

Vergaderjaar 2005–2006

**30 186**

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

**C**

### **VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKS-GEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT<sup>1</sup>**

Vastgesteld 29 mei 2006

#### **1. CDA-fractie**

De leden van de **CDA**-fractie hadden met bijzondere belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel en de hierop gevolgde, langdurige en diepgaande behandeling in de Tweede Kamer. En terecht, het gaat hier immers om het vijfde wetsvoorstel in een reeks van wetten, die tezamen de overgang van een aanbod- naar een vraaggestuurd stelsel in de zorg mogelijk moeten maken in een omgeving, waar marktprikkels worden ingevoerd en waar – binnen duidelijke randvoorwaarden – zal moeten worden geconcurrereerd. De uitkomst van deze stelselwijziging zal moeten zijn een betere service en kwaliteit, innovatie, meer keuzevrijheid en transparantie en een betere relatie tussen prijs, prestatie en kwaliteit om maar enkele resultaten te noemen. Het gaat hierbij om een vitale en kwetsbare sector, waar naast vele andere belangen met name de publieke belangen uiterst zorgvuldig dienen te worden geborgd.

Van meet af aan is echter niet mis te verstane – al dan niet fundamentele – kritiek op het voorliggende wetsvoorstel geuit. En dat niet alleen door de Raad van State, maar ook door de diverse andere actoren.

Het scharniert hierbij vooral om de toegevoegde waarde van de Zorgautoriteit naast de al bestaande functionele toezichhouders, maar evenzeer om het invullen van de diverse voorwaarden, noodzakelijk om aan geregleerde marktwerking door het invoeren van marktprikkels te kunnen voldoen. De leden van de CDA-fractie konden zich deze kritiek wel voorstellen, maar wilden zich, gelet op hun standpunt over geregleerde marktwerking, namelijk slechts onder zeer duidelijke voorwaarden en om te beginnen voor een beperkt aantal deelmarkten en met nauwgezette evaluatie, toch uitspreken voor een sectorspecifieke toezichhouder, die ook als marktmeester kan optreden. Immers geregleerde marktwerking is voor de leden van de CDA-fractie geen middel op zich zelf, maar alleen bedoeld om een bijdrage te leveren onder meer aan grotere doelmatigheid. Hun inziens is een zorgspecifieke benadering hierbij onmisbaar! In het licht van deze visie hadden de leden van de CDA-fractie de aanvaarding van een aantal ontraden amendementen dan ook terdege als een

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Werner (CDA), Van Leeuwen (CDA) (voorzitter), Van den Berg (SGP), Dupuis (VVD), Swenker (VVD) (plv. voorzitter), Hamel (PvdA), Nap-Borger (CDA), Slagter-Roukema (SP), Schouw (D66), Putters (PvdA) en Thissen (GL).

Plv. leden: Pastoor (CDA), Klink (CDA), Schuurman (CU), Kalsbeek-Schimmelpenninck van der Oije (VVD), Van den Broek-Laman Trip (VVD), Doesburg (PvdA), Van de Beeten (CDA), Meulenbelt (SP), Schuyer (D66), Linthorst (PvdA) en Van der Lans (GL).

garantie gezien, dat er sprake zal zijn van het door deze leden gewenste, verantwoorde toezicht.

Niettemin wilden deze leden nog een aantal vragen terzake stellen. Het blijft ook na de gegeven toelichting nog enigszins vaag waarom is gekozen voor het in één hand brengen van het bepalen van de tarieven met de functie van marktmeester. Kan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport helder uiteenzetten op exact welke gronden dit niet strijdig met elkaar wordt gevonden? Op diverse plaatsen wordt voorts de verzekering gegeven, dat er sluitende afspraken tussen de diverse toezichthouders zijn gemaakt. De leden van de CDA-fractie hadden deze echter nergens concreet kunnen vinden. Kan de minister de verzekering geven dat er metterdaad sprake is van sluitende, onderlinge afstemming van de werkzaamheden van alle bij de zorg betrokken toezichthouders en kunnen de concrete afspraken terzake worden overgelegd? Kan de minister vervolgens ook nog eens overtuigend uiteenzetten hoe de rechtszekerheid voor partijen in het veld met het voorliggende wetsvoorstel is gewaarborgd? Op welk moment veronderstelt de minister, dat er sprake zal zijn van het gewenste volume-aanbod, de noodzakelijke prestatieomschrijvingen, alsmede de gewenste transparantie van prijzen en producten? Een en ander in relatie tot het door deze leden niet gewenste invaren in de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) in verband met het beschermen van enkele deelmarkten tegen marktwerking, alsmede van belangrijke door de minister met name erkende publieke belangen. De diverse uitspraken terzake zijn enigszins tegenstrijdig. Enerzijds: «helemaal toezichtvrij zal het dus niet worden», anderzijds: «maar dat invaring op een gegeven moment moet gebeuren, staat voor mij vast». Zal er niet altijd toezicht nodig blijven in de door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bedoelde geest? Zal er per 1 januari 2007 inhoud gegeven kunnen zijn aan een over de gehele linie goed functionerend vereveningssysteem, waardoor de acceptatieplicht en derhalve de toegankelijkheid van zorg metterdaad is en blijft gegarandeerd? Zo niet, kan dan worden aangegeven waaraan het in dit opzicht nog schort?

Wat zal, tenslotte, de NZa daadwerkelijk voor de consumenten/patiënten betekenen in het bewaken van de speelruimte en vrijheid voor de individuele patiënt/consument, zo vroegen deze leden.

#### *Kwaliteit van zorg*

Nu de NZa geen bevoegdheid heeft om zelf de gevolgen van concurrentie voor de kwaliteit van zorg te onderzoeken, rijst de vraag of de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGz) voor de verzwaring van de haar toebedeelde taak wel voldoende is toegerust en hoe sluitend de afspraken met de NZa zijn over de uitkomsten, zo vervolgden de leden van de CDA-fractie. Immers, toenemende concurrentie kan zich vertalen in scherpe prijzen met niet-aanvaardbare gevolgen voor de kwaliteit van de zorg. Denkt de minister met uitsluitend een taak voor de IGz de verschillen in kwaliteit in voldoende mate boven water te krijgen? Tekenend zijn in dit verband de verschillen tussen een plastic heup en een gouden heup. Wat zal hier de minimumeis worden en telt dan de levensduur ook mee als kwaliteitsnorm?

In principe zou een betere kwaliteit naast meer doelmatigheid en innovatie als voordeel van gereguleerde marktwerking kunnen worden beschouwd. Gelet op de ervaringen tot dusverre (concurrentie op basis van prijs en volume) rees bij deze leden de vraag of het voordeel van betere kwaliteit de eerste jaren wel zal kunnen worden gehaald, gelet op de noodzaak ook nog een inhaalslag met betrekking tot de prijs te moeten maken? Worden nu uitsluitend diagnose behandelingcombinaties (DBC's) afgesloten, die «evidence based» zijn? Zo niet, geeft de zorgautoriteit dan

een signaal af aan de IGZ? Kan de minister in dit kader nog eens verduidelijken hoe hij nu exact de professionele autonomie ziet?

Overigens hadden de leden van de CDA-fractie al geruime tijd het gevoel, dat de zorgverzekeraars wel eens geen of onvoldoende greep op de kwaliteit van zorg zouden kunnen krijgen. Het indertijd door de OECD (2000) geconstateerde gebrek aan kwaliteit bij de zorginkopers is naar hun mening zeker nog niet achterhaald. In 2004 stelde dezelfde organisatie dat er nog steeds sprake is van een aanbiedersmarkt, waarbij de aanbieders de prijs en het volume dicteren, terwijl er geen of weinig concurrentie is op het gebied van de zorginkoop, waar het de kwaliteit betreft. Wordt hier toch een niet-haalbare utopie nagejaagd en is het dan wellicht beter naar andere mogelijkheden om te zien om de kwaliteit te bewaken? In de Beleidsbrief «Kwaliteit van zorg» heeft de minister ferme taal gesproken: er zal geen sprake meer zijn van een vrijblijvend karakter als het gaat om het op peil brengen van de kwaliteit van zorg. De nadruk zal hierbij liggen op het handhaven van de zorgkwaliteit op «horizontaal toezicht». Zorgverzekeraars moeten in hun contracten kwaliteitsafspraken maken met zorgaanbieders en professionals verbeteren elkaars handelen via onderlinge visitaties. Hoe denkt de minister dit op korte termijn, gelet ook op de vele incidenten en medische missers, te kunnen bereiken en wat verwacht de minister op weg hier naar toe exact van de IGZ en de Zorgautoriteit? Een ernstig tekort aan goede logistiek in ziekenhuizen kan toch niet in een handomdraai worden opgeheven?

Het was de leden van de CDA-fractie opgevallen, dat de minister inzet op versterking van het wettelijk instrumentarium. Dat konden deze leden zich voorstellen, maar waaraan en aan welke termijn wordt dan gedacht? Hiernaast zal toch ook uitbreiding van menskracht bij de IGZ noodzakelijk zijn, willen deze voornemens geen dode letter blijven. De minister stelt dat dit onderdeel in de begroting nader moet worden uitgewerkt. Deze leden wilden ervan uitgaan, dat de minister een meer concrete toezegging zou kunnen doen, die ook voor de uitvoering niet hoeft te wachten tot 1 januari 2007.

