

Vergaderjaar 2001–2002

**27 855**

## **Vernieuwing van het zorgstelsel**

**Nr. 17**

### **BRIEF VAN DE MINISTER EN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 april 2002

#### **1. INLEIDING**

Vorig jaar heeft het kabinet een belangrijk fundament gelegd voor de toekomstige inrichting van het zorgstelsel met de nota *Vraag aan bod*<sup>1</sup>, die op 6 juli 2001 aan het parlement is gezonden. In die nota concludeert het kabinet dat het zorgstelsel zal moeten verbeteren op de aspecten vraaggerichtheid, doelmatigheid en risicosolidariteit. De noodzakelijke vernieuwing heeft betrekking op zowel het terrein van sturing en verantwoordelijkheids-verdeling als op het verzekeringsstelsel. De te nemen stappen ten aanzien van de aanpassing van het verzekeringsstelsel zijn verwoord in *Vraag aan bod*. Op het terrein van de sturing en verantwoordelijkheidsverdeling van de zorg heeft het kabinet in *Vraag aan bod* het voornemen geuit om nog deze regeerperiode een aantal thema's van een nadere uitwerking te voorzien, zodat bij het begin van de volgende regeerperiode concrete stappen kunnen worden gezet. Met deze brief en achterliggende notities geeft het kabinet dat voornemen invulling. In de uitwerking is waar mogelijk en van toepassing het hoofdlijnen debat van 13 maart jl. over de vernieuwing van het zorgstelsel betrokken.

De opbouw van deze brief is als volgt. Allereerst geeft paragraaf 2 een samenvatting van de hoofdlijnen van *Vraag aan bod*. Paragraaf 3 beschrijft de belangrijkste bevindingen en conclusies uit de bij deze brief gevoegde deelnotities. Het betreft de volgende onderwerpen:

- Toezicht
- Mededingingsregulering
- Informatievoorziening
- Kapitaallasten van zorginstellingen
- Beheersing van de zorguitgaven.

Tevens gaat paragraaf 3 in op de tranchegewijze aanpak van deelmarkten. Paragraaf 4 plaatst bovengenoemde onderwerpen in de bredere context van het transitieproces van een centraal aanbodgestuurd systeem naar een decentraal vraaggericht zorgstelsel.

<sup>1</sup> TK 2000–2001, 27 855, nrs. 1–2.

## 2. HOOFDLIJNEN VRAAG AAN BOD

In de nota *Vraag aan bod* is geconstateerd dat het huidige zorgstelsel onvoldoende beantwoordt aan de eisen van de tijd en ook niet toekomstbestendig is. Het stelsel voorziet onvoldoende in een passende aansluiting van zorgvraag en zorgaanbod, zowel in kwantitatief als in kwalitatief opzicht. Deze tekortkoming uit zich in een aantal knelpunten, zoals beperkte keuzemogelijkheden en onvoldoende samenhang in het zorgaanbod. Deze knelpunten zullen in ernst toenemen door maatschappelijke en zorginhoudelijke ontwikkelingen, zoals de veroudering van de bevolking, internationalisering, technologische vernieuwing, veeleisender en koopkrachtiger zorgvragers en het beschikbaar komen van voorspellende medische informatie.

Vernieuwing van het zorgstelsel zal een oplossing moeten bieden voor wat het kabinet ziet als de belangrijkste problemen:

1. Op het vlak van de *sturing* van de zorg leidt de bestaande centrale aanbodsturing tot onvoldoende ruimte voor partijen voor een kwalitatief hoogwaardig en doelmatig functioneren. Afstemming tussen vraag en aanbod komt niet op een vanzelfsprekende wijze tot stand.
2. Ten aanzien van het *verzekeringsstelsel* zijn er twee deelproblemen. Ten eerste belemmert het duale karakter in het tweede verzekeringscompartiment een doelmatige zorginkoop en -regie door zorgverzekeraars. Deze dualiteit staat ook keuzemogelijkheden voor verzekerden en solidariteit ten aanzien van gezondheidsrisico's in de weg. Ten tweede is de verschillende uitvoeringsstructuur in het eerste en tweede compartiment een beperking voor de totstandkoming van een samenhangend zorgaanbod.

Het kabinet kiest daarom voor een omslag van een centraal aanbodgestuurd systeem naar een decentraal vraaggericht zorgstelsel. Deze omslag leidt tot meer ruimte voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om flexibel op de vraag van patiënten te kunnen inspelen. De overheid zelf staat daarbij voor de taak de publieke belangen in de zorg te borgen, zodat noodzakelijke zorg van goede kwaliteit, voor alle Nederlandse burgers toegankelijk is, ongeacht hun leeftijd, gezondheidsvooruitzichten of inkomenspositie.

De vernieuwing van het zorgstelsel krijgt vorm langs *twee sporen*:

1. Enerzijds is het nodig de *sturing van de zorg* te herzien door de verdeling van verantwoordelijkheden, en de daarbij behorende instrumenten te veranderen.
2. Anderzijds is aanpassing van het *verzekeringsstelsel* noodzakelijk, door de duale verzekeringsstructuur in het tweede compartiment te vervangen door één algemene verzekering curatieve zorg en deze nieuwe verzekering en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) te laten integreren.

De afgelopen jaren is de uitvoering van het eerste spoor al in gang gezet, onder meer in de trajecten modernisering AWBZ en curatieve zorg en in de deregulering op het vlak van de verzekering, de planning en bouw en de financiering van zorg. De recent aan de Eerste Kamer gezonden brief over deregulering<sup>1</sup> laat zien welke wijzigingen de afgelopen jaren binnen het kader van de huidige regelgeving tot stand zijn gebracht. In de brief wordt geconcludeerd dat de grenzen daarvan zijn bereikt en dat verdergaande maatregelen – zoals geschetst in *Vraag aan bod* – nodig zijn. Leidend beginsel bij de herziening van de sturing van de zorg is dat partijen elkaar er meer toe aanzetten om goede en doelmatige zorg tot stand te brengen die zoveel mogelijk aansluit bij wensen van burgers. Versterking van de gereguleerde concurrentie leidt ertoe dat de rolverde-

---

<sup>1</sup> Ministerie van VWS, Overzicht voortgang deregulering en nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling zorgsector, 2 april 2002 (Z/T&S-2270955).

ling tussen verzekerde, zorgverzekeraar, zorgaanbieder en overheid zal veranderen.

De introductie van vrijheidsgraden en een marktgerichte prikkelstructuur zullen de komende jaren verder ontwikkeld moeten worden, waarbij de mate en het tempo waarin dat gebeurt afhankelijk is van de specifieke mogelijkheden en omstandigheden op de onderscheiden deelmarkten. De deelmarktanalyses die momenteel in opdracht van het Ministerie van VWS worden uitgevoerd leggen daarvoor de basis (zie ook 3.6).

Om de herziening van de sturing van de zorg op termijn succesvol te kunnen afronden, is het noodzakelijk de regisserende rol van zorgverzekeraars te versterken en daartoe (onder andere) een algemene zorgverzekering zorg te creëren. Deze nieuwe zorgverzekering geldt voor alle Nederlandse ingezetenen en dekt alle noodzakelijke zorg. Zorgverzekeraars die deze wettelijke zorgverzekering uitvoeren, hebben een acceptatieplicht en een zorgplicht. Een sluitend systeem van risico-verevening moet ertoe leiden dat zorgverzekeraars zich actief richten op de rol van zorginkoper. Daarnaast zijn er specifieke prikkels om de doelmatigheid van de zorgverzekering te borgen, zoals een nominale premie van voldoende omvang en – nader in te vullen – de mogelijkheid van een systeem van eigen betalingen. Op termijn zullen in de visie van het kabinet de algemene zorgverzekering en de AWBZ integreren. Vooruitlopend daarop worden ook in de AWBZ stappen gezet op weg naar het geschetste einddoel.

### **3. UITWERKING VAN DE THEMA'S**

Rode draad in onderstaande beschrijving is dat de omslag naar een decentraal vraaggericht stelsel gevolgen heeft voor de inrichting van het bestuurlijke instrumentarium in de zorg. Ongewijzigd blijft de overheidsverantwoordelijkheid voor het borgen van de publieke belangen: het garanderen van de toegang tot kwalitatief goede zorg, met een beheerste kostenontwikkeling. De omslag heeft wél gevolgen voor de wijze waarop de borging van die publieke belangen plaatsvindt. Er vindt een verschuiving plaats van direct sturende regelgeving naar kaderstelling en toezicht, ruimte en prikkels biedend aan partijen om hun verantwoordelijkheden invulling te geven.

Hierna volgen de voornaamste bevindingen ten aanzien van de vijf genoemde onderwerpen. De bij deze brief gevoegde notities gaan er uitvoeriger op in.

#### **3.1 Toezicht**

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders vervullen in het toekomstig zorgstelsel een centrale rol bij het realiseren van de publieke belangen. Door middel van toezicht op deze private partijen bewaakt de overheid de kwaliteit en de toegankelijkheid tot de zorg en de verzekering, en de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de verzekering. Het kabinet onderscheidt drie domeinen van toezicht, namelijk:

- mededingingstoezicht;
- toezicht op de kwaliteit van de zorg;
- toezicht op de uitvoering van de verzekering.

Het mededingingstoezicht komt in 3.2 afzonderlijk aan bod.

##### *Toezicht op de kwaliteit van de zorg*

Het begrip kwaliteit kent verschillende dimensies en verantwoordelijkheden. Het eerste kwaliteitsaspect betreft de volksgezondheid in het algemeen. Het gaat hierbij onder meer om de staat van de volksgezondheid en om naleving van wettelijke voorschriften ten aanzien van bijvoorbeeld de

hygiëne en het voorkomen van infecties door zorgaanbieders en -instellingen. Dit is bij uitstek het terrein van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Het tweede kwaliteitsaspect betreft het medisch professioneel handelen, zoals de bekwaamheid tot het verrichten van medische handelingen, de totstandkoming van evidence based behandelprotocollen en het gebruik van medische apparatuur. Voor zowel het eerste als het tweede kwaliteitsaspect legt de wetgever individuele beroepsbeoefenaren en zorginstellingen kwaliteitseisen op, gericht op het leveren van verantwoorde zorg die in elk geval doelmatig en doeltreffend wordt verleend en die is afgestemd op de wensen van de zorgvrager. Zorgaanbieders leggen verantwoording af over de gerealiseerde kwaliteit. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet erop toe dat de kwaliteit van de zorg in overeenstemming is met daaraan gestelde eisen en dat de kwaliteit van het medisch professioneel handelen niet onder een bepaald minimum komt. In dit verband is overigens van belang te wijzen op de versterking van de rol van de inspectie die op dit moment al plaatsvindt, conform het kabinetsstandpunt op het rapport van de Adviescommissie IGZ<sup>1</sup>.

Het derde kwaliteitsaspect heeft betrekking op de omstandigheden waaronder de zorg wordt geleverd, waaronder de beschikbaarheid, bereikbaarheid en tijdige levering van geïndiceerde zorg. Dit is zowel het domein van zorgaanbieder, als dat van de zorgverzekeraar. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars leggen hun afspraken vast in overeenkomsten en op de naleving daarvan zien zij wederzijds toe. Uit een oogpunt van beschikbaarheid van de zorg heeft de zorgverzekeraar ook oog voor de bedrijfsmatige continuïteit van de zorgaanbieder.

#### *Toezicht op de uitvoering van de verzekering*

De doelmatigheid van de uitvoering van de zorgverzekering ontstaat vooral op geleide van prikkels en countervailing powers in het competitieve systeem: de mededinging in een goed functionerende markt. Dat geldt zowel voor de aanbieders en instellingen van zorg als voor de zorgverzekeraars. Het algemene toezicht van de NMa en het te ontwikkelen sectorspecifieke mededingingstoezicht zijn hier van toepassing.

De rechtmatige uitvoering van de verzekeringswet vereist extern toezicht. Zorgverzekeraars leggen aan de externe toezichthouder op de zorgverzekeraars verantwoording af over de uitvoering van de wettelijke taken, en doen datzelfde ook publiek. Zij verantwoorden zich daarbij zowel over de besteding van de (publieke) middelen als over het gevoerde beleid. Dat heeft betrekking op alle aspecten van de verzekering; de toegankelijkheid, het zorginkoopbeleid, de rechtmatige besteding van de middelen, de informatievoorziening aan de verzekerden en klachtenregelingen. De toezichthouder stelt daarvoor beleidsregels op die duidelijkheid bieden over het toetsingskader. Naar de mate waarin zorgverzekeraars erin slagen door middel van horizontale instrumenten als certificering en benchmarking de kwaliteit van de uitvoering te verhogen en te borgen, kan de toezichthouder zijn toezicht meer baseren op deze op private leest geschoeide mechanismen.

Het toezicht op de uitvoering van de verzekering dient zodanig te worden ingericht dat een adequaat toezicht op uitvoering van de verzekeringswet mogelijk is, en tegelijkertijd geen onnodige belemmeringen worden opgeworpen voor toetreding en bewegingsruimte van zorgverzekeraars.

### **3.2 Mededingingsregulering**

Het doen ontstaan van meer gereguleerde concurrentie in de zorgsector vergt een ontwikkelingsproces. Mededingingsregulering is daarbij van belang om de publieke belangen in de zorg te borgen. De vraag is of bij de transitie van zorgmarkten volstaan kan worden met algemene

---

<sup>1</sup> TK 2000–2001, 27 400 XVI, nr. 94.

mededingingsregels of dat aanvullende specifieke mededingingsregels zijn vereist. Daarnaast is de vraag wie laatstgenoemde regels moet uitvoeren.

Bij de overgang naar een meer marktconforme situatie op de zorginkoopmarkten zijn twee taken van belang, namelijk het wegnemen van toetredingsbelemmeringen en het kunnen hanteren van prijs- en gedragsregulering.

De analyse in de bijgevoegde deelnotitie laat zien dat de bestaande algemene en sectorspecifieke mededingingsregulering ontoereikend is om de transitie naar een stelsel met gereguleerde competitie te realiseren. Zo kunnen op grond van de Mededingingswet bepaalde concentratiebewegingen aan de aanbodzijde niet worden «bestreden». En ook het huidige sectorspecifieke instrumentarium in de zorg (WTG, de verzekeringswetten en WZV/WEZ) kan niet alle gewenste taken ondersteunen. Het kabinet concludeert dat op het gebied van prijs- en gedragsregulering behoefte bestaat aan een nieuw wettelijk kader waarbinnen deze taken en bevoegdheden consistent vorm kunnen krijgen.

Bij het vormgeven van dit kader kan gebruik worden gemaakt van toepasselijke bepalingen in de huidige wetgeving. Daarbij zij aangetekend dat er ongewenste spanning kan bestaan tussen de connotatie van de bestaande wetgeving als «kostenbeheersingswetgeving» enerzijds en de gewenste werking van het nieuwe instrumentarium anderzijds. Voor de verdere uitwerking van het wettelijk kader zijn eisen van zorgvuldigheid en voortgang aan het transitieproces, de relatie met de verzekeringswetgeving en de positionering van de uitvoerder van het wettelijk instrumentarium bepalend.

In het te ontwerpen wettelijk kader dient ook de relatie tussen de overheid en de uitvoerder van het wettelijke instrumentarium (een onafhankelijke zorgautoriteit c.q. marktregulator) een plaats te krijgen. Benadrukt zij dat in de relatie tussen minister en regulator de minister te allen tijde bepaalt in welke mate en in welke vorm marktwerking in een sector gewenst is en welk instrumentarium beschikbaar is. Dit blijven politieke besluiten waarover de minister verantwoording aan het parlement aflegt. De minister kan wel bij het delegeren van de uitvoering vrijheid laten aan een onafhankelijke zorgautoriteit, bijvoorbeeld in het opleggen van transparantie-eisen of het vaststellen van prijzen in geval van prijsregulering.

Ten aanzien van de positionering van mededingingstoezichthouders is in Nederland met twee modellen van sectorspecifieke mededingingsregulering ervaring opgedaan. Het ene model is dat van een aparte, onafhankelijke toezichthouder, zoals de OPTA. Daarnaast bestaat het kamermodel van de NMa, waarin een sectorspecifieke toezichthouder (zoals de DTe) onderdeel is van de NMa.

Gezien het belang van voortvarendheid bij de totstandkoming van sector-specifieke mededingingsregulering en de wenselijkheid om daarbij de mening van de beoogd uitvoerder van die regels te kunnen betrekken, is het zaak om zo spoedig mogelijk een (voorloper van de) sectorspecifieke regulator van start te laten gaan. Inmiddels is een start gemaakt met een verkenning van de stappen die concreet gezet moeten worden om dit in het vereiste tempo te realiseren. Vanzelfsprekend zullen takenpakket, bevoegdheden en instrumentarium van de zorgautoriteit bepalend zijn voor de uiteindelijke positionering<sup>1</sup>.

### **3.3 Informatievoorziening**

Drie thema's staan in de toekomstige informatievoorziening centraal, namelijk de positie van zorgvragers, het functioneren van zorgmarkten en de monitoring van publieke belangen.

---

<sup>1</sup> Bij deze verkenning zal mede rekening gehouden worden met de noties uit het rapport «Zicht op toezicht» (commissie Visser) en de in 2001 uitgevoerde evaluatie van dit rapport.

Het eerste thema is gericht op de informatievoorziening ter versterking van de *positie van de zorgvrager*. In toenemende mate zijn zorgvragers in staat om invloed uit te oefenen op de invulling van hun verzekeringsaanspraken. Daarvoor is keuze-informatie nodig: naast feitelijke informatie over bijvoorbeeld het beschikbare aanbod, ook vergelijkende informatie over de dienstverlening en kwaliteit van zorg, waaronder ervaringen van andere zorgvragers). De klant is daarmee niet alleen ontvanger maar ook verstrekker van informatie. Ook ter versterking van de positie van de verzekerde zijn informatie en transparantie van belang, bijvoorbeeld over de voorwaarden die worden gehanteerd voor de levering van zorg. Informatie over het zorgaanbod kan worden verkregen door gebruik te maken van systematisch verzamelde gegevens die voortvloeien uit het primaire proces. Het ontsluiten van meer subjectieve informatie ligt op de weg van organisaties van patiënten en consumenten. In beide situaties vervult de overheid de komende periode een faciliterende en stimulerende rol. Daarnaast is verdere professionalisering in normstelling en ontwikkeling van kwaliteitssystemen noodzakelijk.

Het tweede thema betreft de informatievoorziening ten behoeve van *het functioneren van zorgmarkten*. In het licht van *Vraag aan bod* ontwikkelt de zorgsector zich tot een zo veel mogelijk zelfregulerend systeem waarin zorgvragers/verzekerden, zorgverzekeraars als zorgaanbieders elkaar aanzetten tot klantgerichtheid en flexibel inspelen op ontwikkelingen aan de vraagzijde. De informatievoorziening draagt ertoe bij dat de verschillende actoren in het stelsel inhoud aan hun nieuwe rol kunnen geven. Vergelijkende informatie over aanbieders en zorgverzekeraars maakt het zorgvragers mogelijk gefundeerde keuzes te maken, faciliteert zorgverzekeraars om meer prestatiegerichte contracten af te sluiten, en geeft aanbieders gerichte prestatie-informatie.

Het streven is om voor onderscheiden zorgmarkten gebruik te maken van een stelsel van basisgegevens, bestaande uit inhoudelijke gegevens, financiële gegevens en proceselementen. Uit oogpunt van doelmatigheid wordt bij de ontwikkeling daarvan zoveel mogelijk aansluiten op reguliere bedrijfsprocessen en kenmerken van specifieke deelmarkten. De notitie Informatievoorziening en transparantie gaat hier nader op in. De zekerstelling van betrouwbaarheid van en tijdigheid van informatiestromen vergt bijzondere aandacht, te meer omdat een situatie met concurrerende zorgverzekeraars en zorgaanbieders ontstaat, waarin er niet altijd de bereidheid zal zijn om informatie op basis van vrijwilligheid ter beschikking te stellen. Prikkels en waarborgen, zoals het koppelen van de informatievoorziening aan outputgerelateerde bekostigingssystemen. Tevens meent het kabinet dat de informatiestructuur verankering vergt in kaderwetgeving.

Een derde thema in de informatievoorziening is de *monitoring van de publieke belangen*. In een decentraal vraaggericht zorgstelsel concentreert de overheid zich op kaderstelling en toezicht. De minister van VWS legt in het parlement verantwoording af over de uitkomsten van het zorgstelsel als geheel en daarmee ook over de mate waarin de publieke belangen in de zorg zijn gerealiseerd. Kernvraag is daarbij of kwaliteit toegankelijkheid en doelmatigheid van de zorg op een toereikend niveau zijn. Het parlement controleert op grond van deze informatie of het zorgstelsel beantwoordt aan de gestelde eisen en randvoorwaarden. Het kabinet streeft naar het definiëren van een stelsel van indicatoren op macroniveau, waarlangs de uitkomsten van het zorgstelsel getoetst kunnen worden. De gegevens die hiertoe worden gebruikt sluiten zoveel mogelijk aan op het primaire proces en het beleidsniveau. Bovendien zijn de indicatoren in overeenstemming met het proces van resultaatgericht begroten en verantwoorden (VBTB) en met internationale ontwikkelingen.

### 3.4 Kapitaallasten

Een concurrerende omgeving confronteert zorginstellingen met meer onzekerheid over hun afzet. Hierdoor beschouwen kapitaalverschaffers zorginstellingen als meer risicovol en stellen zij hogere eisen aan de kwaliteit van het management en aan de solvabiliteit van de instelling. Het kan zijn dat instellingen of stichtingen in de zorgsector door de overheidsregulering een dermate slechte uitgangspositie hebben dat ze in een concurrerende omgeving niet kunnen overleven. Een zorgmarkt die functioneert met producten en prijzen noopt tot het opheffen van vertekeningen in de kapitaallasten die zijn ontstaan door de jaren van aanbodregulering. Die noodzaak klinkt ook door in twee aangenomen moties. In de motie Hofstra/Van 't Riet<sup>1</sup> is de regering gevraagd te rapporteren over de mogelijkheid de financiële stromen van de wooncomponent in de care te scheiden van de zorggelden. De motie Dankers<sup>2</sup> verzoekt de regering om met een plan van aanpak te komen om inzichtelijk te maken wat de gevolgen zijn van het brutoeren van de tarieven van instellingen, de persoonsgebonden budgetten ten laste van de bouwbudgetten en het verkorten van de balansen van instellingen.

De bij deze brief gevoegde notitie over de kapitaallasten verkent hoe dit probleem kan worden verlicht of opgelost. De oplossing is mede afhankelijk van de verantwoordelijkheidsverdeling en de mate van concurrentie die wordt nagestreefd.

Er worden twee modellen onderscheiden:

- I. De zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor hun eigen investeringsbeslissingen. Concurrentie vindt plaats op product- en prestatiegerichte tarieven, uitgaande van een integrale kostendoorberekening. Dit model kan ook worden toegepast voor deelsectoren waar in de toekomst wonen en zorg gescheiden zijn. In deze deelsectoren contracteert de zorgverzekeraar zorg tegen een tarief dat los staat van de woonfunctie. De aanbieder kan in dit model wel huisvesting blijven bieden. Die komt echter niet meer ten laste van de AWBZ, maar ten laste van de cliënt (die gebruik kan maken van de instrumenten van het volkshuisvestingsbeleid, o.a. IHS).
- II. De overheid is (mede)verantwoordelijk voor de infrastructuur en stelt de vergoeding van de kapitaallasten veilig. Concurrentie tussen zorginstellingen (en zorgverzekeraars) vindt plaats op basis van tarieven waarin de vaste kosten van de infrastructuur niet zijn doorberekend. Nadeel van dit model is dat de prikkel voor instellingen ontbreekt om te kiezen voor zorgvormen met zo laag mogelijke kapitaallasten. Bovendien ontstaat een ongelijk speelveld jegens nieuwe aanbieders die geen vergoeding van kapitaallasten ontvangen. Dit model is denkbaar voor vormen van zorg waarin de markt niet werkt.

Een goede solvabiliteit is de sleutel tot de kapitaalmarkt en dus cruciaal voor de continuïteit van de instellingen. Dat geldt met name voor de instellingen die beantwoorden aan model I. Onderstaand is een aantal maatregelen en oplossingsrichtingen beschreven die in de komende kabinetsperiode serieuze aandacht verdienen. Ze zijn bedoeld om een verantwoorde introductie van marktwerking mogelijk te maken. Tegen de kosten die ermee zijn gemoeid moet het volgende worden afgewogen. Voor de sectoren die beantwoorden aan model I zal het niet nemen van de maatregelen uitstel van tariefsverhogingen betekenen maar zo goed als zeker geen afstel. De introductie van concurrentie in die sectoren zal tot gevolg hebben dat de instellingen worden gedwongen tot het doorberekenen van de hogere marktconforme kapitaallasten. Het transitieproces kan schade oplopen als de overgang naar marktwerking «plotseling» gepaard gaat met tariefsverhogingen of met zorgaanbieders in continuïteitsproblemen, omdat deze onvoldoende weerstand hebben

<sup>1</sup> TK 2000–2001, 27 559, nr. 23.

<sup>2</sup> TK 2000–2001, 24 036 en 26 631, nr. 204.

kunnen opbouwen. Het tijdig nemen van de bedoelde maatregelen kan deze schade voorkomen of beperken.

#### *Het verstrekken van een marktconforme kostenvergoeding*

Om verslechtering van de solvabiliteitspositie tegen te gaan dient overwogen te worden om de bestaande instellingen een meer marktconforme vergoeding voor de kapitaallasten te geven. Dit kan met twee, elkaar aanvullende, maatregelen. De eerste maatregel is uitgaan van een kortere gebruiksduur dan de thans gehanteerde 50 jaar. Dat maakt een einde aan de situatie dat er nog wordt «afgeschreven» op gebouwen die niet meer in gebruik zijn. Ook los van de beoogde marktwerking is deze maatregel op bedrijfseconomische gronden gewenst, omdat er een structurele besparing op de rentelasten optreedt die de aanvankelijk te maken kosten overtreft. Een verkorting naar 30 jaar voor de gehele zorgsector kost het eerste jaar circa 210 mln euro, aflopend naar circa 160 mln euro in jaar vier. Een minder ingrijpende verkorting naar 40 jaar kost ca. 80 mln euro in het eerste jaar, aflopend naar ca 60 mln in jaar vier. In beide gevallen slaan na ca. 16 jaar de kosten om in baten.

De tweede maatregel is om bij de vergoeding van de afschrijvingskosten rekening te houden met de inflatie, waardoor zorgaanbieders kunnen reserveren voor de gestegen kosten van nieuwbouw. Deze maatregel zou bij een afschrijvingsperiode van 30 jaar, per jaar voor de gehele zorgsector 580 mln euro extra kosten (care 310 mln en cure 270 mln). Wordt uitgaan van een gebruiksduur van 40 jaar, dan is het additionele bedrag circa 430 mln euro jaarlijks (care 240 mln en cure 190 mln).

#### *Versterken van de solvabiliteit*

Bovenbeschreven maatregelen kunnen een verslechtering van de solvabiliteit voorkomen. Uit voorlopig onderzoek blijkt dat veel zorginstellingen hun solvabiliteit zouden moeten verbeteren om in een marktconforme situatie (model I) te kunnen overleven. Nader onderzoek zal inzicht moeten geven in de financiële omvang van deze marktconforme solvabiliteitsverbetering. Hierbij zal de blik niet beperkt moeten blijven tot de instellingen sec maar tot de totale vermogenspositie van de juridische constructies waar zij deel van uitmaken, op basis van een reële waardering van de balansposten. Als dat inzicht er is kan de vraag aan de orde komen in hoeverre de overheid aan een oplossing zou moeten bijdragen. Hiermee is beleidsmatig de voorkeur uitgesproken voor een *ad hoc benadering* en niet voor *generieke regelingen* die volledigheidshalve ook in de notitie zijn genoemd. Een methode voor het toepassen van de ad hoc benadering is het systematisch onder de loep nemen van alle instellingen. Een andere methode is het moment afwachten waarop instellingen geen toegang hebben tot het waarborgfonds Wfz of anderszins in continuïteitsproblemen komen.

In beide gevallen zal duidelijk moeten worden op welke wijze de niet levensvatbare zorgaanbieders kunnen worden begeleid. Gedacht kan worden aan de instelling van een saneringsfonds met een daarbij behorende toezichtstructuur, zoals in de sociale woningbouw. Een en ander zou door het volgende kabinet nader moeten worden uitgewerkt. Daarbij zal ook de rol moeten worden betrokken die de Commissie Sanering Zorginstellingen en het College Tarieven Gezondheidszorg op dit gebied hebben, evenals de positie van de toezichthouder op de mededinging (zie § 3.2).

#### *Versterken van de bedrijfsvoering*

Belangrijk voor de beoordeling van instellingen door vermogensverschaffers is de kwaliteit van de bedrijfsvoering. De meest effectieve maatregel



lijkt te zijn om door te gaan op de weg van benchmarking. Dit geeft het management meer inzicht in het bedrijfseconomisch functioneren van de eigen instelling, prikkelt tot verbetering en geeft tevens verbeteringsrichtingen aan. Ook de stimulering van ICT-toepassingen in de bedrijfsvoering verdient aanbeveling.

### **3.5 Beheersing van de zorguitgaven**

Ook in de toekomst blijft solidariteit een van de uitgangspunten voor de zorg: goede en betaalbare zorg, bereikbaar voor iedereen. Het zorgstelsel zoals gepresenteerd in Vraag aan bod kent dan ook een aantal waarborgen voor die solidariteit. Die waarborgen zijn zodanig dat de zorg moet worden beschouwd als een onderdeel van de collectieve sector. Dit betekent dat ook in de toekomst de zorguitgaven worden betrokken bij het budgettaire proces en er sprake zal blijven van een beheersing van de uitgaven. De premies (ook voor de toekomstige basisverzekering) moeten tot de collectieve lasten worden gerekend en de saldi van de zorgverzekeraars behoren tot het EMU-saldo.

De omslag naar vraagsturing heeft wel gevolgen voor de wijze waarop het beheersingsinstrumentarium wordt toegepast. In aansluiting op hun regierol zijn de uitgaven van de zorgverzekeraars voor het wettelijk verzekerd pakket maatgevend. Een belangrijk uitgangspunt daarbij is dat de raming van de uitgaven aansluit op de ontwikkeling van de vraag naar zorg. Naar de mate waarin keuzemogelijkheden in de verzekering zich uiten in een gedifferentieerde nominale premie worden de te beheersen uitgaven gecorrigeerd voorzover de nominale premies uitgaan boven de gewogen laagste nominale premie.

Wordt de raming overschreden dan zal in de komende kabinetsperiode het gebruik van de instrumenten om de zorguitgaven bij te sturen, afhankelijk zijn van de mate waarin de vraagsturing is ontwikkeld. In het eindstadium van deze ontwikkeling is sprake van een geliberaliseerde markt met volwaardige concurrentie. Zoals elders in deze notitie is beschreven zal de overgang naar deze eindfase weloverwogen en deelmarktgewijs plaatsvinden.

In de eindfase van de vraagsturing zijn als instrumenten beschikbaar: de omvang van het verzekerde pakket, de hoogte van de eigen betalingen en maatregelen om het systeem te optimaliseren. Bij dit laatste kan gedacht worden aan ingrepen om de concurrentie prikkels te versterken. Voor zover deelmarkten niet zijn geliberaliseerd zullen in de komende kabinetsperiode ook de bestaande WTG-instrumenten nog beschikbaar zijn, met inbegrip van de voorgenomen vernieuwing van deze instrumenten, zoals uiteengezet in de notitie *Speelruimte en verantwoordelijkheid*.

De regels budgetdiscipline blijven voor de zorguitgaven in stand. In lijn met het *Actieplan zorg verzekerd* worden hoger dan geraamde volumeontwikkelingen in beginsel geacommodeerd. Tegenvallers dienen wel in eerste instantie binnen de zorgsector te worden opgevangen. Voor zover dit niet mogelijk is wordt over de beleidsreactie beslist in de ministerraad.

### **3.6 Tranchegewijze aanpak deelmarkten**

In het voorafgaande is ingegaan op het bestuurlijke instrumentarium dat nodig is om te komen tot een decentrale verantwoordelijkheidsstructuur in het toekomstig zorgstelsel. De toepassing van dat instrumentarium verschilt per deelmarkt in de zorg en is afhankelijk van de specifieke kenmerken die elke zorgterrein kent. In de nota *Vraag aan bod* is al aangegeven dat activering van de concurrentie per deelmarkt invulling krijgt, zodat sprake is van een gefaseerde, gedifferentieerde en geëigende toepassing van het dereguleringsprogramma. Zoals ook in de Beleidsbrief

modernisering curatieve zorg is aangekondigd, is het ministerie van VWS daartoe een traject van deelmarktanalyses gestart.

In deze analyses is de vraag hoe in de verschillende zorginkoop(deel-)markten de omslag kan worden gemaakt van traditionele aanbodsturing naar een decentrale, vraaggerichte sturingsfilosofie. Om na te gaan waar en in welke mate marktconforme prikkels kunnen werken, worden alle «deelmarkten» in de curatieve zorg en de markt voor thuiszorg geanalyseerd. Qua aanpak is gekozen voor een indeling in producten en diensten, met uitdrukkelijke aandacht voor de «aanpalende» deelmarkten. De eerste tranche beschouwt naast de thuiszorg in de curatieve zorg de fysiotherapie (inclusief oefentherapie Cesar en Mensendieck), logopedie, ergotherapie, mondzorg, psychologische zorg, kraamzorg en verloskunde verleend door zelfstandige beroepsbeoefenaren.

Elk onderzoek start met een beschrijving van de relevante markt en het in kaart brengen van de manier waarop publieke belangen een rol spelen. Er wordt als het ware een foto van de markt gemaakt. De focus van het onderzoek ligt bij de producten en de beroepsgroep, maar ook de randen van de foto (de samenhangen met andere deelmarkten) worden in beeld gebracht, evenals de dynamiek van de markt (de relevante ontwikkelingen). Gelet op de aanwezigheid van verschillende vormen van marktregulering is voor de beoordeling van de uiteindelijke resultaten, en het optimale niveau en de wijze van regulering een besliskader in ontwikkeling.

Uit de confrontatie van het besliskader met de foto volgt een dereguleringsprogramma per deelmarkt. Afhankelijk van de mate waarin voor de betreffende deelmarkt het randvoorwaardelijk instrumentarium is ontwikkeld en van de specifieke omstandigheden op de betreffende deelmarkt, kunnen concrete stappen worden gezet in de vorm van het loslaten van centrale aanbodsturing en verlenen van meer vrijheidsgraden. Soms zal er misschien niets hoeven te gebeuren in termen van deregulering en hebben partijen vooral een aansporing nodig om hun verantwoordelijkheid te nemen. De beleidsagenda is niet uitsluitend gebaseerd op de analyses, maar vereist tevens een politieke afweging over het loslaten van een markt. Het programma vergt dan ook continue monitoring, mede uit het oogpunt van het borgen van publieke belangen. Een onafhankelijke mededingings-toezichthouder als beschreven in 3.2 is essentieel om dit proces te begeleiden.

Op korte termijn zijn de beschrijvingen van de eerste tranche met de zeven genoemde deelmarkten in de curatieve zorg en de thuiszorg gereed. Het voornemen is er op gericht het parlement over de uitkomsten te informeren voor de zomer 2002. Aansluitend start de confrontatie met het besliskader en de ontwikkeling van een beleidsagenda voor elke deelmarkt.

#### **4. TRANSITIEPROCES**

In de door het kabinet voorgestane omslag naar een decentraal vraaggericht stelsel is sprake van een geleidelijk en stapsgewijs transitieproces, dat een langere periode in beslag neemt. Een proces ook, dat zich gelet op omvang en complexiteit niet zo laat vormgeven dat er een spoorboekje op kan worden geschreven waarin eindmodellen, tussenstappen en precieze fasering zijn gegeven. Tegelijkertijd zal de beleidsrichting de komende periode duidelijk moeten vaststaan, waarbij van belang is dat de versterking van de regierol voor zorgverzekeraars gelijk opgaat met het beschikbaar stellen van de benodigde instrumenten. Alleen op die wijze kan de omslag die de afgelopen jaren reeds in gang is gezet tot een goed einde worden gebracht.

