

programma Evaluatie Regelgeving
Commissie evaluatie regelgeving

Evaluatie Wet marktordening gezondheidszorg

houdende regels inzake
elmatigheid en beheerste
g op het gebied van de
Wet marktordening

A I N T I E N O R A I



ZonMw



Evaluatie

Wet marktwerking gezondheidszorg

eindredactie: prof dr ir R.D. Friele, NIVEL

Den Haag: ZonMw, september 2009
Programma evaluatie regelgeving: deel 28

Opmaak en productiebegeleiding: Piasau, Zoetermeer
(T 079 361 3344, info@piasau.nl)

Vormgeving omslag: Studio Bau Winkel, Den Haag
(T 070 306 1948, info@studiobauwinkel.nl)

Druk: Schulten Reproservice, Zoetermeer
(T 079 362 3612, info@schultenrepro.nl)

Inhoud

| | | |
|-------------------------------|---|----|
| Voorwoord | | 5 |
| Samenvatting en aanbevelingen | | 7 |
| 1 | Inleiding | 19 |
| | <i>dr JD de Jong (NIVEL) & prof dr ir RD Friele (NIVEL)</i> | |
| | 1.1 Achtergrond | 19 |
| | 1.2 Doel en vraagstelling van deze evaluatie | 21 |
| | 1.3 Werkwijze | 23 |
| | 1.4 Opbouw van het rapport | 24 |
| 2 | Maken en bewaken van markten | 25 |
| | <i>prof dr FT Schut (iBMG) & prof dr WPMM van de Ven (iBMG)</i> | |
| | 2.1 Wat wordt beoogd met het maken en bewaken van markten? | 25 |
| | 2.2 Welke instrumenten bevat de wet om markten te maken en te bewaken? | 27 |
| | 2.3 Hoe verhouden de nieuwe wettelijke instrumenten zich tot aanpalende wetgeving respectievelijk Europese regelgeving? | 32 |
| | 2.4 Is het nieuwe instrumentarium consistent, zowel intern als in relatie tot de overige relevante (zorg)wetgeving? | 34 |
| | 2.5 Hoe zijn de nieuwe instrumenten ingevoerd en in de praktijk toegepast? | 39 |
| | 2.6 Welke knelpunten doen zich bij de toepassing van de nieuwe instrumenten? | 43 |
| | 2.7 Conclusies inzake de effectiviteit en tekortkomingen van de nieuwe wettelijke instrumenten en suggesties voor verbeteringen | 45 |
| 3 | Kostenbeheersing | 49 |
| | <i>mr dr HEGM Hermsen (iBMG) & prof dr ir RD Friele (NIVEL)</i> | |
| | 3.1 De doelen in de Wmg met betrekking tot het bereiken van kostenbeheersing. | 49 |
| | 3.2 Welke instrumenten bevat de wet om kostenbeheersing te bewerkstelligen? | 53 |
| | 3.3 Hoe verhoudt de Wmg zich op het gebied van kostenbeheersing tot de Europese regelgeving? | 56 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 3.4 | Consistentie van de Wmg en aanpalende wetgeving op het gebied van kostenbeheersing | 61 |
| 3.5 | Hoe zijn de instrumenten tot kostenbeheersing in de praktijk toegepast? | 63 |
| 3.6 | Welke knelpunten en problemen doen zich voor bij de toepassing van de instrumenten tot kostenbeheersing? | 79 |
| 3.7 | Conclusies inzake effectiviteit en de tekortkomingen van het instrumentarium tot kostenbeheersing van de Wmg | 84 |
| 3.8 | Oplossingsrichtingen voor de gesignaleerde knelpunten | 85 |
| 4 | De Wmg en de versterking van de positie van de consument door keuze-informatie <i>mr drs R Coppens (NIVEL), dr JD de Jong (NIVEL) & prof dr ir RD Friele (NIVEL)</i> | 87 |
| 4.1 | Inleiding | 87 |
| 4.2 | De beleidstheorie achter het beschikbaar maken van keuze-informatie | 89 |
| 4.3 | Reflectie op de uitgangspunten van het systeem: Wat was er reeds bekend over keuze-informatie op basis van bestaande onderzoeken? | 96 |
| 4.4 | Invoering van de bepalingen van de Wmg die betrekking hebben op keuze-informatie | 97 |
| 4.5 | De resultaten van het beschikbaar maken van keuze-informatie | 103 |
| 4.6 | Conclusies inzake de effectiviteit en tekortkomingen van het beschikbaar maken van keuze-informatie en suggesties voor verbeteringen | 115 |
| 5 | Toezicht <i>drs E den Breejen (iBMG) & prof dr RA Bal (iBMG)</i> | 121 |
| 5.1 | Inleiding | 121 |
| 5.2 | Toezicht | 121 |
| 5.3 | Beoogde doelen van de Wmg: de beleidstheorie | 126 |
| 5.4 | Instrumentarium: beoogde werking | 129 |
| 5.5 | Verhouding aanpalende wetgeving | 135 |
| 5.6 | Consistentie van de Wmg | 135 |
| 5.7 | Invoering en naleving Wmg | 137 |
| 5.8 | Knelpunten bij toepassing en naleving van Wmg | 145 |
| 5.9 | Conclusies | 147 |
| | Literatuur | 153 |
| Bijlage 1 | Commissie evaluatie regelgeving | 163 |
| Bijlage 2 | Begeleidingscommissie | 165 |
| Bijlage 3 | Verantwoording van de gevolgde werkwijze | 167 |
| Bijlage 4 | Geraadpleegde respondenten | 175 |

Voorwoord

De op 1 oktober 2006 van kracht geworden Wet marktordening gezondheidszorg is één van de wetten die vormgeeft aan het nieuwe sturingsconcept van gereguleerde marktwerking en vormt daar in wezen het sluitstuk van. Tegelijk voorziet de Wmg in instrumenten die ook ingezet kunnen worden in gereguleerde delen van de gezondheidszorg.

Deze evaluatie is uitgevoerd met subsidie van ZonMw. De evaluatie volgt vrij kort na het van kracht worden van de Wmg. Het veld waar de Wmg zijn werk moet doen is complex en veranderingen kosten tijd. Dit betekent dat over de effecten van de Wmg op de publieke belangen kwaliteit van zorg, betaalbaarheid of toegankelijkheid nog niet veel te zeggen valt. Het accent van deze evaluatie ligt daarom op een analyse van de instrumenten van de wet en het signaleren van mogelijke knelpunten en oplossingsrichtingen. Deze evaluatie maakt niet de balans op, geeft geen antwoord op de vraag of de Wmg een succes is of niet. Daar is het veel te vroeg voor. Deze evaluatie levert wel stuurinformatie, op grond waarvan keuzes gemaakt kunnen worden over de nadere invulling van de Wmg in de praktijk.

De Wmg is een zeer brede wet. Voor de evaluatie ervan hebben wij ons gericht op vier hoofddoelstellingen van de Wmg. Deze doelstellingen zijn divers. Om aan deze diversiteit recht te doen is voor elk van deze doelstellingen een afzonderlijk en op zich staand hoofdstuk geschreven. De evaluatie is uitgevoerd door een onderzoeksgroep, waarin verschillende disciplines vertegenwoordigd waren die zich elk primair hebben gericht op het hoofdstuk dat het best aansluit bij hun discipline. Natuurlijk is daarbij zorggedragen voor interne consistentie.

Het onderzoek is begeleid door een Begeleidingscommissie. Graag bedanken de onderzoekers de leden en waarnemers van de Begeleidingscommissie (zie bijlage 2) voor hun waardevolle opmerkingen en suggesties voor verbetering. De verantwoordelijkheid voor de tekst van deze rapportage ligt echter geheel bij de onderzoekers.

Utrecht, Roland Friele

Samenvatting en aanbevelingen

Inleiding

Op 1 oktober 2006 is de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) in werking getreden. De Wmg draagt, volgens de memorie van toelichting (mvt), bij aan een verandering in het zorgstelsel waarbij meer handelingsvrijheid wordt gegeven aan zorgaanbieders, patiënten en verzekeraars. De Wmg bevat regels om te komen tot een doelmatig en doeltreffend stelsel van zorg, beheersing van de kostenontwikkeling en de bescherming en bevordering van de positie van consumenten¹. In deze evaluatie staan de vier meer operationele doelstellingen van de Wmg centraal².

De wet bevordert dat:

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

Voor elk van deze doelstellingen bevat de Wmg verschillende instrumenten die bedoeld zijn om deze doelstellingen dichterbij te brengen. In deze evaluatie gaan we na of en hoe deze instrumenten zijn ingezet en of ze inderdaad bijdragen aan de doelstellingen en of zich hierbij knelpunten voordoen. Voor deze knelpunten zijn oplossingsrichtingen aangegeven. In deze evaluatie gaan we vooral in op de nieuwe instrumenten en op de nieuwe situatie die is ontstaan door het introduceren van meer marktwerking in de zorg.

De gesignaleerde knelpunten en oplossingsrichtingen moeten worden gezien tegen de achtergrond van een betrekkelijk geruisloos verlopen invoering van de Wmg. De knelpunten met de nieuwe instrumenten of met de bekende instrumenten in de nieuwe situatie van marktliberalisering zijn nadrukkelijk omschreven als mogelijke knelpunten. Dit vanwege de, soms zeer, beperkte ervaring met de toepassing van dit instrumentarium. De oplossingsrichtingen zijn suggesties die nadere analyse en uitwerking vragen wat betreft uitvoerbaarheid, verwachte doelmatigheid en eventuele onbedoelde

1 Considerans Wmg.

2 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3 (MvT).

gevolgen. Monitoring van de ontwikkelingen en wetenschappelijke analyse van achterliggende mechanismen blijven nodig.

Deze evaluatie richt zich dus primair op de instrumenten en niet op de vraag of uiteindelijk de achterliggende doelen wel worden bereikt. Deze evaluatie richt zich ook niet op de vraag of meer marktwerking in de zorg een goed zaak is. De Wmg kan zowel gebruikt worden om meer marktwerking mogelijk te maken, als om zorgmarkten meer te reguleren.

1 Het instrumentarium voor het maken en bewaken van markten

De Wmg bevat twee belangrijke, nieuwe instrumenten die moeten bijdragen aan het op gang brengen van concurrentie in markten waar speelruimte voor concurrentie is gecreëerd: de bevoegdheid van de NZa om specifieke verplichtingen aan zorgaanbieders of verzekeraars op te leggen die op een deelmarkt beschikken over *Aanmerkelijke Marktmacht (AMM)* en de bevoegdheid van de NZa om *generieke verplichtingen* aan alle zorgaanbieders en/of ziektekostenverzekeraars in een deelmarkt op te leggen om algemene, structurele belemmeringen voor effectieve concurrentie weg te nemen.

Van het nieuwe instrumentarium om markten op gang te brengen en te houden is nog nauwelijks gebruik gemaakt, waardoor over de werking geen definitieve conclusies kunnen worden getrokken. Wel kunnen op basis van de analyse van de twee instrumenten enkele knelpunten worden gesignaleerd.

Mogelijke Knelpunten

- 1 Er bestaat een spanningsveld tussen het bewaken van een macrobudget enerzijds en het op gang brengen van markten anderzijds. Dit spanningsveld komt voort uit de wens om voor iedereen zo goed mogelijke zorg te kunnen leveren tegenover de wens om op macroniveau de kosten te beheersen. In gereguleerde delen van de zorg is het instrumentarium voor het ingrijpen in tarieven om zo het macrobudget te kunnen bewaken voor handen, zoals ook geïllustreerd wordt in de casus rond orthodontie (hoofdstuk 3). Ingrijpen in de prijzen in een geliberaliseerde markt verzet zich enerzijds tegen het EG Verdrag. Toepassing van het instrumentarium om efficiënt werkende markten op gang te brengen en te houden staat ook op gespannen voet met de (mogelijke) toepassing van instrumenten om macrokostenbeheersing af te dwingen. Zo kunnen prijsinterventies die uitsluitend zijn ingegeven uit macrobudgettaire overwegingen in markten waar prijzen zijn vrijgegeven het op gang brengen van concurrentie verstoren. Immers, de kans is groot dat marktpartijen investeringen in verbetering van de kwaliteit en efficiëntie achterwege zullen laten als zij onvoldoende reguleringszekerheid hebben dat zij deze investeringen kunnen terugverdienen. Wanneer tot prijsinterventie wordt besloten als markten echt niet goed blijken te werken is daar natuurlijk niets mis mee. Maar marktpartijen moeten dan wel een reële kans hebben gehad om aan te tonen dat de markt goed kan werken. Markten kunnen niet op gang komen als er geen voldoende zekerheid is dat de onderhandelingsvrijheid die is geïntroduceerd niet bij de eerste de beste budgettaire tegenwind weer wordt teruggedraaid. De inzet van Wmg-instrumenten ter begrenzing van de macrokosten kan het op gang komen van effectieve

concurrentie derhalve belemmeren en dus inconsistent zijn met andere Wmg-instrumenten om effectieve concurrentie te bevorderen.

- 2 Het instrumentarium voor het vaststellen van en optreden naar aanleiding van Aanmerkelijke Marktmacht (AMM) kent een viertal knelpunten;
 - Het feit dat in de Wmg het oordeel over kwaliteit exclusief is voorbehouden aan de IGZ, kan een belemmering vormen voor een consistente beoordeling van de effecten van AMM op zowel prijs als kwaliteit.
 - Bovendien is het AMM-instrumentarium onevenwichtig omdat de NZa wel kan ingrijpen als AMM naar verwachting leidt tot een hogere prijs, maar niet – of hooguit indirect via het opleggen van transparantieplichtingen – als dit leidt tot een lagere kwaliteit.
 - De vaststelling van AMM moet worden gebaseerd op een op grond van de beginselen van het algemeen mededingingsrecht afgebakende markt. Een probleem daarbij is dat in het algemeen mededingingsrecht een adequate en juridisch onomstreden methode om in de gezondheidszorg markten af te bakenen vooralsnog ontbreekt. Dit vormt een majeure belemmering voor het kunnen vaststellen van AMM.
 - Inzicht in de toepassing en effectiviteit van het *informele* gebruik van het AMM-instrumentarium ontbreekt.
- 3 De huidige reikwijdte van de Wmg is niet voldoende om misbruik van aanmerkelijke marktmacht bij de verdeling van opleidingsplaatsen voor medisch specialisten te voorkomen, teneinde de door het ministerie van VWS beoogde kwaliteitsconcurrentie om opleidingsplaatsen op gang te brengen.

Oplossingsrichtingen

Voor het aanpakken van de genoemde knelpunten zijn de volgende oplossingsrichtingen denkbaar:

Met betrekking tot het spanningsveld tussen macrokostenbeheersing en marktontwikkeling:

De meest voor de hand liggende oplossingsrichting voor het spanningsveld tussen makrokostenbeheersing en het tot ontwikkeling laten komen van geliberaliseerde markten is het achterwege laten van maatregelen voor prijsbeheersing. Echter dit kan ertoe leiden dat als de zorgkosten in het geliberaliseerde segment harder stijgen dan begroot (bijvoorbeeld doordat meer zorg van hogere kwaliteit wordt geleverd), de stijgende uitgaven worden afgewenteld op het gereguleerde segment, teneinde binnen het BKZ te blijven. Om een dergelijke afgwenteling te voorkomen zou het geliberaliseerde deel buiten het BKZ geplaatst moeten worden. Teneinde op deelmarkten waar vrije prijsvorming is geïntroduceerd concurrentie op gang te laten komen, valt te overwegen om de reguleringszekerheid te bieden dat niet wordt ingegrepen in de prijszetting, tenzij blijkt dat effectieve concurrentie binnen een bepaalde, vooraf gedefinieerde, periode (bijvoorbeeld 3 jaar) niet tot stand is gekomen, ondanks de eventuele toepassing van het beschikbare AMM-instrumentarium en/of generieke verplichtingen. (Zie verder de oplossingsrichting onder 2).

Met betrekking tot de effectiviteit van het AMM-instrumentarium:

Te overwegen valt om de NZa de bevoegdheid te geven om zelfstandig op basis van een advies

van de IGZ de effecten van AMM op de prijs/kwaliteitverhouding te beoordelen en de mogelijkheid te geven om verplichtingen op te leggen teneinde het risico op kwaliteitreductie tegen te gaan.

Aangezien de toetsing aan het algemeen mededingingsrecht een slagvaardige inzet van het AMM-instrumentarium sterk kan bemoeilijken, valt te overwegen om een afwijkend toetsingskader voor de zorg te ontwikkelen en de Wmg dienovereenkomstig aan te passen. Een dergelijk zorgspecifiek toetsingskader wordt relevant als op grond van praktijkcasussen de effectiviteit van het AMM-instrumentarium beperkt blijkt te zijn. Voorts moet een dergelijk toetsingskader inpasbaar zijn in het Europees recht (zoals art.3 Verordening 1/2003).

Teneinde de juridische onzekerheid over de te volgen methode van marktafbakening te verkleinen zou de NZa – in samenspraak met de NMa – zo spoedig mogelijk richtlijnen moeten opstellen en publiceren over de precieze wijze waarop in voorkomende gevallen geografische zorgmarkten zullen worden afgebakend. Deze richtlijnen zouden in ieder geval helderheid moeten verschaffen over de opeenvolgende stappen die doorlopen zullen worden en de methode van marktafbakening. Met inachtneming van de specifieke kenmerken van zorgmarkten, zouden de richtlijnen zoveel mogelijk moeten aansluiten bij de beschikkingenpraktijk van het algemene mededingingsrecht (tenzij gekozen wordt voor een zorgspecifiek toetsingskader, zie boven). Teneinde de effectiviteit van het AMM-instrumentarium beter te kunnen beoordelen valt aan te bevelen om te onderzoeken in hoeverre het informele beleid jegens marktpartijen met een vermeende AMM-positie effectief is. Een dergelijk onderzoek zou kunnen bestaan uit een inventarisatie van de acties die door de NZa zijn ondernomen en de gedragsreacties waartoe deze acties hebben geleid. (Zie verder ook hoofdstuk 5: Toezicht)

Met betrekking tot de reikwijdte van de Wmg:

Teneinde in te kunnen grijpen bij aanmerkelijke marktmacht bij de verdeling van opleidingsplaatsen voor medisch specialisten valt te overwegen om zorgopleidingen op grond van artikel 2 Wmg via een AMvB onder de reikwijdte van de Wmg te brengen.

2 Het instrumentarium voor kostenbeheersing: regulering van prijzen en prestaties

De Wmg kent diverse instrumenten om kostenbeheersing te bewerkstelligen. Het instrumentarium van de Wmg is zowel toepasbaar op deelmarkten waarin regulering voorop staat als in meer geliberaliseerde delen van de gezondheidszorg delen, waarin vrije prijzen worden geïntroduceerd, samen met de bijkomende vrijheden voor aanbieders en verzekeraars die vrije prijsvorming met zich meebrengen. Tariefregulering gebeurt door de NZa, aan de hand van door haar opgestelde beleidsregels en voor zover aan de orde na een daartoe strekkende aanwijzing van de minister van VWS.

Mogelijke knelpunten

Op basis van de rechtspraak van het Europese Hof kan worden beargumenteerd dat de kans groot zou zijn dat het Hof tariefvoorschriften voor het A-segment en wat betreft de honorariumcomponent ook voor het B-segment, in principe strijdig zou kunnen oordelen met het vrij verkeer van diensten en de

vrije vestiging. Wel bestaan er goede argumenten voor een mogelijke rechtvaardiging van die strijdigheid voor de huidige tariefstructuur. Daarvoor is van groot belang dat zeer zorgvuldig moet worden nagegaan of bepaalde prestaties die nu nog in het gereguleerde A-segment zijn ondergebracht niet naar het vrij onderhandelbare B-segment kunnen worden overgeheveld. Een eventuele terugkeer naar regulering, door bijvoorbeeld prestaties uit het B-segment terug te plaatsen naar het A-segment, vereist overigens een nadrukkelijke onderbouwing, waarbij wordt aangetoond dat wordt voldaan aan de vier voorwaarden waaronder het gerechtvaardigd is om de door het verdrag gewaarborgde fundamentele vrijheden te belemmeren. Deze voorwaarden zijn dat de terugkeer zonder discriminatie moet worden toegepast, beantwoorden aan dwingende redenen van algemeen belang en geschikt zijn om de verwezenlijking van het nagestreefde doel te waarborgen en niet verder mogen gaan dan nodig is voor het bereiken van dat doel.³

Een probleem bij de beoordeling van de kostenontwikkeling in het B-segment in de ziekenhuizen is dat er nog onduidelijkheid bestaat over de reële kostenontwikkelingen. Er worden weliswaar positieve ontwikkelingen gesignaleerd, maar een eenduidig inzicht in de ontwikkelingen ontbreekt. Het is dan ook bijzonder lastig om op dit punt tot een onderbouwde beslissing te komen of nu moet worden ingegrepen in de kostenontwikkeling of dat er ruimte geboden moet worden aan de zich ontwikkelende markten. Enerzijds zouden de positieve signalen aanleiding moeten zijn tot een 'handen af' beleid, waardoor betrokken partijen de ruimte krijgen te werken aan verdere ontwikkeling van dit geliberaliseerde deel van de zorgmarkt. Anderzijds rust er ook een verantwoordelijkheid bij de overheid om de totale uitgaven te beheersen en zou vanuit deze verantwoordelijkheid gekozen kunnen worden voor een vorm van kostenbeheersing, maar dan alleen wanneer in de deelsector na een aantal jaren blijkt dat effectieve concurrentie onvoldoende van de grond komt en resulteert in een excessieve groei van de betreffende zorguitgaven.

