

Vergaderjaar 2004–2005

**30 186**

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

**Nr. 3**

### **MEMORIE VAN TOELICHTING**

#### **INHOUDSOPGAVE**

<b>A.</b>	<b>ALGEMEEN</b>	<b>2</b>	<b>8.</b>	<b>Verhouding zorgautoriteit tot andere regulators en toezichthouders</b>	<b>31</b>
<b>1.</b>	<b>Inleiding en samenvatting</b>	<b>2</b>	<b>8.1.</b>	<b>Nederlandse Mededingingsautoriteit</b>	<b>31</b>
<b>2.</b>	<b>Achtergrond wetsvoorstel</b>	<b>7</b>	<b>8.2.</b>	<b>Andere regulators en toezichthouders</b>	<b>32</b>
<b>3.</b>	<b>Bijzonderheid zorgmarkten</b>	<b>8</b>	<b>9.</b>	<b>Nederlandse Zorgautoriteit</b>	<b>34</b>
<b>4.</b>	<b>Bundelen toezicht</b>	<b>12</b>	<b>9.1.</b>	<b>Zelfstandig bestuursorgaan</b>	<b>34</b>
<b>5.</b>	<b>Sectorspecifiek markttoezicht</b>	<b>13</b>	<b>9.2.</b>	<b>Bestuurlijke inrichting en organisatie</b>	<b>35</b>
	5.1. Algemeen	13	<b>9.3.</b>	<b>Instrumenten minister</b>	<b>37</b>
	5.2. Informatie verzamelen en beoordelen	14	<b>9.4.</b>	<b>Toezichtbeleid</b>	<b>38</b>
	5.3. Interventie	15	<b>9.5.</b>	<b>Evaluatie</b>	<b>39</b>
	5.3.1. Reguleren tarieven	16	<b>9.6.</b>	<b>Algemene Rekenkamer</b>	<b>39</b>
	5.3.2. Deelmarkten met vrije tarieven	17	<b>10.</b>	<b>Gevolgen voor betrokken partijen</b>	<b>40</b>
	5.3.3. Productomschrijvingen, contractvoorwaarden en transparantie	23	<b>10.1.</b>	<b>Veldpartijen</b>	<b>40</b>
	5.3.4. Administratie- en informatieverplichtingen	24	<b>10.2.</b>	<b>Overheidspartijen</b>	<b>41</b>
	5.3.5. Handhaven	25	<b>10.3.</b>	<b>Rechtelijke macht</b>	<b>42</b>
	5.3.6. Signaleren	25	<b>11.</b>	<b>Informatievoorziening</b>	<b>44</b>
<b>6.</b>	<b>Toezicht uitvoering verzekeringswetten</b>	<b>26</b>	<b>12.</b>	<b>Administratieve lasten</b>	<b>46</b>
	6.1. Algemeen	26	<b>13.</b>	<b>Financiële aspecten</b>	<b>50</b>
	6.2. Zorgverzekeringswet	26	<b>14.</b>	<b>Inwerkingtreding</b>	<b>50</b>
	6.3. AWBZ	28	<b>B.</b>	<b>ARTIKELSGEWIJS</b>	<b>50</b>
<b>7.</b>	<b>Rolverdeling minister van VWS en zorgautoriteit</b>	<b>28</b>		<b>Bijlage: Transponeringstabel</b>	<b>85</b>
	7.1. Hoofdlijnen	28			
	7.2. Uitwerking	29			
	7.3. Signalelementen en rapporten zorgautoriteit	30			

## A. ALGEMEEN

### 1. INLEIDING EN SAMENVATTING

De Nederlandse gezondheidszorg presteert internationaal gezien goed. Toch zijn belangrijke verbeteringen nodig en mogelijk: betere service en kwaliteit, meer innovatie, efficiëntere zorgprocessen, een betere relatie tussen prijs, prestatie en kwaliteit, meer transparantie en meer waar voor je geld. De regering wil daarom partijen meer handelingsvrijheid geven en waar mogelijk de «centrale aanbodsturing» vervangen door een systeem dat meer ruimte geeft aan eigen initiatief en verantwoordelijkheid. Patiënten en verzekerden moeten meer te kiezen krijgen, terwijl tegelijkertijd de publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg overeind blijven.

#### *Waarom een andere marktordening*

De overheid is en blijft ervoor verantwoordelijk dat de publieke belangen van de zorg worden bewaakt. Daarover bestaat geen verschil van mening. Het gaat erom hoe dit het beste kan. De decennialange centrale aanbodsturing van de gezondheidszorg heeft ervoor gezorgd dat aanbieders en verzekeraars hun ogen voortdurend richten op de overheid. Daar komt immers het (on)heil vandaan. Het is tekenend dat het kunnen beïnvloeden van «de politiek» voor zowel aanbieders als verzekeraars een reden blijkt om te fuseren of aan schaalvergroting te doen<sup>1</sup>. Dat moet anders. Aanbieders en verzekeraars moeten gestimuleerd worden om hun klanten zo goed mogelijk te bedienen; zij moeten als het ware achter de klanten aan. Het moeten opereren op een markt biedt die stimulans. Daarom is gereguleerde marktwerking het nieuwe sturingsconcept voor de gezondheidszorg.

#### *Vertrouwen*

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid vroeg in zijn rapport «Bewijzen van goede dienstverlening»<sup>2</sup> aandacht voor de tendens dat overheidsregulering en toezicht zich steeds meer lijken te baseren op een gebrek aan vertrouwen in maatschappelijke actoren. Het kabinet gaf in zijn reactie aan deze tendens te willen keren<sup>3</sup>. Juist in de zorg is dit het uitgangspunt van de veranderingen die de regering voorstaat: meer ruimte aan marktpartijen om zelfstandig invulling te geven aan hun rol in het maatschappelijke verkeer. Vertrouwen is daarbij geen loos begrip. Vertrouwen kan in een maatschappelijk belangrijke sector als de gezondheidszorg nooit ongeclusuleerd worden gegeven. Vertrouwen impliceert wel dat partijen ruimte moeten krijgen. De overheid moet bereid zijn de directe sturende bemoeienis waar mogelijk los te laten. Dit wetsvoorstel is een belangrijke bouwsteen voor deze rolverandering. Het geeft de basis voor de oprichting van een zorgautoriteit die steeds meer op de achtergrond zal opereren en slechts zal optreden als er publieke belangen daadwerkelijk en aantoonbaar in gevaar komen.

Concurrentie werkt optimaal op een markt met volledige mededinging (perfecte markt). In een perfecte markt maken alle mensen rationele keuzes, is de markt volledig transparant en zijn de producten homogeen. Verder zijn er veel aanbieders en er zijn geen toetredings- en uittredingsbelemmeringen. Maar perfecte markten bestaan niet. Alle markten hebben in meerdere of mindere mate regulering nodig om goed te kunnen werken, anders zouden wild-west-toestanden ontstaan. Meer marktwerking betekent dus niet dat er geen regels meer zijn. Wat het wel betekent is dat er andere regels zijn die meer vrijheid en flexibiliteit mogelijk maken en die de verantwoordelijkheden anders toedelen. Dit geldt ook voor de gezondheidszorg. In plaats van regels over wat er allemaal

<sup>1</sup> Geconcentreerd dereguleren? Onderzoeksnotitie naar bestaande concentraties en machtsposities in de zorg. Publicatierieks toekomst zorgstelsel. Ministerie van VWS. Oktober 2002.

<sup>2</sup> Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid; Bewijzen van goede dienstverlening; Amsterdam University Press, Amsterdam 2004.

<sup>3</sup> Kamerstukken II, 29 362, nr. 32.

precies hoe precies moet gebeuren, gaat het erom duidelijk te maken welke prestaties verwacht worden en welke spelregels gelden. Toezicht is hier een onlosmakelijk onderdeel van.

#### *Noodzakelijke aanpassingen*

De nieuwe aanpak maakt op verschillende fronten aanpassingen nodig. Patiënten en verzekerden, aanbieders en verzekeraars zullen moeten wennen aan een grotere eigen verantwoordelijkheid. De overheid biedt het kader waarbinnen de partijen hun verantwoordelijkheid kunnen invullen. Zij moet heldere voorwaarden meegeven over wat er van ieder wordt verwacht en daar dan ook toezicht op houden. De toezichthouder moet daarbij allereerst voldoende ruimte geven. Optreden is pas aan de orde als er aantoonbaar publieke belangen in gevaar komen. In die gevallen moet het optreden uiteraard effectief zijn. Een terughoudende maar waar nodig krachtige toezichthouder.

Er zijn ook omvangrijke aanpassingen nodig van de wetgeving. Aan de verzekeringskant gaat het om de Zorgverzekeringswet<sup>1</sup>, de modernisering van de AWBZ<sup>2</sup> en het plan van het kabinet om de aanspraak op hulp en ondersteuning vanuit de AWBZ over te hevelen naar een nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning die wordt uitgevoerd door de gemeenten<sup>3</sup>. Aan de aanbodkant betreft het de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg (HOZ)<sup>4</sup>, de WTG ExPres<sup>5</sup> (beide inmiddels in werking getreden) en het wetsvoorstel Wet toelating zorginstellingen (WTZi)<sup>6</sup>. Gemeenschappelijk aan deze wetswijzigingen en plannen is, dat niet alles in één keer anders wordt. Overstappen naar het sturingsconcept van geregeerde marktwerking vereist behoedzaamheid en geleidelijkheid.

#### *Veranderingen in verschillende snelheden*

De decennialange centrale aanbodsuring in de gezondheidszorg, maakt dat marktwerking niet van vandaag op morgen kan worden ingevoerd. Marktwerking waar mogelijk, regulering waar nodig. In de meeste deelmarkten waar elementen van marktwerking wordt ingevoerd zullen markten zich moeten ontwikkelen. Markten moeten op gang worden gebracht en gehouden, de introductie van marktprikkels moet worden begeleid en de markten moeten goed worden gevolgd (gemonitord) om te kijken of de marktwerking succesvol is en of de publieke belangen voldoende tot hun recht komen. Gedurende langere tijd zullen deelmarkten waar sprake is van een vorm van aanbodregulering en deelmarkten waar een vorm van marktregulering geldt, naast elkaar bestaan. De verschillende typen deelmarkten vereisen een breed palet aan toezicht-instrumenten.

Voor markten waar het voornamelijk nog nodig blijft tarieven te reguleren worden de taken en bevoegdheden overgenomen uit de WTG, zoals deze is gewijzigd door de WTG ExPres. De WTG vervalt bij inwerkingtreding van dit wetsvoorstel. Op markten waar de tarieven worden vrijgelaten is een andere vorm van toezicht nodig. Hierbij passen ook andere bevoegdheden die zich richten op het voorkomen van gedrag dat het ontstaan van marktwerking belemmert. Zo kunnen partijen met aanmerkelijke marktmacht verplichtingen worden opgelegd. Ook kunnen algemene regels worden gesteld in verband met de transparantie van de markt, bijvoorbeeld indien blijkt dat marktpartijen consumenten noodzakelijke informatie onthouden.

#### *Integratie toezicht*

De zorgsector staat aan het begin van een veranderingsproces dat de nodige tijd zal nemen en dat om behoedzaamheid vraagt. De zorginkoopmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorgverleningsmarkt beïnvloeden elkaar sterk; daarbinnen verkeren de verschillende deelmarkten in

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 29 763.

<sup>2</sup> Kamerstukken II, 26 631.

<sup>3</sup> Kamerstukken II, 29 538.

<sup>4</sup> Kamerstukken II, 28 994; Stb. 2005, 27.

<sup>5</sup> Kamerstukken II, 29 379; Stb. 2005, 24.

<sup>6</sup> Kamerstukken II, 27 659.

verschillende stadia van ontwikkeling. Elke deelmarkt stelt eigen eisen aan de manier waarop de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid het beste kunnen worden geborgd en aan de manier waarop de ontwikkelingen in transitie markten goed kunnen worden begeleid. Een dergelijke complexe situatie vergt een speciaal op de zorgsector gerichte benadering waarin de specifieke kennis over de verschillende zorg(deel)markten en de verschillende vormen van toezicht zijn geïntegreerd. Daarbij komt dat het aantal toezichthouders niet groter moet zijn dan strikt nodig. Om deze redenen legt dit wetsvoorstel de verschillende vormen van toezicht zoveel mogelijk in één hand, die van de zorgautoriteit. Zo kunnen de verschillende invalshoeken van toezicht van elkaar profiteren, kan de zorgautoriteit een duidelijke koers varen bij het gebruik van de verschillende typen instrumenten en wordt het toezicht efficiënter en effectiever.

#### *Doel wetsvoorstel*

Het voorliggende wetsvoorstel Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) voorziet in spelregels en bijbehorend toezicht om de overstap naar meer marktwerking veilig te kunnen maken. Het is één van de wetten die vormgeeft aan het nieuwe sturingsconcept van gereguleerde marktwerking en vormt daar in wezen het sluitstuk van. De wet bevordert dat:

- waar dat kan marktwerking op gang wordt gebracht en gehouden,
- waar dat moet, de overheid tarieven en prestaties kan reguleren,
- zorgaanbieders en zorgverzekeraars patiënten en verzekerden goede informatie geven zodat zij kunnen kiezen bij welke zorgaanbieder zij het beste terecht kunnen, met welke verzekeraar zij in zee willen gaan en welke polis voor hen het meest geschikt is;
- er samenhang is in de regulering van en het toezicht op de zorgmarkten.

Dit wetsvoorstel brengt een aantal bestaande instrumenten bij elkaar, deels in een nieuwe vorm, en voegt enkele nieuwe instrumenten toe aan de gereedschapskist van de overheid. De nieuwe instrumenten zijn vooral nodig om per deelmarkt marktwerking op gang te brengen en te houden en om goede informatie voor consumenten (patiënten en verzekerden) te waarborgen. De bestaande instrumenten zijn er vooral om te bewaken dat de consument krijgt waar hij recht op heeft, om niet (volledig) gedereguleerde deelmarkten te ordenen en om de betaalbaarheid van de gezondheidszorg als geheel in goede banen te leiden. Op het niveau van de overheid wordt de organisatie en verdeling van verantwoordelijkheden aangepast aan de nieuwe situatie.

#### *Samenvatting wetsvoorstel*

In mijn brief van september 2004<sup>1</sup> schetste ik de hoofdlijnen van de beoogde taakuitoefening van de zorgautoriteit, de verhouding tot de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de verhouding van de zorgautoriteit tot andere toezichthouders, waaronder de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa). Dit wetsvoorstel bevat de concrete uitwerking. Over de brief vond schriftelijk overleg plaats met de vaste commissie voor VWS van de Tweede Kamer der Staten-Generaal<sup>2</sup>. Ook daarmee is waar nodig rekening gehouden.

De WMG regelt:

- de oprichting van de Nederlandse Zorgautoriteit, verder: zorgautoriteit,
- de taken, bevoegdheden en instrumenten van de zorgautoriteit, en
- de verhouding van de zorgautoriteit tot de minister en tot andere regulatoren en toezichthouders.

De zorgautoriteit is een zelfstandig bestuursorgaan met rechtspersoonlijkheid, betaald uit de begroting van VWS. Het bestuur bestaat uit maximaal drie personen. Het personeel is in dienst van de zorgautoriteit; het heeft

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 29 324, nr. 3.

<sup>2</sup> Kamerstukken II, 29 324, nr. 4.

dezelfde arbeidsvoorwaarden die voor rijksambtenaren gelden. Het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) gaan op in de zorgautoriteit.

De zorgautoriteit heeft de volgende taken:

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

De belangrijkste nieuwe bevoegdheden van de zorgautoriteit betreffen:

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

De minister bepaalt de hoofdlijnen van het beleid en neemt de politiek relevante beslissingen. De zorgautoriteit past de wet toe en handhaaft deze. De minister bepaalt bijvoorbeeld op welke deelmarkten tarieven vrij onderhandelbaar zijn. De zorgautoriteit legt zo nodig verplichtingen op aan een partij met aanmerkelijke marktmacht. Ook bepaalt de minister bijvoorbeeld de vorm van tariefregulering op deelmarkten waarvan hij vindt dat tarieven gereguleerd moeten worden. De zorgautoriteit werkt dit uit en past toe.

De minister benoemt het bestuur van de zorgautoriteit, keurt het jaarplan (begroting en werkprogramma), de jaarrekening en het bestuursreglement goed en stelt het budget van de zorgautoriteit vast. De minister kan algemene aanwijzingen geven aan de zorgautoriteit over zowel de werkwijze en taakuitoefening, als de inhoud van beleidsregels en algemene voorschriften. Verder kan de minister besluiten van algemene strekking van de zorgautoriteit ter vernietiging voordragen aan de Kroon. Ook kan hij ingrijpen als de zorgautoriteit haar taken verwaarloost.

De zorgautoriteit moet onder andere informatie uitwisselen met de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), De Nederlandsche Bank (DNB), de Autoriteit Financiële Markten (AFM) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ten behoeve van de afstemming en uitvoering van hun taken. Daarmee worden onnodige toezicht- en administratieve lasten bij zorgaanbieders en verzekeraars voorkomen. Ook maken zij samenwerkingsprotocollen. De NMa doet het algemene mededingingstoezicht als bedoeld in de Mededingingswet, DNB het toezicht op de verzekeraars als bedoeld in de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 en de AFM het gedragstoezicht op verzekeraars als bedoeld in de Wet financiële dienstverlening (WFD)<sup>1</sup>. De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit van de zorg.

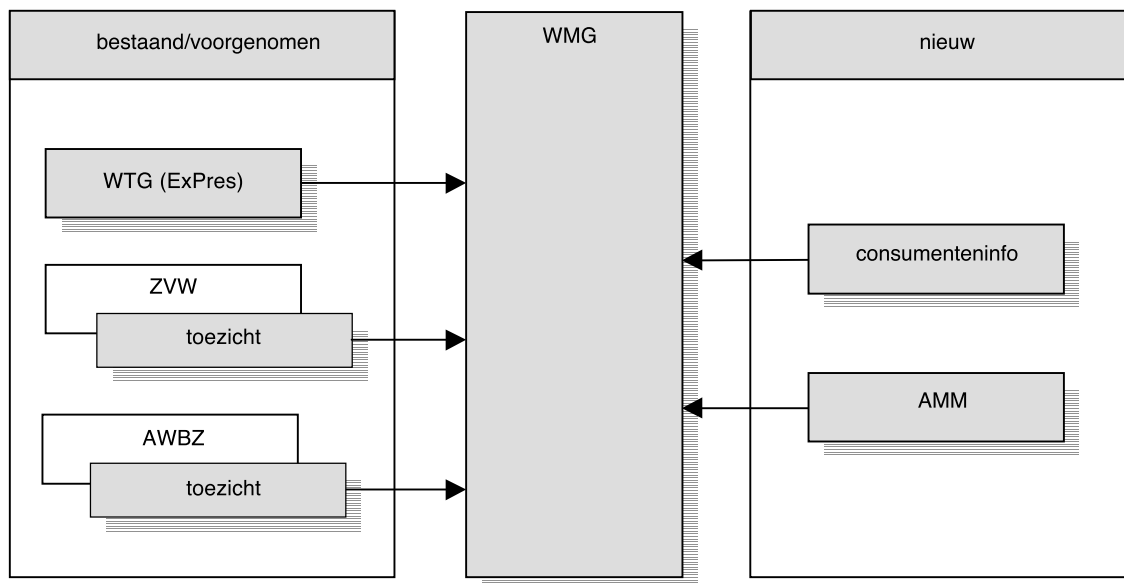
#### *Bronnen voor wettelijke taken en bevoegdheden zorgautoriteit*

De taken en bevoegdheden om tarieven te reguleren komen uit de WTG. Die wet vervalt bij inwerkingtreding van de WMG. Het toezicht op de

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 29 507.

uitvoering van Zorgverzekeringswet staat thans in die wet<sup>1</sup>. De Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet regelt het toezicht op de uitvoeringsorganisatie AWBZ in de AWBZ<sup>2</sup>. De taken en bevoegdheden van de zorgautoriteit in verband met het toezicht op de Zorgverzekeringswet en de AWBZ zijn overgeheveld naar dit wetsvoorstel. Het op gang brengen en houden van markten is een nieuwe taak, net als het bevorderen van transparantie van markten voor de consument. Daar horen nieuwe bevoegdheden bij. In schema ziet dit er als volgt uit.



De bijlage bij de toelichting bevat een transponeringstabel waaruit blijkt welke artikelen «nieuw» zijn en welke zijn overgenomen uit de WTG, de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Zo is de achtergrond van die artikelen terug te vinden in de parlementaire geschiedenis van de genoemde wetten.

#### *Afwijking van de brief van 10 september 2004*

In de brief van september 2004 stond dat de zorgautoriteit ook belast zou worden met het zorgspecifieke gedragstoezicht op de ziektekostenverzekeraars. Met het oog daarop waren enkele bepalingen uit het wetsvoorstel voor de Wet op het financieel toezicht (WFT), de beoogde opvolger van de WFD, overgenomen in de WMG en zou een deel van het gedragstoezicht dat de AFM op grond van die wet uitoefent op verzekeraars worden toebedeeld aan de zorgautoriteit. De Raad van State wees in zijn advies echter op complicaties in de taakafbakening, verantwoordelijkheidsverdeling en onderlinge afstemming. Daarom is er bij nadere overweging van afgezien het gedragstoezicht over te hevelen naar de zorgautoriteit ten behoeve van een volledig zorgspecifieke invulling. Het gedragstoezicht als bedoeld in de WFD/WFT geeft de basisbescherming voor alle verzekerden en legt eisen neer hoe private verzekeraars zich dienen te gedragen in hun dienstverlening. Met deze keuze is er een uitgewerkt wettelijk kader en een toezichthouder, de AFM, die alert is op de marketing, distributie en advisering door verzekeraars van alle verzekeringen, waaronder zorgverzekeringen en die zich daar ook reeds langer op heeft kunnen voorbereiden. Wel is de regering van mening dat de sociale waarborgen van de Zorgverzekeringswet (verzekeringplicht, acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en zorgplicht) en de behoefte van patiënten en verzekerden aan goede keuze-informatie, rechtvaardigen dat de zorgautoriteit een aanvul-

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 29 763.

<sup>2</sup> Kamerstukken II, 30 124.

lende rol heeft wat betreft het transparant maken van de markt. Zie voor de verhouding tussen de zorgautoriteit en de AFM verder paragraaf 8.2.

## 2. ACHTERGROND WETSVORSTEL

### *Eisen aan het systeem van gezondheidszorg*

De regering vindt het een blijvende overheidsverantwoordelijkheid dat noodzakelijke gezondheidszorg van goede kwaliteit voor alle Nederlanders toegankelijk is, ongeacht hun leeftijd, gezondheidstoestand of inkomenspositie. Een solide borging van deze publieke belangen stelt hoge eisen aan het systeem van gezondheidszorg, zowel op medisch en zorginhoudelijk gebied als vanuit een oogpunt van doelmatige uitvoering en beheerste kostenontwikkeling. De laatste jaren is het besef toegenomen, dat met het huidige stelsel van organisatie en financiering van de zorg niet langer op een evenwichtige manier aan deze eisen kan worden voldaan. De geleidelijk gegroeide, gedetailleerde overheidssturing van het zorgstelsel is steeds meer een belemmering voor een kwalitatief goed en doelmatig functionerende zorgsector. Een teveel aan centrale regelgeving en het ontbreken van adequate (markt)prikkels staan in de weg aan het realiseren van een innovatief zorgaanbod met een goede prijs-prestatieverhouding. Daarnaast roept ook de aanzienlijke stijging van de zorguitgaven van de laatste jaren als zodanig vragen op over de houdbaarheid van het stelsel op langere termijn<sup>1</sup>.

### *Toekomstige ontwikkelingen*

De eisen die aan het gezondheidszorgsysteem worden gesteld, zullen de komende jaren alleen maar toenemen. De Nederlandse bevolking vergrijsd en krijgt daardoor een steeds grotere zorgbehoefte. Die ontwikkeling zal zich, gezien de samenstelling van de bevolking, nog tientallen jaren voortzetten. Zo verwacht het Centraal bureau voor de statistiek dat het aantal 65-plussers toeneemt van 14 procent in 2003 tot 23 procent in 2040<sup>2</sup>. Ook het profiel van de zorgvrager verandert. De burger heeft meer uitgesproken wensen ten aanzien van de aard, inhoud en omvang van de geboden zorg. Daarnaast wordt er steeds meer mogelijk door de voortgaande ontwikkeling in de medische technologie. Deze op zichzelf positieve ontwikkelingen brengen echter ook aanzienlijke kosten mee.

### *Nieuwe verdeling verantwoordelijkheden*

Er is een nieuwe balans nodig in de verdeling van verantwoordelijkheden tussen overheid en maatschappelijke actoren. Dit krijgt gestalte door directe overheidsregulering van het zorgaanbod geleidelijk te vermindern en gelijktijdig meer vrijheden én verantwoordelijkheden te geven aan partijen: patiënten en verzekerden, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze partijen krijgen meer ruimte om zelf te beslissen, maar worden ook geconfronteerd met de gevolgen van hun beslissing. Gereguleerde marktwerking vervangt de centrale aanbodsturing daar waar mogelijk; de overheid zal steeds meer optreden als kadersteller en toezichhouder. De regering wil zo een nieuwe impuls geven aan de toename van service, kwaliteit, innovatie, efficiënte zorgprocessen en een goede verhouding tussen prijs, prestatie en kwaliteit van de zorg.

### *Voorwaarden voor concurrentie*

Het Centraal Planbureau benoemde in zijn studie «Zorg voor concurrentie» de belangrijkste voorwaarden voor concurrentie<sup>3</sup>. Een eerste is de betwistbaarheid van marktposities. De regering heeft de afgelopen jaren in vele nota's en wetsvoorstellen uiteengezet dat deregulering van de aanbodkant van de zorginkoopmarkt hoge prioriteit heeft. Het gaat vooral om verruimen van de mogelijkheden voor opleiding tot het artsberoep en voor het kunnen starten van ondernemingen die zorg aanbieden. Een

<sup>1</sup> In 2001 en 2002 groeide het zorgvolume in totaal met ruim 14 procent. De reële economische groei was in die periode circa 1,5 procent. De zorgquote (aandeel van de zorguitgaven in het bruto binnenlands product) steeg van circa 8,5 procent in 2000 naar circa 9,6 procent in 2004.

<sup>2</sup> CBS, Statline 1/9/2004.

<sup>3</sup> Centraal Planbureau, Zorg voor concurrentie, een analyse van het nieuwe zorgstelsel, januari 2003.

tweede door het Centraal Planbureau benadrukte voorwaarde is de transparantie van markten. Die is nodig voor een evenwichtige onderhandelings-situatie tussen de vraag- en aanbodzijde. De regering bevordert daarom de noodzakelijke ontwikkeling en invoering van instrumenten voor prestatiemeting, heldere verantwoording over de geleverde zorg en inzichtelijke consumenteninformatie. Hiermee is effectieve concurrentie nog niet gegarandeerd. Via onderlinge afspraken kunnen marktpartijen alsnog de concurrentie uitschakelen. De derde voorwaarde is daarom het kunnen verhinderen van gedrag dat de mededinging beperkt. Het planbureau constateert dat de NMa dit soort gedrag tot op zekere hoogte kan verhinderen, maar ook dat dit voor de zorgsector waarschijnlijk niet toereikend is. Dit wetsvoorstel voorziet daarom in het nodige sector-specifieke markttoezicht.

#### *Aanpassingen besturingssysteem zorg*

De geleidelijke introductie van geregleerde marktwerking vereist belangrijke aanpassingen van het besturingssysteem van de zorg. De aanpassing betreft onder meer de invoering per 1 januari 2006 van een nieuw verzekeringsstelsel met een standaardverzekering voor curatieve zorg. Dit is uitgewerkt in de Zorgverzekeringswet<sup>1</sup>. Ook wat betreft de AWBZ zijn belangrijke stappen gezet. Denk aan de introductie per 1 april 2003 van de functiegerichte omschrijving van de aanspraken en de opheffing per 1 september 2004 van de contracteerplicht voor extramurale AWBZ-zorg. Verder gaat de aanspraak op kortdurende op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg van de AWBZ over naar de Zorgverzekeringswet. Ten slotte is het kabinet van plan de aanspraak op hulp en ondersteuning vanuit de AWBZ over te hevelen naar een nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning die wordt uitgevoerd door de gemeenten<sup>2</sup>.

De Zorgverzekeringswet gaat er vanuit dat zorgverzekeraars concurreren op de zorginkoop. Het is daarom noodzakelijk dat er voldoende aanbod van zorg is en dat aanbieders en verzekeraars de ruimte krijgen om hun verantwoordelijkheid te kunnen dragen. Een van de voorwaarden om het concept van geregleerde marktwerking te laten slagen, is dat de bekostiging van aanbieders meer relatie heeft met de geleverde prestaties. Dit krijgt voor ziekenhuizen en medisch-specialisten vorm door de invoering van diagnose-behandelingcombinaties (dbc's)<sup>3</sup>. Daarnaast voorziet de Wet toelating zorginstellingen (WTZi)<sup>4</sup> in de nodige condities om geleidelijk meer marktwerking te introduceren. Het voorliggende wetsvoorstel is het sluitstuk voor een succesvolle overstap naar geregleerde marktwerking.

De regering is van mening dat de geschetste aanpassingen van het zorgstelsel en de verbeteringen op het terrein van transparantie, mededinging en toezicht, de voorwaarden vervullen om de gewenste uitkomst van marktwerking in de gezondheidszorg te bewerkstelligen. De regering onderschrijft daarmee de conclusie die het Centraal Planbureau in de genoemde studie trok, namelijk «dat het door de regering voorgestane zorgstelsel, meer dan het huidige stelsel, perspectief biedt op zorg die zowel kosteneffectief als toegankelijk is en dat onzekerheden die met een nieuw stelsel gepaard gaan, de invoering ervan niet in de weg behoeven te staan».

### **3. BIJZONDERHEID ZORGMARKTEN**

#### *Reden geregleerde marktwerking*

Geregleerde marktwerking in de zorg is geen doel op zich. Het is een middel om de zorgsector beter te laten presteren door de inspanning van alle betrokken partijen als patiënten en verzekerden, aanbieders en verzekeraars. Alleen daar waar nodig stuurt de overheid bij met regulering.

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 29 763.

<sup>2</sup> Kamerstukken II, 29 538.

<sup>3</sup> Kamerstukken II, 29 248.

<sup>4</sup> Kamerstukken II, 27 659.



Regulering omvat zowel de toepassing van economische instrumenten als regelgeving en toezicht, die er in combinatie toe dienen marktfalen weg te nemen en de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg ook voor de langere termijn overeind te houden. De regelgeving richt zich vooral op het bieden van zekerheid door het vastleggen van de economische instrumenten ten behoeve van de sturing van de zorgmarkten. Het toezicht omvat bewaking en interventie.

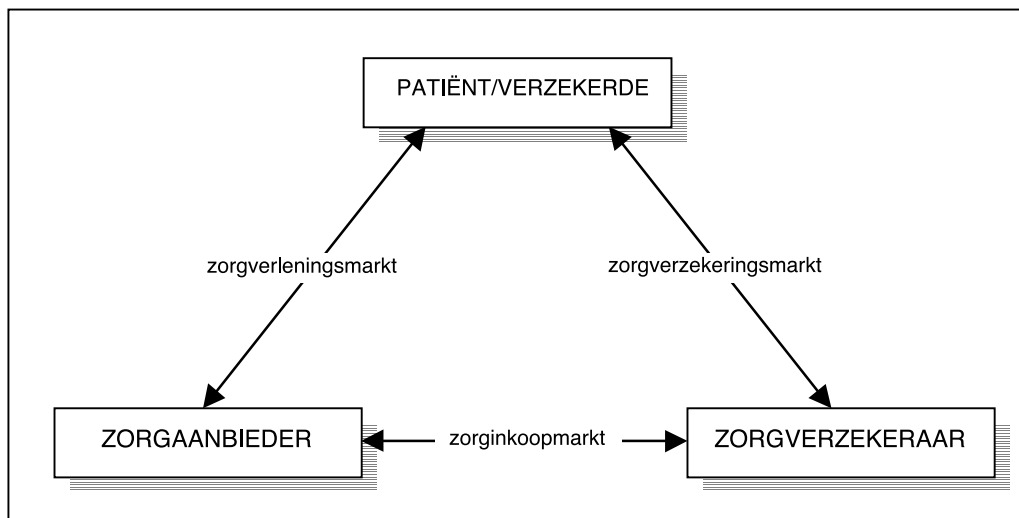
#### *Bijzondere kenmerken van zorgmarkten*

De zorgmarkten zijn vanwege hun bijzondere kenmerken en specifieke vormen van marktfalen geen gewone markten. Zo lopen betalingen in de zorg grotendeels via verzekeringen. Dit beperkt het kostenbewustzijn van zowel vragers als aanbieders van zorg. Daarnaast is nog sprake van onvolledige informatie bij vragers en zorgverzekeraars. Zij hebben een informatieachterstand ten opzichte van zorgaanbieders wat betreft de medische noodzaak en kwaliteit van medisch handelen. Ook is er voor veel medische beroepen sprake van schaarste. De vraagzijde heeft als bijzonder kenmerk dat de behoefte aan zorg vaak niet voorvloeit uit volledig vrije keus, maar uit medische redenen.

De keuze voor een besturingsmodel voor de zorg waarin individuele burgers en organisaties op decentraal niveau meer beslissingsvrijheid krijgen, kan dan ook niet los worden gezien van een door de overheid te hanteren kaderstellend instrumentarium. Zo reguleert de overheid vooralsnog de opleidingencapaciteit voor individuele zorgaanbieders en de kwaliteit en toelating van instellingen en personen tot de zorgverleningsmarkt. De overheid bemoeit zich verder op enigerlei wijze met de bekostiging, tarifiering en contractvoorwaarden waaronder zorgaanbieders zorg leveren en verzekeraars verzekeren. De rol van de overheid op zorgmarkten is daarmee groter dan op gewone markten; zij bepaalt de spelregels, bakent het speelveld af en ziet toe op de naleving van de spelregels.

#### *Drie samenhangende zorgmarkten*

De gezondheidszorg kent drie samenhangende markten: zorgverlening, zorginkoop en zorgverzekering. Die drie markten beïnvloeden elkaar doordat op elke markt dezelfde drie spelers direct dan wel indirect actief zijn: de consument (patiënt/verzekerde), de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Op de zorgverleningsmarkt ontvangt de patiënt van de zorgaanbieder zorg. Op de zorgverzekeringsmarkt sluit de verzekerde een verzekering af met de zorgverzekeraar ter financiering van de zorg. Op de zorginkoopmarkt onderhandelt de zorgverzekeraar (en in sommige gevallen de patiënt) met de zorgaanbieder over de in te kopen zorg ten behoeve van zijn verzekerden. De volgende figuur zet dit in schema.



Op de *zorginkoopmarkt* onderhandelen niet alleen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder met elkaar. Ook vinden onderhandelingen plaats tussen aanbieders onderling. Bijvoorbeeld tussen een ziekenhuis en daar werkzame medisch specialisten, voor zover deze niet in loondienst zijn, en als de ene zorgaanbieder optreedt als toeleverancier van een andere aanbieder (denk aan levering van hulpmiddelen of geneesmiddelen aan zorginstellingen). Waar sprake is van een restitutie­stelsel zijn de patiënt en de zorgaanbieder de spelers op de zorginkoopmarkt én op de zorgverleningsmarkt. Met andere woorden: de patiënt koopt dan de zorg in en betaalt de zorgaanbieder in plaats van dat de zorgverzekeraar dit doet voor of namens zijn verzekerden.

De *zorgverleningsmarkt* strekt zich uit tot alle vormen van zorg, ongeacht de wijze waarop deze wordt betaald en door wie. Dat wil niet zeggen dat tariefregulering voor alle zorgvormen leidt tot vaststelling per aanbieder van de prijs voor de te verlenen zorg. Zoals hierna wordt aangegeven is dat afhankelijk van de deelmarkt. Waar dat kan wordt de tariefregulering beperkt tot verwerving van inzicht in de prijsvorming. Dat is gelijk aan de praktijk onder de huidige WTG. Ook de genees- en hulpmiddelenmarkten vallen onder de zorgverleningsmarkt.

Op de *zorgverzekeringsmarkt* sluit de aspirant-verzekerde een verzekeringsovereenkomst met een zorgverzekeraar. Wat betreft de zorgverzekeringsmarkt zijn ten minste twee invalshoeken van belang. Ten eerste het toezicht op de Zorgverzekeringwet en de AWBZ als zodanig en de beperkingen die de Europese schaderichtlijnen stellen aan de interventie bij schadeverzekeraars. Ten tweede het toezicht op alle verzekeringsmarkten vanuit de Europese en nationale mededingingregels. Vanuit de tweede invalshoek kan ook worden gekeken naar de invloed die andere verzekeringsmarkten kunnen hebben op uitvoering van de Zorgverzekeringwet en de AWBZ.

#### *Deelmarkten*

Iedere zorgmarkt bestaat uit verschillende deelmarkten. Deze verschillen in marktstructuur, productkenmerken en in de vorm en mate van marktfalen. Zo bestaat de zorgverzekeringmarkt uit ten minste drie deelmarkten: de markt voor de standaardverzekering voor curatieve zorg, de markt voor

aanvullende verzekeringen en de markt voor de AWBZ-verzekering. Op de zorginkoop- en de zorgverleningmarkt is de variatie nog groter. In de curatieve zorg zijn bijvoorbeeld de deelmarkten van de eerstelijnszorg, acute zorg, planbare zorg, complexe en topklinische zorg, en geneesmiddelenzorg te onderscheiden. Welk onderscheid in deelmarkten voor de AWBZ-zorg zinvol is, is nog onderwerp van studie.

Vanwege de verschillen in aard, inhoud en omvang van de zorg in de verschillende deelmarkten, en vanwege de verschillende rollen die patiënten en verzekerden, zorgaanbieders en zorgverzekeraars daarin spelen, zijn er ook verschillen in de manier waarop de publieke belangen het beste kunnen worden geborgd. Zo kan op bepaalde deelmarkten blijvende tariefregulering of zelfs regulering van het aanbod nodig zijn (bijvoorbeeld acute zorg en topklinische zorg), terwijl deze op andere deelmarkten (op termijn) beter kan worden losgelaten.