De leden van de CDA-fractie vroegen zich ook af of het juist is, zoals door onderzoekers wordt gesteld, dat de roep om méér keuzevrijheid in feite voortkomt uit klachten over onder meer een gebrek aan kwaliteit. Had in dit kader een royalere aandacht van de NZa voor de kwaliteit van zorg, minstens zo belangrijk als de prijs, dan toch niet voor de hand gelegen? Evenzeer was de vraag gerezen wat nu de rol van de derde partij is bij het toetsen van de prijs-kwaliteitsverhoudingen. Wordt dit in het convenant met de IGZ geregeld en waar blijft dat convenant? Kan er bij een teveel aan keuzevrijheid geen afnemende meeropbrengst optreden, zoals in de vakliteratuur reeds wordt gesuggereerd? Hoe beoordeelt de minister deze kritiek?

Hoewel de minister de nodige instrumenten heeft ingezet om de informatie-achterstand van de patiënten/consumenten in te halen, waarvoor terecht grote waardering bestaat, is er nog steeds sprake van informatie-assymetrie, zeker waar het de kwaliteit betreft. Zal er ook bij het inlopen hiervan niet altijd een zekere spanning blijven bestaan? In het bedrijfsleven is het een gegeven, dat het toevoegen van de laatste procenten aan de kwaliteitsnorm vaak oneindig duur kan zijn. Is het streven naar de 100% norm hier gerechtvaardigd?

#### *Collectiviteiten*

In het Financieele Dagblad van 11 maart jl. wordt aangekondigd, dat de NZa extra gaat letten op de kortingen van collectieve ziektekosten-

contracten. Welke instrumenten kan de NZa inzetten, nu is gebleken dat zorgverzekeraars met het aanspreken van hun reserves, marktaandeel hebben gekocht om hiermede verzekerden over te nemen van zorgverzekeraars, die als gevolg van hun achtergrond (bijv. de ziekenfondsen) niet over deze reserves konden beschikken? Er bleek dus terdege een ongelijk speelveld te zijn. Kan de minister een overzicht geven van de tot dusverre ingezette reserves door de diverse zorgverzekeraars? Herinnert de minister zich ook de aan de CDA-fractie terzake gedane toezegging met betrekking tot het stellen van nadere voorwaarden aan de collectiviteiten? Wordt deze toezegging alsnog nagekomen?

De leden van de CDA-fractie hadden kennisgenomen van de maatregelen van de De Nederlandse Bank (DNB) terzake van het aanleggen van financiële buffers als beveiliging tegen het risico van te lage premies voor zorgpolissen. Deelt de minister de visie van DNB dat de tekortvoorzieningen 3 à 4% van de totale premie van 11 miljard euro bedragen? Vraagt de gewenste transparantie niet, dat de zorgverzekeringsgroepen met meerdere entiteiten die een buffer hebben moeten aanleggen bij verzekerden bekend zijn? Wat is de mening van de minister over de kritiek van Prof. Teulings, namelijk dat de zorgverzekeraars in het nieuwe stelsel eenvoudig aan risicoselectie kunnen doen en de acceptatieplicht kunnen omzeilen door gecombineerde polissen aan te bieden en op deze wijze gezonde werknemers te binden?

#### *Aanvullende verzekeringen*

De minister heeft in de nota naar aanleiding van het verslag op pagina 47 allereerst gesteld, dat de NZa geen toezicht houdt op de manier waarop ziektekostenverzekeraars hun aanvullende verzekeringen voeren. Niettemin heeft de NZa wel een taak, namelijk om te volgen dat de markt voor aanvullende verzekeringen de werking van de Zorgverzekeringswet (Zvw) niet belemmert. Aan welke belemmeringen moet dan worden gedacht en welke mogelijkheden staan de NZa ter beschikking – anders dan tariefprikkel – om de publieke belangen te beschermen? Wanneer zal er sprake zijn van belemmeringen en wanneer van serieuze belemmeringen die verzekerden kunnen ondervinden bij het overstappen naar een andere verzekeraar? Of heeft de minister met dit gegeven onderscheid geen specifieke bedoelingen? Zal er ook in de praktijk geen sprake zijn van een niet-gewenste koppeling, omdat basisvoorzieningen (bijv. fysiotherapie) ook doorlopen in de aanvullende verzekeringen? Duidt de minister hier alleen op hogere prijzen of ook op uitsluitingen voor bepaalde verstrekkingen, hetgeen kan nopen tot méér ingrijpende maatregelen, bij voorbeeld het weer onderbrengen bij de basisverzekering. Kan de minister in dit kader ook zijn mening geven over de uitspraak van prof. mr. Henriëtte D. C. Roscam Abbing tijdens haar afscheidscollege op 23 november 2005. Deze «met de regie in handen van de verzekeraar zal de verzekerde zich (wellicht niet direct maar wel op termijn) geplaatst zien voor beperkingen bij toegang tot de zorg, financieel, naar inhoud of bij keuze van behandelaar en bij toegang tot de aanvullende verzekering.»

#### *Patiënten/consumenten*

Door de aanvaarding van diverse amendementen is de erkenning van de patiënten/consumenten als belanghebbenden duidelijk beter geborgd. Vragen blijven er nog met betrekking tot de afhandeling van klachten. Wel is duidelijk dat de NZa een meldpunt gaat instellen en niet zelf de klachten zal behandelen, maar deze zal doorverwijzen. Wie is of wordt dan voor een goede afhandeling verantwoordelijk? Wie is voorts voor de inhoudelijke afhandeling van een klacht verantwoordelijk? Lijkt het toch niet nood-

zakelijk, dat de NZa blijft toezien op een goede en tijdige afhandeling? Kan hiervoor een protocol de oplossing bieden?

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

Voorts is over de toepassing van de Wet openbaarheid van bestuur (WOB) op de Wmg indringend gesproken en het desbetreffende amendement is tegen de zin van de minister aanvaard. Tegen deze achtergrond is het zinnig dat de minister nu nog eens exact verwoordt welke moeilijkheden thans in de praktijk worden verwacht. Wellicht kunnen deze dan alsnog worden ondervangen. Er is nogal wat heen-en-weer gepraat over de termijn waarop de evaluatie van de Zvw zou moeten plaatsvinden, alsook over de evaluatie van de Wmg. Ziet de minister in dit kader ook uit een oogpunt van het patiëntenperspectief een gewenste aanvulling of vervanging in een jaarlijkse gezondheidsrechtelijke rapportage over de zorgeffecten voor de patiënt van de nieuwe ziektekostenregeling, het gehalte van de solidariteit en rechtvaardigheid, en de samenhang met de overige relevante wetgeving, zoals door Prof. Roscam Abbing gesuggereerd?

Bij de behandeling van de Zorgverzekeringswet hebben de leden van de CDA-fractie uitvoerig aandacht gegeven aan de invloed van de verzekeren op het beleid. De verplichting voor ziekenfondsen tot het instellen van een ledenraad werd in de Zvw niet uitgebreid tot alle verzekeren, maar vervangen door de veel slappere tekst dat de zorgverzekeraars verplicht zijn de verzekeren een redelijke mate van invloed te geven. Voorafgaande aan het eventueel gebruikmaken van een AMvB zouden de zorgverzekeraars gelegenheid krijgen een en ander op orde te maken. Bij een onbevredigend verloop zou de minister zijn middelen gebruiken om dit steviger te verankeren. Kan de minister een overzicht geven van de feitelijke situatie en zijn oordeel terzake geven? Tevens was de vraag gerezen welke rol de NZa i.o. hierbij heeft gespeeld?

Tenslotte, de toezegging rond de bundeling van de bepalingen, die de rechtspositie van de patiënt/verzekerde verankeren in een Zorgconsumentenwet is bijna één jaar oud. Kort samengevat, komt er nog wat van?

#### *Aanmerkelijke marktmacht (AMM)*

Er is uitvoerig gesproken over de definitie van aanmerkelijke marktmacht en hoe hiermee in de praktijk moet worden omgegaan. De uitbreiding van AMM tot ook het toepassen op nog niet vrijgegeven tarieven alsmede op de zorgverzekeringsmarkt is, ondanks een herhaald ontraden door de minister, toch aanvaard. Niettemin vonden de leden van de CDA-fractie het nog steeds moeilijk de afbakening van de relevante markt en het vaststellen van een economische machtspositie goed te duiden. Ook in de literatuur wordt dit als een van de moeilijkste onderwerpen van het Mededingingsrecht gezien. In dit kader vroegen deze leden zich toch af waarom niet nadrukkelijker het opnemen van een vastemarkt aandeeldrempel in de wet is bepleit. Terecht is er door diverse auteurs op gewezen, dat dit destijds ook in de telecomsector is gebeurd. Verwacht de minister niet dat de Zorgautoriteit thans met veel juridische procedures te maken zal krijgen?

Het kan de leden van de CDA-fractie zijn ontgaan, maar zij hadden ook een onderbouwing gemist van de afwijzing van de kritiek, dat de bevoegd-

heden van de Zorgautoriteit strijdig zijn met het Europese recht. In bijvoorbeeld het antwoord op de desbetreffende schriftelijke vragen van het lid Heemskerk worden meer stellingen betrokken dan een onderbouwde afwijzing gegeven (vergaderjaar 2005–2006, nr. 546). Ook elders wordt in die zin geantwoord. Deze leden waren met name geïnteresseerd in de aanvaardbaarheid van het preventief opleggen van verplichtingen, maar overigens ook in de relatie respectievelijk strijdigheid van de bevoegdheden van de Zorgautoriteit met de Europese regelgeving. Zal de AMM ook gelden voor de AWBZ?

