

Vergaderjaar 2005–2006

30 186

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

Nr. 7

VERSLAG

Vastgesteld 8 november 2005

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹, belast met het voorbereidend onderzoek van bovengenoemd wetsvoorstel, heeft de eer onderstaand verslag uit te brengen.

Onder het voorbehoud dat de regering de in het verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende zal beantwoorden acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

Inhoudsopgave	Blz.
Inleiding	3
Achtergrond wetsvoorstel	8
Bijzonderheid zorgmarkten	9
Bundelen toezicht	11
Sectorspecifiek markttoezicht	12
Toezicht uitvoering verzekeringswetten	15
Rolverdeling minister van vws en zorgautoriteit	16
Verhouding zorgautoriteit tot andere regulators en toezichthouders	17
De nederlandse zorgautoriteit	19
Gevolgen voor betrokken partijen	21
Informatievoorziening	22
Administratieve lasten	23
Artikelsgewijs	24

¹ Samenstelling:

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

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

INLEIDING

De leden van de CDA-fractie hebben kennis genomen van voorliggend wetsvoorstel. Zij menen dat voor een goed functionerend zorgstelsel goed toezicht essentieel is. De overheid is immers verantwoordelijk voor de kwaliteit, de bereikbaarheid en de toegankelijkheid van zorg in Nederland. Na de leerplicht is de plicht tot het aangaan van de zorgverzekering materieel één van de grootste plichten die de overheid oplegt aan haar burgers. Verder is kwalitatief goede zorg één van de grootste zorgen en wensen van de Nederlandse bevolking. Een goed toezicht daarop is essentieel, zeker vanuit het perspectief van een patiënt, die zich soms

machteloos kan voelen. Om ervoor te zorgen dat zij/hij goede zorg krijgt van de zorgverlener en adequaat gedrag van de zorgverzekeraar is goed toezicht in de zorg van groot publiek belang.

Maar goed toezicht alléén is niet voldoende. De leden van de CDA-fractie zijn blij met het nieuwe zorgstelsel, waarin vraagsturing en prikkels centraler staan en de centrale aanbodsturing verdwijnt. In het huidige stelsel is het vaak in het geheel niet in het belang van de individuele zorgaanbieder of zorgverlener om zijn klant goed te bedienen, want als particuliere verzekeraar benadeelt je jezelf als je een chronisch zieke tegen een scherpe prijs verzekert. Je verliest veel geld en dus is het economisch beter om hem te weigeren. Omdat dat maatschappelijk zeer ongewenst is, komt er een vereveningsstelsel, waardoor een verzekeraar extra compensatie krijgt voor zieken. De prikkel voor de verzekeraar is bij een goede verevening hetzelfde als het maatschappelijk gewenste gedrag.

Het ontbreken van perverse prikkels is ook een voorwaarde voor organisaties om hun verantwoordelijkheid zelf te kunnen nemen, en niet te worden geconfronteerd met een overheid, die alle aspecten van doen en laten controleert. Een voorwaarde voor een lichtere vorm van toezicht is dus het bestaan van inherente prikkels om goed gedrag te vertonen. De leden van de CDA-fractie vragen de regering dan ook aan te geven hoe zij vindt dat «spelers» allereerst hun eigen verantwoordelijkheid kunnen en moeten nemen voordat zij met lange vragenlijsten beoordeeld worden op hun gedrag.

Goed toezicht voldoet in de ogen van deze leden dan ook aan een aantal criteria:

1. Er is de juiste hoeveelheid toezicht: teveel toezicht werkt verstikkend en veroorzaakt bureaucratie. Te weinig toezicht kan leiden tot excessen die niet bestreden worden.
2. Er is een heldere verantwoordelijkheidsverdeling tussen de toezichthouders, en het is helder wie eindverantwoordelijk is bij een misstand.
3. De kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg zijn gewaarborgd door het toezicht. Het toezicht is ook zodanig dat er keuzevrijheid is, wanneer mogelijk.
4. De regelgevende bevoegdheid is gescheiden van het feitelijke toezicht.
5. Het toezicht heeft een heldere doelstelling: de positie van de patiënt/consument versterken, vooral daar waar hij/zij geen effectieve keuze heeft.

De leden van de CDA-fractie zien de invoering van het nieuwe zorgstelsel op 1 januari 2006 als het ideale moment om ook het toezicht te herordenen en toe te snijden op de nieuwe ordening van gereguleerde marktwerking in de zorg. Uitgangspunt bij het toezicht is dus de nieuwe ordening. Zij vragen de regering expliciet aan te geven welke deelmarkten kunnen ontstaan op elk van de drie markten (verzekeringmarkt, zorgaanbiedermarkt, zorgverleningmarkt) en welke toezichthouder (Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), DNB, AFM, IGZ, CVZ) op welke aspecten van elk van die deelmarkten toezicht kan en mag houden. Kan de regering deze informatie samenvatten in zowel een figuur als een tabel? Kan de tabel ook inzicht verschaffen aan welk wetsartikel elke toezichthouder zijn toezichtbevoegdheid ontleent?

De leden van de CDA-fractie gaan ervan uit dat in die tabel en grafiek duidelijk wordt dat de minister de regelgevende bevoegdheden heeft. Verder hechten zij aan een heldere verdeling: (deel)markt, risico, één toezichthouder en gepast toezichtinstrumentarium, dat onder een vooraf vastgesteld kader wordt toegepast.

De leden van de CDA-fractie hebben namelijk node een analyse gemist van het nieuwe zorgstelsel, de daaruit voortvloeiende gereguleerde markten, de risico's op ongewenst gedrag en gevolgen (zonder uitputtend te zijn: onverzekerden, monopolieposities van aanbieders en vragers, excessieve tarieven, indirecte en directe manieren om klanten te

weigeren, niet-transparante prijzen en afspraken) en het daarbij benodigde toezichtinstrumentarium. Zij zouden de regering erkentelijk zijn als zij deze onderbouwing en analyse alsnog kunnen verschaffen.

Zij zien de analyse graag uitgesplitst in:

- a. De markten waarop toezicht gehouden wordt (zorgverlenermarkt, zorgaanbiedermarkt, verzekerenmarkt) en voor de zorgaanbiedersmarkt ook de verschillen tussen de deelmarkten, waar meer en minder marktwerking van toepassing is (van maatstafconcurrentie tot vrij onderhandelbare Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) en fysiotherapie).
- b. AWBZ, Zorgverzekeringswet, aanvullende verzekering.
- c. Welke gedragingen niet getolereerd zullen worden en op basis van welke objectieve criteria.
- d. Welk toezichtinstrumentarium bij welke soort overtreding toepasselijk is.
- e. De manier waarop de regelgevende bevoegdheid van de overheid (het ministerie van VWS) gescheiden wordt van het feitelijke toezicht.
- f. De gronden voor het afwijken van het toezichtmodel in de Wet Financieel Toezicht, die immers ook op de verzekeringsmaatschappijen van toepassing is.
- g. De borging van de positie van de minister van VWS als verantwoordelijke en systeemverantwoordelijke.
- h. het toezicht op horizontale integratie en ongewenste verticale integratie.

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

Verder vragen zij waar en hoe de positie van verzekerden, die medische hulp nodig hebben, is geborgd. Welke wegen kunnen zij bewandelen om laagdrempelig hun recht te halen t.o.v. een zorgaanbieder of een verzekeraar? Deze leden hechten er in het bijzonder aan dat misverstanden en conflicten op een eenvoudige, laagdrempelige en snelle manier opgelost kunnen worden, bijvoorbeeld door de eenvoudige manier van pakketbeheer, die in de Zorgverzekeringswet aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ) is toegekend.

Ook vernemen zij graag of toezicht op excessieve prijzen en beloningen ook toezicht op bijvoorbeeld salariëring kan inhouden.

Tenslotte vragen zij hoe de rechtmatigheidstoets, die het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) nu uitvoert, in de toekomst eruit zal zien.

Ten aanzien van de samenloop van verantwoordelijkheden met andere toezichthouders, zouden zij graag een paar voorbeelden willen geven met de vraag wie in een specifieke situatie verantwoordelijk is. De leden van de CDA-fractie gaan er namelijk vanuit dat er een beslissingshiërarchie zal zijn (en dus een eindverantwoordelijke) en zien graag aangegeven hoe die is.

I. Alle drie de ziekenhuizen in een regio zijn voornemens te fuseren, waardoor er een regionaal monopolie ontstaat en het dichtstbijzijnde andere ziekenhuis op 50 kilometer komt te liggen voor een aantal mensen in de regio. Welke van de drie toezichthouders – minister/WTZi, Zorgautoriteit/WMG of NMA is bevoegd in te grijpen? Wie mag of moet het voortouw nemen in de procedure om deze fusie te onderzoeken? Klopt het dat elk van de drie op zijn/haar eigen gronden de fusie mag blokkeren?

II. De patiënt heeft recht op een vrije artskeuze, terwijl er op de zorginkoopmarkt contracteervrijheid is. Op welk moment (reisafstand, aantal artsen) zal de zorgautoriteit (of een andere toezichthouder) ingrijpen om te waarborgen dat de patiënt keuzevrijheid heeft bij zijn zorgverzekeraar?

III. Er is een vorm van institutioneel wanbeheer bij een instelling: de raad van toezicht betaalt de directie veel te veel, de instelling komt financieel in

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

Ten slotte merken de leden van de CDA-fractie op dat, hoewel er andere toezichthouders zijn dan de Zorgautoriteit, het wetsvoorstel zich, ondanks haar naam, lijkt te beperken tot de Zorgautoriteit.

Kan de minister kort ingaan op de rol van andere ZBO's, zoals de Tweede Kamer gevraagd heeft bij motie 29 762, nr. 25? De leden van de CDA-fractie hebben overigens kennis genomen van het rapport-Kohnstamm over ZBO's en vragen de regering aan te geven of de nieuwe ZBO Nederlandse zorgautoriteit aan de criteria voldoet.

Welke rol is er voor het CVZ; in omvang toch de grootste ZBO? Met welke redenen wordt voor welke rechtsvormen gekozen bij de verschillende toezichthouders, met name CVZ, NZA en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)? Ook vragen de ze leden waar de taken van het College sanering ondergebracht zullen worden.

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het wetsvoorstel. Zij vinden het van groot belang dat het toezicht op de zorgsector op goede wijze verloopt. Daarbij staat voorop, dat goed toezicht moet leiden tot de best mogelijke prijs-kwaliteitverhouding van zorg voor patiënten.

Zij hebben er behoefte aan vooraf de volgende algemene opmerkingen te maken.

