

Vergaderjaar 2005–2006

30 186

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

Nr. 11

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 3 februari 2006

Ter voorbereiding van de plenaire behandeling van bovengenoemd wetsvoorstel bleek er in de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bij een tweetal fracties nog behoefte te bestaan aan een aantal vragen en opmerkingen voor reactie voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De op 27 januari 2006 toegezonden vragen en opmerkingen zijn, met de door de minister bij brief van 3 februari 2006 toegezonden reactie, hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Blok

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Vendrik (GL), Kant (SP), Blok (VVD), voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), ondervoorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Joldersma (CDA), Varela (LPF), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (Groep Nawijn), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Kraneveldt (LPF), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Azough (GL), Koşer Kaya (D66) en Van der Sande (VVD).

Plv. leden: Verdaas (PvdA), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GL), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Hamer (PvdA), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Vacature (algemeen), Ormel (CDA), Koomen (CDA), Van As (LPF), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Bussemaker (PvdA), Heemskerck (PvdA), Oplaat (VVD), Hermans (LPF), Hirsi Ali (VVD), Eski (CDA), Van Gent (GL), Bakker (D66), Nijs (VVD) en Rouvoet (CU).

De leden van de fractie van het CDA hebben kennis genomen van de nota naar aanleiding van het verslag, en danken de regering voor de nadere toelichting op het wetsvoorstel. Toch houden zij een aantal vragen en dringen zij vooral aan op het toezenden van een aantal documenten, die intrinsiek bij de behandeling van het wetsvoorstel horen. Ook de leden van de PvdA-fractie hebben nog een aantal vragen.

Ik beantwoord de vragen in de volgorde waarin ze zijn gesteld. Zoals toegezegd betrek ik daarbij tevens de punten die door de leden van de VVD-fractie naar voren zijn gebracht tijdens het planningsoverleg op 19 januari 2001. Over twee van die punten zijn ook vragen gesteld door de leden van de PvdA-fractie (vraag 10 en het laatste onderdeel van vraag 16). Het derde punt behandel ik aan het slot (vraag 17).

1

In het algemeen overleg over de aanpak van administratieve lasten in de zorg op 16 november 2005¹ opperden de leden van de CDA-fractie het idee om een «bureaucratiebestrijdingsdienst» op te richten. Hier moeten zowel burgers als zorgverleners terecht kunnen met formulieren die totaal overbodig zijn, dan wel disproportioneel voor het gevraagde doel. Allereerst gaat het dan om machtigingsformulieren en procedures. In het oude stelsel werkten deze nogal eens belemmerend en deze leden zien graag een manier om die belemmeringen weg te nemen. Deze dienst moet dan ook de macht hebben formulieren te laten veranderen binnen een korte termijn. Indien dat niet gebeurt moeten mensen het recht krijgen de formulieren niet te gebruiken. De minister zegde toe met een plan te komen, waarbij deze dienst ondergebracht zou worden bij het CVZ, en datvoor het eind van het kerstreeces 2005 naar de Kamer te sturen. Kan de minister het plan met de antwoorden op de vragen van dit verslag meesturen?

Ik wil de suggestie voor een «bureaucratiebestrijdingsdienst» verbinden met een aanbeveling van de Commissie administratieve lasten in de zorg die zij deed in haar rapport «Een kwestie van vertrouwen»². Ik heb u dat rapport kortgeleden toegezonden.

De commissie doet op bladzijde 51 van haar rapport de volgende aanbeveling: «Er zijn binnen de zorgsector geen toegankelijke en permanente kanalen waar klachten en administratieve lasten op de goede plek terecht komen. Daarom moet er landelijk een permanent «aanjaagteam» komen waarin alle betrokken partijen deelnemen, waar uitvoeringsproblemen kunnen worden gemeld, vervolgens snel worden onderzocht en in samenwerking met de betrokken verantwoordelijke partij of instantie kunnen worden opgelost. Dergelijke aanjaagteams zouden ook op regionaal niveau gevormd kunnen worden voor specifieke knelpunten in de betreffende gebieden.» Ik wil het voorstel van het CDA voor de bestrijding van bureaucratie breder oppakken dan alleen voor formulieren. Het moet ook kunnen gaan om procedures, inrichting van werkprocessen, contractbepalingen, regels van de overheid of van zelfstandige bestuursorganen enzovoort.

Ik ben van plan om de komende tijd in overleg met de betrokken zelfstandige bestuursorganen (onder andere het College tarieven gezondheidszorg, CTG, het College van toezicht op de zorgverzekeringen, CTZ, en het College voor zorgverzekeringen, CVZ) en brancheorganisaties in de zorg te komen tot een gezamenlijk gedragen voorziening voor de aanpak van hinderlijke en onnodige bureaucratie en administratieve lasten. Een voorziening die gemakkelijk vindbaar en toegankelijk is en daartoe ook het nodige aan communicatie doet. Die snel toegang heeft tot bevoegde instanties om waar nodig tot afschaffing of aanpassing van regels, procedures, circulaires, informatieverplichtingen, formulieren enzovoort over te gaan, dan wel daartoe aanbevelingen doet. Daarnaast zou het moeten

¹ Kamerstukken II, 29 515, nr. 121.

² «Een kwestie van vertrouwen, over transparantie en verantwoorden in de zorg en het terugdringen van administratieve lasten»; VWS-commissie administratieve lasten in de zorg; Den Haag, januari 2006.

gaan om het opzoeken van goede voorbeelden («best practices») met betrekking tot administratieve processen in het veld en toegankelijk maken van deze voorbeelden voor de zorgsector met behulp van een website en gerichte communicatie. Goede voorbeelden kunnen betrekking hebben op contractvorming, vereenvoudigen of afschaffen van machtigingsprocessen, declaratieverkeer, toepassen van ICT, stroomlijning van informatie-uitwisseling tussen partijen of voor het terugdringen van bureaucratie binnen instellingen. Daarbij gaat het zowel om verzekeraars en zorgkantoren, als om aanbieders.

De leden van de CDA-fractie stellen voor dat ook bindende aanwijzingen gegeven moeten kunnen worden met betrekking tot het gebruik van of de inhoud van formulieren, bijvoorbeeld op het punt van machtigingen voor verlening van zorg. Het geven van bindende aanwijzingen aan verzekeraars (of eventueel aanbieders) verhoudt zich naar mijn oordeel niet met het karakter van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Binnen het nieuwe stelsel hebben verzekeraars de ruimte en de verantwoordelijkheid verzekeringsproducten en dienstverleningsprocessen naar eigen inzicht in te richten en daarbij ook de mate van klantvriendelijkheid. In de wet is geen titel aanwezig om verzekeraars voorschriften te geven voor het toepassen van procedures als deze. Wat wel kan is dat er suggesties worden gedaan aan verzekeraars of aan de brancheorganisaties daarvan of bekendheid gegeven wordt aan «best practices» op dit punt binnen de verzekeraarswereld.