#### *AMvB's/Ministeriële besluiten*

De positie van de minister is nog steeds zeer dominant, vergeleken bij het oude bestel aldus constateren deze leden. Weliswaar worden sommige instrumenten afgeschaft, andere, soms van ingrijpende aard, komen hiervoor in de plaats. Is de conclusie van de leden van de CDA-fractie gerechtvaardigd, dat dit ten koste gaat van de generieke beslisbevoegdheid van de Zorgautoriteit vergeleken met de bevoegdheden onder de oude organen?

De minister blijft ook de financiële kaders aangeven. In feite blijken marktwerking en beheersing van de collectieve uitgaven toch wel twee moeilijk met elkaar te verenigen grootheden. Wordt dit door de minister onderschreven? Is mede hierom het beleid niet altijd vastgelegd in de wet zelf? Zeven AMvB's en negen ministeriële regelingen moeten toch als een overmaat van lagere regelgeving worden bestempeld. Kan de minister de noodzaak van de respectievelijke maatregelen nog eens nader onderbouwen met een prioriteitsvolgorde in de tijd?

#### *Administratieve lasten*

Afzonderlijke aandacht vergt nog steeds de administratieve lastendruk, die door de invoering van de Zorgautoriteit al dan niet zal ontstaan. Voorzover de leden van de CDA-fractie hadden kunnen constateren, zal aan de beoogde doelstelling van het kabinet – vermindering van de administratieve lastendruk met 25% – met dit wetsvoorstel geen bijdrage worden geleverd. Op welke wijze is een kleinere reductie van de administratieve lasten bij de Zorgautoriteit – en welke dan – geborgd? Is metterdaad gekozen voor de minst belastende optie? Kan de minister bovendien in het licht van de thans voorliggende oplossing voor een goed afgebakende samenwerking tussen de verschillende toezichthouders nog eens ingaan op de berekening van Ernst & Young? Een berekening, die erop neerkwam, dat alle toezicht een kostenstijging van 40% zou veroorzaken als er niets aan de stapeling van toezicht zou worden gedaan. Welnu, de stapeling is in feite dezelfde gebleven. De minister heeft in de Nota naar aanleiding van het verslag op pagina 79 opgemerkt, dat hij deze enorme stijging van kosten als zodanig niet herkent. Een onderbouwing van deze stellingname hadden de leden van de CDA-fractie node gemist. Nu allerwegen méér energie moet worden gestoken in het terugdringen van de administratieve lasten, is ook hier een meer actieve benadering noodzakelijk. Zo stelt de minister (pag. 77) dat zijn ministerie met het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) en het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ) in het komende jaar bestaande beleidsregels kritisch gaat toetsen op noodzaak, actualiteit en eenvoud. Waarom wordt niet met onmiddellijke ingang met dit karwei begonnen? Welke besparingen zijn er dan op korte termijn te bereiken?

Op 3 maart jl. kondigde de minister aan ook binnenkort met partijen in het veld en de zelfstandige bestuursorganen (zbo's) te praten over de inrichting van een aanjaagteam en een meldpunt om overbodige bureaucratie

op te sporen en snel aan te pakken. Welke resultaten zijn van dit gesprek te melden, dit ook tegen de achtergrond van het ontraden van het amendement Omtzigt (30 186, nr. 40), dat niettemin is aanvaard? Kan de minister tevens meedelen op welke wijze dit amendement zal worden uitgevoerd?

De minister is ongetwijfeld ook op de hoogte van het verwijt van MKB-Nederland aan de Zorgverzekeraars, dat de bulk van de administratieve problematiek door de omschakeling in het nieuwe ziektekostenstelsel bij de zorgondernemers komt te liggen. Acht de minister deze kritiek terecht en in hoeverre zijn de problemen in overleg tussen ZN en de beroepsverenigingen al dan niet opgelost? Is er geen gereede kans dat de administratieve lasten zullen worden afgewenteld op de burgers?

Tenslotte, andere belangrijke onderwerpen, zoals bijvoorbeeld het gebruik van medische persoonsgegevens, achtten deze leden voornamelijk voldoende voorbereid. Deze zullen wel in de plenaire behandeling aan de orde komen.

## **2. PvdA-fractie**

De leden van de **PvdA**-fractie hadden met belangstelling het wetsvoorstel 30 186 gelezen. Zij beschouwen de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) als «sluitstuk» van de stelselveranderingen, aangezien het toezicht en de marktordening in hoge mate de verhoudingen op en het functioneren van de markten in de gezondheidszorg gaan bepalen. Zij stelden daaromtrent de volgende vragen.

### *Algemeen*

De leden van de PvdA-fractie constateerden dat de Wmg zowel beoogt de ontwikkeling en ordening van en het toezicht op de markten in de gezondheidszorg te reguleren, als de kosten te helpen beheersen. Kan de minister reageren op de analyse van deze leden dat deze doelstellingen soms op gespannen voet met elkaar kunnen staan? Kan de minister voorts aan de hand van een voorbeeld illustreren hoe de NZa met deze combinatie van doelstellingen om moet gaan in haar prioriteitstelling? Wat moet worden verstaan onder het «goede gedrag» dat de NZa moet bevorderen, en hoe wordt dat getoetst?

Welke omstandigheden maken het volgens de regering noodzakelijk dat toezicht door de NZa zich richt op de standaardisering van kostenallocatie door het vaststellen van uniforme kostentoerekeningsprincipes die door zorgaanbieders moeten worden toegepast? Op welke markten in de gezondheidszorg zal daarvan sprake kunnen zijn? Hoe verhoudt deze vorm van regulering zich tot de door de regering gewenste marktwerking?

De voornoemde leden wilden de regering daarnaast vragen op welke wijze de Wmg zich verhoudt tot het beleid rond de kapitaallasten en de acute zorg. Kan de minister de stand van zaken op dit punt meedelen?

Tevens vernamen zij graag hoeveel geld er voor de stelselveranderingen aan zorg werd besteed en hoe dat nu is? Kan de minister aldus meedelen wat de premie-opbrengsten plus Rijksbijdrage voor de veranderingen waren en wat deze nu zijn middels premies en belastingen, alsmede wat daar vanaf gaat voor de zorgtoeslagen?

### *Positie patiënt/zorgvrager*

Deelt de minister de opvatting van de leden van de PvdA-fractie dat de

werking van de Wmg in belangrijke mate invloed zal hebben op de vorm en mate waarin vraagsturing in de zorg gerealiseerd zal worden? Kan hij aangeven hoe deze wet de positie van patiënten als marktpartij versterkt?

Bij de behandeling van de Wmg in de Tweede Kamer is de positie van patiënten- en consumentenorganisaties versterkt tot de positie van «belanghebbenden». Kan de minister uiteenzetten waarom de regering deze organisaties niet in eerste instantie als belanghebbenden heeft aangemerkt? In de debatten in de Eerste Kamer over de Zorgverzekeringswet, de WTZi en de Wet HOZ heeft de minister toegezegd de positie van de patiënten en consumenten te willen versterken. Welke mogelijkheden ziet hij voor een verdere versterking van hun positie als «belanghebbenden»? Welke invloed zouden zij bijvoorbeeld moeten hebben op de leveringsvoorwaarden van producten en diensten? Hoe kijkt de minister in dit kader aan tegen de realisatie van een Zorgconsumentenwet, waarin de rechten en plichten van de patiënten en consumenten geborgd worden?

In artikel 3, lid 4 wordt gesteld dat de Zorgautoriteit bij de uitoefening van haar taken het algemeen consumentenbelang voorop stelt. Wat moet worden verstaan onder het algemeen consumentenbelang? Op welke wijze moet de Nza in de praktijk dit consumentenbelang dienen en hoe zijn consumenten daarbij betrokken? Spelen daarbij verzekerdennaden een rol? Waarom wel/niet?

De leden van de PvdA-fractie constateerden dat het dienen van het algemeen consumentenbelang niet is meegenomen in de opdrachtformulering voor de Nza, zoals verwoord in artikel 16 van de Wmg. Waarom wordt het consumentenbelang in artikel 16 Wmg niet genoemd?

In reactie op het advies van de Raad van State op de Wmg stelt de minister dat de belangen van de consument niet altijd de doorslag dienen te geven: «er kunnen immers andere belangen zijn die in een bepaald geval in de ogen van de Zorgautoriteit zwaarder moeten wegen». Wanneer wegen andere belangen zwaarder dan het consumentenbelang en aan welke belangen denkt de minister? Kan hij dit illustreren aan de hand van enkele voorbeelden?

Op welke manier kunnen consumenten en patiënten voorts in de praktijk beoordelen en controleren of een besluit van de NZa in hun belang genomen is? Hebben zij via de Wmg recht op dergelijke informatie, ook wanneer het bijvoorbeeld gaat om een individuele zorgverzekeraar of zorgaanbieder? Heeft de Nza een informatieplicht naar patiënten en consumenten? Zo nee, waarom niet? Zo ja, waar zijn dit informatierecht en deze informatieplicht verankerd?