Ten eerste hebben zij de indruk dat de scheidsrechter (de Nederlandse Zorgautoriteit, hierna te noemen de zorgautoriteit), pas in een zeer laat stadium van de wedstrijd het veld op wordt gestuurd. Dat is onwenselijk, en in hun ogen een nadeel van de haast waarmee het stelsel is veranderd. Ten tweede zien deze leden dat de wijze waarop de basisverzekering is vormgegeven (privaatrechtelijk), een sterke toezichthouder noodzakelijk maakt. Er is naar hun mening een gereede kans dat de verzekeraars en zorgaanbieders uiteindelijk noch de tucht van de markt, noch de dwingende hand van de overheid zullen voelen. De Wet marktordening gezondheidszorg is de meest duidelijke uitvoering van de «bureaucratisch gesimuleerde marktwerking», waar de Raad van State destijds van sprak. Hoe beter deze wet werkt, hoe groter de kans dat uiteindelijk de gesimuleerde marktwerking leidt tot optimale uitkomsten voor betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland. In die zin zien de leden van de PvdA-fractie in de zorgautoriteit een bondgenoot, die naar hun mening volledig ten dienste zou moeten staan van het bereiken van optimale uitkomsten voor patiënten en verzekerden. Er is hen dan ook alles aan gelegen om deze bondgenoot zo sterk en daadkrachtig mogelijk te maken. Dat betekent dat bij twijfel zij de toezichthouder eerder méér dan minder bevoegdheden zouden geven. Dat heeft als nadeel dat hierdoor extra regeldruk kan ontstaan. Bij de afweging tussen minder regeldruk of meer waarborgen ten behoeve van patiënten- en verzekerdenbelang, kiezen zij voor het laatste. Gegeven het voorliggende privaatrechtelijke zorgverzekeringsstelsel hebben de leden gekozen voor sterke toezichthouders/marktmeesters en in dat licht hebben zij deze wet beschouwd.

Tenslotte zullen deze leden het wetsvoorstel beoordelen op de helderheid van de opdracht aan de zorgautoriteit, zodat inderdaad deze «bondgenoot» succesvol zal zijn.

De leden van de PvdA-fractie voorts antwoord op de volgende algemene vragen.

Wat is precies de opdracht van de zorgautoriteit? Wanneer is de zorgautoriteit geslaagd? Op basis van welke concrete criteria zal de zorgautoriteit straks geëvalueerd en afgerekend worden?

Is de taakopdracht van de zorgautoriteit gericht op louter het beheersen van de kosten van de gezondheidszorg binnen de aanbodssturing (DBC A segment/AWBZ), op het creëren van goede marktwerking en een groter aandeel van vrije tarieven (DBC B segment), of juist op het stimuleren van een optimale prijs/kwaliteitsverhouding van de gezondheidszorg? Wat beschouwt de minister als een optimale prijs/kwaliteitsverhouding in de gezondheidszorg? Hoe beschouwt de minister in dit licht de kritiek van Zorgverzekeraars Nederland, dat zij ondanks de wet nog een afweging zullen moeten maken tussen bijvoorbeeld vrije artskeuze en kosten, en dat de wet hen daar geen handvaten voor biedt? Waar legt de minister de prioriteit?

In de overweging van de wet wordt de kwaliteit van de zorg niet expliciet als doelstelling genoemd. Waarom niet? Deelt de minister de mening van deze leden dat, gezien de taakstelling op prijs-kwaliteitverhouding, het logischer is dit wel in de overweging op te nemen?

Deze leden zien de wet, zoals alle wetten in de zorg, primair als middel om goede zorg en betaalbare verzekeringen te borgen. Daarom vragen zij wat precies de positie is van patiënten/verzekerden ten opzichte van de zorgautoriteit? Worden patiënten- en consumentenorganisaties als belanghebbenden erkend? Kunnen mensen die het idee hebben dat hun rechten niet goed zijn geregeld, dat ze teveel betalen, en dat de zorg die zij krijgen niet van voldoende kwaliteit is met hun klachten bij zorgautoriteit terecht? Is er straks één aanspreekpunt voor alle klachten rond de marktwerking voor patiënten/verzekerden? Kunnen patiënten- en consumentenorganisaties structureel als belanghebbende partij erkend worden in de Wet marktordening gezondheidszorg? Wanneer zal het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren afgerond zijn, wat is het tijdspad voor ontwikkeling en publicatie van deze indicatoren? Wat is hier de verantwoordelijkheid van de zorgautoriteit?

In hoeverre geldt er een beperking van de informatie die over zorgaanbieders gepubliceerd moet worden, of is alle informatie over zorgaanbieders opvraagbaar?

Wat zijn de termijnen waarbinnen de zorgautoriteit uitspraken doet?

De leden van de VVD-fractie hebben kennis genomen van de inhoud van voorliggend wetsvoorstel Marktordening gezondheidszorg. In een nieuw stelsel, waarin gereguleerde marktwerking centraal staat, zijn heldere en duidelijke spelregels cruciaal. Nu het veld en de spelregels aanzienlijk gaan veranderen, is het ook zaak het toezicht daarop aan te passen. Deze leden hechten veel waarde aan goed en helder toezicht in de zorg. Het toezicht moet zich ook beperken: niet meer dan nodig. Dat geldt zowel voor het aantal toezichthouders als de punten waarop toezicht wordt gehouden. Stroomlijning is voor deze leden het sleutelbegrip. Tegelijkertijd is het van belang dat de taken van een toezichthouder elkaar niet in de weg zitten, opdat zij goed kunnen worden uitgevoerd.

De leden van de VVD-fractie hebben een aantal kritische vragen. Ook nemen zij een aantal vragen van belangenorganisaties mee in deze inbreng, opdat de minister hierop zijn visie kan geven.

In de visie van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is de lange-termijn-visie van het kabinet over het gewenste sturingsconcept van de gezondheidszorg met name gestoeld op een aantal ideaaltypische beelden en theoretische concepten in termen van gereguleerde marktwerking, vraagsturing, zorgplicht, transparantie, keuzevrijheid, enzovoort. Het op abstract niveau benoemen van een aantal wenselijke theoretische concepten biedt volgens hen onvoldoende rechtszekerheid en houvast om invulling te kunnen geven aan de verwachtingen over marktwerking als sturingsprincipe. ZN vindt het een risico dat de abstracte concepten nog niet zijn

uitgewerkt in een helder en maatschappelijk breed gedragen operationeel kader. Graag ontvangen deze leden een reactie van de minister op deze kanttekeningen.

Uit onderzoek van de Volkskrant (voorpagina zaterdag 22 oktober 2005 bladzijde 7) blijkt dat de zorgverzekeraars in 2004 en 2005 een bedrag van 1.3 miljard euro hebben bespaard op de uitgaven voor geneesmiddelen. Dit geld is toegevoegd aan de reserves en niet teruggegeven aan de verzekerden, zo stelt deze krant. De premies stegen in de jaren 2004 en 2005 harder dan de kosten. In zijn algemeenheid is dit gedrag te verklaren uit de relatief slechte jaren die zorgverzekeraars achter de rug hebben. Maar, die jaren waren toch niet voor iedereen en voor iedereen in gelijke mate slecht. Zijn er ook zorgverzekeraars die deze lagere uitgaven wel hebben verwerkt in hun premie? Waar ligt in het nieuwe stelsel de grens tussen samenwerking en afgestemd marktgedrag van verzekeraars en aanbieders? Zijn de spelregels hierover voldoende duidelijk?

De leden van de SP-fractie hebben het wetsvoorstel, dat volgens hen kan worden gezien als een sluitstuk om de marktwerking definitief in te kunnen voeren in de gezondheidszorg, niet juichend ontvangen. Zij zouden liever hebben gezien dat de zorgautoriteit een instelling zou zijn die op het gebied van kwaliteit en management instellingen met elkaar vergelijkt en instructies geeft wat er waar en hoe beter kan. Vergelijkbare instellingen zijn er al in Duitsland en Groot-Brittannië. Tijdens de begrotingsbehandeling 2005 op 28 oktober 2004 heeft de minister toegezegd een paar mensen te sturen naar deze landen om te kijken hoever men daar is met een soort van benchmarkinstelling, en of Nederland daar iets van kan leren. Deze leden vragen of er al mensen zijn afgereisd en wat daar is geleerd. Als dat nog niet het geval is ligt dit dan wel in de planning?

De leden van de SP-fractie zijn grote voorstanders van ruimte voor eigen initiatief en verantwoordelijkheid. Zij zijn er alleen niet van overtuigd dat de invoering van marktmechanismen hiervoor noodzakelijk is. Er wordt beweerd dat fuseren of het doen aan schaalvergroting door zorgverzekeraars en zorgaanbieders onder andere komt door de mogelijke invloed van «de politiek». Zou het ook mogelijk kunnen zijn dat de fusiegolf en concentratiegolf een inspel is op de komende concurrentie die men met elkaar moet gaan voeren? Zijn er bijvoorbeeld richtlijnen hoeveel instellingen, zorgverzekeraars er moeten zijn voor een goede concurrentie en voldoende keuzemogelijkheid?

Er wordt opgetreden als er aantoonbaar publieke belangen in gevaar komen. Door wie of wat of waardoor wordt bepaald dat er een publiek belang in gevaar komt? Kan dit bijvoorbeeld gebaseerd zijn op individuele voorvallen die op zichzelf lijken te staan, maar als ze naast elkaar worden gelegd toch een rode draad bevatten?

De leden van de SP-fractie zijn verheugd dat de marktwerking niet lukraak wordt ingevoerd, maar volgens de minister behoedzaam en geleidelijk. Betekent dit dan ook dat er een vangnet aanwezig zal zijn voor het geval blijkt dat de invoering van marktprikkels negatieve gevolgen zal hebben voor de kwaliteit, innovatie in de zorg en er verschraling op zal treden? Hoe ziet het vangnet er uit, en is er bijvoorbeeld een scenario op de invoering van marktprikkels terug te draaien of te stoppen?

Partijen met aanmerkelijke marktmacht kunnen verplichtingen worden opgelegd. De leden van de SP-fractie vragen hoe voorkomen gaat worden dat de informatiestroom voor mensen net zo ondoorzichtig wordt als bij de mobiele telefonie? Voorts vragen zij wie bepaalt wat noodzakelijke informatie is, en of deze op meerdere manieren verkrijgbaar zal zijn of zal het internet de informatiebron worden? Zij vragen dit omdat niet iedereen beschikt over het internet of er even makkelijk op kan zoeken. Gezien de tendens van dure informatienummers, zoals de 0900 nummers, vragen zij of informatie in het kader van de gezondheidszorg niet vrij toegankelijk

moet zijn. Graag ontvangen de leden van de SP-fractie een reactie van de minister.

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

In het wetsvoorstel lezen de leden van de SP-fractie dat de minister het bestuur zal benoemen. Hoe gaat de procedure verlopen? Wordt het een open sollicitatieprocedure, en hoe transparant zal de procedure zijn? Hoe wordt bijvoorbeeld de schijn van een politieke benoeming tegengegaan? Daarnaast kan de minister ingrijpen als de zorgautoriteit haar taken verwaarloost. Wie of wat bepaalt wat de verwaarlozing is, en kan het zijn dat de Kamer hier de minister op aanspreekt?

