijn gezamenlijk beantwoord met vragen van de CDA-fractieleiden over het meldpunt.

## **5. SP-fractie**

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat de belangrijkste conclusie die men kan trekken uit de discussie toe nu toe is dat de NZa zal starten met nog erg onduidelijke kaders en dat gaandeweg de rit kennis en ervaring én jurisprudentie moet worden opgebouwd. Onduidelijkheid over het aantonen van aanmerkelijke marktmacht en de afbakening van zorgmarkten dienen daarbij als voorbeeld. Zij vroegen of ik het eens ben met deze stelling.

Ik ben het niet eens met deze stelling. Zeker niet als deze wordt veralgemeeniseerd over alle taken van de NZa. Ik wijs daarnaast op de gekozen vormgeving van de NZa, waarbij het CTG en het CTZ opgaan in de NZa. Hierdoor is bij de start al voldoende kennis en ervaring beschikbaar. Integrale samenwerking tussen de verschillende disciplines binnen de NZa waarborgt een optimale mix tussen kennis over marktwerking, kennis over regulering, kennis van de zorgverzekeringsmarkt en kennis van de zorgsector in het algemeen.

Het opleggen van verplichtingen aan partijen met aanmerkelijke marktmacht in de zorg is nieuw. Het afbakenen van markten en het vaststellen van een economische machtspositie is dat echter niet. De NZa kan hier voortbouwen op de toepassingspraktijk (jurisprudentie en beschikkingen) uit het algemene (Europese) mededingingsrecht inzake het bepalen of sprake is van een economische machtspositie en op de verschillende besluiten van de NMa in de zorg waarin markten zijn afgebakend.

De leden van de SP-fractie stelden dat er veel toezichthouders zijn die op de zorgmarkt opereren en wezen op het risico van overlap en van blinde vlekken, bijvoorbeeld tussen NZa en NMa. Zij vroegen wat de gang van zaken is bij onduidelijkheid. Ook vroegen zij of beide instanties naar elkaar kunnen verwijzen en elkaar kunnen aansporen tot actie. Voorts vroegen deze leden aan wie de NZa en NMa geschillen over taakopvatting kunnen voorleggen. Zij wilden weten of dit soort onderwerpen worden vastgelegd in het samenwerkingsprotocol, of dat protocol al door beide autoriteiten is vastgelegd en goedgekeurd en wat de rol van de minister hierin is.

De samenwerking tussen de NZa en de NMa wordt geregeld in een samenwerkingsprotocol tussen beide organisaties. Het samenwerkingsprotocol is in concept klaar. Het protocol wordt ondertekend op het moment van inwerkingtreding van de WMG. Ik heb geen goedkeurende bevoegdheid over dit samenwerkingsprotocol. In het samenwerkingsprotocol maken de NZa en NMa afspraken over hoe te handelen bij een mogelijke samenloop van bevoegdheden. De NZa en



de NMa bevorderen conform artikel 18 van de WMG dat betrokkenen bij aangelegenheden waarbij mogelijk sprake is van samenloop zich in beginsel tot de NZa wenden. De NZa past bij mogelijke samenloop voor zover mogelijk eerst de bevoegdheden toe die zij op grond van de WMG heeft, alvorens de NMa de haar ten dienste staande bevoegdheden op grond van de Mededingingswet toepast. Wanneer er tussen de toezicht-houders onverhoopt geschillen ontstaan over de taakopvatting, dan zullen zij allereerst in onderling overleg tot een passende oplossing moeten komen. Wanneer dit niet lukt, zijn de minister van Economische Zaken en ikzelf aan zet.

De leden van de SP-fractie merkten op dat het toezicht op concentraties in de AWBZ-sector mogelijk een gebied is waar de taken tussen de NMa en de NZa botsen. Zij vroegen of er voorwaarden aan deze concentraties zijn verbonden, wie erop toeziet en of dit een sector is waarbij mogelijk per amvb een lagere concentratiedrempel kan worden vastgesteld.

Het toezicht op fusies is geregeld in de Mededingingswet. Fusies worden op grond van de Mededingingswet individueel beoordeeld door de NMa. Er spelen geen andere wettelijke kaders dan de Mededingingswet een rol. Dat verandert niet als de WMG in werking is getreden. De taakverdeling bij het toezicht op fusies is dus helder. De NZa krijgt geen bevoegdheden ten aanzien van fusies. Wel heeft het CTG op dit moment, en de NZa als dit wetsvoorstel wordt aanvaard, een adviesrol bij fusies. Zo wordt ervoor gezorgd dat bij de beoordeling van dit type concentraties rekening wordt gehouden met de bijzondere kenmerken van de zorgmarkt. Daarnaast kunnen de NMa en NZa onderling informatie uitwisselen, zodat administratieve lasten voor de sector niet onnodig zwaar zijn.

De NMa toetst voorgenomen concentraties (behalve fusies kan het daarbij ook gaan om overnames en bepaalde typen joint ventures) vooraf. Het concentratietoezicht is van toepassing op grotere concentraties. Er is sprake van een «grote» concentratie als de ondernemingen tezamen jaarlijks in totaal meer dan € 113 450 000 wereldwijd omzetten en minstens twee van hen binnen Nederland een jaaromzet van minimaal € 30 000 000 halen.

Een concentratie boven de genoemde omzeldrempels mag niet tot stand worden gebracht zonder voorafgaande melding bij de NMa. In de meldingsfase beziet de NMa of een vergunning voor concentratie vereist is. Er is een vergunning vereist als de NMa vermoedt dat een economische machtspositie kan ontstaan of worden versterkt die de mededinging belemmert. Wanneer de NMa ook na nader onderzoek van mening is dat een voorgenomen concentratie leidt tot het ontstaan of versterken van een economische machtspositie, dan kan zij besluiten geen vergunning te verstrekken voor de voorgenomen concentratie.

Ik zal in overleg met de minister van Economische Zaken en de staatssecretaris de meldingsdrempel voor concentraties bij amvb verlagen voor specifieke AWBZ-zorgmarkten. Voor welke (regionale) AWBZ-deelmarkten dit moet gebeuren en hoe laag de drempel voor de verschillende situaties moet komen te liggen, wordt nader onderzocht.

Bij amendement op het wetsvoorstel WMG is de mogelijkheid opgenomen de concentratiedrempels bij algemene maatregel van bestuur te verlagen in de Mededingingswet. Deze mogelijkheid was al opgenomen in het wetsvoorstel aanpassing mededingingswet naar aanleiding van de evaluatie, maar de Tweede Kamer hechtte eraan dat de NMa op zo kort mogelijke termijn concentraties in de zorg kan toetsen, die nu nog beneden de meldingsdrempels vallen.

De SP-fractieleden legden de volgende casus voor. Een zorgverzekeraar garandeert zijn verzekerden binnen twaalf uur thuiszorg op basis van een exclusief contract met een thuiszorgorganisatie. Hierdoor kunnen verze-

kerden bij een andere verzekeraar mogelijk niet tijdig over thuiszorg beschikken. Deze leden vroegen of het is toegestaan dat thuiszorg voor verschillende verzekerden verschillend beschikbaar komt. Ook wilden zij weten of de NZa op dit soort zaken toeziet en zo ja, wat de gronden zijn waarop beoordeling plaatsvindt.