Kunnen patiënten en consumenten zich met hun individuele vraag of klacht tot de NZa wenden? Zo nee, waarom niet? Ziet de minister mogelijkheden de mogelijkheden hiertoe uit te breiden? Zo ja, op welke wijze is dit verankerd?

Welke eisen stelt de Wmg aan de bewerking van individuele patiëntgegevens door derden, dusdanig dat ze niet langer tot individuele patiënten te herleiden zijn? Op welke manier kunnen die gegevens in de praktijk gebruikt worden en met welk doel? Hoe is privacy hierbij geborgd? Hoe kan de invoering van het elektronisch patiëntendossier (EPD) versneld worden en welke rol kan de NZa daarbij spelen?

#### *Kwaliteit en transparantie*

Bij debatten in de Eerste Kamer over de werking van marktprikkels in de

gezondheidszorg is regelmatig de verhouding tussen kwaliteit van zorg, doelmatigheid en kostenbeheersing naar voren gekomen. Daarbij is vaak verwezen naar het in ontwikkeling zijnde toezichtkader. De leden van de PvdA-fractie stelden daarom een aantal vragen op dit punt.

Is het toezicht op kwaliteit ten principale preferent ten opzichte van toezicht op marktverhoudingen? Zo ja, hoe is dat in de Wmg geborgd? Zo nee, waarom niet?

Op welke wijze is geborgd dat de Nza in het marktonderzoek zowel de ontwikkelingen in prijzen en kosten, als in de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg betreft? Wat verstaat de minister onder de «goede zorg» die gestimuleerd moet worden?

In hoeverre stimuleert de NZa dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar afspraken maken over het ontwikkelen en verspreiden van innovaties in de zorg? Kan de minister toezeggen dat dit een prioriteit vormt in het toezicht door de NZa?

Hoe realistisch acht de minister het dat aanbieders die topkwaliteit op bepaalde specialismen leveren snel zullen gaan groeien en daarmee aan marktmacht zullen winnen? Welke mate van concentratie van marktmacht acht hij daarbij wenselijk? Welk type marktconcentraties zou de minister op dit moment willen doorbreken omwille van de keuzemogelijkheden voor de cliënten/patiënten, zo vragen de leden van de PvdA-fractie.

Waarom is er in artikel 40 niet voor gekozen om specifiekere als vereiste op te nemen dat het moet gaan om adequate informatievoorziening omtrent de voor de patiënt en de door hem gewenste behandeling kwalitatieve verschillen?

#### *Werkwijze en bevoegdheden NZa*

Hoe verhoudt de Wmg zich tot de Kaderwet ZBO's? Kan daarbij de reikwijdte van de ministeriële verantwoordelijkheid ten opzicht van de NZa nader worden gespecificeerd? Hoe ver reikt de onafhankelijkheid van de NZa? Hierna volgden nog enkele meer specifieke vragen waarbij deze onafhankelijke beslissingsruimte van de NZa aan de orde is.

De leden van de PvdA-fractie constateerden dat de NZa zowel de rol van regulator, tariefsteller en toezichthouder heeft in de Wmg. Hoe aanmerkelijk acht de minister de marktmacht van de Nza? Op welke wijze is de scheiding van taken binnen de NZa geborgd en hoe wordt daarover met de sector gecommuniceerd? In hoeverre bestaat het risico dat er rolverwarring aan de zijde van de overheid ontstaat? In hoeverre acht de minister de combinatie van rollen van de NZa op langere termijn noodzakelijk en wenselijk?

Is de Nza ook toezichthouder ten aanzien van de wijze waarop persoonsgegevens worden verwerkt door zorgverzekeraars? Zo ja, op welke wijze wordt die taak vormgegeven?

Begrepen de leden van de PvdA-fractie goed dat de NZa op verschillende manieren kan ingrijpen om de marktwerking te bevorderen, maar niet als prijsstijgingen veroorzaakt worden door marktbelemmeringen? Hoe wordt vastgesteld of prijsstijgingen door de introductie van bepaalde marktprikkels veroorzaakt worden? Welke mogelijkheden heeft de minister, al dan niet via de NZa, om in dergelijke situaties in te grijpen?

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

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

De minister heeft gesteld dat de Nma de Richtsnoeren Zorg aanpast op het gebruik van zorgmakelaars bij onderhandelingen met verzekeraars. Kan de regering inmiddels meer duidelijkheid geven wat dit voor het werk van de NZa betekent? Hoe zal de NZa bovendien omgaan met zogenaamde zorgmakelaars?

Hoe wordt door de NZa invulling gegeven aan artikel 3 lid 2 van de Awb? Op welke wijze is in de werkwijze van de NZa gewaarborgd dat het consumentenbelang in de belangenafweging expliciet wordt meegewogen? In hoeverre is de NZa gehouden aan het consulteren van marktpartijen als het bijvoorbeeld gaat om de ontwikkeling van richtlijnen en voorgenomen besluiten? Kan de minister toelichten waarom hiervoor is gekozen?

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

Hoe is bovendien het toezicht op het toezicht, dus het toezicht op de uitvoering van de taken van de Nza, geborgd? In hoeverre wordt daarbij aandacht besteed aan de scheiding van de regulerende en de handhavende taken van de NZa?

#### *Aanmerkelijk marktmacht aanbieders en verzekeraars*

Kan de minister medelen met welke criteria de NZa het per amendement uitgebreide begrip «aanmerkelijke marktmacht» zal gaan toetsen? Welke zaken worden hieromtrent per AMvB geregeld? Op welke termijn kan de Eerste Kamer deze AMvB tegemoet zien?

Welk type verplichtingen kunnen vooraf worden opgelegd aan aanbieders en verzekeraars in de sfeer van preventie van aanmerkelijke marktmacht? Kan de minister dit illustreren met enkele voorbeelden? Kan de hij tevens medelen welke sancties door de NZa genomen zullen worden indien aanbieders/verzekeraars in die voorbeelden niet de aanwijzingen van de NZa opvolgen? Op welke wijze zal met meningsverschillen over het al dan niet opvolgen van de aanwijzingen van de NZa worden omgegaan?

Is het denkbaar dat, in het kader van artikel 47 van de wet, een zorgaanbieder met specifieke kwaliteit en deskundigheid op het gebied van

zorgverlening, onderzoek en opleidingen, moet worden opgesplitst vanwege aanmerkelijke marktmacht, ook als hij aantoonbaar goede kwaliteit levert? Als voorbeeld vroegen de leden van de PvdA-fractie aan de minister om een illustratie uit de kankerzorg te kiezen, waar veelal sprake is van concentratie omwille van de kwaliteit van onderzoek, zorg en opleiding.

Kan de minister meer inzicht geven in het samenwerkingsprotocol tussen NMa en NZa op het voornoemde punt en verduidelijken onder welke randvoorwaarden bevindingen van de NZa leiden tot marktingrijpen door de NMa? In hoeverre borgt het samenwerkingsprotocol dat marktpartijen niet met dubbele controles en registraties te maken krijgen?

#### *Relatie NZa – andere toezichthouders*

Wat betekent het in de praktijk dat de posities van de IGZ en NZa in het debat in de Tweede Kamer gelijkwaardig aan elkaar zijn verklaard? In welke situaties en op welke momenten moeten de Nma en de Nza, bij uitspraken over marktverhoudingen, de IGZ raadplegen? Kan de regering dit illustreren met enkele voorbeelden? In welke situaties kan de IGZ voorts op eigen initiatief de NZa adviseren omtrent voorgenomen besluiten? Hoe dwingend zijn die adviezen? Waarom is in dit kader in artikel 18 van de wet niet opgenomen dat de NZa zich ook richt naar de uitleg van de begrippen die de IGZ hanteert in het kader van kwaliteitsborging?

Hoe moet artikel 19 worden gelezen, dat de NZa het oordeel van het Staatstoezicht volgt? Begrepen de leden van de PvdA-fractie daaruit goed dat toezicht op kwaliteit preferent is? Wat betekent dit voor de werking van artikel 21 lid 1 dat over de doelmatigheid van voorgenomen beleid gaat?

Zijn er naar aanleiding van de in 2005 afgesloten samenwerkingsprotocollen tussen NZa en NMa en IGZ ervaringen bekend over de afstemming van de toezichthoudende praktijken? Zo ja, welke ervaringen? Zo nee, wanneer is het inzicht in deze ervaringen te verwachten?

Kan de minister de stand van zaken geven omtrent de totstandkoming van samenwerkingsprotocollen met andere toezichthouders? Is de regering van opvatting dat de keten van toezichthouders hierdoor overzichtelijker wordt en er sprake is van een vermindering van administratieve lasten voor aanbieders en verzekeraars? De Wmg voorziet in periodieke evaluatie van de NZa. Kan de regering toezeggen dat hierbij ook naar de effectiviteit en legitimiteit van de samenwerkingsprotocollen tussen toezichthouders gekeken zal worden?

In welke verhouding staat het externe toezicht door de Nza tot het interne toezicht bij verzekeraars en aanbieders? In hoeverre worden samenwerkingsprotocollen ook met (verenigingen van) interne toezichthouders afgestemd?

Hoe verhoudt de Wmg zich tot de Europese mededingingswetgeving in het algemeen, en wat betekent de Europese aanbestedingsrichtlijn in het bijzonder voor de werkzaamheden van de NZa?