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het wetsvoorstel Wet marktordening gezondheidszorg (WMG). Deze leden hechten groot belang aan goed toezicht op de marktwerking in de zorg. Het voorliggende wetsvoorstel bevat echter een aantal onduidelijkheden, die deze leden aanleiding geven tot het stellen van een aantal vragen. De zorgautoriteit zal alleen optreden als publieke belangen daadwerkelijk en aantoonbaar in gevaar komen. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering wat er in het kader van dit wetsvoorstel precies moet worden verstaan onder «publieke belangen». Wanneer komen deze «daadwerkelijk en aantoonbaar» in gevaar? Het motto van dit wetsvoorstel is marktwerking waar mogelijk, tariefregulering waar nodig.

Op bladzijde 3 van de memorie van toelichting staat dat het daarom zeer goed mogelijk is dat gedurende langere tijd deelmarkten waar sprake is van een vorm van aanbodregulering en deelmarkten waar een vorm van marktwerking geldt naast elkaar zullen bestaan. De leden van de ChristenUnie-fractie willen van de minister weten of de consequentie hiervan ook kan zijn dat op sommige deelmarkten aanbodsturing en tariefregulering gehandhaafd blijft of dat het de bedoeling is dat dit uiteindelijk op alle deelmarkten wordt losgelaten. Wat bedoelt de minister in deze context met de term «glijdende schaal» (bladzijde 11 van de memorie van toelichting)?

De WMG voorziet in spelregels en bijbehorend toezicht om de overstap naar meer marktwerking veilig te kunnen maken. Deze leden willen van de regering weten of dit betekent dat de WMG slechts een overgangswet is. Op bladzijde 5 van de memorie van toelichting staat dat de minister bepaalt op welke deelmarkten tarieven vrij onderhandelbaar zijn. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering welke criteria zij daarbij hanteert.

De leden van de SGP-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het voorgestelde Wetsvoorstel marktordening gezondheidszorg. Zij vinden het belangrijk dat er een goede toezichthouder is die de ontwikkelingen op het terrein van de zorg kritisch volgt. In de zorgsector gaat het immers om belangrijke publieke belangen die goed gewaarborgd moeten zijn. Graag zouden deze leden zien dat de regering aangeeft welke aantoonbare publieke belangen door de zorgautoriteit precies moeten worden gewaarborgd.

Een belangrijk aandachtspunt voor deze leden is de wijze waarop de kwaliteit van de zorg is gewaarborgd. De werking van de zorgverzeke-

ringsmarkt kan immers niet losgezien worden van de kwaliteit van de zorgverlening. Weliswaar heeft de Inspectie een toezichtfunctie bij geconstateerde problemen, maar een feitelijke toetsing van de manier waarop kwaliteit getoetst wordt door zorgverzekeraars lijkt toch vooral een taak te moeten zijn van de zorgautoriteit. Graag zien deze leden uitgewerkt op welke manier de kwaliteit concreet meegenomen en getoetst wordt bij de beoordeling van bijvoorbeeld voorbeeldpolissen.

In de toelichting staat dat in de huidige situatie schaalvergroting door aanbieders en verzekeraars wordt gezien als een belangrijke voorwaarde om effectief de politiek te kunnen beïnvloeden. Het lijkt erop dat de regering meent dat de invoering van gereguleerde marktwerking deze tendens zal keren. Deze gedachte lijkt de leden van de SGP-fractie niet logisch. Kan worden toegelicht op welke manier dit wetsvoorstel bij zal dragen aan het tegengaan van schaalvergroting? Welke garanties zijn erin opgenomen?

ACHTERGROND WETSVOORSTEL

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

Twijfel zou kunnen ontstaan of alle hierboven genoemde taken in één organisatie verenigbaar zijn. Een «marktmeester» faciliteert een markt en bevordert marktwerking. Als dat onterecht ten koste gaat van posities van anderen, dan heeft hij vanuit zijn faciliterende rol de mogelijkheid als politieagent in te grijpen. De marktmeester beoordeelt of er juist gehandeld wordt. De toezichthouder is te vergelijken met een controleur. Achteraf beoordeelt deze of er op een bepaald moment op een juiste manier is gehandeld. Dit betekent specifieke controle achteraf. De tariefsteller daarentegen is participant, en valt onder het toezicht van de eigen organisatie. Een organisatie heeft intrinsiek de drive om zichzelf in stand te houden of te groeien. Hoe waarschijnlijk is het dat de beslissing of tariefstelling nog noodzakelijk is, objectief wordt genomen, als het betekent dat de eigen organisatie daarmee macht en banen verliest? Hoe logisch is het dat de toezichthouder toezicht op zichzelf moet houden? Kan de minister ingaan op deze kanttekeningen ten aanzien van de dubbelrol van de zorgautoriteit?

De wet gaat uit van een toekomstige situatie waarin de zorg uit twee categorieën deelmarkten bestaat. De deelmarkten binnen de ene categorie zijn vergelijkbaar met de huidige situatie in de zorg en kennen een tariefregime. Deelmarkten binnen de andere categorie zijn geliberaliseerd, met vrij onderhandelbare tarieven. Niet de overheid bepaalt de prijs, maar de consument die voor een bepaalde prijs-kwaliteitverhouding kiest, en op die manier druk uitoefent op zorgverzekeraars om bepaalde aanbieders wel of niet te contracteren. In deze dynamiek zijn er minder overheidsregels nodig, is de verwachting. Veel veldpartijen stellen dat het tegendeel gebeurt. Zij zijn van mening dat de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) juist op deze geliberaliseerde deelmarkten een batterij aan toezichts- en interventie-instrumenten loslaat. De verplichtingen die de zorgautoriteit kan opleggen op geliberaliseerde markten zijn zo ingrijpend dat de ondernemingsvrijheid in de gereguleerde markten zelfs groter lijkt. Kan de minister in gaan op het verwijt dat hiermee het paard achter de wagen wordt gespannen? Ondernemingsvrijheid is noodzakelijk voor innovatie, klantgerichtheid, kwaliteitsverbetering en doelmatige zorg. De zorg heeft aspecten die vergen dat met onze steun deze markt wordt gere-

guleerd. Maar als vrijheid en het risico dat daaraan inherent is, teveel wordt ingeperkt, is de hele exercitie tamelijk zinloos. Heeft de minister vertrouwen in de deelmarkten die zijn geliberaliseerd?

Wat vindt de minister van de stelling van een aantal critici dat de WMG de gang naar marktwerking omgeeft met dermate uitgebreide interventiemogelijkheden dat van een geliberaliseerde markt niet gesproken kan worden. Zonder opletten wordt de marktwerking in de zorg al lamgelegd nog voor ze goed en wel op gang gekomen is. In hoeverre denkt de minister met het voorliggende wetsvoorstel aansluiting te houden tussen het sectorspecifieke toezicht met het algemene markttoezicht?

Graag ontvangen de leden van de VVD-fractie een uitgebreide reactie van de minister.

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

Op dit moment erkent de regering nog dat de gezondheidszorg een bijzondere markt is, en dat daarom de zorgautoriteit opgericht wordt naast alle andere controlerende marktinstellingen zoals de NMa. Toch krijgen de leden van de SP-fractie het idee dat de minister het liefst de zorgautoriteit ziet opgaan in de NMa. Zo ja, op welk moment zou dit dan zijn, en wie bepaalt of hoe wordt bepaald dat de zorg vergelijkbaar is geworden met andere markten? Waaraan moet de zorgmarkt volgens de minister voldoen om onder de NMa te kunnen vallen?

BIJZONDERHEID ZORGMARKTEN

Wie houdt op de zorgverlenermarkt en op de zorginkoopmarkt gedrags- toezicht op de zorgaanbieder, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Indien de Inspectie de kwaliteit van de zorg bij een instelling niet voldoende vindt, terwijl de instelling niet aan de solvabiliteitseisen voldoet, welke vorm van toezicht heeft dan de voorkeur.

De leden van de CDA-fractie delen de mening dat de positie van de patiënt en de verzekerde bijzondere aandacht vraagt: Toezicht geschiedt in het belang van de patiënt: om de kwaliteit (IGZ) te controleren of de prijs zodanig vast te stellen dat zorg betaalbaar blijft. Toch missen deze leden een toelichting op de rol van deze groepen bij de zorgautoriteit. Hebben zij bijvoorbeeld adviesrecht bij informatie? Kunnen zij zelf gesignaleerde misstanden voorleggen aan de zorgautoriteit en die dwingen tot een uitspraak?

Sinds enige tijd loopt er een experiment met vrije tarieven in de fysiotherapie, zo merken de leden van de VVD-fractie op. MKB-Nederland plaatst een aantal kritische kanttekeningen bij de uitvoering van het experiment. Zo hebben verschillende partijen verschillende opvattingen over het doel van het experiment. Uit de eerste door het CTG/Zaio uitgevoerde monitor blijkt dat het nodig is wijzigingen aan te brengen in de randvoorwaarden waaronder het experiment plaatsvindt. Het instrumentarium daarvoor ontbreekt echter. Daarmee dreigt het gevaar dat de overheid geen lering trekt uit een waardevol experiment, en daarmee dus niet de kennis opbouwt om ook in andere deelmarkten -desnoods op experimentele basis- verdere vrijheid van tarieven toe te staan. Dit wringt des te meer omdat wel degelijk andere groepen zorgaanbieders graag met deze onderhandelingsvrijheid aan de slag willen. Proeftuinen zijn belangrijk in

het traject naar vrije tarieven. Is de minister van mening dat voldoende gebruik wordt gemaakt van het feit dat ten aanzien van de fysiotherapie gekozen is voor een experiment? Waar blijkt dat uit? Wat zijn de lessen voor de toekomst?