Net als bij de ziekenhuizen is ook bij de fysiotherapie begin 2005 gestart met de invoering van een experiment met vrije prijsvorming. Na monitoring door de NZa verlengde de minister het aanvankelijk tweejarige experiment met nog een jaar. Ook hier deden zich aanvankelijk problemen voor. Na een aanvankelijk sterke stijging van de contractprijzen stabiliseerden die zich waardoor, volgens de NZa, de betaalbaarheid geborgd bleef. Dat leidde er toe dat op 1 januari 2008 vrije marktprijzen voor fysiotherapie zijn ingevoerd. Uit de meest recente cijfers van het CBS blijkt dat de laatste jaren sprake is van een toename van het aantal bezoeken aan de fysiotherapeut. De oorzaak achter deze stijging is niet duidelijk. Vooral opmerkelijk is ook het achterwege blijven van een analyse door de NZa van deze ontwikkelingen. Bij een dergelijk unieke situatie, het eerste voorbeeld waarbij de prijsvorming in een markt werd vrijgegeven onder de relatief gunstige conditie van een overaanbod van zorgaanbieders, zou verwacht mogen worden dat de vinger aan de pols wordt gehouden, om na te gaan hoe de kosten en volume zich ontwikkelen en of hier inderdaad sprake is van een steeds efficiënter werkende markt en of daarmee inderdaad wordt bijgedragen aan de publieke belangen: toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Door het ontbreken van een dergelijke analyse is het niet goed mogelijk om vast te stellen of de ontwikkelingen rond fysiotherapie zijn zoals gewenst en wordt de kans gemist om uit deze situatie lering te trekken.

³ Zie arresten HvJEG van 30 november 1995, Gebhard, C-55/94, Jurispr. blz. I-4165, punt 37, en 4 juli 2000, Haim, C-424/97, Jurispr. blz. I-5123, punt 57, en arrest HvJEG Mac Quen e.a., C-108/96, Jurispr. blz. I-837, punt 26.

Oplossingsrichtingen

Het is van belang dat de NZa in alle inmiddels geliberaliseerde deelmarkten de prijs- én volumeontwikkelingen intensief blijft monitoren. Thans gebeurt dat wel bij de ziekenhuizenzorg (B-segment) maar niet bij fysiotherapie. Slechts door intensieve monitoring is het mogelijk om vast te stellen in welke mate sprake is van het ontstaan van efficiënte markten, en inzicht in de vraag in hoeverre deze markten inderdaad bijdragen aan de publieke belangen. Pas dan kan lering worden getrokken uit deze ontwikkelingen voor andere nog te liberaliseren markten.

Een goede monitoring is ook van belang omdat een terugkeer van geliberaliseerde prijzen naar prijsregulering, Europeesrechtelijk niet eenvoudig is te realiseren en een goed onderbouwde rechtvaardigingsgrond zou vereisen.

Tenslotte valt te overwegen om zorgverzekeraars, respectievelijk zorgkantoren, een grotere verantwoordelijkheid te geven in de bewaking van de kostenontwikkeling. Het zijn de zorgverzekeraars en de zorgkantoren die onderhandelen over prijzen en volumes. In die onderhandelingen zouden verzekeraars en zorgkantoren een groter belang moeten gaan krijgen bij het bewaken van de totale kostenontwikkeling. Dit mechanisme zou meer maatwerk kunnen opleveren dan de meer generieke maatregelen die een overheid ter beschikking staan.

3 Het instrumentarium rond het beschikbaar maken van keuze-informatie

Een nieuw element in de Wmg is de verplichting voor ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders tot het openbaar maken van keuzeinformatie, vastgelegd in artt. 38 en 40 Wmg. De Wmg geeft daarbij de NZa de opdracht om toe te zien op de naleving van de informatieverplichting voor de ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders. Door de overheid is flankerend beleid ingezet om de ontwikkeling van keuze-informatie te ondersteunen. De ontsluiting en het gebruik van keuze-informatie komt langzaam op gang. Er wordt onderzoek gedaan naar welke keuze-informatie aangeboden moet worden en er wordt door de marktpartijen veel inspanning geleverd om de keuze-informatie te ontsluiten. Hierin speelt de IGZ een belangrijke rol. De NZa houdt toezicht op de totstandkoming van keuze-informatie door monitoring en houdt in de gaten dat de markt niet in gebreke blijft in de ontsluiting van keuze-informatie.

Dat er meer keuze-informatie beschikbaar komt leidt er op de zorgverzekeringsmarkt toe dat verzekerden zich langzaam ook als kiezende consumenten gaan gedragen. Er is sprake van een wat sterkere positie van de verzekerde. Op de zorgverleningsmarkt zien we dat patiënten zich nog niet als kiezende consumenten gedragen. Daar rijst de vraag of de positie van de consument daadwerkelijk sterker is geworden als gevolg van de totstandkoming van keuze-informatie. Van verschillende kanten wordt aangegeven dat de transparantieontwikkeling bij zorgaanbieders zorgt voor een kwaliteitsimpuls in de zorg. Het kan natuurlijk ook andere, bijvoorbeeld defensieve effecten, hebben.

Mogelijke knelpunten

Op de zorgverzekeringsmarkt is er informatie over de premie, de servicekwaliteit van de zorgverzekeraar en enige informatie over de zorginkoop. Het is voor consumenten lastig om de kwaliteit van de door de zorgverzekeraar ingekochte zorg vast te stellen. Consumenten gebruiken informatie voor het maken van hun keuzes, maar deze keuzes zijn vooral gebaseerd op de hoogte van de premie, omdat hierover goede vergelijkende informatie beschikbaar is, de servicekwaliteit van de verzekeraars naar elkaar toe is gegroeid en de informatie over de zorginkoop te beperkt is. Daarnaast beperken consumenten hun keuze voor een verzekeraar in hoge mate door te kiezen tussen een beperkt aantal beschikbare collectieven. De overgrote meerderheid van deze collectieven onderhandelt vooral over de premie en niet over de kwaliteit van de te contracteren zorg. Doordat consumenten een verzekeraar vooral op basis van de hoogte van de premie kiezen net als de meeste collectieven, beïnvloeden de keuzes op de zorgverzekeringsmarkt nog niet de kwaliteit van de zorg die een verzekeraar inkoopt.

Ondanks dat er in de afgelopen jaren veel inspanning is verricht om kwaliteitsinformatie over de zorgverleningsmarkt te ontsluiten is er voor consumenten nog weinig kwaliteitsinformatie beschikbaar. Ook hebben consumenten vrijwel geen inzicht in de prijs. Consumenten kunnen daardoor niet vaststellen wat de prijs- kwaliteitsverhoudingen van de aangeboden zorg is. Geconstateerd moet worden dat de zorgverleningsmarkt nog niet onderhevig is aan consumenten die bewuste keuzes maken op basis van kwaliteits- en prijsinformatie.

Het systeem waarbij consumenten keuzes maken en de kwaliteit van de zorg beïnvloeden door lijkt, vooralsnog, niet zo te werken zoals bedacht. Op de zorgverzekeringsmarkt maken consumenten vooral keuzes op basis van de hoogte van de verzekeringspremie. Op de zorgverleningsmarkt is er nog weinig bekend over het gebruik van keuze-informatie de manier waarop consumenten kiezen. Niettemin signaleren verschillende partijen dat er in de afgelopen jaren wel sprake is geweest van een kwaliteitsverbetering op de zorgverleningsmarkt en dat dit voor een groot deel wordt beïnvloed wordt door de ontwikkeling van meer transparantie.⁴ Zorgaanbieders laten zich hierbij niet zozeer leiden door het risico van verlies van patiënten, als door het gevaar van reputatieschade als ze hun behaalde resultaten niet openbaar maken en als die niet goed zijn bij openbaarmaking. Dit is een ander mechanisme dan aanvankelijk werd beoogd. Of hier sprake is van een knelpunt, is niet duidelijk. Wel is duidelijk dat de manier waarop transparantie werkt anders is dan aanvankelijk werd beoogd.

Oplossingsrichtingen

Het ontsluiten van goede keuze-informatie vergt een lange adem. Dit pleit ervoor dat de overheid dit proces blijft ondersteunen. Het valt daarom te overwegen om voor de ontwikkeling van keuze-informatie een structurele voorziening te treffen. Om beter inzicht te krijgen in het mechanisme van transparantieontwikkeling, keuzegedrag en kwaliteitsverbetering, valt het voor de overheid te overwegen om hier gedegen onderzoek naar te (laten) doen en daarbij ook na te gaan wat de

4 Zie ook: ZonMw 2009.

consequenties zijn van de constatering dat transparantie-informatie weliswaar invloed heeft op het gedrag van verzekeraars, maar vooral vanwege de zorg voor hun reputatie.

Om de prijs- kwaliteitsverhouding van een natura-polis te kunnen vaststellen is het noodzakelijk om tijdig informatie over de zorginkoop te hebben en die te kunnen vergelijken. Anders zullen consumenten hun afweging alleen baseren op de hoogte van de premie. Zorgverzekeraars zullen er daarom zorg voor moeten dragen dat er tijdig duidelijkheid is over hun zorginkoop voordat verzekerden een nieuwe polis kiezen en verzekeraars moeten nadenken hoe ze informatie over de kwaliteit van de ingekochte zorg het best kunnen presenteren.

Dat het voor consumenten lastig is om op basis van keuze-informatie keuzes te maken leidt ertoe dat ze met hun huidige keuzegedrag weinig invloed op verzekeraars en zorgaanbieders uitoefenen. Het samenspel van druk van individuele patiënten op micro-niveau en druk van patiënten/consumentenorganisaties op meso- en macroniveau kan leiden tot een substantiële versterking van de positie van consumenten en patiënten. Om patiënten-/consumentenorganisaties beter in staat te stellen deze rol op zich te nemen is ondersteuning van deze organisaties nodig.

4 Toezicht

Om een te directe inmenging van de politiek op de marktpartijen binnen de gezondheidszorgmarkt te voorkomen is ervoor gekozen om het toezicht uit te laten voeren door een nieuwe, sectorspecifieke, toezichthouder, de NZa. Het takenpakket en de wettelijke inbedding van de NZa zijn verankerd in de Wmg.

De Wmg beoogt een toezichthouder die, wanneer mogelijk, terughoudend, maar wanneer nodig effectief en slagvaardig is. De memorie van toelichting van de Wmg beschrijft drie hoofdtaken van de NZa⁵; dit zijn het markttoezicht, het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet en op de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Met het uitvoeren van die taken houdt de NZa toezicht op de zorgverzekeringsmarkt, de zorginkoopmarkt en zorgverleningsmarkt en op zowel zorgaanbieders als op ziektekostenverzekeraars in de curatieve zorg en de langdurige zorg.

Mogelijke knelpunten

De Wmg beoogt een onafhankelijke, terughoudende toezichthouder, die effectief en slagvaardig is.⁶ De eerste rol vervult de NZa, echter de tweede rol komt nog weinig uit de verf. Er zijn hier twee belangrijke redenen voor. Ten eerste de in transitie zijnde gezondheidszorg en ten tweede de gekozen toezichtsstijlen van de NZa zelf.

⁵ Kamerstukken II, 2004-2005, 30 186, nr.3, p.5 (MvT).

⁶ Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.38 (MvT).

Transitie

De doorvoering van het complexe nieuwe gezondheidszorgstelsel is drie jaar na invoering van de Zvw, Wmg, Wmo en wijzigingen in de AWBZ nog steeds gaande. De vertegenwoordigers van de toezicht-houders geven in de interviews⁷ aan dat men in de relatie met de andere toezichthouders nog zoekende is en in dat proces nog lerende. Ditzelfde geldt voor de relatie met de politiek. Ook de politiek, zowel parlement als minister, lijkt zoekende naar de juiste invulling van de nieuwe rol. Omdat meerdere partijen zoekende zijn, ontstaat er een diffuus beeld van taakafbakening tussen actoren en de precieze rol van de NZa en dit wordt ook in de Wmg weinig helder. Terwijl de NZa juist is opgericht als nieuwe toezichthouder voor de transitie, is de NZa zelf paradoxaal genoeg ook zoekende. Van geheel slagvaardig toezicht kan dan vaak ook nog geen sprake zijn; dit vergt nog verder uitontwikkeling in verhoudingen.

De modernisering van de AWBZ maakt ook deel uit van de stelselwijziging en die transitie duurt nog voort. De memorie van toelichting stelt dat 'het kabinet zich beraadt over de toekomst van de AWBZ en de positie van de zorgkantoren binnen de uitvoeringsstructuur van de AWBZ. Tot die tijd verandert er niet veel in het benodigde toezicht.'⁸ Hier heeft het kabinet een pas op de plaats gemaakt, waar men de toezichtsstructuur en het bijpassende instrumentarium wellicht beter had kunnen verstevigen. Binnen het formele instrumentarium kan dan wel een aanwijzing gegeven worden, maar vervolgens is bij een blijvende of volgende overtreding een geldelijke sanctie weinig effectief omdat zorgkantoren geen eigen geld en geen eigenaar hebben en alleen een opdrachtgever kennen, aldus een ambtenaar van de NZa.⁹ Het instrumentarium lijkt daar dan ook niet toerijkend¹⁰ en dit bemoeilijkt de effectiviteit van het toezicht. Waarbij aangetekend moet worden dat het de vraag is of de boete op basis van de gemandateerde bevoegdheden van het zorgkantoor toch opgelegd kan worden aan de AWBZ-zorgverzekeraar.

Toezichtsstijlen

In paragraaf 5.2 hebben we drie perspectieven van Bovens en anderen gepresenteerd als perspectieven van toezicht. Het betreft het democratische, het constitutionele en het cybernetische of lerende perspectief. In het gebruik van deze perspectieven, zo hebben we daar beschreven, is een juiste balans nodig om adequaat toezicht te kunnen houden, waarbij het mogelijk is dat er, bijvoorbeeld gedurende een bepaalde periode of met betrekking tot een specifiek onderwerp, een nadruk ligt op een bepaald perspectief.¹¹

Met name op basis van de toepassing van het instrumentarium is te constateren dat de NZa vooralsnog met name gebruik maakt van een cybernetische stijl van toezichthouden. Formele instrumenten zoals het AMM worden nog zelden of niet ingezet (zie ook hoofdstuk 3). In plaats daarvan maakt de NZa vooralsnog meer gebruik van meer informele instrumenten zoals het norm-overdragende of 'wenkbrauwen' gesprek. Dit ligt deels aan de gemaakte keuzen door de NZa gezien

7 Interview IGZ (25 februari 2009); Interview NMa (24 maart 2009); Interview ambtenaren NZa (2 maart 2009).

8 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.28 (MVT).

9 Interview ambtenaren NZa (16 april 2009).

10 Interview ambtenaren NZa (16 april 2009).

11 Bovens 2005; Bovens et al. 2008.

de eerder beschreven transitieperiode, deels aan (de aard van) het instrumentarium en het voorgestelde toezichtsbeleid in de Wmg. De NZa heeft op basis van de Wmg de mogelijkheid om meer repressief op te treden, maar heeft tot op heden andere keuzen gemaakt. Die gemaakte keuzen zijn echter wel in lijn met het deel van de beleidstheorie waarin wordt gesteld dat de NZa de marktpartijen vertrouwen moet bieden en ruimte moet creëren, maar minder in lijn met de repressieve rol die eveneens onderdeel is van de beleidstheorie van de Wmg. De Wmg veronderstelt dan ook een gelijktijdig gebruik van zowel het cybernetische als het constitutionele perspectief. Wij analyseren dat de NZa zoekende is naar een adequate balans daartussen.

De bundeling van regulerende en toezichthoudende taken lijkt de gemaakte keuzen van de NZa te hebben beïnvloed. Deze twee functies kennen namelijk verschillende dynamieken en stijlen, ook en vooral wat betreft de verhouding tussen de toezichthouder en de onder toezicht gestelden en wanneer een organisatie beide stijlen moet hanteren is een repressief toezichtsbeleid, zeker voor een nieuwe toezichthouder, moeilijk hanteerbaar in verband met de relatie tot de marktpartijen. Een ambtenaar van de NZa zegt over de bundeling: 'In functies moet je regulering en toezicht scheiden, maar je moet van elkaar willen leren.'¹² Deze benadering lijkt, gegeven de eerder beschreven nog zoekende rolverdeling en de transitie waarin grote delen van de gezondheidszorg zich nog steeds in bevinden niet onverstandig. Tegelijkertijd roept het de vraag op of in een later stadium de NZa meer zijn waakhond functie zal waarmaken.

De aard van het instrumentarium dat de NZa ter beschikking staat maakt het twijfelachtig dat dit in de nabije toekomst inderdaad het geval zal zijn. Hiervoor zijn twee redenen. In de eerste plaats is het instrumentarium vooral preventief van aard; er wordt in de memorie van toelichting immers benadrukt dat de handhavingsinstrumenten van de NZa verschillende doelen hebben. Zo hebben de aanwijzing en de last onder dwangsom een meer *preventief* doel (het vermijden van overtredingen) en is de bestuurlijke boete een *repressief* instrument, aldus van de memorie van toelichting.¹³ Omdat de NZa de eerste periode van haar bestaan heeft gekozen voor een beperkt gebruik van de formele handhavingsinstrumenten en waar men dit instrumentarium wel hanteerde de aanwijzing het eerst te gebruiken instrument is, is de nadruk heel erg komen te liggen op informeel en preventief toezicht. Het inzetten van het informele instrumentarium, zoals de wenkbrauwgesprekken, wordt op dit moment nog te weinig verantwoord waardoor de status van het instrumentarium onduidelijk is.

Daar komt bij dat, zoals in hoofdstuk 3 reeds besproken, de formele repressieve instrumenten die de NZa ter beschikking staan, op zijn minst bewerkelijk zijn. Het formele instrumentarium is juridisch niet gemakkelijk inzetbaar, doordat het door procedures maanden kan duren voordat een boete uitgedeeld kan worden, zo stellen vertegenwoordigende ambtenaren van de NZa¹⁴. Uiteraard moet zorgvuldigheid betracht worden, maar een trage procedure komt de slagvaardigheid van het toezicht niet ten goede. De proceduretijd en de daardoor onevenredige inzet van mensuren zijn dan ook problematisch voor de NZa.¹⁵ Het hanteren van deze instrumenten in een meer repressieve stijl, wat

12 Interview ambtenaren NZa (16 april 2009).

13 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.27 (MvT).

14 Interview ambtenaren NZa (16 april 2009).

15 Interview ambtenaren NZa (2 maart 2009).

tot een betere balans met het lerende perspectief kan leiden, vergt dan ook een behoorlijke investering. Het succesvol doorvoeren van meer repressieve elementen van toezicht wordt bemoeilijkt door zowel de directe betrokkenheid van de NZa zelf op de zorgmarkt als de rol en positie die de NZa heeft ten opzichte van andere betrokken (markt-)partijen, en daarom is het de vraag is of de NZa die omslag naar meer repressief toezicht kan maken.

Oplossingsrichtingen

Naar aanleiding van deze evaluatie van het toezicht zoals geregeld in de Wmg zijn er drie oplossingsrichtingen aan te geven.

Om taakafbakening en rolverdeling tussen de NZa en de minister te verhelderen, is het ter overweging om de invulling van de nog bestaande open normen in het toetsingskader bij de minister onder te brengen. Dat neemt niet weg dat in de uitvoering van toezichtstaken het altijd noodzakelijk zal blijven open normen in te vullen. Transparantie hierover is dan geboden.

Ter overweging kan worden genomen een heldere taakafbakening tussen de NZa en andere toezichthouders te formuleren om op die wijze de aanvullende rol van de NZa te kunnen definiëren en haar positie sterker te maken. Gezien het groeiproces dat de verschillende actoren doormaken is het overigens verstandig dergelijke verhoudingen niet volledig dicht te timmeren. Regelmatig overleg en bijstelling van de wederzijds verhoudingen is echter geboden.