#### *Bureaucratie en administratieve lasten*

In artikel 14 lid 5 wordt gesteld dat de Nza de opdracht heeft om de administratieve lasten te beperken. Kan de minister zeggen op welke wijze dat gemeten zal worden?

Hoe voorkomt de minister dat de artikelen 27, 28, 32 en 36 leiden tot meer regelgeving en administratieve lastendruk? Hoeveel voorschriften kunnen dan wel mogen er in het kader van artikel 37 worden opgelegd door de NZa? Begrepen de voornoemde leden goed dat in artikel 23 van zorgaanbieders en zorgverzekeraars wordt gevraagd dat zij in hun eigen reglementen de mogelijkheid tot het doen van beklag opnemen, dat zij vervolgens indienen bij de NZa? Kan de regering de argumentatie hierbij toelichten aan de hand van een voorbeeld?

De leden van de PvdA-fractie vroegen vervolgens of artikel 35 tot voldoende prikkels voor innovatie leidt. Begrepen zij het goed dat volgens dit artikel een prestatie niet vergoed kan worden indien deze met minder of andere inspanningen tot stand gekomen is dan volgens de prestatiebeschrijving is vastgesteld? Zo nee, hoe moet dit artikel dan begrepen worden? Zo ja, op welke wijze denkt de regering hiermee innovaties en doelmatigheid te prikkelen?

In artikel 50 en 51 worden verplichtingen geformuleerd in het kader van de tariefregulering van vormen van zorg. Om hoeveel prestatiebeschrijvingen gaat het bij de hier bedoelde tariefregulering? De leden van de PvdA-fractie vroegen zich voorts af wat de verplichtingen in deze artikelen betekenen, zowel in kwantitatieve zin voor de administratieve lasten en kosten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars, als in kwalitatieve zin voor het functioneren van de zorginkoopmarkt.

Op welke wijze wordt toezicht gehouden op de stapeling van audits, registraties en controles? Wat acht de regering een onacceptabele stapeling van toezicht- en controlemechanismen, en hoe kan deze worden voorkomen? Wat zijn de sancties indien verzoeken tot audits en registraties vanuit de NZa niet worden opgevolgd door aanbieders en verzekeraars?

Kan de minister meedelen tot welke afname of toename van administratieve lasten de introductie van marktwerking tot op heden oplevert en wat de invoering van de Wmg daaraan bijdraagt?

#### *Invoeringstraject en evaluatie*

Wat is de laatste stand van zaken rond de voorbereidingen van het CTG-Zaio om de nieuwe taken in NZa-verband te kunnen gaan vervullen? Krijgt de NZa voldoende capaciteit om de taken te vervullen en alle veranderingen in de zorg adequaat mede vorm te geven?

Zijn de marktpartijen volgens de regering in staat om vanaf de invoeringsdatum aan alle eisen van de NZa te voldoen? In hoeverre zijn zij daarvan reeds op de hoogte? Hoe verloopt het communicatietraject rond de veranderingen door de Wmg?

Wat is tot op heden het gevolg van het nog niet in werking zijn van de NZa voor zowel de marktordening als het toezicht op de uitvoering?

De minister zal een besluit tot verdere liberalisering van zorgmarkten nemen als zorgvuldig in kaart is gebracht of een (deel)markt voldoende functioneert als markt. Wanneer functioneert een deelmarkt «voldoende»? Staat de introductie van de NZa in verhouding tot de huidige omvang van de markt?

Kan de regering toezeggen dat bij de evaluatie van de Wmg wordt meegenomen wat het toezicht door de NZa heeft opgeleverd voor de patiënt/consument, bijvoorbeeld in termen van de beschikbaarheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg?

### 3. VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hadden met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel en van de behandeling in de Tweede Kamer. Er zijn ondanks alle besprekingen in dat huis nog een aantal zaken die deze leden aan de orde wil stellen. Om te beginnen de meest algemene vraag.

De leden van de VVD-fractie begrepen de noodzaak tot controle op de spelers in het veld van de gezondheidszorg. Daarover bestaat bij de fractie geen twijfel. Wel stelden zij de vraag waarom de oprichting van een NZa de beste optie is. Waarom is dat niet een aansturing door het departement zelf, of door een direct aan het departement van VWS gelieerde organisatie, zoals bij voorbeeld de IGZ, of een agentschap? Waarom is gekozen voor een ZBO, dat tamelijk onafhankelijk van de minister werkt, terwijl het in dit veld toch om een majeure politieke aangelegenheid gaat? Met andere woorden: hoe verhoudt op het punt van de verhouding van de minister tot de Zorgautoriteit dit voorliggend wetsvoorstel zich tot (bij voorbeeld) de Kaderwet die nu voorligt in de Eerste Kamer?

Een volgende vraag van deze leden betrof de bureaucratische procedures waarmee zorgaanbieders (zorgverleners) en verzekeraars worden opgezaald. Ook de door de TK opgestelde en aangenomen amendementen stelden deze leden niet gerust. Hoeveel tijd en geld gaan hierin zitten, voor het «teveel» is?

De leden van de VVD-fractie bereikten overigens nu al informatie dat veel zorgaanbieders (artsen) vele uren per week bezig zijn met declareren en het transparant maken van hun verrichtingen en de kosten daarvan, en dat er dus nog grote problemen zijn op het punt van het declareren door artsen. Kennelijk is er bij de ziektekostenverzekeraars onvoldoende soepelheid in dit opzicht. Is dit nu een punt waar de Zorgautoriteit bij kan optreden? Of is dit een taak voor de minister? En maakt het voorliggend wetsvoorstel wel voldoende duidelijk wie wanneer aan zet is?

Voorts merkten deze leden op dat er wel een overvloed aan colleges van toezicht voor de gezondheidszorg blijft bestaan. De wet zelf noemt er al vele: de NMa, de CVZ, de DNB, AFM, IGZ, het college van bouwvoorzieningen en nog enige andere. Levert het voorliggende wetsvoorstel wel voldoende helderheid om al deze toezichthouders elkaar niet in de wielen te doen rijden? Is er werkelijk zo'n massaal toezicht nodig? De WRR merkt in zijn rapport «Bewijzen van goede dienstverlening» op dat toezicht samenhangend, sober en effectief dient te zijn. In hoeverre is hiervan bij dit wetsvoorstel eigenlijk nog sprake, zo vroegen de leden van de VVD-fractie.

Voorts stelden de leden van de VVD-fractie nog een vraag van andere orde. Het was hun opgevallen dat in het wetsvoorstel zwaar wordt ingezet op bevordering van de marktwerking in de gezondheidszorg. Omdat de minister hier nu zelf mee komt, wilden de leden van deze fractie opmerken dat het de vraag is of één van de marktpartijen, namelijk de consument/patiënt, wel als marktpartij kan optreden. Waarom denkt de minister dat marktwerking met succes kan worden bevorderd, terwijl de consument toch in vele opzichten onvrij is? Enerzijds betaalt hij een groot deel van de premie via de belasting, waardoor hem het overzicht over de werkelijke kosten van de gezondheidszorg nog steeds zal ontbreken; anderzijds zijn ten opzichte van vroeger de eigen risico's veel minder voor eigen rekening te nemen, en ontbreekt elke prikkel tot gepast gebruik. Hoe, zo vroegen deze leden, kan de minister dan nog werkelijk in marktwerking geloven? Hoort bij marktwerking niet altijd dat ook de consument werkelijk

bewegings-/keuzevrijheid heeft? Kan de minister nog eens uitleggen wat in dit geheel nog gedaan kan worden door de Zorgautoriteit?

De leden van de VVD-fractie hadden voorts in eerdere debatten met de minister al gevraagd om een laagdrempelig klachtenbureau voor consumenten en zorgaanbieders, aan te hangen aan de Zorgautoriteit. Het is te verwachten dat hierdoor snel concrete informatie over mogelijk falen van het systeem beschikbaar wordt bij het instituut dat het meest bevoegd is om in te grijpen en te handelen. Deze leden misten dit klachtenbureau opnieuw in dit wetsvoorstel.

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

Ondanks alles is het in de visie van deze fractie van groot belang dat de minister uiteindelijk met zijn sturing de NZa kan overspelen. Graag vernamen zij nog eens van de minister in grote lijnen hoe hij denkt deze ZBO in de touwen te houden, en of en hoe hij zijn uiteindelijke politieke verantwoordelijkheid voor het geheel denkt te kunnen waarmaken.

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

Een van de grote problemen van de introductie van gereguleerde marktwerking in de publieke sector, zo merkten de leden van de fractie van **GroenLinks** op, is de stapeling van toezichtfuncties, waardoor professionele en institutionele praktijken steeds verder ingesponnen worden door administratieve en bureaucratische verantwoordings-eisen. De WRR heeft daar onder meer op gewezen in het rapport *Bewijzen van goede dienstverlening*. Vaak gaat het in deze processen overigens om onvoorziene gevolgen van goed bedoelde vormen van evaluatie en monitoring, die van boven naar beneden de professionele praktijk binnen sijpelen. De leden van de fractie van GroenLinks stelden tegen deze achtergrond naar aanleiding van de WMG de volgende vragen.