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

Cruciaal in het nieuwe stelsel is het machtsevenwicht tussen alle betrokkenen. Als de verzekeraars te zwak zijn en in hun inkoop geen goede prijs/kwaliteitsverhouding kunnen afdwingen, zal de premie te hoog en de zorg van onvoldoende kwaliteit zijn. De doelmatigheid is dan zoek. De NMa en straks ook de Zorgautoriteit zullen toezicht houden op een juist machtsevenwicht. Door de leden van de VVD-fractie zijn regelmatig zorgen geuit over de toepassing van de Mededingingswet in de zorg. Enerzijds lijkt het of instellingen maar kunnen blijven fuseren, zonder dat er wordt ingegrepen. Zorgverzekeraars kunnen inkoopcombinaties sluiten. Anderzijds mogen beroepsbeoefenaren maar zeer beperkt samenwerken in de contractering. Dat is vreemd. Het gaat dan ineens niet om aanmerkelijke marktmacht. Is de minister met deze leden van mening dat de bagatelregeling te beperkt en rigide is? Het plafond van 9 ton euro (908 000) omzet is ook een te laag plafond volgens de leden van de VVD-fractie. Een beetje huisartsensamenwerkingsverband (maximaal 8) mag wel samenwerken, maar dan ineens niet gezamenlijk onderhandelen. Ook andere beroepsbeoefenaren, denk bijvoorbeeld aan fysiotherapeuten, lopen hier tegenaan. Deze leden zijn van mening dat ook ten aanzien van het zorgaanbod beter gewerkt kan worden met aanmerkelijke marktmacht. Dit verschilt uiteraard tussen de ene en de andere stad, en tussen regio's. Zorgverzekeraars mogen echter niet tegen een gesloten markt oplopen. Dat ziet de verzekerde direct terug in de premies en kwaliteit van zorg. Anderzijds moeten beroepsbeoefenaren ook een positie hebben die hen in staat stelt zelf invloed te hebben op hun werk en hoe zij dat uitoefenen, maatwerk te leveren afgestemd op de lokale situatie. Kern van het verhaal is markevenwicht. Graag ontvangen de leden van de VVD-fractie een uitgebreide reactie.

Behoedzaamheid en geleidelijkheid zijn belangrijke principes bij de overgang naar meer marktwerking. De leden van de SGP-fractie constateren echter dat deze waarden niet zo concreet worden gemaakt. Welke stappen denkt de regering te gaan nemen in de fase van overgang naar geregleerde marktwerking? Hoe zijn de behoedzaamheid en geleidelijkheid hierin terug te vinden?

Voor een goede beoordeling van de beleidsinzet van de regering op dit terrein is het nodig dat duidelijk wordt welke wezenlijke toegevoegde waarde er ligt in de geregleerde marktwerking ten opzichte van de huidige situatie. Kan de regering dit toelichten? Betekent deze benadering automatisch minder regels voor de betrokken partijen? Of worden zij geconfronteerd met enerzijds minder overheidsregels en anderzijds een toename van de regelgeving door de verschillende toezichthouders? Graag zouden de leden van de SGP-fractie de verwachte verbeteringen op dit terrein en op andere onderdelen zo concreet mogelijk uitgewerkt zien.

Ook zouden zij – in lijn met eerdere opmerkingen – graag zien dat de regering tevens aangeeft hoe andere publieke waarden door de gereguleerde marktwerking beter worden gewaarborgd. Te denken is aan kwaliteit, beschikbaarheid en bereikbaarheid van de zorg. Ook is te denken aan aandacht en tijd voor de patiënt met zijn of haar problemen.

De Zorgautoriteit krijgt tevens de taak om objectieve voorlichting te geven over de markten en de keuzemogelijkheden van de patiënt. De vraag van de leden van de SGP-fractie is of deze taak niet in de knel komt met de algemene, onafhankelijke toezichthoudende taak van de Zorgautoriteit. Is het risico niet groot dat onafhankelijke toetsing uiteindelijk overgaat in sturing en aanbeveling?

BUNDELEN TOEZICHT

De leden van de CDA-fractie merken op dat in het voorliggende wetsvoorstel een groot gedeelte van het toezicht in de handen van de zorgautoriteit geplaatst wordt.

Over een paar van deze bundelingen hebben deze leden de volgende specifieke vragen.

Waarom heeft de zorgautoriteit een groot aantal regelgevende bevoegdheden, veelal als pseudo-marktmeester? Is het een bewuste keuze om regels te laten uitvaardigen (bijvoorbeeld artikel 35) door dezelfde instantie die toezicht houdt en hoe verhoudt zich dat tot de expliciete scheiding van deze taken bij andere wetgeving, zoals de Wet financiële dienstverlening (WFD)?

De leden van de SP-fractie maken uit voorliggend wetsvoorstel op dat het toezicht van de zorgautoriteit aanvullend wordt op de andere toezichthouders, zoals de NMa, DNB, AFM en IGZ. Zij hebben wel zorgen dat er door de vele betrokken toezichthouders de mogelijkheid geschapen wordt om bij mistanden met de vinger naar de ander te gaan wijzen. Is de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bijvoorbeeld aan te spreken op misstanden die vallen onder de verantwoordelijkheid van de NMa? Wat wordt zijn relatie en die van de Kamer tot de andere toezichthouders? Deze leden denken dat met deze grote stelselwijziging het noodzakelijk zal zijn als een toezichthouder controleert op de kwaliteit in relatie tot de stelselwijziging. Hoe denkt de minister hierover, wordt dit gedaan en zo ja, door wie? Hoe staat de minister tegenover een gecombineerde controle op doelmatigheid en kwaliteit? De leden van de SP-fractie maken zich namelijk zorgen dat de druk om doelmatig te werken op gespannen voet kan komen te staan met kwaliteit. Zij vragen dan ook of er een controle komt op de contracten die worden afgesloten. Bijvoorbeeld bij de fysiotherapeuten werd op een gegeven moment in een contract gesteld dat een huisbezoek evenveel zou moeten kosten als een behandeling in de praktijk. Wie controleert of prijsafspraken geen gevolgen zullen hebben voor de kwaliteit? De leden van de SP-fractie weten dat de IGZ controleert op de kwaliteit, maar in het algemeen legt zij dit niet naast prijsafspraken of afspraken over doelmatigheid.

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

houder gerechtvaardigd is. Komt deze keuze niet in strijd met de gedachte dat er niet onnodig veel toezichthouders moeten zijn? Is de NMa niet in staat om «nieuwe» sectoren te leren kennen?

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

SECTORSPECIFIEK MARKTTOEZICHT

De leden van de CDA-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

Wie bepaalt of er sprake is van kruissubsidiëring op de zorgverzekeringsmarkt: de minister of de zorgautoriteit? Wie heeft de bevoegdheden om welke stappen te nemen?

De leden van de CDA-fractie hebben nog een aantal vragen over de onderhandelingen tussen een aantal relatief kleine zorgaanbieders (bijvoorbeeld huisartsen, fysiotherapeuten en tandartsen) en een dominante regionale verzekeraar. Hoe wordt in dit voorbeeld de machtconcentratie van 25% tot 55% uit de memorie van toelichting berekend, zowel voor de aanbieders als voor de verzekeraar? Gaat deze 25% tot 55% regel boven de bagatelbepaling in de Mededingingswet?

De OPTA wordt meerdere malen genoemd in de memorie van toelichting, maar er is voor gekozen om de zorgautoriteit minder vergaande bevoegdheden te geven in het ingrijpen in de tarieven en het narekenen van de kostentoe rekening. Graag vernemen de leden van de CDA-fractie waarom deze keuze gemaakt is.

De leden van de PvdA-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

Op basis van welke adviezen en criteria bepaalt de minister op welke deelmarkten tarieven vrij onderhandelbaar zijn? Waarom worden algemene structurele marktbelemmeringen niet vóór de introductie van marktwerking opgelost? Wat bedoelt de minister met «bepaalde vormen van marktfalen die hardnekkiger zijn dan aanvankelijk gedacht»? Kan de minister hier voorbeelden van geven?

Waarom is de Mededingingswet de basis en het uitgangspunt voor het marktordenings-instrumentarium van de zorgautoriteit? Kan het op basis van dit uitgangspunt nog wel een marktmeester met extra bevoegdheden worden, zoals de DTe die ook was, of wordt de zorgautoriteit door dit uitgangspunt slechts in een «observator» ten behoeve van de NMa?

Wat is de reikwijdte van het begrip aanmerkelijke marktmacht zoals gedefinieerd in artikel 41? Hoe verhouden artikel 40 en 41 zich tot elkaar? Is het waar dat het begrip aanmerkelijke marktmacht zoals gedefinieerd in artikel 41 alleen betrekking heeft op de zorgaanbodmarkt? Waarom onttrekt de minister de zorgverzekeringsmarkt aan het ex-ante marktordeningsinstrumenten zoals die wél worden toegepast op de zorgaanbodmarkt? Waarom stelt de minister m.b.t. aanmerkelijke marktmacht wel eisen aan zorgaanbieders en niet aan zorgverzekeraars? Waarop is het percentage van 55% dat de minister als aanmerkelijke marktmacht beschouwt gebaseerd? Waarom is niet lager of hoger?

Deelt de minister de mening van de leden van de PvdA-fractie dat het privaatrechtelijke karakter van de Zorgverzekeringswet het onmogelijk maakt om aanvullende marktorderingseisen aan zorgverzekeraars te stellen? Was dat in een publiekrechtelijk verzekeringsstelsel wel mogelijk geweest om dergelijke extra generieke of specifieke verplichtingen aan zorgverzekeraars op te leggen?

Biedt de publiekrechtelijke Wet toelating zorginstellingen wel mogelijkheden om extra generieke of specifieke verplichtingen aan zorgaanbieders op te leggen?

Hoe verhoudt zich het gebrek aan een ex-ante toezichtinstrumentarium tot de in de motie Heemskerk/Schippers geformuleerde Kamerwens om de mogelijkheden voor ex-ante toezicht juist te vergroten?

Kan de zorgautoriteit besluiten tot een ruimere bagatelbepaling voor zorgaanbieders in de Mededingingswet opdat zij gebundeld kunnen onderhandelen met zorgverzekeraars?

Kan de regering aangeven hoe omgegaan zal worden met kruis-subsidiëring (blz. 15)? Immers, om kruissubsidiëring vast te stellen zal duidelijkheid moeten bestaan over kostprijzen. Kostprijzen zijn echter weer afhankelijk van de manier waarop vaste kosten gealloceerd worden. Voor deze kostenallocatie geeft de bedrijfseconomie diverse plausibele methodes, waarmee er veel ruimte is om de kostprijzen naar eigen inzicht vast te stellen. Deelt de regering deze mening? Zou de zorgautoriteit kostenallocatie moeten standaardiseren? Hoe zal dit in zijn werk gaan? Hoe wordt precies bepaald wat realistische prijzen zijn in dit kader?

Kan de minister reageren op de brief van de LHV (25-10-2005) waarin gesteld wordt dat het medisch beroepsgeheim verder doorbroken wordt dan binnen de WTG?

Biedt de Wet marktordening gezondheidszorg een wettelijke basis voor een eventuele gehele of gedeeltelijke standstill op fusies?

De leden van de PvdA-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

Kan de regering een vergelijking maken van de rechtsbescherming bij boetes op basis van voorliggend wetsvoorstel in vergelijking met de financiële toezichtwetgeving en met de toekomstige Boetewet? Kan de regering een vergelijking maken van de manier waarop de functiescheiding is geregeld?

Kunnen bestuurlijke boetes ook aan personen worden opgelegd? Zo ja, in welke gevallen? Zo nee, waarom niet?

Kan de regering ingaan op de informatie-uitwisseling tussen de diverse toezichthouders? Krijgt ook de Belastingdienst relevante informatie van de Zorgautoriteit, als deze bijvoorbeeld belastingontduiking aantreft?