#### *Behoedzaamheid en geleidelijkheid*

De decennialange centrale aanbodsturing in de gezondheidszorg, maakt dat we niet van vandaag op morgen volledig kunnen overstappen op het concept van gereguleerde marktwerking. Ook de bijzondere kenmerken van de zorgmarkten verzetten zich daartegen. Behoedzaamheid en geleidelijkheid zijn geboden. Marktwerking waar mogelijk, regulering waar nodig. In de meeste deelmarkten waar marktwerking wordt ingevoerd zullen markten zich moeten ontwikkelen. Markten moeten op gang worden gebracht en gehouden, de introductie van marktprikkels moet worden begeleid en de markten moeten goed worden gevolgd (gemonitord) om te kijken of de marktwerking succesvol is en of de publieke belangen voldoende tot hun recht komen. Prijstoezicht en tariefregulering zijn (ook op langere termijn) belangrijk op deelmarkten waar volledig vrije prijsvorming (nog) niet mogelijk is. Om bijvoorbeeld efficiënte zorgaanbieders te kunnen belonen en inefficiënte aanbieders een prikkel te geven tot verbetering zijn nieuwe vormen van tariefregulering nodig waarmee marktprikkels als het ware worden nagebootst. De regering verwacht dan ook dat gedurende langere tijd een gemengd systeem nodig zal zijn. Aan het ene uiterste tariefregulering à la de WTG en vormen van aanbodregulering en aan het andere uiterste vrije tarieven, vrijheid in aanbod en vrijheid tot het doen van investeringen. Het is goed hierbij in gedachten te houden dat het om een glijdende schaal gaat.

#### *Sectorspecifiek mededingingstoezicht*

De «Visie op markttoezicht» die de minister van Economische Zaken in 2004 naar de Kamer zond, verstaat onder markttoezicht het bevorderen en bewaken van marktwerking<sup>1</sup>. Hieronder valt zowel het algemene als het sectorspecifieke mededingingstoezicht en bijvoorbeeld het toezicht op de transparantie (inzichtelijkheid) van markten.

De Mededingingswet is gericht op het bewaken van concurrentie op bestaande markten. De algemene mededingingsregels zoals neergelegd in de Mededingingswet richten zich op kartelvorming, economische machtspositie en fusiecontrole. Zij hebben niet tot doel en zijn daarom niet geschikt om markten te maken. Het gaat in hoofdzaak om het reageren op ongeoorloofd gedrag dat de concurrentie op bestaande markten beperkt door het opleggen van sancties bij ongeoorloofde kartelvorming en misbruik van economische machtspositie (repressief toezicht). De fusiecontrole gebeurt vooraf (preventief toezicht). Algemeen uitgangspunt is dat het Nederlandse mededingingsrecht niet strenger of soepeler mag zijn dan de Europese mededingingsregels. Verordening 1/2003 staat echter toe dat lidstaten voor hun grondgebied strengere nationale mededingingswetten maken die eenzijdige gedragingen van ondernemingen verhinderen of bestraffen. Met inachtneming van het algemene

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 29 200 XIII, nr. 50.

(Europese) mededingingsrecht kan de nationale overheid aanvullende regelingen maken die de beoogde marktwerking in transitie markten bevorderen. Die situatie is in de zorgmarkt aan de orde. Op (deel)markten waar (nog) geen sprake is van daadwerkelijke concurrentie biedt de Mededingingswet niet genoeg houvast voor het maken van markten. Daarom is aanvullend toezicht nodig dat specifiek op het ontwikkelen van markten in de zorgsector is gericht, net als bij de vervoer-, telecommunicatie- en energiemarkten. Bij het aanvullende, sectorspecifieke toezicht gaat het vooral om het scheppen van algemene voorwaarden en ingrijpen vooraf om de marktontwikkeling te stimuleren.

#### *Positie patiënt en verzekerde*

De positie van de patiënt en verzekerde (consument) vraagt bijzondere aandacht. Het is onredelijk mensen meer verantwoordelijkheid te geven om zelf te kiezen, als niet duidelijk is welke keuzes er zijn. Mensen hebben vergelijkbare en begrijpelijke informatie nodig over de mogelijkheden op de verzekeringsmarkt én de zorgverleningsmarkt. De toegankelijkheid van de zorg zou in het gedrang komen, als bijvoorbeeld aanbieders en verzekeraars als gevolg van de gewenste concurrentie, mensen op het verkeer de been zetten door het aanbod ondoorzichtig te presenteren. De informatievoorsprong die aanbieders en verzekeraars op patiënten en verzekerden hebben noodzaakt om toezicht te houden op de transparantie van markten voor consumenten.

## **4. BUNDELEN TOEZICHT**

### *Waarom bundelen van toezicht*

Zoals gezegd staat de gezondheidszorg aan het begin van een verandingsproces dat de nodige tijd zal nemen en dat om behoedzaamheid vraagt. Het introduceren van meer marktelementen kan niet overal in dezelfde mate of hetzelfde tempo. De zorginkoopmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorgverleningsmarkt beïnvloeden elkaar sterk; daarbinnen verkeren de verschillende deelmarkten in verschillende stadia van ontwikkeling. Elke deelmarkt stelt eigen eisen aan het reguleringsmechanisme waarmee de publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg kunnen worden geborgd. Met andere woorden: de zorgmarkt is niet homogeen. In een dergelijke complexe situatie is een sectorspecifieke, integrale 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. Een functioneel toezichthouder zoals de NMa of DNB daarentegen zal altijd een afweging moeten maken tussen de verschillende sectoren waarover het functionele toezicht zich uitstrekt, waardoor het gevaar bestaat dat de specifieke kenmerken van één bepaalde sector onvoldoende recht worden gedaan. De geleidelijke overstap naar meer markt in de zorg vereist dan ook dat de sectorspecifieke kennis over de verschillende zorgmarkten en de verschillende vormen van toezicht (toezicht op de markt, op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en op de uitvoering van de AWBZ) zoveel mogelijk in één hand komt te liggen; die van de zorgautoriteit. Dit maakt het toezicht effectiever en efficiënter en meer geschikt voor de bijzondere eisen die de zorgmarkt stelt. Daarbij komt dat het aantal toezichthouders niet groter moet zijn dan strikt nodig. Het toezicht van de zorgautoriteit is aanvullend op dat van de NMa, DNB, AFM en IGZ. Waar raakvlakken bestaan tussen de taakgebieden van de zorgautoriteit en die van deze (functionele) toezichthouders voorziet het wetsvoorstel in goede afstemming en informatie-uitwisseling.

De «Nadere uitwerking Vraag aan bod» concludeerde al dat, uitgaande van het instrumentarium van de WTG, WTZi, Zorgverzekeringswet en

AWBZ, een samenhangend wettelijk kader voor prijs- en gedragsregulering zou moeten worden ontworpen, waarin ook de positie, taken en bevoegdheden van de sectorspecifieke regulator wordt geregeld<sup>1</sup>. Dit wetsvoorstel biedt dit samenhangende kader wat betreft de WTG, Zorgverzekeringswet en AWBZ.

#### *Uitzonderingen*

De Raad van State merkte in zijn advies terecht op dat, gelet op de noodzakelijke samenhang in het functionele toezicht dat aan andere toezichthouders is opgedragen, niet alle toezicht in de zorgsector in één hand kan liggen. De regering kiest er dan ook voor alleen dát toezicht aan de zorgautoriteit op te dragen dat aanvullend is op dat van de functionele toezichthouders die een breder terrein bestrijken, zoals de NMa, DNB, AFM en IGZ. Aldus wordt enerzijds recht gedaan aan de bijzondere eisen die het (markt)toezicht in de zorgsector stelt. Anderzijds blijft zo de samenhang in het functionele toezicht van de andere toezichthouders behouden en wordt overlap voorkómen.

Zo is en blijft de NMa de instantie die op grond van de Mededingingswet de fusiecontrole doet, net als het toezicht op het verbod op kartelvorming en misbruik van economische machtspositie. Het toezicht ingevolge de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 blijft bij DNB liggen. DNB zal dan ook toezien op de integriteit en solvabiliteit van de verzekeraars die de Zorgverzekeringswet uitvoeren. De AFM is belast met het gedragstoezicht op financiële dienstverleners (waaronder ziektekostenverzekeraars) als bedoeld in de WFD. Verder blijft de IGZ belast met het toezicht op de kwaliteit van de zorg. De belangrijkste wetten hiervoor zijn de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ). Ten slotte valt het toezicht op de governance-eisen en de jaarstukken van instellingen als bedoeld in de WTZi, niet onder de jurisdictie van de zorgautoriteit. Om de administratieve lasten te beperken, worden met de zorgautoriteit de eisen afgestemd die op grond van de WTZi aan de jaarverslaglegging worden gesteld en de administratieve verplichtingen die de zorgautoriteit kan opleggen.

Voor de meer precieze rolverdeling tussen de zorgautoriteit en genoemde instanties en de onderlinge samenwerking verwijs ik naar paragraaf 8.2.

## **5. SECTORSPECIFIEK MARKTTOEZICHT**

### **5.1. Algemeen**

Dit wetsvoorstel beoogt marktpartijen zoveel mogelijk reguleringszekerheid te bieden. Aanbieders en verzekeraars hebben voldoende zekerheid nodig om investeringen in verbetering van doelmatigheid en kwaliteit te kunnen terugverdienen of nieuwe markten te kunnen betreden. Aan de andere kant kan niet alles bij voorbaat worden vastgetimmerd. Het ontwikkelen van markten en het borgen van de publieke belangen vraagt een zekere flexibiliteit, zowel voor de zorgautoriteit als voor de minister. Daarnaast is een goed evenwicht nodig tussen regulering en vrijheid op markten die zich aan het ontwikkelen zijn. Het kan nodig dat de zorgautoriteit ingrijpt op een deelmarkt om te bevorderen dat iedereen een eerlijke kans krijgt (gelijk speelveld). Tegelijkertijd moet de zorgautoriteit hierbij niet al te uitbundig te werk gaan. Er is een verschil in ondernemingen die de potentie hebben de markt te bederven en het op gang komen van markten te frustreren en ondernemingen die vanwege innovaties in kwaliteit en efficiëntie een voorsprong nemen. Kortom: de zorg-

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 27 855, nr. 17.

autoriteit zal de juiste balans moeten vinden tussen reguleren en de markt zijn werk laten doen.

Wat betreft het markttoezicht op de verzekeringsmarkt zijn twee invalshoeken van belang. Ten eerste het toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ en de beperkingen die aan de interventie bij schadeverzekeraars zijn opgelegd in de Europese schaderichtlijnen. Ten tweede het toezicht op alle verzekeringsmarkten vanuit de Europese en nationale mededingingregels. Vanuit de tweede invalshoek kan de zorgautoriteit kijken naar de invloed die andere verzekeringsmarkten kunnen hebben op de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Dit betekent dat ook de aanvullende particuliere ziektekostenverzekering tot het aandachtsgebied van de zorgautoriteit hoort in haar hoedanigheid als markttoezichthouder.

Voor het markttoezicht op het terrein van de AWBZ is ten eerste de constatering van belang dat zorgkantoren niet met elkaar concurreren. De Mededingingswet is niet van toepassing op zorgkantoren, omdat zij geen ondernemingen zijn in de zin van die wet<sup>1</sup>. Dit komt door de regionale uitvoeringsstructuur in de AWBZ. Daar kunnen de prikkels tot verbetering dus niet vandaan komen. De zorgautoriteit staat echter niet met lege handen. Prikkels voor zorgkantoren om de beschikbare instrumenten te benutten, in te spelen op de zorgvraag van cliënten en goede onderhandelingsresultaten te bereiken, zijn, naast toezicht op doelmatige uitvoering, onder andere gelegen in prestatievergelijking (benchmarking) en prestatiebeoordeling door de zorgautoriteit. Daarnaast zullen bij de aanwijzing van zorgkantoren per 2006 de geleverde en naar verwachting te leveren prestaties van zorgkantoren nadrukkelijk een rol gaan spelen. De toezichthouder krijgt een «adviesrol» bij de aanwijzing. Hij kan aan de hand van de bevindingen uit het toezicht beoordelen of aanwijzing verantwoord is dan wel aan nadere voorwaarden moet worden verbonden<sup>2</sup>.

Aan de aanbodkant op het AWBZ-terrein ligt de situatie anders. Uit het visiedocument «AWBZ-zorgmarkten» van de NMa blijkt dat aan de aanbodkant alle kenmerken van een markt aanwezig zijn<sup>3</sup>. De introductie van de functiegerichte bekostiging, waardoor onderhandeld kan worden over prijzen van functies, en de opheffing per 1 september 2004 van de contracteerplicht voor extramurale zorg bevestigen dit beeld.

## 5.2. Informatie verzamelen en beoordelen

De zorgautoriteit heeft de taak de concurrentieverhoudingen en het marktgedrag op de zorgmarkten te onderzoeken. Daarvoor is informatie nodig. De zorgautoriteit mag informatie opvragen bij marktpartijen over kosten, prijzen en tarieven, producten en prestaties, de kwaliteit van die producten en prestaties, contractvoorwaarden, marktaandeel en andere markt-informatie. Ook klachten van consumenten, aanbieders en verzekeraars zijn belangrijke informatiebronnen.

Het marktonderzoek van de zorgautoriteit richt zich onder meer op:

- de totstandkoming van overeenkomsten met betrekking tot zorg, tarieven of ziektekostenverzekeringen, de voorwaarden in die overeenkomsten en de resultaten daarvan;
- de werking van de zorgverzekerings-, zorgverlenings- en zorginkoopmarkt;
- de informatieverstrekking door zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars aan de consument en de inzichtelijkheid van die informatie;
- het presteren van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars, mede met het oog op de onderlinge vergelijking daarvan;

<sup>1</sup> Visiedocument «AWBZ-zorgmarkten», NMa, januari 2004 (3130/66).

<sup>2</sup> Kamerstukken II, 26 631, nr. 91.

<sup>3</sup> Zie noot 24.

- de ontwikkeling van kosten en prijzen van zorgverlening en ziektekostenverzekering in relatie tot de kwaliteit.

Op basis van haar marktonderzoek vormt de zorgautoriteit zich onder meer een oordeel over:

- het presteren van verschillende deelmarkten in termen van prijzen, producten en prestaties, hoeveelheden en prijs-kwaliteitverhoudingen,
- de mate waarin per deelmarkt is voldaan aan voorwaarden voor de totstandkoming van een daadwerkelijk concurrerende markt (bijvoorbeeld op het gebied van transparantie),
- de mate waarin ondernemingen aan marktbederf doen (bijvoorbeeld door kruissubsidiëring).

#### *Kruissubsidiëring*

Bij kruissubsidiëring verhoogt de aanbieder de prijs voor het ene product om daarbij de prijsverlaging voor een ander product te compenseren. Dit is op zichzelf niet schadelijk en soms zelfs voordelig, zolang het niet wordt gebruikt om té lage prijzen te financieren. Te lage prijzen zijn schadelijk omdat daarmee concurrenten van de markt kunnen worden verdreven of geweerd. In de zorg kan dit bijvoorbeeld een probleem zijn als er verschillende bekostigingsregimes zijn (een deel met vrije en een deel met gereguleerde prijzen). Ook verschillen in toelatingsvoorwaarden kunnen een aangrijpingspunt bieden voor kruissubsidiëring. Realistische prijzen zijn een voorwaarde voor de introductie van prestatiebekostiging. Zonder realistische prijzen krijgen nieuwe toetreders geen eerlijke kans en wordt de omslag naar meer marktwerking belemmerd.

De zorgautoriteit is bevoegd om de gegevens die zij verzamelt, te bewerken, vergelijken en publiceren. Omdat zij haar besluiten vaak zal baseren op analyse van gegevens van verschillende marktpartijen die een vergelijkbaar product leveren, kan de zorgautoriteit zo nodig eisen stellen aan het soort informatie dat zij moeten aanleveren. Zo kan de zorgautoriteit regels stellen over de wijze van kostentoe rekening om gestandaardiseerde kosteninformatie te ontvangen. Daarnaast kan de zorgautoriteit onderzoek ter plaatse doen om zelf noodzakelijke informatie te verzamelen. Daartoe heeft zij de toezichthoudende bevoegdheden die de Algemene wet bestuursrecht biedt (onder andere het binnentreden van gebouwen, zo nodig met behulp van de «sterke arm»). Om partijen zoveel mogelijk te stimuleren om informatie aan te leveren, kan de zorgautoriteit bij uitblijven van informatie uitgaan van eigen schattingen. Zij baseert zich daarbij bijvoorbeeld op vergelijkbare gegevens over de kostenniveaus van andere marktpartijen. Als extra stimulans kan de zorgautoriteit bij financiële informatie een bepaalde opslag of verlaging ten opzichte van die vergelijkbare gegevens toepassen. Uitgangspunt is dat wanneer partijen zelf niet voldoende informatie verschaffen, de schattingen van de zorgautoriteit juist zijn totdat het tegendeel is aangetoond.

Om de administratieve lasten te beperken moet de zorgautoriteit zoveel mogelijk gebruik kunnen maken van informatie die al is verzameld door andere instanties (bijvoorbeeld de NMa, DNB en IGZ). Dit wetsvoorstel regelt de mogelijkheid voor deze instanties informatie uit te wisselen met de zorgautoriteit. Verder voorziet dit wetsvoorstel erin dat deze instanties en de zorgautoriteit samenwerkingsprotocollen maken om onnodige administratieve lasten en dubbel toezicht te voorkomen.

### **5.3. Interventie**

De zorgautoriteit heeft in het kader van het sectorspecifieke markttoezicht verschillende instrumenten. Het gaat om:

1. reguleren van tarieven,
2. reguleren van deelmarkten met vrije tarieven,

3. reguleren van productomschrijvingen, contractvoorwaarden en transparantie,
4. administratie- en informatieverplichtingen,
5. handhaven, en
6. signaleren.

### 5.3.1. Reguleren tarieven

Reguleren van tarieven speelt alleen een rol op de zorginkoopmarkt. In een groot deel van de zorg kunnen de tarieven (nog) niet (geheel) worden vrijgelaten, omdat vrije onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars, bijvoorbeeld door aanbodschaarste, zouden leiden tot een maatschappelijk ongewenste uitkomst. De zorgautoriteit heeft daarom tot taak tarieven vast te stellen op deelmarkten waar tarieven niet vrij onderhandelbaar zijn. Deze taak is vergelijkbaar met die van het huidige CTG op grond van de WTG.

De afgelopen twintig jaar sloot de toepassing van het instrumentarium voor tariefregulering aan bij het systeem van aanbodregulering. Het stimuleert zorgaanbieders echter onvoldoende tot (micro)doelmatigheid en kostenbewust handelen. De sleutel tot verbetering ligt in het meer in evenwicht brengen van prestatie en kosten. Daarom heeft de zorgautoriteit tot opdracht in deelmarkten waar (nog) geen vrije tariefvorming mogelijk is, nieuwe vormen van tariefregulering te ontwikkelen om marktwerking na te bootsen en zo een efficiënte bekostiging van zorgaanbieders te realiseren. Dat kan onder andere door de prijs van een prestatie vast te stellen op basis van efficiëntievergelijking (maatstafconcurrentie). De meest efficiënte bedrijven vormen in dat geval de efficiëntiegrens. De vastgestelde tarieven bevatten voor de meest efficiënte bedrijven een prikkel om hun niveau van efficiëntie steeds verder te verbeteren. Minder efficiënte bedrijven krijgen een stimulans die verbetering bij te houden. De niet efficiënte bedrijven worden geprikkeld hun bedrijfsprocessen zo in te richten dat zij op het efficiënte niveau terecht komen.

#### *Maatstafconcurrentie*

Maatstafconcurrentie krijgt bijvoorbeeld vorm door voor een bepaald zorgproduct het tarief vast te stellen op de gemiddelde kosten van een bepaald percentage meest efficiënte zorgaanbieders. Aanbieders die bij de productie van dat zorgproduct hogere kosten maken dan het tarief, halen een slechter exploitatiesaldo. Dit prikkelt om ofwel de kosten omlaag te brengen, ofwel het product niet meer aan te bieden en zich te richten op producten die wel zonder verlies kunnen worden geleverd. Na een bepaalde periode werken alle aanbieders van het desbetreffende zorgproduct efficiënter. De gemiddelde kosten van de meest efficiënte zorgaanbieders zijn inmiddels gedaald, waardoor het tarief verder naar beneden kan. Zo worden zorgaanbieders constant geprikkeld om hun efficiëntie te verbeteren. In dit systeem worden efficiënte aanbieders beloond. Zij behalen een groter positief exploitatiesaldo omdat hun kosten lager zijn dan het tarief en/of zij krijgen meer volume omdat inefficiënte aanbieders een bepaald product niet meer aanbieden. In de Verenigde Staten wordt een vorm van maatstafconcurrentie succesvol gebruikt bij de bekostiging in de Medicare (CPB, *Yardstick competition, theory, design, and practice*, Working paper 133, 2000).

Bij deze methode wordt uiteraard rekening gehouden met structurele, niet beïnvloedbare verschillen tussen de bedrijven. Voor een goede vergelijking en beoordeling van de efficiëntie is ook informatie over de kwaliteit van zorg noodzakelijk. Efficiëntieverbetering mag immers niet ten koste gaan van de kwaliteit. Om dat te kunnen beoordelen moet de zorgautoriteit beschikken over kwaliteitsinformatie. Die betreft zij van de IGZ. Ook maken de zorgautoriteit en IGZ afspraken over het opvragen van eventueel noodzakelijke aanvullende informatie. Voor een goede vergelij-



king verlaat de zorgautoriteit zich op methoden van kwaliteitsmeting die de IGZ hanteert. Het wetsvoorstel regelt dit. Zo wordt ook de administratieve lastendruk ingeperkt.

Om nieuwe vormen van tariefregulering te kunnen ontwikkelen, is het cruciaal dat zorgaanbieders kosteninformatie op uniforme wijze verzamelen en zo nodig laten controleren door een accountant. Op verzoek van de zorgautoriteit moeten zij deze informatie aan haar geven.

Ook bij tariefregulering is het van belang dat zoveel mogelijk zekerheid wordt geboden aan de marktpartijen. Omdat zorgaanbieders moeten investeren om de kwaliteit en efficiëntie van hun zorgproductie te verbeteren, moeten zij redelijke zekerheid hebben dat zij deze investeringen kunnen terugverdienen. Toch kunnen uit het oogpunt van beheersing van de collectieve lasten ingrepen in de macrokostenontwikkeling nodig zijn. De minister bepaalt of, en zo ja, in welke sector en in welke mate een ingreep nodig is. Dat is zijn politieke verantwoordelijkheid. De zorgautoriteit is verantwoordelijk voor de precieze wijze waarop een dergelijk maatregel verder wordt uitgewerkt. Zo kan de zorgautoriteit bij het vertalen van een korting naar budgetten en tarieven rekening houden met goed en minder goed presterende aanbieders. Nu is het vaak nog zo dat een generieke korting wordt opgelegd, waardoor efficiënte aanbieders de facto worden gestraft en niet efficiënte aanbieders worden beloond; de efficiënte aanbieders hebben het vet immers al weggesneden (de zogeheten «perverse prikkel»). De zorgautoriteit informeert de zorgsector vooraf op welke manier zij eventuele kortingen zal opleggen, zodat marktpartijen maximale duidelijkheid wordt geboden.

Om een soepele overgang van een tariefgereguleerde (deel)markt naar een (deel)markt met volledig vrije prijzen mogelijk te maken, kan de minister de zorgautoriteit een aanwijzing geven om bijvoorbeeld maximum-, bandbreedte- of minimumtarieven vast te stellen of een experiment met vrije tarieven uit te werken. Het spreekt vanzelf dat de zorgautoriteit hiertoe suggesties kan doen aan de minister, bijvoorbeeld op grond van haar marktonderzoek. Het hanteren van deze instrumenten kan een goede overgangperiode of een experiment creëren waarin wordt beoordeeld of de interventiemogelijkheden die de zorgautoriteit heeft ten aanzien van vrijgegeven (deel)markten, voldoende zijn om eventueel marktfalen te corrigeren. Zo'n overgangperiode biedt alle partijen, inclusief de minister en de zorgautoriteit, de ruimte om zich op de nieuwe situatie voor te bereiden. Zij kunnen waar nodig vooraf passende maatregelen treffen dan wel (bij een experiment) relevante ervaring opdoen voor het besluit of en zo ja, hoe op een deelmarkt vrije tarieven kunnen worden ingevoerd.

### *5.3.2. Deelmarkten met vrije tarieven*

De zorgautoriteit heeft tot taak op deelmarkten waarvan de minister heeft bepaald dat de tarieven vrij onderhandelbaar zijn, effectieve marktwerking te bevorderen, mede opdat consumenten voldoende te kiezen hebben. Dit doet zij door zoveel mogelijk een gelijk speelveld te creëren. Hoofregel is dat de zorgautoriteit geen «asymmetrische» regels kan stellen binnen een deelmarkt. Dit houdt in dat de zorgautoriteit bij het stellen van algemene regels geen onderscheid maakt tussen ondernemingen die op dezelfde deelmarkt opereren.

Uit marktonderzoek kan blijken dat op een vrijgegeven deelmarkt geen daadwerkelijke concurrentie tot stand komt. Dit kan verschillende oorzaken hebben. Ten eerste kunnen er structurele, algemene belemmeringen zijn. De zorgautoriteit kan dan ingrijpen door alle aanbieders of alle

verzekeraars op de desbetreffende deelmarkt verplichtingen op te leggen die de concurrentie bevorderen. Ook kan de zorgautoriteit de minister signaleren dat er structurele belemmeringen zijn waar de zorgautoriteit geen invloed op heeft. Ten tweede kan de machtspositie van één of enkele partijen het op gang komen van een markt verhinderen. Dan legt de zorgautoriteit aan de desbetreffende partij(en) één of meer specifieke verplichtingen op. Dit is dus de uitzondering op de hoofdregel dat geen «asymmetrische» regels kunnen worden opgelegd. Vanzelfsprekend moet hier een zorgvuldige procedure worden doorlopen. Zowel algemene als specifieke verplichtingen moeten proportioneel zijn, dit wil zeggen: passend naar aard en inhoud. Ook mogen verplichtingen niet langer gelden dan nodig is.

#### *Algemene, structurele marktbelemmeringen*

Algemene, structurele marktbelemmeringen betreffen de al eerder genoemde bijzondere kenmerken of «marktfalen» op de verschillende zorgmarkten. Informatieongelijkheid tussen patiënten en zorgaanbieders houdt bijvoorbeeld het risico in dat de kwaliteit achteruit gaat of dat de diversiteit van aangeboden producten en diensten minder wordt. Als patiënten onvoldoende in staat zijn zorg te vergelijken op basis van kwaliteit, dan zullen zij zich vooral op de prijs richten. Hierdoor worden aanbieders minder geprikkeld om hoge kwaliteit te bieden; dit gaat uiteindelijk ten koste van de kwaliteit. Ook teveel informatie kan de transparantie verhinderen. Namelijk als daardoor de informatie onbegrijpelijk en onvergelijkbaar wordt. Verder kunnen «overstapkosten» het moeilijk maken om van verzekeraar of zorgaanbieder te wisselen. Overstapkosten zijn kosten die een afnemer ervaart als hij wil overstappen van het ene product of dienst naar een ander product of dienst. Dit speelt ook bij het overstappen naar een andere aanbieder of verzekeraar. Ten slotte kunnen bijvoorbeeld hoge toetredingsdrempels de markt structureel belemmeren.

Bij de afweging of de tarieven op een deelmarkt kunnen worden vrijgegeven, komen deze bijzondere kenmerken uitgebreid aan de orde, evenals mogelijke remedies. Toch kan het gebeuren dat concurrentie op basis van de aangepaste wet- en regelgeving mogelijk zou moeten zijn, maar in de praktijk (nog) niet of onvoldoende tot stand komt. Op markten in transitie moeten de verschillende spelers vaak nog wennen aan hun nieuwe rollen. Ook is niet uitgesloten dat bepaalde vormen van marktfalen hardnekkiger zijn dan aanvankelijk gedacht.

De zorgautoriteit kan in dat geval zijn normale bevoegdheden algemene verplichtingen op te leggen aan de marktpartijen op de betrokken deelmarkt, met uitzondering van de bevoegdheid om tarieven te reguleren. De zorgautoriteit kan bijvoorbeeld zo nodig voorschrijven dat aanbieders een systeem van kostentoe rekening gebruiken dat voldoet aan bepaalde toerekeningsprincipes (artikel 33, derde lid). Ook kan zij bijvoorbeeld, als patiënten en verzekerden onvoldoende vergelijkbare informatie hebben, daarover voorschriften geven aan aanbieders en verzekeraars (artikelen 36, zevende lid, en 37, vierde lid).

De zorgautoriteit kan daarnaast tegen situaties aanlopen waarvan zij vindt dat ingrijpen noodzakelijk is, maar waarin zij zelf niet de meest gereede partij is om dat te doen of zelf niet de juiste mogelijkheden heeft. Zij kan dan de minister signaleren welke structurele belemmeringen er zijn en wat daaraan gedaan zou kunnen worden. De minister beslist dan of en in hoeverre hij ingrijpen nodig vindt, bijvoorbeeld door wet- en regelgeving zo aan te passen dat toetredingsdrempels worden verlaagd.

#### *Definitie aanmerkelijke marktmacht*

Specifieke verplichtingen kunnen worden opgelegd aan een partij die

«aanmerkelijke marktmacht» heeft. Daarvan is in de zin van dit wetsvoorstel sprake als een onderneming (aanbieder of verzekeraar) zich onafhankelijk van zijn concurrenten, zijn wederpartijen op de inkoopmarkt of zijn consumenten kan gedragen, zonder dat hij daar echt nadeel van heeft (zie artikel 41). De zorgaanbieder of verzekeraar kan dan in zijn eentje het gelijke speelveld verstoren dat voor de ontwikkeling van een markt noodzakelijk is.

Het doel van het opleggen van verplichtingen bij aanmerkelijke marktmacht is om een gelijk speelveld te creëren. Zo kan de zorgautoriteit voorkomen dat de ontwikkeling van concurrentie op de zorginkoopmarkt wordt verhinderd. Daarvan kan vooral sprake zijn indien een onderneming die op een (deel)markt actief is toetreding tot die (deel)markt kan belemmeren of overstappen kan bemoeilijken. Een zorgaanbieder of verzekeraar met aanmerkelijke marktmacht kan zich bijvoorbeeld min of meer onafhankelijk gedragen indien hij prijzen kan verhogen zonder dat hij daar noemenswaardig nadeel van heeft. Ook kan hij bijvoorbeeld door lage prijzen bewerkstelligen dat nieuwe toetreders geen reële kans hebben, omdat hun rendement te laag wordt als zij op de prijs concurreren. Verder kan hij het zich bijvoorbeeld permitteren zijn diensten exclusief aan één andere partij aan te bieden.

Uitgangspunt is dat ondernemingen met een marktaandeel van vijftien tot vijftig 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 onderneming te bewijzen uitzonderingen daargelaten. In die gevallen kan de zorgautoriteit besluiten verplichtingen op te leggen.

Indien een marktpartij op een relevante markt veertig tot vijfenvijftig procent marktaandeel heeft is het aannemelijk dat hij aanmerkelijke marktmacht heeft. Dit moet echter bevestigd worden door bijkomende factoren die een indicatie geven van de marktstructuur, zoals gegevens van relatieve marktaandelen van concurrenten op dezelfde relevante markt. Ook de structuur of het gedrag van de betrokken marktpartij hebben invloed op het oordeel of sprake is van aanmerkelijke marktmacht.

*Voorbeelden bijkomende factoren*

Relatief 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 zorgaanbieder of de zorgverzekeraar waar het om gaat sterker dan wanneer de andere spelers ongeveer even groot zijn.
Omvang en financieel vermogen van de onderneming	Een zorgaanbieder of zorgverzekeraar die onderdeel uitmaakt van een grote en financieel krachtige onderneming kan uiteraard veel makkelijker investeren en de concurrentie aangaan dan wanneer de financiële reserves beperkt zijn.
Commerciële voordelen	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.

Technische voordelen	Deze voordelen zijn meestal aanwezig in de vorm van vergunningen, octrooien, knowhow-licenties en auteursrechten.
Aanbodfactoren	Deze factoren zien op de mate waarin toetreding wordt bemoeilijkt door bijvoorbeeld schaalvoordelen, zeer hoge investeringskosten, milieurestricties, beperkte goede locaties en wettelijke en technische belemmeringen.

Ook marktpartijen met een marktaandeel tussen de vijftwintig en veertig procent kunnen door een combinatie van bijkomende factoren aanmerkelijke marktmacht hebben, ongevoelig zijn voor concurrentie en zo de ontwikkeling van de markt belemmeren. Zo kan marktmacht samenhangen met specifieke machtsinstrumenten zoals de toegang tot bepaalde essentiële voorzieningen. Hierbij valt te denken aan een situatie waarin het voor de markttoetreding van nieuwe aanbieders van cruciaal belang is om toegang te verkrijgen tot bepaalde kostbare technologie of tot bepaalde databanken, waarover een bestaande marktpartij als gevolg van zijn historisch gegroeide positie beschikt. Ook in dat geval moet het mogelijk zijn om een marktpartij passende verplichtingen op te leggen om te voorkomen dat de specifieke machtsinstrumenten ten nadele werken van zwakkere concurrenten of nieuwe toetreders.

Het gelijk speelveld kan verder beperkt worden door de mogelijkheid van een zittende marktpartij bepaalde activiteiten langdurig niet marktconform (te laag) te prijzen. Op een markt die niet betwistbaar is, komt in het algemeen geen vernieuwing op gang. Nieuwe toetreders raken afgeschrikt door de lage marges, waardoor de status quo in de markt gehandhaafd blijft en de ontwikkeling van de concurrentie niet op gang komt.

Tevens kan de zorgautoriteit aan zorgaanbieders of verzekeraars die in staat zijn hun aanmerkelijke marktmacht op de ene markt over te hevelen naar een aangrenzende markt onder niet marktconforme voorwaarden, bijvoorbeeld door koppelverkoop of bundeling van producten, verplichtingen opleggen. Ook dit kan namelijk de ontwikkeling van de concurrentie belemmeren. Deze verplichtingen kunnen ook de aangrenzende markt betreffen.

Indien een marktpartij minder dan vijftwintig procent marktaandeel heeft op een relevante markt dan is het onwaarschijnlijk dat die partij zich onafhankelijk van de markt kan gedragen.

*Verhouding begrip aanmerkelijke marktmacht en Europees Recht*  
Uitgangspunt is dat het Nederlandse mededingingsrecht niet strenger of soepeler mag zijn dan de Europese mededingingsregels. Lidstaten zijn echter op basis van Verordening 1/2003<sup>1</sup> bevoegd om op hun grondgebied strengere nationale mededingingswetten aan te nemen en toe te passen die eenzijdige gedragingen van ondernemingen verbieden of bestraffen. Die situatie is hier van toepassing. Om de overgang naar effectieve concurrentie op de zorginkoopmarkt mogelijk te maken en te versnellen is een intensiever, preventief toezicht op dergelijke eenzijdige gedragingen van zorgaanbieders en verzekeraars op de inkoopmarkt geboden.

*Verhouding begrip aanmerkelijke marktmacht en Mededingingswet*  
Dit wetsvoorstel gebruikt het begrip «aanmerkelijke marktmacht» en geeft daarvan een kwalitatieve definitie. Het (Europees) mededingingsrecht hanteert het begrip «economische machtspositie». Het onderscheid in begrippenkader is gewenst omdat het sectorspecifieke markttoezicht van

<sup>1</sup> EG Publicatieblad L 1, 04.01.2003, blz. 1–25.

de zorgautoriteit aanvullend is op het algemene mededingingstoezicht. De afweging of een partij aanmerkelijke marktmacht heeft sluit aan bij de afweging die doorgaans ook gemaakt wordt bij het begrip economische machtspositie. Het afwegingskader voor de beoordeling of een partij aanmerkelijke marktmacht heeft is gebaseerd op de toepassingspraktijk (jurisprudentie en beschikkingen) uit het algemene (Europese) mededingingsrecht inzake het bepalen of sprake is van een economische machtspositie. Hierdoor kan worden aangesloten bij de (internationale) jurisprudentie op dit gebied. Overigens heeft de toepassing van het begrip aanmerkelijke marktmacht op grond van dit wetsvoorstel, geen invloed op de door de NMa en de rechter gegeven toepassing van het begrip economische machtspositie uit de Mededingingswet en het Europees Verdrag.

Zoals gezegd hangt het onderscheid in begrippenkader samen met het aanvullende karakter van het sectorspecifieke markttoezicht van de zorgautoriteit. Dit karakter is in de eerste plaats duidelijk in de toezichtinstrumenten die kunnen worden ingezet in verband met de positie die een marktpartij inneemt en zijn gedragingen op die markt. Het aangrijpingspunt voor interventie en de daarbij horende instrumenten die de NMa heeft op basis van de Mededingingswet verschillen wezenlijk van die van de zorgautoriteit (en andere sectorspecifieke toezichthouders). Volgens het algemene mededingingsrecht is het hebben van een economische machtspositie op zichzelf geen probleem. Dat wordt het pas als een partij daar misbruik van maakt. De NMa kan dan ook alleen optreden bij overtreding van het verbod op misbruik van economische machtspositie. Bij startende markten is echter een steviger instrumentarium nodig dat de mogelijkheid geeft preventief verplichtingen op te leggen. Blijkt uit de marktanalyse dat op een deelmarkt daadwerkelijk concurrentie niet tot stand komt en dat dit veroorzaakt wordt doordat een partij aanmerkelijke marktmacht heeft, dan is het hebben van die macht op zichzelf voldoende om een passende verplichting op te leggen. Met andere woorden: misbruik is geen vereiste.

In de tweede plaats wordt het aanvullende karakter duidelijk in het toepassingsgebied. De zorgautoriteit kan alleen specifieke verplichtingen opleggen aan een partij met aanmerkelijke marktmacht op een zorginkoopmarkt met vrije tarieven. De NMa echter kan misbruik van economische machtspositie aanpakken op alle markten, inclusief markten met prijsregulering. Voor de NMa gelden twee criteria: er moet sprake zijn van een economische activiteit en er moet voldoende ruimte zijn voor partijen om te concurreren. Concurreren op prijzen is daarvoor niet noodzakelijk, het kan bijvoorbeeld ook gaan om concurrentie op kwaliteit.

**Overzicht: Taakverdeling zorgautoriteit – NMa**

Zorgautoriteit	NMa
Wet marktordening gezondheidszorg	Mededingingswet
Op gang brengen concurrentie	In stand houden concurrentie
Creëren gelijk speelveld	– Fusiecontrole
	– Kartelverbod
	– Verbod misbruik machtspositie
Alleen op zorginkoopmarkt met vrije tarieven	Ook op markten met gereguleerde prijzen

**Relevante markt**

Om het marktaandeel te bepalen, moet de zorgautoriteit eerst volgens de criteria van het algemeen mededingingsrecht de relevante markt afbakenen. Daarbij kan de zorgautoriteit gebruik maken van het werk dat de NMa op dit gebied al heeft verricht. Niettemin zal marktafbakening vaak intensief onderzoek vergen, bijvoorbeeld rond substitueerbaarheid van producten. Zo kan de afbakening van productmarkten al naar gelang de

voorliggende casus variëren van «ziekenhuiszorg» in den brede tot individuele (clusters van) dbc's. Per cluster moet dan eerst de productmarkt afgebakend worden en vervolgens, per productmarkt, de geografische markt (is er een nationale, regionale of lokale markt).