- Is de regering zich van dit gevaar bewust?
- Wat heeft zij gedaan om de stapeling van toezichtseisen te voorkomen?
- Speelt de nieuwe Zorgautoriteit ook een rol in het toezien op de vraag of de toezichtsvereisten niet al te zwaar gaan drukken op professionele organisaties en op de dagelijkse praktijk van zorgprofessionals?
- Worden de ontwikkelingen op dit punt in de gaten gehouden?
- Kandidaat VVD-leider Mark Rutte had als een van zijn campagnepunten dat instellingen in de publieke sector, waartoe ook de zorg gerekend dient te worden, niet meer dan 15% van hun budget aan overhead (inclusief hun verantwoordings- en informatieverplichtingen) kwijt zouden moeten zijn. Daarmee worden automatisch beperkingen opgelegd aan de administratieve eisen die financiers en overheden aan deze instellingen kunnen opleggen. Hoe staat de regering tegenover deze gedachte?
- Meent de regering dat het zinvol is om op enigerlei wijze normen te ontwikkelen waar professionele instellingen zich op kunnen beroepen om de externe zucht naar informatie binnen de perken te houden?

Er wordt wel gezegd dat zorgverzekeraars met de komst van de nieuwe zorgverzekeringswet hun basisverzekering uit concurrentieoverwegingen bewust zo laag mogelijk hebben geprijsd. Je kunt het scherp aan de prijs

noemen, het vermoeden bestaat echter dat het in veel gevallen zelfs onder de kostprijs is geweest. Stel nu dat de polissen de komende jaren over de hele linie jaarlijks met tien procent stijgen, met enorme financiële consequenties voor burgers, de koopkracht en de uitgaven voor de zorgtoeslag. Hoe kan de Nederlandse Zorgautoriteit de rechtmatigheid van deze explosieve prijsstijgingen toetsen? Is zij in dergelijke processen een factor van betekenis, zo vroegen deze leden.

Stel dat de gezondheidszorgmarkt een steeds Europeeser gedaante krijgt, bijvoorbeeld door fusies en allianties van zorgverzekeraars uit verschillende landen. Op die manier kunnen bijvoorbeeld Duitse en Nederlandse ziektekostenverzekeraars fuseren. Wat is in dat geval de handelswijze van de NZa? Welke eisen dient hij te stellen aan zo'n fusie? Waar toetst hij dat aan? Wat betekent bijvoorbeeld de uitdrukking «aanmerkelijk marktmacht» in Europees of internationaal perspectief? Of stel dat een zorgaanbieder uit Gelderland wil samengaan met een zorgaanbieder uit Duitsland. Wat heeft de NZa dan in handen om dat te beoordelen?

In het NRC Handelsblad van 24 november wijst Coen Teulings op het volgende gevaar met betrekking tot de omzeiling van de acceptatieplicht. «Stel: een verzekeraar biedt een bedrijf met gezonde mensen een gecombineerde polis aan van een basisverzekering en een autoverzekering. De verzekeraar zegt tegen de werknemers: jullie krijgen de maximale tien procent korting omdat jullie een collectiviteit vormen, maar daarbovenop bied ik nog eens tien procent extra korting op de autoverzekering. Daarmee wordt de individuele polis veel duurder, zodat anderen die niet snel zullen kopen.» Volgens Teulings kan de NZa deze ontwikkelingen niet of nauwelijks controleren. Zijn conclusie: «De acceptatieplicht dreigt een dode letter te worden of je krijgt een enorme regeldrift.

Graag ontvangen de leden van de GroenLinks-fractie een reactie op deze mogelijke casuïstiek. Welke rol zou de NZa in deze processen kunnen/moeten spelen? Speelt de NZa ook een rol in het beoordelen van dergelijke vormen van koppelverkoop? Kan zij hier paal en perk aan stellen? Op basis van welke bevoegdheden zou zij dat dan kunnen?

De grote onbekende van de Wet Marktordening Gezondheidszorg is – begrijpelijkerwijs – hoe de wet in de praktijk zal gaan uitpakken. Om daar zicht op te krijgen is het verleidelijk om de wet te toetsen aan ontwikkelingen zoals die mogelijk kunnen optreden en dan de vraag te stellen wat daarbinnen de rol van de NZa zal zijn. Om die reden wilden de leden van de fractie van GroenLinks de volgende casuïstiek voorleggen. Stel: twee reguliere instellingen voor verslavingszorg willen in hun werkgebied een nieuw commerciële detoxificatiekliniek oprichten. Zij zien buitenlandse commerciële zorgaanbieders immers initiatieven nemen waarvan zij menen dat zij dat ook en beter kunnen. Zij hebben een private financier, een bank, bereid gevonden mee te investeren. De totale risicodragende investeringen bedragen enige miljoenen, waarvan de bank het merendeel voor zijn rekening neemt en de twee instellingen ieder enige honderdduizenden euro's aan hun vermogen onttrekken.

- Wat vinden zij op hun weg?
- Kunnen zij hun gang gaan of moeten ze aan bepaalde verplichtingen voldoen?
- Op welke wijze ziet de NZa op zulke initiatieven toe?
- Worden dergelijke initiatieven anders beoordeeld dan geheel commerciële of buitenlandse initiatieven?
- Zijn er grenzen aan het aanspreken van het vermogen door publiek gefinancierde instellingen voor commerciële initiatieven? Wie bepaalt deze? Wat is de rol van de NZa?
- In deze gevallen is in toenemende mate vermenging te zien van

optreden van commerciële belangen en privaat kapitaal met reguliere, niet commerciële zorgaanbieders die over collectief gefinancierd kapitaal beschikken. Hoe staat de regering tegenover deze vermengingen? Welke rol dicht zij de NZa in deze toe?

- Moeten er regels komen voor dergelijke «vermengingen» of moet er naar bevind van zaken gehandeld worden?

De leden van de fractie van GroenLinks zouden graag nog eens precies verwoord zien wat de positie van burgers en professionals is ten opzichte van de NZa. Kunnen deze categorieën zich wenden tot de NZa? Kan dat tot onderzoek leiden? In welke mate rust op de NZa de verplichting om serieus met dergelijke 'individuele' input om te gaan?

## 5. SP-fractie

Dit wetsvoorstel regelt de oprichting en bevoegdheden van de Nederlandse Zorgautoriteit, het orgaan waarin het huidige College Tarieven Gezondheidszorg en het College toezicht Zorgverzekeringen opgaan, zo merkten de leden van de **SP**-fractie op. De Zorgautoriteit moet gaan fungeren als marktmeester in het nieuwe zorgstelsel met een sector-specifiek toezicht. Naast deze toezichthouder blijven de Nederlandse Mededingingsautoriteit, De Nederlandsche Bank en de Autoriteit Financiële Markten ook toezichtstaken houden op de zorgmarkt. Daarnaast vervullen ook de Inspectie Gezondheid en Zorg en het College Bescherming Persoonsgegevens een belangrijke toezichthoudende taak. De wet bevordert dat waar dat kan marktwerking op gang wordt gebracht en gehouden en waar dat moet de overheid tarieven en prestaties kan reguleren. De positie van de consument/patiënt wordt verbeterd doordat zorgaanbieders en zorgverzekeraars betere en transparantere informatie moeten geven, zodat er meer keuzevrijheid komt.

De leden van deze fractie konden zich niet aan de indruk onttrekken dat niet de consument maar meer marktwerking zelf het doel is, Zij namen hierbij de vrijheid om na het uitgebreide voortraject in de Tweede Kamer, waarbij met instemming van de SP de wet op een aantal punten wezenlijk is aangepast, nog de volgende, deels verhelderende, vragen te stellen.

De belangrijkste conclusie die men kan trekken uit de discussie tot nu toe is, dat de NZa zal starten met nog erg onduidelijke kaders en dat gaandeweg de rit kennis en ervaring én jurisprudentie moeten worden opgebouwd. De simpele vraag hoe je aanmerkelijke marktmacht (AMM, het thema waar veel omdraait als het gaat om de functie van de NZa) aantoot en hoe zorgmarkten worden afgebakend is nu nog niet goed te beantwoorden. Is de minister het eens met deze stelling?

Er zijn zeer veel toezichthouders die op de zorgmarkt operen en dat houdt het risico van overlap en overigens ook van blinde vlekken in het toezicht in zich. Een voorbeeld is de overlap tussen NMa en NZa. Wat is de gang van zaken bij onduidelijkheid? Kunnen beide instanties naar elkaar verwijzen, elkaar aansporen tot actie? Bestaat de mogelijkheid van territoriumstrijd? Aan wie kunnen NZa en NMa geschillen over taakopvatting voorleggen? Worden dit soort onderwerpen vastgelegd in het samenwerkingsprotocol en is dat al door beide autoriteiten vastgelegd en goedgekeurd? Heeft de minister daar ook nog een (goedgeurende) stem in?

Een voorbeeld van een gebied waar mogelijk taken botsen, is het toezicht op de concentraties in de AWBZ-sector, die op dit moment ontstaan, mogelijk ook met het oog op de komst van de WMO en in het verlengde van de AWBZ-herzieningen. GGZ-instellingen fuseren met Thuiszorg en

Verpleging en Verzorgingsinstellingen. Zijn er voorwaarden aan deze concentraties verbonden, wie ziet erop toe en is dit een sector waarbij mogelijk per AMvB een lagere concentratiedrempel kan worden vastgesteld?