2

De leden van de fractie van het CDA weten dat de NMa de Mededingingswet handhaaft en daarbij fusies beoordeelt. Kan de regering het kader waaraan horizontale en verticale fusies moeten voldoen, inclusief de 55% regel en het marktkader die in paragraaf 5 worden genoemd, toelichten? In de nota naar aanleiding van het verslag wordt weliswaar verwezen naar gangbare maatstaven, maar die zien deze leden graag toegelicht.

De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) toetst voorgenomen concentraties (behalve fusies kan het ook gaan om overnames en bepaalde typen joint ventures) vooraf. Dit betreft zowel horizontale als verticale fusies. Het concentratietoezicht is van toepassing op grotere concentraties. Daarvan is sprake indien de betrokken ondernemingen gezamenlijk in het voorafgaande kalenderjaar in totaal meer dan € 113 450 000 wereldwijd omzetten en ten minste twee van hen elk een jaaromzet van minimaal € 30 000 000 halen.

Een concentratie boven de genoemde omzeldrempels mag niet tot stand worden gebracht zonder voorafgaande melding bij de NMa. In de meldingsfase beziet de NMa of een vergunning voor de concentratie vereist is. In deze fase onderzoekt de NMa of de concentratie *vermoedelijk* leidt tot het ontstaan of versterken van een economische machtspositie als gevolg waarvan de concurrentie op de Nederlandse markt significant wordt belemmerd. Indien dat vermoeden bestaat, moet de NMa de betrokken ondernemingen berichten dat voor de concentratie een vergunning is vereist. De betrokken ondernemingen moeten dan een vergunning aanvragen voor de concentratie. Indien dat vermoeden niet bestaat, bericht de NMa de betrokken ondernemingen dat voor de concentratie geen vergunning is vereist.

In de vergunningfase onderzoekt de NMa of de voorgenomen concentratie inderdaad leidt tot het ontstaan of versterken van een economische machtspositie als gevolg waarvan de concurrentie op de Nederlandse markt significant wordt belemmerd. Om tot een oordeel te kunnen komen bepaalt de NMa de relevante markt. Vervolgens stelt zij het marktaandeel

van de bij de concentratie betrokken ondernemingen en dat van de concurrenten vast en brengt zij andere factoren van de marktstructuur in kaart.

Marktafbakening is in wezen de afbakening van het speelveld van de concurrentie; welke ondernemingen concurreren met elkaar. In het algemene mededingingsrecht worden markten op basis van twee invalshoeken afgebakend: om welk product of dienst gaat het (relevante productmarkt) en in welk gebied concurreren ondernemingen met elkaar (relevante geografische markt). Tot de relevante productmarkt behoren alle producten die concurrentiedruk op elkaar uitoefenen. Concurrentiedruk wordt ten eerste bepaald door de mogelijkheid en bereidheid van consumenten om op andere producten over te stappen (vraagsubstitutie). Ten tweede wordt concurrentiedruk bepaald door de mogelijkheden van andere aanbieders om het desbetreffende product relatief eenvoudig en binnen redelijke tijd zelf op de markt te brengen (aanbodsubstitutie). De relevante geografische markt is het gebied waarin de betrokken ondernemingen opereren die met elkaar concurreren en waarbinnen de concurrentievoorwaarden voldoende gelijk zijn. Naast de reisbereidheid en reismogelijkheden van klanten, is ook hier van belang van welke producten en/of ondernemingen (potentiële) concurrentiedruk uitgaat.

Vervolgens moet worden vastgesteld of er sprake is van een economische machtspositie. Daarbij spelen veel factoren rol. Ik noem als voorbeelden:

- Wat is het marktaandeel van de betreffende onderneming op de afgebakende relevante markt?
- Wie zijn de andere spelers op elk van de betrokken markten? Wat is hun marktaandeel? Voor het vaststellen van de onderlinge concurrentieverhoudingen is het van belang te bepalen wat de marktaandelen van de andere spelers op de markt zijn. Zijn de andere marktaandelen een stuk kleiner of erg verdeeld, dan staat de onderneming waar het om gaat sterker dan wanneer de andere spelers ongeveer even groot zijn.
- Wat zijn de mogelijkheden voor toetreding? En wat zijn de mogelijke toetredingsbelemmeringen? Op welke termijn kunnen die worden overwonnen en tegen welke kosten?
- Wat zijn de commerciële factoren? Door het aanbieden van een groot assortiment kan concurrentievoordeel ontstaan. Voor een klant is het aantrekkelijk alles bij één aanbieder af te nemen. Ook het voeren van een bekend merk (dat makkelijk verkoopt) of het hebben van een volledig netwerk van serviceverleners (eigen productie en eigen vervoer en dergelijke) kan een belangrijk voordeel zijn.
- Wat zijn de aanbodfactoren? Deze factoren zien op de mate waarin toetreding wordt bemoeilijkt door bijvoorbeeld schaalvoordelen, zeer hoge investeringskosten, milieurestricties, een beperkt aantal goede locaties en wettelijke en technische belemmeringen.

De NMa verstrekt geen vergunning als blijkt dat de voorgenomen concentratie inderdaad leidt tot het ontstaan of versterken van een economische machtspositie als gevolg waarvan de concurrentie op de Nederlandse markt significant wordt belemmerd. In dat geval blijft het verboden de concentratie tot stand te brengen en moet de concentratie worden afgeblazen. Indien uiteindelijk geen sprake is van het ontstaan versterken van een economische machtspositie als gevolg waarvan de concurrentie significant wordt belemmerd wordt de vergunning verstrekt en mogen de betrokken ondernemingen de concentratie tot stand brengen. Aan een vergunning kunnen beperkingen en voorschriften worden verbonden.

Bij het vaststellen of een aanbieder of ziektekostenverzekeraar aanmerkelijke marktmacht heeft gebruikt de NZa dezelfde factoren als de NMa doet

bij het vaststellen van een economische machtspositie. Ook de NZa zal de relevante markt afbakenen. Daarnaast heb ik in de memorie van toelichting bij de WMG een aantal vuistregels opgenomen die gebaseerd zijn op het mededingingsrecht. Als uitgangspunt geldt dat aanbieders of verzekeraars met een marktaandeel van vijfenvijftig procent of meer op de relevante markt geacht worden zich onafhankelijk van de markt te kunnen gedragen en dus aanmerkelijke marktmacht te hebben, door de partij te bewijzen uitzonderingen daargelaten. In die gevallen kan de NZa besluiten passende verplichtingen op te leggen.