#### *Specifieke verplichtingen*

De zorgautoriteit kan aan een partij met aanmerkelijke macht één of meer specifieke verplichtingen op leggen, met als doel zo veel mogelijk een gelijk speelveld te creëren. De zorgautoriteit neemt daarbij de eisen van proportionaliteit in acht. Dat wil zeggen dat de opgelegde verplichtingen naar aard en inhoud moeten passen bij de geconstateerde specifieke marktsituatie en de positie van de betrokken marktpartij daarin. Een verplichting mag ook niet langer gelden dan nodig is. Het wetsvoorstel noemt een termijn van ten hoogste drie jaar, waarna opnieuw moet worden gezien of en zo ja, welke verplichtingen nodig zijn. Indien eventueel achteraf de marktontwikkeling anders blijkt uit te pakken dan in de analyse van de zorgautoriteit ten tijde van het opleggen van de verplichtingen is gemaakt, betekent dat niet dat de analyse van aanmerkelijke marktmacht door de zorgautoriteit verkeerd is geweest.

Het wetsvoorstel vult de gereedschapskist van de zorgautoriteit met diverse verplichtingen die kunnen worden opgelegd. Bij ministeriële regeling kunnen daaraan zo nodig verplichtingen worden toegevoegd. Kort gezegd gaat het om de volgende verplichtingen:

- bepaalde informatie op een bepaalde manier bekendmaken aan bepaalde belanghebbenden;
- afnemers in gelijke gevallen gelijk behandelen bij de levering van bepaalde diensten;
- een bepaalde dienst los leveren van andere diensten of de kosten en opbrengsten van een bepaalde dienst scheiden van die van overige activiteiten en daartoe een gescheiden boekhouding voeren;
- onder redelijke voorwaarden voldoen aan elk redelijk verzoek van een andere marktpartij tot onderlinge levering van diensten of beschikbaarstelling van faciliteiten;
- geen beduidend hogere capaciteit inkopen bij aanbieders in relatie tot de capaciteit die de verzekeraar naar verwachting voor zijn verzekeren nodig heeft;
- een openbaar aanbod doen en in stand houden voor het medegebruik van bepaalde diensten of faciliteiten en dit aanbod vooraf ter goedkeuring aan de zorgautoriteit voor leggen;
- een bepaalde berekeningsmethode of bepaalde toerekeningsprincipes gebruiken bij het vaststellen van tarieven van bepaalde diensten of leveringen.

#### *Rechtsbescherming*

Het opleggen van een specifieke verplichting aan een partij met aanmerkelijke marktmacht heeft zware consequenties voor die partij. Ook kunnen er veel belanghebbenden bij betrokken zijn. Daarom volgt de zorgautoriteit in de regel de uitgebreide openbare voorbereidingsprocedure van afdeling 3:5 van de Algemene wet bestuursrecht. Het is wenselijk dat in het bijzonder bij deze besluiten van de zorgautoriteit al in eerste aanleg alle relevante informatie uitputtend op tafel komt en wordt afgewogen. Direct daarna moet toetsing door de rechter kunnen plaatsvinden; de bezwaarprocedure is in die situatie niet van toepassing. Dit vanwege de economische effecten van langdurige onzekerheid die des te sterker gevoeld worden in een recent vrijgegeven markt. Bij besluiten eerder aan een partij met aanmerkelijke marktmacht opgelegde verplichtingen in stand te houden gelden deze argumenten minder. Dan kan de gebruikelijke voorbereidingsprocedure worden gevolgd en staat de bezwaarprocedure wel open.

### *Toepassingsgebied instrumentarium aanmerkelijke marktmacht*

De hiervoor bedoelde bevoegdheden beperken zich tot delen van de zorginkoopmarkt (de markt tussen verzekeraars en zorgaanbieders) waarvan de minister heeft bepaald dat de tarieven vrij onderhandelbaar zijn. Dus zowel aan zorgaanbieders als verzekeraars kunnen op de zorginkoopmarkt verplichtingen worden opgelegd als zij aanmerkelijke marktmacht hebben. De bevoegdheden zijn niet van toepassing op de zorgverzekeringsmarkt (de markt tussen verzekerden en verzekeraars). Hiervoor zijn verschillende redenen. Ten eerste zijn verzekeraars die de Zorgverzekeringwet uitvoeren al gewend aan concurrentie. Zo zijn ziekenfondsen onderling al steeds meer gaan concurreren omdat zij stapsgewijs steeds meer risico zijn gaan dragen in de uitvoering van de Ziekenfondswet (in 2003 voor zestig procent van de uitgaven). Particuliere verzekeraars concurreren van oudsher met elkaar. Deze verzekeringsmarkt is in die zin een bestaande markt waarop al langer geconcurrereerd wordt. De Mededingingswet biedt in principe voor bestaande markten voldoende mogelijkheden om de concurrentie te bewaken door fusiecontrole, het verbod op kartelvorming en het verbod op misbruik van economische machtspositie. Anders is de situatie in de AWBZ-verzekeringsmarkt. Daar is juist géén sprake van concurrentie in de uitvoering. Daar is dus uit de aard der zaak geen behoefte aan instrumenten om de markt op gang te brengen of instrumenten om mededingingsbeperkend gedrag aan te pakken.

Ten tweede voorziet de Zorgverzekeringwet in wettelijke voorwaarden die marktwerking en onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars stimuleren. Denk aan de verplichting landelijk te werken zodra een verzekeraar meer dan 850 000 verzekerden heeft; deze verplichting is ingevoerd om ervoor te zorgen dat verzekerden in iedere regio iets te kiezen hebben. Denk ook aan de acceptatieplicht in relatie tot de mogelijkheid jaarlijks van verzekeraar te kunnen veranderen en aan het verbod op premiedifferentiatie. Hierdoor kunnen verzekeraars zich nauwelijks onafhankelijk gedragen van de verzekerden. Ten derde verdraagt het opleggen van extra generieke of specifieke verplichtingen aan zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt zich niet met de Derde schaderichtlijn.

Het toepassingsgebied is ook begrensd omdat de aanmerkelijke-marktmacht-instrumenten alleen kunnen worden ingezet op deelmarkten waar de tarieven vrij zijn. Het doel van dit instrumentarium is om een deelmarkt op gang te brengen door een gelijk speelveld te creëren. Vaste of maximumprijzen beperken echter de ruimte voor concurrentie. Dus is er ook minder ruimte voor initiatieven om concurrentie te bevorderen. Het is in deze situatie niet proportioneel om partijen met aanmerkelijke marktmacht specifieke, aanvullende verplichtingen op te leggen. De restconcurrentie die in het tariefgereguleerde deel aanwezig is, kan worden gehandhaafd op grond van de Mededingingswet.

### *5.3.3. Productomschrijvingen, contractvoorwaarden en transparantie*

Reguleren van productomschrijvingen, contractvoorwaarden en transparantie heeft zowel betrekking op deelmarkten mét als zonder vrije tarieven en is voor alle drie de zorgmarkten van belang.

#### *Product- en prestatiebeschrijvingen*

Reguleren van product- en prestatieomschrijvingen is gewenst wanneer er in de sector geen eenduidigheid bestaat over de precieze producten en diensten die marktpartijen gaan contracteren. Regulering is dus niet nodig als die eenduidigheid er wel is. Eenduidige omschrijvingen maken een goede prijsvergelijking mogelijk. Vooral bij markten in transitie kan dit helpen bij het op gang brengen van marktwerking. Denk aan de dbc's die als prestatiebeschrijving zijn vastgelegd in beleidsregels van het CTG. Als

de zorgautoriteit een product- of prestatieomschrijving heeft vastgesteld, mag een aanbieder geen tarief in rekening brengen voor producten of prestaties die van de omschrijving afwijken. Die vastlegging betekent ook dat de patiënt, verzekeraar en zorgaanbieder weten waarover zij onderhandelen en wat de inhoud van de prestatie is. Overigens is dit geen nieuw instrument. De desbetreffende bepalingen in dit wetsvoorstel zijn overgeheveld uit de WTG, zoals gewijzigd door de WTG ExPres.

#### *Contractvoorwaarden*

Bij regulering van contractvoorwaarden gaat het erom dat de zorgautoriteit eisen kan stellen aan de voorwaarden waaronder een zorgproduct of -dienst wordt geleverd. Eisen ten aanzien van contractvoorwaarden kunnen bijvoorbeeld exclusieve levering tegengaan. Daarnaast gaat het bijvoorbeeld om het tegengaan van onredelijke betalingscondities, onredelijk lange contracttermijnen of om onredelijke voorwaarden bij het opzeggen van een contract.

#### *Transparantie*

Consumenten (patiënten en verzekerden) en andere marktpartijen hebben goede informatie nodig om te kunnen kiezen met wie zij in zee gaan. Transparantie is daarom essentieel in een systeem van gereguleerde marktwerking. In de zorg heeft de patiënt of verzekerde vaak nog onvoldoende of te weinig begrijpelijke informatie over wat een zorgaanbieder of verzekeraar te bieden heeft. Hij weet van te voren vaak niet goed welke waar hij voor zijn geld zal krijgen. Ook de verzekeraar heeft vaak nog onvoldoende zicht op vooral de prijs-kwaliteitverhouding van een zorgaanbieder en hoe die zich laat vergelijken met die van andere aanbieders. Aanbieders en verzekeraars zijn daarom verplicht om patiënten en verzekerden te informeren over de prijs, kwaliteit en andere eigenschappen van aangeboden producten en diensten. Dat moeten ze op zo'n manier doen dat de informatie begrijpelijk is en gemakkelijk vergelijkbaar. De zorgautoriteit kan hierover regels stellen en kan ingrijpen als marktpartijen weigeren om bepaalde informatie openbaar te maken. Ingrijpen kan ook nodig zijn als er wel informatie openbaar wordt gemaakt, maar op een onvoldoende begrijpelijke of vergelijkbare manier. Als blijkt dat anderen niet voorzien in adequate consumenteninformatie, is de zorgautoriteit ook bevoegd zelf zo nodig transparantiebevorderende informatie te verzamelen, te bewerken en te publiceren.

#### *5.3.4. Administratie- en informatieverplichtingen*

Dit wetsvoorstel regelt in navolging van de WTG dat zorgaanbieders en verzekeraars verplicht zijn een administratie te voeren waaruit in ieder geval blijkt:

- de overeengekomen en geleverde prestaties;
- aan wie deze prestaties zijn geleverd;
- de daarvoor in rekening gebrachte tarieven, en
- de in verband daarmee ontvangen of verrichte betalingen en vergoedingen aan derden.

De administratie-eisen gelden zowel voor deelmarkten met vrije tarieven als voor de tariefgereguleerde deelmarkten. De zorgautoriteit kan nadere eisen stellen aan de administratie onder meer om marktwerking te bevorderen, adequate bedrijfsvoering te stimuleren, fraude te voorkomen. Ook kan zij ten behoeve van de vergelijkbaarheid van gegevens voorschrijven dat uniforme principes worden toegepast bij de toerekening van kosten en opbrengsten en bij het registreren van gegevens over kwaliteit en producteigenschappen. De zorgautoriteit kan bij die nadere eisen onderscheid maken naar deelmarkten.



De zorgautoriteit kan regels stellen over de informatie die zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan consumenten beschikbaar moeten stellen. Daarbij gaat het om de verplichting gegevens over de prijs, de kwaliteit en andere eigenschappen van aangeboden producten en diensten kenbaar te maken op een zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn.

#### *5.3.5. Handhaven*

Bij handhaving gaat het om bestuurlijke en strafrechtelijke handhaving. De zorgautoriteit doet de bestuurlijke handhaving, het Openbaar Minister (uiteraard) de strafrechtelijke. Ook de sociale zekerheid en het toezicht op financiële markten kent een dergelijke verdeling. Over die verdeling wordt overlegd tussen het handhavende bestuursorgaan en het Openbaar Ministerie.

De zorgautoriteit doet de bestuurlijke handhaving: zij grijpt met bestuurlijke middelen in als een bepaalde partij zich niet aan de regels houdt. Het gaat vooral om de naleving van voorschriften van technische aard (bijvoorbeeld informatie- en administratievoorschriften), door de zorgautoriteit opgelegde verplichtingen en gegeven aanwijzingen en om lichte overtredingen. Zij heeft daarvoor de volgende instrumenten: aanwijzing, bestuursdwang en last onder dwangsom, en bestuurlijke boete. Behalve de bestuurlijke boete kent ook de WTG ExPres deze handhavinginstrumenten al toe aan het CTG. De bestuurlijke boete is ook een aanvulling op de huidige handhavinginstrumenten van het CTZ, in navolging van de bevoegdheid die het CTZ in de Zorgverzekeringswet is toebedeeld.

Vanuit het oogpunt van reguleringszekerheid is, naast heldere communicatie over de spelregels en over wat er van partijen wordt verwacht, ook van belang dat de zorgautoriteit verplicht is een handhavingplan op te stellen. Daarin legt zij vast hoe zij omgaat met haar handhavende bevoegdheden.

Naast de bestuursrechtelijke blijft ook de strafrechtelijke handhaving bestaan. In het belang van een effectieve en efficiënte besluitvorming over de wijze van handhaving en het verzamelen van informatie ten behoeve van die handhaving, maakt de zorgautoriteit afspraken met de FIOD-ECD. Strafrechtelijke handhaving is vooral aangewezen bij zware overtredingen, bijvoorbeeld valsheid in geschrifte, oplichting en ander frauduleus handelen.

#### *5.3.6. Signaleren*

De zorgautoriteit kan tegen situaties aanlopen waarvan zij vindt dat ingrijpen noodzakelijk is, maar waarin zij zelf niet de meest gereede partij is om dat te doen, dan wel niet over de juiste mogelijkheden beschikt. Zij heeft daarom de bevoegdheid de minister te signaleren bepaalde concurrentiebevorderende maatregelen te nemen (bijvoorbeeld de verlaging van toetredingsdrempels in een deelmarkt of maatregelen ter verbetering van overstapmogelijkheden in de zorgverzekeringsmarkt) of bepaalde marktconforme prikkels in te voeren. Een dergelijk signalement kan ook gaan over het overbrengen van deelmarkten van een gereguleerd prijsregime naar een situatie met vrije(re) prijs- en prestatievorming en vice versa. Daarnaast kan de zorgautoriteit bijvoorbeeld de NMa en andere toezichthouders signaleren over situaties waar naar het oordeel van de zorgautoriteit mogelijk in strijd wordt gehandeld met regels waarop die toezichthouders toezien.

## 6. TOEZICHT UITVOERING VERZEKERINGSWETTEN

### 6.1. Algemeen

Het toezichtdomein van de zorgautoriteit strekt zich ook uit over de zorgverzekeraars die de Zorgverzekeringswet uitvoeren en over de uitvoerders van de AWBZ. Naast markttoezicht zoals hiervoor beschreven, gaat het om:

- toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet,
- toezicht op de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ.

### 6.2. Zorgverzekeringswet

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

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

De zorgautoriteit heeft in dit kader geen rol en dus ook geen bevoegdheden bij verzekeraars als het bijvoorbeeld gaat om de uitvoering van de aanvullende particuliere ziektekostenverzekering.

#### *Informatie verzamelen en oordelen*

Het toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet betreft primair de zorgverzekeringsmarkt. Op die markt probeert de verzekeraar zijn product te verkopen aan aspirant-verzekerden. Tegelijk zijn de andere markten in beeld. Zo is de zorginkoopmarkt van belang voor het toezicht op de verzekeringsmarkt, om bijvoorbeeld na te gaan of de verzekeraar wel genoeg doet om aan zijn zorgplicht daar waar het gaat om zorg in natura. De zorgverleningsmarkt is meer indirect in beeld. Wat de

aanbieder aan kwaliteit levert bepaalt mede de waarde van de door de verzekeraar ingekochte naturazorg. Dit is voor de verzekerde een aspect dat hij kan laten meewegen in zijn keuze voor een bepaalde verzekeraar. Omdat de zorgautoriteit de bevoegdheid krijgt van zowel de verzekeraars als de aanbieders informatie te verlangen, is gewaarborgd dat zij ook bij het toezicht op de uitvoering van de verzekering alle relevante aspecten kan betrekken bij haar oordeelsvorming.

De zorgautoriteit vult haar toezicht in aan de hand van een risicoanalyse-model. Dit betekent dat de zorgautoriteit niet jaarlijks op alle aspecten van de uitvoering informatie opvraagt bij de verzekeraars en daarover oordeelt en rapporteert. De risicoanalyse is er voor om te bepalen en te onderbouwen aan welke aspecten de zorgautoriteit in een bepaald jaar specifiek aandacht besteedt. Het gaat daarbij in principe om een beperkt aantal aspecten, om het toezicht zo goed mogelijk te richten. Sommige aspecten komen ieder jaar terug, zoals de vraag of de polissen in overeenstemming zijn met de Zorgverzekeringswet. Andere aspecten komen om de zoveel jaar aan bod of ad hoc op basis van signalen dat het met de uitvoering niet goed gaat. Bijvoorbeeld over de administratieve en technische eisen die de Zorgverzekeringswet aan zorgverzekeraars stelt. De zorgautoriteit volgt de uitvoering van de Zorgverzekeringswet zoveel mogelijk aan de hand van een beperkt aantal prestatie-indicatoren voor de zorgverzekeraars. Bronnen voor informatie zijn de jaarverantwoordingen van de verzekeraars en de oordelen en bevindingen van hun accountants. De zorgautoriteit kan zo nodig ook zelfstandig informatie verzamelen of verifiëren bij verzekeraars. Door deze werkwijze hoeft de toezichthouder niet voortdurend bij alle zorgverzekeraars informatie op te vragen over alle aspecten van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Zij kan zich richten op die informatie die nodig is om zich een oordeel te vormen over het aspect van uitvoering dat specifiek toezicht vergt op grond van de risicoanalyse.

De zorgautoriteit stelt jaarlijks een samenvattend rapport op over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. De minister benut dit voor zijn verantwoording aan het parlement.

#### *Interventie*

De zorgautoriteit heeft verschillende mogelijkheden om te interveniëren. Het gaat daarbij om het geven van een aanwijzing, het opleggen van bestuursdwang (waar onder last onder dwangsom) en het opleggen van een bestuurlijke boete. De aanwijzing en de last onder dwangsom, zijn instrumenten om toekomstige overtredingen te vermijden en om het gevolg van al opgetreden overtredingen voor zover mogelijk ongedaan te maken. De bestuurlijke boete is bedoeld om al begane overtredingen te bestraffen.

Ook DNB heeft ten behoeve van zijn prudentieel toezicht de beschikking over verschillende interventiemogelijkheden. Hij zet die middelen in vanuit zijn toezicht op de financiële aspecten. De interventies van de zorgautoriteit richten zich vooral op de goede uitvoering door en het gedrag van verzekeraars in de relatie met hun verzekerden.

De activiteiten van de ene toezichthouder kunnen het terrein van de andere toezichthouder raken. Zo is de situatie denkbaar waarin DNB maatregelen treft om de financiële positie van een verzekeraar op orde te brengen die wringen met het toezichtbeleid van de zorgautoriteit wat betreft de goede uitvoering van de zorgverzekering. Ook kunnen interventies van de zorgautoriteit gericht op de verbetering van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet zodanig financiële consequenties hebben dat DNB daar geen genoegen mee kan nemen. Daarom moeten DNB en de

zorgautoriteit over dit soort gevallen onderling afstemmen. Het wetsvoorstel voorziet hierin. Zie verder ook paragraaf 8.2.

### **6.3. AWBZ**

De zorgautoriteit zet het toezicht van het CTZ voort op de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Zij houdt toezicht op de uitvoeringsorganen (zorgverzekeraars), zorgkantoren en het Centraal Administratiekantoor AWBZ (CAK). Het kabinet beraadt zich over toekomst van de AWBZ en de positie van de zorgkantoren binnen de uitvoeringsstructuur van de AWBZ. Tot die tijd verandert er niet veel in het benodigde toezicht. Wel zal de zorgautoriteit voortzetten wat het CTZ begonnen is, namelijk in het toezicht meer aandacht geven aan de prestaties van de uitvoeringsorganisatie AWBZ. Daarbij valt vooral te denken aan het goed inspelen op de zorgvraag van cliënten en op het bereiken van goede onderhandelingsresultaten met de aanbieders.

Het toezicht op de AWBZ was voor het grootste deel geregeld via de Ziekenfondswet. De grondslag hiervoor vervalt als de Zorgverzekeringswet in werking treedt. Om te voorkomen dat er een gat val, regelt de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet het toezicht op de AWBZ. De bepalingen die betrekking hebben op de toezichttaken en -bevoegdheden van de zorgautoriteit zijn vervolgens overgenomen in dit wetsvoorstel. In deze toelichting wordt verder niet ingegaan op het toezicht op de uitvoering van de AWBZ.

## **7. ROLVERDELING MINISTER VAN VWS EN ZORGAUTORITEIT**

### **7.1. Hoofdlijnen**

De hoofdlijn van de rolverdeling tussen de minister en de zorgautoriteit is dat de minister het beleid bepaalt en dat de zorgautoriteit verantwoordelijk is voor de uitvoering. De minister bepaalt welke vrijheden mogelijk zijn op concrete deelmarkten en bepaalt het instrumentarium, en daarmee de speelruimte van de zorgautoriteit op verschillende typen markten. Met andere woorden: de minister beslist over politieke vraagstukken zoals het te hanteren stelsel, het bestuurlijke systeem, de wettelijke bevoegdheden en welke deelmarkten voor verdere deregulering in aanmerking komen. Hij is daarop aanspreekbaar door het parlement. De zorgautoriteit beslist over vaktechnische vraagstukken: regulering per deelmarkt binnen wettelijke kaders, toepassen van regulering op individuele ondernemingen, monitoren, toezicht en handhaving.

Binnen de randvoorwaarden die het Europese en Nederlandse (mededingings)recht stelt houdt de minister van VWS een belangrijke rol bij de bepaling in welke mate en in welke vorm marktwerking in een deelmarkt gewenst is en welke instrumenten daarvoor beschikbaar zijn. 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 zorgautoriteit. Concreet gaat het dan bijvoorbeeld om het opleggen van transparantie-eisen ten aanzien van zaken als de bekendmaking van prijzen en tarieven, de kostprijsopbouw van de prijzen, de inhoud van het product dat wordt aangeboden en dergelijke. Tevens gaat het om het vaststellen van daadwerkelijke prijzen in geval van tariefregulering.

## 7.2. Uitwerking

Het volgende overzicht geeft enkele voorbeelden van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen minister en zorgautoriteit.

### Overzicht: Verantwoordelijkheidsverdeling minister – zorgautoriteit

Minister	Zorgautoriteit
Op welke deelmarkten tarieven worden vrijgelaten (art 2, tweede lid, of art. 7, eerste lid, onder c).	Marktanalyse (ten behoeve van en na beslissing minister) (art. 31), Opsporen en aanpakken marktversturende factoren en partijen (artt. 31, 34, derde lid, 36, zevende lid, en 37, vierde lid), Opleggen verplichtingen aan partijen met aanmerkelijke marktmacht (art. 42), Signaleren aan minister van structurele marktbelemmeringen en oplossingsmogelijkheden (art. 21, tweede lid).
Indien tariefregulering: welk vorm (bijvoorbeeld maximumtarief, punttarief, bandbreedtetarief) (art. 7, eerste lid, onder c).	Eventueel op verzoek minister doen van uitvoeringstoets (art. 21, eerste lid), Uitwerken juiste beleidsregel en toepassen (art. 50).
Indien tariefregulering: of en zo ja, in welke sectoren moet worden bezuinigd of meer geld nodig is (art. 7, eerste lid, onder c).	Eventueel op verzoek minister doen van uitvoeringstoets (art. 21, eerste lid), Uitwerken juiste beleidsregel en toepassen (art. 50).
Toekennen of ontnemen van bevoegdheden en instrumenten aan de zorgautoriteit (bevoegdheid als medewetgever).	Eventueel op verzoek minister doen van uitvoeringstoets (art. 21, eerste lid).
Ingrijpen in de uitvoeringsstructuur van de Zorgverzekeringswet of AWBZ (bevoegdheid als medewetgever).	Eventueel op verzoek minister doen van uitvoeringstoets (art. 21, eerste lid).
In uitzonderlijke gevallen eventueel aanwijzing geven over welke onderwerp de zorgautoriteit voorschriften moet maken (art. 7, eerste lid, onder b).	Algemene voorschriften geven inzake bijvoorbeeld transparantie (artt. 36 en 37), inrichting administratie (art. 34, derde lid), contractvoorwaarden (art. 39).

Door middel van een algemene maatregel van bestuur of een algemene aanwijzing aan de zorgautoriteit bepaalt de minister op welke deelmarkten vrije tariefvorming van toepassing moet zijn. Het is dan verder aan de zorgautoriteit om via marktonderzoek en op andere wijze de ontwikkeling op de markt te volgen. De zorgautoriteit beslist zelf, op basis van het wettelijk kader, of een partij aanmerkelijke marktmacht heeft en welke verplichtingen daarbij passen. Het is onwenselijk de minister een oordeel te laten vellen over individuele marktpartijen, dat is aan de rechter. De minister heeft dan ook geen bevoegdheden ten aanzien van dergelijke beslissingen, anders dan het eventueel aanpassen van het wettelijk kader.

In deelmarkten waar vrije tariefvorming (nog) niet kan worden ingevoerd, bepaalt de minister welke vorm van tariefregulering van toepassing moet zijn (bijvoorbeeld maximum-, bandbreedte- of punttarief). De zorgautoriteit werkt vervolgens een en ander uit in beleidsregels en past de beleidsregels toe. Ook prestatieomschrijvingen worden door de zorgautoriteit in beleidsregels vastgelegd. Als de zorgautoriteit een aanwijzing van de minister niet juist opvolgt kan de minister een nieuwe aanwijzing geven. Omdat de zakelijke inhoud van aanwijzingen worden voorgehangen bij het parlement is dit een behoorlijk drukmiddel om de zorgautoriteit zo nodig op het juiste spoor te krijgen. Overigens leert de ervaring met het CTG en het CTZ dat dit zelden of nooit nodig is. Mocht de beleidsregel in strijd zijn met het recht of het belang van de volksgezondheid, dan kan de minister dit zo nodig ter vernietiging voordragen aan de Kroon.

De minister is verantwoordelijk voor de bewaking van het budgettair kader zorg. Er kunnen om de collectieve lasten te beheersen, ingrepen in

de macrokostenontwikkeling nodig zijn. De minister bepaalt of, en zo ja, in welke prijsgeruleerde sectoren wordt ingegrepen. Hij geeft via een aanwijzing opdracht aan de zorgautoriteit om de beleidsregels dienovereenkomstig aan te passen. Zo nodig kan een beleidsregel van de zorgautoriteit op voordracht van de minister door de Kroon worden vernietigd op grond van strijd het belang van de volksgezondheid. Dat omvat namelijk ook het ontbreken van financiële middelen<sup>1</sup>. De zorgautoriteit is verantwoordelijk voor de precieze wijze waarop kortingen verder worden ingevuld. Anderzijds kan de minister tot het oordeel komen dat in bepaalde sectoren meer geld nodig is. Ook dit kan betekenen dat beleidsregels moeten worden aangepast door de zorgautoriteit. Ook hier heeft de minister aanwijzingsbevoegdheid en schorsings- en vernietigingsrecht. Op deelmarkten met vrije tariefvorming bestaan andere middelen om de macrokosten te beheersen en daarmee de betaalbaarheid van de zorg als geheel te bewaken, bij voorbeeld door aanpassing van de verzekeringswetgeving.

De zorgautoriteit is zelfstandig bevoegd algemene voorschriften te geven over onderwerpen met een meer technisch karakter. Bijvoorbeeld omtrent transparantie, contractvoorwaarden en de inrichting van de administratie. Vanwege dit technische karakter is het niet nodig dat de minister deze voorschriften goedkeurt. Overigens heeft het CTG al met de WTG ExPres de bevoegdheid gekregen om zelfstandig voorschriften te geven. De bevoegdheid voorschriften te geven geldt zowel voor markten met vrije als met gereguleerde tarieven. Mocht de minister vinden dat over een bepaald onderwerp voorschriften nodig zijn, dan kan hij de zorgautoriteit een algemene aanwijzing geven. Uiteraard moet de zorgautoriteit op dat onderwerp wel bevoegd zijn. Daarnaast behoudt de minister het recht om op basis van zijn algemene aanwijzingsbevoegdheid de zorgautoriteit te verplichten door haar opgestelde voorschriften te veranderen dan wel in te trekken of om, in het uiterste geval, gebruik te maken van zijn recht het besluit ter vernietiging voor te dragen bij de Kroon.

Ten slotte. Thans moeten de beleidsregels van het CTG worden goedgekeurd door de minister. In zijn beleidsregels geeft het CTG, net als straks de zorgautoriteit, aan op welke manier het van zijn bevoegdheden gebruik maakt en welke normen het daarbij hanteert. De beleidsregels hebben vooral een economisch-technisch karakter. De minister beschikt al over een aanwijzingsrecht vóóraf en een vernietigingsrecht achteraf inzake die beleidsregels. De goedkeuringseis ten aanzien van beleidsregels komt daar nog bij. In juridische zin is het vernietigen van een eerst door de minister goedgekeurde beleidsregel nauwelijks te verdedigen. Indien wijziging of intrekking beslist nodig is wordt de aanwijzingsmogelijkheid gebruikt of, in het uiterste geval, de mogelijkheid het besluit te vernietigen. De tijd die gemoeid is met de goedkeuring, acht weken plus vier weken bij verlenging van de goedkeuringstermijn, tast de gewenste slagvaardigheid aan. Het laten vervallen van de goedkeuringseis heeft ten slotte het voordeel dat al in een vroeg stadium goed moet worden afgewogen of een aanwijzing nodig is en hoe die er precies uit moet zien. Alles overziende is de regering van mening dat, anders dan onder de WTG, de beleidsregels van de zorgautoriteit niet onderhevig dienen te zijn aan ministeriële goedkeuring.

### **7.3. Signalementen en rapporten zorgautoriteit**

Een belangrijke activiteit van de zorgautoriteit is het monitoren van marktontwikkelingen. Mede op basis daarvan kan de zorgautoriteit de minister van signalementen voorzien. Hierdoor kan bij de uitvoering verkregen informatie worden betrokken bij nieuw beleid of nieuwe regelgeving. Ook kan de informatie van de zorgautoriteit leiden tot initiëring van nieuw

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 26 062, nr. 3.

beleid. De signalering door de zorgautoriteit kan bijvoorbeeld op de volgende zaken betrekking hebben:

- het al dan niet overhevelen van deelmarkten naar een regime van vrije tariefvorming,
- het opheffen van toetredingsbelemmeringen,
- feitelijke ontwikkelingen in het domein van de zorgautoriteit die van belang zijn om te beoordelen of de publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid voldoende tot hun recht komen.

Zoals eerder aangegeven stuurt de zorgautoriteit jaarlijks een samenvattend rapport naar de minister over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Ook rapporteert zij jaarlijks over de uitvoering van de AWBZ.

Desgevraagd rapporteert de zorgautoriteit de minister over de uitvoerbaarheid en doeltreffendheid van voorgenomen beleid of voorgenomen wet- en regelgeving op haar werkterrein.

## **8. VERHOUDING ZORGAUTORITEIT TOT ANDERE REGULATORS EN TOEZICHTHOUDERS**

### **8.1. Nederlandse Mededingingsautoriteit**

#### *Wettelijke bevoegdheden*

De NMa ziet toe op naleving van de Mededingingswet. Het betreft het toezicht op het kartelverbod (artikel 6 MW en artikel 81 EG-verdrag), toezicht op misbruik van een economische machtspositie (artikel 24 MW en artikel 82 EG-verdrag) en fusiecontrole. De NMa en de zorgautoriteit kunnen elkaar raken bij hun taakuitoefening. Ten eerste omdat de zorgautoriteit de bevoegdheid heeft om partijen met aanmerkelijke marktmacht bepaalde verplichtingen op te leggen. In paragraaf 5.3.2 is het verschil uitgelegd tussen aanmerkelijke marktmacht en economische machtspositie. Het feit dat een partij aanmerkelijke marktmacht heeft is voldoende voor de zorgautoriteit om hem een passende specifieke verplichting op te leggen. Het gaat immers om het bevorderen van startende markten. Bij economische machtspositie moet sprake zijn van misbruik voordat de NMa (of bij toepasselijkheid van het EG-verdrag de Europese commissie) kan ingrijpen. Hier gaat het om het in stand houden van de concurrentie op een markt. De tweede reden waarom de NMa en de zorgautoriteit in elkaars vaarwater kunnen komen is dat beide toezichthouders marktmonitoring in hun takenpakket hebben.

#### *Afstemmen*

De zorgautoriteit is degene die zo nodig partijen aanwijst die aanmerkelijke marktmacht hebben en hen passende verplichtingen oplegt; dit is het exclusieve domein van de zorgautoriteit. Waar een partij met aanmerkelijke marktmacht regelgeving overtreedt (bijvoorbeeld hem opgelegde aanvullende verplichtingen), is de zorgautoriteit de aangewezen partij om op te treden. Is sprake van misbruik van economische machtspositie, dan is de NMa de bevoegde toezichthouder. Bij samenloop van bevoegdheden wordt bezien of de zorgautoriteit op grond van haar eigen bevoegdheden op kan treden of dat het vanwege de effectiviteit van het wettelijk instrumentarium of vanwege de efficiëntie meer voor de hand ligt dat de zaak door de NMa dan wel gezamenlijk wordt behandeld. In deze gevallen vindt overleg plaats tussen de zorgautoriteit en de NMa over de wijze van in behandeling nemen van de zaak. Dit is vergelijkbaar met de verhouding tussen de OPTA en de NMa. Achtergrond is dat interventie op grond van sectorspecifieke wetgeving zich vooral richt op het stimuleren van concurrentie zodat optreden van de NMa dan niet meer nodig is. Wel moeten de zorgautoriteit en de NMa steeds in onderling overleg van dit uitgangspunt kunnen afwijken in die gevallen waarin optreden van de NMa effectiever

of efficiënter is. Daarnaast wordt geregeld dat, indien de zorgautoriteit niet binnen redelijke termijn optreedt, de NMa alsnog haar bevoegdheden inzake misbruik van een economische machtspositie kan inzetten. Verder is van belang dat de zorgautoriteit en de NMa algemene mededingingsbegrippen eenduidig uitleggen. Ook hier wordt aangesloten bij hoe een en ander is geregeld in de relatie tussen de OPTA en de NMa<sup>1</sup>: de zorgautoriteit richt zich naar de uitleg van begrippen die de NMa hanteert in het kader van de toepassing van het mededingingsrecht.

#### *Informatie uitwisselen*

Om de monitortaken goed te kunnen uitvoeren, moeten beide toezicht-houders informatie kunnen uitwisselen. De NMa kan op basis van de Mededingingswet informatie verstrekken aan andere, sectorspecifieke mededingingstoezichthouders. De zorgautoriteit heeft een wederkerige bevoegdheid. Daarnaast dienen de zorgautoriteit en de NMa elkaar te informeren over zaken en ontwikkelingen die op enige andere wijze van belang zijn voor elkaars functioneren. Ook kunnen de NMa en de zorgautoriteit zaken van groot gezamenlijk belang gezamenlijk voorbereiden.

#### *Samenwerkingsprotocol*

Waar de bevoegdheden en instrumenten van de NMa en de zorgautoriteit elkaar raken, leggen zij onderlinge afspraken vast in een samenwerkingsprotocol. Het samenwerkingsprotocol zal vergelijkbaar zijn met het protocol tussen de OPTA en de NMa over de wijze van samenwerking bij aangelegenheden van wederzijds belang.

## **8.2. Andere regulators en toezichthouders**

#### *De Nederlandsche Bank (DNB)*

DNB en de zorgautoriteit hebben elk hun eigen specifieke taken. DNB verleent vergunningen aan aspirant-verzekeraars en houdt toezicht op de vergunningvoorwaarden voor en de solvabiliteitseisen aan zorgverzekeraars. De zorgautoriteit ziet toe op de goede uitvoering van de Zorgverzekeringswet door de zorgverzekeraars. Dit laat onverlet dat de informatie die beide toezichthouders nodig hebben om hun taken uit te voeren deels overlapt. Daarom hebben DNB en de zorgautoriteit de bevoegdheid informatie uit te wisselen. Ook stellen zij gezamenlijk een protocol op met het oog op de stroomlijning van de informatiestromen van verzekeraars naar deze toezichthouders zodat de hieruit voortvloeiende administratieve lasten zoveel mogelijk beperkt worden.

#### *Autoriteit Financiële Markten (AFM)*

De AFM is belast met het zogeheten gedragstoezicht op financiële markten als bedoeld in de WFD. Het gaat hierbij om de basisvereisten waaraan financiële dienstverleners moeten voldoen om een fatsoenlijke distributie van financiële producten te waarborgen. Ook (zorg)verzekeraars zijn financiële dienstverleners. De WFD en het bijbehorend toezicht regelen dat verzekeraars, waaronder verzekeraars die zorgverzekeringen aanbieden, geen misleidende reclame verspreiden en de consument deskundig en juist voorlichten en eventueel adviseren. De WFD en het toezicht strekken zich ook uit tot intermediairs zoals assurantietussenpersonen. Doordat de AFM over het algemene gedragstoezicht gaat en de zorgautoriteit zich met name richt op de zorgverzekering zelf, is te verwachten dat het raakvlak tussen AFM en zorgautoriteit beperkt zal zijn. Waar taken elkaar raken zal het vooral gaan om informatie voor consumenten over eigenschappen van producten en diensten ten behoeve van de vergelijkbaarheid van die informatie (artikel 37). Voor het geval hun taken elkaar raken, maken de zorgautoriteit en de AFM een samenwerkings- en afstemmingsprotocol. Ook hebben de AFM en zorgautoriteit de bevoegd-

---

<sup>1</sup> Zie artikel 18.3, derde lid, Telecommunicatiewet.



heid onderling informatie uit te wisselen ter voorkoming van onnodige administratieve lasten.

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

Ook voor het CVZ en de zorgautoriteit geldt dat zij elk hun eigen specifieke taken hebben. Het CVZ heeft onder andere als taak het toekennen van de vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds aan zorgverzekeraars. Hier raken de taken van het CVZ en de zorgautoriteit elkaar. De zorgautoriteit houdt namelijk toezicht op de aantallen en kenmerken van verzekerden met het oog op een adequate uitvoering van de vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds door het CVZ. Om hun taken goed te kunnen uitoefenen, kunnen zowel de zorgautoriteit, als het CVZ regels stellen over de administratie door zorgverzekeraars. Om te voorkomen dat de verzekeraars zwaarder worden belast dan noodzakelijk, moeten de zorgautoriteit en het CVZ elkaar consulteren voordat zij deze regels stellen. Het CVZ en de zorgautoriteit mogen onderling informatie uitwisselen.