De AWBZ wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars die zich bij het CTZ hebben aangemeld voor deze taak. De zorgkantoren hebben echter krachtens een wettelijk mandaat de bevoegdheid gekregen bepaalde taken namens de zorgverzekeraars uit te voeren. Dit mandaat is nader uitgewerkt in het Convenant zorgkantoren 2006/2008 (Stcrt. 2006, 66) dat tussen VWS, ZN en het CVZ is opgesteld. Een van de onderwerpen die daarin nader uitgewerkt is, is het inkopen van zorg. De zorgkantoren hebben de wettelijke verplichting die is neergelegd in de AWBZ de zorg te leveren, dit wordt de zorgplicht genoemd. De zorg, zo stelt het convenant, wordt zodanig ingekocht bij een AWBZ toegelaten zorgaanbieder dat allen met een indicatie de benodigde zorg kunnen ontvangen. Door middel van het sluiten van contracten en het maken van productieafspraken wordt zorg ingekocht. Indien gecontracteerd wordt met een zorgaanbieder die binnen twaalf uur thuiszorg levert, is deze thuiszorginstelling kennelijk in staat snel zorg te leveren. Dit laat uiteraard onverlet de verplichting van de zorgkantoor om zorg te leveren, waarbij per verzekerde en per indicatie de termijn waarbinnen de zorg geleverd moet worden kan verschillen. Al deze verzekerden die in een gelijke situatie verkeren dienen tegelijkertijd zorg te ontvangen. De praktijk heeft daarvoor zelf normen opgesteld tijdens het zogenaamde Treek overleg om te bezien bij welke indicaties binnen welke termijn zorg nodig is. Dit hoeft niet altijd binnen twaalf uur. De suggestie dat verzekerden bij een andere verzekeraar dan mogelijk niet tijdig over thuiszorg kunnen beschikken kan ik, gezien de waarborgen die de AWBZ biedt alsmede het convenant en de Treeknormen die dit nog eens concretiseren en ondersteunen, dan ook niet volgen. In genoemd convenant voeren zorgkantoren een non discriminatoir en toetsbaar contracteerbeleid waarin bestaande en nieuwe aanbieders op een gelijke manier worden behandeld. Van voorrangszorg is dan ook geen sprake en het is dan ook niet toegestaan dat voor verzekerden met een zelfde indicatie de zorg op verschillende momenten beschikbaar komt. De NZa ziet hierop toe en toetst of de wet en het convenant worden uitgevoerd.

De leden van de SP-fractie hebben een vraag naar aanleiding van mijn brief over plastische chirurgie, die ik onlangs naar de Tweede Kamer stuurde. Zij refereerden aan particulier bijklussende plastisch chirurgen, die daardoor minder tijd hebben om in het publieke domein actief te zijn. Deze leden vroegen of dit niet gewoon het gevolg van marktwerking is waarbij ieder voor zich kan kijken waar het meeste geld te halen is. Waarom moeten plastisch chirurgen dief van eigen portemonnee zijn? Met welke argumenten kan de NZa hier tegen optreden?

Om de honorering van vrijgevestigd medisch specialisten binnen ziekenhuizen en particuliere klinieken op één lijn te brengen ben ik van plan het huidige lumpsumsysteem voor de bekostiging van vrijgevestigde medisch specialisten binnen ziekenhuizen per 2008 af te schaffen. Vrijgevestigde medisch specialisten zullen dan ook binnen de ziekenhuizen worden bekostigd op basis van dbc's, waardoor het financiële voordeel van het werken in particuliere klinieken ten opzichte van het werken in ziekenhuizen zal verminderen. Ik zie op twee manieren een rol voor de NZa. Ten eerste ziet de NZa er op toe dat er een gelijk speelveld is voor de verschillende zorgaanbieders, bijvoorbeeld door erop te letten dat de zorgaanbieders zich houden aan de regels die gelden op het gebied van tarieven en prijzen. Ten tweede ziet de NZa erop toe dat zorgverzekeraars hun zorgplicht naleven. In de brief plastische chirurgie geef ik aan dat de

productieafspraken met zorgverzekeraars voor plastische chirurgie in de afgelopen vier jaar over het algemeen gehaald zijn.

De leden van de SP-fractie gingen vervolgens in op de relatie ligt tussen de IGZ en de NZa. Zij merkten op dat de NZa de IGZ kan verzoeken informatie te verzamelen. Zij vroegen of de IGZ de NZa ook kan vragen onderzoek te doen. Voorts vroegen deze leden ze elkaars agenda kunnen bepalen.

De NZa en de IGZ leggen afspraken over hun samenwerking vast in een protocol. In het protocol spreken de beide toezichthouders af dat zij elkaar op basis van hun eigen deskundigheid op verzoek met raad en daad bijstaan als er sprake is van activiteiten die duidelijk verband houden met de activiteiten van de ander of van zaken waarover de andere partij de nodige kennis bezit. Dit kan inhouden dat de NZa dan wel de IGZ de andere toezichthouder verzoekt om een onderzoek te doen. Op deze wijze kunnen ze elkaars agenda beïnvloeden. De verzoeken hebben geen dwingend karakter, van het bepalen van een agenda is derhalve geen sprake.

De SP-fractieleden merkten op dat de IGZ in het verleden geld en menskracht tekort kwam om haar werkzaamheden naar behoren te verrichten. Zij vroegen of de onderzoeken die de IGZ mogelijk op verzoek van de NZa gaat niet capaciteitsproblemen.

Met de wijzigingen in de organisatie van de IGZ en met de aanvullende middelen ben ik van mening dat de IGZ haar taken naar behoren kan uitvoeren. Zie ook mijn antwoord hierover op vragen van de leden van de fracties van het CDA en de PvdA.

Jaarlijks stelt de IGZ een werkprogramma op. Dit heb ik onlangs naar het parlement gestuurd<sup>1</sup>. Mogelijke vragen die de NZa aan de inspectie zou kunnen voorleggen, passen mijns inziens binnen de activiteiten in het werkprogramma. Daarbij is ook de samenwerking tussen IGZ en NZa in een protocol vastgelegd. Ik voorzie dan ook geen capaciteitsproblemen als gevolg van deze samenwerking.

De SP-fractieleden vroegen of de NZa ook toezicht houdt op de uitvoering van de aanvullende verzekering, zowel ten aanzien van de manier van aanbieden, eventuele risicoselectie, koppelverkoop (ook met andere, niet zorggerelateerde verzekeringen) als van de inhoud van het gebodene en de prijsstelling (te goedkoop of te duur).

De bepalingen van de WMG bieden de NZa taken en bevoegdheden op het terrein van de transparantie en de goede marktwerking die zich ook uitstrekken over de aanvullende verzekering. Ook de bepalingen inzake verkoop op afstand zijn volledig op de aanvullende verzekering van toepassing en de NZa ziet ook bij de aanvullende verzekering toe op zorgvuldigheid bij reclame en informatie aan verzekerden ter voorkoming van misleiding van de consument. De NZa houdt bij de aanvullende verzekeringen dus geen toezicht op de publieke randvoorwaarden van de basisverzekering, omdat deze daar niet gelden. Wel kijkt de NZa naar mogelijke invloeden op de werking van de markt voor de basisverzekering, bijvoorbeeld uitstralingseffecten van eventuele risicoselecties bij de aanvullende verzekeringen. Hieraan besteedt de NZa in de diverse monitorpublicaties de nodige aandacht.

De leden van de SP-fractie vroegen in welke situatie de NZa een tijdelijke verplichting kan opleggen. Zij wilden weten hoeveel tijd het kost om aanmerkelijke marktmacht vast te stellen. Met de tijdelijke maatregel wordt geanticipeerd op mogelijke maatregelen en wordt voorkomen dat onomkeerbare situaties ontstaan. Het stond deze leden niet helder voor

---

<sup>1</sup> DBO-CB-U-2669616.

ogen aan wat voor situaties uit de praktijk gedacht moet worden. Zij vroegen of de NMa er niet is om onomkeerbare situaties toch om te keren.

De mogelijkheid van een voorlopige maatregel versterkt de slagvaardigheid van het ex ante toezicht van de NZa. De NZa zal bij het opleggen van een amm-verplichting de uitgebreide openbare voorbereidingsprocedure van artikel 3:5 Awb moeten volgen. Het opleggen van een amm-verplichting vergt een zorgvuldige procedure. Hoeveel tijd er precies mee gemoeid zal zijn, kan ik nu nog moeilijk inschatten. Dit zal bovendien van geval tot geval verschillen.

Er kan bijvoorbeeld aanleiding tot een voorlopige maatregel zijn, indien het tijdsverloop dat met de normale procedure is gemoeid naar verwachting tot gevolg zal hebben dat de alsdan te treffen maatregel niet meer of niet in voldoende mate het daarmee beoogde effect zal hebben. Een spoedeisend belang kan gelegen zijn in het feit dat de marktdynamiek bij het volgen van de normale procedure ernstige schade oplevert voor de concurrentieverhoudingen in de markt en daarmee ook voor de consument. Het nemen van een voorlopige maatregel kan bijvoorbeeld wenselijk zijn in gevallen waarin de situatie in de markt of de positie van partijen tot onomkeerbare gevolgen leiden, bijvoorbeeld doordat concurrenten niet tot de markt kunnen toetreden. Indien die situatie lang blijft bestaan zullen ondernemingen niet meer toe willen treden. Ook in andere gevallen kan een voorlopige maatregel aangewezen zijn om effectief de concurrentie op gang te brengen dan wel in stand te houden.