3

Welke argumenten heeft de regering om het mededingingstoezicht in tweeën te knippen en te verdelen tussen de NMa en de zorgautoriteit? Welke gevolgen zou het hebben als alle mededingingsrechtelijke aspecten behandeld worden door de NMa?

Voordat ik hierop inga maak ik graag van de gelegenheid gebruik een misverstand weg te nemen. Het mededingingstoezicht wordt niet opgeknipt. De Mededingingswet regelt het algemene mededingingstoezicht in Nederland; de NMa ziet toe op de naleving van de Mededingingswet. Het toezicht van de NMa is gericht op het in stand houden van effectieve concurrentie. In de zorgsector worden in meer of mindere mate elementen van marktwerking in het systeem gebracht, maar helder is dat in veel gevallen markten nog op gang moeten komen (transitiemarkten). Om die markten op gang te krijgen wordt een sectorspecifieke markttoezichthouder opgericht: de NZa.

Ik heb voor deze taakverdeling gekozen omdat de gezondheidszorg aan het begin van een veranderingsproces staat dat de nodige tijd zal nemen en dat om behoedzaamheid vraagt. Het introduceren van meer marktelementen kan niet overal in dezelfde mate of hetzelfde tempo. De zorginkoopmarkt, de zorgverzekeringmarkt en de zorgverleningsmarkt beïnvloeden elkaar sterk; daarbinnen verkeren de verschillende deelmarkten in verschillende stadia van ontwikkeling. In een dergelijke complexe situatie is een sectorspecifieke benadering in het toezicht noodzakelijk. Immers, bij sectorspecifiek toezicht ligt de focus primair op wat nodig is in de desbetreffende sector, in dit geval de zorgsector.

Daarnaast wijs ik op de nauwe relatie tussen tariefregulering door de NZa en de overgang naar meer marktwerking in de zorg. In de huidige situatie is bijvoorbeeld in de ziekenhuissector voor een deel van de zorg vrije tariefvorming toegestaan (zogenoemde B-segment) terwijl voor het overige de tarieven gereguleerd zijn (A-segment). In de transitiefase is min of meer sprake van communicerende vaten tussen zorgproducten waarvoor vrije tarieven gelden, en producten waarvoor tarieven gereguleerd zijn. Het zou ongewenst zijn deze relatie te doorbreken door de regulering in het A-segment bij een andere instantie te beleggen dan het specifieke markttoezicht op het B-segment. De geleidelijke overstap naar meer markt in de zorg maakt het nodig de sectorspecifieke kennis over de verschillende zorgmarkten en de verschillende vormen van toezicht te bundelen bij één organisatie. Dit maakt het toezicht effectiever en efficiënter en meer geschikt voor de bijzondere eisen die de zorgmarkt stelt. Dit laat onverlet dat bij de eerste evaluaties de vraag wordt meegenomen of het opportuun is de zorgautoriteit in de NMa in te varen. De beslissing hierover hangt er onder andere vanaf hoever de introductie van meer marktwerking in de zorg is voortgeschreden. Hoe meer de zorg op een «echte» markt lijkt, hoe minder reden er is de NZa als sectorspecifiek markttoezichthouder te handhaven.

4

Op welke gebieden bestaat er enige mate van overlap tussen de taken van het CVZ en de taken van de zorgautoriteit? Is die overlap nodig of ziet de minister mogelijkheden om een strikte waterscheiding aan te leggen?

Er is geen overlap in de taken van het CVZ en de NZa. Het CVZ is geen toezichthouder, maar is verantwoordelijk voor het beheer van de kassen, het pakketbeheer en de uitvoering van de risicoverevening. Omdat het CVZ veel kennis heeft over het pakket maakt het CTZ nu (en de NZa straks) wel gebruik van de deskundigheid van het CVZ onder meer bij de toetsing van de modelovereenkomsten van de zorgverzekeraars.

5

Over hoeveel procent van de zorg onder toezicht is een visiedocument gepubliceerd? De leden van de CDA-fractie vragen wanneer de visiedocumenten over de overige delen van de zorg beschikbaar zijn. Deze leden zijn vooral geïnteresseerd in het zogenaamde A-segment van ziekenhuizen, de huisartsenzorg en de intramurale AWBZ-zorg. Hoe wil de regering hierover in overleg treden met de Kamer? Is het mogelijk inzicht te krijgen in deze visiedocumenten voor de behandeling van het voorliggend wetsvoorstel? Welke wettelijke verankering zullen deze visiedocumenten hebben?

Het afgelopen jaar zijn het CTG en het CTZ gestart met het analyseren van enkele deelmarkten.

Voor de twee zorginkoopmarkten met vrije tarieven zijn inmiddels visiedocumenten vastgesteld. Het gaat om het B-segment van de ziekenhuiszorg (februari 2005) en de fysiotherapie (juli 2005). Verder zijn visiedocumenten gemaakt over de extramurale AWBZ (november 2005) en de zorgverzekeringsmarkt (januari 2006). Om een indicatie van de totale omvang te geven: het B-segment van de ziekenhuiszorg omvat ongeveer tien procent van de totale ziekenhuisuitgaven. De extramurale AWBZ omvat ongeveer twintig procent van de totale AWBZ-uitgaven. Het komende jaar staat onder meer onderzoek naar de markt voor intramurale AWBZ-zorg gepland. Verwacht wordt dat de resultaten in de eerste helft van 2007 ter consultatie kunnen worden voorgelegd. Na verwerking van de reacties van marktpartijen en andere betrokkenen wordt de analyse vastgesteld in de vorm van een visiedocument. De vraag die op dit moment speelt bij het A-segment, is hoe de bekostiging hiervan in de toekomst kan worden vormgegeven. Daarom doet het CTG op mijn verzoek nu een uitvoeringstoets naar de herregulering van het A-segment van de ziekenhuiszorg. Ik verwacht deze uitvoeringstoets binnenkort te ontvangen.

De kern van de relatie tussen de minister en de NZa is dat de minister, in samenspraak met het parlement, het beleid bepaalt en de kaders en grenzen vaststelt. Daarbinnen voert de NZa het toezicht onafhankelijk uit. Het analyseren van een markt en het aangeven op welke wijze de NZa invulling geeft aan haar bevoegdheden hebben een uitvoerend karakter. Het ligt dan ook niet voor de hand over die analyse het debat te voeren. Alle visiedocumenten worden openbaar gemaakt. De inmiddels uitgebrachte visiedocumenten zijn beschikbaar via de websites van het CTG (www.ctg-zaio.nl) en het CTZ (www.ctz.nl).

6

De leden van de CDA-fractie vragen de regering uiteen te zetten hoe toezicht gehouden zal worden op de administratie van persoonsgegevens bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars (in het eerste, tweede en derde compartiment).