Enerzijds vindt gaandeweg een afbouw plaats van de op directe aanbodsturing gerichte regelgeving, onder gelijktijdige ontwikkeling van een meer kaderstellend en faciliterend instrumentarium dat aansluit bij het toekomstig zorgstelsel. Deze beweging strekt zich uit over de terreinen planning en bouw, bekostiging, toezicht, mededingingsregulering en informatievoorziening.

Anderzijds worden binnen de nieuw ontworpen kaders concrete stappen gezet in de vorm van deregulering en introductie van meer vrijheidsgraden voor decentrale partijen. Kenmerkend voor die tweede dimensie is de gefaseerde, deelmarktgewijze aanpak. Het tempo waarin concrete stappen op de onderscheiden deelmarkten kunnen worden gezet is afhankelijk van:

- de mate van ontwikkeling van het randvoorwaardelijk instrumentarium
- de specifieke marktrelevante omstandigheden op de betreffende deelmarkt.

De verschillende elementen van het bestuurlijk instrumentarium dat thans in ontwikkeling is vinden hun wettelijke basis grotendeels in de bestaande en te moderniseren structuurwetgeving voor de zorg. De voornemens ten aanzien van de kaderwetten WVG en WVZ/WEZ spelen dan ook een hoofdrol bij het transitieproces dat in gang is gezet met de moderniseringstrajecten voor curatieve zorg en AWBZ en dat in de komende jaren wordt voortgezet.

#### *Versterken positie van consumenten en patiënten*

Gereguleerde marktwerking vraagt een kritische opstelling van verzekeren en consumenten ten aanzien van prijs en kwaliteit van de geleverde diensten. Daarbij passen de volgende ontwikkelingen:

- Het verbeteren van de informatievoorziening aan verzekeren en zorgvragers (zie 3.3)
- Verruimen mogelijkheden voor verzekeren om van zorgverzekeraar te wisselen (bij de algemene zorgverzekering)
- Publieke verantwoording van zorgverzekeraars en zorgaanbieders over geleverde prestaties (zie 3.3)
- Meer transparantie en vergelijkbaarheid in producten en diensten van zorgverzekeraars en zorgaanbieders (zie 3.3; ook van belang de activiteiten van de Cie Glasz)
- Directe sturingsmogelijkheden door middel van persoonsgebonden budgetten en mobiliseren van marktmacht bijvoorbeeld door gezamenlijke zorginkoop door patiëntenorganisaties (o.a. in het kader van modernisering AWBZ).

#### *Ontwikkeling van vrijheidsgraden en prikkelstructuur*

Om te komen tot een kwalitatief hoogwaardige, doelmatige en vraaggerichte zorg zijn zowel meer beslis- en bewegingsruimte voor decentrale partijen als effectieve prikkels nodig. Het geven van meer vrijheden dient dan ook hand in hand te gaan met de ontwikkeling van een prikkelstructuur die aanzet tot klantgericht en doelmatig handelen. Een groot aantal ontwikkelingen is gericht op de realisatie van beide:

- Verschuiving van instellingsfinanciering naar prestatiebekostiging en PGB (DBC-ontwikkeling in curatieve zorg, bekostigings- en PGB-ontwikkeling in AWBZ)
- Meer vrijheden in investeringsbeslissingen toestaan, versoepelen van de centrale behoefteplanning (vervanging WZV door Wez)
- Deregulering van het WVG-tarieveninstrumentarium, ombouw daarvan naar een instrumentarium ten behoeve van marktwerking
- Het onder voorwaarden toestaan van het hebben van een winstoogmerk<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Het kabinet onderschrijft daarbij de voorwaarden die – ter waarborging van de publieke belangen – ook in het RVZ-advies «Winst en gezondheidszorg» worden genoemd ten aanzien van het toegang geven van zorgaanbieders met winstoogmerk tot de reguliere zorg: de aanwezigheid van basisnormen voor kwaliteit, een goed functionerende Inspectie voor de Gezondheidszorg en een krachtige marktmeester.

- Afschaffing van de contracteerplicht (in het kader van modernisering AWBZ)
- Ontwikkelen van maatstafconcurrentie (trajecten in curatieve zorg en AWBZ)
- Vernieuwing van het overeenkomstenstelsel
- Verder risicodragend maken van zorgverzekeraars (in het kader van de ziekenfondsbudgettering en bij de algemene zorgverzekering)
- (Deels) nominale premie en – afhankelijk van nadere invulling – vormen van eigen betalingen bij zorggebruik (bij invoering algemene zorgverzekering)
- Stimulering van regelingen van publieke verantwoording van zorgaanbieders/-instellingen en van het toezicht op de naleving daarvan)
- Modernisering van verantwoording en verslaglegging door zorgverzekeraars, conform de Wet modernisering toezicht.

#### *Effectueren van een gelijk speelveld*

Een conditio sine qua non voor het ontstaan van effectieve vormen van concurrentie is die van de «fair competition», tussen zorgaanbieders onderling, zorgverzekeraars onderling en tussen bestaande spelers en nieuwkomers. Ongelijkheden op het marktspeelveld, die veroorzaakt zijn/worden door overheidsregels, zullen moeten worden vereffend. Naast de daartoe reeds in gang gezette ontwikkelingen aan de aanbodzijde, zoals bijvoorbeeld de ontschotting in de AWBZ en het verruimen van toetredingsregels, kunnen ook op het terrein van de kapitaallasten een aantal maatregelen worden genomen. Deze zijn toegelicht in paragraaf 3.4. In het verzekeringsstelsel dient de huidige versnipperde verzekeringsstructuur te worden omgevormd tot één systeem waarin voor zorgverzekeraars én voor verzekerden dezelfde wettelijke spelregels gelden. De volgende ontwikkelingen zijn dienstbaar aan het realiseren van een gelijk speelveld:

- Verruiming van toetredingsregels voor het zorgaanbod (in het kader van de modernisering AWBZ)
- Verkorten van afschrijvingstermijnen (zie 3.4)
- Evt. verbeteren van solvabiliteit van instellingen (zie 3.4)
- Opheffen van de dualiteit in het verzekeringsstelsel (bij invoering algemene zorgverzekering)
- Bevorderen van de totstandkoming van marktinformatie ten behoeve van het contracteren door zorgverzekeraars en aanbieders (zie 3.3).

#### *Creëren van een toereikend zorgaanbod*

Om vragers van zorg voldoende keuzemogelijkheden te bieden en om effectieve vormen van gereguleerde marktwerking mogelijk te maken, zal de huidige aanbodschaarste plaats moeten maken voor een situatie met voldoende aanbod. Daartoe is deze kabinetsperiode reeds een breed scala aan maatregelen in gang gezet. Voor de komende periode is een reële raming van de zorgkosten van cruciaal belang, alsmede budgettaire spelregels die zijn afgestemd op de ontwikkeling naar vraagsturing (zie 3.5).

- Raming laten aansluiten bij de te verwachten ontwikkeling van de zorgvraag (zie 3.5)
- Budgettaire spelregels die zijn afgestemd op de ontwikkeling naar vraagsturing (zie 3.5)
- Ontschotting van de AWBZ-zorg, introductie substitutiemogelijkheden, redesign 1e lijnszorg (in het kader van modernisering curatieve zorg en modernisering AWBZ)
- Functionalisering van zorgaanspraken (in het kader van modernisering AWBZ en invoering algemene zorgverzekering/curatieve zorg)
- Verruiming van toetredingsregels (bij modernisering AWBZ).

## *Toezicht*

Het benutten van de nieuwe vrijheidsgraden dient te geschieden binnen een wettelijk te formuleren kader. Een versterking van het toezicht vanuit dit oogpunt is dan ook noodzakelijk (zie 3.1). Een nieuw element is de beschikbaarheid van een adequate mededingingsregulering en toereikend toezicht op het functioneren van de onderscheiden deelmarkten (zie 3.2).

De volgende aspecten worden onderscheiden:

- Verder operationaliseren en meetbaar maken van de publieke belangen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit (levertijden, doelmatigheidsprojecten, kwaliteitsnormering)
- Versterken van de bestuurlijke structuur bij zorginstellingen (aanbevelingen zie. Meurs)
- Versterken van het toezicht op zorgaanbieders (zie 3.1)
- Versterken van het toezicht op zorgverzekeraars (zie 3.1)
- Ontwikkelen van mededingingsregulering en toezicht op marktfunctioneren (zie 3.2)
- Versterking van de Inspectie voor de gezondheidszorg, op basis van het kabinetsstandpunt op het rapport van de Adviescommissies IGZ.

Bij al deze ontwikkelingen is een goed functionerende en op de nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling toegesneden informatievoorziening onontbeerlijk. Daarop is afzonderlijk ingegaan in 3.3.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. Borst-Eilers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. M. Vliegthart

## 1. Inleiding

In de nota *Vraag aan bod* geeft het kabinet aan dat de totstandkoming van een doelmatiger en klantgerichter zorgaanbod meer beleids- en beslissingsruimte van decentrale partijen vergt, maar ook een duidelijk en effectief kader waarmee de overheid de publieke gezondheidsbelangen borgt. Vernieuwing van de zorgsturing en van het verzekeringsstelsel vergt derhalve ook vernieuwing van het toezichtsinstrumentarium. Deze notitie geeft aan hoe het toezicht op de kwaliteit, de toegankelijkheid en doelmatigheid van het zorgstelsel en de uitvoering van de algemene zorgverzekering<sup>1</sup> er in de toekomstige situatie uit ziet en welke stappen nodig zijn om die situatie te bereiken. De kaderstellende kabinetsvisie op toezicht<sup>2</sup> vormt daarbij een belangrijk richtsnoer. Centraal staat de vraag hoe publieke belangen geborgd kunnen worden met behulp van een competitief systeem waarin decentrale partijen eigen taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden hebben en welke vormen van toezicht daarbij horen.

Deze notitie sluit aan bij de in de nota *Vraag aan bod* gekozen optie om private partijen een belangrijke rol toe te kennen bij de behartiging van de publieke belangen in de zorg. Uitgangspunt daarbij is de eigen verantwoordelijkheid van partijen voor hun handelen als zorgverzekeraar respectievelijk zorgaanbieder/-instelling in een competitieve omgeving. In termen van «health care governance»<sup>3</sup> dragen zij zorg voor beheersing (bewaken het bereiken van doelstellingen) en verantwoorden zij zich over de realisatie van die doelstellingen. De wetgever beoogt – door het stellen van kaders en het bieden van instrumenten – de optimale condities te scheppen om het leveren van voldoende zorg van voldoende kwaliteit vanuit het perspectief van de zorgvrager te realiseren. De minister blijft eindverantwoordelijk voor het borgen van de publieke belangen en legt daarover verantwoording af aan het parlement. Door middel van toezicht kan de minister vaststellen of de doelstellingen zijn bereikt en grijpt zondig in. Centrale vraagstelling daarbij is of «de verzekerde krijgt waar hij recht op heeft».

Toezicht is het sluitstuk van een afgestemde bestuurlijke keten, waarin duidelijke bestuurlijke verhoudingen, een adequate informatievoorziening en een transparante en toetsbare opstelling de primaire schakels vormen.

## 2. De te borgen publieke belangen

In het denken Van Beleidsbegroting tot Beleidsverantwoording (VBTB) past een verantwoording van de overheid, in casu de minister van VWS, over de uitkomsten van het te voeren beleid. Dat beleid richt zich op het borgen en realiseren van publieke belangen. De publieke belangen in de zorg zijn in de nota «*Vraag aan bod*» als volgt aangeduid:

| <i>Publiek belang</i>  | <i>Randvoorwaarde</i>        | <i>Verbeterpunten</i>   |
|--|------------------------------|---|
| Noodzakelijke zorg van goede kwaliteit moet voor iedereen beschikbaar zijn | Beheerste kostenontwikkeling | Transparantie, doelmatigheid, eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid |

De overheid acht zich verantwoordelijk voor de **toegankelijkheid** tot de zorg en de verzekering en voor de doelmatige werking van het stelsel ten behoeve van een **beheerste kostenontwikkeling**.<sup>4</sup> In de nieuwe bestuurlijke constellatie zijn het vooral marktprikkels die moeten zorgen voor de borging van deze publieke belangen.<sup>5</sup> Die keuze heeft consequen-

<sup>1</sup> In de nota *Vraag aan bod* is een profiel-schets gegeven van de algemene verzekering curatieve zorg, die op termijn integreert met de AWBZ. Korthedshalve wordt in deze notitie gesproken over «algemene zorgverzekering».

<sup>2</sup> Kaderstellende visie op toezicht (Vertrouwen in onafhankelijkheid, Commissie Borghouts), Kamerstukken II, vergaderjaar 2000–2001, 27 831, nr. 1.

<sup>3</sup> Health care governance is een stelsel van spelregels en omgangsvormen voor goed bestuur van en goed toezicht op zorgorganisaties, en van adequate verantwoording aan en beïnvloeding door belanghebbenden van de wijze waarop de zorgorganisatie haar doelen realiseert en kwalitatief verantwoorde en doelmatige zorg levert. Belanghebbenden zijn onder andere patiënten, medewerkers, bestuurders, toezichthouders, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties, de rijks- en de lokale overheid (Commissie Healthcare governance, november 1999).

<sup>4</sup> De notitie *Beheersing van de zorguitgaven* in de volgende kabinetsperiode gaat nader in op de beheersing van de zorguitgaven in de komende kabinetsperiode.

<sup>5</sup> Het scheppen van condities voor een goed functionerende markt, eventueel door middel van aanvullende regelgeving, behoort tot de taak van de overheid in het transitieproces.

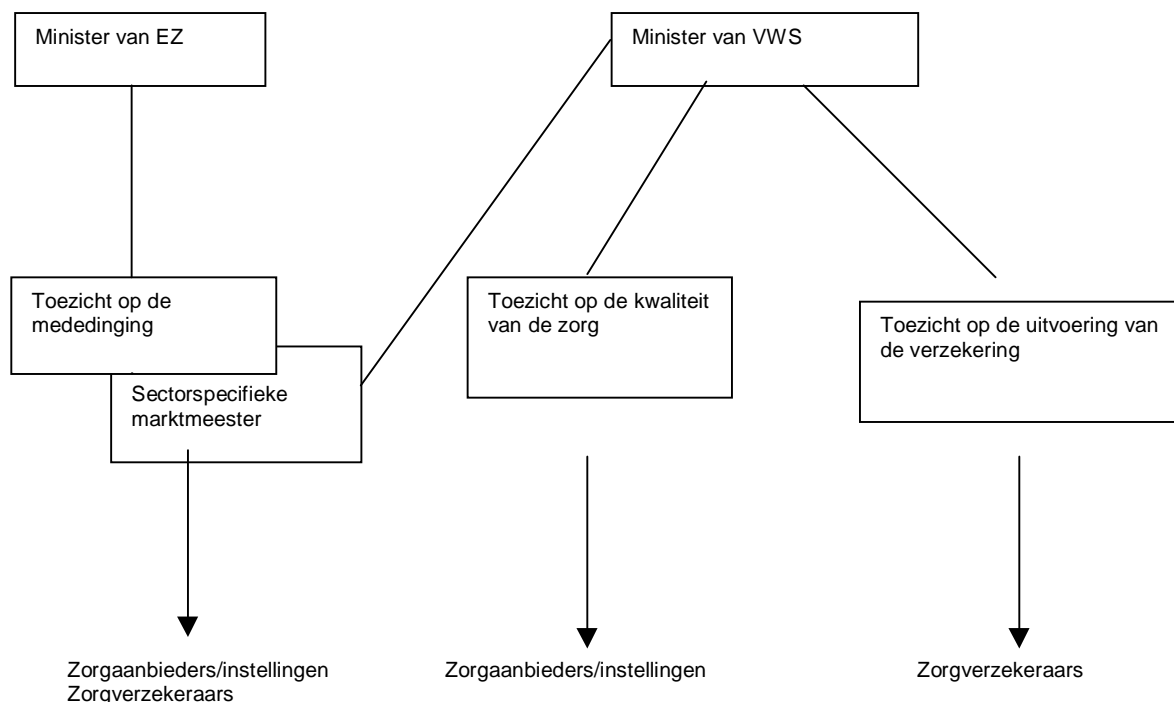
ties voor de inrichting van het toezicht. Door middel van toezicht stelt de overheid vast of de doelstellingen zijn bereikt.

### 3. Hoofdpijnen van het toezicht in de zorg

Het kabinet onderscheidt twee categorieën van objecten van toezicht: de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders/-instellingen. Zij leggen publiekelijk verantwoording af over hun handelen en staan onder intern en extern toezicht. Het externe toezicht richt zich in ieder geval op:

- de kwaliteit van de zorg die door de zorgaanbieders wordt geleverd;
- de uitvoering van de verzekeringswet door zorgverzekeraars;
- de naleving van de Mededingingswet (Mw) door zowel zorgaanbieders als verzekeraars.

Schematisch ziet de toezichtstructuur er als volgt uit:



#### *Zorgaanbieders/-instellingen*

Voor zorgaanbieders/-instellingen is het belangrijkste aspect van toezicht de kwaliteit van de te leveren zorg. Dat stelt eisen aan het management, aan het interne toezicht, aan kwaliteitsprotocollen, aan afspraken met zorgverzekeraars over de hoeveelheid en kwaliteit van de te leveren zorg en aan de verantwoordingsprocedures. De instelling is daar zelf verantwoordelijk voor en kan daarop door verschillende partijen worden aangesproken: door de zorgverzekeraar (nakoming van de in de overeenkomst gemaakte afspraken), door de zorggebruiker (op basis van bijvoorbeeld de behandelingsovereenkomst), door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ; voor de kwaliteit van zorg) en door de brancheorganisatie of de interne toezichthouder als het gaat om de naleving van horizontale kwaliteitshandvesten of regelingen inzake bestuur en beheer. Door publieke verantwoording in onder meer jaarverslaglegging stelt de zorgaanbieder/-instelling zich toetsbaar op. De externe accountant heeft daarbij een controlerende taak.

Uit de verzekeringswet vloeit het toezicht voort op de zorgverzekeraars. Een belangrijk aangrijpingspunt hiervoor is de zorgplicht van de verzekeraar en de overeenkomsten die hij met zorgaanbieders sluit om die zorgplicht inhoud te geven. De zorgverzekeraars zijn zelf verantwoordelijk voor intern toezicht, voor een goede administratie, en voor een goed contracteerbeleid. Zij dienen daarover ook publiekelijk verantwoording af te leggen. De externe accountant heeft een controlerende rol. De uitoefening van het externe toezicht op de naleving van de verzekeringswet berust bij de overheid.

Het overheidstoezicht is dus onderdeel van een uitgebreid systeem van checks and balances. Centraal in het geheel staan de overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

De verzekeringswet waarin die overeenkomsten hun basis vinden, dient in de komende kabinetsperiode nadere invulling te krijgen. De mate waarin de verzekeringswet nadere voorwaarden en eisen stelt aan die overeenkomsten zal mede bepalend zijn voor de concrete invulling van het overheidstoezicht.

Aangrijpend bij de wijze waarop de overeenkomsten tot stand komen is er voor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders sprake van mededingingstoezicht respectievelijk toezicht door een sectorspecifieke toezichthouder<sup>1</sup>.

#### 4. Toezicht in een competitief systeem

Toezicht is het verzamelen van de informatie over de vraag of een handeling of zaak voldoet aan de daaraan gestelde eisen, het zich daarna vormen van een oordeel daarover en het eventueel naar aanleiding daarvan interveniëren. Toezicht kent dus onder toezicht gestelden (objecten van toezicht, zoals zorgverzekeraars of zorgaanbieders) en gestelde eisen (zoals kwaliteit en rechtmatigheid) en aspecten (kwaliteit van *zorg* en rechtmatige *uitvoering van de verzekering*). De wetgever bepaalt zowel de objecten als de eisen en aspecten van toezicht. Voorts veronderstelt een effectief toezicht de mogelijkheid van interventie. Toezicht houdt terdege rekening met de eigen verantwoordelijkheden van de onder toezicht gestelden (de zorgaanbieders, de zorgverzekeraar etc). Die treden handelend op. De toezichthouder verzamelt daarover informatie, beoordeelt die en intervenueert zonedig. De ontwikkeling en vaststelling van toetsingscriteria, gegeven de wettelijke eisen, is een taak van de toezichthouder die daarover een zo groot mogelijke duidelijkheid aan de onder toezicht gestelden verschafft. Toezicht is geen vrijwillige zaak; al naar gelang de eisen die de wetgever stelt ten aan zorgverzekeraars die de algemene verzekering uitvoeren en zorgaanbieders/-instellingen die de wettelijke geregelde zorg leveren, is de toegelaten verzekeraar/zorgaanbieder/-instelling gehouden aan die eisen.

De ministers van VWS en EZ zijn eindverantwoordelijk voor het externe toezicht. Om die verantwoordelijkheid inhoud te kunnen geven dienen de ministers twee belangrijke bevoegdheden te hebben: een algemene aanwijzingsbevoegdheid en een taakverwaarlozingsregeling die erin voorziet dat bij disfunctioneren van de toezichthouder tijdelijk andere voorzieningen getroffen kunnen worden.

Waar de zorg in een competitieve omgeving wordt geleverd is informatie over de verschillende aanbieders van zorg, hun kwaliteit, bejegening, snelheid en cliëntenbegeleiding van groot belang om de rol van de zorgvrager goed tot uitdrukking te laten komen. De zorgaanbieders/-instellingen zijn in de eerste plaats zelf verantwoordelijk voor een goede en transparante bedrijfsvoering, voor een behoorlijk intern toezicht (raad

---

<sup>1</sup> Zie notitie Mededingingsregulering en -toezicht.



van toezicht) en voor handelen in overeenstemming met de Mededingingswet en de kwaliteitswetgeving.

Vanzelfsprekend is voor het goed functioneren van het systeem vertrouwen nodig in de werking van het systeem, in de partijen die het moeten uitvoeren en in de wijze waarop het toezicht is ingericht. Maar daarnaast moet de toezichthouder ook zijn tanden kunnen laten zien. Ook de toezichthouders zelf dienen derhalve over de nodige interventiebevoegdheden en sanctiemiddelen te beschikken.

Toezicht berust in eerste en laatste instantie op het verzamelen van gegevens. Monitoring van gegevens, normen, ontwikkelingen is dan ook een kerntaak van de toezichthouder<sup>1</sup>. Ook voor de beleidsontwikkeling en voor het faciliteren van alle betrokken partijen is het volgen van ontwikkelingen van belang.

#### *Zelfregulering essentieel*

Toezicht maakt deel uit van een breder systeem van checks and balances met horizontale publieke verantwoording. Hiertoe behoren de ontwikkeling van protocollen, uniforme klachtenregelingen, de ontwikkeling van kwaliteitsnormen en de certificering hiervan, voorwaarden van behoorlijk bestuur, intervisie, visitatie en benchmarking. Ook in dat opzicht doet de nieuwe situatie een appèl op de eigen verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders en verzekeraars. Het uitgangspunt hier is dat partijen zelf het initiatief nemen voor het ontwikkelen en in stand houden van kwaliteitsystemen, codes voor goed verzekeraar- en goed zorgverlenerschap en klachtenregelingen. De overheid kan die ontwikkeling faciliteren vanuit een welbegrepen eigenbelang. Deze vormen van zelfregulering dragen bij aan de ontwikkeling van standaarden voor kwaliteit en goed bestuur die voor het functioneren van het systeem van grote betekenis zijn en een efficiënte inrichting van het toezicht bevorderen. Zelfregulering en publieke verantwoording kunnen toezicht echter nooit vervangen. Tevens dient ervoor te worden gewaakt dat de via zelfregulering ontwikkelde normen enerzijds niet te laag worden vastgesteld en anderzijds niet zo hoog dat onnodige toetredingsdrempels ontstaan.

#### *Incentives voor gereguleerde concurrentie*

Binnen wettelijke kaders voeren partijen hun taken in eigen verantwoordelijkheid uit. Die beleidsvrijheid in de uitvoering veronderstelt dat partijen concurrentieprikkels ondervinden die aanzetten tot doelmatig en rechtmatig handelen. De overheid stimuleert met andere woorden zorgvragers, de zorgaanbieders-/instellingen en zorgverzekeraars zodanig dat zij in eigen verantwoordelijkheid beslissingen nemen, opdat een zoveel mogelijk zelfregulerend systeem ontstaat. Aspecten als vrije toetreding, voldoende aanbod, transparante producten en prijzen, goed geïnformeerde verzekerden en zorgvragers en keuzevrijheid zijn voorwaarden voor een goed functionerende markt. Aan die voorwaarden dient voldaan te zijn om vragers in staat te stellen een vrije keuze te maken uit de aangeboden zorg en verzekeringen (optimale prijs/kwaliteitsverhouding) en zorgaanbieders en -verzekeraars te stimuleren om zo goed mogelijk in te spelen op de voorkeuren van de vragers. Vertrekkend vanuit een situatie van centrale overheidssturing zonder concurrentie ligt het in de rede dat de overheid (mede) de condities verschaft voor een beheersbaar transitieproces. In het belang van het transitieproces zal de overheid dan ook, vanuit de borging van het publieke belang en het creëren van een gelijk speelveld, maatregelen nemen en (tijdelijke) eisen stellen, bijvoorbeeld op het gebied van toetreding en prijsregulering. Tezelfdertijd dient de overheid ervoor te waken onnodig marktwerking belemmerende wet- en regelgeving te handhaven of ontwikkelen. Versterking van de positie van verze-

---

<sup>1</sup> Zie notitie Informatievoorziening en transparantie

kerden en zorgvragers is nodig om de vraagzijde voldoende tot zijn recht te laten komen. Om dat te bereiken is wettelijke regeling van transparantie naar verzekerden en zorgvragers door zorgaanbieders en -instellingen en door zorgverzekeraars vereist.

## 5. Domeinen van toezicht

Er zijn drie domeinen van toezicht te onderscheiden in het nieuwe zorgstelsel, namelijk:

- toezicht op de werking van de markt;
- toezicht op de kwaliteit van de zorg;
- toezicht op de uitvoering van de verzekering.

Elk van deze domeinen draagt bij aan de beoordeling van de vraag of de publieke belangen voldoende zijn gerealiseerd.

Het solvabiliteitstoezicht op verzekeraars is niet apart onderscheiden. In een publiekrechtelijk vormgegeven algemene verzekering curatieve zorg, zoals het kabinet die voorstaat, maakt het solvabiliteitstoezicht deel uit van het toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de verzekering. Bij de huidige particuliere verzekering is geen sprake van toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de verzekering maar speelt juist het soliditeitstoezicht een belangrijke rol. Voor het soliditeitstoezicht op de particuliere verzekering is de Pensioen- en Verzekeringskamer de aangewezen toezichthouder.

Onderstaand worden de drie genoemde domeinen van toezicht nader uitgewerkt. Tevens wordt aan het slot van deze paragraaf separaat ingegaan op het bedrijfseconomisch toezicht op zorgaanbieders vanuit het belang van de continuïteit van zorg.

### *Toezicht op de werking van de markt*

Het algemeen mededingingstoezicht is geregeld in de Mw en betreft zowel de aanbieders en instellingen van zorg als de zorgverzekeraars. Dit toezicht richt zich op het bewaken en bevorderen van de mededinging. De NMa is belast met het toezicht op de naleving door partijen van de Mw. In de transitieperiode is een belangrijke taak en verantwoordelijkheid voor de overheid weggelegd voor het wegnemen van de barrières die de marktwerking in de weg staan dan wel voor het «maken» van markten waar die markten nog niet voldoen aan de criteria voor marktwerking. Het gaat hier om het bevorderen van de marktwerking, door het slechten van toetredingsbelemmeringen en vergroten van transparantie, alsook om het versterken van de positie van de zorgvrager/verzekerde voor het ontwikkelen van voldoende countervailing power vanuit de vraagzijde. Voor die ontwikkeling van de zorgmarkt en de verzekeringsmarkt is een *sector-specifiek mededingingstoezicht* gewenst, met name op het terrein van de prijsvorming en de marktconcentraties. Deze sectorspecifieke «marktmeester» zal op basis van hem daarvoor wettelijk geboden mogelijkheden effectief moeten kunnen interveniëren bij ongewenste markten/of prijsontwikkelingen.<sup>1</sup>

### *Toezicht op de kwaliteit van de zorg*

Kwaliteit is een begrip met verschillende dimensies. Dat uit zich ook in de wijze waarop toezicht op de kwaliteit vorm en inhoud krijgt.

Het eerste aspect betreft *de kwaliteit van de volksgezondheid*. Het gaat hierbij onder meer om de staat van de volksgezondheid in het algemeen en om wettelijke voorschriften ten aanzien van de hygiëne, het voorkomen van infecties en dergelijke die instellingen en aanbieders van zorg moeten naleven. Toezicht op het bestaan en de naleving van deze voorschriften is bij uitstek het terrein van de IGZ als bewaker van de volksgezondheid.

---

<sup>1</sup> Het mededingingstoezicht komt nader aan bod in de notitie Mededingingsregulering en -toezicht in de zorg.

Het tweede aspect betreft *de kwaliteit van het medisch professioneel handelen*. Het gaat hierbij om zaken als de bevoegdheid tot het verrichten van medische handelingen, de ontwikkeling van evidence based behandelprotocollen en richtlijnen en de inzet en het gebruik van medische apparatuur. Voor deze aspecten legt de wetgever de zorgaanbieders en instellingen kwaliteitscriteria op, gericht op het leveren van verantwoorde zorg van goed niveau, die doeltreffend en doelmatig moet worden verleend en die is afgestemd op de wensen van de zorgvrager. Deze wettelijke kwaliteitscriteria vormen het uitgangspunt voor de aanbieders en instellingen van zorg voor het ontwikkelen van hun eigen kwaliteitsbeleid en voor de door de beroepsgroep/branche zelf te ontwikkelen protocollen, normen en criteria voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Aanbieders en instellingen van zorg leggen over de kwaliteit van de door hen verleende zorg publieke verantwoording af. De IGZ ziet erop toe dat de kwaliteit van de zorg in overeenstemming is met de wettelijk daarvoor opgestelde criteria. In dat kader ziet zij er ook op toe dat de door middel van zelfregulering tot stand te komen kwaliteitsarrangementen voldoen aan de kwaliteitscriteria die de wetgever stelt. Het gaat hier dus om het vaststellen, ontwikkelen en realiseren van de kwaliteit op macroniveau, die op het niveau van de uitvoering, wordt getoetst. De Inspectie voor de gezondheidszorg ziet er zodoende op toe dat de kwaliteit van het medisch professioneel handelen, onder de druk van de markt of de invloed van verzekeraars bij de prijsonderhandelingen, niet onder een bepaald minimum komt. Daarnaast dienen de door de veldpartijen vastgestelde ontwikkelde kwaliteitseisen niet zo hoog te worden vastgesteld dat er onnodige toetredingsdrempels ontstaan.

Het derde onderscheidend aspect betreft *de kwaliteit van de geleverde zorg*. Hierin komen de omstandigheden waaronder, de plaats waar en de wijze waarop de zorg wordt geleverd aan de orde, alsmede de beschikbaarheid, bereikbaarheid en tijdigheid van de zorglevering. Ook al is de kwaliteit van het medisch handelen uitstekend, als de zorg niet tijdig wordt geleverd kan de zorgvrager dat toch als kwalitatief slechte zorg ervaren. Hierover kunnen zorgaanbieders/-instellingen enerzijds en de zorgverzekeraars anderzijds bij uitstek afspraken maken, rekening houdend met de wensen van de zorgvragers, in de tussentijd hen te sluiten overeenkomsten. Deze afspraken kunnen verder gaan dan de wettelijke norm en kunnen ook afspraken bevatten inzake de begeleiding van de cliënt, de bejegening en de snelheid van de behandeling. Op deze wijze kunnen zorgaanbieders, en dus ook de zorgverzekeraars die de aanbieders contracteren, zich van elkaar onderscheiden. Zowel de zorgaanbieders als de zorgverzekeraars leggen hierover publieke verantwoording af.

Het kan niet zo zijn dat beroepsgroepen, onder de vlag van de kwaliteit van de zorg, zodanige kostenopdrijvende eisen stellen (bijvoorbeeld aan de inrichting van de praktijkruimte) dat de doelmatigheid van de zorgverlening onder druk komt te staan. In eerste instantie zal de zorgverzekeraar in zo'n geval de redelijkheid van de gewenste kwaliteitsverbeteringen moeten beoordelen. De toezichthouder op de verzekeraars ziet hierop toe. Daarnaast zal ook de mededingingstoezichthouder de afspraken die beroepsgroepen of brancheorganisaties (willen) dienen te toetsen aan het mededingingsrecht.

Niet alleen de verzekeraar maar ook de zorgvrager heeft invloed op de kwaliteit door de mogelijkheid die hij heeft om zich door middel van kwaliteits- en performance-informatie een oordeel te vormen over de zorgaanbieder.

Een zorgverzekeraar op zijn beurt zal de klachten van zijn verzekerden over de zorglevering serieus moeten nemen en daaruit lering trekken voor zijn contracteerbeleid met de aanbieders/-instellingen van zorg. Ook de

informatievoorziening aan verzekerden en zorgvragers over de kwaliteit van de zorg maakt deel uit van het kwaliteitstoezicht van de IGZ (voor de zorgaanbieders) en de toezichthouder op de verzekeraars (voor de zorgverzekeraars).

#### *Toezicht op de uitvoering van de verzekering*

De overheid verzekert door middel van de verzekeringswet alle burgers voor een pakket van noodzakelijke zorg. Deze wet regelt de toegankelijkheid (acceptatieplicht) tot de verzekering en daarmee tot de in de wet geregelde aanspraken (leveringsplicht/zorgplicht verzekeraar) voor de verzekerde. De wettelijke aanspraken vormen voor de zorgverzekeraar het kader waarbinnen hij met de aanbieders van zorg afspraken maakt over de te leveren zorg voor zijn verzekerden. De uitvoering van de verzekeringswet geschiedt door toegelaten zorgverzekeraars die zorg dienen te dragen voor een rechtmatige uitvoering van de verzekering. Zij verantwoordt zich over de naleving van de acceptatieplicht en het sluiten van overeenkomsten met aanbieders en instellingen van zorg, zowel publiekelijk als ten opzichte van de externe toezichthouder.

De toezichthouder ziet toe op de uitvoering van de verzekering. Dat toezicht heeft betrekking op alle aspecten van de algemene verzekering; de toegankelijkheid, het zorgcontracteringsbeleid, en de rechtmatige besteding van de middelen. Naar hun verzekerden toe dienen verzekeraars zorg te dragen voor goede informatie, klachtenregelingen en een heldere communicatie over wat verzekerden wel en niet van hun zorgverzekeraar mogen verwachten. Het toezicht zal in de toekomstige situatie zoveel mogelijk zijn ingericht op het principe dat wat de zorgverzekeraar onderneemt conform de daaraan gestelde eisen is, tenzij de toezichthouder op basis van de daarvoor ontwikkelde normen en criteria tot een andere conclusie komt. De toezichthouder legt die criteria vast in beleidsregels. Naar de mate waarin zorgverzekeraars erin slagen door middel van horizontale instrumenten als certificering, visitatie en benchmarking de kwaliteit van de uitvoering te verhogen en te borgen, kan de toezichthouder zijn toezicht meer baseren op de resultaten van de toepassing van die instrumenten.

De toezichthouder zal aanvankelijk ook de doelmatigheid van de uitvoering in zijn oordeel betrekken. Naar de mate waarin die doelmatigheid beter wordt geborgd door concurrentie (om de gunsten van verzekerden en bij de zorginkoop) tussen zorgverzekeraars, zal het doelmatigheidstoezicht in gewicht en reikwijdte afnemen. Bij een voldoende functionerende verzekeraarsmarkt zal mededingingstoezicht afdoende zijn om doelmatigheid te borgen.

Overleg met en uitwisseling van bevindingen met de mededingingstoezichthouder en de IGZ behoren tot de taak van de toezichthouder op de verzekeraars.