Het is bij markten in transitie beter voorkomen dan genezen. In dergelijke markten verdient het de voorkeur om structurele maatregelen op te leggen in de vorm van amm-verplichtingen zodat misbruik van een economische machtspositie en dus ingrijpen door de NMa kan worden voorkomen.

De leden van de SP-fractie stelden verschillende vragen over collectieve contracten op grond van de Zvw.

Deze vragen zijn gezamenlijk beantwoord met vragen hierover van de CDA-fractieleden.

De SP-fractieleden vroegen naar de toegezegde brief met een overzicht van het totale effect op de administratieve lasten veroorzaakt door gehele stelselwijziging.

Op 16 mei 2006 is de Tweede Kamer een afschrift gestuurd van de brief die over dit onderwerp aan Actal is gestuurd. De conclusies zijn dat zowel voor burgers als bedrijven de administratieve lasten dalen. De besparing voor de burger is gemiddeld 22% minder tijd. De totale vermindering van de administratieve lasten bedrijven is € 432 miljoen.

De leden van de SP-fractie legden namens het Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO) een aantal vragen voor die het CSO bij brief van 15 mei 2006 onder de aandacht heeft gebracht van de commissie voor VWS van de Eerste Kamer. Ik duid de vragen als onderwerp aan.

*– bewaking en versterking centrale positie van de patiënt in de gezondheidszorg*

De belangrijke doelstelling achter de WMG is de positie van de consument te beschermen en te bevorderen met het oog op diens informatieachterstand en het machtsverschil tussen partijen in de zorg (waarbij de consument een zwakkere positie heeft). Deze doelstelling is uitgewerkt in de diverse taken en bevoegdheden die de NZa met het oog op de consument heeft. Verder stelt de WMG in artikel 3 dat de NZa bij de uitoefening

van haar taken het algemeen consumentenbelang voorop moet stellen. Ook dit geeft nadrukkelijk richting aan de koers die de NZa gaat varen. Dit alles is er op gericht om de individuele consument op de zorgmarkten een betere positie te kunnen geven, zoals betere en vergelijkbare keuze-informatie over aangeboden producten en diensten, het creëren van de juiste marktvoorwaarden zodat er voldoende keuze is in het aanbod en het voorkomen van ongewenste marktonevenwichtigheden die de positie van consumenten kunnen schaden. Via de werking van het systeem moeten de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars zich meer gaan richten naar de behoeftes en wensen van de consument zodat diens invloed en inspraak wordt versterkt.

– *meerwaarde van de WMG voor de feitelijke inspraak en invloed van de individuele consument ten opzichte van het reeds geregelde in de Zvw*  
Ik noem de belangrijkste voorbeelden waardoor de invloed van de individuele consument toeneemt. Op grond van de WMG kan een consument bij de NZa een klacht indienen over gebruikte formulieren. De beslissing van de NZa is een bindend advies aan degene die het formulier gebruikt. Verder zijn landelijke consumenten- en patiëntenorganisaties aangewezen als rechtstreeks belanghebbenden bij besluiten van de NZa. Zij kunnen dus rechtstreeks naar de rechter stappen. Ook neemt de invloed van de individuele consument toe omdat verzekeraars en aanbieders verplicht zijn goede informatie te verstrekken over aangeboden producten en diensten. Goed is begrijpelijk, juist, volledig, vergelijkbaar en niet-misleidend. Hierdoor kan hij geïnformeerd kiezen waar hij het beste terecht kan en met wie hij in zee wil gaan (stemmen met de voeten).

– *betekenis algemeen consumentenbelang (art. 3, vierde lid)*

Met «algemeen consumentenbelang» 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, ook als goed bestuursorgaan, alle relevante feiten en belangen in haar afwegingen betrekken. Ook zal de NZa er ongetwijfeld tegenaan lopen dat het algemeen consumentenbelang op de langere termijn niet altijd parallel loopt met individuele consumentenbelangen voor de kortere termijn. Beslissingen moeten daarom goed uitgelegd kunnen worden.

Er zijn diverse manieren om er achter te komen welke consumentenbelangen belangrijk zijn. De NZa kan bijvoorbeeld consumenten- en patiëntenorganisaties betrekken bij haar consultatiedocumenten. Ook worden deze organisaties betrokken bij het opstellen van de beleidsagenda (consulteren over werkprogramma en begroting). De relatie wordt in samenwerkingsovereenkomsten vastgelegd, zoals bijvoorbeeld met NPCF en Consumentenbond. Daarnaast kunnen deze organisaties zelf het initiatief nemen om het consumentenbelang onder de aandacht te brengen van de NZa en informatie daarover uit te wisselen. Ik ga er vanuit dat ze dat ook doen. Verder vangt de NZa signalen op via de eigen informatiepunt en meldlijn en houdt zij de media goed in de gaten. Ik verwacht niet dat de NZa overal achteraan loopt. Wel zal de NZa een fijne

neus moeten ontwikkelen voor maatschappelijke trends en andere ontwikkelingen zoals de economische wetenschap die zij kan betrekken bij het formuleren van het algemeen consumentenbelang. Zoals gezegd heeft de NZa niet tot taak om belangen van individuele verzekerden of patiënten te behartigen. 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.

In de WMG is geregeld dat op landelijk niveau werkzame patiënten- of consumentenorganisaties als belanghebbenden worden aangemerkt bij besluiten van de NZa waarbij consumenten of patiënten belanghebbend kunnen zijn. Deze toekenning van die wettelijke status maakt het die organisaties zo gemakkelijk mogelijk zich ook formeel tot de NZa te kunnen wenden bij haar besluiten.

De NZa bewaakt 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. De NZa moet bevorderen dat de positie van de consument (patiënt of verzekerde) wordt versterkt. Marktdoorzichtigheid (transparantie via keuze-informatie) speelt daarbij een centrale rol, maar ook een adequate klachtafhandeling.

Via het jaarlijkse verslag van werkzaamheden verantwoordt de NZa zich over de uitvoering van haar wettelijke taken. Het behoeft geen nadere uitleg dat gelet op de positionering van de consument in de diverse wettelijke taken van de NZa dit ook bij de verslaglegging over de taken goed naar voren zal komen. Zo nodig zal ik de NZa hierop aanspreken.

*– eigen oordeel NZa over prijs-kwaliteitverhouding en consumentenperspectief*

Bij de beantwoording van deze vraag wil ik opmerken dat de NZa er vooral op moet letten dat de consument in staat is goede keuzes te maken in het zorgaanbod en dat daarvoor bepaalde informatie over de prijs en de kwaliteit nodig en voorhanden is. Daar is in de zorg al het nodige verricht zoals de bouw van allerlei websites met keuze-informatie, publicaties in diverse media en diverse activiteiten van de IGZ, maar er is nog veel werk te verrichten. De NZa volgt dergelijke ontwikkelingen nauwlettend en neemt dat mee in haar monitors en activiteiten. Bij keuze-informatie zijn de wensen en behoeften van consumenten uiteraard leidend, maar ook informatie waar je als individuele consument misschien niet zo snel aan denkt wordt meegenomen zoals relevante medisch-inhoudelijke informatie over het verleende zorgaanbod. Om te beoordelen of er een goed pakket keuze-informatie ligt, zal de NZa gebruik maken van de samenwerkingsrelaties met onder meer IGZ en de patiënten/consumentenorganisaties.

De IGZ heeft kwaliteitsinformatie nodig voor haar toezicht. Soms loopt dit parallel met de consumenteninformatie en kan directe uitwisseling plaatsvinden, maar dat hoeft niet altijd zo te zijn. Als informatie niet bij IGZ voorhanden is, moeten NZa en IGZ onderling regelen wie welke actie onderneemt, waarbij NZa de verantwoordelijkheid heeft om er op te letten dat die consumenteninformatie er komt.