De leden van de PvdA-fractie ontvangen voorts antwoord op de volgende vragen.

Kan de regering aangeven hoe de informatie-uitwisseling met de FIOD-ECD is geregeld? Wie beslist over het al dan niet inzetten van een strafrechtelijk traject? Kan de FIOD-ECD dit zelf beslissen, of beslissen de zorgautoriteit en FIOD-ECD dit samen? Geldt hier ook het una via-beginsel?

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

Begrijpen de leden van de SP-fractie het goed dat op de markten waar prijsregulering geldt de meest efficiënte bedrijven de maatstaf zijn voor de prijs? Zij vragen of er ook gekeken wordt hoe het staat met de kwaliteit binnen dat bedrijf, en wordt er nog wel gekeken naar de verschillen tussen of eigenheid van de bedrijven, zoals bijvoorbeeld verpleeghuizen en instellingen voor psychiatrische patiënten waardoor puur door een andere doelgroep misschien een andere werkwijze noodzakelijk is en een andere prijs zou moeten gelden?

De minister kan blijven ingrijpen op de macrokostenontwikkeling in het kader van de collectieve lasten. Hij bepaalt dan in welke sector en hoe er ingegrepen gaat worden. Deze leden vragen of het mogelijk is voor een

minister om in te grijpen waar de markt de prijs bepaalt en in het geval de te hoge kosten een gevolg zijn van de marktprikkels. Zij vragen wie de minister adviseert, en op basis waarvan bepaald gaat worden waar ingegrepen moet worden. Is het niet makkelijk om juist daar in te grijpen waar sprake is van prijsregulering door de overheid in plaats van waar de markt prijzen bepaalt?

Begrijpen de leden van de SP-fractie het goed dat de zorgautoriteit voorwaarden kan stellen aan contracten die worden gesloten, of kan ingrijpen op voorwaarden die worden gesteld in contracten? Zo ja, kan het dan zijn dat bijvoorbeeld wordt ingegrepen op het moment dat een zorgverzekeraar zijn verzekerden verwijst naar eigen klinieken?

De zorgautoriteit krijgt de bevoegdheid concurrentiebevorderende maatregelen te nemen. De leden van de SP-fractie vragen of de zorgautoriteit daarmee ook de bevoegdheid heeft concurrentieremmende maatregelen te nemen wanneer blijkt dat de concurrentie de gezondheidszorg geen goed doet. Zo neen, waarom niet?

De regering vindt dat de Zorgautoriteit een zekere flexibiliteit moet kennen, zo constateren de leden van de SGP-fractie. Onder meer zou dit betekenen dat niet al te uitbundig te werk gegaan mag worden. Ook wordt gesproken over het vinden van een balans. Wat wordt hiermee bedoeld? Hoe wordt onderscheiden tussen «normaal» en «uitbundig» handelen? Wie oordeelt erover of dit goed gebeurt?

De aanvullende verzekeringen behoren volgens de toelichting tot het aandachtsgebied van de zorgautoriteit. Elders wordt juist gezegd dat de aanvullende particuliere verzekeringen erbuiten vallen. Wat is de visie van de regering op deze vorm van toezicht? Is de toezichtfunctie op dit onderdeel alleen indirect of ook direct? Op welke manier is de toezichtfunctie op de nauw met elkaar samenhangende zorgverzekeringen en aanvullende verzekeringen goed gewaarborgd?

Deze leden constateren dat de toezichthouder een «adviesrol» krijgt bij de aanwijzing van zorgkantoren. Wat is de waarde van deze adviezen? Zijn ze min of meer dwingend, of kan er gemakkelijk van worden afgeweken?

De leden van de SGP-fractie onderschrijven het tegengaan van kruissubsidiëring. In een situatie waarin tegelijkertijd binnen één organisatie zowel sprake is van een deel met vrije prijzen als van een deel met gereguleerde prijzen is dit des te meer nodig. Toezicht hierop houden lijkt echter erg moeilijk. Hoe zal met name in dergelijke situaties in de praktijk concreet getoetst worden of er sprake is van kruissubsidiëring? Welke maatregelen kunnen worden genomen om die situatie op te heffen?

In de paragraaf over gereguleerde tarieven wordt onder meer gesproken over de beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie. Het is voor de leden van de SGP-fractie onduidelijk hoe die informatie wordt betrokken bij de beoordeling. Het lijkt erop dat de regering er steeds op gericht is om zo efficiënt mogelijk te werken. Deze leden denken dat er op een gegeven moment een soort minimum bereikt zal worden, waaronder de kwaliteit echt in gevaar kan komen. Hoe wordt concreet omgegaan met het begrip kwaliteit bij het streven naar een steeds lagere efficiëntiegrens? Welke waarborgen zijn er in deze en andere wetten opgenomen om efficiëntie die ten koste gaat van de kwaliteit te voorkomen?

Op deelmarkten met vrije tarieven kan geen onderscheid gemaakt worden tussen ondernemingen, zoals bij gereguleerde tarieven. De leden van de SGP-fractie missen de motivering hiervoor. Zou het ook bij vrije tarieven niet voor kunnen komen dat een specifieke korting vanwege efficiëntie nodig is of juist een toeslag vanwege specifieke knelpunten? Het blijft immers gaan om publiek geld waarmee op een verantwoorde manier moet worden omgegaan?

In het kader van de overstapkosten naar een andere verzekeraar is sprake van eventuele belemmeringen. De leden van de SGP-fractie vragen hierbij aandacht voor de positie van hulpmiddelen in de Zorgverzekeringswet.

Van verzekeren heeft deze fractie begrepen dat verzekeraars niet altijd bereid zijn om hulpmiddelen van een andere verzekeraar over te nemen. Bijvoorbeeld bij beademingsapparatuur kan dit grote gevolgen hebben. Feitelijk werkt een dergelijke situatie belemmerend voor de keuzevrijheid van de verzekerde. Wordt er bij het wegnemen van belemmeringen ook gedacht aan heldere regels over de overname van hulpmiddelen, zodat de verzekerde niet in de knel komt als hij over wil stappen naar een andere verzekeraar?

Het onderscheid dat wordt gemaakt tussen aanmerkelijke marktmacht en een economische machtspositie kan verwarring oproepen. Wat is het precieze verschil tussen beide termen? Welke gevolgen heeft dit onderscheid voor de toetsing? Wat is in dit verband precies de betekenis van het aanvullend zijn van het toezicht door de Zorgautoriteit?

Waarom is er gekozen voor een grens van 55% marktaandeel? Is deze norm niet veel soepeler dan de bestaande normen bij de NMa? Verliest het aanvullende karakter van het toezicht niet alle betekenis als er eerder sprake is van een economische machtspositie dan van aanmerkelijke marktmacht?

Ook vragen deze leden of deze grens per onderneming of per concern geldt. Graag ontvangen zij op dit punt een verduidelijking.

Het lijkt er volgens de leden van de SGP-fractie op dat het toepassingsgebied van de NMa veel breder is dan dat van de Zorgautoriteit. Dat toepassingsgebied wordt voor de Zorgautoriteit immers beperkt tot de markten met vrije tarieven. Dit lijkt in te gaan tegen de eerder in de toelichting vermelde gedachte dat juist ook regels opgelegd kunnen worden aan markten met gereguleerde tarieven. Kan meer duidelijkheid worden gegeven over het toepassingsgebied van het toezicht van beide toezichthouders?

De leden van de SGP-fractie vragen tevens aandacht voor de sterke regionale machtspositie van sommige zorgverzekeraars. Op welke manier vindt toetsing hiervan plaats? Wordt er ook actief gewaarborgd dat deze zorgverzekeraars hun positie niet misbruiken ten opzichte van kleine lokale aanbieders? Op welke manier gebeurt dit?

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

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

TOEZICHT UITVOERING VERZEKERINGSWETTEN

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

De zorgautoriteit gaat geen toezicht houden op rechtmatige besteding van gelden. De leden van de SP-fractie vragen zich naar aanleiding hiervan af

of het voor zorgverzekeraars mogelijk wordt om premiegelden anders in te zetten dan voor zorg. Wat zou dit voor gevolgen kunnen hebben voor de verzekerden? Deze leden zijn zich ervan bewust dat het ideaalbeeld bij de minister bestaat dat verzekerden dan over kunnen stappen naar een andere verzekeraar. De leden van de SP-fractie blijven hierover vraagtekens hebben als het gaat om mensen die afhankelijk zijn voor zorg die overgeheveld is naar de aanvullende verzekering.

Een risicoanalyse wordt de leidraad voor de zorgautoriteit om te bepalen waar zij hun aandacht op gaan richten. Deze leden vragen of deze analyse openbaar wordt, en of er dan niet het risico bestaat dat het veld investeert daar waar gecontroleerd gaat worden en het er bij laat zitten op de gebieden waar minder of geen aandacht zal zijn vanuit de zorgautoriteit op dat moment.

De zorgautoriteit krijgt ook toezicht op de uitvoering van de AWBZ. Valt hiermee het CAK ook onder het toezicht van de zorgautoriteit, zo vragen de leden van de SP-fractie.

ROLVERDELING MINISTER VAN VWS EN ZORGAUTORITEIT

De leden van de CDA-fractie hechten aan een buitengewoon heldere rolverdeling en verantwoordelijkheidsverdeling tussen de minister en de zorgautoriteit.

Zij verzoeken de minister aan te geven op welke terreinen (en met welke artikelen in de voorliggende wet) de zorgautoriteit zelf regels mag vaststellen. Kan de minister of de rechter die regels toetsen? Wie is politiek verantwoordelijk voor deze regelgeving? Op welke wijze kan de minister ingrijpen bij de zorgautoriteit?

Hoofdlijn van de rolverdeling tussen de minister en de zorgautoriteit is dat de minister beslist over politieke vraagstukken zoals het te hanteren stelsel, het sturingssysteem, de wettelijke bevoegdheden en welke deelmarkten voor verdere deregulering in aanmerking komen, zo constateren de leden van de VVD-fractie. De zorgautoriteit beslist over vaktechnische vraagstukken. Kan de minister ingrijpen op wat de zorgautoriteit doet?

Kan de minister de grenzen van zijn bevoegdheden aangeven?

Welke mogelijkheden en mechanismen zijn er, zowel met betrekking tot de organisatiekosten maar ook met betrekking tot de handelswijze, om de zorgautoriteit te controleren? Welke partij is hiervoor verantwoordelijk?

Onduidelijk voor de leden van de VVD-fractie is hoever de macht van de zorgautoriteit gaat. Een aantal huisartsen heeft zorgen geuit over het feit dat de eerste betalingen aan de huisartsen in het nieuwe jaar niet op tijd zullen zijn. Is dit waar? Zou de zorgautoriteit in een dergelijke situatie kunnen ingrijpen?