Meer in zijn algemeenheid dient het toezicht op de uitvoering van de verzekering zodanig te worden ingericht dat een adequaat toezicht op uitvoering van de verzekeringswet mogelijk is, en tegelijkertijd geen onnodige belemmeringen worden opgeworpen voor toetreding en bewegingsruimte van zorgverzekeraars.

#### *Bedrijfseconomisch toezicht op zorgaanbieders/-instellingen*

Vanuit het belang van continuïteit van de zorg doet zich de vraag voor of voor aanbieders van zorg sprake zou moeten zijn van enigerlei vorm van bedrijfseconomisch toezicht. Die vraag naar borgingsmechanismen voor

de continuïteit van zorg vergt juist in een transitiefase bijzondere aandacht.

Bij de beoordeling van deze vraag dient in de visie van het kabinet onderscheid gemaakt te worden tussen verschillende mogelijke situaties. Aan de ene kant is er de (gewenste, maar voor een groot gedeelte van de zorg nog niet bereikte) situatie waarin sprake is van een dusdanig functionerende markt dat bij het wegvallen van zorgaanbod door faillissement van zorgaanbieders-/instellingen de continuïteit van zorg gewaarborgd blijft doordat andere aanbieders «het ontstane gat opvullen». De werking van de markt maakt in die situatie aanvullende toezichtsarrangementen uit hoofde van waarborging van continuïteit overbodig. Aan de andere kant zal in een situatie van zorgschaarste, naarmate grootschaliger instellingen in een meer monopolioïde situatie «omvallen», de continuïteit en beschikbaarheid van zorg meer in het gedrang komen. In een dergelijke situatie zal echter ook de aanbod- en prijsregulering ex WZV en WTG (nog) van toepassing zijn, waarmee de overheid voldoende instrumenten in handen heeft om passende maatregelen te treffen. Het College Tarieven Gezondheidszorg en het College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen spelen in die situatie een rol bij het voorkomen van discontinuïteit in de zorgverlening door bijvoorbeeld tijdelijke extra financiering of een gerichte sanering van delen van de instelling. Tevens is momenteel wetgeving in voorbereiding die erop is gericht dat het verbod op eigen instellingen en deelnemingen van verzekeraars wordt opgeheven, hetgeen het perspectief op continuïteit bevordert.

De nieuwe Regeling jaarverslaglegging voorziet zowel in jaarverslaglegging als in verantwoording over het gevoerde beleid en sluit aan op de in de Wet op de jaarrekening<sup>1</sup> opgenomen bepalingen inzake de inrichting van de jaarrekening zoals die ook voor andere economische sectoren geldt. Op elk van deze terreinen is overigens nog wel winst te boeken in de verbetering van bijvoorbeeld de positie en kwaliteit van de Raden van toezicht, het ontwikkelen van beoordelings- en early-warning criteria die kunnen bijdragen aan een beperking van het risico van continuïteits- en/of beschikbaarheidsverlies. Het kabinet onderschrijft de aanbevelingen die de Commissie Healthcare governance in haar rapport doet aan zowel de wetgever als de partijen.

Ook de toezichthouder op de kwaliteit, de IGZ kan vanuit zijn taak bij het bewaken van die kwaliteit, kennis verkrijgen bij instellingen over het financieel, bestuurlijk en bedrijfseconomisch reilen en zeilen van de instelling. Wanneer de kwaliteit van de professionele zorg uitstekend is, maar de bestuurlijke, financiële of bedrijfseconomische situatie van de instelling laat te wensen over, dan ligt een risico voor de kwaliteit van de zorg op de loer. De toezichthouder op de kwaliteit van de zorg heeft hier een signalerende taak en verantwoordelijkheid.

De zorgverzekeraar heeft uit hoofde van zijn wettelijke zorgplicht belang bij zowel kwaliteit als continuïteit van de zorgverlening. De zorgverzekeraar treedt daarin niet op als toezichthouder maar als contractpartner. Hij zal zich vanuit die hoedanigheid gelegitimeerd een oordeel (kunnen) vormen over de kwaliteit van management en bestuur en de administratieve organisatie, voor zover deze de continuïteit en de kwaliteit van de zorgverlening kunnen beïnvloeden. De verzekeraar kan hierover bij de contractonderhandelingen voorwaarden stellen, afhankelijk van de onderhandelingsmacht van de verzekeraar ten opzichte van de zorginstelling. Van een interveniërende bevoegdheid is echter geen sprake, mogelijk wel van een signalerende taak naar bijvoorbeeld de Raad van toezicht van de instelling, de IGZ of de Ondernemingskamer (mits wettelijk geregeld). Ook rol en positie van het mededingingstoezicht en de marktkregulering spelen hier een – nader uit te werken – rol.

---

<sup>1</sup> Thans geregeld in Boek 2, Titel 9 van het Burgerlijk Wetboek.

Tenslotte hebben, naast de verzekeraar ook andere partijen, zoals de financier van de instelling en het Waarborgfonds voor de zorgsector, belang bij het goed functioneren van bestaande zorginstellingen/-aanbieders. Dit fonds is in 1999 opgericht door de brancheverenigingen in de zorgsector in samenwerking met het Ministerie van VWS. Het fonds stelt zich ten doel rentevoordeel voor individuele zorginstellingen te realiseren, de continuïteit van de financiering zeker te stellen en goed financieel management van de instelling te stimuleren. Deelnemers aan het fonds worden jaarlijks grondig getoetst op de financiële bedrijfsvoering. De verdere ontwikkeling van het Waarborgfonds voor de zorgsector kan in belangrijke mate bijdragen aan een goed bestuur en goed (financieel) management bij de instellingen van zorg.

## 6. Stappen voor de komende kabinetsperiode

Het kabinet acht het wenselijk, vanwege de specifieke kenmerken van elk van de onderscheiden terreinen van toezicht voorshands het onderscheid ook door te trekken in de aan te wijzen toezichthouders; een toezichthouder voor de mededinging, een toezichthouder voor de kwaliteit van de zorg en een toezichthouder op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de verzekering. Voorshands zal door een versterking en nadere regelgeving voor de bestaande in een verbetering en aanscherping van het nieuwe toezicht worden voorzien.

De overheid zal in de komende kabinetsperiode voortgaan met het delegeren van de verantwoordelijkheden aan de onderscheiden private partijen door middel van deregulering en parallel daaraan het bieden van kaders waarbinnen en incentives waarmee die private partijen hun rol kunnen waarmaken. Het toezicht zal daarin moeten meeveranderen.

Voor de komende jaren betekent dit voor het *toezicht* onder meer:

- versterking van het specifieke mededingingstoezicht op zowel de markten van het zorgaanbod als op de verzekeringsmarkt. Hiertoe behoren onder meer doorlichting van het huidig instrumentarium en de aanpassing daarvan en het ontwikkelen van nieuw instrumentarium ten behoeve van de marktmeester;
- een krachtig voortzetten van de modernisering van de verantwoording en verslaglegging door verzekeraars;
- versterking van de Inspectie voor de gezondheidszorg op de kerntaken, de publieke verantwoording en de structuur en organisatie op basis van het Kabinetsstandpunt op het advies «Op weg naar gezond vertrouwen»<sup>1</sup>. Het gaat daarbij ook om de ontwikkeling van systemen voor risicoanalyse en de concrete invulling dan wel uitbreiding van de taken en bevoegdheden van de externe toezichthouder;
- verbetering van de interne toezichtstructuren en de verantwoording en verslaglegging bij de zorgaanbieders-/instellingen overeenkomstig de aanbeveling van de Commissie Healthcare governance alsmede onderzoek naar de mogelijkheid van de invoering van een verantwoordingsplicht voor individuele beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg;
- het ontwikkelen van early-warning criteria en -systemen voor belanghebbende partijen (zorgverzekeraars, financiers) voor de beoordeling van de kwaliteit van bestuur en bedrijfsvoering van zorgaanbieders/-instellingen mede in het belang van de toegankelijkheid c.q. continuïteit van de zorgverlening;
- het bevorderen van de ontwikkeling van meetbare, vergelijkbare en toetsbare prestatiecriteria voor de beoordeling van de realisatie van te borgen publieke belangen door de private partijen;
- stimulering van regelingen van (horizontale) publieke verantwoording van zowel zorgaanbieders/-instellingen als verzekeraars en van het toezicht op de naleving daarvan;
- het versterken, verbeteren en uitbreiden van de informatievoorziening aan verzekerden en zorgvragers. Hiervan maakt deel uit het faciliteren

---

<sup>1</sup> TK 2000–2001, 27 400 XVI, nr. 94.

van organisaties en ontwikkelingen die zich richten op versterking van de positie en de rol van en de informatievoorziening aan de verzekerden/zorgvragers.

Daarenboven is het goed te onderkennen dat juist in situaties waarin de bestuurlijke verhoudingen en verantwoordelijkheden verschuiven, het van groot belang is dat op elk moment duidelijkheid bestaat over de mogelijkheden en verantwoordelijkheden van elk der onderscheiden partijen. De wetgeving zal dat traject niet altijd even snel kunnen volgen. Beleidsmakers en toezichthouders zullen constructief dienen samen te werken om te voorkomen dat beleidsmatig gewenste initiatieven en ontwikkelingen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars achterwege blijven.

## **Mededingingsregulering en -toezicht in de zorg (nadere uitwerking Vraag aan bod)**

*Vooraf*

Op 6 juli 2001 hebben de bewindslieden van VWS, met de nota *Vraag aan bod*, de Tweede Kamer op de hoogte gesteld van de kabinetsvisie op de noodzakelijke vernieuwingen in het zorgstelsel. Het kabinet is van mening dat, om het zorgaanbod beter te laten inspelen op de vraag van patiënten/consumenten, meer nadruk gelegd moet worden op (gereguleerde) marktwerking. Deelmarktsgewijs zal worden gezien in hoeverre deregulering wenselijk en haalbaar is en welke rol de betrokken partijen in de nieuwe situatie moeten gaan bekleden en welke nieuwe instrumenten nodig zijn. Uiteraard vindt de ontwikkeling naar (gereguleerde) marktwerking plaats binnen een context waarbij realisatie van publieke belangen als de toegankelijkheid en voldoende kwaliteit van de zorg wordt gegarandeerd.

Vraag is of voor de ontwikkeling naar (gereguleerde) concurrentie in de zorgsector de bestaande mededingingsbepalingen voldoende zijn of dat aanvullend instrumentarium nodig is. In *Vraag aan bod* heeft het kabinet toegezegd nog deze kabinetsperiode de Kamer hierover een visie toe te sturen.

Deze notitie heeft als doel deze toezegging aan de Kamer gestand te doen. De notitie gaat met name over de regulering van en het toezicht op de mededinging in de zorg.

De opbouw van de notitie is als volgt: paragraaf één gaat in op het hoe en waarom van mededingingsregulering en -toezicht, met name in markten waar verantwoordelijkheden verschuiven. Daarna zal paragraaf twee de verschillen tussen algemene mededingingsregulering en sectorspecifieke mededingingsregulering bespreken. Vervolgens gaat paragraaf drie in op de algemeen geldende criteria voor het kiezen voor sectorspecifieke mededingingsregels en de mogelijke vormen van dit type regels. Daarbij wordt ook gebruik gemaakt van de kennis en ervaring die is opgedaan in andere sectoren. Paragraaf vier behandelt vervolgens op hoofdlijnen de marktstructuur in de verschillende zorgmarkten en concludeert welk type sectorspecifieke mededingingsregulering een rol kan spelen in de zorg. Daarna zal paragraaf vijf een overzicht geven van de reeds bestaande regulerings- en toezichtconstructies in de zorg. Paragraaf zes besluit deze notitie met een aantal conclusies rondom de gewenste mededingingsregulering in de zorg, de organisatorische vormgeving daarvan en de stappen die gezet moeten worden om het transitieproces in de zorg zorgvuldig te kunnen begeleiden.

### **1. Mededingingsregulering en -toezicht**

Liberalisering leidt niet vanzelf tot nieuwe markten. Nieuwe markten, nieuwe vrijheden en nieuwe verantwoordelijkheidsverdelingen vragen vaak nieuwe vormen van regulering, zeker in de transitiefase. Op markten met effectieve mededinging zijn de algemene mededingingsregels veelal voldoende. Maar niet op alle markten bestaat zo'n situatie, hetgeen aanvullende regelgeving soms wenselijk maakt, bij voorbeeld ter ondersteuning van een transitieproces naar marktwerking of ter voorkoming van ongewenste ontwikkelingen tijdens de transitiefase. Ter illustratie kan worden gekeken naar een aantal markten waar reeds enige tijd geleden een transitie in gang is gezet van een situatie van (overheid)monopolie naar een situatie met meer marktwerking tussen aanbieders. Dit is bijvoorbeeld gebeurd in de telecommarkt en de energiemarkt. In beide gevallen heeft de overheid ervoor gekozen – overigens deels hiertoe gestimuleerd door regelgeving van de Europese Unie – de kans van slagen op een voorspoedige markttransitie te vergroten door de bestaande algemene



mededingingsregels aan te vullen met sectorspecifieke mededingingsregulering die wordt uitgevoerd door speciaal hiervoor ingestelde toezichthouders. Weliswaar per markt in een andere vorm gegoten, maar in beide gevallen gaat het om aanvullende constructies waarbij een «marktmeester» de ontwikkeling van de specifieke markt nauwgezet volgt en ook wettelijke bevoegdheden heeft om waar nodig bij te sturen.

«Vraag aan bod» beschrijft het transitieproces waar de zorgsector voor staat. Hoewel zo ongeveer alle zorgaanbieders private ondernemingen zijn, is er absoluut geen sprake van een vrije markt. De traditionele filosofie over de wijze waarop publieke belangen in de zorg geborgd zouden moeten worden (centrale regulering), heeft geleid tot zeer uitgebreide regelgeving. Zoals In 't Veld in 1999 schreef: *«Er is sprake van ernstige vormen van oversturing. Het bestaan van zowel aanbodregulering als budgetstelsels als het scheppen van incentive-structuren voor verschillende actoren, zoals verzekeraars en individuele beroepsbeoefenaren, leidt tot zo talrijke stuurimpulsen, dat ze niet alle tegelijk zijn te volgen.... accumulatie van stuurimpulsen leidt tot onvoorspelbare gebeurtenissen: ze werken ook voor verschillende actoren niet op dezelfde manier uit. Wat zich werkelijk voltrekt, is dan ook waarschijnlijk veel meer afhankelijk van het samenspel van deelcoalities van actoren, die samen op decentraal niveau een min of meer acceptabel resultaat proberen te bereiken, dan van de sturing zelf.»*<sup>1</sup>

De overheid heeft grote invloed op factoren als de toetreding tot de markt en op de wijze van prijsvorming en hoogte van de prijzen op de markt. Bovendien bepaalt de overheid via de wettelijke regeling van de aanspraken welke producten/diensten voor bekostiging door middel van verzekeringen in aanmerking komen en stelt zij kwaliteitseisen aan die producten/diensten.

Daarnaast besluit de overheid over de hoogte van verreweg het grootste gedeelte van de premie van de ziekenfondsverzekering die voor ongeveer tweederde van de bevolking een verplicht karakter heeft.

In de beoogde transitie verschuift het denken over de wijze waarop publieke belangen in de zorg het best te borgen zijn. Niet langer meer staat overheidsregulering als vanzelfsprekend borgingsmechanisme centraal. Meer en meer komen marktconforme mechanismen, waarbij lokale partijen zelf meer verantwoordelijkheid krijgen om de zorg in hun omgeving naar eigen inzicht te kunnen inrichten, naar voren als instrument voor het borgen van publieke belangen in de zorg. Maar daarmee ontstaan ook meteen vragen waar deze notitie een antwoord op tracht te geven:

- *Welk sectorspecifiek mededingingsinstrumentarium is, naast de algemene Mededingingswet, nodig om de goede werking van zorgmarkten en een ordelijke transitie naar meer marktwerking te bevorderen?*
- *Wie moet dat instrumentarium gebruiken en hoe is de verantwoordelijkheidsverdeling tussen uitvoeringsorgaan en de verantwoordelijke vakminister geregeld (hoe kan de minister zijn verantwoordelijkheid voor realisatie van publieke belangen waarmaken)?*

Om een start met de beantwoording van deze vragen te maken, gaat de volgende paragraaf ingaan op de kenmerken van algemene en sectorspecifieke mededingingsregulering. Daarbij richt deze notitie zich vooral op de zorginkoopmarkten. In de nieuw te ontwikkelen wet op de zorgverzekering worden rechten en plichten van partijen op de zorgverzekeringmarkt nader uitgewerkt. Om die reden blijft de zorgverzekeringmarkt in deze notitie buiten beeld.

---

<sup>1</sup> R.J. in 't Veld, Rapportage omtrent een globale verkenning naar de besturing van de gezondheidszorg, maart 1999.

## 2. Wat is algemene en sectorspecifieke mededingingsregulering?

Alvorens in te gaan op de wenselijkheid van sectorspecifieke mededingingsregulering in de zorg, is enige verduidelijking van de mededingingsbegrippen wel op haar plaats. Allereerst de algemene mededingingsregels. Deze regels zijn vastgelegd in de Mededingingswet (Mw) van 1998. De Mw is een verbodswet en sluit daarmee aan op de hoofdprincipes van het Europees mededingingsrecht. Verboden zijn overeenkomsten tussen ondernemingen, besluiten van ondernemersverenigingen en onderling afgestemde feitelijke gedragingen van ondernemingen, die ertoe strekken of ten gevolge hebben dat de mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan wordt verhinderd, beperkt of vervalst. Voorts is het misbruik van een economische machtspositie verboden. Ook regelt de wet een meldings- en vergunningsplicht voor voorgenomen concentraties van ondernemingen. In bepaalde omstandigheden kunnen beperkingen van de mededinging worden toegestaan, omdat ze -korte termijnshalve- de positie van de consument op de relevante markt ten goede komen. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) ziet toe op naleving van de Mw. De bepalingen van de Mw gelden voor alle ondernemers die feitelijk op een markt actief zijn en elkaar kunnen beconcurreren. In dit verband is van belang dat een aantal typen actoren in de zorgsector (bijvoorbeeld ziekenhuizen en zorgkantoren), vanwege vigerende zorgregelgeving op basis waarvan de overheid sturend en regulerend optreedt, niet beschouwd worden als ondernemers die op een concurrerende markt opereren. Dit heeft bij voorbeeld als gevolg dat een voorgenomen fusie tussen ziekenhuizen momenteel niet op grond van de Mw kan worden tegengehouden.

Aanvullend op de Mw kunnen er sectorspecifieke vormen van marktordening bestaan. Daarbinnen dient een onderscheid te worden gemaakt tussen sectorspecifieke regels die geen betrekking hebben op het tegengaan van «concurrentiebederf» en sectorspecifieke regels die wel betrekking hebben op mededingingsbeperkend gedrag<sup>1</sup>. Het eerste type regels betreft zaken als kwaliteitsregelgeving. Het tweede type sectorspecifieke regels heeft betrekking op mededingingsrelevant gedrag. Denk hierbij aan regels die betrekking hebben op marktaandelen, onderlinge samenwerking tussen en concentraties van ondernemingen, tarieven, leveringsvoorwaarden, toetredingsbelemmeringen e.d. Hier gelden dus vaak ook de algemene mededingingsregels.

Algemene en sectorspecifieke mededingingsregels hebben beide hun eigen mogelijkheden en beperkingen. Het algemeen mededingingsrecht heeft als kenmerk dat het een wettelijk systeem is dat zich toespitst op een specifiek, beperkt aantal doeleinden, dat volgens een standaard procedure wordt toegepast, en dat het zich kan beroepen op een uitgebreide jurisprudentie en beschikkingenpraktijk<sup>2</sup>.

De in de wet vastgelegde bevoegdheden en de genoemde jurisprudentie beperken ook de mogelijkheden van de NMa. Zo kan concurrentie met alleen de Mededingingswet niet ex ante worden afgedwongen. Zolang gevestigde ondernemingen geen misbruik maken van machtsposities en ze de mededinging niet beperken door ongeoorloofde afspraken of feitelijk afgestemde gedragingen, bestaat voor de mededingingsautoriteit geen mogelijkheid (en waarschijnlijk ook geen noodzaak) om in te grijpen. De Mw is zo beschouwd reactief van aard. Bovendien kan de nodige tijd verstrijken alvorens de mededingingsautoriteit met een beschikking komt. Die autoriteit heeft dus maar beperkte mogelijkheden om op voorhand in te grijpen in de structuur van de markt. Wel houden partijen op de markt rekening met wat expliciet op grond van de Mw verboden is, met de criteria die worden gehanteerd bij het verlenen van ontheffingen en met

---

<sup>1</sup> Zie bijvoorbeeld het eindrapport van de MDW-werkgroep Toezicht op nutsvoorzieningen (commissie Visser), Zicht op toezicht, november 1997.

<sup>2</sup> National Economic Research Associates (NERA), *Specific Competition Rules for Network Utilities*, maart 2000. Dit onderzoek is in opdracht van het ministerie van Economische Zaken uitgevoerd en gaat in op de verschillen tussen algemene mededingingsregels en sectorspecifieke mededingingsregulering en op criteria die een leidraad kunnen zijn voor het al dan niet instellen van sectorspecifieke vormen van mededingingsregulering. Het rapport richt zich met name op zogenaamde netwerksectoren, maar de aanbevelingen zijn ook zeker waardevol voor regulering en toezicht in andere sectoren.

de criteria voor vergunningen ten aanzien van concentraties. In die zin heeft de Mw wel «ex ante» effecten op marktgedragingen.

Door sectorspecifieke regulering voor marktgedragingen van gevestigde aanbieders kunnen nadere mededingingsregels worden opgelegd. Deze vormen een aanvulling op de algemene mededingingsregels. Zo kan het wenselijk kan zijn op markten met imperfecte concurrentie in een transitieproces wat betreft de prijsvorming verplichtingen op te leggen wat betreft kostenoriëntatie waardoor de mogelijkheden voor kruissubsidie verdwijnen. Daarnaast kan gekozen worden voor prijsregulering bij een dreiging van misbruik van economische machtsposities bij (tijdelijke) onevenwichtige marktverhoudingen, dus prijsregulering ex ante. Ook een uit oogpunt van gezonde marktverhoudingen ongewenste concentratietendens zou, vooruitlopend op het van toepassing worden van het hierop gerichte algemene mededingingsregiem, via sector-specifieke regelgeving tegengegaan of ongedaan gemaakt kunnen worden.

Sectorspecifieke regelgeving kan uitgevoerd worden door een regulator. Maar ook met zo'n regulator, die in een transitiefase ex ante prijzen kan vaststellen of concentraties kan tegengaan, is er nog geen garantie dat daarmee de markt «aan de gang wordt gekregen». Dat vereist namelijk ook groei naar kwantitatief evenwichtige verhoudingen tussen de vraag naar en het aanbod van diensten, de ontwikkeling van ondernemerschap en van een mededingingscultuur. Een minimale voorwaarde in dit verband is dat eventuele bestaande onnodige wettelijke toetredingsbelemmeringen voortvarend worden aangepakt.

### **3. Criteria voor sectorspecifieke mededingingsregulering**

#### *3.1 Algemeen*

Deze paragraaf gaat in op de omstandigheden waaronder algemene mededingingswetgeving voldoende is om effectieve mededinging na te streven dan wel wanneer sectorspecifieke regulering/toezicht gewenst is. Van belang is te realiseren dat voordat een dergelijke afweging kan worden gemaakt, het duidelijk moet zijn wat men met een markt voor ogen heeft. Met andere woorden: hoe moet de betreffende markt er uiteindelijk uit zien? Zijn er evenwichtige verhoudingen tussen vragers en aanbieders? Is vrije prijsvorming mogelijk/wenselijk? Of zijn alternatieve vormen van marktwerking gewenst (zoals concessies, benchmarking, maatstafconcurrentie)?

Binnen de in gang gezette ontwikkelingen in de zorgsector ligt op dit punt een relatie met het traject Modernisering Curatieve Zorg, met name met het deelproject Deelmarktanalyses. Dit deelproject richt zich in eerste instantie op het in kaart brengen van alle relevante feiten en ontwikkelingen die de marktsituatie in een groot aantal deelmarkten van de zorg bepalen. Dit deelproject mondt uit in voorstellen over de mate waarin deregulering en de introductie van marktconforme mechanismen in de betreffende deelmarkten wenselijk en haalbaar is.

Welke criteria zijn nu bepalend voor sectorspecifieke mededingingsregulering en welke mogelijkheden biedt specifieke regulering in zo'n geval? Het is niet realistisch hier een uitputtende opsomming te willen maken. Wel is het mogelijk om aan de hand van literatuur en ervaringen in andere sectoren een beeld te vormen van de mogelijk instrumenten. Onderstaande tabel geeft hiervan een overzicht. De tabel maakt onderscheid tussen drie categorieën omstandigheden, te weten machtsposities, kostenstructuur, en overige factoren.

## Criteria voor en mogelijke vormen van sectorspecifieke mededingingsregels

| Criteria   | Mogelijke sectorspecifieke mededingingsregels   |
|--|---|
| <b>Machtsposities</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Toetredingsbarrières die onvermijdelijk zijn en blijven bestaan</li><li>• Hoge overstapkosten voor afnemers</li><li>• Te weinig consumenten of te weinig kennis bij consumenten aanwezig</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Prijsregulering</li><li>• Toetredingsregulering</li><li>• Gedragsregels</li><li>• Prijsregulering</li><li>• Gedragsregels</li><li>• Transparantievergroting</li><li>• Prijsregulering i.c.m. kwaliteitsregels</li><li>• Transparantievergroting</li><li>• Organiseer countervailing power</li></ul> |
| <b>Kostenstructuur</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Investerings in activa met lange levensduur</li></ul>   | Geef redelijk vooruitzicht in terugverdienen kosten   |
| <b>Overig</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aantal te verwachten disputen bij algemene mededingingswet is hoog</li><li>• Overwegingen t.a.v. inkomensverdeling</li></ul>   | Beperk zoveel mogelijk onduidelijkheid in de regels<br>Prijsregulering  |

Bron: NERA 2000

Met dit instrumentarium is vooral ervaring is opgedaan bij de liberalisatie van netwerksectoren<sup>1</sup>. De inzet van dit instrumentarium is in die sectoren, komende uit een positie van overheidsmonopolie, van het begin af aan gericht geweest op de creatie van markten. De uitgangspositie in de zorgsector is echter wezenlijk anders. Dat betekent ook dat het niet in de rede ligt zonder meer alle instrumenten te kopiëren naar de zorgsector. De in de tabel genoemde omstandigheden en instrumenten kunnen worden gezien als een soort «maatlat» waarlangs karakteristieken van specifieke markten kunnen worden gelegd. Paragraaf 4 gaat daarop in.

### 3.2 Machtsposities

Veel van de in de tabel genoemde criteria hebben te maken met het bestaan van marktmacht. Toetredingsbelemmeringen die niet eenvoudig kunnen worden verwijderd, het bestaan van hoge «overstapkosten» en te weinig «consumentenmacht» betreffen alle situaties waarin de bestaande aanbieders een machtspositie hebben die zij zouden kunnen misbruiken, veelal ten koste van de afnemer/consument.

#### Toetredingsbelemmeringen

Veelal wordt gesteld dat bij het bestaan van machtsposities sectorspecifieke mededingingsregulering kan helpen de markt op gang te krijgen. Toch is dat alleen noodzakelijk indien de toetreding van nieuwe aanbieders tot de markt structureel wordt bemoeilijkt. Immers, wanneer de toetreding tot de markt relatief eenvoudig is, mag worden verwacht dat een monopolist die misbruik maakt van de machtspositie die hij bekleedt, binnen korte tijd «gezelschap» krijgt van nieuwe toetreders die ook hun deel van de markt zullen opeisen. Overigens impliceert dit meteen dat het wegnemen van toetredingsbelemmeringen waar mogelijk één van de voornaamste instrumenten is om de concurrentie op de markt op gang te krijgen.

<sup>1</sup> De bijlage bij deze notie gaat dieper in op de lessen die geleerd kunnen worden uit de ervaringen in deze sectoren.

Anders is het als toetredingsbelemmeringen tot de markt niet eenvoudig zijn te verwijderen. Dat kan het geval zijn bij activiteiten die een hoge kapitaal- of kennisintensiviteit kennen. Wanneer daarbij de omvang van de

markt eenvoudigweg niet groot genoeg is om verschillende bedrijven overeind te houden zonder dat de voordelen van concurrentie worden overschaduwed door hoge kosteninefficiëntie (verspilling), kan een monopolistische situatie heel goed verdedigbaar zijn. In zo'n situatie kan sector-specifieke regulering gewenst zijn. Van belang is daarbij te realiseren dat het doel van dit type regulering niet meer gericht is op het creëren van markten. Immers, in dit soort gevallen wordt concurrentie juist buiten spel gezet en gaat het er meer om misbruik van machtsposities te voorkomen via regulering van het aanbod.

Het kan raadzaam zijn het gedrag van partijen met een machtspositie op bepaalde punten te reguleren. Dit is vooral het geval als zo'n partij zijn machtspositie kan misbruiken. Dit type regulering kan bestaan uit (meerdere vormen van) prijsregulering. De meest strakke vorm van prijsregulering is die waarbij de overheid of de toezichthouder zelf de prijzen vaststelt. Andere, lossere, vormen van prijsregulering zijn bijvoorbeeld vaststelling van maximumprijzen of het stellen van de voorwaarde dat de prijs die de onderneming zelf bepaalt, kostenconform moet zijn. Kostenoriëntatie wordt bijvoorbeeld toegepast in de telecomsector en in de energiemarkt. Zo is ten aanzien van de toegang tot telefoonnetwerken of toegang tot het gasnetwerk geregeld dat de prijzen die de netwerkbeheerder in rekening brengt kostengeoriënteerd moeten zijn. Deze norm is niet verder ingevuld. Dit laat vanzelfsprekend meer vrijheid aan de onderneming als het gaat om prijsstelling dan de andere vormen van regulering. Toepassing van kostenoriëntatie vraagt echter wel duidelijke richtlijnen over welke typen kosten in de kostprijsbepaling meegenomen moeten worden (om te veel marmer in de gang te voorkomen). Overigens hoeft prijsregulering niet altijd betrekking te hebben op maximering van prijzen. Ook minimumprijzen kunnen soms gewenst zijn. In het geval dat een gevestigde aanbieder het startende ondernemers onmogelijk maakt (hoge) startkosten door te berekenen door onder de kostprijs te werken, kan minimumprijsregulering een middel zijn om concurrentie te bevorderen.

Naast toetredings- en prijsregulering is het ook mogelijk om andere gedragsregels voor marktpartijen op te leggen. Deze regels kunnen betrekking hebben op de verplichting tot het verlenen van diensten aan derden (denk aan de verplichting van universele dienstverlening voor zowel telecom- als energiebedrijven, zie ook de bijlage) of het verplichten tot transparantie bij aanbod van die diensten. Zo verplicht OPTA aanbieders hun tarieven op een redelijke manier kenbaar te maken aan afnemers.

#### *Hoge overstapkosten*

In bepaalde marktsituaties kan het zo zijn dat partijen hoge kosten moeten maken om van aanbieder te kunnen wisselen. Dat kunnen kosten zijn in termen van directe betalingen (b.v. boeteclausules in contracten), maar ook kosten in termen van inspanning die verricht moet worden, zoals bijvoorbeeld voor het vergaren van informatie. Immers, voordat met een nieuwe relatie in zee wordt gegaan moet worden nagegaan wat de voordelen daarvan zijn.

Hoge overstapkosten leiden tot een beschermde positie van gevestigde aanbieders en kunnen zelfs leiden tot machtsposities. Voor zover deze machtsposities ongewenst zijn kunnen aanvullende regels wenselijk zijn. Dat kan door het gedrag van aanbieders te reguleren<sup>1</sup>, maar ook door het stellen van transparantie-eisen aan het aanbod of door zelf transparantie in de markt te (laten) brengen.

<sup>1</sup> Een voorbeeld van gedragsregulering in de telecomsector is de eis van nummerportabiliteit. Bedrijven die van telecoaanbieder willen wisselen werden geconfronteerd met een nieuw telefoonnummer. Voor een bedrijf kan dit hoge kosten met zich mee kan brengen, omdat alle relaties hiervan op de hoogte gebracht moeten worden, nieuw briefpapier, visitekaartjes e.d. gedrukt moeten worden enz. Om deze hoge overstapkosten te voorkomen zijn aanbieders verplicht om overstappende klanten de mogelijkheid te geven hun telefoonnummer mee te nemen naar de andere aanbieder.

Een andere oorzaak van marktmacht kan gelegen zijn in een ongelijke verhouding tussen aanbieders en vragers, bijvoorbeeld doordat het aantal vragers te klein is om het gedrag van de aanbieder te kunnen beïnvloeden of doordat de productkennis tussen aanbieders en vragers ongelijk verdeeld is. Voor zover dit soort situaties leidt tot misbruik van machtsposities door het vaststellen van hogere prijzen, is hiervoor al iets gezegd over de mogelijkheden van sectorspecifieke prijsregulering. Maar prijsregulering voorkomt niet het gevaar dat aanbieders de spanning tussen kwaliteit en doelmatigheid afwentelen door het leveren van mindere kwaliteit. Consumenten kunnen immers bij een asymmetrische verdeling van productkennis zelf de prijs/kwaliteitsverhouding van het product onvoldoende beoordelen. Soelaas kan worden geboden door sector-specifieke prijsregulering gepaard te laten gaan met (minimum-) kwaliteitseisen.

Andere mogelijkheid die de regulator heeft is het organiseren van countervailing power van de vrager. Dan kan bijvoorbeeld door kennisvergroting van de consument (transparantie, zie ook overstapkosten), of door consumenten niet zelf te laten opereren op de markt, maar deze taak neer te leggen bij een vertegenwoordiger van de consumenten die wel voldoende tegenwicht kan bieden aan de aanbieder.

### *3.3 Kostenstructuur*

In een aantal gevallen/markten zijn hoge investeringskosten noodzakelijk om aan de vraag te kunnen voldoen. Veelal kunnen deze kosten pas op langere termijn worden terugverdiend. Indien ondernemers onvoldoende zeker zijn dat deze investeringskosten worden terugverdiend, bijvoorbeeld doordat de termijnen waarover contracten worden afgesloten over het algemeen kortlopend zijn of doordat de omvang van de vraag naar het product onduidelijk is, kan dit leiden tot terughoudendheid bij investeerders met als gevolg een tekortschietend aanbod. Wanneer de beschikbaarheid van voldoende aanbod een publiek belang is en de markt hierin niet kan voorzien, kan de overheid in dit soort gevallen meer zekerheid aan aanbieders bieden dat zij de investeringskosten ook zullen terugverdienen. Dat kan bijvoorbeeld door het garanderen van langlopende contracten of door afzet-/budgetgaranties (met doelmatigheidsprikkels).

### *3.4 Overige factoren*

Het NERA rapport noemt nog twee andere criteria voor sectorspecifieke regulering. Eén daarvan betreft het aantal te verwachten disputen bij de bestaande mededingingswetgeving. Als, gezien de huidige marktomstandigheden, verwacht mag worden dat herhaald overtreding van de Mededingingswet waarschijnlijk zal worden, dan is het raadzaam meer duidelijkheid te scheppen over wat nu precies wel en niet mag. Dit kan allereerst door de reikwijdte en de invloed van de Mededingingswet te verhelderen. De NMa heeft inmiddels Richtsnoeren voor de zorgsector opgesteld waarin duidelijk wordt gemaakt wat niet, maar ook wat wel kan en mag in de zorgsector als het gaat om mededingingsrelevant gedrag. Een andere mogelijkheid om een grote hoeveelheid disputen te voorkomen is via aanvullende, sectorspecifieke mededingingsregulering. Daarbij kan worden gedacht aan een heldere definitie van economische machtsposities met daaraan gekoppeld gedragsregels voor partijen met een machtspositie. Iets dergelijks is bijvoorbeeld gebeurd in de telecomsector. Om de markt «open te breken» is daar wettelijk bepaald dat een marktaandeel van 25% duidt op een positie met dominante marktmacht, waarbij additionele regelgeving van toepassing is. Deze regelgeving betreft bijvoorbeeld eisen ten aanzien van kostengeoriënteerde prijzen,

verplichte toegang tot het netwerk, eisen aan transparantieverschaffing en non-discriminatievereisten.