De NZa dient te overwegen een betere balans te zoeken in zijn toezichtstijl, die momenteel die momenteel veel kenmerken vertoont van een lerende stijl. In de toezichtsvisie wordt de omslag van meer preventief naar meer repressief beleid al verwoord. Het lijkt ons zinvol dit ook in de praktijk waar te maken. Hierbij dient wel kritisch te worden gekeken naar het instrumentarium (ondermeer de AMM) die de NZa daarbij ter beschikking staat.

1

Inleiding

Dr J.D. de Jong, NIVEL
Prof dr ir R.D. Friele, NIVEL

1.1 Achtergrond

Op 1 oktober 2006 is de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) in werking getreden. De Wmg draagt, volgens de Memorie van Toelichting, bij aan een verandering in het zorgstelsel waarbij meer handelingsvrijheid wordt gegeven aan aanbieders, patiënten en verzekeraars. Dit betekent dat waar mogelijk de «centrale aanbodsturing» wordt vervangen door een systeem dat meer ruimte geeft aan eigen initiatief en verantwoordelijkheid. In de Memorie van Toelichting wordt gesteld dat de laatste jaren het besef is toegenomen, dat met het huidige stelsel van organisatie en financiering van de zorg niet langer op een evenwichtige manier aan de eisen van een solide borging van de publieke belangen kan worden voldaan. De geleidelijk gegroeide, gedetailleerde overheidssturing van het zorgstelsel is steeds meer een belemmering voor een kwalitatief goed en doelmatig functionerende zorgsector. Een teveel aan centrale regelgeving en het ontbreken van adequate (markt)prikkels staan in de weg aan het realiseren van een innovatief zorgaanbod met een goede prijs-prestatieverhouding. Daarnaast roept ook de aanzienlijke stijging van de zorguitgaven van de laatste jaren als zodanig vragen op over de houdbaarheid van het stelsel op langere termijn, aldus de Memorie van Toelichting. De Wmg komt niet alleen. Er is sprake van een omvangrijk pakket van aangepaste wetgeving. Het gaat daarbij om de Zorgverzekeringswet, modernisering van de AWBZ maar ook de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning die wordt uitgevoerd door de gemeenten aan de financieringskant. Aan de aanbodskant gaat het om de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg (HOZ), Wet toelating zorginstellingen (WTZi). De achterliggende gedachte achter deze stelselwijziging is het op gang brengen van gereguleerde marktwerking. “Verzekerden, verzekeraars en aanbieders krijgen meer ruimte en verantwoordelijkheid wat –aldus de achterliggende gedachte van de wetgever– leidt tot een betere kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg”¹⁶.

Doel en inhoud van de Wmg

In de considerans van de Wmg wordt het doel van de Wmg gegeven:
“in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is regels te stellen inzake de ontwikkeling en

¹⁶ Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3 (MvT).

ordering van markten op het gebied van de gezondheidszorg en het toezicht daarop, mede met het oog op een doelmatig en doeltreffend stelsel van de zorg en de beheersing van de kostenontwikkeling van de zorg, en dat het tevens wenselijk is in verband met de informatieachterstand van de consument en het machtsverschil tussen partijen in de zorg, de positie van de consument te beschermen en te bevorderen". Dit is een breed geformuleerde doelstelling die recht doet aan de breedte van de Wmg. Kern is dat de Wmg regels bevat om te komen tot een doelmatig en doeltreffend stelsel van zorg, beheersing van de kostenontwikkeling en de bescherming en bevordering van de positie van consumenten.

Deze doelstelling is breed, maar tegelijk ook weinig operationeel geformuleerd, wat het moeilijk maakt om deze te evalueren. In de memorie van toelichting treffen we een nadere toelichting. Daarin wordt gesteld dat "Het voorliggende wetsvoorstel Wet marktordering gezondheidszorg (Wmg) voorziet in spelregels en bijbehorend toezicht om de overstap naar meer marktwerking veilig te kunnen maken. Het is één van de wetten die vormgeeft aan het nieuwe sturingsconcept van gereguleerde marktwerking en vormt daar in wezen het sluitstuk van. "

"De wet bevordert dat:

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

Deze vier doelstellingen, die op hun beurt bedoeld zijn om bij te dragen aan de veel bredere doelstelling uit de considerans, zijn operationeler geformuleerd.

De Wmg is een combinatie van een aantal bestaande instrumenten, deels in een nieuwe vorm, en enkele nieuwe instrumenten. De nieuwe instrumenten zijn vooral nodig om per deelmarkt marktwerking op gang te brengen en te houden en om goede informatie voor consumenten (patiënten en verzekerden) te waarborgen. De bestaande instrumenten hebben vooral betrekking op het ordenen en betaalbaar houden van de gezondheidszorg binnen de niet gedereguleerde deelmarkten.

De Wmg kent 8 hoofdstukken. Hoofdstuk 1 bevat een aantal inleidende bepalingen, waarin ondermeer wordt aangegeven op welk domein de Wmg betrekking heeft. De hoofdstuk 2 positioneert de NZa als zelfstandig bestuursorgaan en hoofdstuk 3 beschrijft kort de taken en bevoegdheden van de NZa. Hoofdstuk 4 gaat over marktontwikkeling en -ordering. Hoofdstuk 5 heeft als titel 'informatie', waarin het gaat over de informatie die zorgaanbieders verstrekken aan met name de NZa, maar ook andere toezichthouders en verschillende colleges. Hoofdstuk 6 gaat over de handhaving van de Wmg, waarin de taken van verschillende partijen worden aangegeven. Hoofdstuk 7 beschrijft wijzigingen in andere wetten die samenhangen met de introductie van de Wmg en hoofdstuk 8 geeft een aantal overgangs- en slotbepalingen.

Daarnaast is op basis van de Wmg lagere regelgeving tot stand gekomen. Dat betreft onder meer het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer Wmg en de Regeling categorieën persoonsgegevens

Wmg. Bovendien wordt voorzien in verschillende samenwerkingsprotocollen: zoals het samenwerkingsprotocol NZa-NMa, het samenwerkingsprotocol NZa-DNB, het samenwerkingsprotocol NZa-IGZ en het samenwerkingsprotocol NZa-AFM.

Waarom een evaluatie?

De Wmg is relatief jong. Sommige instrumenten van de Wmg zijn zelfs nog niet of nauwelijks gebruikt. Veranderingen als gevolg van wetgeving kosten tijd¹⁷, zeker in het geval van het complexe proces van het introduceren van meer marktwerking in een zorgstelsel dat onderwijl gewoon goed moet blijven functioneren. Ook in de memorie van toelichting wordt gesteld dat meer marktwerking niet van vandaag op morgen kan worden ingevoerd. Dit betekent dat er gedurende enige tijd sprake zal zijn van overgangssituaties, waarin gereguleerde deelmarkten zullen bestaan naast deelmarkten waarin vormen van marktwerking gelden. Daarnaast wordt expliciet rekening gehouden met de mogelijkheid dat, als het moet, de overheid tarieven en prestaties kan reguleren. Er zullen dus op een en het zelfde moment verschillende sturingsprincipes naast elkaar bestaan.

Deze evaluatie zal geen eendoordeel geven over de effectiviteit van de Wmg, vanwege het recente karakter. De reden om op deze korte termijn toch over te gaan tot een evaluatie ligt in eerste instantie bij de wettelijke verplichting hiertoe. De overheid heeft zichzelf de plicht opgelegd het eigen handelen te evalueren. Daardoor is in de loop van de tijd evaluatie van wetgeving steeds vanzelfsprekender geworden. Tegenwoordig wordt bij de opstelling van wetten al aangegeven dat en wanneer de wet geëvalueerd moet worden. Dit is ook bij de Wmg het geval. De minister van VWS heeft de wettelijke plicht om van de Wmg een verslag van de doeltreffendheid en de effecten van deze wet in de praktijk aan de Staten-Generaal voor te leggen. (Artikel 127, lid 2).

Ondanks de korte werkingsduur van de Wmg kan een evaluatie op dit, vroege, moment nuttig zijn. Het is het nuttig om met een externe blik naar de ontwikkelingen als gevolg van de Wmg te kijken en zo nodig aanbevelingen te kunnen doen. De wettelijke regels in de Wmg vormen de neerslag van beleidsideeën over de manier waarop de overgang naar (meer) marktwerking op een veilige manier kan worden gereguleerd. Deze ideeën zijn altijd feilbaar. Wetten verschillen in de mate waarin ze hun doelen bereiken en wetten kunnen onderling of zelfs innerlijk strijdig zijn. Dit geldt mogelijk ook voor de Wmg. En dan zijn er altijd nog mogelijke onverwachte ontwikkelingen die invloed hebben op de werking van wetgeving, in positieve of negatieve zin. Inzicht de invoering en de praktijk van de Wmg kan bijdragen aan de effectiviteit ervan.

1.2 Doel en vraagstelling van deze evaluatie

Deze eerste evaluatie van de Wmg is erop gericht informatie te verkrijgen in de werking van de Wmg in de praktijk, de eventuele knelpunten en problemen die zich daarbij voordoen, en de doeltreffendheid en neveneffecten. Uiteindelijk gaat het om inzicht te geven in de potentiële effectiviteit van de instrumenten in relatie tot de doeleinden van de Wmg. Daarbij wordt –indien relevant- ingegaan op de rol van vele bij de uitvoering van de Wmg betrokken partijen: de NZa en andere toezichthouders,

¹⁷ Zie Klein Haarhuis en Niemeijer 2008.

het ministerie van VWS, zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders, verzekerden, patiënten en patiëntenorganisaties

Uitgangspunt van deze evaluatie vormt de vastgestelde wetgeving. De keuzes van de wetgever en de zijn het uitgangspunt van deze evaluatie. Natuurlijk zou op voorhand de vraag gesteld kunnen worden of het niet beter zou zijn geweest om een heel andere wet en heel andere keuzes te maken. Deze vraag wordt in deze evaluatie niet gesteld. Wel kan het zo zijn dat de bevindingen in deze evaluatie aanleiding zijn om nog eens goed naar gemaakte keuzes te kijken.

Zoals eerder gesteld is de doelstelling van de Wmg zoals geformuleerd in de considerans nogal breed geformuleerd, en leent deze doelstelling zich slecht voor een evaluatie. Daarom gaan we in deze evaluatie uit van de nader uitgewerkte doelen zoals geformuleerd in de Memorie van toelichting:

- waar dat kan marktwerking op gang brengen en houden
- waar nodig regulering van tarieven en prestaties
- zorgaanbieders en zorgverzekeraars patiënten en verzekerden goede informatie geven zodat zij kunnen kiezen bij welke zorgaanbieder zij het beste terecht kunnen, met welke verzekeraar zij in zee willen gaan en welke polis voor hen het meest geschikt is;
- zorg dragen voor samenhang in de regulering van en het toezicht op de zorgmarkten

De analyses van deze doelstellingen vindt plaats aan de hand van de volgende deelvragen,

- 1 Wat zijn de beoogde doelen van de Wmg?
- 2 Welke instrumenten bevat de wet en wat is hun beoogde werking in relatie tot de doelen van de Wmg?
- 3 Hoe verhoudt de Wmg zich tot aanpalende wetgeving respectievelijk Europese regelgeving?
- 4 Is de Wmg consistent, zowel intern als in relatie tot de overige relevante (zorg)wetgeving?
- 5 Hoe zijn de bepalingen van de Wmg door de bij de wet betrokken partijen ingevoerd en hoe worden deze in de praktijk toegepast respectievelijk nageleefd?
- 6 Welke mogelijke knelpunten en problemen doen zich bij de toepassing en naleving van de wettelijke bepalingen voor?
- 7 Wat valt er op grond van de ontwikkelingen binnen de deelmarkten¹⁸ en het bieden van keuze-informatie te zeggen over de effectiviteit en de tekortkomingen van het instrumentarium van de Wmg?

Deze deelvragen worden voor de verschillende doelstellingen nader uitgewerkt en beantwoord, waarbij er vanwege de onderhavige thematiek een verschil kan zijn tussen de verschillende hoofdstukken in de aandacht die wordt besteedt aan elk van de 7 onderzoeksvragen.

Bij de evaluatie ligt het accent op de nieuwe elementen in de Wmg of, in het geval van de doelstelling gericht op het reguleren van tarieven en prestaties op deze regulering in de context van, nieuw, geliberaliseerde markten. Afhankelijk van het betreffende doelstelling zal deze keuze nader worden ingevuld.

18 Het gaat hierbij om de zorgverzekeringsmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt.

Bij het op gang brengen van marktwerking zal allereerst het instrumentarium dat is gericht op het maken en bewaken van markten centraal staan (hoofdstuk 2).

Bij het onderdeel regulering van tarieven en prestaties, zal vooral ingegaan worden op de vraag hoe deze regulering zich verhoudt tot het ontstaan van meer geliberaliseerde markten, op het samenspel van de verschillende instrumenten die gericht zijn op kostenbeheersing in de nieuwe context waarin de Wmg moet werken (hoofdstuk 3).

Bij het onderdeel informatie voor patiënten en verzekeraars zal niet alleen ingegaan worden op de vraag of de Wmg voldoende instrumenten biedt voor het tot stand komen van deze informatie en de vraag in welke mate deze informatie daadwerkelijk tot stand is gekomen, maar ook op de eerste effecten van deze informatie (hoofdstuk 4).

Bij het onderdeel toezicht staat de het toezicht door de NZa op de verzekeringsmarkten centraal. Daarbij wordt vooral ingegaan op de manier waarop de NZa zijn taken invult en de instrumentering vanuit de Wmg en niet op het interne functioneren¹⁹ (hoofdstuk 5).

Relatie met systeemdoelen

In de considerans van de Wmg wordt verwezen naar de publieke belangen die gediend moeten worden met de Wmg. Het gaat daarbij om een doelmatig en doeltreffend stelsel van zorg, beheersing van de kostenontwikkeling en de bescherming en bevordering van de positie van consumenten. In de MvT (p.9) wordt daaraan de begrippen toegankelijkheid en kwaliteit toegevoegd. Aldaar wordt uiteengezet dat gereguleerde marktwerking in de zorg geen doel op zich is, maar een middel om de zorgsector *beter te laten presteren*, waarbij regulering zowel de toepassing van economische instrumenten als regelgeving en toezicht omvat, “die er in combinatie toe dienen marktfalen weg te nemen en de *toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid* van de zorg ook voor de langere termijn overeind te houden.” Vrij vertaald: gereguleerde marktwerking moet leiden tot een grotere doelmatigheid (d.i. gunstiger prijs-kwaliteitsverhouding of microbetaalbaarheid) onder voorwaarde dat de toegankelijkheid, kwaliteit en macrobetaalbaarheid niet onder een maatschappelijk gewenst niveau dalen. Een nadere analyse van het belang van de systeemdoelen en hun onderlinge samenhang is gemaakt ten behoeve van de evaluatie van de Zvw/Wzt. Deze systeemdoelen vormen ook de context voor de evaluatie van de Wmg. Het stelsel van wetgeving, waarvan de Wmg het sluitstuk is, dient deze systeemdoelen ook naderbij te brengen. Evaluatie van de Wmg zal, ook gezien de korte werkingsduur van de Wmg, echter in eerste instantie plaats vinden aan de hand van de directe effecten van de verschillende instrumenten, de vier doelstellingen van de Wmg en de hoofd-doelstelling van de Wmg: het veilig kunnen zetten van de stap naar meer marktwerking.

1.3 Werkwijze

Het gaat om een eerste evaluatie van de Wmg. Een deel van de effecten van de Wmg zal pas op termijn optreden. De nadruk van de evaluatie ligt daarom op het proces en op de korte termijn effecten. Voor de evaluatie wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaand materiaal. Door de

¹⁹ Parallel aan deze evaluatie is door het Ministerie van VWS opdracht gegeven aan Boer en Croon voor een onderzoek naar het functioneren van de NZa en Cvz. Dit laatste onderzoek gaat in op de taakuitvoering, het bedrijfsmatig-organisatorisch functioneren en de relaties die de zbo's met hun omgeving onderhouden.

korte werkingsduur van de Wmg is er over de effectiviteit van - vooral nieuwe - instrumenten weinig of geen empirisch materiaal voorhanden en gedegen empirische studies ontbreken nagenoeg. De inschatting van de effectiviteit van de instrumenten zal daarom vooral worden gebaseerd op gevolgtrekkingen uit bestaande theoretische en empirische literatuur over marktwerking in de gezondheidszorg, op interviews met betrokkenen en de rechtspraak. Daar waar mogelijk wordt dit aangevuld met empirisch materiaal. Bij de evaluatie wordt juridische, bestuurskundige, sociaal wetenschappelijke en (gezondheids)economische expertise betrokken. Voor een uitgebreidere verantwoording van de onderzoeksstrategie verwijzen we de lezer naar de bijlage met deze titel (bijlage 3)

Centraal staan vier thema's:

- 1 Het maken en bewaken van markten
- 2 Het samenspel van de verschillende instrumenten die gericht zijn op kostenbeheersing
- 3 Informatie voor patiënten en verzekerden
- 4 Toezicht

Voor elk van de vier thema's bestaat de aanpak uit een opeenvolging van 3 stappen:

- 1 analyse van de wet en de beleidstheorie (hier komen onderzoeksvragen 1-4 aan de orde);
- 2 analyse van het invoeringstraject en de uitvoering in de praktijk (hier komen onderzoeksvragen 5 en 6 aan de orde)
- 3 formuleren van conclusies (hier komt onderzoeksvraag 7 aan de orde).

1.4 Opbouw van het rapport

In hoofdstuk 2 tot en met 5 worden de verschillende thema's afzonderlijk geanalyseerd. Deze hoofdstukken zijn afzonderlijk leesbaar en worden elk afgesloten met een overzicht van mogelijke knelpunten en oplossingsrichtingen.

2

Maken en bewaken van markten

Prof dr F.T. Schut, iBMG

Prof dr W.P.M.M. van de Ven, iBMG

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag op welke manier de verschillende instrumenten uit de Wmg in de praktijk hebben bijgedragen aan het op gang brengen (*maken*) en houden (*bewaken*) van markten.

De in het eerste hoofdstuk genoemde deelvragen worden achtereenvolgens besproken in afzonderlijke paragrafen.

2.1 Wat wordt beoogd met het maken en bewaken van markten?

Een van de vier centrale instrumentele doelen van de Wmg is het bevorderen dat “*waar dat kan marktwerking op gang wordt gebracht en gehouden.*” Hierbij is een belangrijke rol toebedacht aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), die als taak heeft om “*markten te ontwikkelen*” (art 16, sub a Wmg) of, anders geformuleerd, om “*markten te maken en te bewaken.*”²⁰ Het ontwikkelen van markten is geen doel op zich, maar een instrumenteel doel dat, zoals verwoord in de considerans bij de wet, moet bijdragen aan “een doelmatig en doeltreffend stelsel van de zorg en de beheersing van de kostenontwikkeling in de zorg”.

Markten dienen alleen te worden ontwikkeld “*waar dat kan*”. In de Memorie van Toelichting wordt gesteld dat in een groot deel van de zorg aan deze randvoorwaarde nog niet (volledig) is voldaan. In die delen van de zorg “kunnen de tarieven (nog) niet (geheel) worden vrijgelaten, omdat vrije onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars, bijvoorbeeld door aanbodschaarste, zouden leiden tot een maatschappelijk ongewenste uitkomst”.²¹

Het bepalen *waar* de markt op gang gebracht kan worden, is aan de minister van VWS. De minister bepaalt op welke deelmarkten tarieven vrij onderhandelbaar zijn. Ook bepaalt de minister de vorm van tariefregulering op deelmarkten waarvan hij vindt dat tarieven gereguleerd moeten worden.²²

20 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.5 (MvT).

21 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.16 (MvT).

22 Anders dan in de WTG kunnen beleidsregels inzake de tariefstructuur en inzake experimenten slechts worden vastgesteld na uitdrukkelijke aanwijzing daartoe door de minister (artt. 7 en 59). Dit, aldus de MvT (p.68), vanwege het grote politiek-

De minister bepaalt derhalve de speelruimte voor concurrentie en het is vervolgens de taak van de NZa om binnen het door de minister vastgestelde kader, nadere spelregels te bepalen en de juiste condities voor een goede werking van de markt te scheppen (bijvoorbeeld door erop toe te zien dat partijen met een machtspositie de markt niet verstoren). Daarnaast dient de NZa desgevraagd aan de minister te rapporteren over de uitvoerbaarheid, doeltreffendheid en doelmatigheid van het voorgenomen beleid inzake het creëren of vergroten van ruimte voor concurrentie op bepaalde deelmarkten (art. 21, lid 1 Wmg).