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

De IGZ houdt onder andere toezicht op de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet BIG en de Wet BOPZ. De IGZ ontleent zijn bevoegdheid informatie te verzamelen aan die wetten en aan de Algemene wet bestuursrecht. Het toezicht omvat zowel algemeen preventief toezicht, thematisch toezicht, toetsing van dwangopnamen en dwangbehandelingen, als interventie. Dit laatste gebeurt meestal naar aanleiding van een melding of calamiteit.

Informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg is ook noodzakelijk om consumenten in staat te stellen gefundeerde keuzen te maken. De huidige basisset prestatie-indicatoren zoals die voor ziekenhuizen wordt toegepast, geeft de consument een algemeen beeld over het ziekenhuis, maar nog niet over veel voorkomende behandelingen. Mede daarom heeft de IGZ besloten te laten onderzoeken welke kwaliteitsindicatoren gebruikt kunnen worden bij de dbc's uit het B-segment. De verwachting is dat er voldoende betrouwbare indicatoren gevonden kunnen worden om aan elke dbc uit het B-segment één of meerdere kwaliteitsindicatoren te koppelen. Dat vergt echter nog het nodige onderzoek, waarbij de zekerheid van de uitkomst moet worden afgewogen tegen de administratieve lasten die het creëert. De IGZ overlegt hierover met de sector en streeft ernaar dat de algemene ziekenhuizen met ingang van 2006 op basis van afgesproken indicatoren kwaliteitsinformatie samenstellen.

Ook in de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, forensische zorg, gehandicaptenzorg, ouderenzorg en thuiszorg worden indicatoren ontwikkeld om de kwaliteit van de (organisatie van de) zorg te kunnen meten. De eerste pilots hebben plaatsgevonden; op korte termijn zijn de eerste resultaten voor de ouderenzorg te verwachten. In de sector verpleging en verzorging zijn inmiddels normen voor verantwoorde zorg ontwikkeld. Deze normen zijn mede bepalend voor de uiteindelijke set indicatoren die de IGZ gaat gebruiken. Het streven is de indicatoren die de IGZ ontwikkelt niet alleen te gebruiken voor het toezicht van de IGZ, maar ook te benutten voor het jaardocument maatschappelijke verantwoording en de kwaliteitskaart.

Om de administratieve lasten te beperken, sluit de zorgautoriteit waar mogelijk aan bij bestaande informatiestromen zoals beschikbaar bij de IGZ. De wederzijdse informatie-uitwisseling is met de WTG ExPres al in de WTG vastgelegd. Die wordt in dit wetsvoorstel gehandhaafd. De IGZ en de zorgautoriteit zullen de lopende samenwerkingsovereenkomst aan de WMG aanpassen wanneer deze in werking treedt.

De FIOD-ECD heeft op grond van de huidige WTG een rol bij het verzamelen van beleidsgegevens, toezicht en opsporing van strafbare feiten bij zorgaanbieders en verzekeraars. De FIOD-ECD doet voor het CTG ook thematische onderzoeken. Verder is de FIOD-ECD belast met de opsporing van strafbare feiten op grond van de Wet economische delicten en daarmee samenhangende overtredingen van het algemeen strafrecht. Dit wetsvoorstel handhaaft deze rol van de FIOD-ECD, mede met het oog op het bestrijden van fraude in de zorg. De medewerkers van de FIOD-ECD worden daarom ook aangewezen als toezichthouder op deze wet.

## **9. NEDERLANDSE ZORGAUTORITEIT**

### **9.1. Zelfstandig bestuursorgaan**

#### *Onafhankelijk*

Een effectieve zorgautoriteit zal een echte autoriteit moeten zijn op het gebied van het (markt)toezicht in de zorg: gezaghebbend, slagvaardig en onafhankelijk. Dit betekent dat de zorgautoriteit:

- deskundig en betrouwbaar is en gevoel heeft voor verhoudingen (gezaghebbend);
- waar nodig snel optreedt en terughoudend is waar mogelijk (slagvaardig);
- zich op de hoogte stelt van relevante feiten en relevante belangen en daarop haar oordelen baseert (onafhankelijk).

Het is niet genoeg om de zorgautoriteit daarvoor de juiste instrumenten te geven en de rolverdeling met de minister helder neer te zetten. Ook de bestuurlijk-juridische status van de zorgautoriteit moet passen bij wat van haar verwacht mag worden. Verder is de stijl van toezicht en bestuur belangrijk.

Het wetsvoorstel geeft aan de zorgautoriteit de status van zelfstandig bestuursorgaan (zbo), omdat de regering het wezenlijk vindt dat de zorgautoriteit onafhankelijk kan opereren. Wezenlijk vanwege het voorkomen van belangenverstremming en politieke bemoeienis bij besluiten in individuele gevallen en vanwege het vermijden van beïnvloeding van oordelen van de zorgautoriteit. Het kabinetsstandpunt van mei 2005 over het rapport «Een herkenbare staat: investeren in de overheid» noemt onafhankelijkheid als belangrijkste motief om de uitvoering van een overheids-taak als zbo te organiseren<sup>1</sup>. Het standpunt noemt daarbij de zorgautoriteit als voorbeeld.

De minister van VWS is zelf te zeer partij in de sturing van de zorg om de zorgautoriteit als dienstonderdeel van het ministerie te kunnen laten functioneren zonder afbreuk te doen aan haar gezag, slagvaardigheid en vooral onafhankelijkheid. Niet de minister, maar de rechter moet de besluiten van de zorgautoriteit in individuele zaken toetsen. Juist waar markten «gemaakt» worden zullen marktpartijen te hoop lopen tegen besluiten van de zorgautoriteit. Het ligt voor de hand dat belangenorganisaties of individuele marktpartijen, met een beroep op hun belang, langs politieke weg zullen proberen te bereiken dat de zorgautoriteit een voor hen gunstig besluit neemt. De ervaring met andere markttoezichthouders leert dat de druk behoorlijk kan oplopen. Van meet af aan moet duidelijk zijn dat met de zorgautoriteit niet te sollen valt en dat lobbygedrag tot mislukken gedoemd is.

---

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

### *Praktische voordelen*

Het toekennen van de zbo-status aan de zorgautoriteit heeft ook enkele praktische voordelen. Het CTG en het CTZ – de samenstellende delen van de zorgautoriteit – zijn thans zbo's en hebben daarom ervaring met wat dit in de praktijk betekent voor de verhouding met de minister en de politiek. Beide hebben bewezen een goed oog te hebben voor de grenzen van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen minister en zbo. Ook kan, door de zorgautoriteit geen dienstonderdeel te maken van het ministerie, de nodige reorganisatie beperkt blijven tot het CTG en het CTZ.

## **9.2. Bestuurlijke inrichting en organisatie**

### *Bestuur*

De zorgautoriteit heeft een fulltime, professioneel bestuur van drie personen dat leiding geeft aan de zorgautoriteit en dat direct aanspreekbaar is voor de minister. Dit is klein genoeg om slagvaardig te kunnen zijn en groot genoeg om de verschillende deskundigheden in het bestuur te verzamelen om het complexe werkterrein van de zorgautoriteit adequaat te dekken. Hierdoor krijgt de zorgautoriteit de nodige kracht en het nodige gezag.

#### *Vergelijking bestuur zorgautoriteit met bestuur CTG en CTZ*

Het CTG heeft volgens de WVG een college van ten hoogste negen leden, onder wie de voorzitter. Sinds 1 april 2004 heeft het CTG feitelijk zeven leden. De voorzitter van het CTG is fulltime voor zijn taak beschikbaar, de plaatsvervangend voorzitter anderhalve dag en de overige leden één dag per week. Het CTZ bestaat volgens de Ziekenfondswet uit ten hoogste vijf leden. Ook feitelijk zijn er vijf leden. De voorzitter van het CTZ is aangesteld voor drie dagen, de overige leden voor één dag per week. Het aantal bestuurders wordt dus teruggebracht van in totaal twaalf naar drie.

De komende jaren moet de zorgautoriteit haar nieuwe rol in de praktijk gaan waarmaken. De opbouw tot zorgautoriteit vraagt de nodige inzet van haar bestuur. De regering acht het van belang dat de voorzitter van de zorgautoriteit in de eerste fase zo nodig een beroep kan doen op een extra bestuurslid. Daarom regelt dit wetsvoorstel dat de minister voor de eerste benoemingsperiode, die maximaal vier jaar beslaat, een extra bestuurslid kan benoemen.

### *Positie belangenorganisaties*

De WVG kent een bijzondere positie toe aan de belangenorganisaties (ook wel: koepels) van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De minister moet op grond van de WVG organisaties aanwijzen die geacht kunnen worden groeperingen van aanbieders en verzekeraars te vertegenwoordigen. Het bestuursreglement van het CTG stelt een aantal commissies (voorheen «kamers») in, waarin de belangenorganisaties meedoen aan de voorbereiding van de beleidsregels van het CTG. Het CTG stelt vervolgens, mede op grond van het advies van de betrokken commissie, de beleidsregels vast. Op deze manier geeft het CTG invulling aan de verplichting van artikel 3:2 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb), waarin staat dat een bestuursorgaan de nodige kennis moet vergaren over relevante feiten en belangen voordat het een besluit neemt.

De zorgautoriteit heeft als (markt)toezichthouder een andere rol dan het CTG. Het past volgens de regering niet bij de rol van de zorgautoriteit om de belangenorganisaties een vergelijkbare positie te geven als thans in het CTG. Ook in het CTZ hebben belangenorganisaties geen bijzondere wettelijke positie. Dit wetsvoorstel voorziet dan ook niet in het aanwijzen van representatieve organisaties door de minister. Ook bevat het wetsvoorstel geen bepaling over het kunnen instellen van commissies door de

zorgautoriteit. Dit betekent dat de zorgautoriteit zelf kiest hoe zij aan haar verplichting van artikel 3:2 Awb voldoet. Dit kan bijvoorbeeld door, al dan niet in commissieverband, deskundigen en belangenorganisaties te consulteren, maar ook door marktpartijen gericht om een reactie te vragen, zoals de NMa doet met haar consultatiedocumenten. In het bestuursreglement komt te staan hoe de zorgautoriteit aan haar verplichting op grond van de Awb inhoud geeft. Om te waarborgen dat het consumentenperspectief goed tot zijn recht komt, is in het wetsvoorstel afzonderlijk bepaald dat de zorgautoriteit bij haar besluiten rekening houdt met de belangen van de consument. Dit betekent dat de zorgautoriteit in haar belangenafweging het consumentenbelang expliciet meeweegt.

#### *Rechtspersoonlijkheid*

De zorgautoriteit is een publiekrechtelijke rechtspersoon. Zij moet zelfstandig kunnen deelnemen aan het rechtsverkeer, mede omdat de zorgautoriteit eigen medewerkers in dienst zal hebben. Op deze wijze wordt de onafhankelijke positie van de zorgautoriteit extra onderstreept. Immers, niet de minister stelt personeel beschikbaar, maar de zorgautoriteit draagt daarvoor zelf de volledige verantwoordelijkheid. Verder is er een praktische reden. Omdat de samenstellende delen van de zorgautoriteit ook publiekrechtelijke rechtspersonen zijn, is op deze manier betrekkelijk eenvoudig de overgang naar één organisatie te regelen. Ten eerste gaat het om de overgang van het personeel van het CTG en het CTZ naar de zorgautoriteit. Ten tweede betreft het de overgang van rechten en verplichtingen, roerende en onroerende zaken, archieven en dergelijke. Ten derde gaat het om het overnemen van lopende procedures.

#### *Personeel*

De arbeidsvoorwaarden voor het personeel van de zorgautoriteit zullen hetzelfde zijn als die voor ambtenaren in de sector Rijk. Dit is conform de regeling in de Zorgverzekeringswet voor het CVZ. De regering ziet geen reden waarom voor personeel van een zbo andere arbeidsvoorwaarden zouden moeten gelden dan voor rijksambtenaren. Op dit moment stellen het CTG en het CTZ zelf de regels vast met betrekking tot de arbeidsvoorwaarden van hun personeel. Er is voorzien in een overgangsperiode van ten hoogste vier jaar. Gedurende deze periode zal de zorgautoriteit de arbeidsvoorwaarden van het personeel nog mogen vaststellen. Tegelijkertijd zal echter de omzetting van de arbeidsvoorwaarden naar ambtelijke arbeidsvoorwaarden worden voorbereid.

#### *Beheerskosten*

De kosten van het CTG en het CTZ worden thans betaald uit de Algemene Kas (de centrale kas voor de ziekenfondsverzekering) en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (de kas voor de algemene verzekering bijzondere ziektekosten). Vooruitlopend op en in verband met de oprichting van de zorgautoriteit ontvangt het CTG bovendien sinds 2004 een bijdrage uit de begroting van VWS.

De zorgautoriteit zal haar geld rechtstreeks uit 's Rijks kas krijgen, ten laste van de begroting van het ministerie van VWS. De aanleiding hiervoor is het streven het budgettair kader zorg om te vormen tot een financieel kader waartoe alleen de uitgaven horen die rechtstreeks voortvloeien uit het op grond van de Zorgverzekeringswet of de AWBZ geldende verzekeringspakket. De zbo's op het gebied van de zorg zijn te beschouwen als organisaties van de overheid voor ordening en toezicht op het terrein van de zorg. De beheerskosten van deze zbo's hebben slechts een verwijderde relatie met de uitgaven in verband met de verzekeringsaanspraken. Daarom is besloten tot financiering ten laste van 's Rijks kas. Dit is ook zo geregeld in de Zorgverzekeringswet voor het CVZ.

In het verleden is voor de bekostiging van de zbo's op het terrein van zorg al gekozen voor een budgetstelsel. Deze keuze is nu in de wet vastgelegd. Budgettering is een geschikt instrument om het niveau van de beheerskosten te sturen in relatie tot de te verrichten taken en de te realiseren output en resultaten. Budgettering prikkelt de zorgautoriteit tot efficiëntie binnen de eigen organisatie. Het is van belang dat de budgetteringssystematiek niet alleen wordt gericht op inputfactoren, maar waar mogelijk juist ook op de te leveren output en de te leveren resultaten. Ook dit komt overeen met de regeling in de Zorgverzekeringswet voor het CVZ.

Het financieel kader dat beschikbaar is voor de huidige zbo's op het terrein van de zorg (CVZ, CTZ, CTG, CBZ, CSZ en SUO) bedraagt € 71,8 miljoen voor 2006. Met ingang van 2007 gaat het structureel om € 70,3 miljoen per jaar. De zorgautoriteit ontstaat door het CTG en het CTZ samen te voegen. In 2005 is voor het CTG en het CTZ samen € 29,0 miljoen beschikbaar (inclusief reorganisatiemiddelen). Op grond van jaarlijks in te dienen begrotingen wordt besloten welk budget voor dat jaar beschikbaar is voor elk van de eerdergenoemde zbo's. Daarbij wordt het structurele budget van het voorgaande jaar als referentiekader gebruikt. Voor de zorgautoriteit wordt met ingang van 2007 voornamelijk een budget van € 22,7 miljoen als referentiekader gebruikt, als zijnde de optelling van het CTG en het CTZ. Uiteindelijk dient de financiering van de zorgautoriteit gevonden te worden binnen het bovengenoemde financiële kader voor alle zbo's op het terrein van de zorg.

### **9.3. Instrumenten minister**

De minister van VWS is ten algemene verantwoordelijk voor de inrichting van het zorgstelsel en de resultaten die dat voortbrengt. Dit betekent dat de minister te allen tijde verantwoording moet kunnen afleggen aan het parlement over de werking van dat stelsel en, meer in het bijzonder, over het functioneren van de zbo's die een rol spelen in dat systeem, zoals de zorgautoriteit. Om dit waar te maken heeft de minister instrumenten nodig waarmee hij op hoofdlijnen sturing kan geven aan en toezicht kan houden op de zorgautoriteit. Een goed werkende relatie tussen de minister en de zorgautoriteit is echter niet alleen afhankelijk van duidelijk verdeelde verantwoordelijkheden en goede instrumenten. De ervaring leert dat het minstens zo belangrijk is dat minister en zbo elkaar kunnen vertrouwen. Dit betekent dat van weerskanten open communicatie nodig is over wat er moet gebeuren en waarom. Ook betekent het dat de minister en de zorgautoriteit elkaars verantwoordelijkheid serieus nemen en niet pogen in de bevoegdheden van de ander te treden, ook niet bij zwaar weer.

De instrumenten die de minister heeft om zijn beleidsinhoudelijke verantwoordelijkheid te dragen kwamen al in hoofdstuk 7 aan bod. De instrumenten die de meer beheersmatige zaken betreffen zijn:

- benoemen en ontslaan van bestuursleden en hun bezoldiging en rechtspositie vaststellen,
- goedkeuren van bestuursreglement,
- vaststellen van beheerskostenbudget,
- goedkeuren van werkprogramma en begroting (jaarplan) en jaarrekening (samen met jaarverslag: de jaarverantwoording).
- regels stellen over inhoud en inrichting van het jaarplan, de jaarverantwoording, de accountantsverklaring bij de jaarrekening en het daarbij gevoegde verslag van bevindingen, alsmede van het onderzoek dat aan die verklaring en dat verslag ten grondslag ligt,
- samen met zorgautoriteit vaststellen informatiestatuut,

- recht om informatie op te vragen bij de zorgautoriteit en ter plaatse inzage te nemen in alle noodzakelijke informatie;
- geven van algemene aanwijzingen voor de werkwijze en taakuitoefening (zogenoemde huishoudelijke aanwijzingen),
- besluiten ter vernietiging voordragen bij de Kroon wegens strijd met het recht of het belang van de volksgezondheid,
- tijdelijke voorzieningen treffen bij taakverwaarlozing.

Het jaarplan en de jaarverantwoording van de zorgautoriteit zijn centrale documenten in het verkeer tussen de minister en de zorgautoriteit. Via deze documenten geeft de zorgautoriteit aan hoe zij de haar opgedragen taken denkt te vervullen en welke middelen daarvoor nodig zijn. Achteraf legt zij verantwoording af over de vervulling van de haar opgedragen taken en het gebruik van de daarvoor beschikbaar gestelde middelen. De minister geeft door zijn goedkeuringsbevoegdheid richting aan het jaarplan en verleent décharge op de jaarrekening.

Op het gebied van het afleggen van verantwoording heeft zich een groot aantal ontwikkelingen voorgedaan. De Algemene Rekenkamer publiceerde diverse rapporten over rechtspersonen met een wettelijke taak. Ook stelde zij de «Handreiking voor verslaggeving van rechtspersonen met een wettelijke taak» op. De minister van Financiën zond in mei 1999 de kabinetsnota «Van beleidsbegroting tot beleidsverantwoording» naar de Tweede Kamer<sup>1</sup>. Deze stukken zijn het uitgangspunt voor het in dit wetsvoorstel vastgelegde verantwoordingsproces. De wet bevat de hoofdlijnen van het proces, uitwerking vindt plaats bij ministeriële regeling. Kern van het verantwoordingsproces is dat de zorgautoriteit zich verantwoordt over de door haar uitgevoerde taken en geleverde prestaties in de jaarverantwoording (jaarrekening plus jaarverslag). De jaarverantwoording gaat onder meer in op de recht- en doelmatigheid van de taakuitoefening en de bedrijfsvoering van de zorgautoriteit. Zo nodig kan de minister informatie opvragen of onderzoek (laten) verrichten bij de zorgautoriteit om een goed beeld te krijgen van het functioneren van de zorgautoriteit, het financiële beheer en de doelmatigheid daarvan, en van de doelmatigheid van de organisatie.

De verantwoordingsdocumenten zijn verder van belang in de relatie tussen de minister en de Staten-Generaal. Gezien zijn verantwoordelijkheid voor het beleid en het stelsel vormt de minister zich, mede aan de hand van de verantwoordingsdocumenten, een oordeel over het functioneren van de zorgautoriteit. Hij brengt dat oordeel vervolgens ter kennis van de beide kamers der Staten-Generaal. Daarnaast zendt de minister de samenvattende rapporten van de zorgautoriteit over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en van de AWBZ naar de Staten-Generaal.

#### **9.4. Toezichtbeleid**

De regering staat een zorgautoriteit voor ogen die ruimte geeft aan partijen en terughoudend is in haar optreden. Omdat het in de gezondheidszorg om zwaarwegende publieke belangen gaat, kan vertrouwen op de realisatie van die belangen niet als een «blanco cheque» gegeven worden. Zeker in de eerste jaren van het veranderingsproces is waakzaamheid van de zorgautoriteit geboden. Naarmate partijen er zelf beter in slagen hun zaken op orde te hebben en zich daarover transparant te verantwoorden, kan het toezicht terughoudender zijn. De keerzijde van ruimte laten is dat bij overtreding van de regels de zorgautoriteit daadkrachtig en effectief zal optreden.

De zorgautoriteit zal een toezichtbeleid moeten formuleren en op schrift stellen. Daarmee geeft zij op hoofdlijnen aan hoe zij haar wettelijke taken

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 26 573, nrs. 1 en 2.

wil invullen en gebruik gaat maken van haar wettelijke bevoegdheden (waaronder haar handhavende bevoegdheden). Uiteraard is het niet nodig dat en soms zelfs ongewenst als de zorgautoriteit bij voorbaat in alles het achterste van haar tong laat zien. Marktpartijen moeten echter wel op hoofdlijnen weten waar zij aan toe zijn en wat hen boven het hoofd hangt. Teveel onzekerheid levert het risico op dat partijen zich afwachtend opstellen waardoor de nodige innovatie in kwaliteit en efficiëntie geen kans krijgt. Naast voldoende duidelijkheid over de intenties van de zorgautoriteit, is ook duidelijkheid nodig over de manier waarop zij om wil gaan met marktpartijen. De manier van omgang moet ten dienste staan aan het gezag, de slagvaardigheid en onafhankelijkheid van de zorgautoriteit.

Het optreden van de zorgautoriteit moet voorspelbaar en transparant zijn. Dit bevordert de stabiliteit van de markt en neemt onzekerheid over de interpretatie van regels weg. Het is niet nodig en zelfs onwenselijk om op alles permanent toezicht te houden. Marktpartijen hebben niet alleen ruimte nodig, maar ook het vertrouwen dat zij die ruimte zelf kunnen invullen. Dit impliceert een selectieve aanpak door de zorgautoriteit. Zo bepaalt zij op grond van risicoanalyses waar zij haar aandacht op richt, mensen en middelen inzet en partijen eventueel extra informatie vraagt. Dit betekent ook dat de zorgautoriteit geen capaciteit inzet op onderwerpen waarvan uit de risicoanalyse blijkt dat het risico gering is.

### **9.5. Evaluatie**

Het wetsvoorstel voorziet erin dat elke vier jaar expliciet wordt stilgestaan bij de doeltreffendheid en doelmatigheid van de zorgautoriteit. Het gaat hierbij zowel om het interne en externe functioneren, als om de onderlinge verhoudingen tussen de zorgautoriteit en de overige regulators en toezichthouders die een rol spelen in de zorgsector. Bij de eerste evaluaties wordt ook de vraag 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 zorgautoriteit als sectorspecifiek markttoezichthouder te handhaven. Voor de beslissing is echter ook van belang dat, hoever de deregulering ook gekomen is, er altijd een taak blijft om toezicht te houden op de goede uitvoering van de Zorgverzekeringswet en van de AWBZ. De termijn van vier jaar is dezelfde die geldt voor de evaluatie van de OPTA.

### **9.6. Algemene Rekenkamer**

De Algemene Rekenkamer heeft op grond van artikel 91, eerste lid, onder d, van de Comptabiliteitswet 2001 (CW 2001) de bevoegdheid onderzoek te doen bij de zorgautoriteit. Zij had deze bevoegdheid ook ten aanzien van het CTG en het CTZ. De Rekenkamer heeft toegang tot alle informatie waarover de zorgautoriteit beschikt, hoe ook verkregen. Op grond van artikel 91, dertiende en veertiende lid, CW 2001 mag zij echter informatie die naar zijn aard vertrouwelijk is niet openbaar maken. Hierbij valt te denken aan bedrijfsgevoelige en privacygevoelige informatie.

De Rekenkamer adviseerde in haar brief van 22 februari 2005 onder meer in de wet een bepaling op te nemen conform artikel 92, achtste lid (inmiddels vernummerd tot artikel 93, zesde lid) van de Zorgverzekeringswet. Enerzijds om te voorkomen dat de Rekenkamer belemmeringen ondervindt indien zij het functioneren van de zorgautoriteit wil onderzoeken. Anderzijds om duidelijk te maken dat ook de Rekenkamer gehouden is recht te doen aan de wettelijke kaders waarbinnen de andere toezichthouders functioneren en waarmee de zorgautoriteit gegevens uitwisselt. Dit

advies is overgenomen. Aan de overige aanbevelingen van de Rekenkamer is waar relevant aandacht besteed in deze toelichting.

De volledige brief van de Rekenkamer en de reactie daarop van de minister van VWS zijn op verzoek van de Rekenkamer tegelijk met dit wetsvoorstel naar de Tweede Kamer gezonden.

## **10. GEVOLGEN VOOR BETROKKEN PARTIJEN**

### **10.1. Veldpartijen**

#### *Patiënten en verzekerden*

Patiënten en verzekerden (consumenten) krijgen op de verzekeringsmarkt, de zorgverleningsmarkt en de inkoopmarkt een veel actievere rol dan zij nu hebben. De consument zal vaker kunnen en moeten kiezen wat hij wil, van wie hij dat wil krijgen en wat hij daarvoor wil betalen. Om weloverwogen te kunnen kiezen is goede informatie nodig. Hierbij hoort in ieder geval ook kwaliteitsinformatie en ervaringsinformatie.

Om patiënten en verzekerden hierbij te helpen komt er bij de zorgautoriteit een informatiepunt. Daar is informatie te krijgen over bijvoorbeeld producten, prestaties, tarieven en contractvoorwaarden voor zover de zorgautoriteit die reguleert. Ook kent de zorgautoriteit een meldpunt voor onregelmatigheden op de zorgmarkten. Bijvoorbeeld onregelmatigheden die consumenten en anderen tegenkomen bij zorgaanbieders of zorgverzekeraars op het vlak van administratie, transparantie en fraude. Deze publiekstaak van de zorgautoriteit is wettelijk verankerd.

Verder staan in dit wetsvoorstel informatieverplichtingen voor zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. Het doel hiervan is de markt voor de consument transparanter te maken en te zorgen dat hij voldoende keuzeinformatie krijgt.

#### *Zorgaanbieders*

Zorgaanbieders krijgen meer vrijheden om hun zorgtaken in te vullen. Die vrijheden zijn niet oneindig. De grenzen liggen bij een adequate prijsstelling, mededingingsbeperkingen en de beschikbare middelen in de zorg. De zorgaanbieders moeten zich meer richten op het consumentenbelang. Daartoe moeten zij patiënten goed informeren over de prijs, de kwaliteit en andere eigenschappen van aangeboden producten en diensten. Dit wetsvoorstel verplicht zorgaanbieders daarom dergelijke informatie openbaar te maken op zo'n manier dat de gegevens voor de consument op een gemakkelijke manier vergelijkbaar zijn.

#### *Zorgverzekeraars*

De Zorgverzekeringswet brengt een essentiële wijziging in de wettelijke verzekering van curatieve zorg en de verplichtingen van de zorgverzekeraars. Dit betekent dat ook het toezicht verandert. Dat concentreert zich op de goede uitvoering van de Zorgverzekeringswet, maar betreft niet meer als voorheen het toezicht op de rechtmatige besteding van de middelen of toezicht op de doelmatigheid van zorgverzekeraars. Dit wetsvoorstel draagt het toezicht op de uitvoering van de zorgverzekering op aan de zorgautoriteit, evenals het toezicht op de uitvoering van de AWBZ. Dat laatste toezicht blijft op hoofdlijnen hetzelfde.

Zorgverzekeraars hebben de plicht om verzekerden goed te informeren over de prijs, kwaliteit en andere eigenschappen van hun verzekeringsproducten en -diensten. Dit moeten zij op zo'n manier doen dat de informatie



voor de consument gemakkelijk vergelijkbaar is. Dit is vergelijkbaar met de plicht die zorgaanbieders hebben.

#### *Brancheorganisaties*

In de WTG hebben de brancheorganisaties de bevoegdheid om als representatief verklaarde organisaties aanvragen te doen voor tarieven en prestatiebeschrijvingen. Die tarieven gelden dan voor de gehele categorie van zorgaanbieders of zorgverzekeraars, ongeacht of zij lid zijn van de desbetreffende brancheorganisatie. De tarieven en prestatiebeschrijvingen hebben dus de werking van een algemeen-verbindendverklaring. De brancheorganisaties hebben volgens de WTG een zelfstandig recht om bezwaar en beroep aan te tekenen tegen een beslissing van het CTG. Deze positie van de brancheorganisaties heeft tot nadeel dat bij de belangenbehartiging de belangen van de zwakste tot norm worden verheven. Dit is niet alleen nivellerend, maar het remt ook nieuwe ontwikkelingen. Dit is extra nadelig in een stelsel waarin meer ruimte nodig is voor aanbieders en verzekeraars om de belangen van de individuele consument op de beste manier te behartigen.

Dit wetsvoorstel geeft daarom, in tegenstelling tot de WTG, geen wettelijke positie aan de brancheorganisaties. Optreden van brancheorganisaties blijft mogelijk, maar wordt begrensd door de Europese en nationale mededingingsregels. Zie ook de «Richtsnoeren voor de zorgsector» van de NMa waarin die grenzen zijn aangegeven<sup>1</sup>. Brancheorganisaties kunnen bijvoorbeeld hun individuele leden ondersteunen bij hun communicatie met de zorgautoriteit.

De wijziging in de rol van de brancheorganisaties heeft gevolgen voor de voorlichting over de maatregelen en beleidsregels die door de zorgautoriteit worden getroffen. Tot nu toe geven de brancheorganisaties daarover de voorlichting aan hun leden. Het CTG verzorgt de voorlichting aan de niet-leden die aan het CTG hebben laten weten dat te willen. Voor de voorlichting heeft de zorgautoriteit de adressen nodig van zorgaanbieders die de vormen van zorg aanbieden waarop de wet betrekking heeft. Die adressen zijn ook nodig voor het opvragen van beleidsinformatie, toezicht en handhaving. De adressen van individueel toegelaten instellingen zijn bekend bij het CVZ. Het wetsvoorstel regelt dat de zorgautoriteit deze informatie kan krijgen. Het unieke adresbestand van gekwalificeerde individuele aanbieders is aanwezig in de registers op grond van de Wet BIG. De zorgautoriteit krijgt directe toegang tot de BIG-registers.

## **10.2. Overheidspartijen**

### *Minister*

De sturing door de minister wordt eenvoudiger. Hij kan algemene aanwijzingen geven aan de zorgautoriteit. Hij mag geen aanwijzing geven die betrekking heeft op een individuele aanbieder of verzekeraar, tenzij het gaat om een experiment als bedoeld in artikel 51. De zorgautoriteit zet de algemene aanwijzingen van de minister om in beleidsregels die de zorgautoriteit binden bij de uitvoering van haar taken. De minister hoeft de beleidsregels niet (meer) goed te keuren. Daarmee neemt de slagvaardigheid van de overheid (zowel minister als zorgautoriteit) bij beleidswijziging en koerscorrectie toe.

De minister heeft verder het recht om besluiten van algemene strekking ter vernietiging voor te dragen aan de Kroon. Dit wil zeggen dat vernietiging niet mogelijk is bij een besluit ten aanzien van een individuele zorgaanbieder of verzekeraar. Tegen zo'n besluit kunnen zij zelf beroep aantekenen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven.

---

<sup>1</sup> [www.nmanet.nl](http://www.nmanet.nl).

#### *Parlement*

Zoals ook thans het geval is ingevolge de WTG, worden de algemene aanwijzingen die de minister aan de zorgautoriteit geeft over beleidsregels eerst voorgehangen bij het parlement. Hierdoor blijft het parlement goed geïnformeerd en kan het de minister controleren. Verder ontvangt het parlement de jaarverantwoording van de zorgautoriteit, voorzien van een oordeel van de minister. Ook ontvangt het parlement de samenvattende rapporten van de zorgautoriteit over de uitvoering van de Zorgverzekeringwet en van de AWBZ.

### **10.3. Rechtelijke macht**

#### *College van Beroep voor het bedrijfsleven*

Het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) is rechter in eerste en enige aanleg betreffende beroep tegen beschikkingen die het CTG goedkeurt of vaststelt op basis van de WTG. Het CBB heeft grote deskundigheid wat betreft de financieel-economische aspecten van de gezondheidszorg. Tariefregulering zal voorlopig nog een belangrijke rol spelen in grote delen van de zorg. Daarom voorziet ook dit wetsvoorstel in beroep bij het CBB tegen beschikkingen van de zorgautoriteit.

De zorgautoriteit kan op deelmarkten waar tarieven vrij onderhandelbaar zijn verplichtingen opleggen aan een partij die aanmerkelijke marktmacht heeft. In paragraaf 5.3.2 is al toegelicht dat de zorgautoriteit hierbij in de regel de uitgebreide openbare voorbereidingsprocedure van afdeling 3:5 van de Algemene wet bestuursrecht volgt. Hiertegen kan direct daarna beroep bij het CBB worden ingesteld, zonder voorafgaande bezwaarprocedure. Bezwaar is wel voorzien als het gaat om een besluit tot verlenging van een eerder opgelegde verplichting of om een aanwijzing om een opgelegde verplichting na te leven.

#### *Concentratie strafrechtzaken*

De gezondheidszorg is met zijn uitgebreide, met elkaar samenhangende regelgeving en de vele deelbelangen zeer complex. Het vergt de nodige inspanning om de zorgsector in al zijn finesses te kunnen doorzien. Dat geldt ook voor het Openbaar Ministerie (OM) en voor de rechterlijke organisatie. Inmiddels kan worden geconstateerd dat de gezondheidszorg zoveel invalshoeken heeft dat in hun aard, achtergrond en juridische vraagstelling in beginsel gelijke strafzaken tot volstrekt verschillende uitspraken met volstrekt verschillende overwegingen kunnen leiden. Dat is niet gewenst.

De vraag is of de inspanningen die individuele leden van het OM en de individuele personen die behoren tot de rechterlijke organisatie moeten doen om inzicht te krijgen in die zorgsector wel lonend zijn voor het adequaat kunnen vervolgen van respectievelijk oordelen over bijvoorbeeld declaratiegedrag in de zorgsector. Dit wordt nog eens versterkt door het geringe aantal zaken dat zij door de spreiding over het land verhoudingsgewijs krijgen. Een vervolgvraag is of het niet wenselijk is de vervolging dan wel de beoordeling van overtredingen van de WMG, die eertijds vielen onder de WTG, te coördineren of concentreren. Dat zou dan kunnen leiden tot de keuze voor een coördinerend officier van justitie dan wel het aanwijzen van een speciale rechtbank voor WMG-strafzaken. Inmiddels heeft het OM al wel besloten om de behandeling van beleidsaangelegenheden die de strafrechtelijke handhaving van de WTG betreffen te concentreren bij het Functioneel Parket in Den Haag. Het is de bedoeling dat van daaruit individuele officieren worden ondersteund bij WTG-zaken.

Het staat buiten kijf dat een maatregel tot concentratie bijdraagt aan de vermindering van de belasting van het OM en de rechterlijke organisatie

en ook de eenduidige rechtspraak ten goede komt. Daarbij komt dat de zorgautoriteit en de FIOD-ECD minder voorlichtingswerk hoeven te doen en minder getuige-deskundigen hoeven in te schakelen om de rechtbanken de nodige kennis te laten verwerven voor de beoordeling van een strafzaak. Daarom is het gewenst te kiezen voor één rechtbank voor strafzaken die de WMG betreffen.

#### *Advies Raad voor de rechtspraak*

De Raad voor de rechtspraak adviseerde op 30 maart 2005 over de WMG<sup>1</sup>. In zijn advies komen verschillende punten aan de orde die hierna worden toegelicht. Daarbij wordt vermeld hoe het advies in het wetsvoorstel is verwerkt. Waar nodig wordt ook gereageerd op het advies van de Raad van State.

- **Administratief beroep in één instantie**

De Raad voor de rechtspraak adviseert bij zaken met punitief karakter beroep in twee instanties, met een verwijzing naar de in een voetnoot van dat advies aangehaalde Telecommunicatiewet. De Raad van State adviseert het beroep in administratieve zaken in één instantie te beperken tot tariefzaken. Ik neem aan dat de Raad van State daarmee ook de zaken over prestatiebeschrijvingen op het oog heeft. Ik volg de Raad voor de rechtspraak bij de beperking van rechtspraak tot één instantie. Van de besluiten van de zorgautoriteit hebben alleen de op te leggen boetebesluiten een punitief karakter. Het opleggen van een verplichting in het kader aanmerkelijke marktmacht, een aanwijzing tot opvolgen van een verplichting, het opleggen van een last onder dwangsom of het toepassen van bestuursdwang hebben slechts tot doel om de juiste feitelijke toestand in het leven te roepen en hebben geen punitief karakter. In het wetsvoorstel is dit verder vastgelegd.

- **Concentratie strafzaken: «één wet, één rechtbank»**

Ik heb de Raad voor de rechtspraak gevraagd een keuze te maken tussen de rechtbank Den Haag en de rechtbank Utrecht voor het concentreren van strafzaken op grond van deze wet. De rechtbank Den Haag omdat zij ook bijna alle bestuursrechtelijke en civiele zaken behandelt die inzake de gezondheidszorg worden aangespannen tegen de Staat der Nederlanden (minister van VWS); de rechtbank Utrecht omdat de zorgautoriteit daar gevestigd wordt en die rechtbank bekend is met WTG-bestuurszaken. De Raad voor de rechtspraak heeft in zijn advies vooral oog voor de organisatie van de rechtspraak en de evenwichtige verdeling van zaken. De Raad adviseert voor strafzaken de rechtbanken Dordrecht en Assen en wil de rechtbanken Den Haag, Amsterdam en Rotterdam niet verder uitbreiden. Met de minister van Justitie is de keuze gemaakt het advies niet te volgen. Plaatsing bij Dordrecht en Assen is gelet op het doel dat met de concentratie – in het licht van de complexiteit van de zorg – wordt nagestreefd, niet wenselijk. De te berechten zaken kunnen door de zorgautoriteit ook bestuursrechtelijk worden afgedaan. Door het wellicht kleine aantal strafzaken zullen bij de keuze voor twee rechtbanken, deze aan opbouw van expertise niet toekomen. Inventarisatie levert op dat de bestuurlijke zaken niet of nauwelijks zullen gaan over financieel-economisch bestuursrecht. De strafrechtelijke zaken zullen inhoudelijk over de uitvoering van de ziektekostenverzekeringwetgeving en tariefvoortredingen gaan. De minister van Justitie is van mening dat met het wetsvoorstel aangesloten moet worden bij de rechtsgangen in het economisch bestuursrecht dat is geconcentreerd bij de rechtbank Rotterdam. Het adagium «één wet, één rechtbank» leidt dan verder tot de keuze voor Rotterdam voor zowel straf- als bestuurlijke zaken.