Afhankelijk van de vooruitzichten over de toekomstige ontwikkeling van de markt, kan worden overwogen dit type regelgeving van tijdelijke aard te laten zijn.

Het mag duidelijk zijn dat op dit punt een goede afweging gemaakt moet worden tussen heldere regels enerzijds en het voorkomen van teveel regels anderzijds. De hoeveelheid regels mag immers niet *te* overheersend worden bij de bepaling van het gedrag van een marktpartij.

Een ander aspect is dat vaak sectorspecifieke regels uit geheel andere hoofde dan marktcreatie worden gesteld. Duidelijk voorbeeld is de politieke afweging tussen inkomensbeleid en economische efficiëntie. Bij zo'n afweging kunnen politieke doelen de uitkomst van deze afweging bepalen in plaats van de economische kosten en baten. Prijsregulering is in dat geval een veelvuldig gebruikt politiek instrument.

#### **4. Marktstructuur zorgmarkten**

Paragraaf drie is ingegaan op de lessen die uit andere sectoren kunnen worden geleerd rondom de wenselijkheid van sectorspecifieke mededingingsregulering in het algemeen. De vervolgvraag is dan welke vormen van sectorspecifieke regulering in de zorg wenselijk zijn. Daarover gaat deze paragraaf.

##### *4.1 Marktstructuren*

Allereerst bestaat de behoefte aan een goed beeld van de bestaande situatie op de verschillende zorgmarkten. Zoals deze notitie eerder beschreef is in de loop van 2001 een start gemaakt met het in kaart brengen van deze marktkenmerken in het project «Deelmarktanalyses». Voor een groot aantal deelmarkten in de curatieve zorg en voor de thuiszorg wordt een dynamische «foto» gemaakt van zaken als de feitelijke omvang van vraag en aanbod en de verwachte ontwikkeling hierin, bestaande toetredingsbelemmeringen, het waarneembare gedrag van marktpartijen, bestaande incentivestructuren, de in het geding zijnde publieke belangen en de mogelijkheden om meer marktconforme mechanismen te introduceren.

Het mag helder zijn dat een visie op de wenselijkheid van eventuele sectorspecifieke mededingingsregulering en de mate waarin die zou moeten worden toegepast afhankelijk is van de uitkomsten van de deelmarktanalyses. Desalniettemin kunnen aan de hand van een eerste schets van een aantal deelmarkten, zoals opgenomen in «Vraag aan bod» al wel enige conclusies worden getrokken. Immers, ondanks dat de quick scan geen compleet beeld van de verschillende deelmarkten, maakt hij al wel duidelijk dat zelfs bij een globale duiding van de markten zowat alle vormen van marktfalen wel ergens in één of meer zorgmarkten voorkomen. Dat maakt het gewenst de daarbij behorende mogelijkheden van sectorspecifieke regulering open te laten. Daarmee is overigens niet gezegd dat de overheid per definitie gebruik *moet* maken van deze reguleringsmogelijkheid, maar wel dat ze dat *kan* als het nodig is. Ter illustratie zullen hieronder de eerder genoemde criteria worden voorzien van voorbeelden in enkele zorgmarkten.

##### *Machtssystemen*

In een aantal zorgmarkten, zoals de huisartsenzorg of de ziekenhuis-/medisch specialistische zorg is op dit moment het aanbod schaars. In

combinatie met het gegeven dat toetreding niet eenvoudig is door een hoge kennisintensiteit van het product, een beperkt aantal opleidingsplaatsen (door de overheid gereguleerd), belemmeringen die ofwel door de overheid ofwel door beroepsgroepen zelf worden opgelegd<sup>1</sup> of door een hoge kapitaalintensiteit, kan worden geconcludeerd dat op een aantal markten machtsposities aan de aanbodkant bestaan. Op andere deelmarkten zoals bijvoorbeeld de ambulancezorg, is ook sprake van regionale machtsposities, voornamelijk doordat gezien de aard van de zorg van nature sprake is van een monopoliepositie van de aanbieder. Daarbij is de countervailing power van consumenten, mede door de hoge kennisintensiteit van het product, de spoedeisendheid van de hulp of door de hoge emotionele waarde die men aan zorg hecht, laag. Zoals gezegd kan dit leiden tot de noodzaak om (op zijn minst tijdelijk) gedrag van aanbieders en prijszetting te reguleren. Tevens is kwaliteitsbewaking aan de orde en kan de overheid activiteiten ontplooiën om de kennis en de macht van consumenten te vergroten, bijvoorbeeld door voorlichting of door het organiseren van vormen van countervailing power (verzekeraars). Tegelijkertijd is het zaak om daar waar mogelijk oorzaken van marktfalen weg te nemen, bijvoorbeeld door uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen, het bestrijden van door de sector zelf opgeworpen toetredingsbelemmeringen of door vergroting van de transparantie over de geleverde producten en diensten en de daarbij behorende prijzen daar waar partijen daar zelf niet of onvoldoende toe in staat zijn.

#### *Kostenstructuur*

In een aantal markten zijn de kapitaalkosten hoog. Zo hoog, dat in redelijkheid kan worden afgevraagd of hier niet eigenlijk sprake is van een vorm van natuurlijk monopolie. Dat geldt bijvoorbeeld voor de delen van de algemene ziekenhuiszorg of de academische ziekenhuiszorg. In dit soort markten is marktwerking op de markt niet een voor de hand liggende optie om publieke belangen als kwaliteit of toegankelijkheid te borgen. Marktordening vanuit de overheid (toetredingsbeleid), in combinatie met gedragsregulering (b.v. universele dienstverlening in de vorm van een soort contractverplichting voor aanbieders) zijn dan voor de hand liggende mogelijkheden voor sectorspecifiek mededingingsbeleid. Maar let wel: doel van dit beleid is niet meer zozeer gericht op de creatie van markten maar op directe aanbodregulering ter borging van publieke belangen.

#### *Aantal te verwachten disputen en inkomensaspecten*

In 1998 is de Mededingingswet in werking getreden. Bij de inwerkingtreding werd de toezichthouder op de Mededingingswet, de NMa, geconfronteerd met ruim 1100 ontheffingsverzoeken<sup>2</sup>. Ongeveer 30% daarvan had betrekking op de zorgsector. Al deze ontheffingsverzoeken hadden tot doel bestaande praktijken binnen de zorgsector die niet in overeenstemming zijn/waren met de letter of de geest van het kartelverbod van de Mededingingswet, buiten de werking van dit kartelverbod te houden. Het heeft de NMa ruim drie jaar gekost om over deze ontheffingsverzoeken een oordeel uit te spreken. Uit het grote aantal ontheffingsverzoeken vanuit de zorg blijkt dat op grote schaal de bereidheid bestaat om gevestigde posities en belangen binnen de zorg te «verdedigen» tegen de invloed van de mededingingswetgeving. Overigens is inmiddels met veel organisaties van aanbieders van zorg een oplossing bereikt en zijn veel onnodig de mededinging beperkende afspraken geschrapt. Met het oog op het bieden van helderheid over wat in de zorgsector wel en niet is geoorloofd vanuit de optiek van de Mededingingswet heeft de Nma, zoals eerder vermeld, Richtsnoeren voor de zorg opgesteld. Daarnaast kan uiteraard worden bezien of er een noodzaak bestaat om, al dan niet via

<sup>1</sup> Zie bijvoorbeeld het rapport van de MDW werkgroep Toetredingsbelemmeringen Medische Beroepen, *Nooit meer wachten; minder toetredingsbelemmeringen voor medische beroepen*, juli 2001.

<sup>2</sup> Nederlandse mededingingsautoriteit, *jaarverslag 2000, 2001*.



sectorspecifieke mededingingsregels, het geoorloofde gedrag van partijen ex ante nader af te bakenen.

Overwegingen rondom de negatieve economische effecten van een te hoge collectieve lastendruk in combinatie met inkomenspolitieke overwegingen, hebben in het verleden vaak invloed gehad op de beleidsmatige aansturing van de zorgsector. Met name een beheerste premiestelling van de zorgverzekeringen, en daarmee ook de beheersing van de daaraan ten grondslag liggende uitgavenontwikkeling in de zorg, is een belangrijk politiek gegeven geweest en zal dit naar verwachting ook blijven. In «Vraag aan bod» is dan ook een schets gegeven van het mogelijke beheersingsinstrumentarium voor de collectieve zorguitgaven in een meer vraaggericht sturingssysteem. Genoemd zijn bepaling van het aansprakenpakket, van de premiestructuur in de basisverzekering, een (gemaximeerde) eigen bijdrage alsmede gedragsregels voor zorgverzekeraars (zorgplicht/acceptatieplicht). Ook dergelijke regels beïnvloeden het mededingingsgedrag van partijen.

#### 4.2 Sectorspecifieke regulering en de zorgsector

Het bovenstaande in ogenschouw nemend zal toezicht op het naleven van de Mededingingswet in ieder geval voorlopig niet voldoende zijn om in de zorgsector de gewenste marktwerking van de grond te krijgen c.q. een overgang naar meer markt evenwichtig te laten plaatsvinden. De overheid zal daar een actievere rol moeten vervullen in de vorm van sector-specifieke mededingingsregulering.

Geredeneerd vanuit de invalshoek van het op gang brengen van markten en een ordelijk verlopend transitieproces liggen daar de volgende taken:

- Wegnemen toetredingsbelemmeringen  
Denk hierbij bijvoorbeeld aan uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen (taak minister van VWS in overleg met de minister van OCW), het doorlichten van de VWS-regelgeving op onnodig mededingingsbelemmerende elementen (taak VWS) of aan het bestrijden van kartelafspraken binnen de sector die kunnen leiden tot «oneigenlijke» toetredingsdrempels (taak NMa op grond van de Mededingingswet). In dit kader is ook de notie van de RVZ<sup>1</sup> interessant dat het toestaan van het winstoogmerk in de zorg kan bijdragen aan versnelling van de toetreding van zorgaanbod en vergroting van de keuzemogelijkheden van patiënten.
- Prijsregulering Deze kan, zeker bij onevenwichtige verhoudingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders, noodzakelijk blijven bij de introductie van meer vrijheid van partijen. Daarbij moeten prijzen zoveel mogelijk gebaseerd zijn op reële kostprijzen, onder meer om «cherry-picking» te voorkomen. Verschillende vormen van prijsregulering, van zwaar naar licht en verschillend per deelsector, zijn daarbij voorstelbaar. Enkele voorbeelden:
  - punttarieven
  - maximum-/minimumtarieven
  - eis van kostenoriëntatieDaarnaast kan er behoefte zijn aan één of andere vorm van geschilbeslechting indien tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar tijdens de onderhandelingen geen overeenstemming wordt bereikt over een tarief of een prestatiebeschrijving. In dat geval is het zaak dat de geschilbeslechter (ZBO) een bindende uitspraak kan doen over het onderling te hanteren tarief dan wel de prestatiebeschrijving. Invalshoek bij het stellen van prijsregels is de mate waarin het waarschijnlijk is dat partijen zonder nadere regelgeving misbruik zullen maken van economische machtspositie. Daarbij is het zaak voortdurend bewust te blijven van het feit dat een zo licht als mogelijk prijsregime het meest wenselijk is voor het op gang krijgen van markten.

<sup>1</sup> Zie: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Winst en gezondheidszorg*, Zoetermeer 2002.

Voortdurende marktmonitoring is dan ook noodzakelijk om het meest wenselijke regime te kunnen vaststellen.

– Gedragsregulering

• Transparantievergroting

Denk daarbij aan zaken als het opleggen van transparantie-eisen aan zowel de administratie, de producten en de prijs(vorming) van zorgaanbieders en verzekeraars. Ook het stellen van eisen aan de (minimale) inhoud van contracten behoort hiertoe.

• Aanbodgaranties

Zeker in geval van schaarste aan de aanbodkant schept de zorgplicht voor verzekeraars een behoorlijke machtspositie voor aanbieders van zorg. Gebods- of verbodsbepalingen, zoals bijvoorbeeld een (tijdelijke) contracteerplicht, kunnen worden overwogen wanneer zorgaanbieders hun diensten niet willen aanbieden in vormen van noodzakelijk geachte zorg maar wel in overige zorgvormen. Ook kan overwogen worden in die gevallen zorgaanbieders hun collectief gefinancierde studiekosten te laten terugbetalen. Soortgelijke constructies bestaan ook in andere bedrijfstakken. Nadere studie naar de haken en ogen van een dergelijke vormen van regulering in de zorg is gewenst.

• Verdergaande concentratieregulering

Eén van de drie pijlers van de Mededingingswet betreft een meldings- en vergunningsplicht voor voorgenomen fusies. De NMa toetst daarbij of een voorgenomen fusie leidt tot een onwenselijke machtspositie en heeft de bevoegdheid zo'n fusie eventueel te verbieden. Overigens hanteert de NMa voor de meldingsplicht minimumomzetgrenzen waar veel voorgenomen fusies in de zorgsector (met veel lokale en regionale markten) onder blijven. De NMa kan alleen fusies tegenhouden in situaties waar al sprake is van een «voldoende» mate van mededinging of bij duidelijke perspectieven daarop. In die gevallen waar van overheidswege daadwerkelijke mededinging (nog) is uitgesloten of door een samenstel van overheidsmaatregelen de totstandkoming van een marktsituatie wordt belemmerd, is het toezicht van de NMa van beperkt belang<sup>1</sup>. Zeker in de transitiefase kan het gewenst zijn toch voorgenomen fusies te kunnen verbieden, indien deze (dreigen te) leiden tot ongewenste dominantie op de te ontstane relevante markt. Voorkomen moet immers worden dat op het moment dat wel effectieve mededinging ontstaat, deze mededinging door eerdere fusies effectief reeds is beperkt. Daarbij kan meteen een aparte (lagere) omzetgrens worden geformuleerd waarboven voorgenomen fusies in de zorgsector aangemeld (en getoetst) moeten worden. Deze vorm van fusieregulering dient wettelijk te worden vastgelegd.

Een verdergaande mogelijkheid is om een toezichthouder de bevoegdheid te geven een splitsing van ondernemingen voor te schrijven ingeval een proces van fusie of concentratie van zorgaanbieders uit het verleden leidt of heeft geleid tot ongewenste dominantie op de relevante markt. Vanwege de ingrijpendheid van zo'n maatregel kan dit instrument alleen als ultimum remedium kunnen worden ingezet en onder zeer strikte voorwaarden (aangetoond herhaald misbruik van een economische machtspositie). Ook deze bevoegdheid dient wettelijk vastgelegd te worden. De noodzaak en de mogelijkheid van deze vergaande optie vergt nadere bestudering.

<sup>1</sup> In zo'n situatie bestaat geen reden om aan te nemen dat machtsposities de daadwerkelijke mededinging op de markt kunnen belemmeren, zie bijvoorbeeld het NMa besluit nummer 165/Sophia Ziekenhuis/Verpleeghuis De Weezenlanden, 5 juni 1998.

Nogmaals zij benadrukt dat daarmee niet is gezegd dat al deze taken en bevoegdheden in alle deelmarkten even intensief opgepakt moeten worden. Niet alle deelmarkten zijn immers hetzelfde. De invalshoek waarmee de reguleringmix wordt ingezet zal moeten veranderen. In die

sectoren waar de overheid marktwerking kansrijk acht, zal het beschikbare instrumentarium ingezet moeten worden met als doel om markten te creëren. Daarbij past een parallelle doelstelling van kostenbeheersing niet.

Alvorens de vraag te kunnen beantwoorden wie nu welke reguleringstaken in de zorg moet uitvoeren, is het zaak eerst helder voor ogen te hebben welke taken reeds zijn belegd binnen de zorgsector en via welke structuur. Vandaar dat de volgende paragraaf zal ingaan op de huidige regulerings- en toezichtsstructuur in de zorg, waarbij aandacht zal worden geschonken aan de taken en bevoegdheden van de verschillende bestuursorganen en toezichthouders in de zorg.

## 5. Bestuursorganen en toezichthouders in de zorg

Een belangrijk kenmerk van de huidige organisatie van de gezondheidszorg is dat veel bestuurlijke en daarmee verbonden controlerende of toezichthoudende taken zijn opgedragen aan zelfstandige bestuursorganen. Deze ontlenen alle hun taak aan de wet maar hebben eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden ook op het controlerende en toezichthoudende vlak. De vijf belangrijkste zogenoemde zorg ZBO's zijn:

- Het College voor zorgverzekeringen (CVZ)
- Het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ)
- Het College tarieven gezondheidszorg (CTG)
- Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ)
- Het College sanering ziekenhuisvoorzieningen (CSZ)

Daarnaast is er ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), die direct ressorteert onder de minister van VWS. De huidige taken, bevoegdheden, positie en wettelijke regeling van deze organen komen hieronder aan de orde.

### *Het College voor zorgverzekeringen (CVZ)*

De oorsprong van het toezicht op de sociale ziektekostenverzekeringen ligt in de voormalige Ziekenfondsraad, waarin de bestuurs- en toezichtfunctie gezamenlijk waren ondergebracht. Op 1 juli 1999 is de Ziekenfondsraad omgevormd tot het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en is de Commissie toezicht uitvoeringsorganisatie (CTU) als zelfstandig bestuursorgaan ingesteld.<sup>1</sup> Op 1 april 2001 is de verzelfstandiging van de toezichthouder afgerond met de instelling van het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ).<sup>2</sup> Beide organen kennen een eigen bestuur. Het CVZ en het CTZ leggen jaarlijks een werkplan respectievelijk toezichtplan met een bijbehorende begroting ter goedkeuring voor aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beide colleges leggen eveneens jaarlijks verantwoording af aan de Minister over het gevoerde beleid. Het CTZ brengt tevens jaarlijks een rechtmatigheidsrapportage over de Ziekenfondswet en de AWBZ en een rapport van bevindingen over de doelmatige uitvoering aan de Minister en aan het CVZ uit.

Het CVZ heeft een *bestuurstaak*; dat houdt in dat zij bevordert dat de uitvoeringsorganen de Ziekenfondswet en de AWBZ rechtmatig en doelmatig uitvoeren. Het CVZ stuurt de uitvoeringsorganen aan binnen de wettelijke kaders en de beleidskaders van de Minister van VWS. Het CVZ beschikt daarvoor over de bevoegdheid tot het stellen van beleidsregels voor de uitvoeringsorganen. Deze kunnen betrekking hebben op goed verzekeraarschap, de informatievoorziening, het sluiten van overeenkomsten met aanbieders en instellingen van zorg enzovoorts. Het CVZ beheert het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten en de Algemene Kas van de Ziekenfondswet. Zij legt over het beheer en de inkomstenstroom van beide kassen rechtstreeks verantwoording af aan de Minister. Het CVZ

<sup>1</sup> Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid, Stb. 1999, 471.

<sup>2</sup> Wet van 13 december 2000 tot wijziging van de Ziekenfondswet en enige andere wetten in verband met de instelling van een onafhankelijk College van toezicht op de zorgverzekeringen, (Instelling College van toezicht op de zorgverzekeringen), Stb. 2001, 23.

staat dus niet onder toezicht van het CTZ. Over de toelating van nieuwe ziekenfondsen of uitvoeringsorganen AWBZ beslist het CVZ<sup>1</sup>.

Het CVZ kan, wanneer sprake is van een concern, ook de integriteit en deskundigheid van de personen die mede het beleid van het ziekenfonds bepalen in de beoordeling betrekken en zelfs op grond van haar oordeel daarover een toelating weigeren. Het CVZ onderneemt actie op de signalen van het CTZ over het disfunctioneren van de uitvoeringsorganen. Daarbij valt te denken aan het verbinden van voorwaarden aan de toelating of in het uiterste geval, intrekking van de toelating, het verbinden van voorschriften aan de uitvoering en tenslotte de aanstelling van een bewindvoerder.

Een andere belangrijke taak van het CVZ is het vaststellen van de budgetten van de ziekenfondsen (verstrekkingen en beheerskosten) en van de uitvoeringsorganen AWBZ en de zorgkantoren (beheerskosten) aan de hand van de daarvoor door de Minister van VWS jaarlijks vast te stellen beleidsregels. Tenslotte stelt het CVZ op verzoek van de Minister van VWS uitvoeringstoetsen op over belangrijke beleidsvraagstukken in de uitvoering van de ziekenfondsverzekering en de AWBZ.

#### *Het College van toezicht op de zorgverzekeringen*

Het College toezicht is belast met het toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ door de daarvoor toegelaten uitvoeringsorganen. Het toezicht richt zich op de individuele uitvoeringsorganen en op de werking van het systeem als geheel. Het gaat daarbij om de financiële rechtmatigheid en ook om aspecten als rechtmatige inschrijving van verzekerden. Het doelmatigheidstoezicht richt zich op een efficiënte en effectieve uitvoering in zijn geheel maar ook of de uitvoeringsorganen zelf efficiënt en effectief opereren. Het CTZ heeft de plicht het CVZ te informeren over disfunctioneren van de uitvoeringsorganen opdat het CVZ de nodige actie kan ondernemen.

Het CTZ kent een bestuursreglement, dat de Minister van VWS goedkeurt. Dit reglement regelt de werkwijze van het bestuur en bevat onder meer bepalingen over de orde en openbaarheid van de vergaderingen. Jaarlijks stelt het CTZ een werkplan (toezichtsplan) en een begroting op en legt die ter goedkeuring voor aan de Minister van VWS. In het werkplan komen speerpunten van toezicht, themaonderzoeken en het algemene toezichtbeleid uitgebreid aan de orde; de begroting dekt de daarmee gepaard gaande beheerskosten. Door middel van een verslag van werkzaamheden en een financieel verslag legt het CTZ verantwoording af aan de Minister van VWS over zijn gevoerde beleid. De regels waaraan het College toezicht de ziekenfondsen en uitvoeringsorganen toetst zijn vastgelegd in wetten en regelingen. Dat neemt niet weg dat het College toezicht ook oog heeft voor de omstandigheden waaronder de regels kunnen worden toegepast. Als de kwaliteit van de uitvoering te wensen overlaat kan het CTZ *verscherpt toezicht* toepassen, afhankelijk van de aard en de ernst van de tekortkomingen. Zo kan het CTZ van het ziekenfonds of het uitvoeringsorgaan verlangen dat het een verbeterplan opstelt. Het CTZ controleert dan aan de hand van tussentijdse rapportages of de verbeteringen ook daadwerkelijk plaatsvinden. Verscherpt toezicht kan ook inhouden dat het CTZ leden van directies of raden van bestuur uitleg vraagt over het functioneren van de organisatie.

Wanneer verscherpt toezicht niet toereikend is of niet tot het gewenste resultaat leidt dan zal het CTZ moeten optreden. Daarbij zal het College geen zwaardere middelen inzetten dan noodzakelijk is en bovendien pas wanneer vaststaat dat andere middelen om de uitvoering alsnog in goede banen te leiden tekortschieten. Het CTZ beschikt daarvoor over een aantal wettelijke *interventiemaatregelen*:

– het bepalen dat uitgaven van een ziekenfonds of uitvoeringsorgaan

---

<sup>1</sup> Het CVZ beslist ook over de toelating van zorgaanbieders.

- niet verantwoord zijn en daarmee niet ten laste van de wettelijke middelen mogen worden gebracht;
- het bepalen dat een ziekenfonds of uitvoeringsorgaan wordt gekort op zijn uitkering uit de Algemene Kas of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten wanneer hij op onverantwoorde wijze op zijn beheerskosten bespaart bijvoorbeeld doordat hij de wettelijke taken niet (goed) uitvoert;
- het vorderen van schadevergoeding van een bestuurder of gewezen bestuurder veroorzaakt door nalatigheid of wanbeheer;
- het geven van een aanwijzing;
- het toepassen van bestuursdwang waaronder het opleggen van een dwangsom;
- het aanstellen van een bewindvoerder;
- het CVZ adviseren over het geheel of gedeeltelijk intrekken van de toelating.

Evenals het CVZ heeft ook het CTZ een adviserende taak. Gaat het bij het CVZ vooral om de besturing, bij het CTZ ligt het accent op toezicht. De Minister van VWS kan het CTZ vragen een toezichttoets uit te voeren op voorgenomen wijzigingen in de wet- of regelgeving. Het CTZ toetst dan of de uitvoering van de voorgenomen wet- of regelgeving voldoende toetsbaar is. Dat betekent in feite dat zij een oordeel geeft over de vraag of voldoende mogelijkheden zijn, zowel voor de ziekenfondsen en uitvoeringsorganen als voor het College zelf om de voor de beoordeling relevante informatie te verzamelen en daarover verantwoording af te leggen. Zonodig kan het College toezicht aangeven waar, vanuit dat gezichtspunt, de voorgenomen maatregel wijziging of aanpassing behoeft.

#### *Het College tarieven gezondheidszorg (CTG)*

De positie, taken en bevoegdheden van het CTG zijn geregeld in de Wet tarieven gezondheidszorg.

Voor het ontstaan van de WTG waren, onder andere op grond van de Structuurnota uit 1974, drie belangrijke redenen aan te geven:

- a. De tarieven- en honoreringssystemen waren ondoorzichtig en niet op elkaar afgestemd.
- b. De afstemming was noodzakelijk om een goed functionerend stelsel van voorzieningen te krijgen.
- c. De kostenontwikkeling binnen de totale gezondheidszorg diende beheerst te worden.

De doelstellingen van de WTG liggen in het verlengde van de ontstaansredenen van de wet:

- het tot stand brengen van een evenwichtig stelsel van tarieven;
- het bijdragen aan de beheersing van de kosten van de gezondheidszorg;
- het bijdragen aan het doelmatig functioneren van de gezondheidszorg;
- het scheppen van een uniforme procedure voor de totstandkoming van tarieven.

De belangrijkste wettelijke taken van het CTG zijn:

- het vaststellen van beleidsregels die het kader vormen voor de onderhandelingen van partijen over tarieven;
- het goedkeuren/vaststellen van tarieven ten behoeve van organen voor gezondheidszorg;
- het op verzoek van de Minister van VWS doen van uitvoeringstoetsen en het op eigen initiatief signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidszorg die van belang zijn voor de uitvoering van de WTG.

Op dit moment kent de WTG alleen nog de mogelijkheid van punttarieven (voor de meeste instellingen) en maximumtarieven (voor vrije beroepsbeoefenaren en een aantal instellingen zoals kraamzorg en thuiszorg), maar bij de voorgenomen wijziging van de WTG<sup>1</sup> wordt het mogelijk meerdere tariefsoorten vast te stellen.

Voor het vaststellen van de tarieven biedt de WTG aan het CTG de basis om transparantievoorschriften te geven. Dit betreft dan met name bevoegdheden op het gebied van administratie, declaratie, prijsaanduiding en informatieverstrekking van partijen.

Op basis van het bestuursreglement heeft het CTG gestructureerd overleg met betrokken partijen ingesteld (vormgegeven in de zogenoemde kamers), van waaruit het CTG geadviseerd wordt over vast te stellen beleidsregels (en uitvoeringstoetsen). Het CTG kent vijf kamers: de kamers I, II en III adviseren over de beleidsregels voor de verschillende instellingen, de kamer IV en V over die voor de vrije beroepsbeoefenaren. In de kamers zijn de belangrijkste organisaties van de desbetreffende instellingen of beroepsbeoefenaren vertegenwoordigd, evenals de verzekeraars. De kamervergaderingen worden voorgezeten door één van de CTG-leden. Deze voorzitter maakt zelf echter geen deel uit van de kamer. In het Reglement Kamers van het CTG is vastgelegd welke kamers er zijn, welke organisaties daarin vertegenwoordigd zijn, wat de taken en bevoegdheden van de kamers zijn, hoe er vergaderd dient te worden en op welke wijze adviezen aan het CTG worden uitgebracht. De kamervergaderingen zijn niet openbaar.

De Economische Controle Dienst (ECD) houdt toezicht op de WTG. Overtreding van de WTG is een economisch delict, waartegen de Economische Controle Dienst (ECD) optreedt.

#### *Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ)*

De taken, bevoegdheden en positie van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) zijn vastgelegd in de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Het is ten algemene verboden om een ziekenhuisvoorziening te bouwen of te exploiteren zonder vergunning van het CBZ. In het proces dat leidt tot de afgifte van de vergunning (die geen bouwvergunning is) is een aantal stappen te onderscheiden. De Minister van VWS legt in de *verklaring* de bestuurlijke uitspraak vast dat behoefte is aan voorgenomen bouw. De verklaring bevat tevens de condities waaronder het bouwproject mag worden uitgevoerd. Die uitwerking krijgt zijn beslag in een door het CBZ af te geven *vergunning*. Het CBZ toetst op bouwkundig/functionele noodzaak, praktische uitvoerbaarheid en geraamde kosten gerelateerd aan *bouwmaatstaven*. Deze bouwmaatstaven stelt het CBZ vast en behoeven de goedkeuring van de Minister. Het proces van bouwkundige beoordeling mondt uit in een vergunningafgifte en de goedkeuring van de eindafrekening bij de totstandkoming van de bouw.

In concrete betekent dit dat de taken van het CBZ zijn:

- het rapporteren aan de Minister omtrent de uitvoerbaarheid en doelmatigheid van voorgenomen beleid met betrekking tot ziekenhuisvoorzieningen;
- het geven van inlichtingen aan provincies op hun verzoek met betrekking tot de bouwkundige en functionele staat van ziekenhuisvoorzieningen;
- het geven van advies aan de Minister over aanvragen om een verklaring
- het signaleren van feitelijke ontwikkelingen op het terrein van de infrastructuur van de gezondheidszorg Het CBZ kent een bestuursreglement. Het stelt jaarlijks een begroting en plan van werkzaamheden op dat de goedkeuring behoeft van de Minister van VWS.

---

<sup>1</sup> Zie ook TK 1999–2000, 27 156, nr. 2.

De taken, bevoegdheden en positie van het College sanering ziekenhuisvoorzieningen zijn geregeld in de Wet ziekenhuisvoorzieningen en de Wet ambulancevervoer. De belangrijkste taken van dit College zijn:

- Het houden van toezicht op het saneringsproces bij ziekenhuisvoorzieningen en het vaststellen van een eventuele subsidie, zijnde het saldo van de saneringskosten en de baten. Een ziekenhuis of instelling dat besluit tot inkrimping of sluiting, dient zulks tijdig aan het College te melden waardoor het College vroegtijdig bij de zaak betrokken is.
- Het uitvoeren van de planschaderegeling ambulancevervoer op analoge wijze als de sanering van ziekenhuisvoorzieningen
- Het goedkeuren van besluiten van ziekenhuisvoorzieningen tot afstoting van onroerende zaken. Daarvoor moeten de instellingen alle voorgenomen afstoting van onroerend goed melden aan het College dat vervolgens besluit of deze afstoting haar goedkeuring behoeft. Het College hanteert daarbij een goedgekeurd toetsingskader.
- Het samen met het CTG inzetten van de deskundigheid bij herstructurerings- en saneringsoperaties bij instellingen. Het daarbij onder meer om het vaststellen van de precieze aard van de problematiek en het vervullen van een regiefunctie. Uitgangspunt daarbij is dat het CSZ zich concentreert op de financiële problematiek die het gevolg is van capaciteitsvermindering/sluiting en dat het CTG zich concentreert op de financiële problematiek die het gevolg is van andere oorzaken.

#### *Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)*

De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet toe op de volksgezondheid, zowel op de zorgsystemen als op de geleverde zorg. De Inspectie rapporteert en adviseert hierover aan overheden en betrokkenen. De IGZ is een zelfstandig onderdeel van het ministerie van VWS.

De taken en publiekrechtelijke bevoegdheden van het Staatstoezicht zijn wettelijk vastgelegd in de Gezondheidswet van 1956. Deze Gezondheidswet geeft in artikel 36 aan welke kerntaken de Inspectie uitvoert: a. het handhaven van de wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid; b. het uitbrengen van adviezen en het verstrekken van inlichtingen aan de Minister en de Directeur-Generaal van de Volksgezondheid, op verzoek of uit eigen beweging. Deze adviezen hebben betrekking op vraagstukken op het gebied van volksgezondheid.

De aandacht van de IGZ is sterk gericht op kwaliteitsborging van het zorgproces. Twee wetten, de Wet beroepsuitoefening individuele gezondheidszorg (BIG) en de Kwaliteitswet zorginstellingen spelen daarbij een belangrijke rol. Niet onbelangrijk om hier op te merken is dat de kwaliteitsregelgeving in Nederland veel ruimte laat aan de beroepsgroep zelf om het minimum kwaliteitsniveau te bepalen. Er is in het algemeen geen sprake van objectieve, toetsbare kwaliteitsnormen. In mededingingstermen betekent dit dat hiermee de beroepsgroep ruimte heeft om toetredingsbelemmeringen op te werpen. Voor zover dit om kwaliteitsreden noodzakelijk is, hoeft dat geen probleem te zijn, maar aandachtspunt is wel dat de domeinafbakening niet verder gaat dan strikt noodzakelijk is<sup>1</sup>.

## **6. Conclusies**

### *6.1 Taken en instrumenten ter bevordering van een goede werking van zorgmarkten en een ordelijke transitie*

Op basis van wat in de voorgaande paragrafen aan de orde is geweest, kan worden geconcludeerd dat voor de overgang naar een meer markt-

---

<sup>1</sup> Zie ook het rapport van de MDW werkgroep Toetredingsbelemmeringen Medische Beroepen, *Nooit meer wachten; minder toetredingsbelemmeringen voor medische beroepen*, juli 2001.

conforme situatie in zorgmarkten de volgende taken en instrumenten kunnen bestaan:

- Wegnemen toetredingsbelemmeringen waar mogelijk. Daarbij kan worden gedacht aan:
  - uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen;
  - het doorlichten van de VWS-regelgeving op onnodig mededingingsbelemmerende elementen;
  - bestrijden van kartelafspraken binnen de sector die kunnen leiden tot «oneigenlijke» toetredingsdrempels.
- Prijsregulering Prijsregulering kan, zeker in de transitiefase, een noodzakelijk instrument zijn om misbruik van machtsposities te voorkomen. Verschillende vormen, van zwaar naar licht en verschillend per deelsector, zijn daarbij voorstelbaar. Enkele voorbeelden:
  - punttarieven
  - maximum-/minimumtarieven
  - eis van kostenoriëntatie
  - geschilbeslechting
- Gedragsregulering
  - Transparantievergroting
  - Verschaffing van aanbodgaranties
  - Verdergaande concentratieregulering.

Paragraaf vier is uitvoerig op deze taken en instrumenten ingegaan. Wat betreft de zorginkoopmarkten kan worden geconstateerd dat niet alle genoemde taken kunnen worden gerealiseerd met het beschikbare instrumentarium in de zorg (WTG, de verzekeringswetten, WZV/Wez en de Mw). Met name op het gebied van prijs- en gedragsregulering is behoefte aan een nieuw wettelijk kader waarbinnen deze taken en bevoegdheden consistent kunnen worden vastgelegd. Bij het vormgeven van dit kader kan gebruik worden gemaakt van toepasselijke bepalingen in de huidige wetgeving. Daarbij zij aangetekend dat er ongewenste spanning kan bestaan tussen de connotatie van de bestaande wetgeving als «kosten-beheersingswetgeving» enerzijds en de gewenste werking van het nieuwe instrumentarium anderzijds. Het verdient daarom de voorkeur de omslag in beleidsdoelstelling en in het hanteren van de instrumenten duidelijk te markeren. Integratie van dit nieuw te ontwerpen wettelijke kader met de Zorgverzekeringswet is dan een mogelijk eindperspectief. Bij de keuze voor het te ontwikkelen wettelijk instrumentarium dient echter niet alleen het wenselijke eindbeeld een rol te spelen, maar ook de vereisten en randvoorwaarden die uit oogpunt van beheersbaarheid, doelmatigheid en veranderingstempo aan het transitieproces worden gesteld. Vanuit dat perspectief komen ook andere varianten in aanmerking, waaronder de ontwikkeling van parapluwetgeving waarin de ten behoeve van het functioneren van de sectorspecifieke regulator benodigde wettelijke bepalingen vanuit (onder andere) WTG worden ondergebracht. De definitieve keuze voor het meest geëigende wetgevingstraject waarin de instelling van een sectorspecifieke regulator wordt gefundeerd, dient gemaakt te worden in samenhang met de hieronder (paragraaf 6.3) toegelichte verkenning naar de positionering van die regulator.