Daarnaast kan de NZa kwaliteitsinformatie nodig hebben bij de uitoefening van het sectorspecifieke markttoezicht, bijvoorbeeld om te kunnen volgen of maatregelen ter bevordering van de marktwerking geen ongewenste invloed hebben op de kwaliteit van zorg. Ook hierbij werken IGZ en NZa nauw samen.

*– toezicht NZa op waarborging in statuten van redelijke mate van invloed van verzekerden*

Ik verwijs naar mijn antwoord op vragen hierover van leden van de CDA-fractie.



De leden van de SP-fractie informeerden naar de stand van zaken bij de uitwerking van de ministeriële regeling betreffende persoonsgegevens. Zij vroegen verder naar het toezicht op het Addendum zorgverzekeraars en op omgaan met persoonsgegevens van de NZa zelf. Ook de leden van de PvdA-fractie vroegen naar het toezicht op verwerking van persoonsgegevens door verzekeraars.

De ministeriële regeling wordt voorbereid met het CBP, de KNMG, NPCF, ZN, het CTG en CTZ. Een tweede concept van de regeling is aan hen voorgelegd. De regeling is gebaseerd op artikel 65 en dient per relevant artikel van de WMG aan te geven welke categorie van persoonsgegevens bij de uitvoering van de in dat artikel genoemde taak, bevoegdheid of uitwisseling van gegevens van toepassing is. Op deze wijze wordt in de regeling vastgelegd tot hoever de informatievraag of -verstrekking bij de desbetreffende taak, bevoegdheid of verstrekking mag gaan.

Het is onbetwist dat het CBP een rol heeft en houdt bij het toezicht op het gebruik van persoonsgegevens. De NZa krijgt naar verwachting ook een taak bij het toezicht op de uitvoering van de Wet burgerservicenummer in de zorg. En ook bij het toezicht en handhaving van de regeling categorieën persoonsgegevens op grond van artikel 65 WMG. Er wordt nog bezien in hoeverre en op welke wijze de NZa en het CBP samen dat toezicht op kunnen pakken. Uitgangspunt daarbij is dat de toezichtlasten voor de ondertoezichtgestelden en de toezichthouders zo gering mogelijk zijn. De NZa en het CBP leggen hun onderlinge afspraak vast in een convenant. Voor zover nu kan worden overzien hoeft de NZa voor de uitvoering van de eigen taken nauwelijks over medische persoonsgegevens hoeft te beschikken. Voorbeelden waarbij dat aan de orde kan zijn betreffen het toezicht op de naleving van de tariefwetgeving en de declaratiegegevens van zorgverzekeraars in het kader van de risicoverevening. Verder beschikt de NZa mogelijk over medische persoonsgegevens indien deze door patiënten zelf beschikbaar zijn gesteld in het kader van een klacht over formulieren op grond van artikel 23.

## **6. D66/OSF-fracties**

De leden van de fracties van D66 en de OSF vroegen of het tweede lid van artikel 17 niet een te magere basis biedt voor samenwerking tussen toezichthouders.

Het tweede lid van artikel 17 onderstreept nog eens de gewenste samenwerking die is neergelegd in het eerste lid van dat artikel. De noodzaak om samen te werken moet niet alleen in wetgeving worden gezocht maar in winst in de praktijk van alledag. Dan komt een samenwerking pas echt op gang en kan ook het toezicht met zo min mogelijk inspanning zo effectief en efficiënt mogelijk zijn. Dat geeft ook voor de onder toezicht gestelden de minste lasten. Een voorwaarde daarbij is dat de wetgever die samenwerking wel mogelijk moet maken, met name op het punt van uitwisseling en geheimhouding van informatie.

De leden van de D66 en OSF fracties vroegen uiteen te zetten waar de taken van de verschillende toezichthouders a) zelfstandig zijn uit te voeren omdat zij elkaar aanvullen, b) in samenwerking moeten worden uitgevoerd vanwege onderlinge afhankelijkheid c) elkaar overlappen en d) waar een stapeling van toezicht is voorkomen.

In algemene zin merk ik op dat de wettelijke taken van de verschillende toezichthouders elkaar kunnen raken en elkaar aanvullen. Om ervoor te zorgen dat de toezichthouders bij de uitoefening van hun bevoegdheden geen dubbel werk doen of gaten laten vallen, moet de NZa op grond van artikel 17 samenwerkingsafspraken maken. Wie welke taak met bijbeho-

rende bevoegdheden heeft ligt overigens vast in de wetten op grond waarvan de verschillende toezichthouders hun taken uitoefenen. Al eerder heb ik een overzicht gegeven over de stand van zaken van deze afspraken. 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. Om ook voor derden duidelijkheid te scheppen over de wijze van samenwerking zal de NZa in het kader van artikel 20 voorlichting geven over de gemaakte afspraken. Daarnaast moet het protocol zogenaamde «forum shopping» tussen de verschillende toezichthouders tegengaan.

De fractieleden van D66 en OSF wilden weten hoeveel samenwerkingsprotocollen de NZa heeft of krijgt, met wie, of deze openbaar zijn en of deze reeds beschikbaar zijn.

Ik verwijs naar mijn antwoord op een vraag van de CDA-fractieleden over hetzelfde onderwerp. In aanvulling daarop: de samenwerkingsprotocollen zullen worden gepubliceerd in de Staatscourant. Op grond van artikel 20 geeft de NZa bovendien algemene voorlichting over de uitvoering van haar taken.

De fractieleden van D66 en OSF informeerden naar de ontwikkeling van formatieopbouw van de NZa in de komende vijf jaar.

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. Bij de begroting voor 2006 hebben CTG en CTZ 4 fte uitbreiding voor AWBZ-taken gevraagd. Deze heb ik toegekend. 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.

De fractieleden van D66 en OSF vrezen dat de NZa wel eens minder slagvaardig blijkt te zijn wanneer zij via juridische procedures tegenover de zorgaanbieders komt te staan. De boetes zijn voldoende hoog om excellente advocaten in te huren. Hoe kijkt het kabinet hier tegenaan?

Ik heb er met opzet voor gekozen om de NZa echte tanden te geven en dus van stevige mogelijkheden tot ingrijpen te voorzien. Het spreekt voor zich dat ik bij het vormgeven van de instrumenten voor de NZa om de regels te handhaven er goed op heb gelet dat de inzet daarvan effectief en efficiënt kan zijn. Ik heb bijvoorbeeld bij de hoogte van de maximale boetes in de WMG ook gekeken naar de financiële omvang van de organisaties die onder toezicht van de NZa staan. Verder heb ik gekeken naar vergelijkbare bepalingen in andere wetten zoals de Wet financiële dienstverlening. De NZa zal in individuele situaties de hoogte van de boete mede laten afhangen van de financiële draagkracht van de instelling, waarbij rekening wordt gehouden dat de zorgverlening niet in het gedrang komt.

De slagvaardigheid zal in de praktijk moeten blijken. Ik heb er alle vertrouwen in. De NZa zal in het algemeen bij niet-spoedeisende zaken kiest voor een behoedzame strategie als het gaat om handhaving. Dus niet steeds meteen met boetes en dwangsommen beginnen, maar eerst met gesprekken en overredingskracht proberen om waar nodig de organisaties en de uitvoering bij te sturen.

De leden van de fracties van D66 en OSF stelden de vraag of de Nederlandse wet eisen kan stellen aan de administratie van buitenlandse ondernemingen.

De WMG is van toepassing op zorgmarkten in Nederland en aan degenen die zich op die zorgmarkt bewegen. Daarmee zet ik de lijn voort die ook reeds bij de WTG bestaat. De voorschriften van de WMG gelden derhalve ook voor in het buitenland gevestigde zorgaanbieders die in Nederland zorg verlenen. Overigens sluit het Europees recht niet uit dat een lidstaat eisen stelt aan zorgaanbieders die in een andere lidstaat zijn gevestigd. Het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen biedt daar ruimte voor (C-496/01, Commissie/Frankrijk en C-8/02, Leichtle). Van deze mogelijkheid heb ik geen gebruik gemaakt omdat ik daar – mede gelet op de geringe omvang van het grensoverschrijdend verkeer op het terrein van de zorg – geen noodzaak toe aanwezig acht.