---

<sup>1</sup> UITW 6007/ONTW WR.

## 11. INFORMATIEVOORZIENING

### *Algemene toepasbaarheid instrumenten*

Ten behoeve van de inzichtelijke en eenvoudige taakuitvoering door de zorgautoriteit is gestreefd naar een algemene toepasbaarheid van de instrumenten die zij heeft. Die instrumenten betreffen onder andere de informatievoorziening, het toezicht en de handhaving. De bepalingen in de wet gelden zowel voor het sectorspecifieke markttoezicht, waaronder ook het marktonderzoek en de tariefregulering, als het toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de AWBZ.

De voorbereiding van beslissingen inzake aanmerkelijke marktmacht en de voorbereiding van de beleidsregels ten behoeve van de overige taken lopen uiteen. Vanwege de ervaringen met het onderwerp aanmerkelijke marktmacht in de telecommunicatiemarkt wordt aangesloten bij de procedure die daar gevolgd wordt. Dat is de uitgebreide openbare voorbereidingsprocedure bedoeld in afdeling 3:5 van de Algemene wet bestuursrecht. Zo kan zoveel mogelijk relevante informatie, ook van derden, worden verzameld, zodat alle belangen bekend zijn en kunnen worden afgewogen.

### *Informatievoorziening*

De zorgautoriteit kan op verschillende manieren informatie vergaren. Door marktonderzoek, individuele bevraging, collectieve periodieke bevraging, het meldpunt onregelmatigheden zorgmarkten en door uitwisseling met andere toezichthouders en regulators in de zorg. Daarbij worden de regels met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens in acht genomen. Ik kom daar hieronder op terug.

Om de administratieve lasten te beperken mag de zorgautoriteit alle informatie die zij heeft verzameld op grond van al haar bevoegdheden, gebruiken voor alle aan haar opgedragen taken. Verder is ter voorkoming van geschillen over en verschil in verwerving van die informatie ten behoeve van het toezicht en ten behoeve van de overige taken van de zorgautoriteit bepaald dat dezelfde wettelijke bevoegdheden van kracht zijn. Zo zijn de artikelen 5:13 tot en met 5:19 van afdeling 5:2 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) van overeenkomstige toepassing verklaard op de specifieke informatiebepalingen in deze wet. Het betreft de artikelen over de terughoudendheid van toepassing van bevoegdheden, beperking van de bevoegdheid van toezichthouders, toegang en bijstand van de sterke arm, het vorderen van inlichtingen, het vragen van een identiteitsbewijs, inzage en het maken van kopieën, het nemen van monsters (zoals bij geneesmiddelen) en het onderzoek van vervoermiddelen (onder andere in verband met ambulancevervoer).

Een bij de uitvoering van de WTG steeds terugkerend punt is in hoeverre informatie die het CTG krijgt ter uitvoering van de goedkeuring en vaststelling van tarieven opvraagbaar is op grond van de Wet openbaarheid van bestuur. Die vraag zal zonder wettelijke regel ook terug blijven komen bij de WMG. Het betreft in casu de vraag naar bedrijfsgevoelige gegevens, die naar mate er meer sprake is van marktwerking gevoeliger worden voor misbruik door concurrenten. Dit wetsvoorstel regelt daarom dat de informatie die op grond van deze wet is verstrekt, niet kan worden opgevraagd op grond van de Wet openbaarheid van bestuur.

Dit betekent niet dat de zorgautoriteit geen gegevens en inlichtingen in de openbaarheid mag brengen. De zorgautoriteit kan marktonderzoek doen. Dat marktonderzoek kan een veelheid van onderwerpen betreffen. Afhankelijk van aard, inhoud en resultaten wordt bezien of publicatie van de bevindingen in enig opzicht nuttig kan zijn in het licht van de doelstellingen van dit wetsvoorstel. Publiceren van bevindingen is niet gericht op «leedtoevoeging» aan een of meer marktpartijen. Dat neemt overigens niet weg dat, zoals bij elk onderzoeksresultaat, niet iedereen blij hoeft te

zijn met bevindingen die over hem in het onderzoek naar voren zijn gekomen. De zorgautoriteit moet bij haar besluit tot openbaarmaking afwegen of de wijze van openbaar maken in goede verhouding staat tot het doel van openbaarmaking. Het kan zijn dat in dat kader de bevindingen niet tot individuele verzekeraars of zorgaanbieders zullen moeten zijn te herleiden. Overigens mogen publicaties van marktonderzoeken geen medische persoonsgegevens bevatten die tot individuele patiënten zijn te herleiden.

#### *Persoonsgegevens*

Het College bescherming persoonsgegevens (CBP) adviseerde op 13 april 2005 over de WMG<sup>1</sup>. Het CBP trekt de volgende conclusies.

- De noodzaak voor het verstrekken van persoonsgegevens aan de zorgautoriteit moet worden onderbouwd.
- In ieder geval de verwerking van bijzondere persoonsgegevens, zoals persoonsgegevens betreffende de gezondheid, dient een grondslag te hebben in de wet in formele zin. Die wet moet de gegevensverwerking voldoende specifiek regelen, en de noodzaak van de verwerking moet daarbij voldoende worden onderbouwd. Dit is in het bijzonder van belang indien de bepaling er tevens op is gericht voor een bepaalde verwerking het medisch beroepsgeheim te doorbreken.
- Daarom moet in de WMG een apart regime voor het verwerken van bijzondere persoonsgegevens (met name persoonsgegevens betreffende de gezondheid) worden opgenomen.
- Ook het wetsartikel (oud 5.7) over het verder verwerken van persoonsgegevens binnen de zorgautoriteit moet daarom worden aangepast.
- Verduidelijkt dient te worden welke organisaties voor welke taken persoonsgegevens mogen ontvangen van de zorgautoriteit. De noodzaak daarvan dient vast te staan. Voor het verstrekken van bijzondere persoonsgegevens aan die organisaties dient, net als voor het verstrekken van dergelijke gegevens aan de zorgautoriteit, de wet in formele zin een voldoende specifieke wettelijke grondslag te bieden. Dit is mede geboden in verband met de geheimhouding die op de gegevens rust.
- Het CBP verzoekt expliciet in de WMG op te nemen dat de zorgautoriteit ook toezicht houdt op de verwerking van persoonsgegevens door ziektekostenverzekeraars.

Het CBP concludeert dat het hem voorgelegde wetsvoorstel in strijd is met het bepaalde in de WBP, alsmede artikel 8 EVRM en artikel 10 Grondwet, zodat het tevens in strijd is met het medisch beroepsgeheim. Het CBP dringt er met klem op aan het wetsvoorstel aan te passen overeenkomstig zijn advies. In een bijlage bij het advies wordt dieper ingegaan op de voorgelegde ontwerp wettekst en de memorie van toelichting en worden suggesties gedaan voor aanpassing van het ontwerp. De Raad van State adviseerde om de voorgestelde regeling voor de verstrekking van tot de persoon herleidbare medische gegevens te heroverwegen en het advies van het CBP op te volgen.

#### *Aanpassingen naar aanleiding van de adviezen van het CBP en de Raad van State*

Het wetsvoorstel en de toelichting zijn als volgt aangepast:

- vastlegging onderscheid tussen identificerende persoonsgegevens, medische persoonsgegevens en strafrechtelijke persoonsgegevens;
- vastlegging wat onder identificerende gegevens wordt verstaan;
- de noodzaak van verwerking van persoonsgegevens aangeven per taak van de zorgautoriteit;
- de noodzaak van verwerking van persoonsgegevens bezien per uitwisseling met andere in de WMG aangewezen toezichthouders en informatieverzamelaars in de zorg;

---

<sup>1</sup> Z2005-0070.

- vastlegging in de wet van de grondslag voor vorenbedoelde noodzakelijke verwerking;
- opneming in een afzonderlijk artikel van de wettelijke waarborgen bij het uitwisselen en bekendmaking van gegevens en inlichtingen;
- aanscherping van het artikel over het doorbreken van het beroepsgeheim;
- opneming van de bevoegdheid tot onderlinge uitwisseling van strafrechtelijk persoonsgegevens tussen de personen die zijn aangewezen als toezichthouders en hen die belast zijn met opsporing en vervolging;
- het CBP in de wet aanwijzen als toezichthouder waarmee de zorgautoriteit gegevens en inlichtingen uit kan wisselen, dit mede in verband met de invoering van het burgerservicenummer in de administraties van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars; de zorgautoriteit wordt niet aangewezen als mede-toezichthouder op het gebruik van het burgerservicenummer door zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars, omdat daarmee vooruit wordt gelopen op de indiening en parlementaire behandeling van het wetsvoorstel over dat nummer.

#### *Persoonsinformatie en dbc-onderhoudsysteem*

Daarnaast wordt met het CBP gezien hoe een zodanige juridische constructie kan worden gekozen dat, met inachtneming van de nationale en internationale voorschriften over verwerking van persoonsgegevens, het onderhoud van dbc-prestatiebeschrijvingen kan gebeuren zonder dat zorgaanbieders en verzekeraars medische persoonsgegevens aan het dbc-informatiesysteem (DIS) verstrekken. Die constructie moet voldoen aan de criteria die voortvloeien uit de uitspraak van het EG-Hof inzake de zaak Arduino, namelijk dat de overheid, in casu de zorgautoriteit, het laatste woord heeft inzake de vaststelling van prestatiebeschrijvingen die zijn voorbereid door betrokken partijen om niet in strijd te komen met het algemene mededingingsrecht. En dat, indien en voor zover daarvoor noodzakelijk, ook persoonsgegevens de gezondheid betreffende kunnen worden opgevraagd. Dit zal alleen in die situatie zijn dat de bestaande dbc-onderhoudssystematiek niet meer valide is.

Ik doel op de mogelijkheid om op grond van deze wet de leveranciers van persoonsgegevens te verplichten de persoonsgegevens zodanig te bewerken dat zij van de persoonsidentificerende kenmerken zijn ontdaan vóórdat zij worden aangeleverd aan het informatieverzamel- en distributiepunt (DIS). In het wetsvoorstel is expliciet opgenomen (artikel 62) dat de zorgautoriteit een regel vaststelt waarbij zorgaanbieders en verzekeraars worden verplicht hun persoonsgegevens laten bewerken door de beoogde TTP (Trusted Third Party) volgens een in de regeling nader aangegeven manier vóórdat de leveranciers de gegevens doorzenden naar de DIS. Zo blijft de bewerking van de persoonsgegevens bij de beheerder van die gegevens. De voorgeschreven bewerking levert de juiste informatie op en daardoor bestaat er geen noodzaak voor verwerking van persoonsgegevens voor het onderhoud van dbc-prestaties. De DIS beschikt niet over persoonsgegevens ten behoeve van het onderhoud.

## **12. ADMINISTRatieve LASTEN**

Administratieve lasten voor het bedrijfsleven zijn de kosten van ondernemingen om te voldoen aan informatieverplichtingen voortvloeiend uit wet- en regelgeving van de overheid. Het gaat om alle administratieve kosten: bestuderen van regelgeving, verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie, inclusief de kosten van verplichte accountantsonderzoeken en dergelijke. Het maakt niet uit of de

informatie ook al voor eigen of ander gebruik wordt verzameld en gebruikt. Administratieve lasten voor burgers zijn de uren voor burgers om te voldoen aan informatieverplichtingen voortvloeiend uit wet- en regelgeving van de overheid. Het gaat zowel om het nakomen van verplichtingen als het uitoefenen van rechten. De administratieve lasten hebben betrekking op het verzamelen, bewerken, registreren en ter beschikking stellen van informatie. Het Adviescollege administratieve lasten (Actal) bracht op 10 maart 2005 zijn advies uit over dit wetsvoorstel.

#### *Maximaal informatie delen*

Er zijn verschillende mechanismen die de administratieve lasten beperken. Uitgangspunt is dat overheidsinstanties, waar dat is toegestaan, maximaal informatie delen. Zo is in de wet vastgelegd dat de zorgautoriteit met andere met name genoemde instanties (bijvoorbeeld: NMa, IGZ, DNB en AFM) afspraken maakt over het verzamelen van informatie en de wijze van behandeling van aangelegenheden van wederzijds belang. Deze afspraken gaan onder meer over het gezamenlijk opvragen van informatie en te hanteren definities. Verder is geregeld dat de zorgautoriteit en deze instanties elkaar wederzijds informatie verstrekken die van belang kan zijn voor de uitoefening van hun wettelijke taken. Ook mag de zorgautoriteit informatie verstrekken aan adviesorganen van de overheid (bijvoorbeeld: Gezondheidsraad, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg) en aan onderzoeksorganen van de overheid (bijvoorbeeld: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Sociaal en Cultureel Planbureau). Bovendien mag de zorgautoriteit alle informatie die zij heeft verzameld op grond van alle haar daartoe ten dienste staande wettelijke bevoegdheden, voor al haar taken gebruiken.

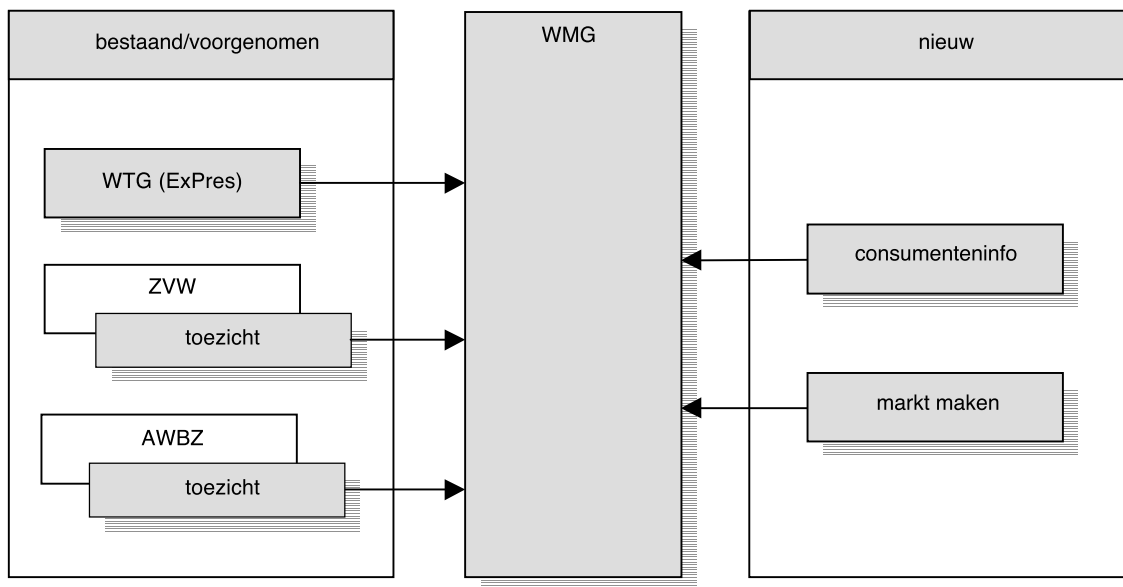
Actal adviseert te onderzoeken of er nog meer mogelijkheden zijn om het toezicht waarmee de zorgsector te maken heeft te bundelen om de lastendruk die hieruit voortvloeit zoveel mogelijk te beperken. Voor een nog verdergaande bundeling van het toezicht zie ik voorlopig geen mogelijkheden. Zie ook mijn brief van mei 2005 aan de Tweede Kamer waarin de uitvoerings- en toezichtstructuur van het nieuwe stelsel nog eens in samenhang wordt gepresenteerd<sup>1</sup>.

#### *Lasten als direct gevolg van de WMG*

Uitgangspunt voor de effecten van de WMG op de administratieve lasten is dat de WMG enkele nieuwe administratieve verplichtingen oplegt en voor het overgrote deel bestaande of in ander verband voorgenomen wetgeving samenvoegt. Het gaat om bepalingen uit de WTG (zoals gewijzigd door de WTG ExPres), de Zorgverzekeringswet en de AWBZ zoals gewijzigd met de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet. Alleen de nieuwe administratieve verplichtingen zijn een direct gevolg van de WMG. Daarbij gaat het om verplichtingen in verband met aanmerkelijke marktmacht (AMM) en met goede informatievoorziening aan de consument. Het volgende schema geeft dit weer.

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 29 689, nr. 7.



Er is alleen berekend welke lasten met de nieuwe verplichtingen samenhangen; bestaande verplichtingen zijn niet berekend. Voor de gevolgen voor de administratieve lasten voor het bedrijfsleven van de WTG ExPres verwijs ik naar hoofdstuk 16 van de memorie van toelichting en hoofdstuk 7 van de nota naar aanleiding van het verslag bij die wet<sup>1</sup>. Wat betreft het toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet verwijs ik naar hoofdstuk XI van de toelichting bij dat wetsvoorstel onder het kopje «toezicht en verantwoording»<sup>2</sup>. De administratieve lasten in verband met het toezicht op de AWBZ komen aan bod bij de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet<sup>3</sup>. De verplichting om aandacht te besteden aan de administratieve lasten voor burgers geldt sinds 1 januari 2005. Voor bestaande wetgeving en vóór die datum in voorbereiding genomen wetgeving is nog geen informatie voorhanden over de lasten voor burgers.

Actal adviseerde niet alleen inzicht te geven in de administratieve lasten die met de nieuwe verplichtingen samenhangen, maar het complete beeld van de WMG te presenteren, dus inclusief al bestaande of in andere wetgeving voorgenomen verplichtingen. Ik ben van mening dat het voor een oordeel over de gevolgen voor de administratieve lasten die met dit wetsvoorstel gepaard gaan, zuiverder is te volstaan met de additionele verplichtingen.

De lasten die voortvloeien uit lagere regelgeving op grond van de WMG zullen worden berekend bij het opstellen van die lagere regelgeving. Wat betreft de administratieve lasten als gevolg van (beleids)regelgeving van de zorgautoriteit het volgende. Binnenkort worden concrete bestuurlijke afspraken gemaakt tussen het ministerie van VWS en de zelfstandige bestuursorganen in de zorgsector, waaronder het CTG en het CTZ, over de bijdrage die deze organen kunnen leveren aan het terugdringen van administratieve lasten.

#### *Administratieve lasten voor het bedrijfsleven*

Het volgende overzicht bevat alleen de «nieuwe» administratieve verplichtingen als gevolg van de WMG. Het betreft verplichtingen inzake keuze-informatie voor consumenten en inzake aanmerkelijke marktmacht.

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 29 379, nrs. 3 en 6.

<sup>2</sup> Kamerstukken II, 29 763, nr. 3.

<sup>3</sup> Kamerstukken II, 30 124.



Artikel	Administratieve verplichting	Toelichting	Lasten (x € 1 000)
31	Meewerken aan onderzoeken van de zorgautoriteit.	Voor de monitoronderzoeken maakt de zorgautoriteit gebruik van al beschikbare informatie die wordt verzameld op grond van de huidige WTG. Er zijn daarom geen extra administratieve lasten als gevolg van de WMG. Aanvullende informatie wordt alleen gevraagd als daar concreet aanleiding toe is; naar verwachting is dit verwaarloosbaar.	0
36 en 37	Openbaar maken van informatie over prijs, kwaliteit en andere eigenschappen van producten en diensten.	Men kan zelf kiezen voor het minst belastende alternatief om informatie openbaar te maken (bijvoorbeeld: Internet, publicaties, prijslijst op de balie). Voor gegevens over kwaliteit wordt aangesloten bij bestaande initiatieven om deze informatie te verzamelen en verspreiden van bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, het CTZ en de IGZ.	1 475
39	Nadere regels met betrekking tot overeenkomsten.	Dit zouden regels kunnen zijn over de wijze van onderhandelen. Dit is bedoeld voor situaties waarin het duidelijk niet goed verloopt. Deze lasten zijn inbegrepen in de lasten voor het sluiten van overeenkomsten tussen zorgaanbieders en verzekeraars, zoals opgenomen bij de WTG.	0
42	Verplichtingen indien sprake is van aanmerkelijke marktmacht.	Of en welke verplichtingen worden opgelegd is afhankelijk van de uitkomsten van de marktanalyse voor die sectoren waar de tarieven vrij zijn. Indien een verplichting wordt opgelegd, is op de kortere termijn de verplichting om bepaalde waarden door te voeren in een berekeningsmethode het meest waarschijnlijk (eerste lid, onderdeel h).	5
Totaal administratieve lasten van nieuwe verplichtingen in WMG			1 480

Actal merkt op dat bij het bepalen van aanmerkelijke marktmacht aanzienlijke (eenmalige) administratieve lasten kunnen worden veroorzaakt door toezichthouders. Het college verwijst als voorbeeld naar de vragenlijsten van de OPTA waarmee de telecombedrijven in 2003 werden geconfronteerd. Anders dan de OPTA hoeft de zorgautoriteit niet bij voorbaat alle relevante markten af te bakenen en de marktaandelen van alle spelers op de markt vast te stellen. De zorgautoriteit gaat na of sprake is van aanmerkelijke marktmacht van bepaalde partijen indien daar concrete aanwijzingen voor zijn. Bovendien maakt de zorgautoriteit zoveel mogelijk gebruik van reeds beschikbare informatie en zal zij alleen als daar concreet aanleiding toe is extra informatie vragen aan enkele partijen.

Het is belangrijk in het oog te houden dat het instrumentarium in verband met aanmerkelijke marktmacht alleen kan worden toegepast op zorginkoopmarkten waar de tarieven vrij zijn. Dit betekent dat er weliswaar voor enkele partijen administratieve lasten kunnen voortvloeien uit het toepassen van dit instrumentarium, maar dat er in die vrijgegeven deelmarkt geen administratieve lasten meer zijn die verband houden met de tariefregulering.

#### *Administratieve lasten voor burgers*

Dit wetsvoorstel bevat slechts twee bepalingen die administratieve lasten voor burgers zouden kunnen opleveren. Per bepaling wordt besproken of hier sprake is van een administratieve last die een rechtstreeks gevolg is van de WMG.

Artikel	Administratieve verplichting	Toelichting	Lasten (x € 1 000)
54	Een ieder is gehouden gegevens en inlichtingen te verstrekken.	In principe zou dit een administratieve last kunnen betekenen voor een individuele burger. Er is gekozen voor deze brede definitie om geen enkele organisatie uit te sluiten. De verwachting is dat er geen gegevens bij individuele burgers worden opgevraagd. De administratieve last wordt derhalve geschat op nul.	0
68	Meldpunt voor het ontvangen van informatie over feiten en omstandigheden die mogelijk niet in overeenstemming zijn met de wet.	Het oprichten van het meldpunt is geen administratieve last voor burgers. De mogelijkheid voor het melden van fraude is geregeld in de WTG ExPres. De administratieve lasten zijn dan ook geen rechtstreeks gevolg van de WMG.	-
Totaal administratieve lasten van nieuwe verplichtingen in WMG			0

### **13. FINANCIËLE ASPECTEN**

De financiële gevolgen van dit wetsvoorstel beperken zich tot de beheerskosten van de zorgautoriteit. Het betreft zowel de omvang als de financiering daarvan. Voor een toelichting verwijs ik naar paragraaf 9.2, onder het kopje «beheerskosten».

### **14. INWERKINGTREDING**

De regering streeft ernaar de WMG zo spoedig mogelijk, bij voorkeur per 1 januari 2006, in werking te laten treden. Vanaf dat moment moet ook de zorgautoriteit optimaal kunnen functioneren. Daarom bereiden het CTG en het CTZ zich daarop voor. Zij werken samen waar dat nodig en mogelijk is. Niet alleen om de fusie voor te bereiden, waarbij de organisatorische en huishoudelijke zaken aan bod zijn. Ook inhoudelijk wordt al samengewerkt. Bijvoorbeeld bij de marktmonitor voor de AWBZ en de ziekenhuiszorg (B-segment).

Het CTG en het CTZ werken tot de inwerkingtreding van de WMG door op basis van het huidige wettelijk kader, dat wil zeggen op basis van de WTG, respectievelijk de Ziekenfondswet c.q. Zorgverzekeringswet en AWBZ. Op het moment dat de WMG in werking treedt, gaan het CTG en het CTZ op in de zorgautoriteit; zij bestaan dan niet meer. De rechten en verplichtingen van beide colleges gaan over op de zorgautoriteit. Ook bestaat vanaf dat moment de WTG niet meer.

## **B. ARTIKELSGEWIJS**

Bij dit wetsvoorstel is de tekst van het voorstel van wet betreffende de Invoerings- en aanpassingwet Zorgverzekeringswet (I&A-wet Zvw) betrokken. Daarin wordt onder meer de AWBZ aangevuld met bepalingen inzake het toezicht door het College van toezicht op de zorgverzekeringen op de uitvoering van die wet. Dat toezicht is nu vastgelegd in de Ziekenfondswet, die met de Zorgverzekeringswet (Zvw) komt te vervallen. De toezichtbepalingen in de AWBZ zijn, evenals die in de Zvw, zoveel mogelijk overgebracht naar het voorliggende wetsvoorstel. Voorts is uitgegaan van de inwerkingtreding van de Wet toelating zorginstellingen.

### **Hoofdstuk 1. Inleidende bepalingen**

*Zorg (artikel 1, onder b, en artikel 2, eerste lid)*

Het begrip «zorg» bepaalt de werkingssfeer van dit wetsvoorstel. Daaronder worden allereerst verstaan de zorg en andere diensten als omschreven bij of krachtens de Zvw en de AWBZ (artikel 1, onder b, sub 1); hieronder valt alle zorg van het eerste en het tweede compartiment, ongeacht of de kosten daarvan worden vergoed in het kader van genoemde wetten dan wel anderszins. Ingevolge sub 2 wordt onder «zorg» verder verstaan de zorg van het derde compartiment, voor zover uitgevoerd door beroepsbeoefenaren die zijn opgenomen in het register van artikel 3 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Hierbij maakt het niet uit of zij voor eigen rekening en verantwoording werken dan wel in dienst en onder verantwoordelijkheid van een instelling.

Verder kunnen bij algemene maatregel van bestuur (amvb) als zorg in de zin van deze wet worden aangewezen werkzaamheden die geheel of gedeeltelijk op het gebied liggen van de gezondheidszorg of geheel of gedeeltelijk ten behoeve van de gezondheidszorg worden verricht. Het

betreft bijvoorbeeld werkzaamheden van de nu al voor de werkingsfeer van de WTG aangewezen huisartsenlaboratoria, de Stichting Centraal Begeleidingsorgaan Intercollegiale toetsing en het Pathologisch Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief. Met een dergelijke amvb kunnen ook diensten als zorg in de zin van deze wet worden aangemerkt die worden verleend door personen die niet in het BIG-register zijn opgenomen of door zorginstellingen waar uitsluitend dergelijke personen werken. Te denken valt aan de geneesmiddelenvoorziening door apothekers of de zorgverlening door logopedisten of oefentherapeuten. De laatste twee categorieën vallen onder artikel 34 van de Wet BIG.

Indien bij amvb de vormen van zorg in de zin van dit wetsvoorstel worden uitgebreid, geeft de minister in een aanwijzing op grond van artikel 7 aan welke tariefsoort op die uitbreiding van toepassing is. Zie ook de toelichting bij de artikelen 7 en 52.

#### *Zorgaanbieder (artikel 1, onder c)*

Een «zorgaanbieder» is zowel de natuurlijke persoon als de rechtspersoon die de zorg verleent; daarmee omvat het begrip meer dan in de Kwaliteitswet zorginstellingen, die zich alleen op instellingen richt. In die wet is het begrip «instelling» van belang om het regime te onderscheiden van het op de persoon gerichte regime van de Wet BIG. Voor het regime van dit wetsvoorstel is het verschil tussen personen en instellingen in beginsel niet relevant; waar nodig, zoals in de beleidsregels inzake de prijsvorming, kan dat onderscheid alsnog worden gemaakt.

Artikel 1, onder c, sub 2, duidt ook als zorgaanbieder aan: natuurlijke en rechtspersonen voorzover deze tarieven in rekening brengen namens, ten behoeve van of in verband met het verlenen van zorg door een zorgaanbieder als bedoeld onder sub 1. Deze personen vallen thans via artikel 4 van het Besluit werkingsfeer WTG 1992 onder de WTG.

#### *Nadere afbakening toepassing (artikel 2, tweede lid)*

Bij amvb kan ook voor aangewezen vormen van zorg de wet of een deel daarvan buiten toepassing worden verklaard. De mogelijkheid is vooral bedoeld om vormen van zorg of categorieën van zorgaanbieders waarvoor de markt zodanig is ontwikkeld dat definitief vrije tariefvorming kan worden toegestaan, uit te zonderen van de individuele of collectieve tariefvaststelling door de zorgautoriteit. Al naar gelang de omstandigheden kan ervoor worden gekozen het gehele regime van de wet buiten toepassing te verklaren, dan wel in eerste instantie alleen het verbod om niet-vastgestelde tarieven in rekening te brengen; door middel van het handhaven van de regels over de administratie (artikel 34) kan dan de ontwikkeling in de richting van een markt zo nodig worden begeleid. Met het buiten werking stellen van de tariefvaststelling krijgt de zorgautoriteit de bevoegdheid, op te treden tegen zorgaanbieders of verzekeraars met aanmerkelijke marktmacht (artikel 42).

Overigens is al met de WTG ExPres een snellere, flexibeler methode om de werkingsfeer te beperken ingevoerd<sup>1</sup>. Dat betreft de mogelijkheid voor bepaalde prestaties de tarieven vrij te laten door middel van een beleidsregel van het CTG. In dit wetsvoorstel is die mogelijkheid gehandhaafd en opgenomen in artikel 50, vierde lid, onder c.

#### *Tarief (artikel 1, onder k)*

Onder «tarief» wordt verstaan het bedrag dat concreet in rekening wordt gebracht dan wel kan worden gebracht voor de geleverde of de te leveren prestatie, ongeacht hoe die prijs tot stand is gekomen. De definitie is zó

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 29 379, nr. 3, p. 19, 20, 60–61.

gekozen dat het mogelijk is om een tarief in de zin van deze wet goed te keuren of vast te stellen voor een prestatie, een deel van een prestatie of een geheel van prestaties. Een splitsing van een prestatie is nodig voor een diagnose-behandelingcombinatie (dbc), die moet bestaan uit afzonderlijke tarieven voor delen van die prestatie. In beleidsregels kan worden opgenomen dat voor delen van een prestatie verschillende tariefsoorten gelden. Per deel kunnen dan ook beschikkingen worden vastgesteld. Ten slotte mondt alles uit in een overzichtelijke en inzichtelijke declaratie. Wetstechnisch is splitsing in de tariefdefinitie van een prestatie in delen wellicht overbodig, doch voor alle betrokkenen zonder meer duidelijk. Vermelding van de zinsnede «geheel van prestaties» is nodig in verband met vaststelling van budgetten. Zie ook de toelichting bij artikel 50, zesde lid.

#### *Vergelijking met werkingssfeer WTG*

Door de, ten opzichte van de WTG, nieuwe omschrijving van de reikwijdte van dit wetsvoorstel vervalt de mogelijkheid om te verwijzen naar de opsomming van categorieën van zorgaanbieders in het Besluit werkingssfeer WTG 1992. De functie van dat besluit is vooral aan te geven voor welke categorieën van zorgaanbieders (onder de WTG «organen voor gezondheidszorg» genoemd) de WTG van toepassing is en voor welke categorieën het CTG afzonderlijke beleidsregels vaststelt inzake het goedkeuren of vaststellen van tarieven of prestatiebeschrijvingen. Het ligt voor de hand dat de zorgautoriteit bij haar voorlichting op grond van artikel 20, onder a, onder meer over de inhoud van beleidsregels met betrekking tot de daarin door middel van prestatiebeschrijvingen te onderscheiden vormen van zorg, bekend maakt voor welke categorieën van zorgaanbieders afzonderlijke beleidsregels zijn vastgesteld, zodat wat betreft de prijsregulering geen onduidelijkheid over de werkingssfeer hoeft te rijzen.

## **Hoofdstuk 2. De Nederlandse Zorgautoriteit**

De verhouding tussen minister en zorgautoriteit is zoveel mogelijk in gelijke bewoordingen als in de Zvw omschreven tussen de minister en het CVZ (en het CTZ, dat in de zorgautoriteit opgaat). Hieronder worden afwijkingen toegelicht alsmede enige verduidelijkingen gegeven.

#### *Taken (artikel 3)*

In het derde lid is de algemene taak van de zorgautoriteit opgenomen: het uitvoeren van de taken die haar bij of krachtens de wet zijn opgedragen. In hoofdstuk 3 is dit verder uitgewerkt.

#### *Consumentenbescherming (artikel 3, vierde lid)*

Het vierde lid bevat de uitdrukkelijke opdracht aan de zorgautoriteit bij haar taakuitoefening rekening te houden met de belangen van de consument. De term «consument» omvat, zo blijkt uit artikel 1, onder i, zowel de (potentiële) patiënt of cliënt van een zorgaanbieder, als de (potentiële) verzekerde of verzekeringsplichtige. De opdracht aan de zorgautoriteit rekening te houden met de belangen van de consument betekent niet dat het consumentenbelang altijd de doorslag moet geven. Het betekent wel dat de zorgautoriteit, in een systeem dat beoogt de consument beter aan zijn trekken te laten komen, nadrukkelijk stilstaat bij de vraag in hoeverre een beslissing een bijdrage kan of zal leveren aan de consumentenbelangen.

#### *Onverenigbaarheid functies (artikel 4)*

Om de onafhankelijkheid van de zorgautoriteit zo goed mogelijk te waarborgen en de schijn van belangenverstremgeling tegen te gaan, bepaalt het vijfde lid dat een lid van de zorgautoriteit geen nevenfuncties vervult die ongewenst zijn met het oog op een goede vervulling van zijn functie of de handhaving van zijn onafhankelijkheid of het vertrouwen daarin. Dit is naar voorbeeld van artikel 4 van de Mededingingswet, zoals gewijzigd door de wet van 9 december 2004, houdende wijziging van de Mededingingswet in verband met het omvormen van het bestuursorgaan van de Nederlandse Mededingingsautoriteit tot zelfstandig bestuursorgaan<sup>1</sup>.

Voorbeelden van nevenfuncties waarvan het niet gewenst is dat een lid van de zorgautoriteit die uitoefent zijn ondermeer lid zijn van een bestuur of raad van toezicht van een zorginstelling of ziektekostenverzekeraar, het actief werkzaam zijn als individuele beroepsbeoefenaar in de zorg, het lidmaatschap van een der Kamers der Staten-Generaal en het werkzaam zijn bij een ministerie.

Het zesde lid somt een aantal functies en werkzaamheden op die in ieder geval onverenigbaar zijn met het lidmaatschap van de zorgautoriteit. De onverenigbaarheid met het lidmaatschap van het CVZ is de keerzijde van het bepaalde in artikel 59, zesde lid, Zvw, waarin staat dat het lidmaatschap van het CVZ onverenigbaar is met dat van het CTZ. De onverenigbaarheid met het bestuurslidmaatschap van DNB is analoog aan het bepaalde in artikel 77, juncto artikel 59, zesde lid, Zvw inzake de onverenigbaarheid van het lidmaatschap van het CTZ met het bestuurslidmaatschap van de PVK. Daarnaast wordt het onwenselijk geacht dat een lid van de zorgautoriteit tevens bestuurslid is van de AFM of de NMa. Ten slotte is het ongewenst indien een lid van de zorgautoriteit zodanige financiële of andere belangen heeft bij een instelling of bedrijf dat daarvoor zijn onpartijdigheid in het geding is. Hieruit vloeit voort dat een lid van de zorgautoriteit bijvoorbeeld geen aandelen kan hebben in een zorgverzekeraar. Ingevolge het zevende lid kan de lijst van onverenigbare functies zo nodig bij ministeriële regeling worden uitgebreid.

#### *Openbaarheid (artikel 5)*

Het tweede lid bepaalt dat vergaderingen van de zorgautoriteit niet openbaar zijn, tenzij het bestuursreglement anders bepaalt. Dit in tegenstelling tot de regeling in de Zvw en de WTG ten aanzien van het CVZ en CTZ, onderscheidenlijk het CTG. Het past niet bij de rol die een (markt)toezicht houder heeft, om openbaarheid van vergaderingen als uitgangspunt te hanteren. Voor DNB en de NMa gelden bijvoorbeeld ook geen openbaarheidseisen voor bestuursvergaderingen. Vanwege het toezichtkarakter van de werkzaamheden is de Wet openbaarheid van bestuur (WOB) ook niet van toepassing op de gegevens en inlichtingen waarover de zorgautoriteit beschikt. Zie daarover ook de toelichting op artikel 61.

Anders dan in de Zvw voor het CVZ en het CTZ en in de WTG voor het CTG is geregeld, is niet uitdrukkelijk bepaald dat de zorgautoriteit commissies kan instellen. De zorgautoriteit is vrij te bepalen hoe zij invulling wil geven aan haar verplichting ingevolge artikel 3:2 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb). In dat artikel staat dat een bestuursorgaan de nodige kennis moet vergaren over de relevante feiten en belangen voordat het een besluit neemt. Het derde lid draagt de zorgautoriteit op in haar bestuursreglement vast te leggen hoe zij hieraan voldoet. Zo is voor iedereen helder wat op dit vlak van de zorgautoriteit verwacht kan worden. Zie ook paragraaf 9.2 van het algemeen deel van deze toelichting, onder het kopje «positie belangenorganisaties».

---

<sup>1</sup> Stb. 2005, 172.

### *Rechtspositie personeel zorgautoriteit (artikel 6)*

Het personeel van het CTG en het CTZ is van oudsher ambtenaar in de zin van de Ambtenarenwet, maar ingevolge die wet is het materieel ambtenarenrecht niet op hen van toepassing. Deze situatie strookt niet met het in Aanwijzing voor de regelgeving nr. 124u gecodificeerde kabinetsbeleid, dat vergt dat ook het materiële ambtenarenrecht op het personeel van zelfstandige bestuursorganen (zbo's) van toepassing is. Artikel 6 verklaart dan ook, in navolging van artikel 77 juncto 61 Zvw en het door de I&A-wet Zvw gewijzigde artikel 21 WTG, voor het personeel van de zorgautoriteit de regels van toepassing die gelden voor de ambtenaren bij de ministeries.