Er zijn verschillende toezichthouders die ieder van uit hun wettelijke taakopdracht naar persoonsgegevens kijken. Hun toezichttaken overlappen elkaar niet. Wel kunnen ze op elkaar aansluiten. De WMG houdt daarom uitdrukkelijk rekening met de gevolgen voor degenen waarop toezicht wordt gehouden. Zo is in artikel 17 neergelegd dat toezichthouders onderling afspraken maken over aangelegenheden van wederzijds belang en het verzamelen van informatie ten behoeve daarvan. Zo kunnen de verschillende toezichthouders met behoud van ieders eigen bevoegdheden en middelen samenwerken bij de uitoefening van hun taken op een zodanige wijze dat de toezichtlasten voor de degenen waarop toezicht wordt gehouden worden beperkt.

Het College bescherming persoonsgegevens (CBP) is op grond van de Wet bescherming persoonsgegevens toezichthouder op de *verwerking* van persoonsgegevens door zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. De indeling in verzekeringscompartimenten is daarbij niet relevant. De NZa is op grond van de WMG toezichthouder op de *naleving van de voorschriften voor administratie, bekendmaking, controle en declaratie en declaratieverkeer* die bij of krachtens de WMG aan zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars worden opgelegd. Die voorschriften kunnen ook gaan over persoonsgegevens. De toezichthouders moeten met elkaar een praktische invulling van het toezicht afspreken.

Een voorbeeld daarvan is hoe de NZa en het CBP afspraken maken over het toezicht op de verwerking van persoonsgegevens op grond van artikel 87 van de Zvw. Op grond van dat artikel is een ministeriële regeling vastgesteld; onderdeel daarvan is een addendum. Over dat addendum heb ik eind vorig jaar overeenstemming bereikt met Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het CBP, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (KNMG) en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF). Het addendum is een aanvulling bij de bestaande gedragscode verwerking persoonsgegevens financiële instellingen. Het CBP is ook daar primaire toezichthouder op de verwerking van persoonsgegevens door zorgverzekeraars. Het CTZ oefent de limitatieve toezichttaken als genoemd in artikel 77 van de Zvw uit. Het CTZ heeft daarbij een signalerende rol met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. Dat is ook vastgelegd in de toelichting bij bedoelde regeling¹.

7

Welk afwegingskader wordt gebruikt voor «voldoende zorg is gecontracteerd» bij een naturapolis? Kan de regering een simpele test/beschrijving geven, waaraan een verzekeraar moet voldoen? Welke hulp moet een verzekeraar minimaal bieden om mee te delen welke zorg gecontracteerd is? Welke rechten heeft een klant die vermoedt of constateert dat een verzekeraar voor een naturapolis niet voldoende gecontracteerd heeft? Hoe kan zijn recht op zorg op een eenvoudige en adequate wijze verkrijgen?

Zorgverzekeraars hebben een wettelijke zorgplicht. De NZa houdt hier toezicht op. Een zorgverzekeraar heeft naar de mening van de regering aan de zorgplicht voldaan wanneer voor zijn verzekerden voldoende zorg van goede kwaliteit tijdig bereikbaar is. De uitwerking daarvan is voor de verschillende zorgvormen verschillend.

De verzekeraar moet de verzekerde in principe in de polis inzicht bieden in de zorgverleners met de wie de verzekeraar overeenkomsten heeft gesloten. Een verzekeraar kan om praktische redenen kiezen voor andere manieren om deze informatie te verstrekken. Zo hebben de meeste verzekeraars op hun website een overzicht van gecontracteerde aanbieders. Ook telefonisch en schriftelijk kan de verzekerde een overzicht vragen van de gecontracteerde zorgaanbieders (in zijn regio). Ingeval een verzekerde zorg nodig heeft kan hij de zorgverzekeraar vragen aan te geven bij welke

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

zorgverlener hij terecht kan. De zorgverzekeraar kan daarbij ook, gezien zijn zorgplicht, bemiddelen in het zoeken van de zorgaanbieder waar de verzekerde het snelst terecht kan.

Als een verzekerde meent dat er onvoldoende zorg is gecontracteerd en de verzekeraar dus onvoldoende invulling geeft aan zijn zorgplicht, kan hij een klacht indienen bij de zorgverzekeraar. Is de verzekerde het niet eens met het antwoord van de verzekeraar dan kan hij zich wenden tot de onafhankelijke geschillencommissie zorgverzekering of tot de rechter. De verzekerde kan zijn ervaringen ook onder de aandacht van de NZa brengen. Afhankelijk van de aantallen en de ernst van de meldingen kan de NZa nader onderzoek bij de verzekeraar instellen, bijvoorbeeld als het vermoeden bestaat dat de zorgverzekeraar zich niet aan zijn verplichtingen op grond van de Zvw houdt.

De verzekerde kan zijn recht op zorg op eenvoudige en adequate wijze verkrijgen door zich met zijn gezondheidsklacht te wenden tot de aangevozen zorgaanbieder met wie zijn verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten. Overigens kan een verzekerde er ook voor kiezen zijn zorg van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te betrekken. Komt vast te staan dat de zorgverzekeraar onvoldoende zorg heeft gecontracteerd en de verzekerde daardoor om zijn zorg tijdig te krijgen niet anders kon dan naar een niet gecontracteerde aanbieder te gaan, dan heeft hij recht op een volledige vergoeding van de gemaakte zorgkosten (tot aan hetgeen in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten). Voor acute zorg kan een verzekerde overigens altijd tegen kostenvergoeding terecht bij een in Nederland gevestigde zorgaanbieder, dus ook indien deze niet door zijn zorgverzekeraar is gecontracteerd.

8

Vindt er overleg plaats met zorgaanbieders over het bestuursreglement van de NZa dat door de minister moet worden goedgekeurd? Welk minimale vormen van participatie zullen daarin worden opgenomen? Kan de minister het thans vigerende bestuursreglement aan de Kamer doen toekomen, evenals het beoogde reglement?

Een bestuursreglement regelt hoe de interne besluitvorming van een orgaan plaatsvindt. Marktpartijen (aanbieders en verzekeraars) participeren niet in die interne besluitvorming. Wel moet de NZa, zoals ieder bestuursorgaan, volgens de Awb de nodige kennis vergaren over de relevante feiten en belangen voordat zij een besluit neemt. Hoe zij dat organiseert is aan de NZa.

De thans geldende bestuursreglementen, inclusief het zogenoemde transitiereglement, van het CTG en CTZ zijn als bijlage bijgevoegd. Er is nog geen beoogd reglement voor de NZa beschikbaar.