Een zorgverzekeraar garandeert zijn verzekerden binnen 12 uur thuiszorg op basis van een exclusief contract met een thuiszorgorganisatie. Hierdoor kunnen verzekerden bij een andere verzekeraar mogelijk niet tijdig over thuiszorg beschikken. Is het toegestaan dat thuiszorg voor verschillend verzekerden verschillend beschikbaar komt? Ziet de NZa op dit soort zaken toe? In zijn algemeenheid gaat het natuurlijk over voorrangszorg. Ligt dit fenomeen op het bordje van de NZa en wat zijn de gronden waarop beoordeling en mogelijk veroordeling plaatsvindt, zo vroegen deze leden.

De minister heeft een brief geschreven over particulier bijklussende plastisch chirurgen, die daardoor minder tijd hebben om in het publieke domein actief te zijn. Hij was hier niet blij mee. Is dit niet gewoon het gevolg van marktwerking waarbij ieder voor zich kan kijken waar het meeste geld te halen is? Waarom moeten plastisch chirurgen dief van eigen portemonnee zijn? Met welke argumenten kan de NZa hiertegen optreden? Optreden, dat de leden van de SP-fractie overigens zouden toejuichen.

Een andere overlap dan wel samenwerkingsrelatie ligt er tussen de IGZ en de NZa. De NZa als marktmeester en de IGZ als kwaliteitsmeester kunnen samen opereren als de kwaliteit van de zorg in het geding dreigt te komen. Op verzoek van de NZa kan de IGZ informatie verzamelen. Kan de IGZ ook de NZa vragen onderzoek te doen? Kunnen ze elkaars agenda bepalen? In het verleden kwam de IGZ geld en menskracht tekort om haar werkzaamheden naar behoren te verrichten. Met de onderzoeken die ze mogelijk in opdracht (op verzoek?) van de NZa moet gaan verrichten komt er alleen maar extra werk bij. Eigenlijk konden de leden van deze fractie zich niet voorstellen dat de problemen als het gaat om de inzet van de inspectie opgelost zijn. Graag kregen zij een geruststelling op dit punt en inzicht hoe de samenwerking in de praktijk zal functioneren.

Houdt de NZa ook toezicht op de uitvoering van de aanvullende verzekering, zowel ten aanzien van manier van aanbieden, eventueel risicoselectie, koppelverkoop (ook met andere niet zorggerelateerde verzekeringen) als van inhoud van het gebodene en prijsstelling (te goedkoop of te duur)?

Kan de minister toelichten in welke situatie de NZa een tijdelijke verplichting kan opleggen? Als argument hiervoor wordt genoemd dat het enige tijd (hoeveel schat de minister?) in beslag neemt om aanmerkelijke marktmacht vast te stellen. Met de tijdelijke maatregel wordt geanticipeerd op mogelijke maatregelen en wordt voorkomen dat onomkeerbare situaties ontstaan. Het stond de leden van deze fractie niet helder voor ogen aan wat voor situaties uit de praktijk gedacht moet worden. Overigens is de NMa er niet voor om onomkeerbare situaties tóch om te keren? Graag kregen deze leden een toelichting.

Ziet de NZa ook toe op de vorming en omvang van collectiviteiten? Er wordt nog steeds erg juichend gedaan over de hoeveelheid collectieve contracten. Tijdens de discussie over de ZVW in de senaat zijn echter ook zorgen geuit en vragen gesteld over de kritische grens waarbij de minister eventueel zou (moeten) ingrijpen. Het individu dat geen deel uitmaakt van een voor de verzekeraar acceptabel collectief wordt steeds meer de dupe, dan wel heel Nederland wordt één groot collectief en dan is de meer-

waarde ervan zoek. Wat zijn de taken van de NZa en van de minister ten aanzien van deze materie?

De minister heeft een brief toegezegd met een overzicht van het totaal effect op de administratieve lasten veroorzaakt door gehele stelselwijziging. Is die brief er eigenlijk al en wat zijn de conclusies?

Het Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties meldt de vaste commissie voor VWS in een brief van 15 mei 2006 dat de consument naar haar mening in het nieuwe stelsel weliswaar één van de belangrijkste marktpartijen is, maar op dit moment nog steeds de zwakste. In de WMG domineert gerichtheid op zorgverzekeraars en zorgaanbieders, de patiënt krijgt geen centrale positie. Namens de CSO stelden de leden van de fractie van de SP de volgende vragen

- Op welke wijze bewaakt en versterkt de WMG en het daarbij behorende toezicht de centrale positie van de patiënt in de gezondheidszorg en in concreto de feitelijke inspraak en invloed van de individuele consument?
- Wat is de meerwaarde van de WMG voor de feitelijke inspraak en invloed van de individuele consument ten opzichte van het reeds geregelde in de Zorgverzekeringswet?
- Aan welke aspecten denkt de regering als het gaat om consumentenbelang (zie artikel 3, vierde lid) en op welke wijze vormt dit een vast onderdeel van de door de Zorgautoriteit uit te voeren controle en toezichttaken en de belangenafwegingen die in dit kader moeten worden gemaakt?
- Geeft de Zorgautoriteit in haar periodiek publiek verslag ook inzicht in de wijze waarop zij de consumenten- en patiëntenbelangen heeft behartigd?
- De Zorgautoriteit dient zich met behulp van gegevens van de IGZ een eigen oordeel te vormen over de prijs-kwaliteitsverhouding. Hoe stelt de Zorgautoriteit criteria vast ter toetsing van de prestaties op het gebied van de verhouding prijs-kwaliteit in het zorgaanbod of bij de zorginkoop? Is het consumentenperspectief hierbij leidend? Hebben consumenten/patiënten organisaties hierbij een adviserende stem?
- Heeft de Zorgautoriteit ook een toezichthoudende functie ten aanzien van de manier waarop zorgverzekeraars in hun statuten bepalingen hebben opgenomen om een redelijke mate van invloed van verzekerden te waarborgen?

De laatste vragen gaan over het waarborgen van gepast gebruik van medische gegevens van patiënten en verzekerden door de Zorgautoriteit in het kader van de WMG. De leden van de SP-fractie waren blij dat het oorspronkelijke wetsvoorstel is aangepast conform de aanbevelingen van het College Bescherming persoonsgegevens (CBP). De waarborgen zullen worden vastgelegd in een ministeriële regeling, waarin per taak een afwijking plaatsvindt of de Zorgautoriteit mag beschikken over medische persoonsgegevens. Het is van groot belang dat voorkomen wordt dat medische gegevens ten onrechte ook gebruikt worden voor andere taken en/of door andere toezichthouders. De nadere uitwerking van deze regeling luistert dan ook nauw. Hoever is men met de uitwerking van de regeling? Is hij al bekend en wie zijn bij de uitwerking betrokken? Deze leden drongen erop aan hierbij zowel het CBP als de KNMG te betrekken en de regeling ook door deze instanties te laten fatteren. Is de minister daartoe bereid?

In het kader van het gepast gebruik van medische persoonsgegevens en de zorgvuldigheid hierin in het kader van de ZVW zijn ook een ministeriële regeling en een addendum zorgverzekeraars opgesteld. Behoort het tot de taken van de NZa of van het CBP om toe te zien op de zorgvuldige toepas-

sing hiervan? Wie ziet er op toe dat de NZa zelf zorgvuldig omgaat met deze materie, met andere woorden tegenover wie/ welke instantie legt de NZa verantwoording af hoe ze omgaat met de verwerking van medische persoonsgegevens?

## 6. D66/OSF-fracties

De leden van de fracties van **D66** en **OSF** hadden eveneens kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel. Zij hechtten eraan dat er snel een adequaat toezicht komt, maar stelden nog de onderstaande vragen.

Onder andere in artikel 17 wordt de samenhang tussen de functionele toezichthouders, de marktmeesters, geregeld. Acht het kabinet, in het licht van noodzakelijke samenwerking en vermindering van bureaucratie, artikel 17 lid 2 niet een te magere basis voor die samenwerking? Kan het kabinet duidelijk uiteenzetten, bij voorkeur in tabelvorm, waar de taken van de verschillende toezichthouders: a) zelfstandig zijn uit te voeren omdat zij elkaar aanvullen, b) in samenwerking moeten worden uitgevoerd vanwege onderlinge afhankelijkheid c) elkaar overlappen? Kan het kabinet, op grond van deze tabel, precies uiteenzetten waar stapeling van toezicht is voorkomen? Hoeveel samenwerkingsprotocollen heeft of krijgt de NZa, met wie en zijn deze openbaar beschikbaar?

Een andere vraag van deze leden betrof de groei van de NZa. Kan het kabinet mededelen hoe de formatieopbouw is de komende vijf jaar?

De leden van de fracties van D66 en OSF waren er nog niet van overtuigd dat de Nederlandse Zorgautoriteit ook voldoende kracht kan ontwikkelen. Zij vreesden dat de Nederlandse Zorgautoriteit wel eens minder slagvaardig blijkt te zijn wanneer via juridische procedures de autoriteit tegenover de zorgaanbieders komt te staan. De bestuurlijke boetes zoals genoemd in artikelen 86 en 87 zijn voldoende hoog om excellente advocaten in te huren. Wat is de inschatting van het kabinet hierover? Waarom is gekozen voor dergelijk hoge maxima?