Tot nu toe stellen het CTG en het CTZ ingevolge artikel 21 WTG, onderscheidenlijk 1w Ziekenfondswet voor hun personeel zelf de arbeidsvoorwaarden vast. Om mogelijk te maken dat de colleges op zorgvuldige wijze overstappen op de arbeidsvoorwaarden zoals die gelden bij de sector Rijk, voorziet de I&A-wet Zvw in artikel 4.1 in een overgangsperiode van vier jaar, te rekenen vanaf de inwerkingtreding van die wet. Voor de duidelijkheid is die overgangsbepaling voor zover relevant voor de zorgautoriteit overgenomen in artikel 116, zesde lid, van dit wetsvoorstel. Dit betekent dat gedurende ten hoogste vier jaar na inwerkingtreding van de I&A-wet Zvw de bestaande arbeidsvoorwaarden geldig blijven. Gedurende die periode wordt de rechtspositie geregeld door de zorgautoriteit, die daarbij waar nodig rekening kan houden met de verschillende posities van het personeel van het CTG en van het CTZ. Zie ook de toelichting bij artikel 116, zevende lid.

### *Aanwijzingen minister (artikelen 7 en 52)*

De minister kan de zorgautoriteit algemene aanwijzingen geven (artikel 7, eerste lid). De Zvw en de WTG gebruiken daarvoor de term beleidsregels. Voor de term «aanwijzingen» is gekozen om verwarring met de beleidsregels van de zorgautoriteit te voorkomen. De algemene aanwijzingen kunnen ten eerste betrekking hebben op de werkwijze en taakuitoefening van de zorgautoriteit: de «huishoudelijke aanwijzingen» (onderdeel a). De minister kan ook aanwijzingen geven over de inhoud van door de zorgautoriteit vast te stellen regels. Deze bevoegdheid is nieuw ten opzichte van de bevoegdheid van de minister in de WTG (onderdeel b). Verder kan de minister, in navolging van de WTG, aanwijzingen geven waar het gaat over door de zorgautoriteit te stellen beleidsregels inzake toepassing van het instrumentarium van aanmerkelijke marktmacht alsmede prijs- en prestatieregulering (onderdeel c). Daarbij zijn gevallen waarin aan het vaststellen van een beleidsregel door de zorgautoriteit altijd een aanwijzing van de minister (met voorhang bij het parlement) vooraf moet gaan (artikel 52). Deze gevallen zijn het wijzigen van de tariefsoort voor een prestatie en het vaststellen van experimenten. Deze verplichte voorafgaande aanwijzing ondervangt het vervallen van de bevoegdheid tot goedkeuring van beleidsregels zoals die nu in de WTG is vastgelegd. Aanwijzingen hebben geen betrekking op individuele zorgaanbieders, ziektekostenverzekeraars of consumenten; alleen bij experimenten kan de aanwijzing een individueel geval betreffen.

### *Voorhang bij parlement (artikel 8)*

De zakelijke inhoud van een aanwijzing die betrekking heeft op beleidsregels van de zorgautoriteit wordt gedurende tien dagen voorgehangen bij het parlement. Dit is overeenkomstig de huidige WTG. Zo wordt het parlement ook door middel van een aanwijzing vooraf betrokken bij

stappen die gezet worden naar vrijere prijsvorming en bij experimenten met prijs en prestaties.

#### *Vernietigen besluiten van algemene strekking (artikel 9)*

Anders dan in de WTG en de ZFW, Zvw en AWBZ, kunnen alleen besluiten van algemene strekking bij koninklijk besluit worden vernietigd. De beperking tot besluiten van algemene strekking is aangebracht omdat het onwenselijk is de minister een oordeel te laten vellen over individuele gevallen; dat is aan de rechter. Gronden voor vernietiging zijn strijd met het recht en het belang van de volksgezondheid. Daartoe behoort nadrukkelijk ook het ontbreken van financiële middelen. Dat is eerder vastgelegd in een wijzigingswet van de WTG, de Wet herstel goedkeuringsgronden WTG<sup>1</sup>. Zie ook de memorie van toelichting bij die wet<sup>2</sup>.

#### *Toezicht op het functioneren (artikelen 10 tot en met 15)*

De artikelen 10 (taakverwaarlozingsbepaling) en 11 tot en met 15 bevatten de gebruikelijke regels inzake het toezicht door de minister op het beheersmatige reilen en zeilen van de zorgautoriteit; deze moet daartoe jaarlijks de nodige verantwoording afleggen. Zie ook paragraaf 9.3 van het algemeen deel van de toelichting.

### **Hoofdstuk 3. Taken en bevoegdheden Nederlandse Zorgautoriteit**

#### *Taken en prioriteitstelling (artikel 16)*

In dit artikel zijn de taken opgesomd die verder in de wet aan de orde komen. Net als bij de Mededingingswet heeft de zorgautoriteit op de onderdelen markttoezicht en marktontwikkeling een zekere discretionaire bevoegdheid met betrekking tot de invulling van de werkzaamheden en de prioriteiten die zij daarbij stelt. Dat is ook het geval bij de ambtshalve beslissing tot het wel of niet houden van toezicht en het instellen van een onderzoek inzake aanmerkelijke marktmacht. Deze discretionaire ruimte heeft haar weerslag op de omvang en de diepgang van een onderzoek. Deze zullen in het bijzonder afhangen van de urgentie van de te geven beschikking, de omvang van de belangen die daarbij zijn betrokken, en de resultaten die het zal kunnen opleveren. In navolging van de Mededingingswet wordt met het sectorspecifieke markttoezicht en de marktontwikkeling uitdrukking gegeven aan het belang dat moet worden toegekend aan effectieve mededinging en de daaruit voortvloeiende (potentiële) welvaartsverbetering, evenals de effectieve bestrijding van onwenselijke beperking daarvan. De beslissingen van de zorgautoriteit over de bestuursrechtelijke toepassing en handhaving van de onderhavige wet dienen te worden genomen in het licht van het algemeen belang. Vergelijk in deze de uitspraak van de d-g NMa in zaak 3119–24, (Kingma), met verwijzing naar de toelichting van de Mededingingswet<sup>3</sup>. De discretionaire bevoegdheid geldt natuurlijk niet in die gevallen waarin een andere prioriteitstelling leidt tot overtredingen van een verbod of het niet naleven van een gebod.

#### *Afstemming met NMa en andere toezichthouders (artikelen 17 en 18)*

Zoals aangegeven in het algemeen deel van de toelichting sluit het nieuwe regelgevende kader aan bij de Mededingingswet en raakt de uitvoering van dit wetsvoorstel aan de taken van de NMa op grond van de Mededingingswet. Om consistentie bij de uitvoering te waarborgen, is nauwe samenwerking tussen de zorgautoriteit en de NMa belangrijk; afspraken over behandeling van aangelegenheden van wederzijds belang en over informatieverzameling voorzien daarin. Wat betreft het nemen van maatregelen blijven er echter belangrijke verschillen bestaan. De

<sup>1</sup> Stb. 1998, 405.

<sup>2</sup> Kamerstukken II, 26 026, nr. 3, p. 2.

<sup>3</sup> Kamerstukken II, 24 707, nr. 3, p. 47.

Mededingingswet kent een vooral repressief systeem, waarbij wordt opgetreden tegen feitelijk misbruik van economische machtsposities en kartels. De NMa houdt toezicht op bestaande markten. Bij startende markten is echter een steviger instrumentarium nodig, dat de mogelijkheid geeft preventief verplichtingen op te leggen. Om die reden kunnen ook aan zorgaanbieders of ziektekostenverzekeraars met aanmerkelijke marktmacht bepaalde verplichtingen worden opgelegd indien er geen sprake is van misbruik. Sommige zaken kunnen zowel op grond van de Mededingingswet als op grond van dit wetsvoorstel worden behandeld. De afspraken moeten zorgen voor een adequaat kader voor de verdeling van werkzaamheden tussen de zorgautoriteit en de NMa bij een dergelijke samenloop, zodat inefficiënties vermeden worden.

Ook met andere toezichthoudende instanties die zich, ieder vanuit zijn eigen invalshoek, bewegen op het terrein van de zorg, maakt de zorgautoriteit afspraken over de afstemming van de taakuitvoering. Om ook voor derden duidelijkheid te scheppen over de wijze van samenwerking zal de zorgautoriteit in het kader van artikel 20 voorlichting geven over de gemaakte afspraken.

#### *Afstemming kwaliteitstoezicht (artikel 19)*

Tot de andere toezichthoudende instanties waarmee de zorgautoriteit afspraken maakt, behoort de IGZ. De IGZ is belast met het toezicht op de kwaliteit van de zorg. De zorgautoriteit moet zich in voorkomende gevallen een oordeel vormen over de verhouding tussen de prijs en kwaliteit van zorgaanbieders. Het is echter niet wenselijk dat naast de IGZ een tweede instantie de zorgaanbieders belast met onderzoek naar de kwaliteit van hun dienstverlening. Daarom legt dit artikel vast dat de zorgautoriteit het oordeel van IGZ over de kwaliteit dient te volgen. Dat laat onverlet dat de zorgautoriteit een eigen oordeel kan vormen over de prijs-kwaliteitsverhouding.

#### *Informatiestatuut minister – zorgautoriteit (artikel 22)*

In het informatiestatuut (derde lid) leggen de minister en de zorgautoriteit gezamenlijk vast hoe zij van de wederzijdse informatieverplichting van het eerste en tweede lid gebruik zullen maken, zodat zij daar bij het vergaren van inlichtingen bij derden rekening mee kunnen houden.

#### *Paragraaf 3.2. Toezicht Zorgverzekeringswet*

In deze paragraaf is een aantal bepalingen van hoofdstuk 7 van de Zvw overgenomen, en wel de artikelen 80, 81, 82, tweede en derde lid, en 84, tweede lid; de in die artikelen aan het CTZ opgedragen taken worden immers in dit wetsvoorstel overgebracht naar de zorgautoriteit. De artikelen 77, 78 en 79 zijn, voor zover het gaat om de instelling en samenstelling van het CTZ verwerkt in hoofdstuk 2. De taken van het college zijn thans opgesomd in artikel 16. Aanwijzing van toezichthouders (artikel 79 Zvw) geschiedt op grond van artikel 66 van dit wetsvoorstel. Artikel 82, eerste lid, Zvw is overgenomen in artikel 21 van dit wetsvoorstel. De inhoud van artikel 83 is terug te vinden in artikel 37. Artikel 84, eerste lid, is verwerkt in artikel 34, derde lid.

Ook in andere onderdelen van dit wetsvoorstel zijn bepalingen van de Zvw overgenomen; in een bijlage bij deze memorie van toelichting staat een transponeringstabel waarin per artikel van dit wetsvoorstel de afkomst staat aangegeven.



Kernpunt bij het toezicht op de uitvoering van de Zvw is dat de overheid zich ervan vergewist dat de zorgverzekeraar zijn plicht nakomt om de verzekerde te leveren waar hij volgens de Zorgverzekeringswet recht op heeft. Dit is het toezicht op de naleving van de publieke randvoorwaarden van de verzekering, zoals het nakomen van de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de invulling van de zorgplicht. Ook hoort hierbij het toezicht op de polissen de wettelijke geregelde aanspraken afdoende dekken (niet minder, maar ook niet meer). Het zal onder meer op deze punten zijn waarover de zorgautoriteit de minister jaarlijks bericht in het samenvattend rapport. De zorgautoriteit kan haar oordeel baseren op de jaarrekening en het (geconsolideerde) jaarverslag, die de zorgverzekeraar haar ieder jaar moet zenden (art. 37 Zvw), op het uitvoeringsverslag (art. 38 Zvw), op de accountantsverklaringen en verslagen over deze stukken, en uiteraard ook op eigen onderzoek bij de zorgverzekeraar. In het samenvattend rapport van de zorgautoriteit staat de vraag centraal of de standaardverzekering goed wordt uitgevoerd door de verzekeraars. Openbare gegevens zoals prestatie-indicatoren en interventie maatregelen jegens een zorgverzekeraar kunnen ook in het samenvattend rapport worden opgenomen.

### *Paragraaf 3.3. Toezicht Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*

In deze paragraaf zijn een aantal bepalingen van hoofdstuk VII van de AWBZ overgenomen, en wel de artikelen 36, vierde lid, 49, 50 en 51 tweede en derde lid; de in die artikelen aan het CTZ opgedragen taken worden immers in dit wetsvoorstel overgedragen naar de Zorgautoriteit. De inhoud van de artikelen 37, derde lid, 48 en 51, eerste lid, AWBZ is terug te vinden in de artikelen 34, derde lid, 16 onderscheidenlijk 21.

Ook in andere onderdelen van dit wetsvoorstel zijn bepalingen van de AWBZ overgenomen; in de reeds genoemde transponeringstabel bij deze memorie van toelichting staat ook voor de AWBZ per artikel van dit wetsvoorstel de afkomst aangegeven.

### *Rapportage over uitvoering AWBZ (artikel 27)*

Anders dan bij de Zvw vormt ook de doelmatige uitvoering een wettelijke verplichting voor de verzekeraars die de AWBZ uitvoeren. Het toezicht door de zorgautoriteit, en dus ook haar rapportage, heeft dan ook mede op de doelmatigheid van de uitvoering betrekking (zie ook artikel 16, onder d).

## **Hoofdstuk 4. Marktontwikkeling en -ordering**

De reikwijdte van dit hoofdstuk is niet voor alle paragrafen gelijk. Bepalend is de keuze die gemaakt wordt voor de tariefsoort. Op basis van artikel 50, vierde lid, stelt de zorgautoriteit beleidsregels vast met betrekking tot het tarief dat voor een vorm van zorg in rekening kan worden gebracht. De zorgautoriteit doet dat ingevolge artikel 7 juncto 52 op aanwijzing van de minister. Die aanwijzing wordt gegeven indien een vorm van zorg voor het eerst onder de wet wordt gebracht of als voor een vorm van zorg een andere tariefsoort van toepassing moet zijn (artikel 52).

Artikel 50, vierde lid, maakt de keuzes mogelijk tussen een vast tarief, een minimum-, bandbreedte- of maximumtarief of een vrij tarief. Vrije tarieven ontstaan ook als bij amvb vormen van zorg geheel of gedeeltelijk worden uitgezonderd van de wet (artikel 2, tweede lid).

*Onderzoek (artikel 31)*

Op eigen initiatief en naar aanleiding van meldingen of verzoeken kan de zorgautoriteit onderzoek doen naar de ontwikkeling van en op de markt. Het kan gaan om onderzoek naar specifieke knelpunten, gedragingen dan wel meer algemeen analytisch onderzoek als grondslag voor het treffen van maatregelen of om meer stelselmatig de ontwikkelingen te monitoren. Naast algemene marktmonitoring kan het onderzoek ook mededingingsanalyses van (deel)markten betreffen. Op grond van een dergelijke analyse kan de zorgautoriteit in (deel)markten waar tarieven vrij onderhandelbaar zijn aan zorgaanbieders en verzekeraars die beschikken over aanmerkelijke marktmacht op de zorginkoopmarkt, verplichtingen opleggen ter bevordering van de ontwikkeling van marktwerking (artikel 42).

Het onderzoek door de zorgautoriteit kan alle aspecten van (de ontwikkeling, bevordering en ordening van) marktwerking betreffen. Het tweede lid van artikel 31 noemt enige, vermoedelijk meest frequent voorkomende onderzoeksdoelen. De opsomming is uiteraard niet limitatief.

Het onderzoek door de zorgautoriteit naar de totstandkoming van overeenkomsten, naar de voorwaarden daarin en de resultaten van die overeenkomsten kan allerlei soorten overeenkomsten betreffen: overeenkomsten tussen een zorgaanbieder en een verzekeraar, tussen een verzekeraar en een consument, tussen een zorgaanbieder en een voor hem werkende beroepsbeoefenaar, tussen zorgaanbieders onderling, enzovoort.

Onderdeel c van het tweede lid maakt onderzoek mogelijk naar de wijze van informatieverstrekking door zorgaanbieders en verzekeraars aan de consument. De informatieverstrekking moet aan een veelheid van eigenschappen voldoen, zoals doeltreffendheid, inzichtelijkheid, juistheid en vergelijkbaarheid.

Zoals in het algemeen deel van de toelichting is gezegd, moet de zorgautoriteit ook toezicht houden op de zorgplicht van zorgverzekeraars. Ook hier is de kwaliteit van de gecontracteerde en de niet-gecontracteerde zorg van belang. In de eerste situatie gaat het erom of de verzekeraar zich voldoende inspannt om kwalitatief goede zorg te contracteren en zich ervan vergewist dat zijn verzekerden die ook daadwerkelijk krijgen. In de tweede situatie kan aan de orde zijn dat de verzekeraar zijn verzekerden vooraf waarschuwt voor beneden de maat presterende aanbieders. Ook bij het bemiddelen voor zorg moet de verzekeraar hier goed op letten. De consument wil vooraf kunnen beschikken over relevante keuze-informatie over de verzekeringen. Daartoe worden aspecten als hiervoor genoemd, waar mogelijk in prestatie-indicatoren vervat. Aldus worden elementen van het sectorspecifieke markttoezicht op aanbieders en verzekeraars en het toezicht op de uitvoering van de Zvw in één aanpak gecombineerd.

Ingevolge onderdeel e van het tweede lid kan de zorgautoriteit onderzoek doen naar de ontwikkeling van de kosten en prijzen van zorgverlening en ziektekostenverzekering in relatie tot de kwaliteit. Het vergroten van doelmatigheid en een efficiëntere bekostiging van zorgaanbieders en meer marktwerking tussen ziektekostenverzekeraars mag immers niet ten koste gaan van de kwaliteit. Daarom moet de zorgautoriteit een relatie kunnen leggen tussen enerzijds de effecten van marktwerking en de inzet van haar instrumenten en anderzijds de kwaliteit van de geboden zorg en dienstverlening. Voor de kiezende consument als zorgvrager en verzekerde is dit van belang. De burger wil namelijk niet alleen geïnformeerd kunnen worden of de zorg aan de minimumkwaliteitseisen voldoet en blijft

voldoen, maar ook wat er verder nog te kiezen is aan zorg die meer dan dat biedt, al dan niet tegen een hogere prijs. Met betrekking tot de minimumkwaliteitseisen en prestatiecriteria daarvoor, volgt de zorgautoriteit de IGZ.

Het onderzoek door de zorgautoriteit hoeft er niet meteen toe te leiden dat zij marktpartijen naar aanleiding van hun gedrag een aanwijzing geeft. In veel gevallen waarin het onderzoek de zorgautoriteit leidt tot de constatering dat de markt niet naar behoren werkt, zal zij nagaan of door aanscherping van de bestaande regels of beleidsregels de onvolkomenheden uit de weg kunnen worden geruimd. Indien bijvoorbeeld blijkt dat de concurrentie onvoldoende van de grond komt door gebrek aan inzichtelijkheid in de verschillende producten of hun leveranciers, kan het stellen of aanscherpen van regels inzake transparantie en informatie verbetering teweegbrengen (artikel 36). Ook zou kunnen blijken dat vrije prijsvorming bij een bepaalde categorie van zorg niet die marktwerking oplevert die ervan werd verwacht, terwijl er geen sprake is van enig concurrentiebeperkend gedrag. De zorgautoriteit zendt daarover een signalement aan de minister. Deze kan vervolgens zo nodig besluiten om, al dan niet tijdelijk, de prijsvorming voor de betrokken categorie te herreguleren.

Het onderzoek door de zorgautoriteit hoeft zich niet te beperken tot informatieverstrekking door zorgaanbieders en verzekeraars; een ieder is gehouden desgevraagd daaraan mee te werken (artikel 53). Op deze informatievergaring zijn een aantal artikelen van afdeling 5.2 van de Awb inzake de bevoegdheden van toezichthouders van overeenkomstige toepassing verklaard (artikel 56); daaronder is de bepaling dat de zorgautoriteit slechts van haar bevoegdheden gebruik maakt voor zover dat redelijkerwijs is geboden (artikel 5:13 AWB).

#### *Openbaarmaking marktonderzoek (artikel 32)*

In dit artikel wordt buiten twijfel gesteld dat de zorgautoriteit de bevindingen van het in artikel 31 bedoelde onderzoek openbaar kan maken. Bij het openbaar maken van haar bevindingen is de zorgautoriteit uiteraard gehouden artikel 2:5 van de Awb in acht te nemen; dat artikel verplicht tot geheimhouding van bepaalde gegevens. Ook is de zorgautoriteit gebonden aan de bepalingen in de WOB over de bescherming van bedrijfsvertrouwelijke gegevens.

Publiceren van bevindingen is niet gericht op «leedtoevoeging» aan een of meer marktpartijen. Dat neemt overigens niet weg dat, zoals bij elk onderzoeksresultaat, niet iedereen blij hoeft te zijn met bevindingen die over hem in het onderzoek naar voren zijn gekomen. De zorgautoriteit zal bij haar besluit tot openbaarmaking moeten afwegen of de wijze van openbaar maken in goede verhouding staat tot het doel van openbaarmaking. Het kan zijn dat in dat kader de bevindingen niet tot individuele ziektekostenverzekeraars of zorgaanbieders zullen moeten zijn te herleiden. Overigens mogen publicaties van marktonderzoeken geen medische persoonsgegevens bevatten die tot individuele patiënten zijn te herleiden.

#### *Paragraaf 4.2. Algemene verplichtingen van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars*

##### *Regelgevende bevoegdheid*

Deze titel bevat een aantal bevoegdheden van de zorgautoriteit om nadere regels te stellen. Het betreft regels van administratief-technische aard. De opdracht aan de zorgautoriteit om regels te stellen over de inrichting van de administratie, de bekendmaking van tarieven, prestaties, producten en diensten door zorgaanbieders en de inrichting van declaraties vindt zijn grondslag in het feit dat voor op maat toegesneden regelingen specifieke

deskundigheid noodzakelijk is en dat de zorgautoriteit daarover beschikt mede als gevolg van de uitvoering van haar (overige) wettelijk opgedragen taken

#### *Verbodsbepaling (artikel 33)*

De zorgautoriteit kan bindende besluiten nemen met betrekking tot een prestatiebeschrijving met een tarief (paragraaf 4) en een prestatiebeschrijving zonder tariefvaststelling (paragraaf 5). Ingevolge artikel 1, onder k, wordt onder tarief ook verstaan een tarief voor een deel van een prestatie of een geheel van prestaties. De verboden in artikel 33 gelden als gevolg van dat artikel ook voor een (tarief voor een) deel van een prestatie of een geheel van prestaties. De begrippen tarief en prestatiebeschrijving krijgen bovendien nog een extra lading doordat de beschikking waarbij de desbetreffende tarieven en prestatiebeschrijvingen worden vastgesteld, ook omvat de voorschriften, voorwaarden en beperkingen die daaraan zijn verbonden op grond van artikel 44 respectievelijk 45, tweede lid, en door de inhoud van de beleidsregels bedoeld in artikel 50, dan wel 50 juncto 51.

Het verbod in het eerste lid, onder a en b, van artikel 33 zorgt voor afdwingbaarheid van een prestatiebeschrijving en van onderdelen daarvan, ook indien de prestatiebeschrijving niet aan een tarief is gekoppeld door de zorgautoriteit. Dit laatste is mede vereist in verband met de invoering van vrije tarieven voor een deel van de dbc's in de curatieve zorg.

Het tweede lid heeft betrekking op de onderlinge relatie tussen zorgaanbieders, zoals bij het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf als bedoeld in de Wet integratie medisch specialistische hulp<sup>1</sup>, bij de relatie met productiesamenwerkingsverbanden, bij de samenwerking bij dbc's en bij huisartsendienstenstructuren. Onder het begrip «derde» wordt ook verstaan de patiënt, de verzekerde of een factureringsbedrijf. Overigens zijn factureringsbedrijven zelf ook vaak zorgaanbieder in de zin van deze wet; zij vallen namelijk onder artikel 1, onder c, sub 2.

Ingevolge het vierde lid kunnen een zorgaanbieder en een ziektekostenverzekeraar aan het aanbieden, overeenkomen en leveren van een prestatie als bedoeld in het eerste lid, onder a of b, of aan het in rekening brengen, betalen of aan een derde vergoeden van een tarief als bedoeld in het eerste lid, geen rechten ontlenen. Dit betekent dat een zorgaanbieder en een ziektekostenverzekeraar aan verboden afspraken geen rechten kunnen ontlenen, terwijl deze wel in stand blijven en moeten worden nagekomen jegens de betrokken patiënt of verzekerde.

Het derde en vierde lid zijn van overeenkomstige toepassing op een verzekeraar als bedoeld in de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993, voor zover niet begrepen onder artikel 1, onder f, sub 1 en 2, van deze wet (vijfde lid). Dit voorkomt dat de bepaling alleen ziektekostenverzekeraars treft en niet verzuim- of andere schadeverzekeraars, waardoor het verbod kan worden omzeild. Overtreding van dit artikel is een economisch delict in de zin van de Wet economische delicten (artikel 1, onder 2, WED).

#### *Administratie (artikel 34)*

Een goede administratie is onontbeerlijk voor de eigen bedrijfsvoering. Mede in verband met het verstrekken van gegevens en inlichtingen ten behoeve van de uitvoering van de wet en het toezicht daarop is het noodzakelijk te bepalen dat zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars een administratie voeren waarin de in dat kader relevante gegevens vastliggen en toegankelijk zijn. Dit artikel voorziet erin dat een administratie

<sup>1</sup> Wet van 24 december 1998 tot wijziging van de Ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen in verband met het invoeren van de aanspraak op medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis; Stb. 1999, 16.

ook moet worden bijgehouden in het belang van een goede uitvoering van de wet, waarbij deze verplichting zich tevens uitstrekt tot derden die een administratie voeren voor die zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. Dit artikel is gelijklozend aan het artikel in de WVG zoals gewijzigd door de WVG ExPres, inclusief de derde nota van wijziging waarbij het amendement van het lid Vietsch is overgenomen en de mogelijkheid om aanvullende administratievoorschriften te stellen is gelimiteerd<sup>1</sup>.

De in het eerste lid genoemde onderwerpen zijn noodzakelijk voor een goede uitoefening van beroep en bedrijf van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars en zijn daarom al in de bestaande administratie opgenomen. De verplichting maakt duidelijk dat een administratie wordt gevoerd en dat deze administratie voor toezichthouders in het kader van deze wet opvraagbaar is. Uit bevindingen van de FIOD-ECD en het CTG blijkt dat zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars soms een administratie voeren die het in rekening brengen respectievelijk betalen van een ander tarief dan het maximumtarief belemmert. Dergelijke administraties belemmeren het sluiten van een overeenkomst waarin andere tarieven dan maximumtarieven worden opgenomen. Het tweede lid strekt er mede toe deze (mededingings)belemmering te voorkomen.

De zorgautoriteit kan nadere regels stellen inzake de administratie in een gelimiteerd aantal gevallen. Mede vanwege de diversiteit in categorieën zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars is er voor gekozen geen algemene alomvattende verplichting in de wet op te nemen, maar daarin te voorzien door regels van de zorgautoriteit die op maat op hun bedrijfsvoering zijn toegesneden. Uit het oogpunt van het verminderen van de administratieve lasten is het van belang dat hierbij een goede aansluiting wordt gerealiseerd met de eisen die gelden ten aanzien van de jaarverslaglegging op grond van de Regeling jaarverslaggeving zorginstellingen en de jaarverslaglegging voor ziektekostenverzekeraars.

De zorgautoriteit kan deskundigen en betrokken partijen over de regels raadplegen. De nadere voorschriften kunnen bijvoorbeeld gaan over de bewaartermijn of inhouden dat (afschriften) van declaraties behoren tot administratie; dat tot de administratie behoort wat ingevolge andere wetten wordt bijgehouden, aangetekend of opgemaakt of dat gegevensdragers beschikbaar, toegankelijk en leesbaar worden gehouden. Zie bijvoorbeeld de administratievoorschriften farmaceutische hulp WVG. Het biedt de zorgautoriteit de mogelijkheid regels te stellen over de registratie van relevante gegevens, de interne en externe controle en kostprijsberekening(smodellen), waarin de kostentoe rekening op uniforme wijze plaatsvindt.

Artikel 38 bepaalt dat de voorschriften ook gelden voor derden die de administratie geheel of gedeeltelijk voeren voor zorgaanbieders of verzekeraars.

#### *Declaratiewijze (artikel 35)*

Ingevolge de artikelen 44 en 49, tweede lid, doen partijen zelf een voorstel inzake de wijze waarop het declaratieverkeer onderling is geregeld. Ingevolge artikel 50 kan een beleidsregel voorschrijven hoe een aanvraag wordt ingediend. Die declaratiewijze wordt in beginsel aan partijen overgelaten maar in bijzondere gevallen kan de zorgautoriteit nadere regels stellen over de wijze waarop wordt gedeclareerd; te denken valt aan een centraal punt waar de declaraties worden verzonden en geïnd en waar de inkomsten aan de rechthebbenden worden toegedeeld (een clearing-house-constructie). Zo'n bijzonder geval doet zich bijvoorbeeld voor indien de gewenste dienstverlening of zorg anders niet tot stand komt of

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 39 379, nrs. 10 en 12.

naar het oordeel van minister of zorgautoriteit niet tijdig tot stand komt, zoals bij huisartsendienstenstructuren, bij ondersteuning van huisartsen door praktijkverpleegkundigen of bij het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf. Deze mogelijkheid is ook belangrijk in verband met het terugdringen van administratieve lasten.

De in artikel 35 neergelegde bevoegdheid van de zorgautoriteit tot het stellen van regels over het betalingsverkeer maakt geen inbreuk op de rechten en plichten van degenen die de prestatie en het tarief mogen declareren, degenen die de betaling van de declaratie verschuldigd zijn en degenen die geacht worden de declaratie te betalen. Ieder blijft krijgen wat hem toekomt. Een ingevolge dit artikel vast te stellen regel kan wel de weg veranderen waarlangs de declaratie of betaling verloopt; bijvoorbeeld dat een zorgaanbieder niet rechtstreeks bij een patiënt declareert of dat een declaratie niet rechtstreeks aan een zorgaanbieder wordt betaald maar via een derde. Dan moet worden vastgesteld aan welke derde (*aan wie*) de zorgaanbieder declareert, dat de derde de declaratie aan de patiënt uitbrengt (*door wie*), dat de derde de betalingen ontvangt en deze doorgeeft aan de zorgaanbieder voor welke de tussenpersoon heeft gedeclareerd (*voorwaarden*) en dat de zorgaanbieder niet meer buiten die derde om alsnog rechtstreeks declareert (*beperkingen*). De bevoegdheid is ten eerste nodig om het declaratie- en betalingsverkeer te kunnen stroomlijnen en zo de administratieve lasten te beperken. Bovendien is wettelijke verankering nodig om te voorkomen dat publieke waarborgen van een kwalitatief goede zorg in gevaar komen doordat zorgaanbieders en verzekeraars zoals boven geschetst een geschil blijven houden over de wijze waarop die zorg bekostigd en getarifeerd moet worden. Het declaratieverkeer is onlosmakelijk verbonden met de maatregelen die de zorgautoriteit treft in het kader van de bekostiging en tarifiering van zorg. Het betreft vanwege die verbondenheid en gezien het feit dat deze bevoegdheid geen inbreuk maakt op essentiële rechten, een organisatorische maatregel van (zeer) technische aard die ingevolge 124f Ar aan de zorgautoriteit kan worden opgedragen.

#### *Informatieverstrekking door zorgaanbieders (artikel 36)*

Artikel 36 verplicht zorgaanbieders allereerst te zorgen voor een goede kenbaarheid van de eigenschappen van het aangeboden en de daarvoor te berekenen tarieven. Goede voorlichting over tarieven behoort tot de zorgvuldige informatieverstrekking die van een zorgaanbieder ten opzichte van een patiënt mag worden verwacht, ter voorkoming van vergissingen, misverstanden en onregelmatige declaraties. Het eerste lid sluit aan op de bepaling in de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (artikel 7:448 BW). De zorgautoriteit kan op grond van het derde lid nadere regels stellen over het in rekening brengen van tarieven en het bekendmaken van tarieven, eventueel in combinatie met de regels inzake informatieverstrekking op grond van artikel 62.

Voorts verplicht artikel 36 zorgaanbieders informatie openbaar te maken over de kwaliteit, tarieven en andere eigenschappen van de zorgverlening met het oog op de transparantie van de markt, zodat consumenten een weloverwogen keuze kunnen maken. Juist in zorgmarkten, waar consumenten niet gewend zijn om aan prijs- en kwaliteitsvergelijking te doen en zelf zorgaanbieders te kiezen, is het van groot belang om met dergelijke vergelijkende informatie marktgedrag van vragers en aanbieders te stimuleren. Kwaliteitsinformatie is noodzakelijk om prijzen te kunnen beoordelen. Zo kan een bepaalde prijs te hoog zijn in geval van relatief lage kwaliteit, maar marktconform zijn in geval van hoge kwaliteit. Op een vergelijkbare manier zal bij de introductie van maatstafconcurrentie bij gereguleerde prijzen moeten worden gecorrigeerd voor kwaliteitsverschillen. Wanneer verzekeraars en consumenten hun zorgaanbieder niet op

basis van kwaliteit kunnen kiezen, bestaat het risico dat zorgaanbieders zich vooral profileren op lage prijzen. Dit artikel beoogt mede te voorkomen dat een te sterke focus op prijsconcurrentie ten koste gaat van kwaliteit.

Wanneer zorgaanbieders hun verplichtingen als bedoeld in het vierde lid niet nakomen, biedt het vijfde lid van dit artikel de zorgautoriteit de bevoegdheid om dergelijke informatie openbaar te maken, voor zover hier althans niet al in voldoende mate in wordt voorzien door anderen, bijvoorbeeld de Consumentenbond (zesde lid). Die bevoegdheid moet worden gezien als uiterste middel om marktgedrag te stimuleren door middel van het publiceren van bijvoorbeeld vergelijkende overzichten op het gebied van kwaliteit of prijs door de zorgautoriteit zelf, wanneer informatieverstrekking door partijen naar het oordeel van de zorgautoriteit niet leidt tot voldoende transparantie. Het zevende lid van dit artikel geeft de zorgautoriteit de bevoegdheid om regels te stellen aan de informatievoorziening door zorgaanbieders. Deze bepaling biedt een titel om bijvoorbeeld het bekendmaken van klanttevredenheidsinformatie te bevorderen en zonedig te standaardiseren.

#### *Informatieverstrekking door verzekeraars (artikel 37)*

Met soortgelijke eisen als artikel 36 ten aanzien van de zorgaanbieders, richt artikel 37 zich tot de ziektekostenverzekeraars. Ook zij moeten informatie openbaar maken met het oog op de transparantie van de markt, en wel over premies, kwaliteit en andere eigenschappen van hun dienstverlening.

Het tweede lid beperkt zich tot zorgverzekeraars in de zin van de Zvw. Het verplicht zorgverzekeraars om – naast informatie over eerder genoemde onderwerpen – informatie openbaar te maken over de inhoud van de modelovereenkomsten.

De met de Zvw beoogde resultaten kunnen alleen worden bereikt indien zorgverzekeraars met elkaar concurreren om de klandizie van verzekeringsplichtigen. Dat vereist dat verzekeringplichtigen de mogelijkheid hebben om van zorgverzekeraar te wisselen indien zij verwachten dat een nieuwe zorgverzekeraar meer aan hun wensen tegemoet komt dan de zorgverzekeraar bij wie zij verzekerd zijn. Deze mogelijkheid tot wisselen is geregeld in artikel 7 Zvw. Van de mogelijkheid tot wisselen zal echter weinig gebruik worden gemaakt indien een verzekeringplichtige niet over informatie beschikt op grond waarvan hij de prijs-kwaliteitverhouding van zijn eigen verzekeraar af kan zetten tegen die van andere verzekeraars. De informatieverstrekking betreft twee hoofdonderdelen. Allereerst gaat het om het publiceren van kernelementen uit de modelovereenkomsten die de zorgverzekeraars hanteren (de zorgautoriteit krijgt de modelovereenkomsten op grond van artikel 25 Zvw binnen). Daarnaast gaat het om de dienstverlening van zorgverzekeraars aan verzekerden en verzekeringnemers, indien de verzekering eenmaal gesloten is. Het gaat hierbij om vragen die met de invulling van de zorgplicht te maken hebben, zoals de vraag welke activiteiten de zorgverzekeraar verricht om de verzekerde van de benodigde zorg te voorzien en hoe lang dat gemiddeld duurt, maar ook om meer basale vragen, zoals de vraag naar de telefonische bereikbaarheid van de verzekeraars en hoe lang een restitutieverzekeraar er over doet om ingediende rekeningen aan de verzekerde te vergoeden. Het derde lid waarborgt dat overige informatie die zorgverzekeraars verstrekken en die niet expliciet in deze wet, de Zvw of de AWBZ is geregeld, geen afbreuk doet aan de informatie die zij op grond van deze wet en de Zvw en de AWBZ wel dienen te verstrekken. Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan om reclame-uitingen. Hiermee is onder andere sluitend geregeld dat verzekeraars niet alleen op basis van het eerste en tweede lid

informatie verstrekken, maar ook geen andere informatie verstrekken die daaraan afbreuk doet en daarmee de beoogde transparantie te niet zou doen.

Ingevolge het vierde lid kan de zorgautoriteit ook informatie betreffende verzekeraars openbaar maken indien zij zelf of anderen daar onvoldoende in voorzien. Ook heeft de zorgautoriteit ingevolge het van overeenkomstige toepassing verklaarde zevende lid van artikel 36 ruimte om in aanvulling op het gedragstoezicht door de AFM zorgspecifieke regels te stellen ten aanzien van de informatieverstrekking door zorgverzekeraars met het oog op de transparantie van de markt en de belangen van de consument. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om voorschriften hoe informatie over de inhoud van de zorgverzekeringspolissen op inzichtelijke en vergelijkbare manier kan worden verstrekt.

#### *Contractvoorwaarden (artikel 39)*

Bij regulering van contractvoorwaarden gaat het erom dat de zorgautoriteit eisen kan stellen aan de voorwaarden waartegen een product of dienst wordt geleverd. Deze bevoegdheid is strikt gelimiteerd en beperkt tot het bevorderen van de inzichtelijkheid van de zorgmarkten of het bevorderen van mededinging op die markten. Het kan bijvoorbeeld gaan om het tegengaan van onredelijke betalingscondities, onredelijk lange contracttermijnen, exclusieve levering of onredelijke voorwaarden bij het opzeggen van een contract.

#### *Paragraaf 4.3. Ontwikkeling zorginkoopmarkt*

##### *Toepassingsbereik paragraaf 4.3 (artikel 40)*

In het wetsvoorstel worden drie markten onderscheiden (artikel 31, tweede lid, onder b): de zorgverleningsmarkt, zorginkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt. Deze titel heeft alleen betrekking op de tweede markt, die van zorginkoop; op die markt onderhandelen ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders over het volume en de tarieven voor de te leveren zorg. Dit geeft meteen het verband aan met paragraaf 4 inzake de tariefregulering: het toepassingsbereik van artikel 42 geldt uitsluitend die gebieden van de zorg waar de partijen vrij zijn de tarieven zelf te bepalen, dus waar de regulering ter zake door de zorgautoriteit buiten werking is gesteld. Het loslaten van de tariefregulering geschiedt door een beleidsregel van de zorgautoriteit ter voldoening aan een aanwijzing van de minister op grond van artikel 7, dan wel door een amvb op grond van artikel 2, tweede lid.