9

Is het mogelijk om de concept-ministeriële regeling ex artikel 58 aan de Kamer te doen toekomen? Hoe verhoudt deze regeling zich tot de bescherming die het wetsvoorstel Gebruik burgerservicenummer in de zorg biedt?

Aan de opstelling van de ministeriële regeling wordt nog gewerkt. Ik hoop voor de behandeling van de WMG een concept aan de Kamer te kunnen zenden, dat met het CBP is besproken.

Het voorstel van Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg introduceert een nieuw persoonsgegeven in de zorgsector, namelijk het burgerservicenummer. Dat kan tot aanvullende eisen leiden ter bescherming van de privacy. Ook die eisen worden neergelegd in een ministeriële regeling. Op het moment dat de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg in werking treedt, zullen de relevante ministeriële regelingen in onderlinge

samenhang daarop zijn aangepast. Dit is geen belemmering voor de invoering van de WMG.

10

Tijdens het algemeen overleg van 14 december 2005 heeft de minister een onderzoek door de AFM, de NZAio en de NMa naar het contract tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en verzekeraar Meeùs toegezegd voor de plenaire behandeling van voorliggend wetsvoorstel. De leden van de PvdA-fractie willen weten wanneer de Kamer de uitkomsten van dit onderzoek tegemoet kan zien. Welke conclusies trekt de minister?

Ik heb tijdens het bedoelde algemeen overleg toegezegd de afspraken die de LHV met de assurantiemakelaar Meeùs heeft gemaakt voor toetsing voor te leggen aan de NMa, de AFM en het CTZ. Ik heb daarover begin dit jaar een brief met de mij bekende feiten gezonden aan de NMa, de AFM, het CTZ en het CTG. Ik heb hen daarin gevraagd om in geval van onderzoek dat af te stemmen met de andere toezichthouders. Over de resultaten van dat onderzoek zullen de toezichthouders zelf op de voor hen gebruikelijke wijze mededeling doen aan in eerste instantie de betrokkenen. Als ik de resultaten van het onderzoek ken zal ik de Kamer daarvan terstond op de hoogte stellen.

11

Kan de minister aangeven wat de overwegingen waren van de rechter waarom de Staat in de rechtszaak ten aanzien van de fusie OZ/CZ in het ongelijk werd gesteld? Welke initieel verweer had de Staat in eerste instantie?

De rechtbank vernietigde bij uitspraak van 7 december 2005 het besluit van de NMa, waarin de toezichthouder bepaalde dat CZ en OZ voor de overname een vergunning nodig hadden, gelet op de gevolgen die de fusie voor de concurrentie zou kunnen hebben. De uitspraak van de rechtbank maakt duidelijk dat de NMa slechts bevoegd was tot de beoordeling van het fusievoornemen van de particuliere en aanvullende verzekeringsactiviteiten van CZ en OZ, niet van de ziekenfondsactiviteiten. De rechtbank stelde vast dat uit de geldende wetgeving volgt dat ziekenfondsen geen ondernemingen zijn waarop de NMa toezicht kan houden. Tussen partijen was niet in geding dat de NMa een prospectieve toetsing mag toepassen en ook de rechtbank onderschrijft dat de NMa in het kader van zo'n prospectieve analyse de toekomstige ontwikkelingen op het gebied van het zorgstelsel moet betrekken. Het geschil betreft de wijze waarop dit is gebeurd. Volgens de rechtbank volgt uit de tekst van artikel 37, tweede lid, van de Mededingingswet dat sprake moet zijn van causaal verband tussen de (gemelde) concentratie en het ontstaan of versterken van een machtspositie op de markt. Ook in de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie wordt dit causale verband benadrukt. Dit uitgangspunt brengt mee dat de NMa enkel de gevolgen (op de markt voor zorgverzekeringen per 1 januari 2006) van de gemelde concentratie van aanvullende en particuliere verzekeringsactiviteiten mag beoordelen. Citaat: «Verweerder mag niet ingaan op het causaal verband dat bestaat of zou bestaan tussen de consequenties van overname van OZ ziekenfonds en de verandering van de mededingingsstructuur op de markt voor basisverzekeringen, zoals deze er (waarschijnlijk) uit zal zien bij de inwerkingtreding van de Zvw. Dat hierdoor, zoals door verweerder is betoogd, de gevolgen die deze overname voor een (groot deel) van de mededinging heeft buiten beschouwing blijven, doet niets aan deze conclusie af».

De NMa stelde in haar verweer dat in het besluit niet de gevolgen van de samenvoeging van ziekenfondsactiviteiten als zodanig waren getoetst, maar dat in het kader van de prospectieve marktanalyse met name de

klantentrouw van de voormalige ziekenfondsverzekerden als belangrijke factor in aanmerking genomen moest worden. Hoewel de samenvoeging van ziekenfondsactiviteiten door de NMa niet als concentratie werd gezien (ziekenfondsen zijn geen ondernemingen in de mededingingsrechtelijke zin en daarom was dit onderdeel van de transacties met instemming van de NMa ook niet gemeld), achtte de NMa het in het kader van een prospectieve analyse van de markt juist om de bestaande posities met betrekking tot de ziekenfondsactiviteiten als indicatief te beschouwen voor de toekomstige posities op de markten voor zorgverzekeringen en inkoop van zorg in natura.

12

Welke lessen trekt de minister hieruit ten aanzien van de mogelijke «stand still» bij ziekenhuisfusies, alsmede ten aanzien van de bevoegdheden van de NMa en de NZa bij voorgenomen fusies van zorgaanbieders binnen eveneens een publiekrechtelijk kader (WTZi)?

Ziekenhuizen zijn ondernemingen in de zin van de Mededingingswet, daar is geen onduidelijkheid over. Vanwege de omvang van de Nederlandse ziekenhuizen vallen vrijwel alle denkbare voorgenomen fusies tussen ziekenhuizen onder het fusietoezicht van de NMa. De NZa toetst geen fusies, maar kan, op markten waar de tarieven niet worden gereguleerd én waar een aanbieder aanmerkelijke marktmacht heeft, preventief eisen stellen aan het gedrag van een dergelijke onderneming. Ook de minister van VWS toetst geen fusies, maar heeft wel een betrokkenheid als gevolg van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Als instellingen fuseren ontstaat een nieuwe rechtspersoon. Deze rechtspersoon moet op grond van de WTZi een nieuwe toelating aanvragen. Indien als gevolg van de fusie bestaande locaties zouden worden opgeheven of functies worden geconcentreerd waardoor de bereikbaarheid van de acute zorg in het geding komt (45-minutennorm in de beleidsregels WTZi), kan ik de fusiepartners dwingen locaties voor spoedeisende hulp open te houden door een voorschrift van die strekking aan de toelating te verbinden.