De leden van de SP-fractie vragen zich in hoofdlijn af waarom er gekozen is voor een apart instituut, een ZBO, voor de uitvoering van het zorgbeleid. Waarom is er niet voor gekozen het ministerie hier verantwoordelijk voor te laten zijn? Zij heeft dan ook het idee dat door de verantwoordelijkheid voor de uitvoering te leggen bij een ZBO de politiek op meer afstand wordt gezet waardoor het moeilijker wordt een regering aan te spreken op misstanden voortvloeiend uit het beleid. Deze leden vragen in hoeverre de zorgautoriteit een adviserende rol krijgt in de vorming van het beleid en hoe zwaar dan het advies weegt.

Wat zijn bijvoorbeeld de gevolgen voor het politieke debat? De leden van de SP-fractie vrezen namelijk een nieuwe mogelijkheid van vingerwijzen, in plaats van dat er verantwoordelijkheid genomen wordt voor gevolgen van het beleid of stelsel. Zij zou dan ook graag willen weten waarop de minister in zijn relatie met de zorgautoriteit wel en waarop niet aanspreek-

baar is. Is de minister bijvoorbeeld door de Kamer aan te spreken op misstanden in de uitvoering van het beleid door de zorgautoriteit?

VERHOUDING ZORGAUTORITEIT TOT ANDERE REGULATORS EN TOEZICHTHOUDERS

Bij de invoering van de zorgautoriteit zal blijkens deze paragraaf een groot aantal protocollen met andere toezichthouders worden opgesteld, zo constateren de leden van de CDA-fractie. Kan de minister aangeven welke protocollen nu al bestaan of in concept zijn opgesteld? Wie ziet erop toe dat deze protocollen ook werkelijk de grijze gebieden afbakenen?

De toezichthouder krijgt enerzijds (te) veel petten, anderzijds zijn er nog veel andere toezichthouders voor de sector. De vele petten leiden volgens de leden van de PvdA-fractie, zoals ook de Raad van State aangeeft, tot een mogelijk rollenconflict, en een gebrek aan onafhankelijkheid. Maar door het grote aantal toezichthouders is het toezicht als geheel desondanks versnipperd. Geen enkele toezichthouder heeft het volledige inzicht in alle facetten en aspecten van de zorgaanbod- en zorgverzekeringsmarkt. De minister stelt in zijn antwoord op het advies van de Raad van State dat hij een sectorspecifieke, integrale benadering noodzakelijk vindt. Ziet hij de voorstellen als een blijvende en wenselijke (en daarmee integrale) structuur? Ziet hij op termijn mogelijkheden en redenen voor verdere samenvoeging van het aantal toezichthouders?

De leden van de PvdA-fractie hebben al eerder vragen gesteld over de samenhang tussen het kwaliteitstoezicht van de IGZ, het toezicht op transparantie van kwaliteitsinformatie, en toezicht op prijs-kwaliteitverhouding door de zorgautoriteit. Naar hun mening blijft hier een onduidelijke overlap ontstaan, en is het onzeker of hiermee uiteindelijk het toezicht zal leiden tot een optimale prijs-kwaliteitverhouding. Zij vragen of het optimale niveau van prijs en kwaliteit uiteindelijk niet een politieke keuze is, omdat vele verschillende niveaus mogelijk zullen blijken, zodat elke keuze en aanwijzing hierover subjectief is. Zij vragen of de minister de mening deelt dat uiteindelijk één van de twee toezichthouders leidend zal moeten zijn bij de beoordeling van kwaliteit. Deze leden zijn van mening dat het niet wenselijk is dat twee toezichthouders informatie kunnen opvragen over kwaliteit, en vragen de minister hoe hij dit denkt op te lossen (zie Kamerstuk 29 324 nr. 4, waar in antwoord op vraag 53 wordt gesteld dat ook de zorgautoriteit aanvullende kwaliteitsinformatie kan opvragen). Welke van de twee toezichthouders zal zorgen voor een volledig en goed inzicht in kwaliteitsniveau en prijs-kwaliteitverhouding van elke afzonderlijke instelling voor patiënten en consumenten?

Wat is de taak van de zorgautoriteit in verhouding tot de verantwoordelijkheden van het College Sanering? Deelt de regering de mening dat het samenvoegen van tariefsbepaling, monitoring van marktontwikkeling en eventueel sanering in één orgaan (de zorgautoriteit) het moeilijker maakt om in geval van financiële problemen te achterhalen waar er fouten zijn gemaakt?

Hoe verhouden het toezicht door de zorgautoriteit op de rechtmatige uitvoering door zorgverzekeraars van de Zorgverzekeringswet (onder meer met betrekking tot de zorgplicht, acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie) en het toezicht door de NZa op de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ zich tot de taken en verantwoordelijkheden van het CVZ?

Is het waar dat slechts het samenvattend rapport over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet van de zorgautoriteit openbaar wordt gemaakt en zo ja, waarom? Zo neen, welke rapporten worden er dan wel openbaar gemaakt? Wat is de inhoud van dit rapport?

Zullen de onderliggende stukken ook worden benut voor verantwoording aan het parlement? Zo neen, waarom niet?

Zal de zorgautoriteit ook nuttige overzichten over beheerskosten en schadelast per zorgverzekeraar publiceren zoals De Volkskrant op 22 oktober jl. heeft gepubliceerd?

Wat is precies de rol van de zorgautoriteit bij aanvullende verzekeringen en zorg die volgens het aanvullende pakket verzekerd is?

Waarom houdt de zorgautoriteit geen toezicht op de governance-eisen en de jaarstukken van zorginstellingen? Wie gaat dit toezicht wel uitoefenen?

Deelt de regering de mening dat de governance-structuren van zorginstellingen van groot belang kunnen zijn voor het op gang brengen van concurrentie? Hoe verhoudt dit zich tot de bevindingen van de commissie-De Boer, die onderzoek deed naar de versterking van de interne toezichtstructuren van onder andere zorginstellingen?

Is de minister het met de leden van de PvdA-fractie eens dat het wenselijk is dat instellingen in de toekomst nog slechts éénmaal informatie hoeven te verstrekken aan één loket (bijvoorbeeld) de zorgautoriteit en dat andere toezichthouders bij de zorgautoriteit terecht kunnen voor informatie over instellingen?

Waarom spreekt de minister over regulators en niet in gewoon Nederlands over marktmeesters?

In hoeverre zal de zorgautoriteit ook controleren of zorgverzekeraars een zorgaanbieders op juiste wijze Europees aanbesteden (zie ook het artikel «Zijn zorgverzekeraars onder de nieuwe zorgverzekeringswet nog aanbestedingsplichtig?» Van C. Bartels, Tijdschrift Aanbestedingsrecht, juli 2005)? Indien de zorgautoriteit dit niet doet, welke toezichthouder is hier dan mee belast?

Brancheorganisaties vragen zich, ten aanzien van de hoeveelheid toezichthouders, af hoe overlappings van taken van toezichthouders wordt voorkomen. De leden van de VVD-fractie stellen hierover de volgende vragen.

Is het voor consumenten helder bij wie ze waarvoor moeten zijn? Hoe worden consumenten over de taken van de toezichthouders geïnformeerd? Hoe wordt voorkomen dat consumenten met klachten van het kastje naar de muur worden gestuurd?

Samenwerkingsprotocollen moeten ervoor zorgen dat de overlap van bevoegdheden van de verschillende toezichthouders in de zorg geen nadelige gevolgen heeft. Of deze protocollen werkbaar en effectief zijn moet uit de praktijk blijken. Worden deze samenwerkingsprotocollen geëvalueerd? Zo ja, met welke regelmaat? Zo neen, waarom niet?

Een aantal brancheorganisaties, waaronder de KNMP, de LHV, de OMS, de NVZ en ZN, hebben aangegeven dat met het voorliggende wetsvoorstel het maatschappelijke middenveld verdwijnt. Volgens deze organisaties komt het wetsvoorstel neer op minder inbreng van branche- en beroepsorganisaties en meer bevoegdheden voor de toezichthouder. Kan de minister een reactie geven op de stelling van de brancheorganisaties dat het fenomeen representatieve brancheorganisaties verdwijnt met invoering van de WMG? De brancheorganisaties vragen zich af welke wettelijke verankering er voor koepelorganisaties overblijft om hun taak als belangenbehartiger en hun maatschappelijke rol rondom kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg te vervullen. Graag ontvangen de leden van de VVD-fractie een reactie van de minister op deze vragen.

De NMa ziet toe op naleving van de Mededingingswet. Het betreft het toezicht op het kartelverbod, toezicht op misbruik van een economische machtspositie en fusiecontrole. De leden van de VVD-fractie vragen waarom fusiecontrole in de gezondheidszorg een taak blijft van de NMa. Is voor fusiecontrole in zorgmarkten, met hun bijzondere kenmerken, volgens de minister sectorspecifieke kennis nodig? Zo ja, waarom wordt deze taak van de NMa niet overgeheveld naar de zorgautoriteit (de toezichthouder met de sectorspecifieke kennis)? Er is – met name in de

AWBZ – de afgelopen 15 jaar enorm gefuseerd. Er zijn zelfs regionale monopolies ontstaan. Hoe heeft dit kunnen gebeuren? Wanneer is de zorg onder toezicht van de NMa gekomen? Wat waren de argumenten van de NMa om deze regionale monopolies toe te staan? Is daarmee de keuzevrijheid van de patiënt niet onaanvaardbaar beperkt? Hoe voorkomt de nieuwe toezichtstructuur dit in de toekomst?

Een andere bevoegdheid van de zorgautoriteit betreft het openbaar maken van informatie. Negatieve uitlatingen door de toezichthouder over individuele verzekeraars kunnen volgens VNO-NCW leiden tot imago-schade en/of financiële schade. Zowel De Nederlandsche Bank (DNB) (als prudentiële toezichthouder), als de AFM (gedragstoezichthouder) zijn om deze reden gebonden een zeer stringent publicatiebeleid. Wordt ook de NZA gebonden aan deze zelfde stringente bepalingen? Zo nee, waarom niet?

Uit het wetsvoorstel blijkt dat de minister het als ideaal ziet om de zorgautoriteit onder te kunnen brengen bij de NMa. Klopt dit, en zo ja waarom, zo vragen de leden van de SP-fractie. Wie bepaalt of de gezondheidszorg voldoende markt is geworden om onder de NMa te vallen? Hoe ziet die gezondheidsmarkt er volgens de minister uit? Verder is het helder dat meerdere al bestaande toezichthouders de totaliteit gaan controleren. De leden van de SP-fractie vragen welke relatie de minister heeft tot deze toezichthouders en hoe die rolverdeling wordt geregeld.

De leden van de SGP-fractie vragen wat de betekenis is van de samenloop tussen de bevoegdheden van de NMa en de zorgautoriteit. Er blijken conflicten op te kunnen treden. Kan het in de praktijk voorkomen dat een bepaalde partij tegelijkertijd te maken heeft met sancties door beide toezichthouders?