##### *Aanmerkelijke marktmacht (artikelen 41 en 42)*

De zorgautoriteit kan op grond van onderzoek tot het oordeel komen dat een individuele zorgaanbieder of ziektekostenverzekeraar beschikt over aanmerkelijke marktmacht; artikel 41 geeft de zorgautoriteit kwalitatieve criteria om tot dat oordeel te komen. Optreden door de zorgautoriteit op dit punt is wenselijk om bestaande en nieuwe partijen de gelegenheid te geven het marktspel te spelen. Het is van belang om het kader waarbinnen de zorgautoriteit op dit terrein kan optreden, wettelijk te verankeren en te bepalen dat zij haar optreden toespitst op het karakter van de betrokken zorginkoopmarkt. Daarmee wordt gewaarborgd dat de normering voor het bepalen van aanmerkelijke marktmacht vooraf helder is.

Dat geldt ook voor de soort verplichtingen die de zorgautoriteit aan partijen met een aanmerkelijke marktmacht kan opleggen (artikel 42, eerste lid). Het is aan de zorgautoriteit om door het uitvoeren van marktonderzoek en -analyses binnen de gestelde normen te bepalen of en, zo ja, welke partijen over aanmerkelijke marktmacht beschikken. Vervolgens



bepaalt zij of en, zo ja, welke verplichtingen passend en proportioneel zijn in het desbetreffende geval (derde lid). Aan de verplichting mogen voorschriften en beperkingen worden verbonden (vierde lid). De opgelegde verplichtingen mogen nooit langer duren dan drie jaren. Wel mogen verplichtingen tussentijds worden ingetrokken, gewijzigd dan wel verlengd. Een en ander is afhankelijk van de marktsituatie (vijfde lid).

*Verplichtingen bij aanmerkelijke marktmacht (artikel 42, eerste lid)*

De onder a. genoemde transparantieverplichting maakt het mogelijk om een partij specifieke, op de situatie toegesneden extra informatie te doen publiceren als dat voor het bevorderen van gelijke concurrentiekansen van belang is. Denk bijvoorbeeld aan de verplichting dat een ziektekostenverzekeraar met aanmerkelijke marktmacht informatie moet publiceren omtrent zijn aanbestedingsprocedure in het kader van de zorginkoop. De onder b. genoemde non-discriminatieverplichting sluit de mogelijkheid uit dat een partij met de leveringsvoorwaarden van diensten «speelt» om bepaalde categorieën van klanten, die door marktwerking aan concurrenten verloren zouden kunnen gaan, te bevoordelen ten koste van klanten die nog geen keuze hebben gemaakt. Een zorgaanbieder zou bijvoorbeeld voor bepaalde categorieën patiënten lagere prijzen of kortere wachttijden kunnen hanteren om te voorkomen dat deze patiënten hun zorg elders inkopen, terwijl voor patiënten bij wie de kans dat zij hun zorg elders inkopen geringer is, hogere prijzen en langere wachttijden worden gehanteerd.

De verplichting onder c. beoogt het tegengaan van ongewenst overhevelen van marktmacht van de ene markt naar een andere aangrenzende markt, bijvoorbeeld door koppelverkoop of bundeling van producten. Dit is bijvoorbeeld het geval als de partij met aanmerkelijke marktmacht levering van diensten of producten die concurrenten niet kunnen leveren gebruikt om ongevraagde nevenproducten te verkopen of diensten, die wel aan concurrentie blootstaan, een voorsprong te geven. Hiervan is sprake wanneer een ziekenhuis bijvoorbeeld alleen oncologische behandelingen wil laten contracteren, indien ook cataractbehandelingen worden gecontracteerd. Een dergelijke handelwijze zou de toetreding van nieuwe aanbieders van cataractbehandelingen ernstig kunnen belemmeren en mogelijk bestaande aanbieders van cataractbehandelingen uit de markt kunnen drukken.

De verplichting onder d. beoogt marktversturende kruissubsidie tegen te gaan tussen bijvoorbeeld deelmarkten die wel en deelmarkten die nog niet aan daadwerkelijke concurrentie bloot staan. Door het opleggen van deze verplichting kan worden voorkomen dat een partij zorgproducten aanbiedt voor een prijs lager dan de kostprijs met de bedoeling om concurrenten van de markt te weren, en het verlies dat hij op dat zorgproduct leidt, verdisconteert in de prijs van een ander product waarvoor nauwelijks concurrentie bestaat.

De verplichting onder e. maakt het mogelijk om bijvoorbeeld een zorgaanbieder die exclusieve levering met een ziektekostenverzekeraar is overeengekomen, te verplichten om onder redelijke voorwaarden te voldoen aan een redelijk verzoek van een andere verzekeraar tot een soortgelijke overeenkomst. Ook valt te denken aan het medegebruik, door nieuwe markttoetreders, van bepaalde kostbare apparatuur als het voor die nieuwe toetreders zeer kostbaar en inefficiënt is om die apparatuur direct zelf aan te schaffen. Verder kan worden gedacht aan medegebruik van een elektronisch datanetwerk van patiëntgegevens, zonder welk medegebruik het niet goed mogelijk is om zich als nieuwe toetreders te vestigen. Hiervan was bijvoorbeeld sprake in Assen, waar de apotheken gezamenlijk beschikken over een elektronisch netwerk met patiëntgegevens. Zo'n netwerk kan de onderlinge concurrentie bevorderen, omdat alle aangesloten apotheken inzage hebben in deze gegevens en

daarmee kunnen garanderen dat de patiënt de juiste medicijnen mee krijgt (medicatiebewaking). De patiënt krijgt dan bij alle aangesloten apotheken optimale medicatiebewaking, waardoor hij gemakkelijker gebruik kan maken van een andere apotheek. Doordat de Assense apotheken hadden afgesproken het netwerk niet te gebruiken tijdens reguliere openingstijden, beperkten zij de onderlinge concurrentie doordat de patiënt werd belemmerd in zijn keuzevrijheid. Bovendien bemoeilijkten zij hiermee de toetreding van de nieuwe apotheken. De kwaliteit van de dienstverlening van een nieuwe apotheek hangt immers mede af van de mogelijkheid de medicatiebewaking optimaal uit te voeren. Door verplichte toegangverlening kan de drempel voor markttoetreding worden verlaagd in het belang van de totstandkoming van marktwerking.

Het onderzoek op grond van artikel 31 kan aan het licht brengen dat een verzekeraar en een zorgaanbieder een overeenkomst hebben gesloten over een hogere productie dan in een redelijke verhouding tot het aantal betrokken verzekerden. Dit kan een belemmering vormen voor andere verzekeraars om met die zorgaanbieder een overeenkomst te sluiten en dus de concurrentie belemmeren. Op zo'n situatie ziet onderdeel f. De zorgautoriteit kan de onder g. genoemde verplichting opleggen om een openbaar aanbod te doen. Daardoor worden transparantie, maar vooral ook snelheid en non-discriminatoire gedrag bij onderhandelingen over leveringen als deze, gestimuleerd. In situaties waarin dit extra gevoelig is, kan de zorgautoriteit aan deze verplichting eventueel de mogelijkheid koppelen om het openbare aanbod achteraf te wijzigen (zie onder h).

Onder i. is de mogelijkheid geopend om voor diensten of producten, waarvan de prijs niet (meer) wordt gereguleerd op grond van paragraaf 4.4 en waarvan de hoogte nog onvoldoende wordt bepaald door marktkrachten, voor individuele ondernemingen alsnog te reguleren. Dit is een ultimum remedium. Dergelijke verplichtingen zijn niettemin noodzakelijk indien door het ontbreken van daadwerkelijke concurrentie de onderneming het zich kan veroorloven buitensporig hoge tarieven te vragen. Ook als de tariefstelling van een onderneming ertoe leidt dat de marges van andere ondernemingen uitgehold worden, kan individuele regulering gerechtvaardigd zijn. De individuele regulering is in dergelijke gevallen gebaseerd op marktconforme methodieken. Daarbij kan het bijvoorbeeld gaan om het verplichten van kostenoriëntatie. Aanvaardbare tarieven worden in beginsel bepaald door de onderliggende kosten inclusief een redelijk rendement. Dergelijke kostprijsmodellen schrijven niet alleen voor welke kosten op welke manier moeten worden doorberekend, maar zeggen ook iets over de maximale hoogte van de verschillende kostencomponenten. In vergelijking met artikel 34, derde lid, op grond waarvan uniforme principes bij de toerekening van kosten en opbrengsten kunnen worden opgelegd, leidt het verplichten van kostenoriëntatie uiteindelijk tot een voorspelbare uitkomst. Een andere mogelijkheid betreft efficiëntiebevordering, waarbij de prijs wordt vastgesteld op basis van efficiëntievergelijking met gemiddelde prestaties en deze prijs prikkelt tot kostenbesparing en/of omzetvergroting, of benchmarking, waardoor prijzen worden vastgesteld op basis van vergelijking met best-practice-normen.

Indien het onder meer voor het voorkomen van excessieve rendementen van belang is om het juiste kostenniveau te berekenen, waarbij kosten en opbrengsten op marktconforme wijze worden toegerekend aan diensten en producten, kan de zorgautoriteit ingevolge de verplichting onder j. de methodiek van kostentoerekening voorschrijven en door middel van de verplichting onder k. controle uitoefenen op de naleving daarvan.

### *Doel en karakter verplichtingen*

Met nadruk wijs ik er op dat het bij de verplichtingen niet gaat om een sanctie; er hoeft immers nog geen sprake te zijn van daadwerkelijke of ongeoorloofde belemmering van de concurrentie. De op te leggen verplichtingen hebben de intentie de voorwaarden te scheppen voor een gelijk speelveld waarop daadwerkelijke marktwerking kan ontstaan. Pas wanneer de betrokken zorgaanbieder of ziektekostenverzekeraar de hem opgelegde verplichtingen niet nakomt of een daartoe strekkende aanwijzing (artikel 70) niet opvolgt, is er plaats voor een sanctie, in de vorm bestuursdwang (artikel 74) of een bestuurlijke boete (artikel 77).

### *Paragraaf 4.4. Tariefregulering van vormen van zorg*

#### *Toepassingsbereik paragraaf 4*

Zoals eerder al is aangegeven, is deze paragraaf niet van toepassing voor die vormen van de zorg waar de partijen vrij zijn prijzen te bepalen, zonder regulering door de zorgautoriteit, zoals bij tarieven als bedoeld in artikel 50, vierde lid, onder c. Deze titel is van toepassing bij vaste tarieven als bedoeld in artikel 50, vierde lid, onder a, en bij bandbreedtetarieven, minimumtarieven en maximumtarieven als bedoeld in artikel 50, vierde lid, onder b.

#### *Vergelijking met tariefregulering in de WTG*

Het huidige CTG heeft tot taak een evenwichtig stelsel van tarieven op het gebied van de gezondheidszorg te bevorderen, mede met het oog op de beheersing van de kostenontwikkeling daarvan. Deze taak wordt een onderdeel van de taken van de zorgautoriteit, te weten de ontwikkeling en ordening van een markt op het gebied van de zorg; het is immers de bedoeling om de tariefregulering geleidelijk los te laten zo mogelijk ten gunste van die markt. Overbrenging van het instrumentarium dat het CTG ter beschikking staat, namelijk dat van de WTG, naar dit wetsvoorstel ligt dan ook in de rede. In paragraaf 4.4 is het merendeel van de bepalingen van de WTG inzake prijsregulering ondergebracht, in paragraaf 4.5 is de prestatieregulering opgenomen. De inhoud van beleidsregels staat in paragraaf 4.6. De voorschriften inzake de administratie van verzekeraars en zorgaanbieders zijn opgenomen in paragraaf 4.2; de bepalingen inzake de gegevensverstrekking in hoofdstuk 5, die inzake de handhaving in hoofdstuk 6. De bevoegdheid van de minister aanwijzingen te geven inzake beleidsregels en de voorhang van die aanwijzingen bij het parlement zijn opgenomen in paragraaf 2.1.

Voor de herkomst van de desbetreffende bepalingen in dit wetsvoorstel ten opzichte van de WTG verwijs ik naar de transponeringstabel bij deze toelichting. Hieronder beschrijf ik enkele belangrijke afwijkingen in dit wetsvoorstel ten opzichte van de WTG.

Allereerst betreft dat de omschrijving van de werkingssfeer. De WTG richt zich tot «organen voor gezondheidszorg», zijnde personen en instellingen, behorende tot een bij amvb aangewezen categorie. Het aangrijpingspunt van organen voor gezondheidszorg hangt samen met het hoofddoel van de WTG, namelijk te zorgen dat die personen en instellingen uitsluitend tarieven in rekening brengen die volgens de wet tot stand zijn gekomen. Het hoofddoel van het onderhavige wetsvoorstel is het ontwikkelen en ordenen van een markt op het gebied van de zorg, ongeacht door wie die zorg wordt verleend. Tariefregulering maakt daarvan weliswaar nog deel uit, maar vormt niet meer het einddoel. Het ligt in de rede dat het aangrijpingspunt voor het wetsvoorstel dan ook niet meer is de personen en instellingen die zorg leveren, maar die zorg zelf (artikel 1, onderdeel b, en artikel 2, eerste lid).

Een tweede wijziging ten opzichte van de WTG betreft de bepalingen inzake de onderhandelingen over tarieven tussen representatieve organisaties van zorgaanbieders en van verzekeraars. Deze bepalingen zijn in dit voorstel niet overgenomen; in het algemeen deel van deze toelichting en bij de toelichting op artikel 5 wordt hier nader op ingegaan.

In de derde plaats is er geen verschil meer in procedures tussen goedkeuren van een tarief en vaststellen van een tarief. Dit wetsvoorstel voorziet in één procedure voor de totstandkoming van tarieven met vaststelling door de zorgautoriteit.

Ten vierde wijkt dit voorstel af van de WTG op het punt van de goedkeuring van beleidsregels. Ingevolge artikel 11 van die wet heeft het CTG de bevoegdheid beleidsregels vast te stellen omtrent het goedkeuren of vaststellen van tarieven en het vaststellen van prestatiebeschrijvingen. Deze beleidsregels behoeven volgens artikel 12 WTG de goedkeuring van de minister. Bij nader inzien, zeker gelet op het feit dat de beleidsregels doorgaans tot stand komen op aanwijzing van de minister (artikel 13 WTG), is aan die goedkeuring geen behoefte. Helemaal met lege handen staat de minister namelijk niet; ingevolge artikel 7 kan de minister een algemene aanwijzing geven en artikel 9 geeft de minister de mogelijkheid een voorstel te doen tot vernietiging van besluiten van algemene strekking van de zorgautoriteit, zoals regels of beleidsregels. Ingevolge artikel 10:43 van de Awb kan, hangende het onderzoek of er reden is tot vernietiging over te gaan, het betrokken besluit worden geschorst. Overigens kent de WTG de mogelijkheid van vernietiging al (zowel van besluiten van algemene strekking als van beschikkingen), en daarvan is tot op heden nimmer gebruik gemaakt; het is niet te verwachten dat dit onder dit wetsvoorstel anders zal zijn.

Ten slotte is, anders dan in de WTG, opgenomen dat beleidsregels inzake de tariefstructuur en inzake experimenten slechts kunnen worden vastgesteld na uitdrukkelijke aanwijzing daartoe door de minister (artikel 52 juncto 7). Dit vanwege het grote politiek-beleidsmatige karakter van dergelijke beslissingen.

#### *Tariefaanvraag (artikelen 43 en 44)*

Het initiatief voor een aanvraag voor een tarief voor zorg ligt bij de zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. Zij onderhandelen over de toe te passen prestatiebeschrijving, het voor de prestatie in rekening te brengen tarief, degene aan wie, door wie en de wijze waarop het tarief in rekening wordt gebracht. Zij leggen het onderhandelingsresultaat voor aan de zorgautoriteit. De zorgautoriteit toetst daarbij aan de beleidsregels, bedoeld in artikel 50.

#### *Vaststelling tarieven (artikel 45)*

Indien de zorgaanbieder en de verzekeraar geen overeenstemming bereiken of indien de zorgautoriteit de aanvraag niet onverkort overneemt, kan worden voorzien in een eenzijdige aanvraag of een ambtshalve vaststelling van een tariefbeschikking (eerste en tweede lid). Het derde lid geeft de zorgautoriteit de bevoegdheid om tarieven vaststellen die door zorgaanbieders in rekening kunnen worden gebracht aan natuurlijke personen die niet zijn verzekerd bij een ziektekostenverzekeraar, of aan rechtspersonen, niet zijnde verzekeraars. Het vierde lid is een vangnet voor tariefaanvragen die niet voldoen aan de eisen die bij of krachtens de wet of bij beleidsregels zijn gesteld. Indien alle relevante informatie aanwezig is kan de zorgautoriteit op grond van dit lid ambtshalve een beslissing nemen. Betrokkenheid van partijen is gegarandeerd ingevolge artikel 48: het horen van partijen vooraf. Het vijfde lid ziet op de situatie dat op grond van artikel 50, vijfde lid, in een beleidsregel is opgenomen dat de zorgautoriteit op grond van het in

die beleidsregel gestelde ambtshalve een beslissing neemt, bijvoorbeeld bij trendmatige aanpassingen op grond van indexeringen. De bevoegdheden van het vierde en het vijfde lid zijn vooral noodzakelijk bij de terugdringing van de bureaucratie en de administratieve lasten voor zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars in die situaties waarin het nemen van een beschikking door de zorgautoriteit op grond van de inhoud van de beleidsregels slechts tot een vaste uitkomst kan leiden. Indienen van een verzoek is in die gevallen overbodig.

#### *Weigeringsgronden vaststelling tarieven (artikel 46)*

Dit wetsvoorstel beoogt onder andere de transparante totstandkoming van prestatiebeschrijvingen en tarieven en een evenwichtig stelsel van prestatiebeschrijvingen en tarieven in de zorg. Waar in voorkomende gevallen afspraken tussen zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars leiden tot prestatiebeschrijvingen die daarop inbreuk maken, heeft de zorgautoriteit de wettelijke mogelijkheid dergelijke afspraken niet te honoreren. Wellicht ten overvloede en om aan iedere onduidelijkheid een einde te maken is in artikel 46 opgenomen dat de zorgautoriteit aanvragen afwijst voor prestatiebeschrijvingen die in strijd zijn met het recht of met het belang van de volksgezondheid. Deze afwijzingsgronden sluiten aan bij de gronden voor vernietiging van algemene regels van de zorgautoriteit door de minister. Strijd met het recht is onder andere strijd met de wettelijke doelstellingen van dit wetsvoorstel, evenals bijvoorbeeld de bij of krachtens dit voorstel gestelde regels ten behoeve van concurrentie, adequate bedrijfsvoering, het voorkomen van fraude en transparantie. Onder strijd met het belang van de volksgezondheid moet worden verstaan strijd met het beleid of het ontbreken van financiële middelen. Deze gronden zijn nader verklaard in de toelichting bij de Wet herstel goedkeuringsgronden WTG<sup>1</sup>.

Een voorbeeld van strijd met het belang van de volksgezondheid is de mogelijke inbreuk die gemaakt zou kunnen worden op het systeem van dbc's in de curatieve zorg. Daarbij gaat het dan om een het behoud van een transparant aanbod van prestaties waarover ziektekostenverzekeraars en patiënten met aanbieders van die prestatie kunnen onderhandelen. Met artikel 46 kan de zorgautoriteit voorstellen afwijzen die daarop een inbreuk maken.

#### *Alle tariefsoorten (artikel 47)*

Op grond van artikel 47 kan een aanvraag worden gedaan voor de vaststelling van een bedrag dat ten minste of ten hoogste als tarief in rekening mag worden gebracht voor de prestatie. Er is ook een combinatie mogelijk van een bedrag dat ten minste en een bedrag dat ten hoogste in rekening wordt gebracht, waardoor een bandbreedte-tarief ontstaat. Op deze wijze zijn allerlei tarieven met verschillende karakters mogelijk, waarbij ook de vrijheid om die tarieven zelf vast te stellen kan verschillen. Onder tarief wordt verstaan het bedrag dat concreet in rekening wordt gebracht dan wel kan worden gebracht voor de geleverde of de te leveren prestatie. De aanvraagprocedure van de artikelen 43 en 44 is van overeenkomstige toepassing.

#### *Horen voorafgaand aan beschikking (artikel 48)*

De zorgautoriteit moet de betrokkenen in de gelegenheid stellen te worden gehoord, alvorens een beschikking te nemen ten aanzien van een tarief of een prestatiebeschrijving.

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 26 062, nr. 3, blz. 2.

#### *Paragraaf 4.5. Prestatieregulering van vormen van zorg*

##### *Toepassingsbereik paragraaf 4.5 (zie artikel 40)*

Zoals eerder is aangegeven, is deze titel alleen van toepassing voor die vormen van de zorg waar de partijen zelf in de gelegenheid zijn hun tarieven te bepalen, zonder regulering van de zorgautoriteit, zoals bij tarieven als bedoeld in artikel 50, vierde lid, onder c. Deze titel is niet van toepassing bij vaste tarieven als bedoeld in artikel 50, vierde lid, onder a, en ook niet bij bandbreedtetarieven, minimumtarieven en maximumtarieven als bedoeld in artikel 50, vierde lid, onder b.

##### *Prestatiebeschrijving zonder tarief (artikel 49)*

Artikel 49 volgt de wetsystematiek van paragraaf 4.4. Het initiatief is in beginsel aan partijen. Maar vaak zal de zorgautoriteit ook hier een beleidsregel hebben vastgesteld, die wat betreft de prestatiebeschrijving in de beschikking van de zorgautoriteit geen afwijking toelaat, tenzij onverkorte toepassing van de beleidsregel tot kennelijk onredelijke uitkomsten leidt.

##### *Naleving prestatiebeschrijving*

Het kan onder bepaalde marktomstandigheden vereist zijn dat aan alle aanbieders de verplichting wordt opgelegd om eenzelfde prestatiebeschrijving (dbc) te hanteren om onderling te kunnen vergelijken. Die onderlinge vergelijking is noodzakelijk voor de mededinging, de inhoud van de dbc als deel van de uniforme verstrekking ziekenhuiszorg en het onderhoud daarvan. De zorgautoriteit maakt een beleidsregel met prestatiebeschrijvingen. Daarna maakt de zorgautoriteit voor de zorgaanbieders die die prestatie kunnen leveren, een beschikking waarin wordt bepaald dat zij bij het in rekening brengen van de prestatie alleen rechtsgeldig die prestatiebeschrijving kunnen hanteren. Hanteren zij een andere prestatiebeschrijving dan valt de prestatie niet onder de vrijstelling van tariefgoedkeuring door de zorgautoriteit. Voor een inhoudelijke toelichting wordt verwezen naar het algemeen deel van de toelichting bij de WTG ExPres.

#### *Paragraaf 4.6. Beleidsregels*

##### *Beleidsregelinhoud (artikel 50)*

De algemene bepaling over beleidsregels bevat in het eerste lid de algemene opdracht aan de zorgautoriteit beleidsregels vast te stellen voor daarin expliciet opgesomde taken van de zorgautoriteit. Het betreft het vaststellen van aanmerkelijke marktmacht en het in verband daarmee opleggen van verplichtingen (artikel 42), het vaststellen van tarieven (artikelen 43 en 45) en het vaststellen van prestatiebeschrijvingen (artikel 49). Die beleidsregels bevatten bijvoorbeeld normen, rekenkundige waarden, procedures, feiten en omstandigheden, voorschriften, voorwaarden en beperkingen, toepasselijke tariefsoorten, prestatiebeschrijvingen en dergelijke die relevant kunnen zijn voor de vaststelling van een tarief of van een prestatiebeschrijving. Zo houden de beleidsregels ook rekening met het inkomen van de beroepsbeoefenaren als element bij de tariefopbouw. De beleidsregels kunnen tevens gericht zijn op het tot stand brengen van afhankelijkheid tussen de hoogte van een tarief of tarieven en het totaal van in enige periode in rekening gebrachte, dan wel in rekening te brengen tarieven.

Het tweede lid geeft de mogelijkheid in beleidsregels aan te geven wie een aanvraag voor een tarief of prestatiebeschrijving mogen doen, eventueel met uitsluiting van anderen, of zelfs moeten doen om voor een tarief of prestatiebeschrijving in aanmerking te komen. Zo kunnen de beleids-

regels vastleggen op welk moment bepaalde prestatiebeschrijvingen of tarieven voor herziening in aanmerking komen (periodiek onderhoud) en of een aanvraag schriftelijk dan wel elektronisch wordt ingediend. In verband met het terugdringen van administratieve lasten is het kunnen doen van een elektronische aanvraag een speerpunt. Bovendien biedt het tweede lid de zorgautoriteit onder meer de mogelijkheid beleidsregels inzake de wijze waarop en de voorwaarden of beperkingen waaronder een aanvraag tot nacalculatie moet worden ingediend, zodanig te redigeren dat materieel uitvoering kan worden gegeven aan het voorstel van de Commissie De Beer tot integratie van de nacalculatie en de jaarrekening. Voor een volledige integratie moet de wettelijke basis voor de nacalculatie en voor de jaarrekening gelijk zijn.

Het derde en vierde lid bepalen dat de zorgautoriteit in haar beleidsregels de relevante prestatiebeschrijving en tariefsoort opneemt. Bij het vierde lid, onder a: individueel punttarief of collectief punttarief. Onder b: alle tarieftypen waarbij het concreet in rekening te brengen tarief gebonden is aan door de zorgautoriteit vast te stellen grensbedragen als bijvoorbeeld: minimumtarief, maximumtarief, bandbreedtetarief, pendeltarief, toptarief, opslagtarief, basistarief, bodemtarief, deeltarief en totaaltarief, Onder c is het zogenaamde «vrije tarief» opgenomen, waarover de zorgautoriteit geen oordeel geeft. De onderhandelingsruimte kan op maat worden gemaakt doordat allerlei tariefsoorten mogelijk zijn op basis van beleidsregels.

Het vijfde lid biedt de grondslag voor de ambtshalve vaststelling van tarieven als bedoeld in artikel 45, derde tot en met vijfde lid, en van prestatiebeschrijvingen als bedoeld in artikel 49, tweede lid. Voor toelichting op de gevallen waarin ambtshalve vaststelling is aangewezen, verwijst ik naar de toelichting op artikel 45, vijfde lid.

Het zesde lid maakt het, in samenhang met het derde lid, onder meer mogelijk in een beleidsregel op te nemen dat voor een deel van een prestatie een vast bedrag (kapitaallasten) wordt vastgesteld terwijl voor een ander deel van de prestatie een advies of vrij tarief geldt. Zo kan bijvoorbeeld voor een geheel van prestaties een beleidsregel gelden, waardoor het geheel van de prestaties is geprijsd, doch die – in het meest vergaande geval – het tarief voor de individuele prestaties aan de vrije onderhandelingen tussen partijen overlaat. Dit artikellid vervangt ook het «macrobudget-artikel», waarbij het volume maal de prijs altijd een vaste macrowaarde is.

#### *Experimentbeleidsregels (artikel 51)*

De mogelijkheid om te experimenteren is uitdrukkelijk vastgelegd in artikel 51. Alle prestaties van zorgaanbieders worden getarifeerd volgens de systematiek van deze wet, voorzover daarvan niet vrijgesteld. Dit artikel maakt experimenten mogelijk en kan daarvoor een individuele zorgaanbieder of een individuele zorgverzekeraar van de werking van de algemene beleidsregels uitzonderen. Indien de zorgautoriteit in een beleidsregel de mogelijkheid opneemt van een experiment inzake tarifiering of bekostiging van een prestatie dan wel inzake een prestatiebeschrijving, neemt zij de in dit artikel bedoelde bepalingen in acht. Zie ook hoofdstuk 5 van het algemeen deel van de toelichting bij de WTG ExPres en de tweede nota van wijziging bij die wet<sup>1</sup>.

Een experiment is maatwerk. Ook als iedereen deelneemt kan er nog sprake zijn van een experiment. Het kan immers gaan om een wijze van tarifiering van een prestatie die afwijkt van de tarifiering van de overige prestaties. De zorgautoriteit bepaalt in een beschikking voor wie het expe-

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 29 379, nrs 3 en 8.

riment geldt. Dat kunnen, zoals bij het experiment met vrije tarieven voor fysiotherapeuten, alle therapeuten zijn, maar ook één enkele zorg-aanbieder.

Het kenmerkende van een experiment is dat het gaat om tijdelijkheid, monitoring, tijdige evaluatie en expliciete besluitvorming over de resultaten. Dat is met de WTG ExPres in artikel 15 van de WTG verankerd en wordt nu overgenomen in deze wet. Het artikel geldt voor alle experimenten die op basis van deze wet worden gehouden. Door duidelijk te kiezen voor een expliciete experimentstatus kunnen ook geen verkeerde verwachtingen worden gewekt. Stilzwijgende verlenging van wat met een experiment in gang is gezet is niet mogelijk. Eerst komt er een evaluatie. Op basis van die evaluatie wordt beslist of het experiment al dan niet of gewijzigd in een permanente(re) situatie wordt omgezet.

Bij het opzetten van een experiment krijgt deelname van grote kapitaalintensieve instellingen in financiële problemen bijzondere aandacht. Een experiment is niet bedoeld om de financiële problemen van een instelling het hoofd te bieden (zie daarover de toelichting bij de WTG ExPres). Die bijzondere aandacht is er ook indien er door deelneming van zorgaanbieders een gevaar dreigt voor de continuïteit van zorg. Bij experimenten wordt ook vooraf aandacht besteed aan (risico voor) kwaliteit en patiëntveiligheid.

Als een experiment dreigt te mislukken kan het worden afgebroken, bijvoorbeeld als de continuïteit of kwaliteit van de zorg in gevaar komt. De IGZ behoudt zijn positie op het terrein van kwaliteit en dat is extra van belang bij experimenten. Indien de kwaliteit onder een verantwoord niveau dreigt te komen, kan de IGZ ingrijpen. De IGZ moet dan wel overleggen met de zorgautoriteit om te kijken hoe en op welke termijn het experiment kan worden bijgesteld of beëindigd om zo min mogelijk schade voor de continuïteit of kwaliteit van de zorg te laten ontstaan.

Een belangrijk punt bij experimenten is de (formele) afbakening. Het is vooral belangrijk in de desbetreffende beleidsregel aan te geven welke prestaties het betreft en met welke tariefsoort wordt geëxperimenteerd. Wat betreft de prestaties is het niet zo dat zij alle volledig en expliciet op inhoudelijke kenmerken dienen te worden beschreven. Het is niet nodig om een onderscheid te maken tussen prestaties die wel en prestaties die niet betrokken zijn in het experiment. Zo volstaat het in de desbetreffende experimentbeleidsregel te vermelden dat het gaat om:

- een of meer gepreciseerde prestatie(s),
- alle – al dan niet nader gepreciseerde – prestaties,
- alle – niet nader gepreciseerde – prestaties, behalve een of meer wel gepreciseerde prestaties,
- combinaties daarvan.

Datzelfde geldt overigens ook voor het aangeven van tariefsoorten voor prestaties op grond van een algemene beleidsregel op grond van artikel 50, vierde lid.

#### *Minister bepaalt tariefregiem en experimenten (artikel 52)*

De minister bepaalt de mate van vrijheid van tarifiering, de mate van marktwerking en de toepassing van de respectievelijke paragrafen van dit hoofdstuk voor zorg. Dit gebeurt bij aanwijzing als bedoeld in artikel 7, die ingevolge artikel 8 wordt voorgehangen bij het parlement, dan wel bij amvb als bedoeld in artikel 2, tweede lid. Pas na afloop van de voorhang geeft de minister de aanwijzing aan de zorgautoriteit welke tariefsoort als bedoeld in artikel 50, vierde lid, moet worden gebruikt voor welke vorm



van zorg of prestatie. Is eenmaal de tariefsoort vastgesteld dan kan de zorgautoriteit beleidsregels maken. De aanwijzing wordt gegeven wanneer een vorm van zorg onder de wet wordt gebracht ingevolge artikel 1, onder b, of artikel 2, eerste lid, dan wel wanneer de minister een andere tariefsoort beter van toepassing vindt. De zorgautoriteit kan beleidsregels voor de desbetreffende vorm van zorg wel wijzigen, mits de tariefsoort gelijk blijft. Bron voor een aanwijzing kan een door de minister gevraagde uitvoeringstoets zijn of bijvoorbeeld een signalement van de zorgautoriteit als bedoeld in artikel 21, tweede lid.

De minister bepaalt ook de experimenten bij aanwijzing vooraf (artikel 52, derde lid). Door de voorhangprocedure wordt het parlement vooraf bij experimenten betrokken. Nadat de aanwijzing is gegeven kan de zorgautoriteit beleidsregels vaststellen met betrekking tot het experiment.

## Hoofdstuk 5. Informatie

### *Algemeen en inhoud*

Dit hoofdstuk licht de informatieartikelen toe zoals deze zijn komen te luiden na verwerking van de adviezen daarover van de Raad van State en het College Bescherming Persoonsgegevens. De volgorde van de artikelen kent de volgende opbouw:

Onderwerp	Artikel	Inhoud
Algemeen	53	Definitie persoonsgegevens
	54	Algemene verplichting gegevensverstrekking
	55	Periodieke gegevensverstrekking zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars
	56	Verstrekking naar waarheid
	57	Overeenkomstige toepassing bepalingen Algemene wet bestuursrecht
Randvoorwaarden	58	Ministeriële regeling gebruik persoonsgegevens
	59	Doorbreking beroepsgeheim
	60	Algemene geheimhoudingsverplichting
	61	Buiten toepassing Wet openbaarheid van bestuur
Bewerken	62 lid 1	Bewerken en publiceren van informatie
	62 lid 2	Verplicht anonimiseren persoonsgegevens bij de bron
Gebruik zorgautoriteit	63 lid 1	Eigen informatie
	63 lid 2	Voor alle doelen en taken
Uitwisselen	64 lid 1	Toezichhouders en regulators zorgsector
	64 lid 2	Toezichhouders en regulators algemeen
Informatie rechtszaken	64 lid 3	Advies- en onderzoeksinstanties
	65	Verplichte verstrekking aan minister, zorgautoriteit en FIOD-ECD

### *Vergelijking met de WTG*

In dit hoofdstuk komen deels de informatiebepalingen terug uit de WTG, zoals deze zijn vastgesteld bij de WTG ExPres. De artikelen 29a tot en met 30a van de WTG bevatten bepalingen inzake informatieverstrekking. Voor een deel gaat het hier om informatie tussen het CTG en de minister; deze bepalingen zijn ondergebracht in hoofdstuk 2. Het meldpunt voor onregelmatigheden (artikel 29d, eerste lid, onder c, en tweede lid, WTG) hoort naar zijn aard thuis bij de handhaving (hoofdstuk 6, artikel 68). De artikelen 29c, 30 en 30a van de WTG zijn in hoofdstuk 5 inzake informatiebepalingen ondergebracht. Zoals ook in het nader rapport en het algemeen deel van de toelichting is vermeld zijn deze artikelen zo algemeen dat deze de informatievraag voor alle taken van de zorgautoriteit dekken. Nieuw ten opzichte van de artikelen in de WTG zijn de artikelen 53, 57, 58, 59, 60, 61 en 62. Een ander onderscheid is de uitvoerige aandacht die het verwerken van persoonsgegevens in de wet krijgt.

### *Doelstelling informatieplicht*

De in dit hoofdstuk neergelegde informatieplicht dient alle doelen van de wet, taken en bevoegdheden van minister en zorgautoriteit, zoals:

- het doen van onderzoek als bedoeld in artikel 31;
- het beoordelen van een tarief of prestatiebeschrijving;
- het vaststellen of wijzigen van regels of beleidsregels;
- het verkrijgen van inzicht in de effecten van het gevoerde beleid, de regelgeving, de uitvoering en de handhaving dan wel in de te verwachten effecten;
- het bevorderen van het naleven van de wet; en
- het uitvoeren door de zorgautoriteit van haar taken in het kader van de Zvw en de AWBZ.

### *Definitie persoonsgegevens (artikel 53)*

In navolging van de Wet vorderen gegevens financiële sector (Stb. 2004, 109) is een onderscheid gemaakt tussen identificerende, medische en strafrechtelijke persoonsgegevens. De definities voeren terug op de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP). Dit onderscheid is nodig om per taak aan te geven welk persoonsgegevens noodzakelijk zijn. Verdere uitsplitsing wordt gemaakt bij ministeriële regeling op grond van artikel 58. De belangrijkste artikelen bevatten zelf hetzij een beperking tot bepaalde typen persoonsgegevens, hetzij een verwijzing naar artikel 58. Persoonsgegevens zijn ingevolge artikel 1, onder a, WBP gegevens die betrekking hebben op natuurlijke personen; gegevens van rechtspersonen zijn derhalve geen persoonsgegevens in de zin WBP. Het tweede lid, onder c, van artikel 53 somt enkele voorbeelden op van identificerende persoonsgegevens die administratief van aard zijn. Dit houdt verband met het feit dat dit wetsvoorstel mede betrekking heeft op individuele beroepsbeoefenaars.

### *Algemene inlichtingplicht (artikel 54)*

Ten behoeve van het verkrijgen van informatie die noodzakelijk is voor de uitvoering van de wet is het nodig de informatieplicht niet te beperken tot individuele zorgaanbieders en individuele ziektekostenverzekeraars. Denk aan het onderhoud van de prestatiebeschrijvingen en prestatiebekostiging, het toezicht op de uitvoering van de Zvw en AWBZ en bestrijding van fraude. Koepel- en brancheorganisaties en wetenschappelijke verenigingen hebben vaak relevante al dan niet geaggregeerde en al dan niet geanonimiseerde informatie, die voor uitvoering en handhaving van de WMG bruikbaar zijn. Er is gekozen voor de formulering van de bepalingen in de Algemene wet inzake rijksbelastingen (AWR) omdat die wet net als dit wetsvoorstel voor zijn uitvoering afhankelijk is van gegevens met dezelfde financieel-economische aard. Daarmee is met het oog op administratieve lasten aangesloten bij een verplichting die al voor deze inlichtingplichtigen bestaat tot het vastleggen van gegevens van dezelfde aard. Zie ook hoofdstuk 16 inzake administratieve en bestuurlijke lasten, met name paragraaf 8, van de toelichting bij de WTG ExPres.

Artikel 54, eerste en tweede lid, komt overeen met artikel 47, eerste en tweede lid, AWR. Het derde en vierde lid komen overeen met artikel 48, eerste en tweede lid, AWR. De leden vijf en zes zijn ontleend aan artikel 49, eerste en tweede lid, AWR. Het zevende lid komt overeen met het vervallen artikel 34 van de WTG.