13

Gaat de overdracht van het (Wfd) toezicht op de reclame-uitingen van zorgverzekeraars van de AFM naar de NZAio gepaard met een nota van wijziging? Zo ja, kunt u die tijdig toezenden?

Bij de indiening van de nota naar aanleiding van het verslag op 9 december 2005 heb ik ook een nota van wijziging meegestuurd. Onderdeel D van de nota van wijziging wijzigt het eerder voorgestelde artikel 37 zodanig dat duidelijk is dat, naast het toezicht op transparante consumenteninformatie, ook het toezicht op reclame-uitingen door zorgverzekeraars bij de NZa berust.

Vooruitlopend op de formele rol van de NZa als toezichthouder op de reclame-uitingen van zorgverzekeraars, heb ik met de voorzitters van de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en het CTZ praktische werkafspraken gemaakt. Deze afspraken behelzen onder meer dat het CTZ tot het moment van in werking treden van de WMG het voortouw neemt bij het signaleren van misstanden op het gebied van reclame-uitingen door zorgverzekeraars en daarover met hen in contact treedt. Met die activiteit is het CTZ eind 2005 al begonnen. Dat heeft geleid tot verschillende contacten met zorgverzekeraars die tot gevolg hadden dat onjuiste berichtgevingen zijn aangepast dan wel gestaakt. Het treffen van formele handhavingsmaatregelen berust op grond van de Wet financiële dienstverlening vooralsnog bij de AFM. Overigens dient nog een passende technische voorziening te worden getroffen voor de taakverdeling tussen AFM en NZa in verband met de implementatie van de Europese richtlijn over verkoop op afstand in de Wet financiële dienstverlening (Wfd).

Kan de minister aangeven bij welke reclame-uitingen door zorgverzekeraars het CTZ reeds heeft ingegrepen?

Voorbeelden van uitingen die door het CTZ onder de loep worden genomen zijn uitingen van verzekeraars die suggereren dat de kinderen alleen bij hen gratis verzekerd zijn terwijl dit voor alle zorgverzekeringen geldt. Of een uiting van een verzekeraar die de verzekerden volledige restitutie van gemaakte kosten belooft, maar in zijn polis daarop een uitzondering maakt indien de verzekerde naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaat. In hoeverre hier daadwerkelijk sprake is van misleidende reclame is ter beoordeling van de toezichthouder. Zo is het melden dat kinderen gratis verzekerd zijn feitelijk geen onjuiste mededeling maar afhankelijk van de formulering, kan het misleidend zijn omdat het voor de basisverzekering in alle gevallen opgaat.

Hoe verhoudt zich de ministeriële verantwoordelijkheid (en parlementaire controle) op de NZa in vergelijking met respectievelijk de NMa, DNB, AFM, OPTA, DTe en VWA ten aanzien van goedkeuring/afkeuring/schorsing van beleidsregels en/of toezichtregels?

In de onderstaande tabel worden de bevoegdheden van de minister jegens de NZa vergeleken met die van de diverse ministers jegens de andere in de vraag genoemde toezichthouders. De tabel maakt duidelijk dat er relatief weinig verschil zit in de sturingsinstrumenten die de verschillende ministers hebben met betrekking tot «hun» toezichthouders. Dat is ook niet verwonderlijk, gegeven de Aanwijzingen voor de regelgeving inzake zelfstandige bestuursorganen. De verschillen die er zijn, zijn ingegeven door de specifieke kenmerken van het beleidsterrein waarin de toezichthouder opereert. Zo kan alleen in de relatie minister-NZa de minister besluiten van algemene strekking van de NZa ter vernietiging kan voordragen aan de Kroon. Dit laat de slagvaardigheid en onafhankelijkheid van de NZa onverlet, maar geeft de minister wel een ultimatum remedium in handen. Ander uniek punt is dat de NZa beleidsregels over bepaalde onderwerpen alleen mag veranderen, als de minister daartoe een voorafgaande aanwijzing heeft gegeven. Dit betreft het al dan niet vrijlaten van tarieven en de bepaling van de tariefsoort. Het gaat hier namelijk om een politiek-beleidsmatige beslissing.

Vergelijking bevoegdheden minister jegens NZa en jegens andere toezichthouders

Bevoegdheid minister	NZa	NMa/DTe	OPTA	AFM	DNB	VWA
– Benoemen en ontslaan bestuursleden	X	X	X	X	X	X
– Goedkeuren bestuursreglement	X	X	X	X	X	X
– Goedkeuren begroting/ werkprogramma	X	X	X	X	X	X
– Verslaggevingplicht	X	X	X	X	X	X
– Algemene aanwijzingen	X	X	X	X	X	X
– Verplichte algemene aanwijzing	X	–	–	–	–	–
– Individuele aanwijzingen	–	–	–	–	–	X
– Inlichtingenrecht	X	X	X	X	X	X
– Ingrijpen bij taakverwaarlozing	X	X	X	X	X	X
– Besluit ter vernietiging voordragen aan de Kroon	X	–	–	–	–	–
Goedkeuren beleidsregels	–	–	–	–	–	–

NZa: Nederlandse Zorgautoriteit

NMa: Nederlandse Mededingingsautoriteit

DTe: Dienst uitvoering en toezicht Energie

OPTA: Onafhankelijke Post en Telecommunicatie Autoriteit

AFM: Autoriteit Financiële Markten

DNB: De Nederlandsche Bank

VWA: Voedsel en Waren Autoriteit

De parlementaire controle verloopt voor alle toezichthouders via de eerstverantwoordelijke minister. De minister is politiek aanspreekbaar voor de wijze waarop hij sturing geeft aan en toezicht houdt op «zijn» toezichthouder en de manier waarop hij de wettelijke mogelijkheden gebruikt die hij daarvoor heeft gekregen. Bijzonderheid bij de NZa is, dat de minister van VWS de zakelijke inhoud van zijn aanwijzingen aan de NZa over beleidsregels, voorhangt bij het parlement. Een dergelijke constructie geldt niet ten aanzien van de andere genoemde toezichthouders.

16

De leden van de PvdA-fractie vragen een reactie te geven op de brief van de KNMG aan de vaste commissie voor VWS van 24 januari 2006 inzake voorliggend wetsvoorstel.

Ik ga hieronder, onder korte aanduiding van de inhoud, per punt in op de brief van de KNMG.

De KNMG dringt aan op explicitering van de taakopdracht van de NZa op het punt van toezicht op de relatie tussen de prijs/kosten en de kwaliteit van de zorgverlening.