Met het vormgeven van een marktregulator wordt ook aangesloten bij het recente advies van de RVZ «Winst en gezondheidszorg»<sup>1</sup>. Ook de RVZ bepleit een actief marktmeesterschap op het vlak van mededinging, tarieven en prijzen. De RVZ geeft ook aan dat de belangrijkste instrumenten daartoe nu berusten bij NMa (mededinging) en CTG (prijzen). Een duidelijke koers bij het gebruik van beide typen instrumenten is een noodzakelijke voorwaarde voor het welslagen van de koers richting meer marktwerking in de zorg. De RVZ benadrukt in genoemd advies dat bij het toelaten van instellingen met winstoogmerk – naast een goed functionerende IGZ en de aanwezigheid van basisnormen voor kwaliteit – een

---

<sup>1</sup> Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Winst en gezondheidszorg*, Zoetermeer 2002.



krachtige marktmeester een essentiële waarborg vormt voor de publieke belangen.

Binnen de randvoorwaarden die door het Europese en Nederlandse (mededingings)recht worden gesteld houdt de minister van VWS een belangrijke rol bij de bepaling in welke mate en in welke vorm marktwerking in een sector gewenst is en welk instrumentarium beschikbaar is. Dit blijven politieke besluiten waarover de minister van VWS verantwoording aan het parlement aflegt. De minister kan bij het delegeren van de uitvoering vrijheid laten aan de sectorspecifieke regulator. Concreet gaat het dan bijvoorbeeld om het opleggen van concrete transparantie-eisen ten aanzien van zaken als de bekendmaking van prijzen/tarieven, de kostprijsopbouw van de prijzen, de inhoud van het product dat wordt aangeboden, e.d. Tevens gaat het om het vaststellen van daadwerkelijke prijzen i.g.v. prijsregulering of het beoordelen van concentraties. Om deze taken te kunnen vervullen zal de uitvoerder goed thuis moeten zijn in het analyseren en beoordelen van marktsituaties. Immers, afhankelijk van de marktsituatie zal hij referentieprijzen moeten vaststellen, moeten kunnen beoordelen waar en hoe de markttransparantie het best kan worden vergroot of dat sprake is van (het dreigen te ontstaan van) ongewenste machtsposities.

### *6.2 Afbakening taken ZBO's*

De in deze notitie beschreven functies, in het bijzonder op het gebied van de prijsregulering, raken vanzelfsprekend aan taken die in de huidige situatie grotendeels belegd zijn bij het CTG. De gewenste vormgeving (positionering en taakinvoering) van de sectorspecifieke regulator zal dan ook nadrukkelijk van invloed zijn op de taak(uitoefening) van het CTG en de relatie tussen CTG en regulator. De nadere verkenning die thans wordt gemaakt naar de positionering van de sectorspecifieke regulator (zie paragraaf 6.3) zal op dit punt nader inzicht dienen te verschaffen.

Vanzelfsprekend verdient ook de relatie tussen de sectorspecifieke regulator en de ZBO's die andere wet- en regelgeving uitvoeren, nadere aandacht.

Allereerst bestaan er raakvlakken tussen de genoemde prijs- en gedragsregulerende taken van de sectorspecifieke regulator en de bestuurlijke taken van het CVZ. De activiteiten van CVZ richten zich op de uitvoering van de zorgverzekeringswet en daarmee ook voornamelijk op het gedrag van zorgverzekeraars. Raakvlak met de taken van de onafhankelijke sectorspecifieke regulator op de zorginkoopmarkt ligt met name in de bevoegdheden van het CVZ om in het kader van het toelatingsbeleid ook beslissingen te nemen over de toelating van zorginstellingen (op grond van de ZFW/AWBZ resp. Wez) en de toelating van verzekeraars (op grond van de zorgverzekeringswet). Dit type beslissingen van het CVZ, die overigens gestoeld dienen te zijn op de door de minister van VWS gewenste mate van marktwerking, beïnvloeden het speelveld van de sectorspecifieke regulator. Coördinatie tussen toelatingsbeslissingen (m.n. capaciteit) van het CVZ en inzet van het instrumentarium van de sectorspecifieke regulator zal blijvend aandacht behoeven. Iets soortgelijks treedt op bij de eisen die beide organen moeten kunnen stellen aan transparantie. Criteria voor het CVZ bij de toelating van instellingen zijn onder meer de ordelijkheid en de controleerbaarheid van de administratieve inrichting en de bedrijfsvoering. Tegelijkertijd is dit type transparantie ook van belang voor beoordeling van de prijszetting van instellingen (taak sectorspecifieke regulator). Afstemming op dit vlak zal, zeker in de overgangssituatie van aanbodregulering naar meer vrijheid voor partijen, nodig zijn om veldpartijen niet onnodig te belasten.

De raakvlakken tussen de sectorspecifieke regulator en het College Bouw zijn beperkt. De taken van dit college zijn met name gericht op bouwkundige beoordeling van de zorginfrastructuur in Nederland. Daarnaast adviseert het CBZ de minister over de spreiding van infrastructuur van de gezondheidszorg. Op basis van onder meer deze adviezen bepaalt de minister een beleidskader dat toetssteen is voor toelatingsbeslissingen. Het College Sanering richt zich vooral op die zorginstellingen waar exploitatieproblemen ontstaan. De taken van dit college zullen sterk bepaald worden door de keuzes van het kabinet op het gebied van garanties van vergoedingen voor de infrastructuur. Naarmate in een sector gekozen wordt voor verdergaande vormen van marktwerking, waarbij faillissement van instellingen nadrukkelijker in beeld komt, neemt de rol van het CSZ navenant af. Immers, in een meer marktconforme omgeving past het niet dat de overheid structureel faillissementen voorkomt. Tenslotte is er continu een raakvlak tussen de taken van de sectorspecifieke regulator en de taken van de IGZ. Zeker in markten die in transitie zijn, kunnen kwaliteitseisen en economische belangen van partijen met elkaar op gespannen voet staan. Eerder in deze notitie is bijvoorbeeld gewezen op de mogelijkheid van door de beroepsgroep gedefinieerde kwaliteitseisen die vooral bedoeld zijn om toetreding van nieuwe aanbieders te bemoeilijken. Daarnaast bestaat het gevaar dat waar kwaliteitseisen niet duidelijk zijn gedefinieerd of waar het toezicht op naleving van kwaliteitseisen onvoldoende is, prikkels tot doelmatigheid de kwaliteit onder druk kunnen zetten. Naarmate zorgmarkten meer geliberaliseerd worden, zullen zowel de sectorspecifieke regulator als de Inspectie voor de gezondheidszorg oog moeten hebben voor ongewenste ontwikkelingen in zowel kwaliteitseisen als geleverde kwaliteit.

### *6.3 Positionering uitvoerder/toezichthouder*

In Nederland zijn in principe met twee modellen van sectorspecifieke mededingingsregulering ervaring opgedaan. Allereerst is er de onafhankelijke toezichthouder à la de OPTA. In dit model opereert een sectorspecifieke toezichthouder zelfstandig naast de algemene toezichthouder op de Mededingingswet. Absolute voorwaarde voor een dergelijk model is wel dat de sectorspecifieke toezichthouder en de algemene toezichthouder op de mededingingsregels (NMa) goede afspraken maken over het gebruik van instrumentarium dat beide organen ter beschikking staat en de voorwaarden waaronder welke toezichthouder optreedt. Tussen OPTA en NMa is daarvoor een protocol afgesloten. De minister van Verkeer en Waterstaat draagt de politieke verantwoordelijkheid voor het handelen van de OPTA, de minister van Economische Zaken voor het handelen van de NMa.

In dit verband kan er op worden gewezen dat momenteel wordt overwogen ook de OPTA, die overigens werd opgericht toen de NMa nog niet bestond, te herpositioneren als kamer bij de NMa.

Het andere model is het kamermodel van de NMa, waarin een sectorspecifieke toezichthouder onderdeel is van de NMa. Voorbeeld is de DTe binnen de NMa. Onmiskenbare voordelen van dit kamermodel zijn dat mededingingsbegrippen uit algemene en sectorspecifieke regelgeving uniform worden toegepast (dit voorkomt competentiegeschillen) en dat efficiëntiewinsten kunnen voortvloeiën uit de meer geïntegreerde benadering. Je hoeft immers dan maar met één organisatie «de markt op» en ook het aantal toezichthouders waarmee de sector wordt geconfronteerd blijft zo klein mogelijk. Een ander voordeel, specifiek van belang voor de zorgsector, is dat de NMa de afgelopen jaren reeds veel ervaring heeft opgedaan met beoordeling van marktsituaties in de zorgsector.

Gezien het belang van voortvarendheid bij de totstandkoming van sectorspecifieke mededingingsregulering en de wenselijkheid om daarbij de

mening van de beoogd uitvoerder van die regels te kunnen betrekken, is het zaak om zo spoedig mogelijk een (voorloper van de) sectorspecifieke regulator van start te laten gaan. Inmiddels is een start gemaakt met een verkenning van de stappen die concreet gezet moeten worden om dit snel te realiseren. Vanzelfsprekend zullen het uitgewerkte takenpakket van de sectorspecifieke regulator, de daaruit voortvloeiende bevoegdheden en het bijbehorende instrumentarium, bepalend zijn voor de uiteindelijke positionering<sup>1</sup>.

Overigens moet duidelijk zijn dat de minister van VWS in alle modellen verantwoordelijk is voor het handelen van een «regulator» in de zorg. Immers, ongeacht de precieze positionering voert dit orgaan wet(ten) uit die vallen onder de politieke verantwoordelijkheid van de minister van VWS.

#### *6.4 Nader uitwerkingstraject*

Zoals hierboven gesteld is het wenselijk een zodanig wettelijk kader te ontwerpen dat de hierboven genoemde instrumenten kunnen worden ingezet door een ZBO met het oog op een zorgvuldige overgang naar meer marktwerking. Mogelijk zijn daar instrumenten bij betrokken uit andere wetgeving.

In dit kader zijn lopende wetgevingstrajecten een aandachtspunt. Op basis van de WTG-notitie «Speelruimte en verantwoordelijkheid» is een aantal wetgevingstrajecten in gang gezet. Te weten de herziening van het overeenkomstenstelsel, waarover de Raad van State op het punt staat te adviseren, en de wijziging van de WTG. Die laatste technische wijziging behelst met name het faciliteren van het DBC-traject en het creëren van een experimenteerartikel. Ook loopt momenteel de parlementaire behandeling van de Wez die eveneens instrumenten bevat die betrokken zijn. Het is niet wenselijk, en ook niet nodig, de lopende wetgevingstrajecten te onderbreken. De doelstellingen van deze trajecten en de daaruit voortvloeiende voorstellen lopen parallel aan de in deze notitie beoogde doeleinden.

Derhalve wordt het volgende traject gekozen:

- De lopende trajecten rondom Wez, overeenkomstenstelsel en WTG worden onverminderd voortgezet;
- Parallel daaraan wordt verkend wat precies noodzakelijk is om (een voorloper van) de sectorspecifieke regulator zo spoedig mogelijk van start te laten gaan en welke stappen noodzakelijk zijn om sector-specifiek mededingingsinstrumentarium in handen van dit orgaan te geven.
- Vervolgens zal – uitgaande van het bestaande instrumentarium ex WTG, Wez en ZFW/AWBZ – een samenhangend wettelijk kader voor prijs- en gedragsregulering worden ontworpen, waarin ook de positionering van en uitvoering door de sectorspecifieke regulator worden geregeld.

<sup>1</sup> Hierbij zal mede rekening gehouden worden met de noties uit het rapport «Zicht op toezicht» (commissie Visser) en de in 2001 uitgevoerde evaluatie van dit rapport.

### Algemeen

Netwerkbedrijven, zoals gas, elektriciteit en post, worden traditioneel gezien als voorbeelden van een permanent natuurlijk monopolie dat sectorspecifieke regulering vereist. Mededinging wordt echter steeds meer geïntroduceerd als een alternatief borgingsmechanisme voor de publieke belangen. Ofwel in de vorm van mededinging tussen netwerken, ofwel in de vorm van mededinging in specifieke diensten die «ontbundeld» zijn en waarvoor netwerken een «essential facility» blijven. In beide gevallen is het nodig om te overwegen of sectorspecifieke regels nodig zijn of dat het beter is de algemene mededingingsregels toe te passen.

Deze bijlage kijkt naar ervaringen die in netwerksectoren zijn opgedaan qua regulerings- en toezichtsstructuur. Daarbij staan enkele vragen centraal:

- Welke taken en bevoegdheden hebben sectorspecifieke marktmeesters/toezichthouders (OPTA, DTe)?
- Voor welke structuur is er gekozen en zijn alternatieven denkbaar?
- Wat zijn de ervaringen die zijn opgedaan met die organen?

Allereerst zal er naar de telecommunicatiemarkt worden gekeken. Vervolgens naar de gas- en elektriciteitsmarkt. Uiteindelijk wordt gekeken welke lessen relevant zijn voor de zorgmarkt.

### Telecommunicatiemarkt

De telecommunicatiemarkt bestond voor de liberalisatie uit één aanbieder die het natuurlijke monopolie had op alle telecommunicatiediensten. De uitdaging was om meer keuzevrijheid, kwaliteit en efficiëntie te introduceren op deze markt; echter met behoud van een goede universele dienstverlening. Besloten is de markt te liberaliseren van een monopolie naar een markt met effectieve concurrentie.

De liberalisering van de telecommunicatiemarkt is geïnitieerd vanuit Brussel.

Deze EU-regelgeving was vrij gedetailleerd en uitgebreid. Dit heeft de speelruimte voor de Nederlandse wetgever aanzienlijk beperkt. In de nationale telecommunicatiewet werden relevante markten gedefinieerd (vast, mobiel, vast & mobiel samen en huurlijnen). Dit voorkwam interpretatiekwesaties. Ook posities van aanmerkelijke marktmacht (op de vastgestelde relevante markten) werden in de wet conform de Europese wetgeving gedefinieerd (positie met marktaandeel van 25% werd beschouwd als een positie met aanmerkelijke marktmacht waarop extra regelgeving van toepassing is). Het werd raadzaam geacht het gedrag van partijen met een machtspositie op bepaalde punten te reguleren. Dit is vooral het geval als zo'n partij zijn machtspositie kan misbruiken. Uit de telecommunicatiewet vloeiden een aantal taken en verantwoordelijkheden voort voor de sectorspecifieke toezichthouder. De belangrijkste taak is ervoor te zorgen dat de telecommunicatiemarkt zo snel mogelijk verandert van een monopolie naar een markt met effectieve concurrentie. Wettelijke taken zijn o.a. aanwijzing van aanbieders met aanmerkelijke marktmacht, beslechting van geschillen tussen aanbieders, goedkeuring van interconnectie- en eindgebruikerstarieven, uitgifte van verschillende telefoonnummers, bescherming van privacy.

Om dit takenpakket uit te kunnen voeren werd de toezichthouder (OPTA) uitgerust met een aantal bevoegdheden als: het opleggen van boetes, het opvragen van inlichtingen, het stellen van regels bij geschillen, het opleggen van kostengeoriënteerde prijzen, et cetera.

Voor aanbieders met een aanmerkelijke marktmacht gelden extra verplichtingen.

Deze verplichtingen gelden met name op het gebied van non-discriminatie, transparantie en kostengeoriënteerde tarieven. Diensten aangeboden door een aanbieder met aanmerkelijke marktmacht aan zichzelf of een dochter moeten tegen dezelfde voorwaarden ook beschikbaar zijn voor andere partijen. Op deze wijze wordt de toegankelijkheid van het netwerk gewaarborgd, wat belangrijk is voor de ontwikkeling van concurrentie op de telecommunicatiemarkt.

Ook voor de interconnectie- en eindgebruikertarieven geldt voor aanbieders met aanmerkelijke marktmacht de verplichting tarieven te hanteren die kostengeoriënteerd zijn. Op deze wijze voorkomt de OPTA dat de aanbieder zijn marktmacht uitbuit door te hoge tarieven te vragen aan netwerkgebruiker en de consument.

Universele dienstverlening werd vervolgens geborgd door in de telecommunicatiewet op te nemen dat de netwerkbeheerder (KPN) enkele diensten (bijv. telefonie) aan ieder moet aanbieden, tegen een centraal vastgesteld tarief (*belbudget*-abonnement). Hierdoor wordt de toegankelijkheid geborgd.

De toezichthouder (OPTA) is in 1997 opgericht als zelfstandig bestuursorgaan met rechtspersoonlijkheid. De Mededingingswet bestond toen nog niet en ook de NMa was dus nog niet opgericht. Tussen de algemene toezichthouder op mededingingsregels (NMa) en de OPTA zijn later goede afspraken gemaakt over het gebruik van instrumentarium dat beide organen ter beschikking hebben en de voorwaarden waaronder welke toezichthouder optreedt. Hierbij is bepaald dat de OPTA eerst aangewezen is om een zaak te behandelen indien een beroep wordt gedaan op de Mededingingswet of de Mededingingswet & telecommunicatiewet<sup>1</sup>. Na een van tevoren vastgestelde periode van 4 jaar is de OPTA geëvalueerd. In het kabinetsstandpunt hieromtrent is overeengekomen om de sectorspecifieke toezichthouder, conform het rapport Visser, in 2005 te integreren als kamer in de NMa indien aan bepaalde voorwaarden is voldaan.

Het instrumentarium van de OPTA is in verband met Europese regelgeving aangepast. Zo is de OPTA niet meer gebonden aan wettelijk voorgescreven maatregelen die in een specifieke situatie moeten worden ingezet, maar kan het in zo'n situatie kiezen uit een menu van maatregelen. Tevens wordt de interventiedrempel, wat betreft marktmacht, voor de OPTA verhoogd naar de Europese drempels uit het algemene mededingingsrecht. Markten staan nu in de wet omschreven, in de toekomst bepaalt de OPTA de relevante markten zelf (net als NMa). Naast meer flexibiliteit betekent dit meer bewijslast voor de toezichthouder. Te strakke definiëring van markten in de wet veronachtzaamde echter de innovativiteit in deze «snelle» sector.

### **Gas- en elektriciteitsmarkt**

De liberalisering van de gas- en elektriciteitsmarkten is evenals de telecommunicatiemarkt geïnitieerd vanuit Brussel. Zo is de Elektriciteitsrichtlijn geïmplementeerd in de Elektriciteitswet 1998 en de Gasrichtlijn in de Gaswet. Reden voor de liberalisering was het creëren van keuzevrijheid voor de inkoop van energie, voor afnemers. De monopolieposities van de energieproducenten en distributiebedrijven passen niet meer in een situatie waarbij deze keuzevrijheid dient te worden gewaarborgd.

<sup>1</sup> Samenwerkingsprotocol OPTA – NMa 1-4-99 dat aangepast werd 4-1-2001.

De publieke belangen die spelen in beide markten zijn: veiligheid, betrouwbaarheid (van energievoorziening), duurzaamheid (milieu) en doelmatigheid. Deze vier doelstellingen vormen de achtergrond van de regulering van beide sectoren.

De uitvoering van de Elektriciteitswet 1998 en het toezicht op de naleving van deze wet is opgedragen aan de Dienst uitvoering en toezicht Energie (DTe). Het vaststellen van leveringstarieven voor beschermde afnemers is een verantwoordelijkheid van de Minister van EZ. DTe valt onder de verantwoordelijkheid van de minister van Economische Zaken en is als kamer ondergebracht bij de Nederlandse mededingingsautoriteit (NMa). De uitvoering en het toezicht op de naleving van de Gaswet is opgedragen aan de NMa, de DTe en de minister van Economische Zaken.

De energiesector kent weinig universele dienstverleningsverplichtingen (UDV's) voor de gas- en elektriciteitssector. De leveranciers hebben tot 1-1-2004 de plicht beschermde afnemers (dit zijn kleine bedrijven en burgers) op hun verzoek te voorzien van elektriciteit en gas tegen door de Minister van Economische Zaken vastgestelde maximum leveringstarieven. Dat is dus een plicht van beperkte duur. De Dte adviseert de minister over deze tarieven. Deze UDV-plicht voor levering van energie geldt niet voor grootverbruikers<sup>1</sup>.

In de regulering van de beide energievoorzieningen staan de netwerken centraal. De Dte houdt met name toezicht op de toegankelijkheid van netwerken voor (nieuwe) leveranciers onder gelijke voorwaarden waarop bestaande leveranciers over het net leveren. Bij elektriciteit is sprake van geregleerde toegang tot het elektriciteitsnet, bij gas is er sprake van onderhandelde toegang tot het gasnet. Daarnaast vindt toezicht plaats op de levering van gas en elektriciteit aan beschermde afnemers, waarbij tevens sprake is van een monopolie. Voor deze beschermde afnemers stelt Dte maximumleveringstarieven vast. Op het vrije deel van de gas- en elektriciteitsmarkt (de levering van elektriciteit en gas aan vrije afnemers) is het reguliere mededingingstoezicht van toepassing.

Zowel de NMa als de minister van Economische Zaken hebben een aantal van hun taken gemandateerd aan de directeur DTe. De directeur DTe heeft een aantal bevoegdheden, waaronder het opvragen van informatie en het geven van bindende aanwijzingen, het opleggen van tarieven en het opleggen van een last onder dwangsom. De minister van Economische Zaken heeft de bevoegdheid aanwijzingen te geven aan de directeur van DTe. Dit blijft voorlopig ook zo als de NMa een ZBO wordt.

De DTe dient bij haar toezicht rekening te houden met aspecten als investeringen van bedrijven in de infrastructuur, de onmogelijkheid om infrastructuur te dupliceren, waarborgen van leveringszekerheid. Verder is van belang: scheiden van de energiebedrijven in een netwerkpoot en een dienstenpoot. Op deze manier kan kruissubsidiëring beter in de gaten worden gehouden en worden marktdrempels voor nieuwkomers weggenomen.

Het type toezicht (vooral gericht op toegang) hangt dus sterk samen met het netwerkarakter van deze sectoren. Een instrument dat bij de toegangsregulering van het netwerk ingezet wordt is tariefregulering. Ofwel door vaststelling van de tariefstructuur, ofwel door richtlijnen voor tarieven, in combinatie met het vaststellen van de tarieven zelf. Daarnaast wordt door DTe een korting op de tarieven ter bevordering van doelmatige bedrijfsvoering vastgesteld.

Het liberaliseringspad is fasegewijs opgebouwd. De energieproductie is direct vrijgegeven en de energiedistributie wordt in fasen aan de vrije

---

<sup>1</sup> De UDV-vereisten zijn in deze sectoren minder stringent geregeld, vanuit de gedachte dat de markt het zelf ook wel levert zonder extra regulering. De markt voor eindgebruikers is een lucratieve markt. Problemen mogen dan ook niet verwacht worden. Door de Californiëcrisis is er evenwel vanuit de Kamer druk uitgeoefend om de leveringsbetrouwbaarheid in de wet te regelen. Deze kan in gevaar komen wanneer het aanbod van elektriciteit tekort schiet.

markt overgelaten<sup>1</sup>. De regering moet voor elektriciteit nog beslissen of de volgende fase in 2004 of vervroegd in 2003 aantreedt. (Voor deze beslissing is een platform versnelling energieliberalisering opgericht waarin marktpartijen een adviserende rol hebben.) Door deze aanpak kunnen en marktpartijen en toezichthouder groeien in hun nieuwe rol.

In het eindmodel van deze sector wordt ervan uitgegaan dat de markt door zijn netwerkarakter te allen tijde een sectorspecifieke toezichthouder nodig zal hebben, die toezicht houdt op de regelgeving omtrent de toegang tot de netten. Voor dat deel van de gas- en elektriciteitswet wat geliberaliseerd is, is het algemeen mededingingstoezicht van toepassing.

De constructie van een kamer binnen de NMa wordt als nuttig ervaren. Voordelen zijn de organisatorische eenheid (incl. uniforme interpretatie van het begrippenkader dat wordt gehanteerd bij beoordeling van de markten) en de efficiëntiewinst die behaald kan worden bij het binnenhalen van kennis op de markt. Ook voorkomt deze constructie dat een sectorspecifiek toezichthouder teveel wordt «ingepalmd» door de sector en dus niet meer onafhankelijk is.

### **Lessen**

In de zorgsector kennen de markten geen netwerkarakter. Zeker zijn er deelmarkten te benoemen met gelijkenissen met netwerksectoren: hoge «sunk costs» in de vorm van kennisinfrastructuur of ziekenhuizen; hoge overstapkosten, et cetera. Daardoor zijn er hoge toetredingsdrempels; echter een netwerksector is het niet. Dit betekent dat het eindmodel van geliberaliseerde zorgmarkten er ook anders uit kan zien dan het eindmodel van geliberaliseerde netwerksectoren als gas, elektriciteit en telecom.

De netwerksectoren kennen een andere startsituatie: netwerksectoren komen uit een positie van overheidsmonopolie. Op de markt is sprake van één dominante speler omdat die het netwerk beheert. Dit is in de zorgsector meestal niet het geval, al zijn daar ook wel degelijk machtsposities te onderkennen.

Al met al betekent dit alles dat de taken van de toezichthouders uit netwerksectoren en de toezichthouder in de zorgsector niet op voorhand identiek zijn. Taken die door de OPTA en DTe worden uitgevoerd, zijn gericht op die specifieke marktsituatie en kunnen niet zonder meer voor de zorgsector worden overgenomen.

Toch is het nuttig om naar het toezicht in de netwerksectoren te kijken. De belangrijkste overeenkomsten tussen semi-publieke en netwerksectoren zijn:

- ze zijn in transitie
- er zijn publieke belangen te borgen

Daarnaast is het zaak te kijken naar de economische implicaties van de verschillende uitgangssituaties. Zorg is dan wel geen netwerksector met een monopolistische aanbieder, maar machtsposities, toetredingsbelemmeringen en gebrek aan transparantie van de markt komen in beide typen markten voor.

Daarom vallen enkele belangrijke lessen te trekken uit de wijze waarop regulering en toezicht georganiseerd zijn in netwerksectoren en de reden waarom voor een dergelijke vorm gekozen is.

- Markten zijn eerst goed geanalyseerd. Daarbij is nagedacht over het na te streven eindmodel en welke regels nodig waren. Allereerst heeft men de markt gedefinieerd, vervolgens de publieke belangen benoemd en daarna gezien hoe die belangen het meest efficiënt

<sup>1</sup> Voor elektriciteit grootverbruikers per 1 januari 1999 (600), middensegment per 1 januari 2002 (60 000), kleinverbruikers in 2004 (6 miljoen).

geborgd kunnen worden. Daarbij moet worden gedacht aan belangen als: kwaliteit, toegankelijkheid, universele dienstverlening (UDV) en bescherming gebonden afnemer.

- Vervolgens is goed nagedacht over de verhouding tussen Mededingingswet en sectorspecifieke regels. De sectorspecifieke regels worden gehanteerd tijdens de transitie. Deze transitie is tijdelijk en dus zijn sectorspecifieke regels dat in beginsel ook. (Indien uit het gewenste eindmodel blijkt dat toezicht enkel door de Mededingingswet dan niet toereikend is, kan sectorspecifieke regelgeving een duurzaam karakter hebben.) De Mededingingswet is altijd (tijdens en na de transitie) van toepassing. Uitgangspunt is daarom dat algemeen mededingingsrecht voor de netwerksectoren als meest geschikte raamwerk voor regulering werd beschouwd, tenzij specifieke marktomstandigheden sectorspecifieke regulering en toezicht noodzakelijk maken. De definitieve keuze voor algemene of sectorspecifieke mededingingsregels is afhankelijk van specifieke omstandigheden.
- Vervolgens is nagedacht over de positionering van uitvoeringstaken, voortvloeiend uit de sectorspecifieke regelgeving, in verhouding tot de positie van de NMa. Er zijn verschillende modellen denkbaar. Relevant uitgangspunt is geweest: waar mogelijk toezicht bij de NMa onderbrengen (zie Rapport Visser: Zicht op Toezicht).
- Evaluatie van sectorspecifieke mededingingsregels dient regelmatig te geschieden. Sectorspecifieke omstandigheden kunnen namelijk over de tijd veranderen en daarmee ook de noodzaak van (tijdelijke) sectorspecifieke mededingingsregels. (Daarnaast kan ook de effectiviteit van de regels veranderen.) Ook de positie van de toezichthouders dient regelmatig te worden geëvalueerd, mede in het verlengde van eventuele aanpassingen in de regelgeving.
- Liberalisering mikt in netwerksectoren op zo vrij mogelijke toetreding op de infrastructuur; instrument daarvoor is o.a. tariefregulering.
- Voor de oprichting van de toezichthouder dienen er wettelijke bepalingen te worden gemaakt over taken en verantwoordelijkheden tussen toezichthouders onderling en tussen verantwoordelijke minister en toezichthouder(s). Daarbij dienen ook afspraken te worden gemaakt over verantwoordingstrajecten.



## **Informatievoorziening en transparantie (nadere uitwerking Vraag aan bod)**

### **1. Inleiding**

De omslag van een aanbodgestuurd systeem naar een meer vraaggericht zorgstelsel, heeft ook gevolgen voor de informatievoorziening. In *Vraag aan bod* is aangegeven dat het daarbij gaat om informatie ter versterking van de positie van de zorgvrager, om meer transparantie in productie van zorgaanbieders en -verzekeraars en om informatie ter borging van de publieke belangen. Informatie is dus van belang om te kunnen kiezen, regisseren/contracteren en verantwoorden.

De doelstellingen zoals *Vraag aan bod* deze ten behoeve van het omslagproces naar een decentraal vraaggericht zorgstelsel beschrijft zijn onder meer:

- a. Versterking van de positie van de zorgvrager. In toenemende mate zullen zorgvragers invloed uitoefenen op het verzilveren van hun aanspraken, zodat meer zorg op maat tot stand komt.
- b. Beter functionerende zorgmarkten. De zorgsector wordt ingericht als een zelfregulerend systeem waarin prikkels aanzetten tot flexibel, klantgericht en doelmatig handelen.
- c. Borging van publieke belangen door de overheid. Daarop zijn het toezicht en de verantwoording gericht.

Deze doelstellingen resulteren in drie opgaven voor de informatievoorziening de komende jaren:

1. Ondersteunen van de zorgvrager met informatie ten behoeve van vraagsturing.
2. Waarborgen, en waar nodig vergroten van beschikbaarheid van gegevens en bevorderen van transparantie ten behoeve van het functioneren van zorgmarkten.
3. Ontwikkelen van een raamwerk van indicatoren ten behoeve van toezicht op en verantwoording over publieke belangen.

Deze notitie gaat nader in op de inrichting van de informatievoorziening in de komende jaren. De drie opgaven komen nader aan bod in § 2, waarna § 3 ingaat op de uitwerking van de informatievoorziening. § 4 schetst de lopende ontwikkelingen en nieuwe ontwikkelingsprojecten.

### **2. Drie opgaven voor de informatievoorziening**

#### *2.1 Opgave één: ondersteunen van de zorgvrager*

In de nota *Met zorg kiezen*<sup>1</sup> is het belang van een goede informatievoorziening voor patiënten/consumenten verwoord. Om mensen meer keuzemogelijkheden te kunnen geven, is meer zicht vereist op de beschikbare zorg, de kwaliteit van die zorg, de zorgverzekeringen en de dienstverlening van zorgverzekeraars. Ook behoefte aan informatie over ziekte en gezondheid speelt een rol. Deze informatie moet betrouwbaar, toegankelijk en actueel zijn. Voorts dient deze informatie aan te sluiten bij de eigen vragen en preferenties van zorgvragers. Drie zaken verdienen daarbij bijzondere aandacht, namelijk:

- de informatiebehoefte van zorggebruikers
- de toegankelijkheid van informatie
- de mogelijkheden tot vergelijking.

#### *Informatiebehoefte van zorggebruikers*

Consumenteninformatie is nodig om te kunnen kiezen. Zorgvragers

---

<sup>1</sup> TK 2000–2001, 27 807, nrs. 1–2.

hebben behoefte aan min of meer feitelijke informatie over de beschikbaarheid van het zorgaanbod, bijvoorbeeld naar tijd en plaats. Het is van belang dat die informatie beter gaat aansluiten bij de voorkeuren en preferenties van mensen. Veel informatie die nu wordt gegenereerd en aangeboden over ziekte en gezondheid, medische behandelingen of over de kwaliteit van de zorg dan wel zorgverzekeringen is gemaakt voor en door professionals in deze sector. Het louter openbaar maken van «productiecijfers» dan wel technische informatie over medische handelingen maakt de zorg voor zorgvragers niet zonder meer relevant en transparant. Eerste stap is dan ook om beter zicht te krijgen op wat mensen willen weten. Op basis van deze kennis kunnen kwaliteitscriteria vanuit het perspectief van de zorggebruiker worden opgesteld. Dit zijn criteria die inhoud geven aan de kwaliteit van producten en diensten van bepaalde zorgsectoren vanuit het perspectief van specifieke doelgroepen; met name mensen met een chronisch aandoening zijn goed in staat kwaliteitscriteria te benoemen. Patiënten/consumentenorganisaties spelen bij dit ontwikkelingsproces een belangrijke rol. Zij kunnen daarnaast ook een rol spelen bij het ontsluiten van meer subjectieve informatie, zoals tevredenheidsonderzoeken of ervaringen van andere patiënten bij een bepaalde behandeling.

#### *Toegankelijkheid van informatie*

Om te kunnen voorzien in de informatiebehoefte van zorggebruikers is het van belang dat de komende jaren initiatieven in samenhang worden ontwikkeld, zodat de consument zicht houdt op het informatieaanbod. Het toegankelijk maken van informatie is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van partijen in de zorg, daartoe zo nodig gefaciliteerd door de overheid.

Hoewel schriftelijke informatie van groot belang blijft, biedt het internet mogelijkheden om informatie te ontsluiten en ter beschikking te stellen aan burgers. Daartoe worden op dit moment al een aantal mogelijkheden geboden. De Gezondheidskiosk bijvoorbeeld biedt op het internet een «portal» waar wordt verwezen naar de sites van organisaties die betrouwbare informatie aanbieden. Op die wijze kan de Gezondheidskiosk uitgroeien tot een plek op het internet die toegang biedt tot betrouwbare consumenteninformatie over zorg en verzekeringen. Op een breder terrein vervult Vraagwijzer een soortgelijke rol, maar dan voor vormen van maatschappelijke en overheidsdienstverlening. Dit initiatief beoogt mensen op lokaal niveau een loket geven waar zij hun vraag kunnen formuleren. Ook op een andere wijze is toegang tot informatie van belang, namelijk informatie over de patiënt zelf. In toenemende mate is sprake van zorgketens waarbij diverse zorgaanbieders zich samen richten op de hulpverlening aan de patiënt. Om de zorgvrager voldoende ruimte te geven zich in die keten te bewegen, en voor een adequaat functioneren van die keten, is het van belang dat verschillende hulpverleners toegang hebben tot de voor hen noodzakelijke gegevens. Het elektronisch patiënten dossier (EPD) kan daartoe mogelijkheden bieden, mits voldaan is aan randvoorwaarden om te komen tot een zorgbrede invoering (zoals een uniforme identificatie en bescherming van privacy).

#### *Vergelijkende informatie*

Informatie over de kwaliteit van zorg, bepaalde producten/diensten of zorgverzekeringen krijgt pas waarde als onderlinge vergelijking mogelijk is. Uiteindelijk moeten zorggebruikers in staat zijn om bijvoorbeeld zorginstellingen met elkaar te vergelijken. Op dit moment worden de eerste stappen gezet met verschillende benchmarks in de thuiszorg en de sector verpleging en verzorging. Uit gegevens gebruikt voor benchmarks is ook

informatie af te leiden geven die relevant is voor zorggebruikers (in de vorm van jaarverslagen of kwaliteitsgidsen).

In de nota *Met zorg kiezen* is aangegeven dat het noodzakelijk is extra aandacht te besteden aan vergelijkende informatie over zorgverzekeringen en verzekeraars. Omdat zorgverzekeraars een steeds centralere rol spelen in de zorg moet het productaanbod en de dienstverlening van die verzekeraars transparant zijn. Dan gaat het niet alleen over prijs- en pakketvergelijkingen tussen verzekeraars, maar ook om de dienstverlening van verzekeraars.