Wat wordt precies verstaan onder “marktontwikkeling”? Hoewel dit één van de wettelijke taken van de NZa betreft en het begrip deel uitmaakt van de titel van één van de hoofdstukken van de Wmg (Hoofdstuk 4. Marktontwikkeling en –ordering), wordt het begrip in de Wmg niet gedefinieerd. De Memorie van Toelichting is niet eenduidig over wat precies met marktontwikkeling wordt bedoeld. Zo wordt op diverse plaatsen gesteld dat het gaat om het op gang brengen van “marktwerking” of “gereguleerde marktwerking” zonder dat wordt aangegeven wat daarmee exact wordt bedoeld. Zoals uiteengezet in Box 2.1 mist de term marktwerking inhoudelijke precisie en kan beter worden gesproken van concurrentie.

Box 2.1 – (Gereguleerde) concurrentie of (gereguleerde) marktwerking?

In de Memorie van Toelichting bij het wetsvoorstel Wmg wordt gesteld dat “het voorliggende wetsvoorstel het sluitstuk is voor een succesvolle overstap naar gereguleerde marktwerking” (p.8), waarbij “gereguleerde marktwerking daar waar mogelijk centrale aanbodsturing vervangt” (p.7). Met de term “gereguleerde marktwerking” lijkt hetzelfde te worden bedoeld als met de term “gereguleerde concurrentie”, hoewel dit sturingsconcept (vooralsnog) uitsluitend wordt beoogd voor zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet, terwijl de Wmg ook betrekking heeft op AWBZ-zorg. Bij de evaluatie van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is opgemerkt dat de term *marktwerking* meeromvattend is dan de term *concurrentie* (Box 3.1 Evaluatie Zvw). Zo kan er in een situatie van monopolie sprake zijn van marktwerking maar niet van concurrentie.

In een interview merkt Canoy op dat marktwerking een verwarrend begrip is en een typisch Nederlands politieke uitvinding. Het is volgens hem geen bekend begrip uit de economische wetenschap en er bestaat ook geen equivalent in het Engels, Frans of Duits: “Je kunt er alleen maar over filosoferen wat het zou moeten betekenen.”²³

De meeste scherpe omschrijving in de Memorie van Toelichting is vervat in een overzicht van de taakverdeling tussen NZa en NMa, waar de taak van de NZa wordt omschreven als “het op gang brengen van concurrentie”.²⁴ Uit de daaraan voorafgaande toelichting wordt duidelijk dat het daarbij ook kan gaan om markten met prijsregulering: “Er moet ruimte zijn voor partijen om te concurreren. Concurreren op prijzen is daarvoor niet noodzakelijk, het kan bijvoorbeeld ook gaan om concurrentie op kwaliteit.”

beleidsmatige karakter van dergelijke beslissingen. De verplichte aanwijzing vooraf is in de plaats gekomen van de verplichte goedkeuring van de beleidsregels achteraf. Met andere woorden, sturing achteraf is vervangen door sturing vooraf.

23 Kooistra 2009

24 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr. 3, p.21 (MVT).

In deze evaluatie gaan wij ervan uit dat met *marktontwikkeling* wordt bedoeld *het op gang brengen van concurrentie, waarbij concurrentie betrekking kan hebben op prijs en/of kwaliteit*. De implicatie hiervan is dat overal in de zorg (binnen de reikwijdte van de Wmg) waar de minister ruimte voor concurrentie heeft gecreëerd, de NZa tot taak heeft om concurrentie op gang te brengen indien dit niet vanzelf gebeurt.

Om meer inzicht te verkrijgen in de wenselijkheid van een overgang van een tariefgeruleerde (deel)markt naar een (deel)markt met volledig vrije prijzen, kan de minister de zorgautoriteit ook een aanwijzing geven om een *experiment* met vrije tarieven uit te werken (artt. 58-59). De zorgautoriteit kan hiertoe ook zelf suggesties doen aan de minister. Op basis van een dergelijk experiment kan worden beoordeeld of de interventiemogelijkheden die de zorgautoriteit heeft ten aanzien van vrijgegeven (deel)markten, voldoende zijn om eventueel marktfalen te corrigeren.

2.2 Welke instrumenten bevat de wet om markten te maken en te bewaken?

De beslissing om op deelmarkten ruimte voor concurrentie te creëren, betekent niet dat deze ruimte automatisch wordt benut.²⁵ Om te beginnen vergt het ontstaan van een volwassen markt een aanpassingsproces bij de betrokken partijen. Aanbieders, zorgvragers en verzekeraars moeten wennen aan hun nieuwe rol en moeten zich – afhankelijk van hun rol – de bijbehorende vaardigheden eigen maken (bijvoorbeeld onderhandelen, contracten opstellen, ondernemingsplannen maken, kostprijzen berekenen, een marketingstrategie opstellen, informatie verzamelen etc.). Van Rijn merkt in dit verband op dat de term “markten maken” misschien niet zo gelukkig gekozen is omdat “markten worden gemaakt door de marktspelers”.²⁶ Niettemin kan een toezichthouder in dit transitieproces wel een belangrijke rol spelen door via het opstellen van adequate spelregels en het wegnemen van belemmeringen het op gang komen van daadwerkelijke concurrentie te bevorderen. Het CPB identificeert in het rapport “Zorg voor concurrentie”²⁷ de volgende belemmeringen die het op gang komen van concurrentie kunnen frustreren:

- onvoldoende toetredingsmogelijkheden (een onvoldoende “betwistbare” markt)
- onvoldoende transparantie;
- dominante machtsposities aan aanbod- en/of vraagzijde.

Bovendien blijkt uit ervaringen in andere geliberaliseerde markten – zoals de energie- en telecommarkt – dat voor het op gang brengen van een goed functionerende markt niet alleen belemmeringen aan de aanbodzijde moeten worden aangepakt, maar dat ook een actieve beïnvloeding van het consumentengedrag noodzakelijk is: *“In such markets policies to encourage consumers to make an*

25 De term “zorgmarkt” wordt in de Wmg gehanteerd als overkoepelende term voor de markten voor zorgverlening, zorginkoop en zorgverzekering (Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr. 3, p.9 (MvT)). In wettekst zelf wordt de term zorgmarkt wel gebruikt maar niet gedefinieerd.

26 Interview dhr. van Rijn (27 februari 2009).

27 CPB 2003.

active choice between suppliers are demonstrably required in order that such markets indeed become competitive".²⁸

Nieuwe instrumenten

Welke instrumenten biedt de Wmg om de bovengenoemde belemmeringen aan te pakken teneinde indien nodig concurrentie op gang te kunnen brengen? Zoals uiteengezet in de Memorie van Toelichting vormt het op gang brengen en houden van markten voor de NZa een nieuwe taak, waar nieuwe bevoegdheden bijhoren. De "belangrijkste nieuwe bevoegdheden" van de NZa betreffen:²⁹

- het opleggen van *specifieke verplichtingen* aan zorgaanbieders of verzekeraars die op een deelmarkt beschikken over *aanmerkelijke marktmacht (AMM)*;
- het stellen van algemene verplichtingen voor zorgaanbieders en verzekeraars in verband met het bevorderen van de inzichtelijkheid (*transparantie*) van zorgmarkten of het bevorderen van concurrentie op die markten en het openbaar maken van transparantie-informatie als aanbieders of verzekeraars in gebreke blijven.

Bestaande instrumenten

Daarnaast kunnen ook bestaande instrumenten die uit WTG zijn overgenomen, voor het op gang brengen van markten worden ingezet. Zo biedt de Wmg de mogelijkheid om via het *reguleren van product- en prestatieomschrijvingen* concurrentie op gang te brengen (art. 56). De NZa dient met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid tot het vaststellen van prestatiebeschrijvingen beleidsregels op te stellen (art. 57, lid 1, sub c Wmg). Zoals uiteengezet in de MvT, kan dit gewenst zijn wanneer er op de desbetreffende deelmarkt geen eenduidigheid bestaat over de precieze producten en diensten, waardoor een goede prijsvergelijking kan worden belemmerd. Eenduidige prestatiebeschrijvingen kunnen dan worden vastgelegd in beleidsregels van de NZa. Die vastlegging betekent ook dat de patiënt, verzekeraar en zorgaanbieder weten waarover zij onderhandelen en wat de inhoud van de prestatie is.

Advisering en marktonderzoek

Tenslotte is een belangrijke taak van de NZa om de minister desgevraagd te adviseren over het vergroten of verkleinen van de speelruimte voor concurrentie op bepaalde deelmarkten (art. 21, lid 1 Wmg) alsmede gevraagd en ongevraagd de feitelijke ontwikkelingen inzake markten op het gebied van de zorg te signaleren aan de minister (art. 21, lid 2 Wmg).

In het kader van de uitoefening van haar taken met betrekking tot het ontwikkelen van markten kan de NZa concurrentieverhoudingen en het marktgedrag op het gebied van de zorg onderzoeken (art. 32, lid 1 Wmg), of meer specifiek, "de marktwerking in de markten voor zorgverlening, zorginkoop en ziektekostenverzekeringen" (art. 32, lid 2, sub b Wmg).

²⁸ Waterson 2003, p.130.

²⁹ Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.5 (MvT).

Sinds de invoering van de Wmg heeft de NZa verschillende adviezen gegeven over het al dan niet “liberaliseren” van deelmarkten. Voor het bepalen van de mogelijkheden voor het vergroten van concurrentie onder vrije beroepsbeoefenaren heeft de NZa zelfs een specifieke “meetlat” ontwikkeld op grond waarvan kan worden getoetst in hoeverre bij een specifieke beroepsgroep de markt kan worden vrijgegeven. Deze meetlat dient voor een transparante onderbouwing voor de advisering aan de minister van VWS. Voor diverse vrije beroepen – fysiotherapeuten, oefentherapeuten, eerstelijnspsychologen, diëtisten – zijn achtereenvolgens consultatie- en visiedocumenten opgesteld die als basis dienen voor de advisering over de het introduceren van (meer) ruimte voor concurrentie. Ook over het vrijgeven van prijzen van apothekers en de ziekenhuizen (B-segment) heeft de NZa de minister geadviseerd.

Daarnaast worden de ontwikkelingen op de verschillende zorgmarkten waar ruimte voor concurrentie is geïntroduceerd door de NZa periodiek gevolgd en beschreven in monitordocumenten. Zo verschijnen er bijvoorbeeld jaarlijks rapportages over de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt en het B-segment van de ziekenhuiszorg.

Tenslotte publiceert de NZa ook met enige regelmaat “research papers” waarin onder meer dieper wordt ingegaan op theoretische aspecten van het functioneren en (de)reguleren van zorgmarkten.

Focus op nieuwe instrumenten

Conform het in hoofdstuk 1 geformuleerde uitgangspunt voor deze evaluatie, zullen wij ons beperken tot een beoordeling van de nieuwe instrumenten om markten te maken en te bewaken. Wij zullen dus niet ingaan op uit de WTC overgenomen bevoegdheid van de NZa om met het oog op het op gang brengen van concurrentie product- en prestatieomschrijvingen te reguleren.

De nieuwe bevoegdheden die betrekking hebben op het bevorderen van transparantie zijn niet alleen van belang voor het op gang brengen van concurrentie, maar tevens voor de bredere doelstelling van de Wmg – zoals vermeld in de considerans van de wet – om de positie van de consument te beschermen en te bevorderen. Gelet op deze bredere doelstelling zal het bijbehorende instrumentarium (met name artt. 38-40 Wmg) afzonderlijk worden besproken in hoofdstuk 4. De advisering van de NZa aan de minister over de ontwikkeling van concurrentie op specifieke deelmarkten betreft primair het functioneren van de NZa en maakt derhalve naar verwachting onderdeel uit van de separate evaluatie van de NZa. Hetzelfde geldt voor de grote hoeveelheid marktonderzoek dat de afgelopen jaren door de NZa is verricht. Hoewel de publicatie van visiedocumenten en monitorrapportages onmiskenbaar heeft geleid tot een beter inzicht in het functioneren van deelmarkten in de zorg – wat in de interviews met diverse betrokkenen breed wordt erkend – valt dit buiten het kader van deze evaluatie.

In dit hoofdstuk zullen wij onze analyse daarom verder richten op de specifieke (i.c. AMM-verplichtingen) en generieke (i.c. algemene verplichtingen) instrumenten die de Wmg biedt om concurrentie op gang te brengen. Wij zullen kort ingaan op de inhoud van beide instrumenten alsmede op hun onderlinge verhouding.

2.2.1 Aanmerkelijke marktmacht

Met het oog op het op gang brengen van concurrentie heeft de NZa de mogelijkheid om één of meer zorgaanbieders of één of meer ziektekostenverzekeraars³⁰ die alleen of gezamenlijk beschikken over *aanmerkelijke marktmacht* (AMM) specifieke verplichtingen op te leggen. Deze nieuwe bevoegdheid is geregeld in de paragraaf “Ontwikkeling zorgverzekeringsmarkt, zorgverleningsmarkt en zorginkoopmarkt” (artt. 47-49) en de NZa heeft in de beleidsregel AMM (op grond van art. 57, lid 1, sub a) aangegeven op welke manier ze van plan is om deze bevoegdheid toe te passen.³¹

Het doel van het opleggen van verplichtingen bij AMM is om daadwerkelijke mededinging te bevorderen en te voorkomen dat de ontwikkeling van concurrentie wordt verhinderd op de zorgverzekeringsmarkt, de zorgverleningsmarkt of de zorginkoopmarkt.³²

In het oorspronkelijke wetsvoorstel was het AMM-instrument alleen bedoeld voor het op gang brengen van goed functionerende markten op deelmarkten van de zorginkoopmarkt waar sprake is van vrije tariefvorming. De meerderheid van de Tweede Kamer vond de reikwijdte van het AMM-instrument echter te beperkt. Via een amendement³³ is de reikwijdte van het instrument sterk uitgebreid: niet alleen zijn naast de zorginkoopmarkt ook de zorgverzekeringsmarkt en de zorgverleningsmarkt toegevoegd, maar ook deelmarkten waar tarieven nog niet (geheel) zijn vrijgegeven. Formeel vallen alle markten die onder de reikwijdte van de Wmg vallen tevens onder de reikwijdte van het AMM-instrument. Daarbij is in artikel 47 Wmg uitdrukkelijk bepaald dat AMM betrekking moet hebben op een of meer zorgaanbieders of ziektekostenverzekeraars.

De overweging van de indieners van het amendement voor de uitbreiding van de reikwijdte van de Wmg tot de zorgverzekeringsmarkt was dat het van belang is om ziektekostenverzekeraars met AMM verplichtingen te kunnen opleggen indien dit wenselijk zou zijn om de publieke belangen te kunnen borgen.³⁴ De overweging achter de uitbreiding tot deelmarkten waar prijzen (nog) niet volledig vrij onderhandelbaar zijn, was om de NZa de mogelijkheid te geven om preventief in te grijpen op deelmarkten waar ondanks prijsregulering wel sprake is van een zekere ruimte voor concurrentie. Zo kan

30 Onder ziektekostenverzekeraars worden zowel zorgverzekeraars (als bedoeld in de Zvw), AWBZ-verzekeraars als particuliere ziektekostenverzekeraars verstaan (art. 1, sub f Wmg).

31 Beleidsregel AL/BR-100.086, in werking getreden op 20 oktober 2008. Deze beleidsregel vervangt een eerdere beleidregel van juni 2007 (AL/BR-100.69) teneinde de reikwijdte van AMM formeel juridisch in overeenstemming te brengen met de reikwijdte van de Wmg (waarbij artikel 46 Wmg is geschrapt). De Wmg omvat zorg als omschreven in de Zvw en AWBZ en handelingen op het gebied van de gezondheidszorg zoals omschreven in de Wet BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). De reikwijdte wordt nog aangevuld door het Besluit uitbreiding en beperking, waardoor ook overige werkzaamheden van BIG-ingeschrevenen onder de reikwijdte vallen en niet slechts handelingen gericht op genezing.

32 Opgemerkt moet worden dat de doelstelling van het opleggen van verplichtingen bij AMM zoals geformuleerd in de beleidsregel AMM (randnummer 5) niet geheel overeenkomt met de doelstelling zoals geformuleerd in de Memorie van Toelichting (Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.19), hoewel de beleidsregel hier wel naar verwijst. Terwijl in de beleidsregel wordt gesteld dat het doel is om daadwerkelijke concurrentie te bevorderen, stelt de MvT dat het doel is om een gelijk speelveld creëren, waardoor de NZa kan voorkomen dat de ontwikkeling van concurrentie wordt verhinderd. De in de beleidregel geformuleerde doelstelling gaat daarmee verder dan de doelstelling zoals geformuleerd in de Memorie van Toelichting.

33 Kamerstukken 2005-2006, 30 186, nr.23 (amendement Heemskerk).

34 Zie voor de overwegingen van het toenmalige Tweede Kamerlid Heemskerk voor zijn amendement om de reikwijdte van de Wmg uit te breiden: Tweede Kamer, Behandeling van het wetsvoorstel Wmg (30 186), TK 53, 22 februari 2006, 53-3470.

bij maximumprijzen (die buitensporig hoge prijzen uitsluiten) het AMM-instrument worden toegepast als een dominante marktpartij afbraakprijzen (ook wel roof- of wurgprijzen genoemd) dreigt te hanteren, terwijl bij wettelijke minimumprijzen (die afbraakprijzen uitsluiten) het AMM-instrument kan worden ingezet om buitensporig hoge prijzen te voorkomen.

2.2.2 Algemene verplichtingen ter bevordering concurrentie

Behalve dat de ontwikkeling van effectieve concurrentie op deelmarkten kan worden verhinderd of verstoord door machtsposities bij *individuele* partijen, kan er op deelmarkten ook sprake zijn van structurele, algemene belemmeringen. De Wmg verschaft de NZa ook bevoegdheden om *alle* aanbieders of alle verzekeraars op de desbetreffende deelmarkt *algemene verplichtingen* op te leggen die de concurrentie bevorderen. Zo is niet uitgesloten dat in een deelmarkt waar ruimte voor concurrentie is gecreëerd, bepaalde vormen van marktfalen hardnekkiger zijn dan aanvankelijk gedacht. De zorgautoriteit kan dan bijvoorbeeld zo nodig voorschrijven dat aanbieders een systeem van kostentoe rekening gebruiken dat voldoet aan bepaalde toerekeningprincipes (art. 36, lid 3), of, indien patiënten en verzekerden onvoldoende vergelijkbare informatie hebben, daarover voorschriften geven aan aanbieders en ziektekostenverzekeraars (art. 38, lid 7 en art. 40, lid 4) (zie ook hoofdstuk 4). Voorts kan de NZa, met het oog op de inzichtelijkheid van de zorgmarkten of de bevordering van de concurrentie, regels stellen betreffende de wijze van totstandkoming van overeenkomsten met betrekking tot zorg of tarieven en betreffende de voorwaarden in die overeenkomsten (art. 45). Hierbij kan het bijvoorbeeld gaan om het tegengaan van onredelijke betalingscondities, onredelijk lange contracttermijnen, exclusieve levering of onredelijke voorwaarden bij het opzeggen van een contract.

In tegenstelling tot bij toepassing van het AMM-instrument, kan de NZa bij het stellen van algemene verplichtingen geen onderscheid maken tussen zorgaanbieders of verzekeraars die op dezelfde deelmarkt opereren. Deze verplichtingen kunnen dus alleen generiek, voor de gehele deelmarkt in kwestie, worden opgelegd.

2.2.3 Verhouding van generieke en specifieke maatregelen

Het nieuwe instrumentarium dat de Wmg verschaft om markten op gang te brengen en te houden bevat dus *generieke* maatregelen die alle aanbieders of verzekeraars op een deelmarkt betreffen en *specifieke* maatregelen die uitsluitend één of enkele ondernemingen betreffen. In de toelichting op de beleidsregel AMM bespreekt de NZa de verhouding tussen beide. Alleen wanneer er op een (deel) markt sprake is van algemene, structurele belemmeringen, is het gebruik van generieke maatregelen geëigend. Wanneer de NZa een marktbelemmering aantreft doordat een speler op de markt een AMM-positie heeft, ligt bij het op gang brengen of houden van markten daarom in de rede eerst te bezien of volstaan kan worden met een specifieke maatregel om een gelijk speelveld te creëren of te handhaven, alvorens de gehele markt (weer) te reguleren.³⁵

35 Meijer 2007.

2.3 Hoe verhouden de nieuwe wettelijke instrumenten zich tot aanpalende wetgeving respectievelijk Europese regelgeving?

Met de Wmg heeft Nederland voor de zorgsector een sectorspecifiek markttoezicht ingevoerd dat geldt aanvullend op het algemene nationale en Europese mededingingsrecht. Het AMM-begrip in de Wmg is expliciet geënt op het begrip economische machtspositie (EMP) uit het algemene mededingingsrecht zoals dit geldt op basis van de Mededingingswet (Mw) en het EG Verdrag. Het AMM-begrip is al sinds 1998 bekend uit de telecomsector, waarvoor een apart Europees toetsingskader is ontwikkeld. In de zorg ontbreekt een dergelijk kader, zodat de NZa zelf bepaalt op welke wijze en aan de hand van welke prioriteiten zij haar AMM-bevoegdheden toepast, met dien verstande dat zij zich bij het afbakenen van de markt moet houden aan de beginselen van het algemene mededingingsrecht (art. 48, lid 1) en dat zij zich moeten richten naar de uitleg van begrippen zoals de NMa die hanteert (art. 18, lid 4). Via de beleidsregel aanmerkelijke marktmacht geeft de NZa invulling aan deze discretionaire bevoegdheid.³⁶

Verschillen tussen AMM en het algemene mededingingsrecht

Naast het AMM-instrumentarium van de Wmg blijft ook het algemene mededingingsrecht onverkort van toepassing op de zorgsector. Tussen het algemene mededingingsinstrumentarium en het sector-specifieke markttoezicht zitten belangrijke verschillen.