De leden van deze fracties informeerden naar de stand van zaken inzake de aanjaagteams om de bureaucratie terug te dringen.

Mijn ministerie is nu in overleg met partijen over de instelling van een dergelijk team. Ik hoop dat het team na de zomer kan beginnen. Het aanjaagteam of de «vliegende brigade» moet snel kunnen reageren op verzoeken van het veld met onderzoek en advies. Dat advies kan zich richten op partijen zelf, als blijkt dat binnen bestaande regels oplossingen voor knelpunten zijn te vinden. Belangrijk is daarbij dat het aanjaagteam voldoende kennis meebrengt of kan inschakelen over wat wel en niet kan en over «best practices» op verschillende plekken in Nederland. Daarnaast kan het aanjaagteam ook een advies richten tot een van de zbo's, het CIZ of VWS, als blijkt dat in de regels zelf onbedoelde belemmeringen zitten om knelpunten op te lossen. Met een stevige positie bedoel ik dat partijen in de zorg, maar ook VWS en de zorg-zbo's zich ontvankelijk tonen voor adviezen van het team en waar nodig ook snel tot actie overgaan om knelpunten weg te nemen.

De fractieleden van D66 en OSF wilden in relatie tot artikel 26 graag meer zicht op de feitelijke gang van zaken bij het voeren van onderzoek bij zorgverzekeraars. Zij vroegen of er een soort zorgpolitie komt en welke opsporingsbevoegdheden welke personen krijgen.

Artikel 26 van de WMG regelt dat de NZa op verzoek van de minister onderzoek bij zorgverzekeraars instelt en op verzoek van het CVZ onderzoek kan instellen. Artikel 30 WMG regelt overigens hetzelfde voor de AWBZ-rechtspersonen en de zorgkantoren. Vergelijkbare bepalingen stonden voorheen in de AWBZ, de Ziekenfondswet en later de Zvw. Het is dus geenszins de bedoeling dat er een soort zorgpolitie komt. Het gaat erom dat ik de NZa kan verzoeken bij verzekeraars onderzoek te doen over een bepaald onderwerp, bijvoorbeeld omdat het parlement mij hierom vraagt. Ik treed dan zo spoedig mogelijk in contact met de NZa om in onderling overleg de reikwijdte en diepgang van het onderzoek vaststellen.

De leden van de fracties van D66 en OSF wilden wat meer informatie over het meldpunt bij het NZa. Zij vroegen naar de taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, het budget en de omvang. Verder waren zij benieuwd hoe individuele patiënten naar dit meldpunt worden geleid en hoe deze van het bestaan van het meldpunt kunnen weten.

Deze vragen zijn gezamenlijk beantwoord met vragen van de CDA-fractieleden over het meldpunt.

Verder vroegen deze leden hoe dit meldpunt zich verhoudt tot al die andere meldpunten en wat de visie van het kabinet hierop is: «laat duizend bloemen bloeien» of het aanbrengen van focus.

Voor zover de vraag betrekking heeft op de punten tot welke patiënten/consumenten zich kunnen melden met vragen, meldingen of klachten raakt deze aan de op dit moment gepleegde analyse op welke punten een verdere versterking van de positie van patiënten en consumenten nodig is. Hierbij wordt – gerelateerd aan de vraag naar een Zorgconsumentenwet – ook aandacht besteed aan de vraag hoe meer duidelijkheid kan worden gebracht in hoe en waar patiënten/consumenten met klachten en geschillen terecht kunnen. Ik verwacht het parlement over dit onderwerp in juni 2006, of anders zo spoedig mogelijk daarna, te kunnen berichten.

De fractieleden van D66 en OSF stelden dat een marktafbakening dient plaats te vinden om regionale machtsposities te lokaliseren. Zij waren benieuwd hoe dit gaat gebeuren en met wat voor marktafbakeningstechnieken en met welke vervolgsenario's ik rekening houd. Ook de leden van de fracties van de SGP en ChristenUnie fractie vroegen hoe de NZa concreet toetst op regionale machtspositie van zorgverzekeraars, met name wat betreft aanmerkelijke marktmacht.

De NZa kan bij het afbakenen van markten voortbouwen op de toepassingspraktijk (jurisprudentie en beschikkingen) uit het algemene (Europese) mededingingsrecht inzake het bepalen of sprake is van een economische machtspositie en op de verschillende besluiten van de NMa in de zorg waarin markten zijn afgebakend. Daarnaast laten de NMa en de NZa een gezamenlijk nader onderzoek uitvoeren naar methoden waarop de relevante markten specifiek voor de zorg worden afgebakend. Dit onderzoek zal betrekking hebben op ziekenhuizen en aanbieders van langdurige AWBZ-zorg. Voor dit onderzoek hebben de NMa en NZa verschillende (internationale) ondernemingen met ervaring op het gebied van marktafbakening in de zorgsector en wetenschappers gevraagd offerte uit te brengen. Dit onderzoek zal leiden tot een overzicht van de bestaande en nieuwe methoden en technieken om relevante markten af te bakenen. Het onderzoek wordt naar verwachting eind 2006 afgerond. De NZa zal in beleidsregels vastleggen welke methodes zij hanteert voor de afbakening van de markt. Op deze wijze wordt reguleringszekerheid aan partijen in het veld geboden.

De fractieleden van D66 en OSF vroegen nog eens precies uiteen te zetten wat voor invloed de NZa heeft op de zorgkantoren, taken, bevoegdheden enzovoort. De toezichthouder krijgt bijvoorbeeld een adviesrol bij de aanwijzing van zorgkantoren. Op wat voor gegevens gaat de NZa dit advies baseren?

De NZa heeft straks ten aanzien van de zorgkantoren dezelfde bevoegdheden als het nu het CTZ. Dit betekent dat de NZa erop toeziet dat zorgkantoren de AWBZ goed uitvoeren. Zorgkantoren moeten zich over de AWBZ-uitvoering verantwoorden. De NZa beoordeelt het functioneren op basis van deze verantwoordingen en kan zondig richting zorgkantoren maatregelen nemen, zoals het geven van een aanwijzing en het toepassen van verscherpt toezicht. In het uiterste geval kan de minister de concessie van de verzekeraar om als zorgkantoor op te treden, intrekken. Bij deze laatste mogelijkheid heeft de NZa een adviesrol. Daartoe komt de huidige adviesrol van het CTZ na invoering van de WMG te liggen bij de NZa. De NZa zal haar advies baseren op haar jaarlijkse beoordelingen van het functioneren van de zorgkantoren. Daarbij kijkt zij onder meer naar de prestaties van zorgkantoren op het gebied van:

- zorg (bijvoorbeeld: toegankelijkheid en kwaliteit),

- kostenbeheersing (bijvoorbeeld: doelmatigheid en bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik),
- verzekeren (bijvoorbeeld: klanttevredenheid).
- bedrijfsvoering en administratie (bijvoorbeeld: klachtbehandeling en bevoorschotting).

De leden van de fracties van D66 en OSF vroegen te reflecteren op «marktmacht» in de zorg, na de invoering van de Zvw en de fusies tussen bedrijven.