Kwaliteit houdt in dat zorg verantwoord dient te worden aangeboden. Deze eis uit de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG betekent dat de zorg van goed niveau moet zijn en in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht moet worden verleend en op de reële behoefte van de patiënt afgestemd. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ziet toe op de kwaliteit van geleverde zorg. Dat zorg van verantwoorde kwaliteit dient te zijn, is vanzelfsprekend ook uitgangspunt bij het toezicht op de prijs en kosten van die zorg.

Zowel de – medische – kwaliteit van de zorg, als de aard en de omvang van dienstverlening en de organisatie van de zorg spelen een rol bij de beoordeling van de kwalitatieve prestaties van een zorgaanbieder. De IGZ houdt toezicht aan de hand van bepaalde indicatoren, waarbij prestaties in beeld komen. Belangrijk is dat op een verstandige wijze wordt omgegaan met de uitkomsten ervan. Wat betreft de waardering van de kwaliteit van zorg heeft de IGZ bij de indicatorontwikkeling en de interpretatie van de uitkomsten ervan het initiatief. Een goede afstemming over het gebruik van die gegevens zal onderdeel zijn van de werkafspraken tussen de NZa en de IGZ. De NZa volgt de oordelen van de IGZ over de medische kwaliteit. Daarnaast zal de NZa ook in haar visiedocument duidelijkheid geven over het gebruik van haar bevoegdheden bij het toezicht op de prijs en kosten in relatie tot de kwaliteit van zorg.

De KNMG verzoekt expliciet in de WMG op te nemen dat de NZa ook toezicht houdt op de verwerking van persoonsgegevens door zorgverzekeraars.

In mijn antwoord op vraag 6 heb ik aangegeven op welke wijze de NZa betrokken wordt bij het toezicht op persoonsgegevens.

De KNMG vindt dat het concept van de ministeriële regeling inzake de bescherming van persoonsgegevens als bedoeld in artikel 58, tijdens de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel WMG beschikbaar moet zijn.

Ik onderschrijf het belang van de regeling op grond van artikel 58 WMG over de bescherming van persoonsgegevens. Ik overleg daarover met het CBP. Zie verder mijn antwoord op vraag 9.

De KNMG vraagt een concept van het bestuursreglement van de NZa openbaar te maken zodat beoordeeld kan worden of belangenorganisaties voldoende betrokken worden bij beslissingen van de NZa.

Er is nog geen conceptbestuursreglement van de NZa beschikbaar; het kan derhalve nog niet openbaar worden gemaakt. In de nota naar aanleiding van het verslag heb ik enige contouren geschetst. In de wet zijn zelfs bepaalde vormen van consultatie voorgeschreven. Zij hebben alle ten doel het bestuursorgaan te voorzien van alle feiten en kennis omtrent af te wegen belangen die voor het bestuursorgaan noodzakelijk zijn om een besluit te nemen. En waarmee het bestuursorgaan voldoet aan zijn wettelijke verplichting ex artikel 3:2 Awb. Zie verder mijn antwoord op vraag 8.

De KNMG vraagt een nadere uiteenzetting van de criteria en het toetsingskader dat de NZa zal hanteren in de diverse deelmarkten in relatie tot de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Een dergelijk kader is in algemene zin gegeven in het wetsvoorstel en de toelichting daarop. Nadere invulling daarvan zal per deelsector moeten worden gegeven. Zoals ook de KNMG in de bijlage bij haar brief aangeeft is het de bedoeling dat de NZa per deelsector een visiedocument opstelt waarin op basis van een analyse van de specifieke kenmerken van deze deelsector duidelijkheid wordt gegeven hoe de NZa haar bevoegdheden zal gebruiken. Bij het opstellen van deze visiedocumenten zal overleg met belanghebbenden plaatsvinden. Deze visiedocumenten worden gepubliceerd zodat daarmee de door de KNMG terecht gewenste transparantie ontstaat. Ik acht het niet mogelijk en ook niet wenselijk om in dit stadium deze invulling al te geven. Dat is nu juist een taak van de NZa. Ik deel de vrees van de KNMG dat deze werkwijze zal leiden tot ongelijke behandeling van sectoren niet. Het is juist wenselijk dat de NZa rekening houdt met de kenmerken van deelsectoren en daarbij inspeelt op specifieke feiten en omstandigheden. Door visiedocumenten te publiceren zal de openbare discussie er zonder twijfel toe leiden dat sprake zal zijn van een consistente en tevens voldoende specifieke toepassing van instrumenten. Een ongelijke behandeling van sectoren die onvoldoende wordt geschraagd door redenen en feiten zal de toets bij de rechter niet kunnen doorstaan.

De KNMG vraagt verdere verheldering van mededingingsrechtelijk toelaatbare mogelijkheden om de onderhandelingspositie van vrije beroepsbeoefenaren te versterken.

Ik ben in mijn brief van 22 december 2005 ingegaan op de onderhandelingsrelatie van fysiotherapeuten en huisartsen met verzekeraars¹. De brief behandelt ook de mogelijkheden voor samenwerking voor vrije beroepsbeoefenaren onder de Mededingingswet. Uit een uitvoerige analyse van de Mededingingswet en Europese mededingingsregels, gelet op de specifieke situatie van de individuele beroepsbeoefenaren in het algemeen en de huisartsen en fysiotherapeuten in het bijzonder, blijkt dat allerlei initiatieven op het gebied van samenwerking die leiden tot een efficiëntere dienstverlening toelaatbaar zijn.

In het algemeen zijn samenwerkingsverbanden die puur gericht zijn op het beperken van de concurrentie (slecht voor de patiënt) in strijd met het (Europese) mededingingsrecht. Samenwerkingsverbanden die de efficiëntie of de zorgkwaliteit dienen en voldoende keuzemogelijkheden overlaten (goed voor de patiënt), zijn wél geoorloofd. Er zijn welke enkele noodzakelijke randvoorwaarden opdat niet in strijd wordt gehandeld met (Europese) mededingingsregels.

17

De leden van de VVD-fractie vroegen tijdens het planningsoverleg van 19 januari 2006 om een uiteenzetting over verticale integratie.

In het nieuwe zorgstelsel is het de bedoeling dat «de markt» initiatieven neemt om een beter en doelmatiger aanbod van zorg te realiseren. Verti-

¹ Kamerstukken II, 30 300 XVI, nr. 110.

cale integratie vind ik een voorbeeld van dergelijke initiatieven. Verticale integratie kan de volgende voordelen hebben:

- Zorgverzekeraars zullen in het nieuwe stelsel (vanuit de regiefunctie) op zoek gaan naar manieren om transactiekosten (bijvoorbeeld als gevolg van onderhandelingen) te verlagen. Zo kan het integreren van diverse functies in één onderneming leiden tot efficiencywinst (vermindering van transactiekosten en voorkomen van dubbele winsten), wat zich kan vertalen in lagere prijzen. Dit past goed binnen de zorgplicht en bij het zo doelmatig mogelijk kunnen leveren van verzekerde zorg aan verzekerden.
- Ook kan er sprake zijn van nieuwe toetreding, wat leidt tot meer marktdynamiek.
- Door middel van verticale integratie kunnen zorgverzekeraars proberen bestaande monopolies te doorbreken.
- Ook in regio's waar geen zorgaanbieder actief meer wil zijn kan verticale integratie een oplossing zijn. Om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen kan een verzekeraar zelf het zorgaanbod verzorgen in een bepaalde regio.