Ten eerste is het toezicht van de NMa gericht op het achteraf (*ex post*) tegengaan van misbruik van een economische machtspositie teneinde concurrentie in stand te houden, terwijl het toezicht van de NZa gericht is op het vooraf (*ex ante*) voorkómen dat door een aanmerkelijke machtspositie concurrentie niet op gang kan komen. Dit verschil in de aard van het toezicht komt tot uitdrukking in een verschil in bevoegdheden. Zo is de NZa bevoegd tot het opleggen van specifieke verplichtingen die moeten voorkomen dat de ontwikkeling van daadwerkelijke concurrentie op Nederlandse zorgmarkten of een deel daarvan wordt belemmerd, terwijl de NMa bevoegd is tot het opleggen van een boete of last onder dwangsom aan ondernemingen die misbruik maken van een economische machtspositie.

Ten tweede is het AMM-instrumentarium van de Wmg van toepassing op zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars, terwijl het EMP-instrumentarium van de Mw en het EG-Verdrag van toepassing is op ondernemingen. Dat betekent dat bijvoorbeeld zorgkantoren onder de toepassing van het AMM-instrumentarium van de NZa vallen, terwijl zij buiten het ondernemingsbegrip – en daarmee buiten de toepassing van het algemene mededingingsrecht – blijven. Omgekeerd vallen bijvoorbeeld leveranciers van hulpmiddelen en groothandels in geneesmiddelen niet onder de reikwijdte van de Wmg maar wel onder de Mw.

36 In tegenstelling tot het oorspronkelijke AMM-begrip in de telecomsector, sluit het AMM-begrip in de zorgsector zo nauw mogelijk aan bij het EMP-begrip in de Mw. De verschillen in vormgeving van het AMM-instrumentarium tussen de telecomsector en de zorgsector zijn volgens Sauter (2007) dermate groot, dat de voorbeeldfunctie van AMM in de telecomsector voor de zorgsector van beperkt belang is en bovendien waarschijnlijk verder zal afnemen naarmate de toepassing van AMM in de zorg vordert.

Samenloop AMM met het algemene mededingingsrecht

Ondanks deze verschillen kan er sprake zijn van een samenloop van het algemene en sectorspecifieke toezicht. Meijer³⁷ constateert dat het de NZa in de praktijk niet zozeer om de AMM als wel om het (dreigende) misbruik te doen is, waardoor volgens haar het verschil tussen ex ante toezicht door de NZa en ex post toezicht door de NMa nogal theoretisch is.

Anticiperend op een dergelijke samenloop, voorziet artikel 18 Wmg in een uitgebreide voorrangsregel voor het AMM-instrument ten opzichte van het algemene nationale mededingingsrecht (Mw). Zo wordt bij (mogelijke) samenloop door de NMa bevorderd dat belanghebbenden zich eerst wenden tot de NZa (art. 18, lid 1), terwijl in dat geval de NZa zo mogelijk eerst haar bevoegdheden op grond van de Wmg toepast, voordat de NMa de Mw toepast (art. 18, lid 3). Hierop kan overigens wel een uitzondering worden gemaakt indien NZa en NMa gezamenlijk tot de slotsom komen dat optreden door de NMa effectiever is (art. 18, lid 5).

Ten opzichte van de Europese mededingingsregels geldt de voorrangsregel niet. Bij situaties die van invloed kunnen zijn op de interstatelijke handel moet namelijk op grond van het Europese mededingingsrecht voorrang worden gegeven aan de toepassing van deze Europese regels boven nationale regels – inclusief het sectorspecifieke mededingingsrecht van de Wmg. In dergelijke gevallen zal de NMa dus – in uitzondering op de regeling in artikel 18 Wmg – voorrang moeten nemen op de NZa. In dit verband is ook Verordening 2003/1 van belang die de verhouding tussen Europees en nationaal mededingingsrecht regelt. Artikel 3 van de Verordening bepaalt dat het nationale mededingingsrecht geen verboden mag bevatten van zaken die op grond van het Europese mededingingsrecht niet verboden zouden zijn.

De samenwerking tussen NZa en de NMa is conform artikel 17 Wmg nader vastgelegd in een samenwerkingsprotocol (zie hoofdstuk 5) waarbij is afgesproken dat de NMa in AMM-zaken aan de NZa zienswijzen kan afgeven. Omgekeerd is afgesproken dat de NZa zienswijzen kan afgeven in het geval van fusiezaken in de zorgsector, waarbij de beoordeling uitsluitend bij de NMa ligt.

Verhouding specifieke en generieke verplichtingen tot Europese schaderichtlijnen

Voor het opleggen van specifieke en generieke verplichtingen aan verzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt is naast de verhouding tot het Europese mededingingsrecht ook de verhouding tot de Europese verzekeringsrichtlijnen relevant.³⁸ Dit geldt met name voor de Derde schaderichtlijn.³⁹ In de Memorie van Toelichting bij de Wmg wordt onomwonden gesteld dat “het opleggen van extra generieke of specifieke verplichtingen aan zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt zich niet verdraagt met de Derde schaderichtlijn.”⁴⁰ In het oorspronkelijke wetsvoorstel, waar de Memorie van Toelichting betrekking op had, was het AMM-instrument dan ook niet van toepassing op de zorgverzekeringsmarkt. Via het eerder genoemde amendement Heemskerck is de reikwijdte van het AMM-

37 Meijer 2007.

38 Voorts dienen AMM-verplichtingen die worden opgelegd aan buitenlandse zorgaanbieders te worden getoetst aan de bepalingen inzake het vrije verkeer van het EG-verdrag.

39 Richtlijn 92/49/EEG, PubEG 1992, L228/1.

40 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.23 (MVT).

instrument sterk uitgebreid, inclusief de zorgverzekeringsmarkt. Gelet op de stellige uitspraak in de Memorie van Toelichting zou de uitbreiding van het AMM-instrumentarium tot de zorgverzekeringsmarkt geen zin hebben, omdat het opleggen van AMM-verplichtingen op grond van de Derde Schaderichtlijn niet zou zijn toegestaan.

In het consultatiedocument AMM⁴¹ stelt de NZa echter dat de beperkingen die Derde schaderichtlijn inhoudt niet van dien aard zijn dat AMM-verplichtingen niet zouden kunnen worden opgelegd.

Volgens de NZa moeten verzekeraars op grond van de Derde schaderichtlijn (art. 29) weliswaar in beginsel vrij worden gelaten bij het vaststellen van tarieven of polisvoorwaarden, maar maakt artikel 54 het mogelijk om in het algemeen belang eisen te stellen aan verzekeraars. Voorwaarde daarbij is dat die maatregelen geschikt moeten zijn om het doel van algemeen belang te bereiken en niet verder mogen gaan dan daartoe noodzakelijk is. Bovendien geldt er een strenge proportionaliteits-toets, wat betekent dat er geen andere gelijkwaardige maatregelen mogen zijn die minder belemmerend zijn voor de Europese markt.⁴²

Volgens de NZa is het algemeen belang bij het eventueel opleggen van AMM-verplichtingen aan ziektekostenverzekeraars "gelegen in het functioneren van het nationale zorgstelsel opdat de toegang tot een goede kwaliteit van de gezondheidszorg tegen een aanvaardbare prijs gewaarborgd is".⁴³ Een goed functionerende zorgverzekeringsmarkt is immers noodzakelijk om verzekeraars aan te zetten om scherp te onderhandelen op de zorginkoopmarkt en om gunstige onderhandelingsresultaten door te geven aan de verzekerden in de vorm van lagere premies en/of een hogere kwaliteit.⁴⁴ De NZa geeft aan dat dit belang een belangrijke rol speelt in de jurisprudentie van het HvJEG over de rechtvaardiging van overheidsmaatregelen in de interne Europese markt. Duidelijk is dat vanwege de Derde schaderichtlijn bij het opleggen van AMM-verplichtingen aan ziektekostenverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt aan de strenge voorwaarden van artikel 54 moet worden voldaan. Bij elke inzet van het AMM-instrumentarium zal de NZa aannemelijk moeten maken dat de verplichtingen geschikt en proportioneel zijn om het doel van algemeen belang te bereiken. Wat geldt voor specifieke verplichtingen lijkt, mutatis mutandis, ook van toepassing op het opleggen van generieke verplichtingen (art. 40, lid 4 en art. 45), voorzover deze betrekking hebben op de zorgverzekeringsmarkt.

2.4 Is het nieuwe instrumentarium consistent, zowel intern als in relatie tot de overige relevante (zorg)wetgeving?

In deze paragraaf bespreken wij allereerst in hoeverre het nieuwe instrumentarium consistent is met de andere instrumenten van de Wmg. Vervolgens zullen wij ingaan op de consistentie in relatie tot de overige relevante wetgeving, te weten het nationale en Europese mededingingsrecht.

41 NZa 2006a.

42 Zie hoofdstuk 4 van de Evaluatie Zvw voor een uitgebreide bespreking van de verhouding tussen de Zvw en de Derde schaderichtlijn.

43 NZa 2006a, p.32

44 Schut en Varkevisser 2006.

Interne consistentie

Met betrekking tot de consistentie van het instrumentarium om markten op gang te brengen en te houden in relatie tot de overige wettelijke bepalingen van de Wmg zijn op de volgende twee terreinen knelpunten te signaleren:

- 1 Macrokostenbeheersing en marktontwikkeling
- 2 Integrale beoordeling van de effecten van AMM op de kwaliteit en prijs van zorg

1. *Macrokostenbeheersing en marktontwikkeling*

De toepassing van het instrumentarium om markten te maken en te bewaken kan op gespannen voet staan met de inzet van Wmg-instrumenten om de ontwikkeling van de macrokosten te beheersen.⁴⁵ Een effectief functionerende markt leidt weliswaar tot een zo laag mogelijke prijs *per eenheid van gegeven kwaliteit*, maar stelt geen beperkingen aan het aantal af te zetten eenheden (volume) of aan het kwaliteitsniveau van de geleverde productie. Kortom het bevorderen van goed functionerende markten in de zorg zou wel eens tot meer volume en hogere kwaliteit en daarmee tot hogere uitgaven kunnen leiden.⁴⁶ Het bevorderen van goed functionerende markten zou daarom kunnen resulteren in een overschrijding van een *ex ante* door de politiek vastgesteld macrobudget (BKZ). De Wmg biedt de minister expliciet de mogelijkheid om ook in deelmarkten met volledig vrije prijzen te interveniëren om de macrokosten te beheersen. Zo stelt de Memorie van Toelichting: “Toch kunnen uit het oogpunt van beheersing van de collectieve lasten ingrepen in de macrokostenontwikkeling nodig zijn. De minister bepaalt of, en zo ja, in welke sector en in welke mate een ingreep nodig is.”⁴⁷ Generieke of specifieke (AMM) verplichtingen die de NZa aan marktpartijen oplegt, teneinde een markt op gang te brengen of te houden, kunnen botsen met interventies in prijzen en/of aanbod die door dezelfde NZa op last van de minister worden opgelegd. Zo kunnen prijsinterventies in markten waar prijzen zijn vrijgegeven het op gang brengen van concurrentie verstoren omdat marktpartijen investeringen in verbetering van de kwaliteit en efficiëntie achterwege zullen laten als zij onvoldoende (regulerings)zekerheid hebben dat zij deze investeringen kunnen terugverdienen (zogenaamde “*hold-up*” problemen). Prijsinterventies zouden er derhalve toe kunnen leiden dat de beoogde concurrentie niet op gang komt en kan de effectiviteit van de inzet van Wmg-instrumenten die dit bevorderen doorkruisen. Het inzetten van Wmg-instrumenten uit oogpunt van macrokostenbeheersing kan derhalve inconsistent zijn met het bevorderen van efficiënt functionerende

45 Dit geldt alleen als kostenbeheersing wordt opgevat als het afdwingen van een knellend macrobudget, zoals in de huidige beleidspraktijk waar het BKZ dient als normatief uitgavenkader.

46 Het is natuurlijk ook mogelijk dat een kwaliteitsverbetering tot kostenverlaging leidt (bijvoorbeeld door minder overbodige diagnostiek en effectievere behandelingen). In dat geval zal ingrijpen op grond van een macrobudget naar verwachting niet aan de orde zijn. In een goed functionerende transparante markt, zullen consumenten overigens altijd meer willen betalen voor een product van betere kwaliteit. De prijs weerspiegelt dan immers de waarde van het product en een product met een betere kwaliteit zal hoger worden gewaardeerd. Juist in goed functionerende markten is daarom te verwachten dat prijs en kwaliteit positief gecorreleerd zijn.

47 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.17 (MVT).

markten.⁴⁸

Dat deze situatie geenszins denkbeeldig is, blijkt uit een brief van de minister van VWS over de mogelijkheid tot prijsinterventie in het B-segment van de ziekenhuiszorg met vrij onderhandelbare prijzen.⁴⁹ Dit vrije B-segment is – mede op basis van een positief advies van de NZa – met ingang van 2009 uitgebreid van gemiddeld 20 naar 34% van de ziekenhuisomzet. Volgens de NZa waren de ontwikkelingen in het B-segment op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in de periode 2005-2008 voldoende positief om de uitbreiding van het B-segment te rechtvaardigen.⁵⁰ In september 2008 liet de minister van VWS in een brief aan de Tweede Kamer weten “per 2010 over een extra prijsbeheersingsinstrument (kortweg: PBI) te willen beschikken, voor het geval de kosten van het vrije B-segment de grens passeren die het budgettair kader stelt” (Ministerie van VWS 2008). De minister stelde voorts dat hij een prijsmaatregel zal nemen “indien de groei in het B-segment hoger uitvalt dan het totaal van het volume en de prijscomponent.” Dus ook als de ziekenhuismarkt in het B-segment efficiënt functioneert, maar de uitgaven door extra zorgverlening en/of hogere kwaliteit harder stijgen dan politiek gewenst, zal de minister ingrijpen in de prijzen. In een dergelijke omstandigheid is de kans groot dat prijsinterventies effectieve concurrentie tussen ziekenhuizen zullen frustreren.⁵¹

2. Integrale beoordeling van effecten AMM op kwaliteit en prijs

Voor een adequate beoordeling of een markt al dan niet functioneert – en daarmee voor een oordeel of het opleggen van generieke of specifieke concurrentiebevorderende verplichtingen geëigend is – zijn niet alleen de effecten op prijs maar ook de effecten op kwaliteit van belang. In het geval van AMM moet de NZa derhalve een integrale beoordeling kunnen maken over de mogelijke effecten daarvan op prijs en kwaliteit of – indien de prijzen zodanig gereguleerd zijn dat er alleen ruimte is voor kwaliteitsconcurrentie – van de effecten op kwaliteit. In de toelichting op de beleidsregel AMM geeft de NZa aan dat een van de mededingingsproblemen die kan ontstaan is dat een marktpartij met AMM de prijs-kwaliteitverhouding van zijn diensten verslechtert.⁵² Zo zou een ziekenhuis met AMM (waarvoor het reputatiemechanisme onvoldoende werkt) bij een gegeven (gereguleerde) prijs bijvoorbeeld bij heupoperaties goedkopere en minder goede prothesen – die nog net voldoen aan de minimumkwaliteitseisen – kunnen gebruiken, teneinde meer winst te maken. Het is dus van belang dat de NZa zich een oordeel kan vormen over de potentiële kwaliteitseffecten van AMM om preventief te kunnen ingrijpen als (dreigt dat) een zorgaanbieder met AMM minder

48 De minister heeft op grond van de Zvw en de AWBZ ook mogelijkheden om via pakketmaatregelen en verhoging van eigen betalingen te zorgen dat de zorguitgaven binnen het marcobudget blijven. Vanzelfsprekend kan het gebruik van deze instrumenten niet intern inconsistent zijn met de inzet van het Wmg-instrumentarium om concurrentie te bevorderen.

49 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2008.

50 NZa 2008c.

51 In een door de minister gevraagd advies over de vormgeving van het PBI in het B-segment stelt de NZa dat “bij voorkeur terughoudend omgegaan dient te worden met de inzet van een prijsbeheersingsinstrument om in te grijpen in macrokostenontwikkelingen” (NZa 2008d). Ook in haar recente monitorrapport over de ziekenhuismarkt ontraadt de NZa de invoering van maximum tarieven in het B-segment omdat daarmee “de goede effecten op gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid die uitgaan van een segment van vrije prijzen teniet worden gedaan” (NZa 2009b, p.11).

52 NZa 2008b, p.7.

goede kwaliteit levert dan hij bij voldoende concurrentie zou hebben gedaan. In de Wmg is bepaald dat de NZa bij haar oordeel over de kwaliteit van het handelen van zorgaanbieders het oordeel van de IGZ moet volgen (art. 19 Wmg). Voor het inschatten van de effecten van AMM op kwaliteit moet de NZa dus afgaan op het oordeel van de IGZ.⁵³ Op grond van het samenwerkingsprotocol tussen NZa en IGZ kan de NZa de IGZ hierover raadplegen. Het is echter de vraag of de IGZ bij uitstek geschikt en in staat is om een inschatting te maken van de effecten van AMM op kwaliteit. De IGZ heeft immers ingevolge de Kwaliteitswet primair tot taak te bewaken dat de kwaliteit niet onder een minimum-niveau daalt. Bovendien richt de IGZ zich op de medisch-technische kwaliteit, terwijl kwaliteit van zorgaanbieders vanuit consumentenperspectief een veel meer omvattend begrip is, waar bijvoorbeeld ook aspecten als bejegening, openingstijden en service toe gerekend kunnen worden. Aangezien de NZa het algemene consumentenbelang voorop dient te stellen (art. 3, lid 4) lijkt een bredere kwaliteitsdefinitie relevant dan alleen medisch technische kwaliteit.

Daarnaast ontbeert de NZa, met uitzondering van het opleggen van transparantieplichtingen, specifieke instrumenten om een kwaliteitsvermindering als gevolg van AMM tegen te gaan. Zo constateert de NZa in de toelichting op de beleidsregel AMM dat “artikel 48 Wmg geen verplichtingen kent die de NZa zou kunnen opleggen aan een partij met AMM die bij gebrek aan concurrentie te weinig prikkels heeft om een dienst of product van voldoende kwaliteit te leveren”.⁵⁴ Bij onvoldoende kwaliteit mag worden verwacht dat IGZ zal ingrijpen. Maar of de IGZ ook zal optreden als AMM weliswaar leidt tot een kwaliteitsreductie maar niet leidt tot onvoldoende kwaliteit, valt te betwijfelen. De IGZ hoeft immers niet in te grijpen als de minimumkwaliteit niet in het geding is. Het AMM-instrumentarium is dus onevenwichtig: de NZa kan wel ingrijpen als AMM naar verwachting leidt tot een hogere prijs, maar niet – of hooguit indirect via het opleggen van transparantie-verplichtingen – als dit leidt tot een lagere kwaliteit.⁵⁵

Tenslotte kan worden opgemerkt dat de NMa bij een economische machtspositie wel kan ingrijpen als misbruik leidt tot een vermindering van kwaliteit en dat de NMa zich daarbij niet hoeft te baseren op het oordeel van de IGZ. In dat opzicht is het sectorspecifieke mededingingsinstrumentarium dus niet consistent met het algemene mededingingsinstrumentarium.