Ook vragen zij in welke situaties het optreden van de NMa effectiever en efficiënter moet worden geacht. Komt deze gedachte niet in strijd met de bedoelde specifieke deskundige rol van de zorgautoriteit?

De opmerking dat de NMa op kan treden als de zorgautoriteit dit niet binnen een redelijke termijn doet, roept vragen op bij de leden van de SGP-fractie. Wat wordt bedoeld met een redelijke termijn? Kunnen deze toezichthouders dus toch gemakkelijk in elkaars vaarwater komen? Kan hieruit worden geconcludeerd dat de NMa uiteindelijk een soort supervisor is over de zorgautoriteit?

DE NEDERLANDSE ZORGAUTORITEIT

De leden van de PvdA-fractie stellen een antwoord op de volgende vragen op prijs.

Wat is de voorhangprocedure voor de AMvB via welke de minister bepaalt op welke deelmarkten vrije tariefsvorming mag plaatsvinden? Waarin verschilt deze procedure van de voormalige CTG-procedure?

Waarom zijn de beleidsregels van de zorgautoriteit niet onderhevig aan ministeriële goedkeuring, zoals dat wel het geval is voor de beleidsregels van de OPTA / DTe / AFM / DNB?

Hoe verhoudt het afschaffen van de ministeriële goedkeuring van de beleidsregels zich met de trend bij EZ- en Financiënwetgeving, waar juist meer ministeriële betrokkenheid is bij het vaststellen van beleidsregels?

Hoe wordt bepaald of beleidsregels een technisch-economisch karakter hebben? Zou de minister artikel 9 van de wet kunnen benutten om beleidsregels achteraf te toetsen en dan zo nodig nietig te verklaren?

De keuze voor vormgeving als ZBO leidt tot een grotere afstand tussen de toezichthouder en de democratische controle. Dit lijkt een bewuste keuze te zijn. In het geval van de Opta heeft de vrijheid tot het maken van beleidsregels geleid tot een verschil in inzicht tussen Tweede Kamer en de

minister van EZ, over het ingrijpen op een specifieke beleidsregel. Hoe verhoudt dit probleem zich tot de voorliggende keuze voor vormgeving als ZBO?

Wat is de betrokkenheid van de minister en het parlement bij de experimentbeleidsregels en de besluitvorming daaromtrent, zoals beschreven op bladzijde 72? Is de minister het met de leden van de PvdA-fractie eens dat het bijdraagt aan de autoriteit van de zorgautoriteit als de voorzitter van de zorgautoriteit met enige regelmaat in het parlement verantwoording aflegt over het functioneren van de zorgautoriteit? Bevat de WMG belemmeringen die bijvoorbeeld een jaarlijkse hoorzitting onmogelijk zouden maken?

Waarom worden de beheerskosten van de zorgautoriteit niet doorbelast aan de gebruikers, zoals het geval is bij de AFM?

Het CTG en CTZ beschikten in 2004 over totaal 187,5 FTE (zie Kamerstuk, 29 324 nr. 4). De beheerskosten lagen in dat jaar totaal op 21,2 miljoen euro. Over hoeveel FTE beschikt de zorgautoriteit in 2005, 2006 en 2007?

Wat zijn de geraamde beheerskosten voor elk van deze jaren?

Wat is de bezoldiging van de Raad van Bestuur van de zorgautoriteit, en hoe zijn deze kosten opgebouwd? Hoe verhouden die zich tot de Dijkstal-norm? Hoe verhouden die zich tot de kosten van de vorige bestuursstructuren van het CTG en CTZ?

De leden van de VVD-fractie brengen de volgende vragen en opmerkingen naar voren.

Waarom kent de WMG aan de zorgautoriteit geen gedragstoezicht toe? In een complexe markt waarin de positie van de consumenten relatief zwak is, blijft toezicht van de sectorspecifieke autoriteit op het gedrag van marktpartijen cruciaal. De Consumentenorganisaties vrezen dat het ontbreken van gedragstoezicht kan leiden tot misstanden en wantrouwen bij consumenten. Wat vindt de minister van deze vrees? Van belang is volgens de belangenbehartigers van patiënten en consumenten dat er één helder loket is waar zij terecht kunnen met klachten over het gedrag van marktpartijen. Creëert de WMG een dergelijk loket? Denkt de minister dat de rol van gedragstoezicht hoort bij de zorgautoriteit? Deelt de minister de mening van deze belangenbehartigers dat het neerleggen van gedrags-toezicht bij de AFM leidt tot verwarring en onduidelijkheid voor consu-menten? Voorziet de minister problemen rond deze taakuitoefening? Is volgens de minister sectorspecifiek toezicht op gedrag in de zorgmarkt noodzakelijk? Zo ja, hoe wordt dat in de WMG neergelegd? Zo neen, waarom niet?

Een aantal brancheorganisaties is van mening dat er geen heldere criteria zijn geformuleerd aan de hand waarvan de zorgautoriteit kan ingrijpen. Zonder criteria voor ingrijpen kan en zal er geen sterk effectief toezicht ontstaan en zal marktwerking stroever lopen, zo voorspellen zij. Wat vindt de minister hiervan? Moeten deze criteria wettelijk worden vastgelegd zoals wordt voorgesteld? Heeft het ontbreken van concrete criteria in de wet gevolgen voor de consumenten? Zo ja, op welke manier? Zo neen, waarom niet?

De zorgautoriteit krijgt een belangrijke machtspositie in de gezondheidszorg. Een niet goed functionerende zorgautoriteit, alsmede ongewenste effecten die optreden als gevolg van overlap in taken met andere toezicht-houders of als gevolg van toename aan administratieve lasten, vormen volgens het MKB-Nederland belangrijke afbreukrisico's van de Wet. Wat vindt de minister van het voorstel van MKB-Nederland om de wet om bovengenoemde reden eerder te evalueren; bijvoorbeeld na twee jaar? Wat zijn volgens de minister de voor- en nadelen van het eerder evalueren van de WMG?

Vertrouwen in elkaar is essentieel om samen te kunnen werken dat zal ook gelden in de relatie minister en zorgautoriteit. De leden van de SP-fractie

zouden wel graag willen weten wat er bedoeld wordt met de zinsnede «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». Kan worden omschreven wat wordt bedoeld met zwaar weer, of zijn er praktische voorbeelden uit ervaringen met andere toezichthouders die de term zwaar weer dragen, en waarbij men niet in elkaars bevoegdheid is getreden? Zijn er situaties denkbaar waarbij men wel in elkaars bevoegdheid zal treden om escalatie of verslechtering van een situatie te voorkomen?

Op bladzijde 39 van de memorie van toelichting staat dat bij de eerste evaluaties van de WMG ook de vraag wordt meegenomen of het opportuun is de zorgautoriteit in de NMa te varen. De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen de regering of dit zo moet worden begrepen dat op termijn de NMa verantwoordelijk zou kunnen worden voor het toezicht op de zorgmarkten, maar dat de zorgautoriteit verantwoordelijk blijft voor het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet en van de AWBZ.

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

De doelstelling om in het bestuur diverse deskundigheden op te nemen is goed. Onduidelijk is of er nog speciale deskundigheden beoogd worden. Waaraan wordt gedacht?

Er is voor gekozen om de belangenorganisaties niet direct te betrekken bij de besluitvorming. Wordt er hiermee een andere regeling beoogd dan bijvoorbeeld bij de Opta?

GEVOLGEN VOOR BETROKKEN PARTIJEN

De zorgautoriteit kan vergaande beslissingen nemen met ingrijpende gevolgen voor zorgaanbieders en verzekeraars. De leden van de CDA-fractie stellen hierover de volgende vragen. Welke beroepsmogelijkheden staan er open voor deze partijen en welke eisen kunnen worden gesteld? Wie betaalt de rekening als de zorgautoriteit veroordeeld wordt vanwege een onterecht genomen maatregel? De AFM is immers in september door de rechtbank te Amsterdam veroordeeld tot het betalen van een substantiële boete voor het te laat actie ondernemen. De leden van de CDA-fractie verbazen zich erover dat slechts één rechtbank is gekozen, nl. Rotterdam. Is het niet mogelijk om een aantal rechtbanken aan te wijzen?

De leden van de VVD-fractie stellen de volgende vragen aan de orde. Wat vindt de minister van de stelling van een aantal belangenorganisaties dat in de WMG een heldere definitie van consumentenbelang ontbreekt? Noch de wet zelf, noch de memorie van toelichting geven invulling aan de inhoud van het «rekening houden met de belangen van de consument». Wat is de definitie van het consumentenbelang? Ook zijn deze belangenorganisaties benieuwd naar de wijze waarop mogelijke schade aan het consumentenbelang wordt onderzocht. Hoe wordt omgegaan met individuele klachten? Wat gebeurt er als een besluit van de zorgautoriteit de consumentenbelangen aantast? Onduidelijk is volgens deze organisaties wie/welke partij zich mag opwerpen als belanghebbende in de zin van de Algemene Wet Bestuursrecht. Welke partijen zijn dat?

Het kan voor consumenten lastig zijn om een grens te trekken tussen de informatie over en het daadwerkelijk nakomen van wettelijke verplichtingen, zoals de zorgplicht, de acceptatieplicht en het verbod op premie-differentiatie. Onduidelijkheid zal bijvoorbeeld kunnen ontstaan betreffende de zorgplicht en informatie die daarover wordt verstrekt. De leden van de VVD-fractie zijn van mening dat de informatie die verzekerden krijgen van hun verzekeraar over vergoedingen, gecontracteerde zorgaanbieders e.d. begrijpelijk moet zijn om te voorkomen dat verzekerden op het verkeerde been worden gezet. Is het waar dat de zorgautoriteit klachten over deze informatie moet doorverwijzen naar de AFM? Maar als de verzekeraar, mede door het verstrekken van verkeerde informatie zijn zorgplicht verzaakt, moet de zorgautoriteit ingrijpen. Belangenorganisaties zijn van mening dat het toezicht op dit gedrag door zorgaanbieders of verzekeraars in één hand moet liggen om het voor consumenten niet onnodig ingewikkeld te maken. Wat vindt de minister hiervan?

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

Ook blijkt uit de tekst dat, in tegenstelling tot de WTG-brancheorganisaties, geen wettelijke positie wordt toegekend. Wat zijn de praktische gevolgen voor de organisaties van deze verandering en over welke organisaties spreken we? Wat zijn de vooren nadelen van het opheffen van deze wettelijke positie? Welke partijen hebben hier het meeste profijt van en waarom?