Juist in het nieuwe zorgstelsel is het de bedoeling dat «de markt» initiatieven neemt om een beter en doelmatiger aanbod van zorg te realiseren. Fusies tussen zorgaanbieders en tussen verzekeraars kunnen voorbeelden zijn van dergelijke initiatieven. Bijvoorbeeld in het geval de fusie wordt aangegaan vanwege het gezamenlijke streven naar efficiëntie (schaalvoordelen op het gebied van kwaliteit en/of kosten). Fusies zullen soms ook ten doel hebben de marktmacht te vergroten, wat kan leiden tot beperking van de mededinging. Concentratievorming roept – ondanks mogelijk nastreven van efficiëntievoordelen – altijd vragen op omtrent het behoud van keuzemogelijkheden voor cliënten en omtrent het behouden van een voldoende mate van mededinging tussen de partijen. Daarom is het van essentieel belang dat er adequaat toezicht is op fusies en marktmacht. 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. In aanvulling op het bovenomschreven algemeen mededingingstoezicht kan het op een startende markt nodig zijn preventief maatregelen te nemen. De WMG voorziet hierin. Volgens het algemene mededingingsrecht is het hebben van een economische machtspositie op zichzelf geen probleem. Dat wordt het pas als een partij daar misbruik van maakt. De NMa kan dan ook alleen optreden bij overtreding van het verbod op misbruik van economische machtspositie. Bij startende markten is echter een steviger instrumentarium nodig dat de mogelijkheid geeft preventief verplichtingen op te leggen. Blijkt uit de marktanalyse dat op een deelmarkt daadwerkelijk concurrentie niet tot stand komt en dat dit veroorzaakt wordt doordat een partij aanmerkelijke marktmacht heeft, dan is het hebben van die macht op zichzelf voldoende om een passende verplichting op te leggen. Met andere woorden: misbruik is geen vereiste. Er zijn dus voldoende toezichtinstrumenten om marktmacht in de zorg te voorkomen dan wel te beteugelen. Hierbij past de kantekening dat bij het toezicht op marktmacht de juiste balans moet worden gevonden tussen reguleren en de markt zijn werk laten doen. Er is 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. De concurrentiedynamiek in een bepaalde markt wordt veeleer bepaald door de structurele kenmerken van de markt, dan door de omvang van ondernemingen. Als de zorgverzekeringsmarkt goed functioneert, zullen zorgverzekeraars hun eventuele marktmacht vooral gebruiken om scherper in te kopen en steviger te onderhandelen met zorgaanbieders. Dit leidt bij voldoende concurrentie direct tot voordelen voor de consument. Scherpere onderhandelingen van zorgverzekeraars kunnen immers leiden tot een betere prijs/kwaliteitsverhouding van de verzekeringspolis voor de consument.

De leden van de fracties van D66 en OSF stelden enkele vragen over collectieve contracten op grond van de Zvw.

Deze vragen zijn gezamenlijk beantwoord met vragen hierover van de CDA-fractieleden.

## **7. Fracties van SGP en ChristenUnie**

De leden van de fracties van de SGP en ChristenUnie constateerden dat gekozen voor een sectorspecifieke marktmeester voor de zorg. Zij merkten op dat er vanaf 1996 elk jaar wel een markttoezichthouder bijkomt en het eind nog niet in zicht is. Er moeten dus steekhoudende argumenten zijn om een nieuwe toezichthouder, namelijk de NZa in het leven te roepen, aldus deze leden. Zij vroegen om een onderbouwing.

Het CTZ en het CTG gaan samen op in de NZa. In deze zin komt er geen nieuwe toezichthouder bij, maar verdwijnt er een. Graag ga ik nog eens kort in op de argumenten om de NZa in het leven te roepen. 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. Daarbij komt dat het aantal toezichthouders niet groter moet zijn dan strikt nodig. Om deze redenen legt dit wetsvoorstel de verschillende vormen van toezicht zoveel mogelijk in één hand, die van de NZa. Zo kunnen de verschillende invalshoeken van toezicht van elkaar profiteren, kan de NZa een duidelijke koers varen bij het gebruik van de verschillende typen instrumenten en wordt het toezicht efficiënter en effectiever.

Vervolgens vroegen deze leden mijn reactie op hun zorg dat er te veel regels, te veel dubbele controles en te veel administratieve lasten ontstaan, terwijl dit kabinet zich zou inspannen om het «te veel» terug te dringen.

Naar mijn mening roept dit wetsvoorstel geen extra regels, dubbele controles of teveel administratieve lasten op. Zie hiervoor ook mijn antwoord op vragen hierover van de leden van de VVD-fractie. Verder zet ik in op het verder terugdringen van regels, administratieve lasten en bureaucratie. In aanvulling op het al bestaande reductieprogramma, werk ik aan verbreding van het programma, gericht op het aanpakken van bureaucratieproblemen zoals het veld die zelf ervaart. In mijn antwoord op vragen van de fractieleden van D66 en OSF ben ik in dit verband ingegaan op de rol van het aanjaagteam of «vliegende brigade».

De leden van de fracties van de SGP en de ChristenUnie merkten op dat wel gekozen is voor een zekere mate van onafhankelijkheid ten opzichte van de minister, zoals dit ook bij de bestaande marktautoriteiten het geval is. Toch blijkt uit de memorie van toelichting dat de minister het beleid bepaalt. Zij vroegen, gelet op de zekerheden die mogelijke investeerders in de zorg hebben, of deze mogelijke politieke bemoeienis niet op gespannen voet staat met het beoogde doel, namelijk gereguleerde marktwerking.

Met deze leden ben ik van mening dat het optreden van de NZa inderdaad voorspelbaar en transparant moet zijn. Dit bevordert de stabiliteit van de markt en neemt onzekerheid over de interpretatie van regels weg. Zorg-



instellingen en verzekeraars hebben niet alleen ruimte nodig, maar ook het vertrouwen dat zij die ruimte zelf kunnen invullen. Dit vereist, naast een selectieve aanpak door de zorgautoriteit op basis van risicoanalyses, ook behoorlijk bestuur door de minister van VWS en de NZa. De NZa bepaalt op grond van risicoanalyses waar zij haar aandacht op richt, mensen en middelen inzet en partijen eventueel extra informatie vraagt en zet geen capaciteit in op onderwerpen waarvan uit de risicoanalyse blijkt dat het risico gering is. Tegelijk heeft de minister vanwege zijn eigen ministeriële verantwoordelijkheid voor de inrichting en de werking van het zorgstelsel nog steeds instrumenten nodig waarmee hij op hoofdlijnen sturing kan geven aan en toezicht kan houden op de zorgautoriteit. De minister moet verantwoording kunnen afleggen aan het parlement over de werking van dat stelsel en, meer in het bijzonder, over het functioneren van de zbo's die een rol spelen in dat systeem, zoals de NZa. Conform de gebruikelijke staatsrechtelijke en democratische verhoudingen is de hoofdlijn van de rolverdeling tussen de minister en de NZa dat de minister het beleid bepaalt en dat de NZa verantwoordelijk is voor de uitvoering. De minister bepaalt welke vrijheden mogelijk zijn op concrete deelmarkten en bepaalt het instrumentarium, en daarmee de speelruimte van de zorgautoriteit op verschillende typen markten. Met andere woorden: de minister beslist over politieke vraagstukken zoals het te hanteren stelsel, het bestuurlijke systeem, de wettelijke bevoegdheden en welke deelmarkten voor verdere deregulering in aanmerking komen. Hij is daarop aanspreekbaar door het parlement. De NZa beslist over vaktechnische vraagstukken: regulering per deelmarkt binnen wettelijke kaders, toepassen van regulering op individuele ondernemingen, monitoren, toezicht en handhaving.

De leden van de SGP en ChristenUnie fracties vroegen of de beoogde marktwerking niet in de kiem wordt gesmoord, gelet op de zeer diverse taken die de NZa krijgt opgedragen.

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. In de kern bevoordert de wet dat: waar dat kan marktwerking op gang wordt gebracht en gehouden, waar dat moet, de overheid tarieven en prestaties kan reguleren.

De fractieleden van de SGP en ChristenUnie vroegen een onderbouwing waarom voor de NZa weliswaar gekozen is voor een «raad van bestuur model», maar geen raad van toezicht is voorzien.

Het is in dit verband van belang om privaatrechtelijke en publiekrechtelijke zbo's te onderscheiden. Publiekrechtelijke zbo's zijn bij of krachtens de wet ingesteld met al dan niet een eigen rechtspersoonlijkheid. De minister krijgt daarbij de toezichthoudende taken op het functioneren van publiekrechtelijke zbo's toebedeeld ten behoeve van de invulling van zijn ministeriële verantwoordelijkheid en ten behoeve van democratische controle door het parlement. Deze lenen zich naar hun aard niet voor overdracht aan een intern orgaan waardoor dus niet is gekozen voor een raad van toezicht bij de NZa. De rol van de raad van toezicht zou in publiekrechtelijke zbo-constructies – in vergelijking met de raad van commissarissen bij vennootschappen – beperkt zijn. Het is immers aan de

minister om de leden van het bestuur van de zbo te benoemen, te schorsen of te ontslaan, bepaalde besluiten goed te keuren, te schorsen, te vernietigen of daarmee in te stemmen. De instellingswet, in dit geval de WMG, regelt bovendien dat de minister in geval van taakverwaarlozing voorzieningen kan treffen. Een raad van toezicht zou in het geval van een publiekrechtelijk zbo in feite tandeloos zijn. De interventiemogelijkheden ontbreken.