Consistentie met de nationale mededingingswetgeving

De consistentie met de nationale mededingingswetgeving is zoveel mogelijk geborgd door expliciet in de Wmg op te nemen:

- dat de zorgautoriteit zich dient te richten naar de uitleg van begrippen die de NMa hanteert in het kader van de toepassing van het mededingingsrecht (art 18, lid 4);

53 Bij de vergunningaanvraag voor de fusie van de Zeeuwse ziekenhuizen was het ook de IGZ die een inschatting maakte van de kwaliteitseffecten van de fusie en niet de NZa (NZa 2009a). Hierbij ging de IGZ bijvoorbeeld uitgebreid in op het efficiëntieverweer en het reddingsfusieverweer. De facto vervulde de IGZ hierbij dus rol van marktmeester.

54 NZa 2008b, p.10.

55 Ten aanzien van het afgeven van zienswijzen van de NZa inzake fusiezaken in de zorg geldt een vergelijkbare problematiek. Canoy en Sauter (2009) constateren dat ook daar het risico bestaat dat het kwaliteitsoordeel van de IGZ de andere publieke belangen (doelmatigheid en toegankelijkheid) overtroeft omdat een afwegingsmogelijkheid ontbreekt. Zij achten het dan ook wenselijk dat de NZa zelfstandig een afweging maakt tussen de drie publieke belangen.

- dat de NZa met de NMa afspraken moet maken met het oog op een effectieve en efficiënte besluitvorming (art. 17);
- dat aanmerkelijke marktmacht wordt vastgesteld op een door de zorgautoriteit volgens de beginselen van het algemene mededingingsrecht afgebakende markt (art. 48, lid 1).

Het tussen NZa en NMa op grond van art. 17 Wmg gesloten samenwerkingsprotocol (zie ook hoofdstuk 5) is van belang om – in aanvulling op de bovengenoemde waarborgen – eventuele inconsistenties tussen het ex ante toezicht op fusies (Mw), het ingrijpen bij misbruik van economische machtsposities (Mw) en het ex ante toezicht op aanmerkelijke marktmacht (Wmg) te voorkomen. Zo zou wederzijdse consultatie kunnen tegengaan dat de NMa een fusie goedkeurt omdat deze naar haar oordeel niet leidt tot een daadwerkelijke vermindering van de mededinging, terwijl de NZa vervolgens verplichtingen aan de gefuseerde partij oplegt omdat zij van oordeel is dat deze door de fusie aanmerkelijke marktmacht heeft verkregen.⁵⁶

Niettemin kan het, bijvoorbeeld bij concentratiezaken, voorkomen dat de zienswijze van de NZa verschilt van het besluit dat de NMa vervolgens op basis van de Mededingingswet neemt. Dit was het geval bij de voorgenomen fusie tussen Stichting Eveen Groep, Stichting Philadelphia Zorg en Woonzorg Nederland. Terwijl de NMa onder voorwaarden akkoord ging met de fusie⁵⁷, concludeerde de NZa in een zienswijze dat niet kon worden uitgesloten dat de fusie negatieve gevolgen voor de consument zou hebben.⁵⁸ De belangrijkste reden was de machtspositie die de drie partijen na een aantal jaren in een “worst case scenario” zouden kunnen verkrijgen dankzij de voorgenomen fusie. De NMa was echter van mening dat niet aannemelijk kon worden gemaakt dat het probleem dat de NZa signaleert zou kunnen leiden tot een significante belemmering van de mededinging. In het geval het “worst case scenario” zich na een aantal jaren zou hebben voltrokken zou de NZa vervolgens haar AMM-instrumentarium kunnen inzetten. In dat geval is het gebruik van het AMM-instrumentarium echter niet inconsistent met het toelaten van de fusie.

Al met al lijken er geen aanwijzingen dat de waarborgen voor een consistente toepassing van het algemene mededingingsinstrumentarium en het AMM-instrument tekortschieten.

Consistentie met het Europese mededingingsrecht

Tijdens de parlementaire behandeling van de Wmg werd door Steyger⁵⁹ in twijfel getrokken of de bevoegdheid om asymmetrische verplichtingen aan aanmerkelijke marktmachthouders op te leggen consistent is met Verordening 2003/1 die de verhouding tussen Europees en nationaal mededingings-

56 In haar recente advies omtrent fusietoezicht in de zorg stelt ook de Raad van State “dat het concentratietoezicht van de NMa er hoofdzakelijk op gericht is om te voorkomen dat aanmerkelijke marktmacht ontstaat of kan worden uitgebreid als gevolg van een concentratie” (Raad van State 2009, p. 45). Overigens lijkt het niet geheel consistent dat de Raad van State vervolgens concludeert dat een strengere fusietoets niet nodig is omdat de NZa immers altijd nog achteraf kan ingrijpen als door een fusie toch AMM ontstaat en men dus “zou verwachten dat daar de behoefte aan het voorkomen van marktmacht minder wordt gevoeld” (Raad van State 2009, p.46). Men zou ook kunnen stellen dat gegeven het feit dat de aanwezigheid aanmerkelijke marktmacht in de zorg kennelijk problematisch wordt geacht, er juist veel aan gelegen zou moeten zijn dit te voorkomen.

57 Zaak 6141/338 *Eveen – Philadelphia – Woonzorg Nederland*, besluit RvB NMa van 1 april 2008.

58 NZa 2008e.

59 Steyger 2006.

recht regelt. Artikel 3 van de Verordening bepaalt dat het nationale mededingingsrecht geen verboden mag bevatten van zaken die op grond van het Europese mededingingsrecht niet verboden zouden zijn. Het opleggen van AMM-verplichtingen kan volgens Steyger strijdig zijn met deze bepaling in de Verordening.

Sauter⁶⁰ wijst er echter op dat artikel 3.2 van de Verordening een belangrijke uitzonderingsgrond kent voor het aannemen of toepassen van nationale wetten die *eenzijdige* gedragingen van ondernemingen verbieden of bestraffen.⁶¹ Aangezien het bij AMM-verplichtingen gaat om eenzijdige gedragingen is de uitzonderingsgrond daarop van toepassing. Kortom, van de vermeende inconsistentie van het AMM-instrumentarium met het Europese mededingingsrecht lijkt geen sprake.

2.5 Hoe zijn de nieuwe instrumenten ingevoerd en in de praktijk toegepast?

Invoering AMM-instrumentarium

In de beleidsregel AMM geeft de NZa aan hoe het AMM-instrumentarium wordt toegepast.⁶² In de beleidsregel wordt een onderscheid gemaakt tussen *individuele* AMM – wanneer één marktpartij beschikt over een aanmerkelijke machtspositie – en *gezamenlijke* AMM – wanneer er sprake is van gezamenlijke marktmacht van twee of meer partijen die feitelijk optreden als één blok, omdat de structuur van de markt dusdanig is dat het economisch rationeel is voor partijen om zich op deze wijze te gedragen.

In de beleidsregel geeft de NZa aan welke factoren een rol kunnen spelen bij de prioriteitstelling inzake het starten van AMM-onderzoek en hoe dit onderzoek kan worden gestructureerd. In het samenwerkingsprotocol tussen NZa en NMa is vastgelegd dat de NZa in beginsel het voortouw neemt als er sprake is van samenloop, i.e. een situatie waarin de uitoefening van bevoegdheden van de NZa met betrekking tot AMM en de uitoefening van bevoegdheden van de NMa met betrekking tot misbruik van EMP (kunnen) samenvallen of complementair (kunnen) zijn.

De NZa is bevoegd tot het opleggen van elf specifieke AMM-verplichtingen (art. 48 Wmg) die moeten voorkomen dat de ontwikkeling van daadwerkelijke concurrentie op Nederlandse zorgmarkten of een deel daarvan wordt belemmerd, voordat misbruik heeft plaatsgevonden (ex ante toezicht). Zoals aangegeven in de beleidsregel zal de NZa dergelijke verplichtingen alleen opleggen als op grond van onderzoek is vastgesteld dat het aannemelijk is dat er door AMM (potentiële) mededingingsproblemen ontstaan. In de toelichting op de beleidsregel is nader aangegeven welke verplichtingen bij welke (potentiële) mededingingsproblemen kunnen worden opgelegd.⁶³ De verplichtingen moeten proportioneel zijn, dat wil zeggen naar aard en inhoud passen bij de geconstateerde specifieke marktsituatie en de positie van de betrokken marktpartij daarin. In de toelichting op de beleidsregel heeft de NZa een hiërarchie van verplichtingen aangegeven, variërend van licht (transparantie-verplichtingen) tot zeer zwaar (tariefregulering).

60 Sauter 2007.

61 Deze uitzonderingsgrond is ook gememoreerd in de MvT van de Wmg (Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.20 (MvT)).

62 NZa 2008a.

63 De volgende potentiële mededingingsproblemen worden onderscheiden: excessieve prijzen, rooiprijzen, lage kwaliteit, discriminatie, koppelvekoop en andere vormen van uitsluiting.

Toepassing van het AMM-instrument in de praktijk

In hoeverre heeft de NZa gebruik gemaakt van het AMM-instrumentarium? Sinds het in werking treden van de Wmg tot mei 2009 heeft de NZa vijf besluiten inzake AMM genomen (zie Tabel 1.1 voor een overzicht).

Alle besluiten hebben betrekking op een klacht van een belanghebbende partij die zich benadeeld voelde door een vermeende AMM van een wederpartij. Op eigen initiatief (ambtshalve) heeft de NZa nog geen expliciet gebruik gemaakt van het AMM-instrument. Wel wordt volgens NZa-medewerkers op RvB niveau of in ieder geval beslissend niveau soms geprobeerd problemen via informeel overleg op te lossen, via zogenaamde “wenkbrauwgesprekken” met de betreffende marktpartijen.⁶⁴ Medewerkers van de NMa geven overigens aan niet op de hoogte te zijn van problemen die de NZa met een wenkbrauwgesprek heeft opgelost.⁶⁵ Met het oog op een zo goed mogelijke afstemming van het algemene mededingingstoezicht en het AMM-instrumentarium lijkt het nuttig om – voorzover toegepast – ook de informele aanpak van AMM in het onderlinge overleg tussen NZa en NMa te betrekken.

Tabel 1.1. AMM-besluiten NZa in de periode 2007-2008

| <i>datum</i> | <i>klagende partij(en)</i> | <i>AMM-partij</i> | <i>aard AMM-klacht</i> | <i>conclusie/besluit</i> |
|--------------|---------------------------------------|------------------------|---|--|
| 06-2007 | Diverse huisartsenlaboratoria | Ziekenhuis VieCuri | Misbruik verkoopmacht eerstelijnsdiagnostiek | Geen AMM |
| 07-2007 | Actiz namens alle kraamzorgaanbieders | Zorgverzekeraar Achmea | Misbruik inkoopmacht zorgveiling kraamzorg | AMM niet aannemelijk en/of problematisch |
| 12-2007 | Diverse apotheken | Zorgverzekeraar Menzis | Misbruik inkoopmacht incontinentiezorg | AMM niet aannemelijk en/of problematisch |
| 05-2008 | Thuiszorgorganisatie | Zorgkantoor Z&Z | Misbruik inkoopmacht door gebrekkige service en klachtenafhandeling | Aanwijzing gegeven op grond van niet doelmatige uitvoering AWBZ (art. 16 en art. 78 WMG) |
| 09-2008 | Thuiszorgorganisatie | Zorgkantoor Agis | Misbruik inkoopmacht door lagere prijzen te eisen bij hoog aandeel onderaanneming | Geen misbruik van AMM maar doelmatig, non-discriminatoir inkoopbeleid |

Uit het overzicht in Tabel 1.1 van de in 2007 en 2008 genomen AMM-besluiten, blijkt dat in geen van de gevallen AMM werd vastgesteld of door de NZa als problematisch werd beoordeeld. Dit betekent dat de NZa in 2007 en 2008 geen gebruik heeft gemaakt van haar bevoegdheden om AMM-verplichtingen op te leggen. Hierdoor is het niet mogelijk om de effectiviteit van de AMM-verplichtingen te toetsen.

⁶⁴ Interview met Nza (16 april 2009).

⁶⁵ Interview met NMa (24 maart 2009).

Wel geven de besluiten inzicht in de procedure en overwegingen die daaraan ten grondslag liggen. In dat opzicht roepen de besluiten de nodige vraagtekens op:

- In de eerste drie besluiten wordt de aanwezigheid van AMM niet systematisch onderzocht. Zo merkt Meijer⁶⁶ op dat de NZa in de Achmea-zaak nalaat om de in de beleidsregel zelf gepubliceerde criteria voor individuele AMM (waaronder het absolute en relatieve marktaandeel, de omvang en financieel vermogen van de marktpartij en de aanwezigheid van toetredingsdrempels) systematisch na te lopen. Ook indien niet als checklist bedoeld, zijn deze factoren volgens haar te wezenlijk voor het vaststellen van AMM om te negeren. Het besluit gaat evenwel op geen van deze criteria in, terwijl het enige concrete argument voor het ontbreken van AMM dat wordt aangevoerd (het feit dat Achmea met Actiz overleg heeft gevoerd dat heeft geleid tot (toezeggingen over) aanpassingen door Achmea in het door haar gehanteerde standaardcontract) niet aanstonds overtuigt.
- In geen van drie besluiten heeft de NZa het de relevante markt afgebakend. Hoewel markt-afbakening één van de onderzoeksstappen is om vast te kunnen stellen of er sprake is van een (potentiële) AMM-positie, was de NZa telkens van oordeel dat dit in de betreffende casus niet noodzakelijk was. In de beleidsregel AMM is aangegeven dat de NZa niet per definitie eerst de relevante markt hoeft af te bakenen om het bestaan van AMM uit te sluiten: indien de NZa vaststelt dat onafhankelijk gedrag niet mogelijk is, volstaat dit om te bepalen dat er geen sprake is van AMM. Vooral opmerkelijk is dat de NZa een afbakening van de relevante markt achterwege liet in de klacht inzake AMM van Menzis. De NZa constateert namelijk dat Menzis in de provincie Groningen over een marktaandeel beschikt dat groter is dan 55% maar laat vervolgens in het midden of de provincie de relevante geografische markt is. Een afbakening van de relevante markt acht de NZa niet nodig omdat zij het aannemelijk acht dat er sprake is van voldoende concurrentiedruk op de zorgverzekeringsmarkt (van gebruikers van incontinentiemateriaal). Gelet op het grote marktaandeel in de provincie Groningen is het vreemd dat de relevante markt niet nader wordt afgebakend. Immers, het uitgangspunt, zoals ook verwoord in de Memorie van Toelichting is *“ dat ondernemingen met een marktaandeel van vijfenvijftig procent of meer op de relevante markt geacht worden zich onafhankelijk van de markt te kunnen gedragen en dus aanmerkelijke marktmacht te hebben.”*⁶⁷ Op zijn minst zou een nadere afbakening van de markt voor de hand hebben gelegen.
- De NZa lijkt zich – conform de algemene mededingingspraktijk – soepeler op te stellen ten opzichte van aanmerkelijke inkoopmacht dan ten opzichte van aanmerkelijke verkoopmacht. De opstelling van de NZa ten opzichte van inkoopmacht lijkt echter wel heel erg lankmoedig. Zo wordt in beide besluiten inzake inkoopmacht van zorgverzekeraars (Achmea en Menzis) gesteld dat zelfs al zou er sprake zijn van inkoopmacht, dit door de NZa niet als een bezwaar wordt gezien zolang de voordelen die behaald worden maar worden doorgegeven aan de consument. Hoewel de NZa hiermee het consumentenbelang lijkt te dienen, hoeft dit op langere termijn niet het geval te zijn. Immers, wanneer een inkoper met monopsonistische marktmacht de prijs beneden

66 Meijer 2007.

67 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.19 (MvT).

het competitieve niveau weet te drukken, zal dit op langere termijn kunnen leiden tot een tekortschietend aanbod omdat tegen die prijs onvoldoende aanbieders bereid en/of in staat zijn om zorg te leveren. De inkoper kan in dat geval meer winst maken en deze op een concurrerende verzekeringsmarkt in de vorm van een lagere premie doorgeven aan de consument. Consumenten hebben dan weliswaar een prijsvoordeel, maar de vraag is of dit opweegt tegen een (lokale) verschraling van het aanbod.⁶⁸

- De twee meest recente besluiten hebben betrekking op zorgkantoren. Zorgkantoren fungeren als verbindingskantoor namens de AWBZ-verzekeraars als de enige (en dus monopsonistische) inkoper van AWBZ-zorg in hun regio. Er is bij zorgkantoren dus per definitie sprake van AMM. Opvallend is echter dat de NZa zich in geen van beide besluiten expliciet uitlaat over de vraag of zorgkantoren inderdaad beschikken over AMM. Volstaan wordt met de constatering dat de NZa op grond van de klachten geen aanleiding ziet om van haar bevoegdheden op grond van artikel 48 Wmg te gebruiken.

In een interview in het kader van deze evaluatie met medewerkers van Actiz werd aangegeven dat zorgaanbieders in de AWBZ erg veel last hebben van de constructie van het zorgkantoor als monopsonistische zorginkoper in de regio, waarbij aanbieders via aanbestedingsprocedures gedwongen worden zich te conformeren aan eenzijdig geformuleerde contractuele voorwaarden.⁶⁹ De Actiz-medewerkers vinden dat bij de uitwerking van AMM het accent te sterk ligt op verkoopmacht en inkoopmacht ten onrechte van ondergeschikt belang wordt geacht. Volgens hen richt de NZa zich in de AWBZ niet op het creëren van een gelijk speelveld, terwijl dat van een marktmeester wel verwacht zou mogen worden. Daartegenover staat echter dat de NZa wel een *generieke* maatregel heeft genomen om de inzichtelijkheid van het contracteerbeleid van zorgkantoren te bevorderen (zie onder).

Tenslotte is het de vraag of de huidige *reikwijdte* van het AMM-instrumentarium voldoende is om markten op gang te brengen. Zo kan het bestaan van toetredingsbarrières een belangrijk belemmering vormen voor het goed functioneren van markten (zie paragraaf 2.2). In de deelmarkten voor medisch specialistische zorgverlening is de toetreding tot de opleiding tot medisch specialist voor een belangrijk deel in handen van de beroepsgroep en de universitair medische centra (UMC's). Dergelijke opleidingen vallen echter buiten de reikwijdte van de Wmg. Met het oog op het gang brengen van de door het ministerie beoogde kwaliteitsconcurrentie tussen opleidingsziekenhuizen en het kunnen tegengaan van toetredingsbelemmeringen pleiten Varkevisser et al.⁷⁰ ervoor om de zorgopleidingen via een AMvB onder de reikwijdte van de Wmg (en dus toepassing van het AMM-instrumentarium) te brengen. Op grond van artikel 2.1 van Wmg kunnen werkzaamheden die geheel of gedeeltelijk ten behoeve van de gezondheidszorg worden verricht, worden aangewezen als zorg in de zin van deze wet. Het lijkt evident dat het opleiden van zorgverleners tot dergelijke werkzaamheden kunnen worden gerekend.

68 Herndon 2002.

69 Interview Actiz (26 januari 2009).

70 Varkevisser et al. 2009.

Toepassing van generieke concurrentiebevorderende maatregelen

In tegenstelling tot aan het AMM-instrumentarium, ligt aan de toepassing van generieke verplichtingen geen beleidsregel ten grondslag (dit is ook niet vereist in de Wmg). Wel heeft de NZa aangekondigd dat naar verwachting medio 2009 een visiedocument zal worden gepubliceerd “waarin nadere duidelijkheid zal worden verschaft over artikel 45 Wmg”.⁷¹ Van de mogelijkheid om via generieke verplichtingen zorgmarkten beter te laten functioneren is tot op heden eenmaal gebruik gemaakt. Eind 2007 heeft de NZa op grond van artikel 45 Wmg de “Regeling transparantie contracteerproces AWBZ” vastgesteld teneinde de transparantie van het contracteerproces tussen zorgkantoren en zorgaanbieders te bevorderen.⁷² De regeling verplicht zorgkantoren om aan zorgaanbieders voorafgaand aan de contractonderhandelingen bekend te maken volgens welke modellen zij aan zorgaanbieders overeenkomsten aanbieden. Met die kennis ontstaat er volgens de NZa een beter evenwicht in de onderhandelingspositie van zorgaanbieders. Voorts verplicht de regeling zorgkantoren om gecontracteerde zorgaanbieders te informeren over de som van de met zorgaanbieders gecontracteerde budgetten. Met die kennis kunnen zorgaanbieders berekenen of er sprake zal zijn van een korting op het voor hen geldende tarief wegens overschrijding van de regionale contracteerruimte. Met beide verplichtingen beoogt de NZa het goed functioneren van de zorginkoopmarkt te bevorderen.

Evenals bij het AMM-instrumentarium is het vanwege het geringe gebruik van generieke verplichtingen niet mogelijk om te toetsen of via het opleggen van generieke verplichtingen concurrentie effectief op gang kan worden gebracht.