## *2.2 Opgave twee: organiseren van gegevens over een transparant marktfunctioneren*

De overheid biedt in de toekomst meer ruimte aan marktpartijen om te komen tot een vraaggericht zorgaanbod. Onlosmakelijk aan het verkrijgen van meer ruimte is voor partijen de plicht verbonden om informatie te verstrekken over de gerealiseerde prestaties, en om transparant te zijn in de wijze waarop die prestaties zijn bereikt. In feite betreft het hier gegevens die nodig zijn om ten eerste de onderlinge aansturing binnen zorgmarkten (en het toezicht daarop) optimaal te laten functioneren en ten tweede om gegevens ten behoeve van verantwoording door de overheid (zie ook § 2.3). De systematiek van informatievoorziening moet zo zijn dat veldpartijen, onder regie van de verzekeraar, door middel van onderlinge concurrentie worden aangespoord tot het leveren van goede zorg, tegen een zo laag mogelijke prijs. Deze informatie moet transparant zijn en toegankelijk voor alle belanghebbenden in de markt en voor de overheid ten behoeve van toezicht en verantwoording.

Een goede informatievoorziening draagt bij aan het verminderen van marktperfecties, zodat marktpartijen in staat zijn hun rol goed te spelen. Partijen zullen zich beter en integraal (dus meer dan alleen financieel) dienen te verantwoorden over de wijze waarop de geboden ruimte wordt benut. Het gaat om het afleggen van verantwoording («accountability») over het aanwenden van de gegeven vrijheid. Uit verantwoordingsinformatie ontstaat inzicht in de prestaties zodat daar waar deze achterblijven, interventies kunnen plaatsvinden.

Van belang is dat verzekeraars in hun nieuwe rol de verzekerden op alle relevante momenten van goede op de vraag toegesneden informatie voorzien en niet alleen bij wijzigingen in premie of polis. De zorgverzekeraars zullen vanuit het perspectief van de klanten meer prestatiegerichte contracten met zorgaanbieders gaan afsluiten. Dat vereist transparantie van het zorgaanbod en de bereikte resultaten (waaronder de ervaringen van de gebruikers). Verzekeraars beschikken op dit moment niet altijd over de nodige informatie om gericht zorg te contracteren. Hetzelfde geldt voor aanbieders die naarmate zij minder in concurrentie opereren, onvoldoende feedback ondervinden om zo klantgericht mogelijk te functioneren.

Om bij te dragen aan een efficiënt verlopend marktproces dient de daarin gebruikte informatie gevalideerd en gestandaardiseerd te zijn. Mede uit oogpunt van vermijden van onnodige administratieve lasten ligt het in de rede om de informatieketen ten behoeve van het marktproces zoveel mogelijk te enten op gegevens die reeds in het primaire zorg- en bedrijfsvoeringsproces worden verzameld. Datzelfde type gegevens, bijvoorbeeld over productievolumes, levertijden en kwaliteitsaspecten, speelt ook een rol bij de (thans in ontwikkeling zijnde) bekostigingssystemen. Koppeling aan financieringswijzen en juridische verankering ondersteunen de ontwikkeling van een dergelijke eenduidige informatiestructuur.

Een derde opgave in de informatievoorziening heeft betrekking op de monitoring van publieke belangen in een situatie waarin decentrale partijen verantwoordelijk zijn voor de directe afstemming van vraag en aanbod. In die situatie concentreert de overheid zich op het creëren van de noodzakelijke randvoorwaarden, het toezicht en de verantwoording. De minister van VWS legt in het parlement politieke verantwoording af over de uitkomsten van het zorgstelsel als geheel en daarmee ook over de mate waarin de publieke belangen in de zorg zijn gerealiseerd. Kernvraag is daarbij of de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg op een toereikend niveau zijn en in overeenstemming zijn met de gedane uitgaven. Het parlement controleert op grond van deze informatie of het zorgstelsel beantwoordt aan de gestelde eisen en randvoorwaarden. Zo nodig kan het zorgstelsel (en de incentives en verantwoordelijkheden daarbinnen) worden aangepast.

Op dit moment zijn meerdere partijen in de zorg betrokken bij het verzamelen van verantwoordingsinformatie en het (doen) uitoefenen van toezicht. Voor de toekomst is van belang het tot stand brengen van een meer homogene structuur van informatievoorziening voor verantwoording en toezicht, waarbij het bereiken van een administratieve lastenverlichting een nadrukkelijke randvoorwaarde is. Voor de invulling van deze derde opgave is het noodzakelijk te komen tot een raamwerk van indicatoren dat de kern van de publieke belangen weerspiegelt. Een gelaagde opbouw van deze indicatoren dient te bevorderen dat deze niet alleen worden gebruikt ten behoeve van de verantwoording over publieke belangen, maar ook informatie geven over het marktfunctioneren en zo mogelijk ook resulteren in informatie voor zorgvragers. Om aan dit doel te beantwoorden dient deze gelaagdheid de van partijen relevante dimensies van de informatievoorziening te weerspiegelen. Dat betekent dat zowel sectorale als geografische benaderingen mogelijk dienen te zijn.

In de huidige situatie wordt de overheid op een groot aantal onderdelen van de zorg aangesproken, deels ook op het operationele niveau. De informatievoorziening in de toekomst is primair gericht op de kadersstellende en toezichthoudende rol van de overheid, op die zaken waarop de overheid zelf ook daadwerkelijk invloed kan uitoefenen. Het zorgstelsel wordt zodanig ingericht dat decentrale partijen verantwoordelijkheid dragen voor de concrete afstemming van vraag en aanbod. De overheid draagt verantwoording voor de inrichting van dat stelsel, waarbij de verantwoording door de overheid met name is gericht op de mate waarin de publieke belangen in de zorg zijn gerealiseerd. Het stelsel van indicatoren vormt dan ook een operationalisering van de dimensies kwaliteit, toegankelijkheid/solidariteit en doelmatigheid/beheerste kostenontwikkeling.

Door de kern van de informatievoorziening van de overheid over het zorgsysteem aan het parlement ook op deze wijze vorm te geven, wordt bovendien aangesloten met de doelstellingen uit het VBTB denken (Van Beleidsbegroting tot Beleidsverantwoording) en kan de inbedding daarvan in de beleidscyclus plaatsvinden. Doelstelling is om Zorgnota en Jaarbeeld Zorg dan inhoudelijk op elkaar te laten aansluiten voor wat betreft de indicatoren en ramingen. Overigens kan op deze wijze bovendien worden aangesloten bij ontwikkelingen in de EU en de OESO rond de vergelijking van zorgsystemen.

Vergelijking van prestaties op basis van indicatoren met de gestelde beleidsdoelen geeft aan of het betreffende publieke belang is geborgd of dat nadere inspanningen nodig zijn, hetzij van decentrale partijen, hetzij

van de overheid. Een passende beleidsreactie vergt dat de informatie samenhangend met de invulling van de desbetreffende indicator voor relevante actoren beschikbaar komt.

### **3. Uitwerking van de informatievoorziening**

#### *3.1 Algemeen*

Op dit moment zijn reeds veel gegevens in de zorg beschikbaar, maar zijn om praktische, juridische of andere redenen onvoldoende te ontsluiten. Soms schiet ook de actualiteit van de gegevens tekort of staat de vorm (papier in plaats van digitaal) waarin gegevens beschikbaar zijn, omvorming naar meer bruikbare informatie niet toe. Naast het verhogen van de beschikbaarheid van gegevens, zijn het zeker stellen van de juistheid en actualiteit en onderlinge samenhang van informatie evenzeer van belang. Deze doelstellingen moeten worden gerealiseerd op een wijze die niet alleen voldoende robuust is om als systematiek langdurig mee te kunnen, maar ook voldoende flexibel om toekomstige ontwikkelingen te kunnen accommoderen.

In de nota *Met zorg kiezen* is al aangegeven op welke wijze de informatievoorziening ten aanzien van consumenten nader vorm kan krijgen, zowel op het terrein van het zorgaanbod als dat van de verzekeringen. Een programma rond de informatievoorziening aan zorggebruikers is in uitvoering. Voorts worden zorgaanbieders en verzekeraars in de gelegenheid gesteld informatie over diensten en leveringsvoorwaarden openbaar en inzichtelijk te maken. Ten aanzien van de toegankelijkheid van vergelijkende informatie wordt, uitgaande van de verantwoordelijkheden die decentrale partijen zelf op dit gebied hebben, beoogd door middel van nader op te stellen informatieconvenanten ervoor te zorgen dat hanteerbare informatie voor zorggebruikers beschikbaar komt. Voor een deel kunnen zorgvragers echter ook gebruik maken van de informatie die door middel van uitvoering van de tweede en derde opgave beschikbaar komt.

#### *3.2 Uitwerking van de twee en derde opgave*

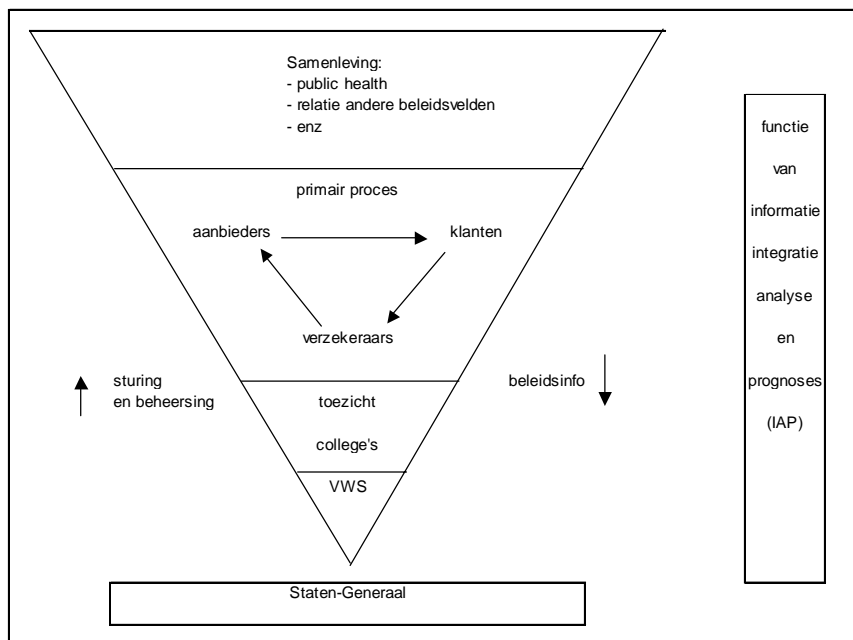
##### *Uitgaan van het primaire proces*

In het algemeen gaat het erom zodanige informatie beschikbaar te krijgen dat de actoren op de zorgmarkten (klanten, aanbieders, verzekeraars) en toezichthouders/overheid inhoud aan hun rol kunnen geven. De taak van partijen in de zorg is in essentie terug te voeren tot het optimaliseren van doelmatige zorg- en dienstverlening die wordt geleverd aan klanten door aanbieders. Daarom wordt voor het verhogen van de beschikbaarheid van gegevens conceptueel aangesloten op de gegevens aan deze «basis». Het gaat om gegevens over de feitelijke zorgverlening en daaromheen georganiseerde processen (binnen instellingen, maar ook met betrekking tot verzekeraars en toezichthouders). Het aanhaken en voortbouwen op deze basis vormt de sleutel voor het bereiken van transparantie van de zorg. Hierna wordt gesproken over het primaire proces. Daaronder wordt verstaan de totstandkoming van zorg- en dienstverlening, alsmede de daarvoor noodzakelijke sturing en ondersteuning.

De gegevens die in het primaire proces worden gegenereerd zijn in beginsel zowel bruikbaar voor het management van een aanbieder voor de eigen bedrijfsvoering, als voor partijen op meso- en macroniveau. De informatie geeft een beeld van de geleverde prestaties (en financiën) van de instelling, en vormt daarmee de basis voor de externe verslaglegging (in jaarverslagen, kwaliteitshandboeken e.d.). Voor verzekeraars is het mogelijk om aan de hand van deze informatie een beeld te krijgen van de doelmatigheid van het functioneren van de aanbieders. Dit geldt ook voor de

toezichthouders. Op een hoger aggregatieniveau is deze informatie bruikbaar voor de verantwoording door de overheid.

Navolgend schema visualiseert het concept en plaatst het in een bredere context.



#### *Toelichting op schema*

De eisen die aan het primaire proces worden gesteld vloeien voort uit de gezondheidstoestand en de wensen daaromtrent in de samenleving. Daarover, en over het primaire proces, ontstaan gegevens die voor de marktpartijen, toezichthouders en de overheid relevant zijn voor hun taakuitoefening. Voor integratie en analyse van deze gegevens zal een functionaliteit beschikbaar moeten zijn die tevens voorziet in onafhankelijke prognoses rond zorgvraag en -aanbod.

Koppeling van praktijk- en beleidsinformatie krijgt gestalte in een informatieketen, waarbij de informatievoorziening over het primaire zorgproces de basis vormt en daarop wordt voortgebouwd in het bestuurlijke proces. Ter standaardisering wordt per onderscheiden sector/markt een (homogene) Minimale Dataset Gezondheidszorg (MDSG) vastgelegd. Deze dataset bevat zowel inhoudelijke, als financiële, als proceselementen.

#### *Waarborgen beschikbaarheid en juistheid informatie*

De informatieketen zal een plaats moeten krijgen in de regelgeving, alsmede in de taken en sturingsrelaties met – en tussen – de relevante actoren. Naarmate de sturing vanuit de rijksoverheid afneemt en het belang van de informatievoorziening vanuit de partijen in het veld dus in gewicht toeneemt, stelt dat eisen aan de beschikbaarheid en de betrouwbaarheid van de informatievoorziening, en daarmee aan de waarborgen die daartoe getroffen moeten worden.

#### *a. Prikkels: bekostigingssystemen en feedback*

Een belangrijke prikkel om informatie te verstrekken is het feedback-

principe, dat wil zeggen: reactie krijgen op verstrekte informatie (bijvoorbeeld in de vorm van spiegelinformatie zodat beter zicht op de eigen prestatie ontstaat).

De voornaamste stimulans om de beschikbaarheid van publieke informatie in de vorm van een Minimale Dataset Gezondheidszorg te bevorderen is het koppelen van financiering aan de prestaties van de organisatie. In aansluiting op de omslag naar vraagsturing is het streven dat niet het aanbod van zorg (de input) wordt gefinancierd, maar de gerealiseerde producten c.q. prestaties. Door de financiering te koppelen aan geprijsde producten en daarover na te calculeren («boter bij de vis»), en aan de informatievoorziening daaromtrent, ontstaat een sterke prikkel om tijdig volledige en juiste informatie te leveren. Over de geleverde prestaties/producten zullen aanbieders verantwoording moeten afleggen, op basis waarvan nacalculatie plaatsvindt. Uit deze nacalculatie vloeit de uiteindelijke financiering van de prestaties/producten voort. Outputfinanciering is niet alleen de sleutel voor een klantgerichte en doelmatig functionerende zorgsector maar ook voor een goed functionerende informatieketen.

#### *b. Scheiding van functies*

Een wezenlijke waarborg voor de kwaliteit en de betrouwbaarheid van de informatievoorziening is het realiseren van voldoende functiescheiding.

Dat is om tenminste twee redenen van belang:

1. het zeker stellen van de vertrouwelijkheid en betrouwbaarheid van de gegevens, en
2. het garanderen van de betrouwbaarheid van de analyses.

De eerste functiescheiding betreft die tussen het vastleggen van gegevens enerzijds en het beheer van de gegevens (databankfunctie; incl. vertrouwelijkheid/privacy en de controle op de kwaliteit) anderzijds. De tweede functiescheiding betreft die tussen het beheer van gegevens en het bewerken daarvan tot informatie. Het gaat hierbij om zowel om het vermijden van belangenverstremgeling als om het «technische» argument dat in analyses de juiste gegevens betrokken worden, zodat de discussie gaat over de juistheid van de analyses en niet over de kwaliteit van de achterliggende gegevens.

Om de beoogde functiescheiding te realiseren is het voornemen aan te sluiten bij het zogenoemde «Trusted Third Party-concept» (TTP; zie kader). Doel van een TTP is bevordering van een transparante gegevensvoorziening voor alle informatievragers (overheid en marktpartijen), waarbij zowel vertrouwelijkheid als betrouwbaarheid van gegevens gegarandeerd zijn. Indien een bestaande leverancier van gegevens in aanmerking wil komen voor een rol als één van de TTP's, dan zal de functiescheiding ook bij deze gegevensleverancier adequaat gestalte moeten krijgen.

Een TTP heeft als taak deze informatie te beheren en op het juiste aggregatieniveau en beschermd met de juiste waarborgen, ter beschikking te stellen aan alle belanghebbenden, zoals cliëntenorganisaties, aanbieders, de verzekeraars, toezichthouders, de (rijks)overheid, onderzoeksorganisaties en planbureaus (zoals CPB, RIVM, SCP, enz) en belangstellende derden. De analyse van de data ten behoeve van beleidsvorming c.q. taakuitoefening is in geen geval een taak van een TTP.

Op deze wijze wordt ook aansluiting gevonden op de aanbevelingen van de Commissie De Beer. Doordat de informatie in de Minimale Dataset Gezondheidszorg toereikend is voor de gegevens die nu omtrent het primaire proces moeten worden verstrekt, en de afnemers van deze informatie trekkingsrechten hebben op een TTP, kan een stroomlijning van de gegevensstromen worden bereikt, en wordt «dubbel werk» voorkomen. Opnieuw geldt dat koppeling met outputgedreven bekostigingssystemen («boter bij de vis») hier de koppeling tussen het primaire zorgproces en de

overige processen is te realiseren. Nog bezien zal worden welk orgaan moet worden belast met het beheer van standaarden en normalisatie en – op ad hoc basis – koppeling van gegevens tussen TTP's.

*Toelichting Trusted Third Parties (TTP)*

De mogelijkheden van TTP zijn: zekerstellen van privacy, bijdragen aan standaardisering, voorkomen van vraagstukken rond eigendom van gegevens. Een gangbare omschrijving van een TTP is: «Trusted Third Parties zijn organisaties die diensten aanbieden om de betrouwbaarheid van elektronische gegevensuitwisseling te bevorderen. Onder betrouwbaarheid wordt verstaan: de authenticiteit van gegevens, de integriteit, ofwel de juistheid en volledigheid van berichten en de vertrouwelijkheid van gegevens».

De 1e partij: is de leverancier van (gedesaggregeerde) gegevens. De te leveren gegevens kunnen herleidbaar tot natuurlijke personen (# operaties, medicijngebruik), tot processen (bijv. productieafspraken) of algemene kenmerken van de gegevensleverancier (NAW-gegevens, aantal (gebruikte) bedden, SEH, OK's, IC's, CT-scanapparatuur etc.).

De 2e partij: heeft trekkingsgerechtigden ten aanzien van de gegevens. De trekkingsrechten hangen af van de taak, rol, bevoegdheid en verantwoordelijkheid van de gerechtigde. De rechten kennen een ordening naar aggregatieniveau, selectie en periodiciteit.

De 3e partij: is TTP, die belast is met het realiseren van transparante gegevensvoorziening voor alle trekkingsgerechtigden, waarbij zowel vertrouwelijkheid als betrouwbaarheid van de gegevens gegarandeerd zijn. Inperking: TTP gaat over structurele gegevens «stortingen» (dus niet ad-hoc). «Gestorte» Data zijn gestandaardiseerd en genormaliseerd bij aanlevering aan TTP of kunnen dat worden door TTP.

*c. Inzicht in vraag/aanbodontwikkelingen*

De hoeveelheid en het belang van de gegevens in de zorg vergen niet alleen een gedegen verzameling en beheer zoals hiervoor aangegeven, maar ook een analyse op het niveau dat daarbij past (voor zowel de overheid als andere belanghebbenden). De aanlevering van informatie is nu versnipperd of gebaseerd op ad hoc samenwerkingsverbanden. En dat terwijl op alle niveaus in de zorg behoefte is aan integratie: op micro-niveau (in zorgprocessen), op organisatorisch niveau (verticaal/horizontaal, tussen instellingen), op functioneel niveau (tussen cure-care en interventie).

Zodra de overheid minder op aanbod stuurt en partijen meer ruimte biedt, is de overheid voor de beleidsontwikkeling meer afhankelijk van een gedegen informatievoorziening en interpretatie daarvan. Naast informatie over het functioneren van het zorgsysteem zelf, is het noodzakelijk om onomstreden inzicht in vraag/aanbodontwikkelingen te verkrijgen, dat is gebaseerd op een gevalideerd modelleninstrumentarium, waarmee integrale analyses en rapportages gemaakt kunnen worden. Voor deze informatiefunctie is een onafhankelijke en gezaghebbende positionering vereist, vergelijkbaar met die van de bestaande planfuncties. De meerwaarde van deze functie is dat op basis van de veelheid van gegevens over en rond de zorg geïntegreerde analyses en prognoses kunnen worden gemaakt, die onafhankelijk, wetenschappelijk verantwoord en up-to-date zijn. Dit sluit overigens aan bij het advies *Volksgezondheid en zorg* 19 december 2001 van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Deze taak kan worden uitgevoerd binnen een programma van werkzaamheden, maar ook separaat op aanvraag van een belanghebbende. Het is niet noodzakelijk daarvoor een nieuw instituut vorm te geven, er kan ook volstaan worden met een netwerkorganisatie die gebruik maakt van de competenties en wettelijke constructies die reeds aanwezig zijn. In het netwerk wordt samengewerkt de verschillende organisaties die zijn belast met in algemene zin vergelijkbare functies, zoals RIVM, CPB, SCP en andere kennisinstututen, alsmede data-institututen zoals CBS, Prismant e.a.

*d. Juridische vormgeving*

In de huidige situatie vindt de informatievoorziening haar wettelijke basis



in een groot aantal verschillende bepalingen in wetten als de AWBZ, ZFW, WZV, WVG en Kwaliteitswet. Deze bepalingen zijn primair toegesneden op de functies van deze wetten, en betreffen daarom niet alle relevante partijen in de zorg c.q. de door hen geleverde prestaties. Bij de vernieuwing van het zorgstelsel zullen diverse (deel)markten ontstaan, waardoor informatie ook een zekere concurrentiegevoelige waarde heeft. Het is mogelijk dat partijen in dat geval niet meer vrijwillig informatie beschikbaar zullen stellen. Het zeker stellen dat gegevens beschikbaar worden gesteld, brengt ten eerste met zich mee het scheppen van een belang voor partijen in de zorg om informatie te verstrekken (waarvan prestatiefinanciering met nacalculatie de belangrijkste is). Om de eisen aan die aan de informatie worden gesteld vast te leggen, maar ook om zeker te stellen dat alle partijen informatie afstaan, is daarnaast een juridische ondersteuning van de informatievoorziening nodig. In kaderwetgeving worden de principes van de nieuwe informatiestructuur vastgelegd, naast de bevoegdheid van de minister om in te grijpen indien partijen niet uit eigen beweging voldoen aan de gestelde eisen voortvloeiend uit de principes. Tevens zal in de kaderwetgeving worden vastgelegd op welke wijze inzicht kan worden verkregen in de vraag/aanbodontwikkelingen.

### *Benchmarking*

Aanvullend op hetgeen hiervoor is gesteld, speelt de inzet van het benchmark instrument. Het instrument is primair «eigendom» van de verschillende sectoren, waarbij de overheid een aantal voorwaarden schept. Ter bevordering van transparantie, kwaliteit en doelmatigheid wordt het instrument verder ontwikkeld en toegepast, zodat binnen de branche inzicht ontstaat in de samenstelling naar kwaliteit, kwantiteit, leveringsvoorwaarden. Benchmarking prikkelt onderling tot optimalisatie. Van de gegevens die worden gebruikt voor benchmarking kunnen andere, informatieproducten worden afgeleid, zoals het jaarverslag, een kwaliteitsgids voor de zorg en «kwaliteitsmonitoren» voor markttransparantie. De overheid biedt de noodzakelijke randvoorwaarden zoals een uniek cliëntnummer en het hanteren van uniforme definities en externe integratiestandaarden met het oog op het functioneren van de zorgen informatieketen.

## **4. Lopende ontwikkelingen en nieuwe ontwikkelingsprojecten**

De omslag van aanbod- naar vraagsturing wordt reeds een langere periode bevorderd. In de beleidsontwikkelingen zijn hierin de afgelopen jaren reeds initiatieven genomen en stappen gezet. Deze hebben (deels) ook betrekking op de verbetering van de informatievoorziening. Per opgave kan gedacht kan worden aan de volgende voorbeelden.

### *eerste opgave: ondersteunen zorgvrager met informatie*

- In diverse sectoren bestaan initiatieven met als doelstelling de zorgvrager te ondersteunen bij de invulling van zijn zorgvraag, mede ondersteund via het ZON MW programma consumenteninformatie.
- Een initiatief om informatie over gezondheid en ziekte ten behoeve van de zorggebruiker te ontsluiten via het internet is het Publieksgericht gezondheidsinformatiesysteem van het *Samenwerkingsverband Informatievoorziening*.
- Rond de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren vanuit het perspectief van de patiënt zijn diverse organisaties actief, bijvoorbeeld de Stichting Cliënt en Kwaliteit die zich met name richt op thuiszorg en de verpleging en verzorging van ouderen.
- Op het gebied van hulpmiddelen is het Hulpmiddelen-informatiecentrum (HIC) actief dat de komende jaren moet uitgroeien tot de plek

- waar de consument informatie kan vinden (onder andere via het internet) over het aanbod, de prijs en de kwaliteit van hulpmiddelen.
- Ook zijn projecten gericht op het toegankelijk maken van vergelijkingsinformatie, waarvan het ziekenhuisvergelijkingssysteem van de Consumentenbond nu een voorbeeld is.
  - Het is de bedoeling dat in 2002–2003 partijen informatieconvenanten afsluiten om te komen tot betrouwbare, actuele en goed toegankelijke consumenteninformatie.

*tweede opgave: vergroten van de beschikbaarheid gegevens/transparantie*

- Het betere inzicht dat is ontstaan in de wachtlijsten Thuiszorg, Gehandicaptenzorg, Verpleging en Verzorging, Ziekenhuizen; zie daarvoor de verschillende rapportages de afgelopen jaren.
- In de care is ten behoeve van het structureel inbedden van het wachtlijstbeheer en de daarvoor noodzakelijke informatievoorziening de AWBZ-brede zorgregistratie in ontwikkeling.
- De nieuwe vraaggestuurde bekostigingssystematiek in de gehandicaptenzorg kent als doelstellingen allereerst de bevordering van vraagsturing, maar daarnaast een vorm van outputfinanciering in de vorm van financiering naar zorgzwaarte («boter bij de vis»), en daaraan is gekoppeld een grote mate van transparantie in de prestaties van de gehele sector.
- In de cure speelt de ontwikkeling rond de vormgeving en ontwikkeling van diagnose behandelcombinaties (DBC's).
- In verschillende sectoren zijn benchmarks gaande of worden initiatieven genomen tot ontwikkeling van benchmark systemen.
- Feiten en cijfers zijn – op een in toenemende mate gehomogeniseerde wijze – terug te vinden de brancherapporten.

*derde opgave: formuleren prestatieindicatoren voor toezicht en verantwoording*

- Bij de aanpak van de wachtlijsten conform het Actieplan zorg verzekerd gaan de uitbreiding van zorg en gedegen informatievoorziening daaromtrent hand in hand.
- In nieuwe vormen van jaarverslaglegging wordt met indicatoren gewerkt, waarin naast financiële en bedrijfsvoeringsdimensies ook de cliënttevredenheidsdimensie wordt meegenomen.
- In het VBTB denken past een verantwoording over de uitkomsten van het te voeren beleid.
- In internationaal verband (bijvoorbeeld de OESO) wordt gewerkt aan de ontwikkeling van indicatoren die internationale vergelijking mogelijk maken.

*Samenvattend*

De nadruk ligt op het vergroten van de beschikbaarheid van de informatie. Stuk voor stuk gaat het hierbij om kansrijke ontwikkelingen die de prestaties van de zorg meer transparant maken en de invloed van de zorgvrager vergroten. Aanvullend hierop zullen de komende periode enkele ontwikkelingsprojecten worden vormgegeven die in het bijzonder zullen bijdragen aan het opdoen van ervaringen met de combinatie vraagsturing en informatievoorziening.

Het voorafgaande is samen te vatten in navolgend schema.

| Vraag aan bod   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| doel  | versterking positie<br>zorgvrager  | beter functionerende<br>markten   | concentratie overheid op<br>borging publieke belangen  |
| Opgave<br>informatie beleid                           | - ondersteuning<br>zorgvrager met<br>informatie<br>- kwaliteitsnormering                           | beschikbaarheid informatie voor<br>- klanten<br>- aanbieder<br>- verzekeraar<br>- toezichhouders en overheid<br>- integratie en standaardisatie<br>voor zorgketen | beperkte set van indicatoren<br>public health en systeem<br>Performance  |
|   | set kwaliteitseisen  | Minimale Data Set<br>Gezondheidszorg  | Minimale Indicatoren Set   |
| operationalisering<br>en rol overheid                 | - normstelling<br>- infrastructuur<br>- ondersteuning  | - TTP's,<br>- functiescheiding<br>- kaderwetgeving<br>- kwaliteit<br>- standaarden<br>- inzicht in vraag/aanbod-<br>ontwikkelingen                                | - aansluiten indicatoren op<br>beleidscyclus<br>- aansluiten op specifieke regel-<br>geving<br>- processen stroomlijnen<br>(beleidscyclus) |
| informatiepro-<br>ducten in nieuwe<br>systeem (bijv.) | - klantinformatie<br>per regio<br>- keurmerken<br>- internet,<br>produktenwaaier,<br>hulplijn, enz | Brancherapporten<br>Integrale analyses en prognoses<br>Benchmarkrapporten   | - Zorgnota nieuwe stijl<br>- Jaarbeeld Zorg nieuwe stijl   |
| aansluiting op<br>lopende ontwikke-<br>lingen (bijv.) | - vergelijkende<br>rapporten klant-<br>organisaties<br>- EPD                                       | - koppeling aan nieuwe bekosti-<br>gingssystematieken (b.v. DBC<br>en gehandicaptenzorg)<br>- ARZ<br>- data warehouses  | - VBTB en MJA<br>- Informatie- en controle-<br>convenanten zorgsector<br>- verlichting administratieve lasten                              |

## Het kapitaallastenvraagstuk (nadere uitwerking Vraag aan bod)

### 1. Inleiding

In *Vraag aan bod* is uiteengezet dat voor een groot aantal deelsectoren van de zorg vraagsturing wordt nagestreefd. Dat betekent dat productievolume en prijzen tot stand komen op basis van vrije onderhandelingen tussen vragers (c.q. verzekeraars en pgb-houders) en concurrerende aanbieders. Dit streven naar marktconformiteit betekent dat zorgaanbieders hun continuïteit op eigen kracht, in een concurrerende omgeving moeten veiligstellen. Dat heeft een aantal (bedrijfs)economische consequenties.

Zo zullen zorgaanbieders op een wezenlijk andere manier bekostigd moeten gaan worden dan op dit moment het geval is. De investeringsbeslissingen worden door de instellingen zelf genomen, dus zullen de kapitaallasten in de zorgproducten c.q. zorgprestaties tot uitdrukking moeten komen. De functiegerichte budgettering zal dus plaats moeten maken voor prestatie of productbekostiging en er zullen kortere termijnen moeten worden gehanteerd voor de afschrijving van de gebouwen dan de nu voorgeschreven 50 jaar.

In een marktconforme omgeving zal de onzekerheid over prijs en omvang van de afzet van zorginstellingen toenemen, waardoor kapitaalverschaffers zorginstellingen als meer risicovol gaan zien en daardoor hogere eisen gaan stellen aan de kwaliteit van het management en aan de solvabiliteit van de instelling. Het wezenlijke probleem is niet het bestaan van solvabiliteitsverschillen maar van een te lage solvabiliteit om in een marktconforme omgeving te overleven.

Introductie van marktwerking brengt met zich mee dat er van «fair competition» sprake zal moeten zijn tussen bestaande zorgaanbieders onderling en tussen bestaande aanbieders en nieuwkomers. Ongelijkheden op het marktspeelveld, die veroorzaakt zijn/worden door overheidsregels, zullen moeten worden vereffend.

Deze notitie is vooral gericht op de intramurale sectoren van het eerste en tweede compartiment. Het doel ervan is duidelijk te maken waarmee rekening moet worden gehouden als het beleid van marktwerking in de zorgsector wordt doorgezet. Dit rekening houden moet ook letterlijk worden genomen vanwege de financiële consequenties. Uit deze notitie zal blijken dat de administratieve aanpassingen en de omvang van de financiële consequenties afhankelijk zijn van het model dat men nastreeft met betrekking tot de mate van concurrentie en verantwoordelijkheids-overdracht en van het tempo waarin men deze wil realiseren. Natuurlijk is er ook bij extramurale instellingen sprake van kapitaallasten, al zijn die van een andere orde. De thuiszorg is, vanwege de geringe kapitaalintensiteit, wezenlijk anders dan de ziekenhuiszorg. Veel extramurale instellingen kennen op dit moment reeds een normering van de kapitaallasten die in de tarieven is verwerkt. In deze notitie wordt niet verder op de extramurale zorgaanbieders ingegaan. Dat laat onverlet dat ook deze instellingen in een marktconforme omgeving over een solide solvabiliteit moeten beschikken. Het punt is alleen dat die solvabiliteit in veel mindere mate wordt beïnvloed door kapitaallasten.

De opbouw van de notitie is als volgt. § 2 beschrijft de achtergronden en de stand van de discussie over het kapitaallastenvraagstuk in de sectoren care en cure. In § 3 worden twee modellen beschreven, die met name verschillen op het punt van de verantwoordelijkheidsverdeling bij de

investeringsbeslissingen en de mate van concurrentie. In § 4 wordt een aantal stappen beschreven die gezet kunnen worden om de overgang naar een situatie van marktwerking te faciliteren, met bijbehorende indicaties van de financiële gevolgen.

## 2. De relevante ontwikkelingen in de verschillende sectoren

### 2.1 Achtergrond algemeen

De algemene beleidscontext voor deze notitie is de omslag van de centraal aanbodgestuurde inrichting van de sector naar een decentraal vraaggerichte inrichting. Deze context is het afgelopen jaar in een aantal brieven uitvoerig aan de Tweede Kamer voorgelegd. Ideeën omtrent de toekomstige inrichting van zowel het eerste compartiment, het tweede compartiment als het verzekeringsstelsel zijn daarin vervat. Bij meer eigen verantwoordelijkheden voor vragers naar en aanbieders van zorg, zal de overheid zich veel meer moeten richten op het scheppen van randvoorwaarden voor een goed functioneren van de sector. Belangrijk daarbij is dat er een incentivestructuur ontstaat die ertoe leidt dat partijen zelf belang krijgen bij het invullen van de publieke belangen in de zorg (kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid).

Cruciaal voor een marktconforme incentivestructuur is het moment dat de contracteerplicht in de zorgsector verdwijnt. Op dat moment neemt de onzekerheid over prijs en volume van de afzet zodanig toe dat de financiering van de infrastructuur (m.n. gebouwen en inventarissen) niet meer op voorhand vanzelfsprekend is. In het huidige aanbodgestuurde systeem zijn instellingen, wat betreft de financiering van hun kapitaallasten, verzekerd van hun budget, los van de werkelijk geleverde prestaties<sup>1</sup>. Een belangrijk deel van deze notitie richt zich op de beantwoording van de vraag wat één en ander betekent voor de solvabiliteit van instellingen. Een ander aspect dat in de notitie aan de orde komt is de aanpassing van de bekostigingssystematiek. Die wordt meer en meer prestatie- en productgerelateerd. Voor zover de overheidsregelgeving een integrale marktconforme kostentoerekening in de weg staat, zal ook de aanpassing van deze regels aan de orde komen. Hierbij moet met name worden gedacht aan de vergoeding die thans gegeven wordt voor de afschrijvingskosten. Met een vergoeding op basis van een marktconforme kostentoerekening kunnen verschillen tussen bestaande instellingen worden opgeheven evenals verschillen tussen bestaande instellingen en nieuwe toetreders. Ook wordt daarmee bereikt dat een «eerlijke» vergelijking mogelijk is tussen het huren van accommodatie dan wel het in eigendom hebben daarvan. Bovendien zal een marktconforme kostentoerekening er toe moeten leiden dat kwaliteitsverschillen in de prijs tot uitdrukking komen.