De leden van de SGP en ChristenUnie-fracties vroegen in te gaan op de stelling dat voor het welslagen van de ingezette koers van gereuleerde marktwerking de vooral nog theoretische concepten moeten worden uitgewerkt en geconcretiseerd.

Ik onderschrijf dat de concepten in de praktijk hand en voeten moeten krijgen. Dat zal al werkende weg gebeuren met voortdurende terugkoppeling van de opgedane ervaringen. Gereuleerde marktwerking wordt behoedzaam en geleidelijk ingevoerd, waarbij goed wordt gezien of de prikkels en vrijheden wel de juiste gevolgen zullen hebben. Het is daarbij echter zeker niet zo dat bij de overgang naar gereuleerde marktwerking alleen sprake is van theoretische concepten. 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.

Daarbij houdt de NZa op de desbetreffende deelmarkten de vinger aan de pols, zodat ik tijdig wordt ingelicht over de uitkomsten van de geïntroduceerde vrijheidsgraden.

In het algemeen vroegen de leden van deze fracties naar de verhouding regelgevende bevoegdheid ten opzichte van de uitvoerende bevoegdheden. Kan hier een overzicht van worden gegeven? Hoe wordt getoetst of de NZa niet buiten haar boekje gaat?

De kern van de relatie tussen de minister en de NZa is dat de minister het beleid bepaalt en de kaders voor de uitvoering vaststelt en dat de NZa binnen die kaders het markttoezicht uitvoert. Het toezichtbeleid is geënt op mijn visie 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 heb ik in de WMG vastgelegd welke instrumenten de NZa heeft om de gemaakte keuzes in de marktordening te operationaliseren.

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 direct en permanent toezicht wil laten houden, maar marktpartijen ruimte én het vertrouwen wil geven zodat zij die ruimte zelf kunnen invullen. Belangrijk onderdeel is het gebruik door de NZa van een risicoanalysemodel dat zicht geeft op de risico's van onder meer marktwerking en realisatie van de publieke belangen op de onderscheiden deelmarkten in de zorg. Het model bepaalt hoe de NZa haar taken nader invult en welke prioriteit haar werkzaamheden hebben. Dit leidt bijvoorbeeld tot 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 informatie-vraag aan marktpartijen en voorkomt onnodige informatiebelasting. De bepaling van de publieke belangen in de zorg behoort tot het primaat van de politiek. De NZa opereert in dat geheel als een uitvoerder van die politieke keuzen en binnen het wettelijk kader en met het wettelijk instrumentarium dat de wetgever aan de NZa ter beschikking stelt. Ik heb een aantal wettelijke bevoegdheden met betrekking tot de sturing van de NZa. 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 bestuurlijke bevoegdheden als 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). Indien nodig heb ik nog een aantal mogelijkheden om de werkwijze en de resultaten van de NZa te beïnvloeden. Zo kan ik aanwijzingen geven over de werkwijze en de taakuitoefening van de NZa, kan ik besluiten van de NZa ter vernietiging voordragen aan de Kroon en kan ik tijdelijke voorzieningen treffen bij taakverwaarlozing door de NZa. Het spreekt voor zich dat ik deze bevoegdheden alleen in uiterste noodzaak gebruik.

Besluitvorming door de NZa in individuele gevallen vindt onafhankelijk van politieke organen plaats. De NZa is exclusief bevoegd. De minister heeft geen rol of bevoegdheid bij die individuele beslissingen. De NZa legt in regels en in beleidsregels vast hoe zij bij die individuele gevallen te werk gaat. Die regels en beleidsregels worden van tevoren bekendgemaakt en zijn openbaar. 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 weeffouten in het systeem zelf aan de orde zijn dan kan ik in samenspraak met het parlement het systeem aanpassen. Het volgende schema, ontleend aan de nota naar aanleiding van het verslag, geeft een overzicht van de rolverdeling tussen de minister en de NZa en de bijbehorende taken en instrumenten.

#### Overzicht: Rolverdeling minister en NZa

Minister	NZa	
	Algemeen	Uitsluitend zorginkoopmarkt
Bepaalt in samenspraak met parlement publieke belangen in de zorg	Monitort marktgedrag partijen op alle zorgmarkten	Stelt prestatiebeschrijvingen vast
Bepaalt wijze van borging door vaststellen mix van regulering en marktwerking: – wel/geen tariefregulering – type tariefregulering – wel/geen toetredingsregulering	Kan generieke (gedrags)regels opleggen over: – contractvoorwaarden (alleen bij zorginkoop) – administratie – transparante consumenteninformatie	Stelt tarieven vast op die deelmarkten waarvoor minister heeft vastgesteld dat tarieven gereguleerd zijn (inclusief uitwerking experimenten op aanwijzing minister)
Beoordeelt functioneren NZa (toezichtvisie). Kernpunten: – risicoanalysemodel in plaats van integrale controle – beperken administratieve lasten	Kan verplichting opleggen aan partij met aanmerkelijke marktmacht inzake bijvoorbeeld: – openbaar aanbod – non-discriminatie – geen koppelverkoop – onderlinge levering van diensten – kostentoekening	

Minister	NZa	
	Algemeen	Uitsluitend zorginkoopmarkt
Stuurt NZa aan: <i>beleidsmatig</i> – kan aanwijzing geven over inhoud regels – kan aanwijzing geven over inhoud beleidsregels – vaststellen informatiestatuut <i>beheersmatig</i> – 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	Ziet toe op: – rechtmatige uitvoering Zvw – recht- en doelmatige uitvoering AWBZ  Adviseert: – minister over marktregulering en marktordening – NMa over onderzoek naleving kartelverbod en misbruik economische machtspositie op basis van marktmonitor	

De leden van de SGP en ChristenUnie fracties stelden dat de afbakening tussen de NMa en NZa een probleem blijft.

Ik deel deze visie niet. Allereerst geeft artikel 18 WMG de randvoorwaarden voor de taakafbakening tussen de NMa en de NZa. Daarnaast komen beide toezichthouders een samenwerkingsprotocol overeen waarin nadere afspraken worden gemaakt over eventuele samenloop van bevoegdheden en mogelijke samenwerking in deze gevallen (art. 17). De goede ervaringen die er bovendien zijn in de reeds bestaande samenwerking tussen CTG en CTZ enerzijds en de NMa anderzijds, bieden mij ook veel vertrouwen voor de toekomst.

De leden van de fracties van SGP en ChristenUnie vroegen nog naar de afbakening van taken van de AFM met betrekking tot gedragsregels en de NZa ten opzichte van de rest. Daarbij vroegen zij ook hoe terughoudend of actief de NZa is op de deelmarkten.

Mede als gevolg van amendement nr. 19 van het lid Schippers is het pakket regels in de WMG op het punt het gedragstoezicht nu vergelijkbaar met dat in de Wet financiële dienstverlening. Het ligt dan ook in de bedoeling om overlap in taken en bevoegdheden tussen de AFM en de NZa zoveel mogelijk te voorkomen door ziektekostenverzekeraars voor de regels die ook in de WMG staan vrij te stellen van de vergelijkbare regels in de Wet financiële dienstverlening. De AFM houdt voor zover het de ziektekostenverzekeraars betreft in het eindplaatje met name toezicht op de adviesregels (voor zover van toepassing op ziektekostenverzekeraars), deskundigheid en klachten- en geschillenprocedures voor de consument. Dan is er nog van een raakvlak met de Zvw en het NZa-toezicht, te weten op het punt van de aansluiting van zorgverzekeraars bij een onafhankelijke klachteninstantie waar consumenten terecht kunnen «nadat hun klacht niet naar tevredenheid of niet binnen een redelijke termijn door de zorgverzekeraar is behandeld.» Dit punt zal onderdeel zijn van de convenantsafspraken tussen de AFM en de NZa. Ten slotte maken de NZa en de AFM door middel van een convenant afspraken over de uitwisseling van expertise, het invullen van de wederzijdse signaalfunctie, uitwisseling van informatie en de afstemming van beleid. Wat dat laatste betreft zorgen AFM en NZa ervoor dat de toezichtactiviteiten van de NZa bij de

ziektekostenverzekeraars goed blijven sporen in het totale systeem van gedragstoezicht zoals dat door de AFM wordt toegepast. Daarbij is ruimte voor sectorspecifieke invulling van de activiteiten van de NZa, die bijvoorbeeld afhankelijk zijn van de problemen die consumenten al dan niet ondervinden bij de communicatie en de informatievoorziening door de ziektekostenverzekeraars over de verzekeringsproducten en de dienstverlening.