2.6 Welke knelpunten doen zich bij de toepassing van de nieuwe instrumenten?

Zowel het AMM-instrument als de generieke instrumenten om concurrentie op gang te brengen zijn sinds de invoering van de Wmg nog nauwelijks (formeel) toegepast. Mogelijke verklaring hiervoor is de vooralsnog beperkte speelruimte voor concurrentie op veel deelmarkten in de zorg (zowel care als cure). Voorts gaat het om ingrijpende verplichtingen die een zorgvuldige voorbereiding vereisen, waardoor in de relatief korte periode na invoering van de Wmg nog geen veelvuldig gebruik van het AMM-instrument te verwachten was.

Voor de effectiviteit van het instrumentarium is het echter wel van belang dat de toepassing daarvan zo slagvaardig mogelijk is. Uit de interviews met de verschillende marktpartijen komt naar voren dat deze de inzet van instrumentarium vooralsnog niet als een geloofwaardige dreiging ervaren. Dit kan er op wijzen dat in de zorgsector geen partijen met een (problematische) machtspositie zijn en geen deelmarkten zijn waar er structurele belemmeringen zijn voor het op gang komen van concurrentie. Gelet op de hoge marktconcentratie in bijvoorbeeld de ziekenhuissector en de GGZ en gelet op de grote regionale inkoopmacht van zorgkantoren en sommige zorgverzekeraars, is het de vraag of dit optimisme gerechtvaardigd is. In de interviews geven veldpartijen aan dat de NZa ten aanzien van AMM vooralsnog een passieve, afwachende houding inneemt. Overigens geven de veldpartijen aan

71 Brief van de voorzitter van de RVB (a.i.) van de NZa aan de KNGF, kenmerk 302084, 29 mei 2009.

72 Regeling CA/NR-100.078.

ook zelf niet snel naar de NZa te lopen als zij tegen eenzijdige machtsposities aanlopen. De verwachtingen dat dit op korte termijn iets oplevert, zijn laag. De NZa zelf geeft aan dat de bewijslast bij AMM juridisch gecompliceerd is, waardoor een slagvaardig gebruik van dit instrument erg lastig is. Snoep et al.⁷³ wijzen er bijvoorbeeld op dat bij de fusie van de Zeeuwse ziekenhuizen⁷⁴ tariefregulering op basis van het AMM-instrument meer voor de hand had gelegen dan de ingewikkelde gedragsremedie in de vorm van een prijsplafond: “Maar er is kennelijk onvoldoende vertrouwen in de effectiviteit van het Wmg-instrumentarium”.^{75, 76}

Door de NZa wordt erop gewezen dat een slagvaardige toepassing van het AMM-instrumentarium erg lastig is vanwege de strenge rechterlijke toets aan zowel de jurisprudentie met betrekking tot AMM in de telecomsector als aan de beschikkingenpraktijk van het algemene mededingingsrecht. In het verlengde hiervan is een belangrijk knelpunt dat de vaststelling van AMM moet worden gebaseerd op een op grond van de beginselen van het algemeen mededingingsrecht afgebakende markt (art 48, lid 1 Wmg). Een probleem daarbij is namelijk dat in het algemeen mededingingsrecht een adequate en juridisch onomstreden methode om in de gezondheidszorg markten af te bakenen vooralsnog ontbreekt.⁷⁷ Janssen et al.⁷⁸ stellen dat er weliswaar verschillende methoden zijn ontwikkeld om geografische zorgmarkten beter af te bakenen dan de gangbare methoden, maar dat uit een advies aan de NZa blijkt dat deze methoden nog kwetsbaar zijn en ook hun eigen beperkingen kennen.⁷⁹ Wel lijken de nieuw ontwikkelde methoden tot een betere marktafbakening te leiden dan de omstreden traditionele methoden⁸⁰, maar de nieuwe methoden zijn nog nergens in praktijk toegepast en juridisch getoetst. Het vooralsnog ontbreken van een onomstreden methode van marktafbakening vormt derhalve een serieus knelpunt inzake de toepasbaarheid van het AMM-instrumentarium.

73 Snoep et al. 2009.

74 Zaak 6424/427 *Ziekenhuis Walcheren – Oosterscheldeziekenhuizen*, besluit RvB NMa van 25 maart 2009.

75 Snoep et al. 2009, p.70.

76 Het is echter de vraag of dit de reden is om te kiezen voor een gedragremedie. De NZa was namelijk voorstander van structurele remedies – zoals het afstoten van bepaalde specialismen en zelfstandige behandelcentra – in plaats van een gedragsremedie (NZa 2009a). Structurele remedies maken echter geen deel uit van het huidige arsenaal aan AMM-verplichtingen (Canoy en Sauter 2009). De NMa achtte het opleggen van structurele remedies echter om verschillende redenen onwenselijk.

77 Varkevisser et al. 2008.

78 Janssen et al. 2009.

79 In het artikel wordt gerefereerd aan het volgende – vooralsnog niet openbare – adviesrapport: Knibbeler, W., P.J. Kreijger, Th. Van Dijk en J. Rosenstok, *Geografische marktafbakening van ziekenhuismarkten*, Advies ten behoeve van de Nederlandse Zorgautoriteit, 2008.

80 Varkevisser et al. 2008; Halbersma et al. 2009.

2.7 Conclusies inzake de effectiviteit en tekortkomingen van de nieuwe wettelijke instrumenten en suggesties voor verbeteringen

Instrumenten

De Wmg bevat twee belangrijke, nieuwe, instrumenten die moeten bijdragen aan het op gang brengen van concurrentie in markten waar speelruimte voor concurrentie is gecreëerd. Het eerste instrument betreft de bevoegdheid van de NZa om specifieke verplichtingen aan zorgaanbieders of verzekeraars op te leggen die op een deelmarkt beschikken over *Aanmerkelijke Marktmacht (AMM)*. Het tweede instrument betreft de bevoegdheid van de NZa om *generieke verplichtingen* aan alle zorgaanbieders en/of ziektekostenverzekeraars in een deelmarkt op te leggen om algemene, structurele belemmeringen voor effectieve concurrentie weg te nemen.

Naast deze nieuwe instrumenten kunnen ook oude instrumenten (afkomstig uit de WTG) worden ingezet om markten op gang te brengen. Zo biedt de Wmg de mogelijkheid om via het *reguleren van product- en prestatieomschrijvingen* de eenduidigheid over de precieze producten en diensten te vergroten, waardoor betere prijsvergelijkingen kunnen worden gemaakt. Voorts heeft de NZa een belangrijke adviesfunctie richting het ministerie van VWS als het gaat om de beslissing op welke deelmarkten (meer) ruimte voor concurrentie kan worden gecreëerd. Tenslotte vervult de NZa een belangrijke rol bij het volgen van de ontwikkelingen op deelmarkten waar concurrentie is toegestaan. Beide taken komen naar verwachting uitgebreid aan de orde in de separate evaluatie van de NZa. In het kader van deze evaluatie hebben wij ons beperkt tot een analyse van het nieuwe instrumentarium.

Effecten

Van het nieuwe instrumentarium om markten op gang te brengen en te houden is nog nauwelijks gebruik gemaakt. De korte tijdspanne tussen de invoering van de Wmg en deze evaluatie en de vereiste zorgvuldigheid bij de inzet van het instrumentarium, maken dat van de effectiviteit op korte termijn geen grote verwachtingen gekoesterd mochten worden. Aangezien de AMM-verplichtingen nog niet en de generieke verplichtingen slechts één enkele keer zijn opgelegd, valt over het effect van de toepassing van deze verplichtingen op het op gang brengen van concurrentie vooralsnog niets te zeggen. Behalve een concrete toepassing van verplichtingen kan ook de dreiging daarmee disciplinerend werken, maar of dit zo is, valt evenmin goed te stellen. Zo is niet duidelijk hoe vaak de mogelijke inzet van het AMM-instrumentarium in informeel overleg aan de orde is geweest en of dit tot de gewenste gedragsreacties heeft geleid. In de interviews met marktpartijen is ons niet gebleken dat het opleggen van AMM-verplichtingen door hen als serieuze dreiging wordt ervaren, maar deze interviews geven natuurlijk geen volledig beeld.

Onze analyse heeft echter wel een aantal serieuze knelpunten aan het licht gebracht met betrekking tot de wettelijke consistentie, de slagvaardigheid en effectiviteit van het nieuwe instrumentarium.

Knelpunten

- 1 Toepassing van het instrumentarium om efficiënt werkende markten op gang te brengen en te houden staat op gespannen voet met de (mogelijke) toepassing van Wmg-instrumenten om op

die deelmarkten macrokostenbeheersing af te dwingen. Zo kunnen prijsinterventies die uitsluitend zijn ingegeven uit macrobudgettaire overwegingen in markten waar prijzen zijn vrijgegeven het op gang brengen van concurrentie verstoren. Immers, de kans is groot dat marktpartijen investeringen in verbetering van de kwaliteit en efficiëntie achterwege zullen laten als zij onvoldoende reguleringszekerheid hebben dat zij deze investeringen kunnen terugverdienen. Wanneer tot prijsinterventie wordt besloten als markten echt niet goed blijken te werken is daar natuurlijk niets mis mee. Maar marktpartijen moeten dan wel een reële kans hebben gehad om aan te tonen dat de markt goed kan werken. Markten kunnen niet op gang komen als er geen voldoende zekerheid is dat de onderhandelingsvrijheid die is geïntroduceerd niet bij de eerste de beste budgettaire tegenwind weer wordt teruggedraaid. De inzet van Wmg-instrumenten ter begrenzing van de macrokosten kan het op gang komen van effectieve concurrentie derhalve belemmeren en dus inconsistent zijn met de inzet van andere Wmg-instrumenten om effectieve concurrentie te bevorderen.

- 2 Het instrumentarium voor het vaststellen van en optreden naar aanleiding van Aanmerkelijke Markt macht (AMM) kent een viertal knelpunten;
 - Het feit dat in de Wmg het oordeel over kwaliteit exclusief is voorbehouden aan de IGZ, kan een belemmering vormen voor een consistente beoordeling van de effecten van AMM op zowel prijs als kwaliteit. Bovendien is het AMM-instrumentarium onevenwichtig omdat de NZa wel kan ingrijpen als AMM naar verwachting leidt tot een hogere prijs, maar niet – of hooguit indirect via het opleggen van transparantieplichtingen – als dit leidt tot een lagere kwaliteit.
 - De vaststelling van AMM moet worden gebaseerd op een op grond van de beginselen van het algemeen mededingingsrecht afgebakende markt. Een probleem daarbij is dat in het algemeen mededingingsrecht een adequate en juridisch onomstreden methode om in de gezondheidszorg markten af te bakenen vooralsnog ontbreekt. Dit vormt een majeure belemmering voor het kunnen vaststellen van AMM.
 - Inzicht in de toepassing en effectiviteit van het *informele* gebruik van het AMM-instrumentarium ontbreekt.
- 3 De huidige reikwijdte van de Wmg is niet voldoende om misbruik van aanmerkelijke marktmacht bij de verdeling van opleidingsplaatsen voor medisch specialisten te voorkomen, teneinde de door het ministerie van VWS beoogde kwaliteitsconcurrentie om opleidingsplaatsen op gang te brengen.

Oplossingsrichtingen

Voor het aanpakken van de genoemde knelpunten zijn de volgende oplossingsrichtingen denkbaar:

- 1 Met betrekking tot het spanningsveld tussen macrokostenbeheersing en marktontwikkeling:
 - Teneinde op deelmarkten waar vrije prijsvorming is geïntroduceerd concurrentie op gang te laten komen, valt te overwegen om de reguleringszekerheid te bieden dat niet wordt

ingegrepen in de prijszetting, tenzij blijkt dat effectieve concurrentie binnen een bepaalde, vooraf gedefinieerde, periode (bijvoorbeeld 3 jaar) niet tot stand is gekomen, ondanks de eventuele toepassing van het beschikbare AMM-instrumentarium en/of generieke verplichtingen.

- Te overwegen valt om – in lijn met de bovengenoemde oplossingsrichting – de betreffende deelmarkten buiten het BKZ te plaatsen.

2 Met betrekking tot de effectiviteit van het AMM-instrumentarium:

- Te overwegen valt om de NZa de bevoegdheid te geven om zelfstandig op basis van een advies van de IGZ de effecten van AMM op de prijs/kwaliteitverhouding te beoordelen en de mogelijkheid te geven om verplichtingen op te leggen teneinde het risico op kwaliteitreductie tegen te gaan.
- Aangezien de toetsing aan het algemeen mededingingsrecht een slagvaardige inzet van het AMM-instrumentarium sterk kan bemoeilijken, valt te overwegen om een afwijkend toetsingskader voor de zorg te ontwikkelen en de Wmg dienovereenkomstig aan te passen. Een dergelijk zorgspecifiek toetsingskader wordt relevant als op grond van praktijkcasussen de effectiviteit van het AMM-instrumentarium beperkt blijkt te zijn. Voorts moet een dergelijk toetsingskader inpasbaar zijn in het Europees recht (zoals art.3 Verordening 1/2003).
- Teneinde de juridische onzekerheid over de te volgen methode van marktafbakening te verkleinen zou de NZa – in samenspraak met de NMa – zo spoedig mogelijk richtlijnen moeten opstellen en publiceren over de precieze wijze waarop in voorkomende gevallen geografische zorgmarkten zullen worden afgebakend. Deze richtlijnen zouden in ieder geval helderheid moeten verschaffen over de opeenvolgende stappen die doorlopen zullen worden en de methode van marktafbakening. Met inachtneming van de specifieke kenmerken van zorgmarkten, zouden de richtlijnen zoveel mogelijk moeten aansluiten bij de beschikkingen-praktijk van het algemene mededingingsrecht (tenzij gekozen wordt voor een zorgspecifiek toetsingskader, zie boven).
- Teneinde de effectiviteit van het AMM-instrumentarium beter te kunnen beoordelen valt aan te bevelen om te onderzoeken in hoeverre het informele beleid jegens marktpartijen met een vermeende AMM-positie effectief is. Een dergelijk onderzoek zou kunnen bestaan uit een inventarisatie van de acties die door de NZa zijn ondernomen en de gedragsreacties waartoe deze acties hebben geleid.

3 Met betrekking tot de reikwijdte van de Wmg:

Teneinde in te kunnen grijpen bij aanmerkelijke marktmacht bij de verdeling van opleidingsplaatsen voor medisch specialisten valt te overwegen om zorgopleidingen op grond van artikel 2 Wmg via een AMvB onder de reikwijdte van de Wmg te brengen.

3

Kostenbeheersing

Mr. dr H.E.G.M. Hermans, IBMG
Prof. dr. ir. R.D. Friele, NIVEL

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op één van de doelstellingen van de Wmg, namelijk dat de Wmg bevordert dat waar dat moet de overheid tarieven en prestaties kan reguleren. Centraal daarbij staat het publieke belang om te komen tot een beheerste kostenontwikkeling in zowel de gereguleerde markten als in de geliberaliseerde markten⁸¹. Daartoe worden de instrumenten voor kostenbeheersing in de Wmg besproken en de wijze waarop zij al dan niet hebben bijgedragen aan het realiseren van de kostenbeheersing. Dit hoofdstuk heeft een inhoudelijke relatie tot hoofdstuk 2 dat gaat over het maken van markten.

In dit hoofdstuk wordt allereerst nader ingegaan op de doelstelling rond kostenbeheersing en vervolgens op de instrumenten van de Wmg die betrekking hebben op het bereiken van kostenbeheersing. Vervolgens op de verhouding tot de Europese regelgeving en de consistentie ten opzichte van overige wetgeving, met name de AWBZ en de Zvw. Het hoofdstuk sluit af met de invoering van de instrumenten in de praktijk, mede op basis van drie casus, en conclusies.

3.1 De doelen in de Wmg met betrekking tot het bereiken van kostenbeheersing.

3.1.1 Kostenbeheersing in de Wmg

In de considerans van de voorloper van de Wmg, de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) wordt kostenbeheersing als doelstelling als volgt geformuleerd: “dat het wenselijk is regelen te stellen ter bevordering van een evenwichtig stelsel van tarieven op het gebied van de gezondheidszorg mede met het oog op de beheersing van de kostenontwikkeling daarvan”.

In de periode waarin de Wmg werd voorbereid riep de aanzienlijke stijging van de zorguitgaven als zodanig vragen op over de houdbaarheid van het stelsel op langere termijn.⁸² In de jaren 2001 en 2002, bijvoorbeeld, was het zorgvolume met ruim 14 procent gestegen terwijl de reële economische

81 Regels inzake marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg, Wet marktordening gezondheidszorg, Wet van 7 juli 2006, Stb. 2006, 415.

82 Kamerstukken II 2004–2005, 30 186, nr.3, p.7 (MvT).

groei in die periode 1,5 procent bedroeg. Het werd dan ook van groot belang geoordeeld de collectieve lastendruk voor verzekerden in de hand te houden. In de considerans van de Wmg is kostenbeheersing ook als één van de doelen van de wet geformuleerd, maar nu nadrukkelijk in het perspectief van de ontwikkeling en ordening van markten: “dat het wenselijk is regels te stellen inzake de ontwikkeling en ordening van markten op het gebied van de gezondheidszorg en het toezicht daarop, mede met het oog op een doelmatig en doeltreffend stelsel van de zorg en de beheersing van de kostenontwikkeling van de zorg”.

Voor de Wmg is het Budgettair Kader Zorg (BKZ) nog steeds van groot belang.⁸³ Sinds 1994 bepaalt het BKZ de ruimte die beschikbaar is voor de collectieve financiering van zorguitgaven⁸⁴. Het gewenste uitgavenniveau⁸⁵ wordt door een veelheid van factoren bepaald: de hoogte van de premies, de koopkracht, de inkomensontwikkelingen, het financieringstekort en soms ook door beleidsmatige overwegingen met betrekking tot de inhoud van de zorg (bijvoorbeeld de verschuiving naar de eerste lijn)⁸⁶.

Het beheersen van de kosten van de gezondheidszorg is één van de publieke belangen die gediend moeten worden met het nieuwe zorgstelsel. Centraal staat het streven naar een beheersing van de collectieve zorguitgaven met het oog op het behoud van de financiële toegankelijkheid van noodzakelijke zorg op lange termijn. Dit doel draagt op zijn beurt weer bij aan de concurrentiepositie van de Nederlandse economie, doordat de zorgkosten beheerst blijven. Binnen de Europese Unie zijn het EMU (Economische en Monetaire Unie) -saldo en de EMU-schuld de belangrijkste indicatoren voor de gezondheid van de overheidsfinanciën.⁸⁷ De EMU-norm van 3% is daarbij tot voor kort steeds bepalend geweest. In de (EMU) is een overheidstekort van meer dan drie procent van het BBP (EMU-tekortnorm) in feite niet toegestaan. Op basis van het Stabiliteitspact⁸⁸ kan door de Europese Unie (EU) worden ingegrepen bij een dreigende overschrijding van die EMU- tekortnorm. Een verslechterde economische situatie heeft gevolgen voor de overheidsfinanciën, onder andere door lagere belastinginkomsten en de stijging van (met name) de werkloosheidsuitgaven. Daardoor zou een EMU-tekort snel kunnen stijgen.⁸⁹ Ook een overschrijding van het BKZ kan bijdragen aan een toenemend EMU-tekort. In de praktijk blijkt het uitgavenkader voor de zorg nauwelijks te beheersen te zijn⁹⁰

83 Het BKZ werd in 1992 ingevoerd door de Wet beperking contracteerplicht en invoering van maximumtarieven, Wet van 20 november 1991, Stb. 1991, 584.

84 Zie Kam de 2009, p.72.

85 De bruto-BKZ-uitgaven zijn fr totale uitgaven die worden gefinancierd via opbrengsten uit premieheffing (AWBZ, Zvw), rijksbijdragen, eigen betalingen van patiënten en overige ontvangsten. Bijlage 11, Financieel Beeld Zorg 2008, p.126.

86 R.L.J.M. Scheerder 1997, p. B.14-1-1 / B.14-8-2.

87 CBS, EMU-saldo en -schuld, www.cbs.nl.

88 Het stabiliteitspact is een overeenkomst tussen de landen die deelnemen aan de Economische en Monetaire Unie (EMU), waarin afspraken zijn gemaakt over het beperken van onderlinge verschillen in economische ontwikkeling; EG Verordening 1467/97.

89 Werkgroep Gerritse 2009.

90 de Kam de 2009, p.73.