De eisen die de NZa stelt aan allerlei concrete administratieve processen en acties bij zorgaanbieders, zijn die, in juridische zin, wel te stellen aan in het buitenland gevestigde zorgaanbieders? Met andere woorden: kan de Nederlandse wet eisen stellen aan de administratie van buitenlandse ondernemingen? Waar en door wie is dit getoetst? Acht het kabinet deze eisen voldoende SMART geformuleerd? Wat zijn in dit verband de innovatieve manieren van het kabinet om de administratieve lasten te reduceren in plaats van te dupliceren, zo vroegen deze leden.

Het kabinet wil om bureaucratie terug te dringen zogenaamde aanjaagteams instellen. Het oprichten van deze teams moet nog met het veld besproken worden. Is er meer over bekend en wat bedoelt hij met een stevige positie?

Onder andere artikel 26 gaat over het voeren van onderzoek bij zorgverzekeraars. De leden van de fracties van D66 en OSF wilden meer zicht op de feitelijke gang van zaken bij dergelijk onderzoek. Komt er een soort zorgpolitie? Welke opsporingsbevoegdheden krijgen welke personen?

Er komt een meldpunt bij het NZa. Hier kunnen individuele consumenten misstanden melden. Het is geen klachteninstantie maar het verzamelt de informatie voor beleids-, toezicht- en opsporingsdoeleinden. De fracties van D66 en OSF wilden hierover wat meer informatie.

Wat zijn de taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, budget en omvang. Verder waren de leden van deze fracties ernaar benieuwd hoe individuele patiënten naar dit meldpunt worden geleid en hoe deze van het bestaan van het meldpunt kunnen weten. Kortom voorlichting is wenselijk. Hoe verhoudt dit meldpunt zich overigens tot al die andere meldpunten? Wat is de visie van het kabinet hierop, «laat duizend bloemen bloeien» of het aanbrengen van focus?

Het kabinet stelt dat om regionale machtsposities te lokaliseren er een marktafbakening plaatsvindt. De leden van de fracties van D66 en OSF waren benieuwd te horen hoe dit gaat gebeuren, met wat voor markt-afbakeningstechnieken en met welke vervolgsenario's de minister rekening houdt.

Kan het kabinet nog eens precies uiteen zetten wat voor invloed de Nederlandse Zorgautoriteit heeft op de zorgkantoren, taken, bevoegdheden etc. De toezichthouder krijgt bijvoorbeeld een adviesrol bij de aanwijzing van zorgkantoren. Op wat voor gegevens gaat de Nederlandse Zorgautoriteit dit advies baseren?

Kan het kabinet, na de invoering van de zorgverzekeringswet, eens reflecteren op de «marktmacht» in de zorg? De fusies tussen bedrijven dragen toch bij aan deze macht?

Verder heeft het kabinet gezegd dat het aan het CTZ opdracht heeft gegeven om onderzoek te laten doen naar de mate waarin zorgverzekeraars kortingen voor collectieve contracten geven. Aan de hand daarvan bepaalt het kabinet of er mogelijk sprake is van kruissubsidiëring die ongewenste gevolgen heeft. De leden van deze fracties hebben al eerder gezegd dat zij deze mogelijke kruissubsidiëring met zorg bezien. Inmiddels is duidelijk dat bij sommige verzekeraars het percentage collectief verzekeren naar vijftig procent tendeert (volgens ZN).

Het lijkt erop dat de premies voor deze collectieve contracten niet kostendekkend zijn en dat de individueel verzekerden hiervoor opdraaien. Het kabinet heeft eerder gesteld dat dit zeker de bedoeling niet is. De vraag van deze leden was nu dan ook wat voor actie de minister en eventueel de Nederlandse Zorgautoriteit hiertegen ondernemen.

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

Met belangstelling hadden de leden van de fracties van **SGP en ChristenUnie** kennisgenomen van dit wetsvoorstel. Zij waren het eens met het kabinet dat de overgang van een volstrekt aanbodregulerend systeem naar een stelsel van gereguleerde marktwerking, zeer zorgvuldig dient te geschieden.

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

Vervolgens spraken zij de zorg uit dat er te veel regels, te veel dubbele controles en teveel administratieve lasten ontstaan, terwijl dit kabinet zich zou inspannen om het «teveel» terug te dringen. Graag kregen zij een inhoudelijke reactie van de minister. Er is wel gekozen voor een zekere mate van onafhankelijkheid ten opzichte van de minister, zoals dit ook bij de bestaande marktautoriteiten het geval is. Toch blijkt uit de memorie

van toelichting dat de minister het beleid bepaalt. Zo kan de minister een algemene aanwijzing geven met betrekking tot de werkwijze en de uitoefening van taken. Dat betekent voor mogelijke investeerders in de zorg ook geen zekerheid. Staat deze mogelijke politieke bemoeienis niet op gespannen voet met het beoogde doel, namelijk gereguleerde marktwerking, zo vroegen zij de minister.

Aan de Zorgautoriteit worden zeer diverse taken opgedragen: markttoezicht, prijsregulering, toezicht op rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars, op rechtmatige afrekening en doelmatige en rechtmatige uitvoering door AWBZ-verzekeraars. Wordt hierdoor de beoogde marktwerking niet in de kiem gesmoord?

Er is verder gekozen voor een zelfstandig bestuursorgaan (ZBO). Wel is afgestapt van het bekende collegemodel in de gezondheidszorg. Het wordt nu een «Raad van bestuur»-model, maar er is geen Raad van toezicht voorzien. Mogen deze leden van de minister hiervoor een goede onderbouwing krijgen?

De leden van de fracties van SGP en ChristenUnie hadden als het over gereguleerde marktwerking gaat, nog steeds te maken met theoretische concepten. Dit vraagt om uitwerking en concretisering. Dit is naar de mening van deze leden nodig voor het welslagen van de ingezette koers. Zij verzochten de minister hier nader op in te gaan.

In het algemeen vroegen deze leden naar de verhouding regelgevende bevoegdheid ten opzichte van de uitvoerende bevoegdheden. Kan hier een overzicht van worden gegeven? Hoe wordt getoetst of de Zorgautoriteit niet buiten haar boekje gaat? De Zorgautoriteit krijgt immers een stevige rol op beide terreinen. Dit mag niet leiden tot ongewenste consequenties.

Voorts constateerden deze leden dat de afbakening NMa ten opzichte van NZa een probleem blijft. Het zelfde geldt voor taken AFM met betrekking tot gedragsregels en de NZa ten opzichte van de rest. Wie bepaalt hoe terughoudend of actief de NZa is op de deelmarkten?

Artikel 3, lid 4 stelt dat het consumentenbelang voorop staat. Hoe gaat dit concreet in zijn werk? Welke mogelijkheden voor andere belangenafwegingen zijn er?

Voorts vroegen deze leden duidelijkheid over artikel 7, de verhouding algemene aanwijzing ten opzichte van beleidsregels. Wat is wat?

Maatstafconcurrentie is vooral gericht op prijs. Hoe is daarbij de kwaliteit gewaarborgd? Hoe weegt die mee?

Hoe wordt op het onderdeel van de regionale machtspositie van de zorgverzekeraars concreet getoetst?

Kan er een toelichting worden gegeven op artikel 2? Hoe wordt bepaald of de reikwijdte verbreed of versmald moet worden? Wie beslist daarover? Hoe ver mag dat gaan? Onder welke voorwaarden? Wat zijn de gevolgen daarvan voor de toezichthouder? Aan wat voor concrete situaties moet worden gedacht? Wanneer is het «nodig» voor de uitvoering van de wet?

Artikel 9: Wat kan er worden gedaan als pas door bijvoorbeeld wijzigende omstandigheden later blijkt dat bepaalde regels in strijd zijn met het recht of het belang van de volksgezondheid? Welke procedure moet dan worden gevolgd?

Artikel 10: wat wordt precies bedoeld met een tijdelijke voorziening? Hoe ver is afwijking van de wet toegestaan en op welke manier wordt het parlement hierbij betrokken? Wordt er dan automatisch een wetswijzigingstraject in gang gezet?

Artikel 19: «volgen» ten opzichte van «eigen oordeel vormen» blijft een lastig punt. Hoe verhoudt dit zich tot elkaar?

Prof. De Ru heeft in de Staatscourant van 24 november 2005 een artikel geschreven: «Het grote risico van de Zorgautoriteit». Graag ontvangen deze leden een reactie van de minister op bijgevoegd citaat.

De leden van de verschillende fracties zien uit naar een zorgvuldige beantwoording van alle gestelde vragen.

De voorzitter van de commissie,  
Van Leeuwen

De griffier van de commissie,  
Janssen

Citaat:

Met deze wet verraadt de wetgever zijn onmacht. Regering en Staten-Generaal springen in een zwart gat. Zij tasten in het duister over de gevolgen van de nieuwe zorgverzekeringsmarkt. Om de geest uit de fles te kunnen beheersen richt zij de Zorgautoriteit op. Deze verenigt in zichzelf de functies van wetgever, bestuur, ondernemer, en van inspecteur en toezichthouder, van de Algemene Rekenkamer en van de Nederlandse Mededingingsautoriteit. Als ZBO en onafhankelijke rechtspersoon wordt zij opgescheept met een indrukwekkend aantal conflicterende belangen. Dit, terwijl het de minister verboden is om bij concrete misstanden in te grijpen. Dat had eventueel nog een functie kunnen zijn van de rechter, maar die zal zich terughoudend op moeten stellen nu de wetgever aan de zorgautoriteit zo veel ruimte laat tot het maken van eigen keuzes.