De leden van fracties van SGP en ChristenUnie-fractie vroegen hoe toepassing artikel 3 lid 4 inzake het consumentenbelang in zijn werk gaat en welke ruimte er is voor andere belangenafwegingen.

Ik verwijs naar mijn antwoorden op vragen van de SP-fractieleden naar aanleiding van de brief van het Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties.

De leden van de fracties van SGP en de ChristenUnie vroegen naar aanleiding van artikel 7 naar de verhouding tussen een algemene aanwijzing en beleidsregels; wat is wát?

De minister kan de NZa een algemene aanwijzing geven ten behoeve van – onder meer – het vaststellen van beleidsregels door de NZa. Daarmee geeft hij in globale termen aan wat hij van de NZa verwacht. Een aanwijzing dient bijvoorbeeld om een verandering van tariefsoort door te voeren. De NZa werkt de aanwijzing uit in een beleidsregel. De beleidsregel legt vast hoe de NZa in concrete gevallen omgaat met haar bevoegdheid om tarieven of prestatiebeschrijving goed te keuren of vast te stellen en waar zij tariefverzoeken aan toetst. Uit de aard der zaak zijn beleidsregels van de NZa dus gedetailleerder dan aanwijzingen van de minister. Waar een aanwijzing dus een opdracht is van de minister aan de NZa, is een beleidsregel een vastlegging hoe de NZa met de haar gegeven bevoegdheden omgaat. Zo is kenbaar aan partijen waar zij op kunnen rekenen als zij een tarief- of prestatiebeschrijving verzoek indien bij de NZa.

De leden van de fracties van de SGP en ChristenUnie stelden dat maatstafconcurrentie vooral is gericht op prijs. Zij vroegen hoe daarbij de kwaliteit is gewaarborgd en hoe die wordt meegewogen.

De NZa geeft kwaliteitsinformatie wel degelijk een rol in de uitwerking van systemen van maatstafconcurrentie. De NZa zal daartoe overigens zelf geen informatie over de geleverde kwaliteit verzamelen; zij maakt gebruik van informatie van de IGZ.

De leden van de fracties van de SGP en ChristenUnie fractie vroegen hoe de NZa concreet toetst op regionale machtspositie van zorgverzekeraars, met name wat betreft aanmerkelijke marktmacht.

Deze vraag is gezamenlijk beantwoord met vragen hierover van de fractieleden van D66 en OSF.

De leden van de fracties van de SGP en ChristenUnie vroegen een toelichting op artikel 2. Zij wilden weten hoe wordt bepaald of de reikwijdte verbreed of versmald moet worden, wie daarover beslist, hoe ver dat mag gaan, onder welke voorwaarden, wat de gevolgen zijn voor de toezichthouder, aan welke concrete situaties moet worden gedacht en wanneer het «nodig» is voor de uitvoering van de wet.

De werkings sfeer van de WMG is in de wet zelf bepaald, en wel op hoofdlijnen, zodat de wet betrekking heeft op praktisch alle zorg verleend door

alle zorgaanbieders in alle zorgmarkten. De NZa kan zo toezicht houden op alle markten voor zover de publieke waarborgen daartoe noodzaken. De werkingssfeer van de wet zoals geformuleerd in artikel 1, onder b, van de WMG biedt daarvoor de nodige ruimte. Structurele uitbreidingen of beperkingen van de toepassing van bepalingen van de WMG kunnen bij algemene maatregel van bestuur worden vastgelegd op grond van artikel 2, eerste respectievelijk tweede lid, van de WMG. Op dit moment heb ik een algemene maatregel van bestuur in voorbereiding. Deze algemene maatregel van bestuur is nodig om de overgang van de WTG naar de WMG zoveel mogelijk één op één te laten verlopen. Daarmee wordt geregeld dat de NZa over dezelfde prestaties gaat als het CTG en voor dezelfde zorg bevoegd is om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen. Ook wordt bijvoorbeeld de bekostiging van integrale kankercentra zeker gesteld. In de algemene maatregel van bestuur gaat het dus om structurele situaties die in feite een voortzetting zijn van de situatie zoals die gold onder de WTG. Ik heb daarbij geen criteria gehanteerd die tot een wijziging van die situatie leiden.

Een volgende stap kan zijn dat bepaalde prestaties van de tarief- en prestatieregulering uitgezonderd gaan worden. Een reden om hiertoe over te gaan kan zijn dat geconstateerd wordt dat de betreffende markt dusdanig is ontwikkeld dat er definitief tot vrije prijsvorming kan worden overgegaan. Daarnaast kan ook via een beleidsregel (al dan niet bij wijze van experiment) worden bepaald dat een prestatie is vrijgesteld van tarifiering door de NZa. Voor het vaststellen van een dergelijke beleidsregel is een voorafgaande aanwijzing van de minister nodig. Die weg is aangegeven indien er sprake is van dynamiek in de aard, inhoud, omvang en prestatiebeschrijving van de vrij te stellen vormen van zorg.

De fracties van de SGP en ChristenUnie vroegen wat er kan worden gedaan als door bijvoorbeeld wijzigende omstandigheden later blijkt dat bepaalde regels in strijd zijn geworden met het recht of met het belang van de volksgezondheid. Welke procedure moet dan worden gevolgd?

Het initiatief om tijdig regels aan te passen ligt bij de NZa zelf. Ik ga er van uit dat de NZa zelf de ontwikkelingen in het recht bijhoudt. Dat geldt in beginsel ook voor het belang van de volksgezondheid. De wijzigingen in de opvattingen over dat belang, kan ook worden onderstreept door de globale aanwijzingen die – na dertig dagen voorhang bij het parlement – aan de NZa worden gegeven.

De leden van de fracties van de SGP en ChristenUnie vroegen wat er in artikel 10 precies bedoeld wordt met een tijdelijke voorziening. Zij vroegen hoe ver afwijking van de wet is toegestaan en op welke manier het parlement hierbij betrokken wordt. Ook vroegen zij of er dan automatisch een wetswijzigingstraject in gang wordt gezet.

Artikel 10 regelt dat ik bij algemene maatregel van bestuur, zonodig in afwijking van de WMG, tijdelijke voorzieningen kan treffen voor het geval de NZa haar uit de wet voortvloeiende verplichtingen niet naar behoren nakomt. Het betreft een uiterste remedie voor het extreme geval dat bijsturen niet meer voldoende is. Het gaat om een tijdelijke voorziening waarbij zonodig van de wet kan worden afgeweken, zodat snel een adequate oplossing kan worden geboden. Dat kan bijvoorbeeld nodig zijn in de situatie dat de NZa stelselmatig in gebreke blijft bij het vaststellen van beleidsregels waardoor geen tariefbeslissingen kunnen worden genomen. Ik kan dan regelen dat de taak bijvoorbeeld tijdelijk geheel of gedeeltelijk door een ander wordt behartigd. Ik ben uiteraard politiek aanspreekbaar door het parlement. Ik stel beide kamers der Staten-Generaal conform het wetsvoorstel Kaderwet zbo's dan ook onverwijld in kennis van een voorziening op grond van artikel 10. Als de situatie bij het



zbo weer terug in het gareel is, dan kan de amvb vervallen en herleeft de normale wettelijke situatie.

De fracties van de SGP en ChristenUnie vroegen hoe «het volgen van het oordeel» en «het eigen oordeel vormen» zich verhouden (artt. 18 en 19).

Ik verwijs naar de eerdere antwoorden op vragen van de fracties van het CDA en de PvdA over de rol van de NZa en de IGZ over het vaststellen van kwaliteit van zorg.

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