INFORMATIEVOORZIENING

Alle informatie die op grond van deze wet is verschaft, kan niet openbaar gemaakt worden onder de Wet openbaarheid bestuur (WOB). De leden van de CDA-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen. Waarom is ervoor gekozen om alle informatie uit te zonderen van de WOB? Is het mogelijk deze uitzondering preciezer te maken, zodat alleen marktgevoelige informatie of individuele patiëntinformatie is uitgezonderd van de WOB?

Zowel het CBP als de Raad van State adviseerde de minister een aantal aanpassingen in het wetsvoorstel aan te brengen ten aanzien van de verstrekking van tot de persoon herleidbare medische gegevens, zo constateren de leden van de VVD-fractie. De minister geeft in de memorie van toelichting aan dat het wetsvoorstel op een aantal punten is aangepast. Heeft de minister alle adviezen van het CBP en de Raad van State overgenomen? Zo neen, kan de minister aangeven welke adviezen hij niet heeft overgenomen en waarom niet? Hebben deze aanpassingen in het wetsvoorstel nog geleid tot een toename van de administratieve lasten voor de betrokkenen?

Het CBP heeft nogal wat kritiek geuit over de verstrekking van privacygevoelige gegevens, zo constateren de leden van de SP-fractie. Volgens de memorie van toelichting is op basis van de kritiek het een en ander aangepast. Is het CBP nu wel tevreden en vindt ze de privacy nu voldoende beschermd?

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

De Thrusted Third Party (TTP) gaat gegevens bewerken en zo nodig doorsturen naar het dbc-informatiesysteem (DIS). Wie of wat bemant de TTP, en in hoeverre heeft deze een geheimhoudingsplicht over de gegevens die zij verwerken?

ADMINISTRATIEVE LASTEN

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

De voorgestelde wet bevat ook een groot aantal kan-bepalingen, die de lasten vermoedelijk kunnen doen stijgen. Welk mechanisme wordt voorgesteld om ervoor te zorgen dat er niet meer administratieve lasten voortvloeien uit deze wetgeving?

Kan de minister verder garanderen dat een bepaalde informatie maar door één instantie kan worden uitgevraagd. Kan de minister hierbij reageren op de voorbeelden die de CDA-fractie in de inleidende paragrafen heeft benoemd?

Kan de minister ingaan op de kritiek van ACTAL en aangeven waarom hij alleen additionele verplichtingen heeft opgeschreven en niet alle verplichtingen in de wet? De leden van de CDA-fractie hechten namelijk bijzonder aan de 25% reductie in administratieve lasten en constateren dat de minister, die het verst van zijn streefgetal afzit, een administratieve lastenverzwaring doorvoert met deze wet.

De leden van de PvdA-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

Hoe verhoudt zich de kritiek van de brancheorganisaties op de toenemende regeldruk zich tot het feit dat de minister beoogt een nieuwe balans aan te brengen in de verdeling van verantwoordelijkheden tussen overheid en maatschappelijke actoren, door de overheidsregulering van het zorgaanbod geleidelijk te verminderen (zie Kamerstuk 29 324 nr. 4)? Waarom klaagt de sector zo over toegenomen administratieve lasten en regeldruk als gevolg van deze wet terwijl de minister slechts een toename van 1,5 miljoen euro administratieve lasten door deze wet noemt? Is de minister bereid de uitkomst van het onderzoek dat Zorgverzekeraars Nederland laat uitvoeren over de regeldruk af te wachten?

Wat vindt de minister van het idee om een jaarlijks panel in het leven te roepen met ondertoezichtgestelden over de begroting en het werkprogramma van de zorgautoriteit (conform de praktijk bij de financiële toezichthouders)?

Actal adviseert de minister 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, zo merken de leden van de VVD-fractie op. De minister geeft aan dat hij voorlopig geen mogelijkheid ziet voor verdergaande bundeling. Is het in de toekomst wellicht mogelijk het toezicht te bundelen? Waarom acht de minister onderzoek niet nodig?

Kan de minister een helder overzicht geven van zowel de nieuwe als de bestaande administratieve verplichtingen in de WMG, uitgesplitst naar de lasten voor de zorgverzekeraars, de aanbieders en de verzekerden?

De minister geeft in het overzicht van administratieve lasten voor burgers in de toelichting aan dat de mogelijkheid van het melden van fraude is geregeld in de WTG ExPres. Hoe hoog is deze administratieve last voor burgers?

De raming van het bedrag aan administratieve lasten is alleen reëel indien de betrokken overheidsinstanties daadwerkelijk het uitgangspunt om maximaal informatie te delen toepassen. Zorgverzekeraars ervaren de administratieve verplichtingen en verantwoordingen aan de verschillende instanties als een administratieve last. Administratieve lasten zijn niet kosteloos, ze worden door ons allen via de premie opgebracht. Herkent de minister deze klacht, en is hij bereid hieraan iets te doen?

In het belang van de doelstellingen van het kabinet ten aanzien van de administratieve lasten zou het kabinet zich terughoudend moeten opstellen met het opleggen van administratieve verplichtingen. Worden de administratieve lasten als gevolg van invoering van de WMG regelmatig gemeten? Zo ja, met welke regelmaat? Zo neen, waarom niet? Zullen samenwerkingsprotocollen volgens de minister de administratieve lastendruk voor betrokkenen tot een minimum beperken? Een aantal brancheorganisaties vreest dat deze protocollen onvoldoende zullen helpen de toenemende administratieve lastendruk te verminderen. Hoe verhoudt dit wetsvoorstel zich tot de huidige regelgeving waarin de materiele controle door zorgkantoren en zorgverzekeraars is voorgescreven en de kaderregeling AO/IC waaraan zorgaanbieders zijn onderworpen? Blijven deze regelingen bestaan of worden deze afgestemd en geïntegreerd? Graag ontvangen de leden van de VVD-fractie een reactie van de minister op het voorgaande.

ARTIKELSGEWIJS

Artikel 1

De leden van de CDA-fractie stellen de volgende vragen. Waarom is er geen definitie van het essentiële begrip aanzienlijke marktmacht opgenomen in artikel 1, maar pas in artikel 41? Kan de regering de essentiële definities waarop het toezicht gebaseerd is alsnog opnemen in artikel 1, dat immers de definities bevat?

Artikel 2

De leden van de CDA-fractie merken op dat er een AMvB nodig is om vormen van zorg van het toezicht uit te zonderen. Waarom is niet gekozen voor een automatisch mechanisme, waarbij op goed functionerende deelmarkten bepaalde vormen van toezicht niet worden gebruikt?

Artikel 3, vierde lid

Artikel 3, vierde lid, bevat de bepaling dat de zorgautoriteit bij de uitoefening van de haar toebedeelde taken rekening moet houden met de belangen van de consument. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering wat er in het kader van dit wetsvoorstel moet worden verstaan onder «rekening houden met de belangen van de consument». Wat wordt er precies bedoeld met het consumentenbelang en op welke wijze dient de zorgautoriteit het consumentenbelang mee te wegen in haar taakuitoefening?

Artikel 4

Waarom is gekozen voor een Angelsaksisch bestuursmodel, zo vragen de leden van de CDA-fractie? Zullen de leden van de zorgautoriteit bij de inwerkingtreding van de wet benoemd worden, zo vragen zij voorts.

Artikel 17 en 18

De zorgautoriteit moet samenwerkingsafspraken maken met andere toezichthoudende instanties zoals de NMa, de DNB en de AFM (artikel 17 en 18). Deelt de regering de mening van de leden van de ChristenUnie-fractie dat door deze versnippering van toezichtstaken het gevaar bestaat dat zaken onderling worden doorgeschoven of dat de vraag welke instantie bevoegd is zoveel tijd in beslag neemt dat dit ten koste gaat van de inhoudelijke behandeling van een zaak?

Artikel 20

Zullen alle mededelingen in de staatscourant ook op de internetsite van de zorgautoriteit worden geplaatst, zo vragen de leden van de CDA-fractie. Geldt dit ook voor de rapporten ex artikel 23, 26 en 27?

Artikel 39

Op grond van dit artikel de zorgautoriteit eisen stellen aan de leveringsvoorwaarden van een product of dienst. Het is echter onvoldoende duidelijk wanneer de zorgautoriteit bevoegd is om in te grijpen. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering wat er precies moet worden verstaan onder onredelijke betalingscondities, onredelijk lange contracttermijnen, exclusieve levering of onredelijke voorwaarden bij het opzeggen van een contract.

Artikel 43

De leden van de CDA-fractie stellen de volgende vragen. Binnen welke korte termijn dient de zorgautoriteit een beslissing te nemen? Welke rechten hebben partijen sowieso, wanneer de zorgautoriteit niet binnen de gestelde termijn een beslissing neemt?

Artikel 51, zevende lid

Waarom is de evaluatie pas drie maanden na afloop beschikbaar, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Artikel 54

Mag een partij weigeren om stukken aan de zorgautoriteit te leveren, als hij ze al een keer aan deze of een andere toezichthouder heeft verstrekt, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Artikel 59

De leden van de SP-fractie hechten veel waarde aan de vertrouwensrelatie tussen de zorgvrager en zijn zorgverlener. De wetenschap dat een zorgverlener een beroepsgeheim heeft maakt dat mensen een minder hoge drempel ervaren om privé en soms delicate informatie durven te delen wat van belang kan zijn in de behandeling. Deze leden vragen, gezien de strekking van artikel 59, hoeveel waarde de minister hecht aan de geheimhoudingsplicht die een substantieel onderdeel is van de vertrouwensrelatie. Hoe moeten deze leden bijvoorbeeld interpreteren dat zorgaanbieders zich niet kunnen beroepen op hun geheimhoudingsplicht? Aan wat voor concrete situaties moet er worden gedacht waarin opheffing geëist kan worden? Wie zijn er dan gemachtigd om die informatie in te zien? Kan bijvoorbeeld een zorgverzekeraar de opheffing van geheimhoudingsplicht opeisen? Wat gebeurt er dan met die informatie? Voor welke doeleinden kan en mag deze gebruikt worden? In hoeverre

worden verzekerden en/ of zorgvragers op de hoogte gesteld van het feit dat de zorgaanbieder waar zij zorg van ontvangen gevoelige informatie moet gaan prijsgeven?

Artikel 61

De leden van de CDA-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vragen.

Waarom is ervoor gekozen om alle bij deze wet verkregen informatie uit te zonderen van de WOB? Is die uitsluiting bijvoorbeeld van toepassing op alle protocollen, die op blz. 5 van de memorie van toelichting worden genoemd? Is het niet logisch om bijvoorbeeld de gegevens van de zorgverzekeringsmarkt (prijzen, producten) gewoon openbaar te laten zijn?

Artikel 117

In eerdere brieven van de minister werd uitgegaan van een tijdelijke zorgautoriteit. Waarom is in dit wetsvoorstel gekozen voor een permanente zorgautoriteit, die pas na vier/vijf jaar wordt geëvalueerd, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

De voorzitter van de commissie,
Blok

De griffier van de commissie,
Teunissen