#### Kapitaalverschaffers aan het woord

Hoe kijken de kapitaalverschaffers tegen de ontwikkelingen aan? Twee belangrijke spelers aan het woord: E. Elsinga, directeur ING gezondheidszorg en H. Bellers, directeur van het Waarborgfonds voor de zorgsector (Wfz).

Bellers gebruikt een metafoor om de situatie duidelijk te maken. Te financieren instellingen zijn als een auto met chauffeur. Zolang er wordt rondgereden op een oefenveldje zonder overig verkeer, kan er niet veel fout gaan en stellen we aan beide niet te veel eisen. Willen we dat de combinatie in staat is om met een goede kans van slagen veilig Place de Charles de Gaulle in Parijs over te steken, dan stelt dat beduidend hogere eisen aan zowel voertuig als chauffeur. Op het voertuig zien we graag stevige bumpers en goedwerkende gas en rempedalen. Van de chauffeur verlangen we bewezen capaciteiten op het gebied van voertuigbeheersing. Vertalen we de metafoor, dan staan de bumpers voor een goede financiële buffer (lees: solvabiliteit), het gasen rempedaal voor goede sturing- en

<sup>1</sup> De nacalculatiesystematiek die van kracht is geworden met het Actieplan zorg verzekerd beïnvloedt met name de variabele kosten.

beheersingsinstrumenten (zoals managementinformatie) en de chauffeur voor het management van de instelling.

Zowel Elsinga als Bellers constateren dat de toename van onzekerheid bij de instellingen nu al voelbaar is door de boter-bij-de-vis-afspraken. De opschaling van het PGB-gebruik, het vervallen van de contracteerplicht en de invoering van DBC's zullen dit effect versterken. De conclusies die hieraan verbonden moeten worden verschillen.

De kwaliteit van de bedrijfsvoering is op dit moment voor het Wfz minstens zo belangrijk als de cijfermatige solvabiliteitsnormen. Een significant percentage van de zich aanmeldende instellingen wordt namelijk afgewezen, ook al voldoen ze boekhoudkundig aan de minimum norm van 5% van het jaarlijks budget. De kwaliteit van het management wordt zoveel mogelijk getoetst aan het in het verleden gevoerde beleid en de daaruit resulterende vooruitzichten. Belangrijke vragen zijn: Hoe is het gesteld met de kwaliteit van de managementinformatie en de interne procedures en organisatie? Is er tijdig en goed geïnvesteerd in automatisering? Heeft men blijk gegeven van de noodzaak van sanering als dat noodzakelijk was? Is er voldoende schaalgrootte? Wat waren de behaalde exploitatieresultaten?

Ondanks de nadruk op de sturings- en beheersingsinstrumenten van de instellingen zal ook het Wfz strengere eisen aan het financiële stootkussen gaan stellen, als de onzekerheden voor zorginstellingen toenemen. Binnen de huidige wet- en regelgeving acht Bellers een solvabiliteitsnorm van 8% van het jaarbudget noodzakelijk. Afhankelijk van verdere marktwerking ziet hij deze mogelijk in de dubbele cijfers lopen, al zal het Wfz, vanwege zijn «collectieve-buffer» karakter, nooit zover gaan als het commerciële bankbedrijf. De ING (en ook de andere banken) zullen in een marktconforme omgeving commerciële solvabiliteitsnormen gaan hanteren die grofweg liggen tussen 20 à 30%. Zowel Bellers als Elsinga zien de noodzakelijke vermogensversterking bij instellingen nog niet als een gelopen race. De slagschaduw van het «dode geld» die lang over dit dossier hing, is nog niet door de marktzon verdreven en niet alleen bij de overheid. Ook door verzekeraars wordt nog druk op instellingen uitgeoefend om de reserves aan te spreken voor wachtlijstverkorting.

Het overdragen van meer verantwoordelijkheden aan de instellingen betekent onder andere het vergroten van de investeringsvrijheid. De andere kant van de medaille is dat de instellingen financiële en continuïteitsproblemen, zelf moeten oplossen. De mogelijkheden tot het vergroten van de investeringsvrijheid zijn vooral gerelateerd aan de «rijpheid» van de sectorale markten en aan de beschikbare macro-budgettaire ruimte om extra aanbod te laten ontstaan. Het niet meer te hulp snellen bij in nood geraakte instellingen door de overheid is vooral afhankelijk van de relatieve schaarste op de sectorale markten en het antwoord op de vraag in hoeverre het voortbestaan nodig is voor het publieke belang van toegankelijkheid van de zorg. Voor het op maat kunnen reguleren van de investeringsvrijheid in de verschillende sectoren is de WEZ bedoeld. Bij de introductie van marktwerking zullen, voor de opvang van in nood verkerende instellingen, de rollen die het College Sanering Ziekenhuizen (CSZ) en College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) daarbij spelen, moeten worden heroverwogen; een en ander in samenhang met de visie op het marktmeesterschap. De in deze alinea genoemde onderwerpen zijn belangrijk voor de context van de kapitaallasten, maar zullen in deze notitie niet expliciet aan de orde komen.

Naast deze algemene beleidsmatige context zijn er vanuit de deelsectoren nog enkele aanvullende invalshoeken te melden.

## *2.2 Specifieke achtergrond care*

Twee beleidsaccenten in de modernisering van de care-sectoren dwingen

tot nadenken over de oplossing van het kapitaallastenvraagstuk: het scheiden van wonen en zorg en het persoonsgebonden budget. In de brief van de staatssecretaris aan de Tweede Kamer<sup>1</sup> zijn deze beleidsaccenten nader toegelicht. De kern ervan is dat het beleid er zoveel mogelijk op is gericht om het zelfstandig wonen mogelijk te maken, met, waar nodig, de levering van zorg op maat. Om het kiezen voor zelfstandig wonen te bevorderen is het gewenst dat vraag en aanbod van woonfuncties zoveel mogelijk onderdeel worden van de «normale» woningmarkt. Met het persoonsgebonden budget worden geïndiceerde cliënten vervolgens in staat gesteld om zelfstandig passende zorgfuncties in te kopen. Ook deze beslissingen zullen meer en meer tot stand moeten kunnen komen in een «normale» zorgmarkt met producten en prijzen. Beide bewegingen nopen tot het opheffen van vertekeningen in de kapitaallasten die zijn ontstaan door de jaren van aanbodregulering. Die noodzaak klinkt ook door in twee aangenomen moties. In de motie Hofstra/Van 't Riet<sup>2</sup> is de regering gevraagd te rapporteren over de mogelijkheid de financiële stromen van de wooncomponent in de care te scheiden van de zorggelden. De motie Dankers<sup>3</sup> verzoekt de regering om met een plan van aanpak te komen om inzichtelijk te maken wat de gevolgen zijn van het bruteren van de tarieven van instellingen, de persoonsgebonden budgetten ten laste van de bouwbudgetten en het verkorten van de balansen van instellingen.

Om uitvoering te geven aan de motie Dankers zijn voor de care twee onderzoeken uitgezet. Aan Prismant is gevraagd onderzoek te doen naar de solvabiliteitspositie van de instellingen. Het RIGO onderzoekt meer in detail de invloed van het onroerend goed op de vermogenspositie van de instellingen. De resultaten van dit onderzoek worden binnenkort verwacht.

#### **Term bruteren voor de zorgsector minder gelukkig**

Bij de verzelfstandiging van de woningbouwcorporaties eind jaren tachtig zijn de toekomstige objectsubsidies van het rijk aan de corporaties en de aflossingen van de door het rijk aan de corporaties verstrekte leningen contant gemaakt. Het saldo van deze twee contant gemaakte geldstromen werd bruteringsbedrag genoemd en eenmalig aan de verzelfstandigde corporaties betaald. Het belangrijkste motief voor deze operatie was het beteugelen van de groeiende uitgaven als gevolg van de subsidieregeling. Het uitkeren van het bruteringsbedrag was tevens het sluitstuk van een operatie waarmee een einde werd gemaakt aan de forse overheidsregulering van de huursector en waarmee de corporaties, door verzelfstandiging, op het spoor werden gezet van meer marktwerking.

Omdat ook in de zorgsector wordt aangestuurd op een vermindering van overheidsregulering en versterking van de marktwerking, wordt de term «brutering» meer en meer gebruikt om aan te geven wat er in financiële zin nodig is om in de zorgsector een gelijk speelveld tussen zorgaanbieders te creëren. Om een drietal redenen is het gebruik van de term bruteren echter minder gelukkig.

In de eerste plaats was de uitkering van de «bruteringsbedragen» aan de corporaties niet primair bedoeld voor het op voorhand creëren van een gelijk speelveld tussen bestaande corporaties en nieuwe marktpartijen. Met de uitkering van de bruteringsbedragen werden de corporaties primair verondersteld over een voldoende financiële buffer te beschikken om aan concurrentie te worden blootgesteld. Voor zover corporaties als gevolg van de verschillende uitgangspunten in financiële moeilijkheden zouden raken is ervoor gekozen deze problemen ad hoc op te lossen, hetzij door fusies, hetzij door de achtervang van het Waarborgfonds Sociale Woningbouw, hetzij door een sanering via het Centraal Fonds Volkshuisvesting.

<sup>1</sup> TK 2000–2001, 26 631, nr. 12.

<sup>2</sup> TK 2000–2001, 27 559, nr. 23.

<sup>3</sup> TK 2000–2001, 24 036 en 26 631, nr. 204.

In de tweede plaats is een belangrijk verschil dat er tussen de corporaties en de overheid sprake was van twee tegengestelde geldstromen die tegen elkaar werden weggestreept: leningen en subsidies. Bij de zorginstellingen is er met enige goede wil alleen sprake van een «subsiestroom»: de rente en aflossing van goedgekeurde bouwprojecten, waarop de instellingen binnen het wettelijk verankerd systeem kunnen rekenen.

In de derde plaats is de term «bruteren» op zichzelf met onduidelijkheid omgeven. In de praktijk van de rijksbegroting betekent bruteren: het niet-gesaldeerd opnemen van uitgaven en ontvangsten die op hetzelfde beleid betrekking hebben. Bij de woningbouwcorporaties zou dus eigenlijk het tegenovergestelde van de definitie hebben plaatsgevonden omdat (toekomstige) uitgaven en ontvangsten juist werden gesaldeerd.

### 2.3 Specifieke achtergrond cure

In het kader van de invoering van de DBC-systematiek hebben de partijen zich uitgesproken over de kapitaallastenproblematiek. De stuurgroep DBC2003 waarin naast Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Vereniging Academische Ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten ook het Ministerie van VWS deel uitmaakt heeft een plan van aanpak voor de invoering van DBC's opgesteld. Dit plan van aanpak is op hoofdlijnen door het kabinet onderschreven. Het gaat uit van een integrale prijsstelling van DBC's inclusief kapitaallasten. Letterlijk staat er:

*«Op deze wijze kan de benodigde infrastructuur het meest flexibel worden aangepast aan de te leveren zorgvolumes. Belangrijke redenen voor een integrale prijs inclusief de kapitaallasten zijn:*

- De mogelijkheid om het zorgproduct integraal te kunnen beoordelen en te kunnen vergelijken met andere alternatieven.*
- Het verlagen van de financiële drempels voor nieuwe toetreders.*
- Het verhogen van de dynamiek in het zorgaanbod.*
- Draagt bij aan de extramuralisering van de zorg.»*

In het Plan van aanpak wordt onderkend dat voor het proces van integratie van de kapitaallasten in de DBC's zowel geleidelijkheid als maatwerk nodig zijn. Op basis van het onderzoek naar de werking van deelmarkten dat het Ministerie van VWS in gang heeft gezet, wordt bezien hoe ver concurrentie mag gaan, dan wel, in hoeverre nog overheidsbemoeyenis met de infrastructuur noodzakelijk is. Mocht hiervoor nog noodzaak zijn (bijvoorbeeld bij onvoldoende geografische spreiding of zeer grootschalige en kostbare voorzieningen) dan kan er, volgens het plan van aanpak, gedacht worden aan planning van noodzakelijke voorzieningen, zonodig aangevuld met financieringsgaranties.

Wat de fasering van de DBC's betreft voorziet het plan van aanpak in een overgangperiode tot 2005. In deze periode wordt ernaar gestreefd om zo snel mogelijk voor de kapitaallasten een herkenbare vaste toeslag in de DBC-prijzen op te nemen. Deze herkenbare presentatie moet zowel ziekenhuizen als zorgverzekeraars inzicht bieden in de verhouding tussen vaste en variabele kosten. Bij voorkeur gaan de ziekenhuizen over op declaraties op grond van het DBC-tarief inclusief kapitaallasten. Zolang of voor zover dit niet mogelijk is, worden de kapitaallasten als een aparte opslag op het tarief opgenomen. De kapitaallasten zijn in de overgangperiode nog niet onderhandelbaar en partijen lopen hierover vooralsnog geen risico. Voor de eindfase spreekt het plan van aanpak het streven uit om de kapitaallasten zoveel mogelijk onderdeel te laten uitmaken van de DBC-prijzen.

In het plan van aanpak worden met betrekking tot de kapitaallasten nog enkele specifieke aandachtspunten genoemd, namelijk: de relatie tussen



de mate van beïnvloedbaarheid van kosten en het te lopen risico bij de budgettering van verzekeraars, de Europese ontwikkelingen op het gebied van ziekenhuisfinanciering en het verschil in kapitaallasten tussen oude – goeddeels afgeschreven – ziekenhuizen en nieuwe. Deze punten zullen verderop nog aan de orde komen.

### **3. Mogelijke beleidsvarianten verantwoordelijkheid infrastructuur**

Het antwoord op de vraag hoe het kapitaallastenvraagstuk moet worden opgelost is mede afhankelijk van de mate van concurrentie en de verantwoordelijkheidsverdeling die in de zorgsector wordt nagestreefd. In deze paragraaf worden de mogelijkheden hiertoe beschreven aan de hand van twee modellen.

#### *Model I: de markt voorziet in de infrastructuur*

In belangrijke delen van de gezondheidszorg zal het marktmechanisme een prominentere rol gaan spelen bij de instandhouding en de totstandkoming van de infrastructuur. Welke deelsectoren voor liberalisering in aanmerking komen en op welke termijn, zal mede duidelijk moeten worden aan de hand van de deelmarktverkenningen. De kapitaallastenproblematiek, zoals in de voorafgaande paragrafen uiteengezet, speelt vooral in die deelsectoren waar marktwerking wordt geïntroduceerd. Wanneer in deze deelsectoren de marktwerking wordt geïntroduceerd is het wel noodzakelijk (aanloop)problemen rond de kapitaallasten op te lossen (zie § 4). Het accent ligt hierbij op een verbetering van de solvabiliteitspositie waarmee de instellingen beter in staat worden gesteld om zelf de investeringsbeslissingen te nemen.

Voor deze situatie zal het model actueel zijn dat zorgaanbieders in een concurrerende omgeving verantwoordelijk zijn voor hun eigen investeringsbeslissingen. Concurrentie vindt plaats met op product- en prestatiegerichte tarieven die in vrije onderhandelingen tussen zorgvragers en zorgaanbieders tot stand komen en waarin integraal de kosten zijn doorberekend.

Dit model zal de nodige inspanningen vergen op het gebied van bekostigingssystematiek. In paragraaf 2.3 is dat wat betreft de cure duidelijk gemaakt met de weergave van het plan van aanpak DBC's. Op dit moment wordt er ook voor de care gewerkt aan voorstellen om op basis van een beperkt aantal functionele wettelijke aanspraken tot een nieuwe productgerelateerde bekostigingssystematiek te komen.

Het hier geschetste model is zowel mogelijk voor de vormen van zorg waarbij de behandeling en het verblijf niet, of zeer moeilijk, los van elkaar kunnen worden gezien, als voor de deelsectoren waar in de toekomst wonen en zorg gescheiden zijn. In het laatste geval wordt de zorg gecontracteerd tegen een tarief dat los staat van de woonfunctie. De aanbieder kan in dit model wel huisvesting blijven bieden. De bekostiging gaat echter niet meer ten laste van de AWBZ, maar van eigen betalingen, eventueel ondersteund door de instrumenten van het volkshuisvestingsbeleid, zoals IHS. Dit is aan de orde in belangrijke delen van de caresector (verzorging, verpleging). Voor het bevorderen van deze ontwikkeling is het noodzakelijk dat de productgebonden bekostiging van de instelling voorziet in een gescheiden prijs voor het «woonproduct» en voor het «zorgproduct». Het woonproduct kan dan worden gerelateerd aan een eigen bijdrage van de «bewoner». Met deze administratieve omslag wordt de noodzakelijke transparantie gecreëerd die in woonfunctie gespecialiseerde aanbieders stimuleren om de zorgmarkt te betreden en die het zittend management van bestaande zorginstellingen zal stimuleren om het beheer van het

omroerend goed als een activiteit te zien waarvoor aparte aandacht en expertise nodig is.

#### *Model II: De overheid faciliteert de infrastructuur*

Voor bepaalde (deel)sectoren zal de markt de beschikbaarheid van de infrastructuur onvoldoende kunnen garanderen. In die gevallen zal de overheid de beschikbaarheid van de infrastructuur moeten waarborgen. De kapitaallastenproblematiek, met name de verbetering van de solvabiliteitspositie, zoals hiervoor uiteengezet, speelt in deze deelsectoren minder nadrukkelijk. Een aantal andere maatregelen is voor deze deelsectoren weliswaar niet noodzakelijk, maar wel wenselijk (zoals een afschrijvingsperiode die overeenkomt met de gebruiksduur). De situatie waarin de overheid de infrastructuur faciliteert, maar toch zoveel mogelijk competitie wil creëren doet zich voor in het volgende model: het eigendom ligt bij de instellingen maar de overheid stelt op enigerlei wijze de vergoeding van de kapitaallasten van instellingen veilig. Concurrentie tussen zorginstellingen (en zorgverzekeraars) vindt plaats op basis van tarieven waarin de vaste kosten van de infrastructuur niet zijn doorberekend.

Bezien vanuit de bestaande situatie ligt dit model het dichtst binnen bereik. De instellingen zijn al eigenaar van de gebouwen en trekken zelf de daarvoor benodigde financieringsmiddelen aan. De daaruit voortvloeiende kapitaallasten zijn verwerkt in de door het CTG vastgestelde budgetten. Voor de afschrijvingskosten en de rentevergoeding gelden aparte CTG-beleidsregels. De beleidsregel rentenormering impliceert dat instellingen binnen de norm geld over kunnen houden, dan wel tekort kunnen komen. De afschrijvings- en rentekosten worden indirect, via de tarieven, ten laste van de verzekeringspremies gebracht.

De verzekeraars zijn qua kostenstructuur en risicodragendheid al voor een belangrijk deel in overeenstemming met dit model; ze zijn immers niet of nauwelijks risicodragend voor de kapitaallasten. Aan aanbiederszijde zullen echter nog wel op prestaties gebaseerde (kostendeckende) tarieven moeten worden ontwikkeld, waarin de kapitaallasten van de infrastructuur apart zijn onderscheiden. Op dit moment is van dergelijke tarieven nog geen sprake.

Bezien vanuit het perspectief van marktwerking heeft dit model enkele onvolkomenheden. Die zullen naar voren komen bij het opheffen van de contracteerplicht. De afzet van het zorg (en woon)volume is dan niet meer gegarandeerd. Kan men tegelijkertijd nog wel rekenen op een vergoeding van de infrastructuurgebonden kosten, dan ontbreekt voor instellingen de prikkel om te kiezen voor zorgvormen met zo laag mogelijke kapitaallasten. Een tweede onvolkomenheid van dit model is de ongelijkheid van het speelveld die ontstaat ten opzichte van nieuwe aanbieders die los van de overheidsplanning zorg willen aanbieden. Zij kunnen niet rekenen op de vergoeding van de kapitaallasten die de zittende instellingen wel krijgen. Voor de werking van vraaggerichte zorg zijn lage toetredingsdrempels voor nieuw zorgaanbod evenwel van groot belang. Zal het binnenlandse speelveld ongelijkheden gaan vertonen, ten opzichte van de landen om ons heen is er met dit model sprake van een zekere gelijkheid van het speelveld. In Duitsland en België worden de kapitaallasten in meer en mindere mate rechtstreeks door de overheid gefinancierd. Dat dat niet via de premieheffing gebeurt maar via de belastingen is slechts een technisch vormverschil. Waar het om gaat is dat in de Duitse en Belgische instellingstarieven de kapitaallasten (ook) niet of niet volledig zijn doorberekend. Nederlandse zorgverzekeraars die zorg over de grens inkopen betalen dan niet voor de kapitaallasten maar omgekeerd

wel. Dit roept uiteraard de vraag op of Nederland model II dan beter ook niet als een eindmodel zou kunnen beschouwen. Dat lijkt niet verstandig, althans, niet omwille van gelijkheid met de buurlanden. Daarvoor is dit model te onvolkomen voor die delen van de sector waar meer marktwerking mogelijk is, zoals hiervoor is uiteengezet. Voor zover er door de afwijkende keuze van Nederland een concurrentieverschil tussen ons en onze buurlanden ontstaat, zal dat vooral door onze burens als een probleem worden ervaren omdat zij niet makkelijk onze markt kunnen betreden maar wij die van hen wel.

Model II zal wel als eindmodel dienst kunnen/moeten doen voor die vormen van zorg waarin de markt niet voorziet. Met name denken we hierbij aan zorg die afhankelijk is van kostbare infrastructuur waarvan de overheid de spreiding en beschikbaarheid zeker wil stellen (topklinische ziekenhuiszorg, brandwondencapaciteit e.d.). Mede via de deelmarktgewijze benadering zal in het overgangsproces moeten komen vast te staan voor welke vormen of delen van de zorg dit geldt. Bij de uitwerking van model II is een specifiek aandachtspunt, dat de prikkel van de bestaande rentenormering niet verloren gaat.

#### **4. Uitwerking van mogelijke maatregelen en oplossingsrichtingen**

Zoals in *Vraag aan bod*, en hiervoor in § 3 is beschreven, zullen belangrijke delen van de intramurale sectoren in de eindfase van de stelselvernieuwing vooral beantwoorden aan model I. Voor sommige deelsectoren is ook model II in de eindfase denkbaar. Die eindfase zal in de komende kabinetsperiode nog niet zijn bereikt. Wel kunnen in de komende kabinetsperiode stappen worden gezet op weg daar naartoe. In deze paragraaf wordt daarvoor een aantal mogelijke maatregelen en oplossingsrichtingen gepresenteerd. De stappen beogen instellingen in staat te stellen in een goede conditie aan de start te verschijnen wanneer deelsectoren van de zorg overgaan op marktwerking. Daarbij kunnen drie groepen maatregelen worden onderscheiden:

1. Maatregelen gericht op het verstrekken van een meer markt- en kostenconforme vergoeding
2. Maatregelen om de solvabiliteit van instellingen te versterken
3. Maatregelen ter versterking van de bedrijfsvoering

##### *4.1 Het verstrekken van een kostenconforme vergoeding*

In deze paragraaf zijn enkele concrete maatregelen beschreven die in de komende kabinetsperiode serieuze aandacht verdienen. De maatregelen zijn bedoeld om een verantwoorde introductie van marktwerking mogelijk te maken. Ze komen in de praktijk neer op het verhogen van de tarieven naar een meer marktconform kostenniveau, waardoor een verslechtering van de solvabiliteit van de zorgaanbieders wordt tegengegaan. Voor de beoordeling van de met deze maatregelen samenhangende kosten is het volgende van belang. Het niet nemen van de maatregelen betekent uitstel maar geen afstel van de tariefsverhogingen voor de sectoren die beantwoorden aan model I. Introductie van marktwerking in die sectoren heeft tot gevolg dat de instellingen worden gedwongen tot het berekenen van hogere tarieven vanwege de hogere marktconforme kapitaallasten. Dat kan op dat moment gemakkelijk als een onverwacht negatief effect van de introductie van marktwerking worden ervaren. Daarnaast is de kans reëel dat die ervaring wordt versterkt als op dat moment meerdere zorgaanbieders in continuïteitsproblemen komen omdat ze onvoldoende weerstand hebben kunnen opbouwen.

#### 4.1.1 Vergoeding voor verkorten afschrijvingstermijnen

Het is een gezond economisch principe om de kosten die in een bepaalde periode worden gemaakt, ook in die periode voor rekening te nemen. Met betrekking tot de vergoeding voor afschrijvingskosten is dat thans niet het geval. Er wordt aan de instellingen een vergoeding gegeven die gebaseerd is op een afschrijvingstermijn van 50 jaar. Dit is een beduidend langere termijn dan de gemiddelde gebruiksduur. Hierdoor vinden er afschrijvingen plaats op verouderde gebouwen of zelfs gebouwen die feitelijk niet meer in gebruik zijn. Door de vergoeding voor afschrijvingen te baseren op een afschrijvingsperiode die overeenkomt met de gebruiksduur wordt een meer marktconforme kostentoe rekening verkregen. Op termijn betekent deze maatregel bovendien een structurele besparing op de rentekosten, die de verhoging van de vergoeding meer dan goed maakt. Dat maakt deze maatregel voor zowel model I als model II interessant.

Bij het hanteren van kortere afschrijvingstermijnen staat men voor de beantwoording van de vraag welke gebruiksduur het meest realistisch is. Dit is in belangrijke mate afhankelijk van de gebruiksfunctie. Als alternatief voor de tot nu toe gehanteerde 50 jaar, lijkt een afschrijvingsperiode van 30 à 40 jaar het meest realistisch. We zullen de financiële consequenties van beide uitersten van deze marge bezien.

Een, qua financiële inpasbaarheid, geleidelijke methode om de vergoeding voor afschrijvingskosten aan te passen, is vanaf het moment van overgang, voor alle gebouwen over te stappen op een nieuw jaarlijks afschrijvingspercentage, ongeacht de resterende levensduur. Naarmate de gebouwen nieuwer zijn treedt de gewenste eindsituatie vollediger in werking. De financiële gevolgen van deze methode kennen een specifiek verloop. Aanvankelijk zijn er meerkosten. Deze hebben echter een dalend verloop. Na ca. 16 jaar slaan de kosten om in baten en na ca. 31 jaar zijn de kosten «terugverdiend». Dit verloop wordt veroorzaakt doordat de aanvankelijk hogere jaarlijkse afschrijvingslasten geleidelijk aan – en uiteindelijk meer dan – worden goedge maakt door de rentebesparingen. De (aflopende) meerkosten van een verkorting naar 30 jaar bedragen ca. 210 miljoen euro (care ca. 115 en cure ca. 95) in het eerste jaar en door het dalend verloop 160 mln in jaar vier. Voor een verkorting naar 40 jaar is dat ca. 80 miljoen euro (care ca. 45 en cure ca. 35) in het eerste jaar en 60 miljoen in jaar vier.

#### 4.1.2 Vergoeding voor afschrijven op basis van «vervangingswaarde zonder inhaal»

De vergoeding voor de afschrijvingskosten in de zorg is gebaseerd op het afschrijven op basis van historische kostprijs. Nadeel van deze methode is dat er tussen instellingen kostenverschillen optreden die het gevolg zijn van verschillen tussen de jaren van investering. De investering wordt immers elk jaar duurder. Een ander nadeel is dat kosten van een instelling een schokkerig patroon kennen: extreem laag vlak voor een nieuwe investering en extreem hoog vlak na een investering (de vrijvallende kapitaalslasten staan in geen verhouding tot de nieuwe kapitaalslasten). Daarnaast wordt de solvabiliteitspositie van een instelling sterk uitgehold (iedere nieuwe investering moet met een steeds groter aandeel van vreemd vermogen worden gefinancierd).

Een manier om dit te ondervangen is om de vergoeding van de afschrijvingskosten te baseren op de methode van vervangingswaarde «zonder inhaal» in plaats van op de historische kostprijs. De kern hiervan is dat de vergoeding rekening houdt met de inflatie. Hierdoor treden er

geen kostenverschillen op als gevolg van verschil in leeftijd van de gebouwen. Ook treden de schokken in de kapitaalkosten bij de investering in een nieuw gebouw niet meer op. Door de instellingen kan een jaarlijkse reservering worden gedaan voor de financiering op het moment van nieuwbouw waardoor de solvabiliteitspositie op peil kan blijven (zie voor een nadere uiteenzetting over de verschillen in afschrijving de bijlage).

Bij overschakeling op een vergoeding op basis van de vervangingswaarde «zonder inhaal» wordt de vergoeding éénmalig opgewaardeerd naar de vervangingswaarde van dat moment. Daarna wordt de jaarlijkse vergoeding aangepast aan de inflatie. Uitgaande van een prijsindex van 2,5%, en de bestaande normatieve vierkante meters en normbedragen van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ), zijn de extra jaarlijkse kosten hiervan voor de gehele zorgsector ca. 580 miljoen euro (care ca. 310 en cure ca. 270) bij een verkorting naar 30 jaar afschrijving. Bij een verkorting naar 40 jaar afschrijving is dat ca. 430 mln euro (care ca. 240 en cure ca. 200).

#### 4.2 Versterken van de solvabiliteit van de instellingen<sup>1</sup>

Voorlopige onderzoeksresultaten wijzen op een zwakke solvabiliteit bij veel bestaande zorginstellingen. Onder solvabiliteit wordt verstaan de verhouding tussen het eigen vermogen en het totale vermogen<sup>2</sup>. Een belangrijke functie van een solide solvabiliteit is het toegang houden tot de kapitaalmarkt: het geeft vermogensverstrekkers het benodigde vertrouwen dat de instelling fluctuaties in de afzet zelf kan opvangen en het geeft de instelling de mogelijkheid (een deel van) een investering zelf te financieren. Het wezenlijke probleem is niet het bestaan van solvabiliteitsverschillen maar van een te lage solvabiliteit om te overleven. Er zijn verschillende manieren om de solvabiliteit te verbeteren.

##### 4.2.1 Generieke compensatie ineens

Voor de bestaande gebouwen zou een vergoeding kunnen worden gegeven voor de éénmalige afwaardering van de boekwaarde tot de bedrijfswaarde van het gebouw. De bedrijfswaarde is de waarde die ontleend is aan een marktconforme prijs voor het verblijf (waarin ook de kwaliteit van het gebouw tot uitdrukking is gebracht). Met de uitkomsten van het RIGO-onderzoek kan voor de care-sector een indicatie worden gegeven van de kosten hiervan.

##### 4.2.2 Generieke geleidelijke compensatie

In plaats van compensatie ineens kan voor een geleidelijke optrekking van de solvabiliteit worden gekozen. In de tarieven zou voor dit doel bijvoorbeeld een extra marge kunnen worden ingebouwd die instellingen kunnen doorberekenen tot een zekere solvabiliteit is bereikt. In deze benadering zou de volgende kabinetsperiode benut kunnen worden om de solvabiliteit van de instellingen op peil te brengen. Het verschil tussen deze methode en de vorige is dat de spreiding van de financiële consequenties veel groter is.

##### 4.2.3 Ad hoc benadering

Een alternatief voor de hierboven beschreven generieke methodes is de ad hoc benadering. Volgens deze benadering wordt over een eventuele versterking van de solvabiliteitspositie op instellingsniveau beslist. Een voordeel van een dergelijke benadering is dat de eventuele solvabiliteitssteun gericht en gecontroleerd wordt verstrekt. Met de ad hoc benadering wordt voorkomen dat het algemene solvabiliteitsniveau onbedoeld wordt

<sup>1</sup> Wat in deze paragraaf aan de orde komt kan ook van toepassing zijn op extramurale zorgaanbieders.

<sup>2</sup> Omdat de solvabiliteit van een instelling fluctueert met de ouderdom van de infrastructuur, dient bij het beoordelen van individuele instellingen een gecorrigeerde maatstaf te worden gebruikt.

opgetrokken tot een niveau die een verdergaande liberalisering in de weg staat. Anderzijds maakt het een kritische beoordeling mogelijk waarbij de blik niet beperkt blijft tot de vermogenspositie van de instelling sec, maar zich uitstrekt tot de vermogenspositie van de gehele juridische constructie waarvan de instelling deel uitmaakt. Ook kan de oorzaak van de slechte solvabiliteitspositie in de beoordeling worden betrokken. Voorzover foutieve managementbeslissingen een verklaring bieden, is het denkbaar dat er nadere eisen worden gesteld aan het verlenen van solvabiliteitssteun.

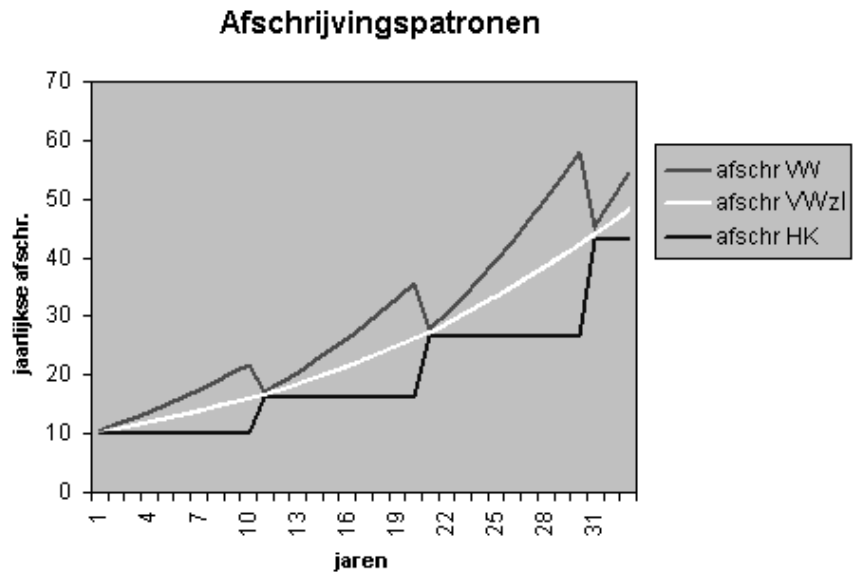
Er zijn verschillende manieren om de ad hoc methode uit te voeren. Een mogelijkheid is om een systematische beoordeling van alle individuele instellingen op te zetten. Administratief is deze methode belastend. Een alternatief is om de ad hoc beoordeling alleen toe te passen op zorgaanbieders die geen toegang hebben tot het Wfz, of die anderszins in de continuïteitsproblemen zijn gekomen en waarvan het voortbestaan met het oog op de toegankelijkheid tot de zorg, van belang is. Om het aantal probleemgevallen te beperken kan een tussenoplossing zijn om voor een bepaalde tijd eerst een generieke compensatie toe te passen.

Tot slot zal de vraag beantwoord moeten worden wie de *ad hoc benadering* uitvoert en welk instrumentarium daarbij ter beschikking staat. Als voorbeeld dringt zich op de structuur voor de sociale woningbouw sector (Centraal Fonds etc.). Afgewogen zal moeten worden of deze structuur zich wel verdraagt met de heterogeniteit van de zorgsector en met de intentie om instellingen met meer verantwoordelijkheid te laten concurreren. Ook zal goed gekeken moeten worden naar de rol die de CSZ en het CTG thans hebben ten aanzien van zorginstellingen die in continuïteitsproblemen verkeren. Daarbij zal ook de positie van de marktmeester moeten worden betrokken.

#### *4.3 Versterking bedrijfsvoering*

Minstens zo belangrijk voor een goede toegang tot de financieringsbronnen is de kwaliteit van het management van de instellingen. Dit is een punt van aandacht dat in het beleid voor de komende vier jaar niet zou mogen ontbreken. Gedacht kan worden aan de volgende zaken die het management moeten prikkelen tot het meer op eigen benen staan en te doordringen van het belang van een goede ICT-infrastructuur:

- Doorgaan op de weg van benchmarking. Dit geeft het management meer inzicht in het bedrijfseconomisch functioneren van de eigen instelling, prikkelt tot verbetering en geeft tevens verbeteringsrichtingen aan.
- Stimuleren en faciliteren van bedrijfsondersteunende ICT-toepassingen.