Hiermee zijn de waarborgen voor de inlichtingplichtige niet overboord gezet. Die komen in de artikelen 58 tot en met 61 aan de orde. Waar het persoonsgegevens betreft wordt in de belangrijkste artikelen in de wet

een voorschot genomen op de algemene beperkingen terzake op grond van artikel 58. De vrager geeft de doeleinden waarvoor de gegevens worden gevraagd duidelijk aan. Daarbij kan deze niet treden buiten de doelstellingen van deze wet en de taken die daarin aan een ieder zijn opgedragen. De tijdvakken waarop de informatie betrekking heeft en de termijnen die gesteld worden aan het verstrekken van informatie, moeten redelijk zijn. De termijn kan afhangen van de wijze van opslag van de informatie en de mogelijkheid deze te reproduceren of te kopiëren. Dat is zo vanzelfsprekend dat daarover geen bepaling is opgenomen. Een voorbeeld van moderne informatievergaring is de wijze waarop de NMa invulling geeft aan de bevoegdheid om op grond van artikel 5:17 Awb digitaal onderzoek te doen.

De zorgautoriteit valt als zbo onder de Archiefwet en stelt als zodanig zelf regels aan het beheer van zijn administratieve organisatie. Het is niet nodig dat de minister daar regels over opstelt. De vorm waarin en de wijze waarop informatie moet worden aangeleverd of bewerkt, is geregeld in het vijfde lid van artikel 54.

#### *Periodieke informatieverstrekking (artikel 55)*

Het voortdurend verversen van informatie voor marktmonitoring, voor onderhoud van prestatiebeschrijvingen à la dbc's en voor toezicht vergt een grondslag voor periodieke verstrekking van informatie door zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars, koepel- en brancheorganisaties en wetenschappelijke verenigingen aan de zorgautoriteit (eerste en tweede lid). Dit artikel biedt ook de basis voor de onderlinge gegevensverstrekking tussen zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars.

#### *Verstrekking naar waarheid (artikel 56)*

De informatie dient volledig en naar waarheid te worden verstrekt. Overtreding van dit artikel is strafbaar gesteld op grond van de WED (artikel 104).

#### *Overeenkomstige toepassing bepalingen Algemene wet bestuursrecht (artikel 57)*

Op het vergaren van informatie zijn bepalingen van afdeling 5.2 van de Algemene wet bestuursrecht van overeenkomstige toepassing verklaard. Naar aanleiding van opmerkingen van de Raad van State is nagegaan of alle bepalingen van afdeling 5.2 van de Awb in alle gevallen van toepassing moeten zijn. Dat heeft geleid tot de van overeenkomstige toepassing verklaring van de artikelen 5:13 tot en met 5:19 Awb. Het betreft de artikelen over de terughoudendheid van toepassing van bevoegdheden, beperking van de bevoegdheid van toezichthouders, toegang en bijstand van de sterke arm, het vorderen van inlichtingen, het vragen van een identiteitsbewijs, inzage en het maken van kopieën, het nemen van monsters (zoals bij geneesmiddelen) en het onderzoek van vervoermiddelen (onder andere in verband met ambulancevervoer dat ook onder de werkingssfeer van de WMG valt).

#### *Persoonsgegevens betreffende de gezondheid (artikel 58)*

Dit artikel bevat samen met artikel 53 de grondslag voor het verwerken van persoonsgegevens. De ministeriële regeling op grond van dit artikel zal per wetsartikel opsommen welke in artikel 53 onderscheiden categorieën van persoonsgegevens noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de taken en bevoegdheden van de zorgautoriteit. De opsomming zal ook ingaan op welke categorieën van persoonsgegevens verstrekt mogen

worden aan andere toezichthouders, regulators en advies- en onderzoeksinstanties als bedoeld in artikel 64. Om vergissingen te voorkomen is bij de belangrijkste informatieartikelen in de wet verwezen naar dit artikel.

#### *Doorbreking beroepsgeheim (artikel 59)*

Het eerste lid van artikel 59 strekt ertoe dat zorgaanbieders zich niet kunnen beroepen op hun geheimhoudingsplicht, als het gaat om nakoming van de op hen rustende wettelijke verplichting tot het verstrekken van informatie uit hun administratie als bedoeld in artikel 34, eerste en derde lid, en van andere gegevens en inlichtingen die nodig zijn om vast te stellen of die zorgaanbieders de wet op de juiste wijze naleven. Onder die andere gegevens en inlichtingen wordt verstaan diagnostische gegevens van patiënten die nodig zijn om te bepalen of de juiste prestatie in rekening is gebracht. Om misverstanden te voorkomen: deze gegevens mogen niet worden gebruikt om vast te stellen of de diagnose of de behandeling juist is. Daartoe is de zorgautoriteit niet bevoegd. Het tweede lid bevestigt dat zorgaanbieders zich wel kunnen beroepen op hun geheimhoudingsplicht als het gaat om op anderen rustende wettelijke verplichtingen. Op grond van artikel 60, eerste lid, gelden de geheimhoudingsverplichtingen die op de zorgaanbieder rusten onverkort voor degene die de opgevraagde persoonsgegevens heeft ontvangen.

Dit artikel sluit aan bij een uitspraak van de Hoge Raad. Een onvoorwaardelijk recht of beginsel dat een verdachte op generlei wijze kan worden verplicht tot het verlenen van medewerking aan het verkrijgen van mogelijk voor hem bezwarend bewijsmateriaal, is volgens de rechtspraak van de Hoge Raad niet in het Nederlands recht verankerd<sup>1</sup>. Wel brengt artikel 29 van het Wetboek van Strafvordering (Sv) mee dat een verdachte niet kan worden verplicht tot het afleggen van een verklaring waarvan niet kan worden gezegd dat zij in vrijheid is afgelegd. Indien het niet gaat om het afleggen van een verklaring of het verschaffen van schriftelijke inlichtingen door de verdachte over mogelijke betrokkenheid bij een strafbaar feit, maar om het afgeven van administratieve bescheiden is artikel 29 Sv niet van toepassing<sup>2</sup>. Zo kunnen zorgaanbieders die zelf worden verdacht van strafbare feiten zich niet op hun geheimhoudingsplicht beroepen en door het niet verstrekken van relevante patiëntgegevens het onderzoek frustreren.

De in het eerste lid bedoelde identificerende persoonsgegevens die de zorgaanbieders zelf betreffen, omvatten ingeval het een rechtspersoon betreft bijvoorbeeld de rechtsvorm, vestigingsplaats en identificerende gegevens van toezichthouders, bestuurders en eigenaren.

#### *Algemene geheimhoudingsverplichting (artikel 60)*

Ingevolge het eerste lid gaat de verplichting tot geheimhouding over op degene die informatie heeft gekregen van een zorgaanbieder die uit enigerlei hoofde tot geheimhouding is verplicht. Dit geldt ook voor medische en strafrechtelijke persoonsgegevens als bedoeld in artikel 53. Het tweede lid is specifiek van belang voor de uitwisseling van informatie als bedoeld in artikel 64, tweede lid.

#### *Buiten toepassing Wet openbaarheid van bestuur (artikel 61)*

Informatie die wordt verzameld op grond van deze wet, is niet op grond van de WOB opvraagbaar. Dit voorkomt dat bijvoorbeeld bedrijfsgegevens moeten worden verstrekt waardoor de totstandkoming van daadwerkelijke mededinging op de zorgmarkten wordt belemmerd. De informatie wordt gevraagd voor de taken van de zorgautoriteit. Om te voorkomen dat

---

<sup>1</sup> Zie onder meer HR 29 oktober 1996, NJ 1997, 32.

<sup>2</sup> HR 21 oktober 1997, NJ 1998, 173.

ieder WOB-verzoek tot het verstrekken van informatie apart in behandeling moet worden genomen met mogelijkheid van bezwaar en beroep, is er voor gekozen de zorgautoriteit en de rechterlijke macht te ontlasten door de WOB niet van toepassing te laten zijn op de informatie die op grond van deze wet aan de zorgautoriteit is verstrekt.

#### *Bewerking (artikel 62)*

In combinatie met artikel 55 biedt dit artikel de basis voor de bewerking die nodig is voor het onderhoud van product- en prestatiebeschrijvingen door zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars, door een privaatrechtelijk onderhoudsorgaan, of – voor de voorbereiding daarvan – door een derde die bijvoorbeeld de basisgegevens ontdoet van persoonskenmerken (trusted third party). Dit artikel draagt in samenhang met de artikelen 54, 55, 63 en 64 bij aan het verminderen van de enquêtedruk op zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars, zoals bij de samenwerking tussen de zorgautoriteit en het Centraal Bureau voor de Statistiek. Het artikel voorziet ook in de mogelijkheid tot het opdragen van de wijze van bekendmaken van (verzamelde en bewerkte) gegevens door derden. Dat kunnen ook instanties zijn als bedoeld in artikel 64.

Het tweede lid draagt de zorgautoriteit expliciet op om de verplichting op te leggen tot het bewerken van medische persoonsgegevens bij en onder verantwoordelijkheid van de bron, volgens een daarbij te verplichten methodiek of technische standaard, tot gegevens die niet tot de individuele patiënt zijn te herleiden. Dergelijke gegevens kunnen dan uit oogpunt van bescherming van persoonsgegevens veilig worden verstrekt voor verder gebruik.

#### *Gebruik gegevens zorgautoriteit (artikel 63)*

Indien zorgaanbieders of verzekeraars nalatig blijven in het verstrekken van informatie die de zorgautoriteit hen heeft gevraagd, kan zij bij de uitvoering van de wet uitgaan van haar reeds bekende informatie en op basis daarvan maatregelen treffen, die wellicht niet nodig of anders waren vormgegeven indien de gevraagde informatie wel tijdig was verstrekt. De nalatigheid kan daarmee in het nadeel werken van degene die de informatie had moeten verstrekken. Het is noodzakelijk om in gevallen waarin het voor partijen gunstig is om geen gegevens aan te leveren, gebruik te kunnen maken van eigen informatie. Dit is vooral belangrijk wanneer de gevraagde informatie op korte termijn noodzakelijk is, bijvoorbeeld voor tariefvaststelling. Ik illustreer dit met een voorbeeld. Wanneer een instelling verwacht dat de tarieven naar beneden gaan, kan het voor die instelling gunstig zijn om de aanlevering van noodzakelijke gegevens zolang mogelijk uit te stellen. De Raad van State verwijst in zijn advies naar sanctiemogelijkheden voor dergelijke situaties. Echter de procedures rond sanctiemogelijkheden kunnen er toe leiden dat instellingen langer dan verantwoord weigeren informatie te leveren. De bestaande tarieven blijven dan gehandhaafd. Het met terugwerkende kracht bijstellen van tarieven is immers niet mogelijk zonder hoge administratieve lasten voor alle betrokkenen en is bovendien in strijd met het rechtszekerheidsbeginsel. Het gebruik maken van eigen informatie en daarop de tariefaanpassing baseren, stimuleert instellingen om tijdig de juiste informatie aan te leveren. Dit instrument werkt snel en doeltreffend door de juiste prikkel op de juiste plaats te leggen.

Het lijkt de Raad van State niet zinvol om bij vaststelling van aanmerkelijke marktmacht bepaalde maatregelen te treffen met toepassing van artikel 63 (oud 5.3). De Raad merkt daarbij op dat ook derden getroffen kunnen worden en dat het effect van die maatregelen bij het ontbreken van betrouwbare gegevens niet goed kan worden berekend. De overwe-

gingen van de Raad hebben er toe geleid dat expliciet in artikel 42 is opgenomen dat de uitgebreide openbare voorbereidingsprocedure als bedoeld in afdeling 3.5 van de Awb van toepassing is. Op deze wijze kunnen zoveel mogelijk relevante inlichtingen en gegevens, ook van derden, worden verzameld, zodat alle belangen bekend kunnen zijn en kunnen worden afgewogen. Naar verwachting zal het gebruik maken van eigen informatie van de zorgautoriteit bij de bepaling van aanmerkelijke marktmacht en op te leggen verplichtingen niet of nauwelijks nodig zijn.

In het tweede lid van artikel 63 wordt het algemeen gebruik van gegevens en inlichtingen door de zorgautoriteit geregeld. De zorgautoriteit heeft een aantal met elkaar samenhangende toezichttaken. Die strekken zich uit van aanvullend mededingingstoezicht op de zorginkoopmarkt, toezicht op de uitvoering van de Zvw en de AWBZ tot en met regulering van tarieven voor zorgprestaties. De zorgautoriteit moet niet in de situatie terecht komen dat, alvorens een werkzaamheid aan te vangen, eerst specifiek de voor die werkzaamheid benodigde gegevens en inlichtingen moeten worden vergaard. Dat werkt verlamdend in situaties waar de eigen taken zo samenhangen. Artikel 63, tweede lid, bepaalt daarom dat de zorgautoriteit bevoegd is alle gegevens en inlichtingen die zij heeft verzameld op grond van de haar ten dienste staande wettelijke bevoegdheden mag gebruiken voor alle aan haar opgedragen taken. Voor een beperking in dat gebruik wijs ik naar artikel 60; dat artikel bindt de zorgautoriteit aan dezelfde geheimhouding als waaraan de instantie die haar de gegevens leverde, gebonden is.

#### *Informatie-uitwisseling toezichthouders en andere instanties (artikel 64)*

Naast de zorgautoriteit bevinden zich op het terrein van de gezondheidszorg verschillende andere instanties, ieder met hun eigen invalshoek. Hoewel de wettelijke kaders waarbinnen zij werken, verschillen, zal de benodigde informatie voor een deel hetzelfde zijn. Om het veld van de zorg niet meer te belasten dan nodig, voorziet artikel 64 in een informatie-uitwisseling tussen de zorgautoriteit en andere met name genoemde instanties, uiteraard met inachtneming van het bepaalde krachtens artikel 58.

Ingevolge het eerste lid kunnen de verschillende onder verantwoordelijkheid van de minister van VWS werkzame instanties de voor hun wettelijke taken benodigde informatie uitwisselen.

Ingevolge het tweede lid is de zorgautoriteit bevoegd ook informatie te verstrekken aan toezichthouders die onder verantwoordelijkheid van andere ministers vallen, zoals de Nederlandse Mededingingsautoriteit. De zorgautoriteit moet hierbij wel de zekerheid hebben dat waar nodig geheimhouding is gegarandeerd en dat de informatie uitsluitend wordt gebruikt voor het doel waarvoor zij ze heeft verstrekt. Dat is geregeld in artikel 60. Een spiegelbeeld van deze bepaling, inzake de verstrekking van informatie aan de zorgautoriteit, geldt voor de hier genoemde instanties in het kader van de wettelijke regeling waarin zij hun basis vinden, bijvoorbeeld artikel 91 van de Mededingingswet.

Naast toezichthouders kent de zorg ook nog een aantal adviesorganen en instanties die informatie verzamelen en verwerken over en ten behoeve van de zorg. Om de administratieve lasten te beperken kan deze informatie desgevraagd worden verstrekt door de zorgautoriteit. De voorwaarden over geheimhouding van artikel 60 zijn ook hier van toepassing. Het vijfde lid verklaart artikel 54 en 57 niet van toepassing ten aanzien van de instanties genoemd in artikel 64. Het zou ongepast zijn ten aanzien van de informatie-uitwisseling tussen de hier bedoelde overheidsinstanties in de dwangmiddelen te voorzien die bij andere verstrekkers van informatie wel mogelijk zijn.

## Hoofdstuk 6. Handhaving

### *Toezicht op de naleving (artikel 66)*

Met het toezicht op de naleving van de wet zullen in ieder geval medewerkers van de zorgautoriteit, ambtenaren van de FIOD-ECD en de ambtenaren van de IGZ worden belast. Omdat is gebleken dat in tuchtrechtzaken ook het onjuist declareren wordt vervolgd, los van de strafrechtelijke procedure die volgens de voorganger van deze wet, de WTG, en de WED wordt gevolgd, worden ambtenaren van de IGZ als toezichthouder aangewezen. De bevoegdheden van de toezichthouders zijn niet gebaseerd op artikelen in deze wet, maar op afdeling 5.2 van de Awb, waaronder de bepalingen 5:16 en 5:17 Awb voor gegevensvergaring. Ook ambtenaren aan te wijzen door de minister zijn belast met het toezicht op de naleving van deze wet. Dit houdt vooral verband met het feit dat de minister toezicht houdt op de zorgautoriteit.

### *Onderlinge informatie (artikel 67)*

Dit artikel maakt mogelijk dat degenen belast met toezicht en met opsporing van overtredingen op grond van deze wet elkaar onderling gegevens en inlichtingen verstrekken betreffende de identiteit van de vermoedelijke overtreder en het vergaren van bewijs van een overtreding.

### *Meldpunt (artikel 68)*

De zorgautoriteit kan de informatie die binnenkomt bij het meldpunt, onder meer gebruiken voor:

- het doen van onderzoek als bedoeld in artikel 31;
- het beoordelen van een tarief of prestatiebeschrijving;
- het vaststellen of wijzigen van regels of beleidsregels;
- het verkrijgen van inzicht in de effecten van het gevoerde beleid, de regelgeving, de uitvoering en de handhaving dan wel in de effecten die zijn te verwachten van het te voeren beleid van de zorgautoriteit dan wel van de minister;
- het bevorderen van het naleven van de wet, en
- het uitvoeren door de zorgautoriteit van haar taken in het kader van de Zvw en de AWBZ.

De eisen aan de zorgvuldigheid en geheimhouding van gegevens en persoonsgegevens op grond van de artikelen 58, 59 en 60 zijn ook hier van toepassing.

### *Handhavingsplan (artikel 69)*

De zorgautoriteit stelt een handhavingsplan vast waarin zij aangeeft hoe zij van de verschillende taken en bevoegdheden inzake de handhaving gebruik zal maken. Daarbij geeft zij ook aan welke overtredingen zij in beginsel bestuurlijk afdoet en welke overtredingen in overleg met het College van Procureurs-generaal voor strafrechtelijke afhandeling in aanmerking komen. Voor het opleggen van een bestuurlijke boete door de zorgautoriteit komen in aanmerking gemakkelijk waarneembare overtredingen, dat wil zeggen overtredingen van bepalingen die geen enkele ruimte laten aan de justitiabele voor eigen afwegingen bij de naleving. Daarnaast blijft een strafrechtelijke afhandeling voor «moeilijke» en «zware» zaken (artikel 104).

### *Paragraaf 6.2. Aanwijzingen*

De zorgautoriteit is bevoegd om een aanwijzing te geven in verband met de naleving van de wet. Ten eerste heeft zij die bevoegdheid op die gebieden waarop ook het CTG al bevoegd was, namelijk bij de regulering van tarieven en administratie alsmede ter zake van het inwinnen van gegevens (zoals de artikelen 54 en 55). Deze bevoegdheid geldt ook in het kader van de ontwikkeling en ordening van de markt (artikelen 39 en 42). De zorgautoriteit kan onder andere op grond van onderzoek naar het functioneren van markten tot het oordeel komen dat een zorgaanbieder of ziektekostenverzekeraar in staat is de concurrentie te belemmeren of een hem opgelegde verplichting niet nakomt. Ten slotte heeft de zorgautoriteit, als rechtsopvolger van het CTZ, ook de bevoegdheid tot het geven van aanwijzingen in het kader van de Zvw en de AWBZ.

### *Paragraaf 6.3. Bestuursdwang en last onder dwangsom*

Ter handhaving van een aantal geboden en om haar aanwijzingen kracht bij te zetten, kan de zorgautoriteit bestuursdwang toepassen. Het CTG kende die bevoegdheid al onder de WTG (artikel 32 WTG). Ingevolge artikel 5:32 van de Awb kan het bestuursorgaan dat bevoegd is bestuursdwang toe te passen, in plaats daarvan de overtreder een last onder dwangsom opleggen. Artikel 95 van de Zvw kent het CTZ de bevoegdheid tot het opleggen van een last onder dwangsom toe; door het opgaan van het CTZ in de zorgautoriteit gaat die bevoegdheid over op de laatste (artikel 77). Artikel 78 bepaalt datzelfde voor die bevoegdheid van het CTZ bij de AWBZ.

### *Paragraaf 6.4. Bestuurlijke boete*

De bevoegdheid tot het opleggen van een bestuurlijke boete is een bevoegdheid waarover het CTG nog niet beschikt, maar welke wel bij de Zvw aan het CTZ is toegekend. Het opgaan van beide instanties in de zorgautoriteit noopt er op zich niet toe dat deze bevoegdheid op het gebied van de Zvw wordt verruimd tot het gehele werkteerrein van de zorgautoriteit. Maar omdat in de praktijk ook het CTG voor sommige overtredingen van de WTG behoefte voelde aan de mogelijkheid tot het opleggen van een bestuurlijke boete, is deze bevoegdheid ook in dit wetsvoorstel opgenomen. De bevoegdheid wordt gekoppeld aan gemakkelijk waarneembare overtredingen, dat wil zeggen overtredingen van bepalingen die geen enkele ruimte laten aan de justitiabele voor eigen afwegingen bij de naleving.

De bevoegdheid van de CTZ in de Zvw om bestuurlijke boetes op te leggen is naar deze wet overgebracht. De AWBZ kent geen bevoegdheid om bestuurlijke boetes op te leggen. In de transponeringstabel wordt verwezen naar de overeenkomstige artikelen van de Zvw, die met deze wet komen te vervallen.

### *Paragraaf 6.6. Rechtsbescherming*

#### *Raad voor de Rechtspraak*

Ingevolge artikel 95 van de Wet op de rechterlijke organisatie is aan de Raad voor de rechtspraak advies gevraagd over het ontwerp-wetsvoorstel. In het algemeen deel van de toelichting wordt op dat advies ingegaan en is aangegeven hoe dat advies is verwerkt.

#### *Concentratie bestuursrecht (artikelen 99 en 100)*

In de toelichting bij de WTG ExPres is beargumenteerd waarom het aanbeveling verdient dat tegen alle beschikkingen op grond van de WTG



beroep kan worden ingesteld bij het CBB. Gezien de deskundigheid van het CBB ter zake van de financieel-economische aspecten van de gezondheidszorg en het feit dat voorlopig de regulering van tarieven nog een grote rol zal spelen op de markt op dat gebied, stel ik voor ook beroepen tegen beschikkingen ingevolge dit wetsvoorstel te laten behandelen door het CBB. Het gaat dan onder meer om de volgende besluiten van de zorgautoriteit die geen punitief karakter hebben: besluiten inzake tarieven, prestatiebeschrijvingen, aanwijzingen, bestuursdwang en last onder dwangsom.

De zorgautoriteit neemt een besluit tot het vaststellen van aanmerkelijke marktmacht niet dan na een uitvoerig onderzoek. De zorgautoriteit zal de uniforme openbare voorbereidingsprocedure als bedoeld in de Awb volgen (artikel 42, tweede lid). Dat impliceert dat de wederzijdse opvattingen en standpunten voldoende zijn uitgewisseld tussen de zorgautoriteit en degene tot wie de verplichting, opgelegd in verband met aanmerkelijke marktmacht, zich richt. Uit artikel 7:1, eerste lid, onder d, van de Awb volgt dat tegen dat besluit direct beroep kan worden ingesteld en geen voorafgaande bezwaarprocedure gevolgd hoeft te worden. Dat ligt anders ingeval de zorgautoriteit een bestuurlijke boete heeft opgelegd, zoals voor het niet naleven van een aanwijzing of tot opvolging van de verplichting in verband met aanmerkelijke marktmacht (artikel 42). Een dergelijke boete heeft het karakter van een sanctie. In dat geval heb ik, mede met het oog op advies van de Raad voor de rechtspraak en de Raad van State, besloten tot een rechtsgang in twee instanties, waarbij ik mij aansluit bij de procedure in het kader van de Mededingingswet. Daar is, na bezwaar bij de NMa, beroep mogelijk bij de bestuursrechter in Rotterdam en daarna hoger beroep mogelijk bij het CBB.

#### *Concentratie strafrechter (artikel 101)*

In het algemeen deel van de toelichting is ingegaan op de complexiteit van de regelgeving betreffende de zorg en de gevolgen die dat heeft voor het Openbaar Ministerie en de rechterlijke macht bij het incidenteel strafrechtelijk vervolgen van overtredingen (paragraaf 10.3). Mede met het oog op de kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid van het procesrecht wordt voorgesteld in afwijking van artikel 45 van de Wet op de Rechterlijke Organisatie één rechtbank in eerste aanleg kennis te laten nemen van strafzaken en economische delicten in de zin van deze wet. In het algemeen deel van de toelichting is op de keuze voor de rechtbank Rotterdam ingegaan.

### **Hoofdstuk 7. Wijzigingen in andere wetten**

#### *Wijzigingen in de Zorgverzekeringswet en de AWBZ (artikelen 102 en 103)*

Het toezicht op de uitvoering van de Zvw berust thans bij het CTZ, voor zover het toezicht niet aan andere toezichthouders, zoals DNB en de AFM, is opgedragen, aldus artikel 77 van de Zvw. Zoals in de toelichting bij dat artikel is gesteld, is het hier bedoelde toezicht in wezen beperkt tot de vraag of aan de publieke randvoorwaarden die de Zvw aan de zorgverzekeringen en de zorgverzekeraars stellen, wordt voldaan. Dit wetsvoorstel draagt deze taak op aan de zorgautoriteit, waartoe ingevolge artikel 116 het CTZ (met het CTG) opgaat in de zorgautoriteit. De bepalingen inzake deze taak en de daarbij behorende bevoegdheden zijn overgebracht naar hoofdstuk 3 van dit wetsvoorstel. Artikel 102 bevat de met die overbrenging samenhangende wijzigingen in de Zvw. Daarbij zijn in de Zvw de bepalingen inzake de procedure van het opleggen van een bestuurlijke boete toegespitst op de overtreding van artikel 96 van die wet (nalatigheid van een verzekeringsplichtige om zich te verzekeren).

Het toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door de zorgverzekeraars en rechtspersonen als bedoeld in artikel 40, eerste lid, AWBZ (zorgkantoren en het Centraal administratiekantoor) berust thans bij het CTZ, aldus artikel 48 AWBZ. Daarnaast houdt het CTZ toezicht op de uitvoering van enige bepalingen uit de Wet financiering sociale verzekeringen. De bepalingen inzake deze taken en de daarbij behorende bevoegdheden zijn overgebracht naar hoofdstuk 3 van dit wetsvoorstel. Artikel 103 bevat de met die overbrenging samenhangende wijzigingen in de AWBZ.

#### *Strafsancties (artikel 104)*

Naast de handhavingsinstrumenten als de aanwijzing, last onder dwangsom, bestuursdwang en bestuurlijke boete bestaat er voor de zwaardere delicten nog behoefte aan een strafrechtelijke wijze van sanctionering. Daarnaast is er ook indirect in het wetsvoorstel sprake van mogelijk strafrechtelijk optreden: het niet verlenen van medewerking aan personen die zijn belast met het toezicht op de naleving van deze wet, is strafbaar ingevolge artikel 184 Wetboek van Strafrecht. Krachtens dat artikel is ook strafbaar het niet meewerken aan onderzoek door de zorgautoriteit op grond van artikel 57, nu in dat artikel de desbetreffende bepalingen van de Awb van overeenkomstige toepassing zijn verklaard. De desbetreffende overtredingen zijn in de Wet op de economische delicten opgenomen.

#### *Toegang tot BIG-register (artikel 112)*

De werkingsfeer van deze wet strekt zich expliciet uit tot zorg verleend door degenen die geregistreerd zijn in een register in de zin van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Het ontbreken van toegang tot het register zou onbegrijpelijk zijn in het licht van de wetenschap dat de werkingssfeer mede wordt bepaald door inschrijving in dat register. Zonder toegang tot het register, waarin staat op wie de wet van toepassing is, is adequaat toezicht en handhaving en in kennisstelling van maatregelen die op grond van deze wet worden genomen niet of bijna niet mogelijk. Het desbetreffende artikel bepaalt dat alleen identificerende gegevens van de geregistreerde zorgaanbieder mogen worden verwerkt.

#### *Wijziging I&A-wet Zvw (artikel 113)*

Het voorgestelde vierde lid van artikel 2.1.9 (punt 2) strekt ertoe te expliciteren dat in de gevallen, bedoeld in het derde lid van dat artikel, waarin het CVZ de reserve kan opeisen, die vordering wordt voldaan met inachtneming van de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen en het bepaalde bij en krachtens de Wet toezicht verzekeringsovername 1993 (WTV 1993). Hoewel het hoogst onaannemelijk is dat een zorgverzekeraar zich bloot zal stellen aan de mogelijkheid van opeisbaarheid van de reserve door de statutaire bepaling dat hij ten doel heeft te werken als zorgverzekeraar zonder winstoogmerk, te schrappen voordat tien jaren zijn verstreken, kan een voorziening niet worden gemist voor het geval van bedrijfsbeëindiging.

De solvabiliteitseisen die op grond van Europese schadeverzekeringrichtlijnen in de WTV 1993 worden gesteld, dienen om de (zorg)verzekeraar een buffer te geven om de wisselvalligheden van het verzekeringsovernamebedrijf te kunnen opvangen. De zorgverzekeraars/voormalige ziekenfondsen kunnen met behulp van de met de uitvoering van de Ziekenfondswet opgebouwde reserves voldoen aan de op grond van de WTV 1993 geldende solvabiliteitseisen. Hiervoor is vereist dat die reserves de kenmerken hebben van eigen vermogen alvorens ze mogen meetellen

voor de solvabiliteitsmarge. In verband hiermee bepaalt het voorgestelde vierde lid dat de vordering van het CVZ wordt voldaan, nadat alle andere schuldeisers zijn voldaan. De reserves kunnen daarmee worden beschouwd als eigen vermogen. Hierdoor worden de belangen van vooral verzekerden gewaarborgd.

De wijzigingen in de punten 3 en 4 van artikel 113 hangen samen met de hierboven bij artikel 6 en de hieronder bij artikel 116 toegelichte overgangperiode voor de wijziging van de rechtspositie van het bij het CTG en CTZ werkzame personeel.

## **Hoofdstuk 8. Overgangs- en slotbepalingen**

### *Tijdelijk vierde bestuurslid (artikel 114)*

Dit artikel voorziet in de mogelijkheid om in verband met de opbouw van de zorgautoriteit het bestuur tijdelijk uit te breiden met één lid. Naast de wettelijke regeling van de taken en bevoegdheden en van de organisatie van de zorgautoriteit heeft ook de daadwerkelijke omvorming van CTG en CTZ naar zorgautoriteit de aandacht van het kabinet. De komende jaren moet de zorgautoriteit haar nieuwe rol en taken in de praktijk waar gaan maken. De opbouw tot zorgautoriteit vraagt de nodige inzet van haar bestuur. Het kabinet acht het van belang dat de voorzitter van de zorgautoriteit in de opbouwfase zo nodig een beroep kan doen op een extra bestuurslid. Dit artikel regelt dat de minister voor de eerste benoemingsperiode, dus maximaal vier jaar na inwerkingtreding van het onderhavige wetsvoorstel, een extra bestuurslid kan benoemen.

### *Gevolgen intrekking WTG (artikel 115)*

Nadat in het eerste lid de WTG is ingetrokken bepaalt het tweede lid dat de tarieven en prestatiebeschrijvingen zoals die op basis van die wet zijn tot stand gekomen worden aangemerkt als een tarief of prestatiebeschrijving die onder deze wet tot stand is gekomen. Dit laatste geldt ook in die situatie waarin op grond van artikel 2, eerste lid, nieuwe vormen van zorg onder de reikwijdte van deze wet worden gebracht.

### *Vorming Nederlandse Zorgautoriteit (artikel 116)*

Het eerste lid regelt dat het CTG en het CTZ gezamenlijk de zorgautoriteit vormen in één rechtspersoon. Ook regelt dit lid dat door het CTG dan wel CTZ getroffen besluiten worden aangemerkt als besluiten van de zorgautoriteit. Op deze wijze komt er ook geen «gat» in de rechtsbescherming voor betrokkenen. Het tweede tot en met vijfde lid betreffen bepalingen rond de overgang naar een zorgautoriteit en opdrachten aan de minister om voorzover nodig een voorlopig bestuursreglement te treffen. Het zesde lid bevat de in de toelichting op artikel 6 al genoemde overgangperiode voor de rechtspositie van het personeel van het CTG en het CTZ. Omdat deze bepaling is overgenomen uit artikel 4.1 van de I&A-wet Zvw en het de bedoeling is dat voor alle in dat artikel genoemde zbo's de ambtelijke rechtspositie tegelijkertijd van kracht wordt, wordt voor de start van de periode uitgegaan van de inwerkingtreding van de I&A-wet Zvw.

Ingevolge artikel 6 van dit wetsvoorstel heeft het personeel van de zorgautoriteit een ambtelijke status. Volgens de huidige wetgeving bepalen het CTG en het CTZ zelf de rechtspositie van hun personeel. Het personeel van het CTG heeft een arbeidsovereenkomst naar burgerlijk recht, het CTZ-personeel heeft een ambtelijke aanstelling. Om te voorkomen dat door deze verschillende uitgangspunten verwikkelingen ontstaan bij de overgang van het personeel van het CTG en het CTZ naar de zorgautoriteit

wordt in het zevende lid van artikel 116 een arbeidsrelatie van rechtswege gecreëerd.

*Evaluatie wet en zorgautoriteit (artikel 117)*

Dit artikel bevat de opdracht om de wet binnen vijf jaren te evalueren en om de zorgautoriteit binnen vier jaren en vervolgens iedere vier jaar opnieuw te beoordelen.

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

In deze transponeringstabel staat de herkomst van de artikelen van dit wetsvoorstel aangegeven ten behoeve van het terugvinden van de parlementaire geschiedenis. Tussen haakjes is achter ieder artikelnummer van het wetsvoorstel het nummer vermeld waaronder het artikel te vinden was in de versie van het voorstel die naar de Raad van State is gezonden.

WMG	WTG	ZVW	AWBZ	NIEUW
1 (1.1)	1			
2 (1.2)	1			
3 (2.1.1)	18	77		lid 4
4 (2.1.2)	19	78 jo. 59		
5 (2.1.3)	20	78 jo. 60		
6 (2.1.4)	21	78 jo. 61		
7 (2.1.5)	13	78 jo. 62		lid 1 sub b. lid 4
8 (2.1.6)	14			
9 (2.1.7)	29	78 jo. 63		alleen b.a.s
10 (2.1.8)	45	123		
11 (2.2.1)	22, 23	85 jo. 71		
12 (2.2.2)	27	85 jo. 72		
13 (2.2.3)	24, 25	85 jo. 73		
14 (2.2.4)	22, 23, 25	85 jo. 75		
15 (2.2.5)	22, 24	85 jo. 76		
16 (3.1.1)	18 lid 2	77 lid 3		sub a
17 (3.1.2)				gehele artikel
18 (3.1.3)				gehele artikel
19 (3.1.4)				gehele artikel
20 (3.1.5)	29d lid 1			leden 2 en 3
21 (3.1.6)	29a	82 lid 1	43	
22 (3.1.7)	29b	91 lid 2 en 3	57	lid 3
23 (3.2.1)		80		
24 (3.2.2)		81		
25 (3.2.3)		82 lid 2 en 3		
26 (3.2.4)		84 lid 2		
27 (3.3.1)			49	
28 (3.3.2)			50	
29 (3.3.3)			51 lid 2 en 3	
30 (-)			36 lid 4	
31 (4.1.1)				gehele artikel
32 (4.1.2)				gehele artikel
33 (4.2.1)	2			
34 (4.2.2)	2a lid 1,2 en 3	84 lid 1	37 lid 3	
35 (4.2.3)				gehele artikel
36 (4.2.4, 4.2.5)	2b			leden 4 t/m 7
37 (4.2.5)		83		leden 1, 3 en 4
38 (4.2.6)	2a lid 4			
39 (4.2.7)				gehele artikel
40 (4.3.1)				gehele artikel
41 (4.3.2)				gehele artikel
42 (4.3.2)				gehele artikel
43 (4.4.1)	4			
44 (4.4.2)	6 lid 1			
45 (4.4.3)	8			
46 (-)				gehele artikel
47 (4.4.4)	6a, 8a			
48 (4.4.5)	7			
49 (4.5.1)	10a			
50 (4.6.1)	11			
51 (4.6.2)	15			
52 (4.6.3)				gehele artikel
53 (-)				gehele artikel
54 (5.1)	30			
55 (5.2)	30a			
56 (5.2)	30, 30a			
57 (5.5)				gehele artikel
58 (5.4)				gehele artikel
59 (5.4)				gehele artikel
60 (5.8, 5.9)				gehele artikel
61 (5.8)				gehele artikel
62 (5.2)				lid 2

WMG	WTG	ZVW	AWBZ	NIEUW
63 (5.3, 5.7)				gehele artikel
64 (5.9, 5.10)	29c			lid 2 en 3
65 (5.6)	33			
66 (6.1.1)	31	79		
67 (-)				gehele artikel
68 (6.1.2)				gehele artikel
69 (6.1.3)				gehele artikel
70 (6.2.1)	32 lid 2			
71 (6.2.2)		94 lid 1		
72 (6.2.3)			57c lid 1	
73 (6.2.4)		94 lid 2, 3	57c lid 2, 3	
74 (6.2.5)		94 lid 4 – 11	57c lid 4 – 10	
75 (6.2.6)				gehele artikel
76 (6.3.1)	32			reikwijdte
77 (6.3.2)		95		
78 (6.3.3)			57d	
79 (6.4.1.1)				gehele artikel
80 (6.4.1.2)		97		
81 (6.4.1.3)		98		
82 (6.4.1.4)		99		
83 (6.4.1.5)		100		
84 (6.4.2.1)		101		
85 (6.4.2.2)		102		
86 (6.4.2.3)		103		
87 (6.4.2.4)		104		
88 (6.4.2.5)		105 lid 2 en 3		
89 (6.4.2.6)		106		
90 (6.4.2.7)		107		
91 (6.4.2.8)		108, lid 2, 3		
92 (6.4.2.9)		109		
93 (6.4.2.10)		110		
94 (6.4.2.11)		111		
95 (6.4.2.12)		112		
96 (6.4.2.13)				gehele art. (Awb)
97 (6.4.2.14)		113		
98 (6.5.1)		95, 97 – 100		
99 (6.6.1)	35			
100 (6.6.2)		115	62	lid 2
101 (6.6.3)				gehele artikel
102 (7.1)				
103 (7.2)				
104 (7.3)				
105 (7.4)				
106 (7.5)				
107 (7.6)				
108 (7.7)				
109 (-)				
110 (7.8)				
111 (7.9)				
112 (7.10)				
113 (-)				
114 (-)				
115 (8.1)				
116 (8.2)				
117 (8.4)				
118 (8.5)				
119 (8.6)				