Tegelijkertijd kunnen verticaal geïntegreerde ondernemingen prikkels en mogelijkheden hebben om concurrenten uit te sluiten en concurrentie te belemmeren. Het is in bepaalde gevallen mogelijk door verticale integratie hogere winsten te behalen of te behouden ten koste van de consumenten. Ook kan verticale integratie ertoe leiden dat zorg (binnen een bepaalde regio) wordt «gemonopoliseerd», met als gevolg dat concurrentie tussen verzekeraars wordt beperkt. Bijvoorbeeld: het enige ziekenhuis in een regio, of alle aanwezige zorgaanbieders in de eerste lijn, worden «overgenomen» door de (regionaal) dominante verzekeraar, die vervolgens bepaalt dat zijn instellingen geen zorg mogen leveren aan patiënten die bij andere verzekeraars zijn verzekerd. De facto zou dit betekenen dat de consument gedwongen zou zijn om een verzekering bij de dominante verzekeraar af te sluiten. Ik onderschrijf dat verticale integratie hiertoe niet mag leiden.

Daartegenover staat dat de enkele integratie van een zorgverzekeraar met een zorginstelling niet automatisch een beperking van de keuzevrijheid tot gevolg heeft. Of een zorginstelling onbereikbaar wordt voor verzekerden van andere zorgverzekeraars, is afhankelijk van het gedrag van de betrokken partijen. Daarnaast zijn de omstandigheden van het geval van belang. Het maakt bijvoorbeeld uit of integratie plaatsvindt met het eerder genoemde enige ziekenhuis in een bepaalde regio, of met één van de twintig huisartsen in een bepaalde plaats. Het is aannemelijk dat er in het laatstgenoemde voorbeeld nog voldoende alternatieven zijn voor verzekerden van andere verzekeraars. Bovendien worden zorgverzekeraars steeds meer risicodragend en krijgen daarmee een direct belang bij het zo doelmatig mogelijk kunnen leveren van de verzekerde zorg aan hun ingeschrevenen. Indien zorgverzekeraars van mening zijn dat zorg door een eigen instelling of door een instelling waarin ze deelnemen, doelmatiger geleverd kan worden dan door een instelling waarmee ze louter een inkoopcontract hebben, ben ik van opvatting dat dergelijk ondernemersgedrag niet moet worden belemmerd. Daarbij komt dat zorgverzekeraars met de mogelijkheid tot het oprichten van eigen instellingen een extra instrument in handen krijgen om zorgaanbieders te bewegen tot het aanbieden van goede inkoopovereenkomsten.

Ten slotte zijn er ook Europeesrechtelijke aspecten. Een verbod op het hebben van eigen instellingen roept voor naturaverzekeraars spanning op met de Europese schaderichtlijnen. Het kenmerk van een naturaverzekering is immers dat de verzekeraar, indien het verzekerde risico is ingetreden, de verzekerde prestatie in natura aan de verzekerde levert. In casu

dient een zorgverzekeraar bij het intreden van een zorgbehoefte die verzekerde zorg aan de verzekerde te leveren, waarop deze verzekerde is aangewezen. Hij kan daaraan voldoen door de zorg zelf te leveren, of deze, op basis van een inkoopovereenkomst door een zorgaanbieder te laten leveren. Een verbod op de eerste methode kan niet vanuit het algemeen belang worden gerechtvaardigd. Een verbod kan daarom een ontoelaatbare inperking van de Europeesrechtelijke vrijheden betekenen.

Gelet op het bovenstaande en gelet op de voordelen die verticale integratie in beginsel kan hebben, moet het toezichtinstrumentarium gericht zijn op het tegengaan van misbruik en oneigenlijk gebruik van partijen, zonder drempels op te werpen voor «gewoon» ondernemersgedrag. Ik ben van mening dat een dergelijk toezichtinstrumentarium wordt geboden met het bestaande mededingingstoezicht, aangevuld met het instrumentarium dat is voorzien in de WMG. Verticale integratie wordt beoordeeld op het voorkomen van ongewenst marktgedrag. In aanvulling op de bestaande bevoegdheden van de NMa krijgt de NZa op basis van het aanmerkelijke-marktmachtinstrumentarium in deze een taak.

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

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

Bij overtreding kan de NZa een sanctie (bestuursdwang of boete) opleggen. Ik heb het CTG bovendien verzocht om in de transitiefase bij het monitoren van de zorginkoopmarkten speciale aandacht te besteden aan verticale integratie.

Op grond van het algemene mededingingstoezicht kan de NMa een fusie verbieden indien er een machtspositie ontstaat of wordt versterkt (art. 29 Mw). Dit is een ex-ante toets. Naast het concentratietoezicht kan met name het verbod op misbruik van een economische machtspositie (art. 24 Mw) relevant zijn bij verticale integratie. Het hebben van een economische machtspositie is op zichzelf geen probleem; dat wordt het pas als een partij daar misbruik van maakt. Dit misbruik kan bijvoorbeeld gelegen zijn in het discrimineren tussen afnemers indien daarvoor geen objectieve verklaringen zijn. Handhaving van het verbod op misbruik van een machtspositie is een toets «ex-post».

De Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 laat het onder strikte voorwaarden toe dat verzekeraars eigen instellingen hebben. Een verzekeraar mag namelijk nevenactiviteiten hebben die dienstbaar zijn aan de uitoefening van het verzekeringsbedrijf, zolang verzekerden de hoofdactiviteit van de onderneming blijft. Dit sluit dus niet uit dat zorgverzekeraars deel-

nemen in zorginstellingen. Wat betreft het louter om financiële redenen in een zorgaanbieder beleggen: dat wijkt niet af van beleggingen in andere ondernemingen. De normale beleggingsvoorschriften van DNB zijn van toepassing. DNB ziet erop toe dat de beleggingsportefeuille de continuïteit van de verzekeraar niet in gevaar brengt.

Overigens verwijs ik naar mijn antwoorden van april 2005 op vragen van de heer Heemskerk en mevrouw Arib, waarin ik onder andere nog eens aangaf hoe ik de motie van december 2005 van de heer Heemskerk c.s. over verticale integratie uitvoer.