In bovenstaande figuur zijn bij wijze van voorbeeld drie exploitatieperioden van een instelling weergegeven. In jaar 0 wordt een gebouw met de waarde 100 gebouwd. Verondersteld is een gebruiksduur van 10 jaar en een inflatie van 5%.

*Vergoeding voor afschrijven op basis van historisch kostprijs (HK, donkere lijn)*

De donkere lijn geeft het afschrijvingspatroon weer op basis van historische kostprijs. De afschrijvingen zijn elke periode 1/10 van de aanschafwaarde. De sprongen in aanschafwaarde worden met elke investeringsronde groter vanwege de inflatie. Een vergoeding voor afschrijven op basis van historische aanschafwaarde heeft enkele nadelen voor het transitieproces naar marktwerking in de zorgsector. Allereerst treden er tussen instellingen kostenverschillen op als gevolg van verschillen in bouwjaar. Een ander nadeel is dat kosten van een instelling een schokkerig patroon kennen: extreem laag vlak voor een nieuwe investering en extreem hoog vlak na een investering (de vrijvallende kapitaalslasten staan in geen verhouding tot de nieuwe kapitaalslasten). Daarnaast wordt de solvabiliteitspositie van een instelling systematisch uitgehold (iedere nieuwe investering moet met een steeds groter aandeel van vreemd vermogen worden gefinancierd).

*Vergoeding voor afschrijven op basis van vervangingswaarde (VW, lichte lijn)*

Het als laatste genoemde nadeel van een vergoeding op basis van de historische kostprijsmethode doet zich niet voor bij de vervangingswaarde. Sterker nog, op basis van deze methode wordt er jaarlijks zoveel afgeschreven dat daarmee het bedrag kan worden gereserveerd om de nieuwe investering, zonder vreemd vermogen, te kunnen financieren.

Daartoe wordt de jaarlijkse inflatie met terugwerkende kracht ook op de «oude» jaren toegepast (inhaalafschrijving). De solvabiliteit van de instelling wordt er aanmerkelijk mee verbeterd. Ook deze methode heeft het nadeel van een schokkerig kostenpatroon en van kostenverschillen als gevolg van een verschil in bouwjaar. Als het gaat om een vergoeding in de tarieven is deze methode de duurste.

*Vergoeding voor afschrijven op basis van vervangingswaarde zonder inhaalafschrijving (VWzI, witte lijn)*

Dit is een tussenvorm tussen HK en VW. Bij overschakeling op deze methode maakt de vergoeding per instelling éénmalig de sprong van de zwarte HK-lijn naar de witte lijn en kent vervolgens een gelijkmatig groeiend verloop als gevolg van de inflatie. Kostenverschillen tussen instellingen als gevolg van verschil in bouwjaar worden hierdoor vereffend. De solvabiliteit van de instelling wordt er niet door uitgehold, zoals bij HK, maar kan in stand blijven. Ook zijn er geen kostenschokken bij herinvestering.



## Beheersing van de zorguitgaven in de volgende kabinetsperiode (nadere uitwerking Vraag aan bod)

### 1. Inleiding

Ook in de toekomst blijft solidariteit een van de uitgangspunten voor de zorg: goede en betaalbare zorg, bereikbaar voor iedereen. Het zorgstelsel zoals gepresenteerd in *Vraag aan bod* kent dan ook een aantal waarborgen voor die solidariteit. Die waarborgen zijn zodanig dat de zorg moet worden beschouwd als onderdeel van de collectieve sector. Dit betekent dat de zorguitgaven worden betrokken bij het budgettaire proces waarin beleidsprioriteiten, waaronder de collectieve lasten en EMU-saldo, tegen elkaar worden afgewogen. De uitkomst van deze afweging wordt – waar het de budgettaire ruimte voor de zorg betreft – vastgelegd in het zogenoemde budgettaire kader zorg (BKZ). In dit budgettaire kader komt, net als in de andere onderdelen van de collectieve sector, de schaarste tot uitdrukking; dat wil zeggen de spanning tussen de totale behoefte aan uitgaven en de beschikbare middelen voor, in casu, zorg.

Voor het geval de totale zorguitgaven afwijken van de beschikbare ruimte zal, gegeven het afgesproken kader, het kabinet besluiten over een beleidsreactie. Die reactie is afhankelijk van de regels budgetdiscipline en van de instrumenten die het kabinet ter beschikking heeft om in te grijpen. Hierbij moet rekening worden gehouden met de ontwikkeling van het sturingsmodel voor de zorg, conform *Vraag aan bod*. Het huidige sturingsmodel is jarenlang geënt geweest op centrale aanbodssturing en kent bijpassende instrumenten. In paragraaf 2 wordt ingegaan op de relatie tussen BKZ en de overgang naar een decentraal, vraaggericht sturingsmodel. De geleidelijke ontwikkeling van de vraaggerichte sturing houdt in dat de toepasbaarheid van het instrumentarium voor de budgettaire beheersing ook aan verandering onderhevig is.

De paragrafen 3 e.v. gaan over onderwerpen die relevant zijn voor de beheersing van de zorguitgaven in de volgende kabinetsperiode. Waar dit aan de orde is wordt het perspectief van de geleidelijke overgang naar een decentraal, vraaggericht zorgstelsel gekozen en wordt het onderscheid gemaakt tussen eindbeeld en overgangsfase.

Bij de beheersing van de zorguitgaven gaat het om de volgende vragen:

- Is het op grond van de algemeen aanvaarde doeleinden van het budgettaire beleid (beheersen collectieve lasten en EMU-saldo) wenselijk om de zorguitgaven te beheersen en zo ja welke uitgaven (paragraaf 3)? Centrale vraag is of de premies van de zorgverzekeringen tot de collectieve lasten behoren. De conclusie is dat zowel in de verzekeringsvariant van de nota *Vraag aan bod* als in die van het SER-advies, de zorgkostenpremie collectieve lasten zullen zijn en het saldo van de zorgverzekeraars mede bepalend is voor het EMU-saldo. Dit betekent dat de zorguitgaven ook in het nieuwe stelsel genormeerd en beheerst moeten worden.
- Welke instrumenten zijn voor handhaving beschikbaar? In een vraaggestuurd stelsel ligt een rechtstreekse ingreep in prijzen en volumina minder voor de hand. De geëigende instrumenten van de overheid zijn dan de hoogte van de eigen betalingen, de omvang van het verzekerde pakket en systeemcorrecties. De inzet van instrumenten komt in paragraaf 4 aan de orde.
- Hoe luidt het compensatieregime; welke afspraken zijn er ten aanzien van mee- en tegenvallers (paragraaf 5), gegeven de regels budgetdiscipline. Uitgangspunt is dat in de volgende kabinetsperiode voor de collectieve sector, dus ook voor de zorg, weer gewerkt gaat worden met reële uitgavenkaders. In deze paragraaf komt ook de voortzetting van het *Actieplan zorg verzekerd* (boter bij de vis) aan de orde. Een

belangrijk op te lossen probleem voor het zorgkader is hoe de normering vorm kan krijgen in de overgangperiode naar het toekomstige stelsel. Concreet gaat dit over de handelwijze ten aanzien van deelmarkten waarvoor het aanbodregime kan worden verlicht.

- In een bijlage wordt ingegaan op enige meer technische aspecten van de meting van de zorguitgaven. Het gaat daarbij over een zo helder mogelijke afbakening van de uitgaven vallend onder het budgettaire kader zorg en de uitgaven onder de ijklijn rijksbegroting eng en voorts om de vraag hoe de zorguitgaven het beste gemeten kunnen worden. Voor dit laatste wordt voorgesteld om over te stappen van budgetten van de zorgaanbieders naar de uitgaven van verzekeraars<sup>1</sup>.

## **2. BKZ en de overgang naar een sturingsmodel op basis van vraagsturing**

In de nota *Vraag aan bod* heeft het kabinet een toekomstig decentraal sturingsmodel geschetst. In deze visie plaatst de overheid zichzelf meer op afstand; hoeveelheden en prijzen in de zorg zullen meer de uitkomst moeten worden van gereguleerde marktwerking. In de mate waarin marktwerking is gerealiseerd kan de bemoeienis van de overheid met de zorg globaler worden. Deze veranderingen zullen geleidelijk gestalte krijgen, waarbij de agenda voor de komende jaren met name in het teken staat van het scheppen van de condities voor marktwerking. Typerend voor dit proces zijn de grote verschillen in complexiteit tussen de onderscheiden deelmarkten en, daarmee samenhangend, het verschil in tempo van verandering.

Het terugtreden van de overheid zal steeds per deelmarkt worden gezien. Een besluit om op een deelmarkt over te gaan tot vraagsturing betekent concreet dat het huidige aanbodinstrumentarium, zoals onder meer in de WTG vastgelegd, voor die deelmarkt wordt verlicht of buiten gebruik gesteld. De overheid laat dan de directe greep op volume en/of prijzen los. Dat is een verantwoorde stap wanneer voor die deelmarkt producten zijn gedefinieerd, transparantie ten behoeve van verzekeraars, zorgconsumenten en toezichthouder is gecreëerd en sprake is van een toereikend aanbod. In die omstandigheden is de markt een doelmatig en doeltreffend allocatiemechanisme en is aan een noodzakelijke voorwaarde voor betaalbare zorg voldaan. Het project deelmarktonderzoeken analyseert de condities waaronder markten kunnen overgaan naar vraagsturing.

Hoewel het veranderingsproces reeds enige jaren geleden is gestart, en de eerste concrete resultaten bij het scheppen van marktcondities nu worden geboekt, is op dit moment het aanbodinstrumentarium nog grotendeels intact en noodzakelijk voor het beheersen van de zorguitgaven. Naar verwachting kunnen in de komende kabinetsperiode de eerste stappen naar liberalisering van deelmarkten worden gezet.

Met alleen doelmatig werkende markten is overigens de betaalbaarheid van de zorg en de beheersbaarheid van de zorguitgaven niet voldoende gewaarborgd. Het is mogelijk dat een sterke ontwikkeling van de zorgvraag in een vraaggestuurd stelsel leidt tot een overschrijding van het afgesproken kader (zie par. 3). In dat geval moet worden gezien hoe dit beslag kan worden teruggedrongen, zonder af te doen aan het model van vraagsturing. Effectieve instrumenten en een tijdige en betrouwbare informatievoorziening zijn hiervoor vereist.

<sup>1</sup> Waar in deze notitie gesproken wordt over verzekeraars wordt tevens bedoeld op de toekomstige uitvoerders van de algemene zorgverzekering (die verzekeringstechnisch geen verzekeraar zijn omdat het verzekeraarsrisico niet bij hen, maar bij de overheid berust).

### **3. Zorguitgaven, het collectieve lasten karakter van ziektekostenpremies en de bijdrage van de zorg aan het EMU-saldo**

Belangrijk startpunt voor de discussie over de normering van de zorguitgaven is de vraag of de zorg deel uitmaakt van de collectieve sector. Immers, dat is de reden om de uitgaven te beheersen. Het antwoord op die vraag wordt vanuit verschillende invalshoeken belicht.

#### *Politiek-bestuurlijke context*

Politiek-bestuurlijk gezien staan de publieke belangen die met de zorg gepaard gaan (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid) voorop. Om die belangen te realiseren verplicht de overheid burgers zich te verzekeren voor een door de overheid vastgesteld pakket. De omvang van pakket en kring van verzekerden worden bepaald door een politiek proces, buiten het normale prijsmechanisme om. Er is geen relatie tussen betaling en tegenprestatie omdat verzekeraars geen onderscheid mogen maken tussen (categorieën) verzekerden. Dit is de reden dat de zorguitgaven als collectief bestempeld moeten worden. Gegeven het collectieve karakter van de zorguitgaven, moeten de budgettaire gevolgen van de keuzes in de zorg kunnen worden afgewogen tegen de budgettaire gevolgen van andere collectieve taken, lastendruk en EMU-tekort. Daarvoor is een budgettaire kaderstelling nodig waarbinnen deze politieke prioriteitenafweging plaatsvindt.

#### *Ziektekostenpremies als collectieve lasten*

De conclusie aangaande het collectieve karakter van de zorg kan nader worden onderbouwd door het collectieve-lastenkarakter van de zorgpremies na te gaan aan de hand van de daarvoor geldende begripsbepaling. Een collectieve last is eenduidig gedefinieerd:

*«Een collectieve last is een in Nederland door de overheid opgelegde verplichte betaling aan een overheid waar geen concrete, individuele en met de betaling samenhangende tegenprestatie tegenover staat of waarbij het gaat om een eigen bijdrage voor een voorziening waarvan het gebruik verplicht is.» (Bron: MN1993, 11de Rapport Studiegroep Begrotingsruimte)*

Inkomsten gelden dus als een collectieve last in twee situaties:

- I
  - a. De betalingen hebben een verplicht karakter;
  - b. de ontvanger van de betaling is (een deel van) de overheid;
  - c. tegenover de betaling staat geen concreet individueel aanwijsbare tegenprestatie.
- II
  - a. De betalingen zijn een eigen bijdrage voor een voorziening;
  - b. de ontvanger van de betaling is (een deel van de) overheid;
  - c. het gebruik van de voorziening is verplicht.

In *Vraag aan bod* is sprake van een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering, waardoor burgers van rechtswege verzekerd zijn; het gebruik is derhalve verplicht. *Vraag aan bod* kent enkele opties voor de premiestructuur. Er is een optie met alleen nominale premies en er zijn opties met procentuele premies. Bij procentuele premies is er duidelijk geen relatie tussen premiebetaling en een individueel aanwijsbare tegenprestatie. De nominale premies worden weliswaar betaald aan de (privaatrechtelijke) uitvoerders van de verzekering, maar deze uitvoerders vallen onder wettelijke regulering. Hoofdelement van die regulering is de wettelijk opgelegde risicosolidariteit door het geheel van het wettelijk voorgeschreven verzekeringspakket, de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en het vereveningssysteem waarmee de verzekeraars de gezondheids-

risico's onderling delen. Door de opgelegde risicosolidariteit staat de individuele nominale premie niet in verhouding tot het individuele ziektekostenrisico, waardoor er ook bij de nominale premies geen sprake is van een prijs met een individueel aanwijsbare tegenprestatie. Zowel de procentuele premies als de nominale premies hebben dus volgens de definitie een collectieve lasten karakter.

De SER kiest in zijn voorstellen voor een privaatrechtelijke grondslag voor de ziektekostenverzekering. Er is een spectrum aan polissen mogelijk dat wordt begrensd door de (acceptatieplichtige) standaardpolis met een «brede» dekking en een (verzekeringplichtige) basispolis met een «smalle» dekking. In dit model kunnen de premies gezien worden als een eigen bijdrage aan de voorziening: verzekering tegen ziektekosten. Ook in het SER-model zullen de verzekeraars gezien (moeten) worden als een onderdeel van de overheid omdat voor de standaardpolis waarborgen voor risicosolidariteit zijn ingebouwd (wettelijk verzekerd pakket, acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie, verevening). Bovendien geldt voor de basispolis dat het gebruik verplicht is (verzekeringplicht en vereveningsbijdrage ten behoeve van de standaardpolis). Op grond hiervan voldoen de nominale premies in de SER variant aan de voorwaarden gesteld in geval II van de definitie en moeten ook hier de premies als collectieve last worden aangemerkt.

De conclusie is dat in beide modellen voor de algemene ziektekostenverzekering zowel de procentuele als nominale premiebetalingen als collectieve last moeten worden aangemerkt.

Voor de nominale premies geldt echter een bijzonderheid. Een nominale premie geldt pas als collectief als deze verplicht is opgelegd of als het gebruik verplicht is. In de voorstellen van *Vraag aan bod* wordt de ziektekostenverzekering uitgevoerd door concurrerende uitvoerders, met uiteenlopende nominale premies. Aangezien de mogelijkheid bestaat om van verzekeraar te wisselen en bovendien de verzekeraars een acceptatieplicht kennen, kan iedereen zich inschrijven bij de goedkoopste verzekeraar en is niemand verplicht om een hogere dan de laagste (minimale) nominale premie te betalen. Het bovenminimale deel van de premie die door duurdere uitvoerders wordt gerekend, kan derhalve niet als collectieve last worden aangemerkt. Het is van belang voor het hanteren van de laagste premie uit te gaan van een bepaalde kritische massa. Voorkomen moet worden dat door een te smalle basis (bijvoorbeeld wanneer de goedkoopste verzekeraar slechts een zeer beperkt aantal verzekerden heeft) incidentele, niet-representatieve oorzaken kunnen leiden tot sterke wisseling van de lastendruk. Deze kritische massa kan worden bepaald als de 10% van de verzekerden met de laagste nominale premie.

Ook beleidsmatig is het gewenst de bovenminimale nominale premie niet als collectieve last te meten. Een bovenminimale premie is in *Vraag aan bod* een vergoeding voor betere kwaliteit en/of voor inefficiency. Het ligt niet in de rede dat de overheid premiestijgingen als lastenverzwaring aanmerkt omdat burgers uit vrije wil kiezen voor een verzekeraar die meer dan minimale kwaliteit biedt en/of inefficiënt is. Aangezien het voor de verzekerde een vrijwillige keuze is te kiezen voor duurdere basiszorg en daarmee een hoge premie, ligt het niet voor de hand dat de overheid die hoge (vrijwillige) premie moet beheersen.

De conclusie is daarom dat voor de bijdrage van de nominale ziektekostenpremie aan de collectieve lasten, kan worden uitgegaan van de laagste nominale premie<sup>1</sup>, met dien verstande dat een bepaalde kritische massa is gewaarborgd<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> De ontwikkeling van de laagste nominale premie wordt dan ook gemeten in de MLO (Micro Lasten Ontwikkeling).

<sup>2</sup> Bij de berekening van de koopkrachtontwikkeling van burgers wordt overigens nog wel rekening gehouden met de ontwikkeling van de gemiddelde nominale premie. Het bovenminimale deel zal daarbij waarschijnlijk worden verwerkt in de prijs van door burgers aangeschafte goederen en diensten.

Bij de vraag naar de normering van de zorguitgaven is relevant hoe de zorguitgaven het EMU-saldo belasten. Hiervoor is de vraag wat volgens de Europese definities tot de «overheid» hoort cruciaal. Daarbij geldt dat als een entiteit conform de hieronder beschreven criteria tot de «overheid» behoort, deze instelling voor 100% meeloopt in het EMU-saldo<sup>1</sup>. Conform Europese richtlijnen behoort een instelling tot de overheid als de instelling zijn kosten niet voor meer dan de helft uit als kostprijs aan te merken ontvangsten dekt. Relevant is dus de vraag of een inkomst een reële kostprijs is. Daarbij is onder andere relevant of er sprake is van een grote mate van solidariteit. In dat geval heeft de prijs geen relatie met kosten.

Het is overigens niet zo dat automatisch alle inkomsten van een overheidslichaam een collectieve last zijn en alle uitgaven onder een ijklijn vallen (zie de volgende paragraaf).

Indien de uitvoerders van de verzekering in overwegende mate worden gefinancierd via een procentuele premie, worden deze uitvoerders tot de overheid gerekend. Omdat de nominale premies in *Vraag aan bod* fors gereguleerd zijn kunnen deze premies niet worden aangemerkt als een reële kostprijs. Daarvoor is het solidariteitsgehalte te hoog. Ook in het geval de uitvoerders van de verzekering in overwegende mate via (gereguleerde) nominale premies worden gefinancierd, moeten deze uitvoerders tot de overheid worden gerekend. Zorgaanbieders worden op grond van de Europese definities niet tot de overheid gerekend omdat de tarieven die ze in rekening brengen worden aangemerkt als een kostprijs<sup>2</sup>.

#### *Samenhang tussen de collectieve lasten, het EMU-saldo en de te beheersen uitgaven*

Uit transparantieoverwegingen wordt gestreefd naar een normerings-systematiek waarvoor geldt dat collectieve lasten minus uitgaven vallend onder een ijklijn zo veel als mogelijk het EMU-saldo oplevert. Op dit moment is er een grote discrepantie op dit punt in de zorgsector: tot de collectieve lasten worden namelijk gerekend de inkomsten van zorgverzekeraars en tot de uitgaven de uitgaven of budgetten van zorginstellingen. De aansluiting wordt derhalve flink bevorderd als de uitgaven van zorgverzekeraars tot de ijklijn worden gerekend (en niet langer de uitgaven van instellingen).

De relevante uitgaven onder de ijklijn worden bepaald door de zogenaamde niet-belastingontvangsten te salderen met de bruto-uitgaven. Dat is onder andere het geval met de verkoopopbrengsten van domeinen. Praktisch gesproken wordt in de zorg de aansluiting tussen collectieve premies, uitgaven onder een ijklijn en het EMU-saldo bereikt als alle inkomsten die niet als collectieve last worden aangemerkt tot de niet-belastingontvangsten worden gerekend. Het ligt derhalve in de rede om de opbrengst van de nominale premies voorzover hoger dan de vastgestelde laagste premie ook als niet-belastingontvangst aan te merken en deze te salderen met de bruto-uitgaven om te komen tot de uitgaven vallend onder de ijklijn. Dit is beleidsmatig ook logisch. Hierdoor wordt de minister van VWS immers verantwoordelijk voor de zorguitgaven minus die uitgaven waarvoor burgers echt zelf kiezen.

---

<sup>1</sup> Dus ook in het geval de betreffende instellingen enkele commerciële activiteiten verrichten, loopt hun gehele saldo in het EMU-saldo. Voorbeeld hiervan betreft de souvenirshop van het rijksmuseum, hoewel dit een commerciële verkoopactiviteit betreft, behoort het museum wel tot de «overheid» en loopt zijn saldo mee in het EMU-saldo.

<sup>2</sup> Het gaat bij uitvoerders van de verzekering louter om de uitvoerders van de algemene zorgverzekering en niet om de uitvoerders van de aanvullende verzekering. Deze laatste wordt geacht te worden uitgevoerd door een andere organisatie, ook als deze binnen de zelfde holding wordt uitgevoerd.

#### **4. Instrumenten voor uitgavenbeheersing bij de overgang naar vraaggerichte sturing**

Indien is vastgesteld dat de overheid de zorguitgaven ook in het systeem zoals voorgesteld in *Vraag aan bod* wil blijven beheersen, dan moet de vraag worden beantwoord met welke instrumenten dat kan en hoe die kunnen/moeten worden gehanteerd.

##### *Huidige situatie*

In het huidige systeem leidt het door de overheid vastgestelde macro-budget – anders dan soms wel gedacht – niet automatisch tot (micro-)instellingsbudgetten. Deze komen – binnen door de overheid goedgekeurde beleidsregels van het CTG – voort uit productieafspraken tussen verzekeraars en instellingen. De overheid kan de gerealiseerde budgetten vergelijken met de raming daarvoor, die de overheid zelf heeft opgesteld. De overheid kan onder voorwaarden besluiten tot budgetkortingen. De overheid (i.c. CTG) zit in dit proces van aanbodsturing dicht op de sector en houdt zich tot in detail bezig met de te leveren producten en te stellen prijzen.

Inmiddels is een ontwikkeling gaande naar decentrale vraagsturing, waarbij de regierol verschuift van de overheid naar de verzekeraars. De vraag is daarmee opportuun hoe de verantwoordelijkheid van de overheid en de mogelijkheden tot ingrijpen hierdoor veranderen. De studiegroep begrotingsruimte heeft hierover in haar elfde advies het volgende opgemerkt:

*«In het decentrale sturingsmodel dat de afgelopen jaren geleidelijk is ontwikkeld is een sleutelrol weggelegd voor risicodragende, concurrerende verzekeraars, waarbij op termijn een belangrijk deel van de zorgregie aan hen wordt toevertrouwd. Een en ander heeft consequenties voor hoe de overheid haar verantwoordelijkheden ten opzichte van de zorgsector moet invullen. Het overheidsingrijpen zal minder dan nu het geval is bij het aanbod kunnen plaatsvinden, en bovendien minder op detailniveau.»*

Op dit moment zijn voor de handhaving van het budgettaire kader de diverse aanbodgerichte instrumenten vaak nog beschikbaar, waarmee onder meer bij instellingsbudgetten kan worden ingegrepen. Bij overschrijdingen gelden de regels budgetdiscipline: specifiek compenseren (dus binnen de zorgsector) waar mogelijk, generaal compensatie (binnen het totaal en ten laste van andere begrotingshoofdstukken) waar nodig. Met het oog op de problematiek van de wachttijden en wachtlijsten heeft het huidige kabinet in het kader van het *Actieplan zorg verzekerd* afgesproken om bij de reguliere budgettaire besluitvormingsmomenten de kosten van extra productie mee te nemen, waarbij er overigens geen sprake is van een automatisme dat de extra uitgaven worden gehonoreerd.

##### *Eindfase*

In het eindmodel is elke daarvoor in aanmerking komende markt geliberaliseerd en is tevens de algemene zorgverzekering een feit. De concurrerende en risicodragende verzekeraars kunnen hun regie richting aanbieders benutten voor een op de vraag toegesneden zorgproductie. In het uitgavenniveau kan alleen nog worden ingegrepen met de instrumenten hoogte van eigen betalingen, omvang en samenstelling van het pakket en systeemcorrecties, zoals passende maatregelen om de werking van deelmarkten te versterken. In het eindmodel grijpt de overheid niet meer op ad hoc basis in in de budgetten en tarieven van instellingen (zelfs als ze er nog zijn) waar die als een verantwoordelijkheid van de verke-

raar worden gezien. Het zal in termen van een efficiënte sturing immers contraproductief zijn als de overheid eerst de verzekeraars de regie en het financiële risico voor bepaalde zorguitgaven geeft, maar – in het geval er meer (of minder) door verzekeraars wordt uitgegeven dan de overheid had geraamd – wel ingrijpt middels maatregelen die het beleid van verzekeraars doorkruisen.

#### *Overgangsmodel*

Bij de start van de nieuwe kabinetsperiode zijn naast de instrumenten pakketomvang, eigen betalingen en systeemaanpassingen ook de bestaande WTG-instrumenten nog van kracht. Het ligt echter in de bedoeling om per deelmarkt de WTG-instrumenten te versoepelen. Omdat hiervoor strikte voorwaarden gaan gelden en per deelmarkt wordt beslist over dergelijke stappen, zijn onverantwoorde risico's in de overgangsfase uitgesloten. Een liberaliseringsbesluit kan inhouden dat het aanbod-instrumentarium geheel of gedeeltelijk buiten werking wordt gesteld. In dit verband is het van belang dat het WTG-instrumentarium – los van de deelmarktgewijze toepassing – wordt vernieuwd. In de notitie *Speelruimte en verantwoordelijkheid* heeft het kabinet deze vernieuwingen gepresenteerd en de Tweede Kamer heeft daar in het debat van 13 maart jl. mee ingestemd. Enkele relevante vernieuwingen zijn uitbreiding van het tarievenmenu (naast punt- of maximumtarieven worden bijvoorbeeld ook tariefbandbreedtes en minimum-, basis-, en adviestarieven mogelijk) en ruimte voor experimenten (met bijvoorbeeld lokaal, regionaal of deelmarktgebonden varianten van bekostiging).

#### **5. Toepassing van de regels budgetdiscipline (compensatieregime)**

In deze paragraaf wordt de verhouding tussen budgettair kader, regels budgetdiscipline en een nieuw vraaggericht stelsel beschreven. Ter inleiding hierop wordt eerst een aantal aannames/opmerkingen geformuleerd.

- Gezien de brede acceptatie in de politieke programma's voor een begrotingsnormering aan de hand van (vaste) uitgavenkaders wordt verondersteld dat de komende regeerperiode de uitgavenbeheersing met een dergelijk instrument zal plaatsvinden.
- Voor varianten voor kostenbeheersing is het vertrekpunt dat het budgettaire kader aansluit bij de ontwikkeling van de vraag naar zorg. Het kader zal bij de formatie moeten worden ingepast in de totale ruimte die het kabinet beschikbaar heeft. Mocht het oordeel zijn dat de totaal geraamde zorguitgaven te hoog zijn, dan zullen op dat moment aanvullende maatregelen ter beperking van de uitgaven nodig zijn. Bij de formatie zal dan beslist moeten worden over de omvang en de samenstelling van het pakket en de hoogte van de eigen betalingen; maatregelen kunnen ook gevonden worden in de reguliere WTG-instrumenten. Een kader dat aansluit bij de ontwikkeling van de vraag naar zorg is van belang voor de ontwikkelingskansen van het vraaggerichte model. Het is risicodragende verzekeraars niet goed uit te leggen dat zij in een vraaggericht model de budgettaire verantwoordelijkheid voor geliberaliseerde markten op zich moeten nemen, als al bij voorbaat duidelijk zou zijn dat de beschikbare financiële ruimte niet goed geraamd is.
- Richtinggevend voor de aanpassing van de wijze van kostenbeheersing is de verandering in de verantwoordelijkheidsverdeling tussen aanbieders, zorgverzekeraars en overheid. In de zorg is sprake van een geleidelijke overgang van aanbodsturing naar vraagsturing. Het geleidelijke zit hem dan met name in de uitbreiding van de wettelijke mogelijkheden voor verzekeraars om de regie over te nemen en

- omgekeerd de inperking van de wettelijke mogelijkheden van de minister van VWS om in te grijpen.
- In de huidige kabinetsperiode is het boter-bij-de-visbeleid ontwikkeld. Dit houdt in dat het kabinet op de reguliere budgettaire besluitvormingsmomenten de kosten van extra productie meeneemt, waarbij er overigens geen sprake is van een automatisme dat de extra uitgaven worden gehonoreerd. Voortzetting van het boter-bij-de-visbeleid in de overgangsfase is gewenst. In dat geval moet worden overwogen bbdv een meer algemene invulling te geven dan alleen voor wachtlijstproductie. Dat zou betekenen dat boter bij de vis betrekking gaat hebben op alle volumeprestaties, met uitzondering van de onderdelen waarvoor expliciete restricties gelden. Aanbieders worden zo geprikkeld op een wijze die past in een meer vraaggestuurd stelsel.

#### *Compensatieregime in de eindfase*

In het «ideale» eindmodel is elke daarvoor in aanmerking komende markt geliberaliseerd en is tevens de algemene zorgverzekering een feit. Bij het compenseren van overschrijdingen in de zorgsector blijven (ook na de overgangssituatie) de reguliere regels budgetdiscipline overeind: specifiek compenseren (dus binnen de zorgsector) waar mogelijk, generale compensatie (binnen het totaal en ten laste van andere begrotingshoofdstukken) waar nodig. Dit ter beslissing door de Ministerraad. Hierbij wordt in beginsel het saldo van de totale sector in beschouwing genomen, en niet de ontwikkeling per deelmarkt. Op individuele geliberaliseerde deelmarkten wordt alleen nog ingegrepen voorzover daar specifiek aanleiding toe is, met name als de marktwerking zou blijken te haperen. Voorzover de ontwikkeling per deelmarkt het resultaat is van de liberalisering is er geen aanleiding voor specifieke ingrepen (uiteraard kunnen de globale beheersingsinstrumenten gericht op de eigen betalingen en het pakket – als het kabinet daarvoor zou kiezen – per deelmarkt verschillend uitwerken). Over de hoogte van de eigen bijdragen en de omvang en samenstelling van het pakket beslist de Ministerraad.

#### *Compensatieregime in de overgangsfase*

In de overgangsfase zal de handhaving van het kader als volgt kunnen verlopen. Ten behoeve van de formulering van de juiste beleidsreactie moet worden geanalyseerd of de overschrijdingen plaatsvinden bij sectoren die nog aanbodgestuurd zijn, dan wel bij sectoren waarvoor een meer geliberaliseerd stelsel geldt. Vervolgens kan, rekening houdend met deze gedifferentieerde situatie, een compensatiepakket worden vastgesteld. Op aanbodgereguleerde markten kan compensatie worden verkregen met behulp van bestaande aanbodgerichte instrumenten op het niveau van instellingen (bijvoorbeeld de WTG met inbegrip van de voorgenomen vernieuwing zoals uiteengezet in de notitie *Speelruimte en verantwoordelijkheid*). Ook kan compensatie worden verkregen met behulp van wijzigingen in de omvang en samenstelling van het verzekerde pakket en het regime van eigen betalingen. Deze laatstgenoemde instrumenten blijven tevens beschikbaar voor de meer geliberaliseerde markten.



**Voorgestelde technische aanpassingen**

Voorgesteld wordt om twee min of meer technische wijzigingen aan te brengen in de meting van zorguitgaven:

- a) Een betere afbakening tussen de budgetdisciplinesectoren Zorg en Rijksbegroting
- b) Een verbetering in de informatievoorziening over de premiegefinancierde zorguitgaven.

*Betere afbakening tussen de budgetdisciplinesectoren Zorg en Rijksbegroting*

In de notitie is herhaaldelijk het instrumentarium van de overheid voor de handhaving van het BKZ aan de orde geweest. Met de liberalisering van de deelmarkten en de ontwikkeling van de verzekeraars tot zorgregisseurs zal het aanbodinstrumentarium steeds minder worden ingezet. De kostenbeheersing zal in deze denkwijze steeds meer geschieden op basis van pakketingrepen en eigen betalingen.

Het zou de bestuurlijke duidelijkheid ten goede komen als het BKZ de budgetdisciplinesector Zorg zou omvatten en uitsluitend betrekking zou hebben op de premiegefinancierde zorguitgaven. Zaken die nu ook nog onder het BKZ vallen zoals de inspectiediensten en onderzoeksactiviteiten zouden beter kunnen worden ondergebracht bij de budgetdisciplinesector Rijksbegroting, waartoe nu ook nagenoeg alle apparaatsuitgaven van het Ministerie van VWS behoren (ook als ze de beleidsontwikkeling in de gezondheidszorg betreffen).

Een exercitie om de hierboven bedoelde zuiverheid te creëren vergt een nauwkeurige analyse van de uitgaven onder het BKZ respectievelijk op (het VWS-deel van) de Rijksbegroting eng. Deze exercitie zal in een gezamenlijke inspanning van VWS en Financiën worden verricht.

Voor de goede orde wordt hieraan toegevoegd dat het om een puur administratieve exercitie gaat, die niet persé hoeft te leiden tot overhevelingen van premie- naar begrotingsfinanciering of vice versa en evenmin consequenties hoeft te hebben voor feitelijke takenpakketten.

*Verbetering informatievoorziening premiegefinancierde zorguitgaven*

Het voornemen is om het beslag op het budgettaire kader te gaan meten aan de hand van de uitgaven van verzekeraars. Met deze overgang van thans (hoofdzakelijk) budgetten van instellingen naar straks de uitgaven van verzekeraars wordt bereikt dat cijfers over de uitgavenontwikkeling eerder beschikbaar komen. Tevens komen kwartaalcijfers beschikbaar, wat niet het geval is voor de budgetten van instellingen (waarvoor alleen jaarcijfers bestaan).

Deze verschuiving heeft als bijkomende voordeel dat, zoals in paragraaf 3 is aangegeven, het ook de uitgaven en inkomsten van zorgverzekeraars zijn die meetellen in het EMU-saldo terwijl de inkomsten van verzekeraars worden aangemerkt als collectieve last. Het ligt derhalve ook daarom in de rede om de uitgaven van verzekeraars aan te merken als de te beheersen (en dus te meten) uitgaven.

Overigens worden reeds op dit moment bij de toetsing van de zorguitgaven van een aantal deelmarkten de uitgaven van verzekeraars gemeten (geneesmiddelen, hulpmiddelen, vrije beroepsbeoefenaren). Het voorstel houdt in dat ook bij de sectoren waar nu wordt gemeten met de budgetten van instellingen, de te toetsen zorguitgaven dus op een andere manier zullen worden bepaald. Dit laat onverlet dat zolang er nog budgetten worden vastgesteld, deze nog wel betrokken zullen kunnen

worden bij de beoordeling van de vraag welke beleidsmatige reactie gewenst is bij over- of onderschrijdingen van het budgettair kader zorg.

Het met dit voorstel beoogde voordeel neemt niet weg dat nog verder moet worden geïnvesteerd in de kwaliteit en snelle beschikbaarheid van cijfers. Dit geldt met name de informatie over de gerealiseerde productie, ter verklaring van het waarom van veranderingen in de uitgaven van verzekeraars. Een betrouwbare informatievoorziening van voldoende kwaliteit is een onmisbaar bestanddeel van de beoogde verandering.