De uitgaven die vallen binnen het BKZ kunnen neerwaarts worden bijgesteld door verschillende typen maatregelen. Daarbij gaat het om⁹¹:

- 1 regulering van prijzen, capaciteit en volume;
- 2 algemene of specifieke budgetplafonds, en
- 3 verschuivingen naar eigen verantwoordelijkheid (uitdunning verstrekkingenpakket of verhoging eigen betalingen)

Voor elk van deze maatregelen geldt volgens de ambtelijke werkgroep Gerritse, die de regering adviseerde over de te treffen maatregelen als gevolg van de verslechterde economische situatie, dat zij een lange implementatietermijn hebben, de werkgroep Gerritse heeft het over een termijn van minimaal 1 jaar.⁹² Bovendien staat de haalbaarheid niet zonder meer voor alle maatregelen vast. Beheersing van de zorguitgaven is lastig omdat burgers in Nederland een goede gezondheid zeer op prijs stellen en zij zonder financiële drempels van betekenis toegang tot zorgvoorzieningen hebben. Dat maakt het voor politici lastig om effectieve maatregelen te nemen om de collectief gefinancierde (netto)zorguitgaven in de grenzen van het BKZ te houden.⁹³ Verder merkt de werkgroep Gerritse op, dat voor voorstellen in de curatieve zorg geldt dat de opbrengst voor het Budgettair Kader Zorg niet gelijk is aan het effect op het EMU-saldo, doordat de zorgpremies meedalen met een verkleining van het basispakket respectievelijk verhoging van het eigen risico.⁹⁴

Tussen de verschillende publieke belangen bestaat een inherente spanning.⁹⁵ Zo kunnen kwaliteits-eisen de prijs opdrijven, zodat de betaalbaarheid onder druk komt te staan. In een aanbods-gereguleerd systeem manifesteert die spanning zich als volgt. De uitgaven aan gezondheidszorg worden begrensd door de omvang van de aanwezige voorzieningen (of verrichtingen) en de prijs van elk van die voorzieningen te beperken. Die totale vanuit het aanbod bepaalde kosten waren vervolgens maatgevend voor de aanspraken, de premies en andere bijdragen, zoals weergegeven in de formule: voorzieningen x prijs = kosten.⁹⁶ De ZFW en de AWBZ stelden zorgaanspraken en -verstrekkingen betaalbaar door het verzekeren en het financieren van de zorg die in natura werd verleend. Eén van de nadelige effecten van het begrenzen van de omvang van voorzieningen of verrichtingen is het ontstaan van wachtlijsten. Wachtlijsten als gevolg van het aanbodgereguleerde stelsel stonden echter op gespannen voet met zorgaanspraken op grond van de ZFW en de AWBZ. Mede door rechterlijke uitspraken is het oorspronkelijk als gesloten bedoelde aanbodgereguleerde systeem opengebroken.⁹⁷

91 Kamerstukken II 2003–2004, 29 200, hoofdstuk XVI, nr.2, p.301-302 (Financieel Beeld Zorg, Rijksbegroting 2004).

92 Werkgroep Gerritse 2009, p.27.

93 Zie Kam de 2009, p.74.

94 Er is wel een EMU-saldo effect via de zorgtoeslag, maar dat is kleiner dan het (directe) kader effect..

95 Zie ook de evaluatie van de Zvw-Wzt, hoofdstuk 2.

96 Zie Hubben en van Zenderen 2002, p.17.

97 Zie hiervoor onder meer: Pres. Rechtbank 's-Gravenhage 18 december 1998, TvGR, 1999/17; Hof 's-Gravenhage, 23 december 1999, TvGR 2000/27; Pres, Rechtbank Utrecht, 29 oktober 1999, TvGR 2000/28.

Een stelsel waar de vraag centraal staat heeft natuurlijk als eerste doelstelling om zo goed mogelijk bij deze vraag aan te sluiten. Maar ook in een vraag gereguleerd stelsel blijft beheersing van de kosten een publiek belang. Ook in een vraaggestuurd systeem bestaat spanning tussen aanspraken van verzekerden op zorg en kostenbeheersing. Die spanning is in verschillende rechterlijke procedures aan de orde gekomen. Kenmerkend hiervoor is de uitspraak van de voorzieningenrechter van de rechtbank 's-Gravenhage, van 13 november 2007.⁹⁸ De kern van het geschil werd gevormd door de vraag of het stelsel van kostenbeheersing (met de contracteerruimten en de daarmee verbonden budgettaire plafonds) waarop de aanwijzing van de minister en de beleidsregel van de NZa waren gebaseerd, onrechtmatig was, doordat de zorgaanspraken van AWBZ-verzekerden daardoor werden beperkt of beknot. Volgens de rechter hebben de Staat en de NZa “de vrijheid, en binnen de voor hen geldende kaders de plicht, om de kosten van de gezondheidszorg te beteugelen”. “Kostenbeheersing is een publieke, in de wetgeving verankerde taak. In de keuze van de (bestuurlijke en juridische) middelen zijn de betrokken overheidsorganen in hoge mate vrij”.

Marktprikkels kunnen een bijdrage leveren aan de beheersing van kosten, bijvoorbeeld doordat zorgaanbieders efficiënter gaan werken, waardoor de prijs van de geleverde zorg omlaag kan. Maar marktprikkels kunnen er ook toe leiden dat het volume van deze geleverde zorg juist stijgt, waardoor de totale uitgaven juist stijgen, zoals ook al in hoofdstuk 2 is besproken. Daarbij speelt ook nog het bijzondere karakter van de gezondheidszorg.⁹⁹ Omdat consumenten hun kosten op de ziektekostenverzekeringen kunnen afwentelen, zou de prijs geen middel zijn waarmee de consument zijn preferenties in voldoende mate tot uitdrukking brengt. Daarnaast kan de patiënt zijn behoefte aan zorg en de aard en kwaliteit daarvan maar deels zelfstandig beoordelen.¹⁰⁰

Daarom zijn er naast marktprikkels ook andere mechanismen nodig om kostenbeheersing mogelijk te maken. In een systeem waarin de vraag centraal staat is kostenbeheersing mogelijk door beïnvloeding van de vraag. Dit kan onder andere door beperkingen te stellen aan de omvang van het verzekerde pakket (het wettelijke basispakket), de invoering van eigen betalingen (eigen bijdragen van zorggebruikers of eigen risico's voor verzekerden).¹⁰¹

Samengevat kan worden gesteld dat het publieke belang van beheersing van kosten ook in de considerans van de Wmg terugkomt in het streven naar een beheerste kostenontwikkeling. Het belang van deze kostenbeheersing ligt breder dan de gezondheidszorg en is uiteindelijk te herleiden tot een nationaal economisch belang. Dit belang wordt ook door de rechter erkend, waarbij de overheid en overheidsorganen een hoge mate van vrijheid hebben om deze taak in te vullen. Kostenbeheersing komt niet vanzelf en marktprikkels kunnen weliswaar bijdragen aan efficiëntie, maar ook aanleiding zijn voor bijvoorbeeld volumestijgingen. De overheid heeft diverse mogelijkheden ter beschikking om de kostenontwikkeling te beïnvloeden, zoals het stellen van grenzen aan de omvang van het pakket, de invoering van eigen betalingen of tariefmaatregelen.

98 Voorzieningenrechter van de rechtbank 's-Gravenhage, van 13 november 2007, LJN: BB7623, 295485 / KG 07/1152

99 Commissie prijsvorming in de zorgsector 1992, p. 99.

100 Gezondheidsraad 1986, p. 136-138.

101 Kamerstukken II 2000-2001, 27 855, nr.2, p. 9.

3.2 Welke instrumenten bevat de wet om kostenbeheersing te bewerkstelligen?

In deze paragraaf zullen wij ons in het bijzonder richten op het specifieke Wmg-instrumentarium dat vanuit het oogpunt van het realiseren van kostenbeheersing van belang is.

3.2.1 Aanwijzing Minister

De minister kan de NZa onder andere algemene aanwijzingen geven omtrent door de NZa te stellen beleidsregels inzake de tarieven (prijzen) en prestaties (art. 7 Wmg). Voor het wijzigen van een aantal beleidsregels, onder meer waarbij de tariefstructuur wordt gewijzigd, is voorafgaand een aanwijzing van de Minister van VWS noodzakelijk (art. 59 Wmg).

Volgens de Wmg bepaalt de minister van VWS het beleid.¹⁰² De minister kan de NZa een aanwijzing geven om bijvoorbeeld maximum-, bandbreedte- of minimumtarieven vast te stellen of een experiment met vrije tarieven uit te werken. De zorgautoriteit kan hiertoe suggesties doen aan de minister, bijvoorbeeld op grond van haar marktonderzoek. Een aanwijzing kan voor een bepaalde periode gelden. Zo'n overgangperiode kan alle partijen, inclusief de minister en de zorgautoriteit, de ruimte bieden om zich op de nieuwe situatie voor te bereiden. Zij kunnen waar nodig vooraf passende maatregelen treffen dan wel (bij een experiment) relevante ervaring opdoen voor het besluit of en zo ja, hoe op een deelmarkt vrije tarieven kunnen worden ingevoerd.

De minister heeft ook belangrijke bevoegdheden om de uitvoering van de taken door de NZa te beïnvloeden. Van groot belang daarbij is artikel 7 Wmg. Volgens dat artikel kan de minister de NZa een algemene aanwijzing geven met betrekking tot:

- 1 de werkwijze en de uitoefening van de taken,
- 2 de onderwerpen waaromtrent zij ingevolge de wet regels heeft vastgesteld of kan vaststellen en
- 3 de onderwerpen waaromtrent zij ingevolge de wet beleidsregels heeft vastgesteld of kan vaststellen.

3.2.2 Verbodsbepalingen bij vastgestelde tarieven en prestaties

Krachtens de Wmg kan de NZa de tarieven en prestaties reguleren op het gebied van de gezondheidszorg. Artikel 35 Wmg verbiedt een zorgaanbieder een tarief in rekening te brengen, waarvoor geen prestatiebeschrijving is vastgesteld (op grond van art. 56 Wmg), dat niet overeenkomt met een door de NZa vastgesteld tarief voor de betrokken prestatie, respectievelijk niet binnen de tariefruimte ligt of anders dan op de wijze overeenkomstig de Wmg is vastgesteld (art. 35, lid 1 Wmg).

¹⁰² Kamerstukken II 2004-2005, 25 268, nr.29.

3.2.3 *Beleidsregels*

De zorgautoriteit heeft de bevoegdheid om tarieven en de te hanteren prestatiebeschrijvingen vast te stellen (art. 57 Wmg). Het kan gaan om vaste tarieven, minimumtarieven en/of maximumtarieven, of een combinatie daarvan, bandbreedtetarieven of vrijgestelde. Tenslotte kunnen beleidsregels inhouden onder welke voorwaarden of met inachtneming van welke voorschriften en beperkingen voor in die regel te onderscheiden delen van een prestatie of geheel van prestaties daarbij nader aangegeven beleidsregels van toepassing zijn (art. 57, lid 6 Wmg). Deze indirecte omschrijving ziet erop dat bijvoorbeeld voor een geheel van prestaties een beleidsregel geldt waarbij de individuele prestaties vrij onderhandelbare tarieven kennen, doch het geheel van prestaties (bijvoorbeeld van een ziekenhuis in jaar t) aan restricties kan worden onderworpen, zoals een prijsplafond.¹⁰³ Laatstgenoemd artikellid vervangt het oude artikel 11, lid 2, Wet tarieven gezondheidszorg (het ‘macro-budget-artikel’).

3.2.4 *Tariefmaatregel macrobudget*

Het feit dat de macrobudgetbepaling van artikel 11, lid 2 WTG (oud) met de WTG ExPres uit de WTG is verdwenen, doet aan de mogelijkheid om tariefmaatregelen te baseren op macrobudgettaire overwegingen niet af.¹⁰⁴ Hoewel inmiddels de beheersing van het zorgaanbod via de regulering en planning van de zorgcapaciteit grotendeels is verlaten, zijn voor een belangrijk deel wel de instrumenten gehandhaafd die de overheid de mogelijkheid blijven geven om te trachten onder meer de prijzen, tarieven en arbeidsvoorwaarden binnen de perken te houden. Dat geldt ook voor de mogelijkheid om tariefmaatregelen te baseren op macrobudgettaire overwegingen. Dat heeft te maken met het feit dat, zoals hiervoor werd vermeld, de minister op grond van artikel 7 Wmg, de NZa een aanwijzing kan geven voor het opstellen van een beleidsregel die tot een sectorale korting kan leiden. Zoals hierna nog zal blijken (zie 3.5) is dat in de praktijk ook door de minister geëffectueerd. Uit een oogpunt van beheersing van de collectieve lasten kunnen dan ook “ingrepen in de macrokostenontwikkeling nodig zijn”¹⁰⁵. De minister kan bepalen of, en zo ja, in welke sector en in welke mate een ingreep nodig is. Dat vloeit voort uit zijn politieke verantwoordelijkheid. De NZa is verantwoordelijk voor de precieze wijze waarop een dergelijke maatregel verder kan worden uitgewerkt. Zo kan de zorgautoriteit bij het vertalen van een korting naar budgetten en tarieven rekening houden met goed en minder goed presterende aanbieders. “Nu is het vaak nog zo dat een generieke korting wordt opgelegd, waardoor efficiënte aanbieders de facto worden gestraft en niet efficiënte aanbieders worden beloond”, aldus de memorie van toelichting¹⁰⁶. De zorgautoriteit moet de zorgsector vooraf informeren op welke manier zij eventuele kortingen zal opleggen, zodat marktpartijen maximale duidelijkheid werd geboden.

¹⁰³ Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.71 (MvT).

¹⁰⁴ Zie Debets en Schroten 2005, p.29.

¹⁰⁵ Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.17 (MvT).

¹⁰⁶ Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.17 (MvT).

3.2.5 Experimenten en prestatiegerichte bekostiging

De mogelijkheid van experimenten met prestatiegerichte bekostiging bestond al vóór de invoering van de Wmg. Daarom is het met het oog op de geïntroduceerde en uitgevoerde experimenten die doorliepen ten tijde van de van krachtwording van de Wmg (denk aan het hierna onder 3.5.4 besproken experiment fysiotherapie) van belang aan die voorgeschiedenis kort aandacht te besteden. De WTG ExPres bracht op 1 februari 2005 een aantal wijzigingen aan in de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG). Die wijzigingen hielden verband met een viertal hoofdlijnen van de WTG. Daarbij ging het naast het beheerst en soepel invoeren van prestatiegerichte bekostiging, het voorkomen van onnodige bureaucratie of het terugdringen van administratieve lasten en het tegengaan van fraude, ook om het houden van experimenten. Deze vier sporen van de WTG ExPres zouden in hun uitwerking onderling moeten kunnen samenhangen.

De naam WTG ExPres is ontleend aan het scheppen van mogelijkheden voor experimenten en het faciliteren van prestatiebekostiging. Daarmee werden volgens de memorie van toelichting mogelijkheden gecreëerd "snel, soepel en beheerst de overheidsbemoeyenis met de prijsvorming los te laten, terwijl de mogelijkheid tot bijsturen blijft"¹⁰⁷.

3.2.6 De instrumenten van de NZa

De NZa heeft in het kader van het sectorspecifieke markttoezicht verschillende oude en nieuwe instrumenten¹⁰⁸. Daarbij gaat het om het:

- 1 Reguleren van tarieven,
- 2 Reguleren van deelmarkten met vrije tarieven,
- 3 Reguleren van productomschrijvingen, contractvoorwaarden en transparantie,
- 4 Opleggen administratie- en informatieverplichtingen,
- 5 Handhaven
- 6 Signaleren.

Vanuit een oogpunt van kostenbeheersing zijn daarbij het reguleren van de tarieven, het reguleren van productomschrijvingen en contractvoorwaarden en indirect het reguleren van deelmarkten met vrije tarieven van belang.

Volgens de Memorie van toelichting bij de Wmg speelt het reguleren van tarieven alleen een rol op de zorginkoopmarkt.¹⁰⁹ In een groot deel van de zorg zouden de tarieven nog niet of niet helemaal kunnen worden vrijgelaten. Dit vanwege het feit dat vrije onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars, bijvoorbeeld door aanbodschaarste, "zouden leiden tot een maatschappelijk ongewenste uitkomst".¹¹⁰ De zorgautoriteit heeft daarom nog steeds tot taak tarieven vast te stellen op die deelmarkten waar de tarieven niet vrij onderhandelbaar zijn. Die taak is vergelijkbaar met de

¹⁰⁷ Kamerstukken II 2003-2004, 23 379, nr.3, p.4.

¹⁰⁸ Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.15 (MvT).

¹⁰⁹ Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.16 (MvT).

¹¹⁰ Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.16 (MvT).

taak die voorheen het College tarieven gezondheidszorg (CTG) had op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG).

Samenvattend: De Wmg kent diverse instrumenten om kostenbeheersing te bewerkstelligen. Zo kan de minister van VWS algemene aanwijzingen geven over de door de NZa te stellen beleidsregels. De NZa kan beleidsregels en tariefbeschikkingen vaststellen. Die beleidsregels van de NZa kunnen diverse vormen van tariefregulering en prestatiebeschrijvingen inhouden variërend van vrij onderhandelbare tarieven tot strikte tariefregulering. Tariefmaatregelen kunnen ook op macrobudgettaire overwegingen zijn gebaseerd, ook al is de voorheen bestaande specifieke wettelijke grondslag daarvoor komen te vervallen en daarvoor in de plaats de mogelijkheid gekomen om op grond van het algemeen geformuleerde artikel 7 Wmg een beleidsregel op te stellen. Daarnaast zijn ook experimenten met prestatiegerichte bekostiging mogelijk.

3.3 Hoe verhoudt de Wmg zich op het gebied van kostenbeheersing tot de Europese regelgeving?

Eén van de onderzoeksvragen in deze evaluatie betreft de verhouding tot Europese regelgeving. Deze vraag komt ook in deze paragraaf aan de orde. Bij het treffen van maatregelen met het oog op kostenbeheersing op grond van de Wmg speelt het Europese recht een belangrijke rol. Daarbij gaat het primair om de mogelijke inbreuk die zulke maatregelen op grond van de wet betekenen of kunnen betekenen op de verdragsbepalingen voor het vrije verkeer in het EG Verdrag. Die verhouding tot de Europese wetgeving is in de memorie van toelichting van de voorloper van de Wmg, de WTG ExPres wijzigingswet van de Wet tarieven gezondheidszorg), uitvoerig besproken.¹¹¹ Daarbij zijn twee aspecten van het Europese recht in ogenschouw genomen.¹¹² In de eerste plaats de in het EG-Verdrag neergelegde fundamentele vrijheden. Daarbij komen vragen aan de orde of maatregelen mogen worden genomen die een inbreuk maken op het vrije recht van vestiging en het recht op vrije dienstverrichting binnen de Europese Unie en zo ja, of deze maatregelen met een beroep op het algemene belang kunnen worden gerechtvaardigd. In de tweede plaats kunnen maatregelen op het gebied van kostenbeheersing worden getoetst aan de mededingingsregels in het EG-Verdrag.

3.3.1 Toetsing bepalingen inzake vrij verkeer

Artikel 43 EG verplicht de overheid tot de afschaffing van belemmeringen van de vrijheid van vestiging en artikel 49 EG verplicht de overheid tot de afschaffing van belemmeringen van het vrij verrichten van diensten. Als dergelijke belemmeringen zijn te beschouwen alle maatregelen die de uitoefening van deze vrijheden verbieden, belemmeren of minder aantrekkelijk maken. Het gaat daarbij in het bijzonder om mogelijke inbreuken op de vrijheid van vestiging,¹¹³ en de vrijheid van dienstverlening.¹¹⁴

¹¹¹ Kamerstukken II 2003-2004, 29 379, nr.3, p.38-41.

¹¹² Kamerstukken II 2003-2004, 29 379, nr.3, p.38.

¹¹³ Arrest HvJEG van 30 maart 1993, Konstantinidis, C-168/91 Jurispr. blz. I-1191, punt 15.

¹¹⁴ Arrest HvJEG van 20 februari 2001, Analir e.a., C-205/99, Jurispr. blz. I-1271, punt 21.

Uit de rechtspraak van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen volgt dat nationale maatregelen die de uitoefening van de door het Verdrag gewaarborgde fundamentele vrijheden belemmeren, slechts gerechtvaardigd kunnen zijn wanneer zij aan vier voorwaarden voldoen:

- 1 zij moeten zonder discriminatie worden toegepast,
- 2 beantwoorden aan dwingende redenen van algemeen belang en
- 3 geschikt zijn om de verwezenlijking van het nagestreefde doel te waarborgen en
- 4 zij mogen niet verder gaan dan nodig is voor het bereiken van dat doel.¹¹⁵

De WTG ExPres bevatte al vooruitlopend op de Wmg een aantal maatregelen die in principe op gespannen voet zouden kunnen staan met het vrij verrichten van diensten of de vrijheid van vestiging. Het gaat om de maatregelen in de artikelen 2, 2a en 2b WTG ExPres die respectievelijk in de artikelen 35, 36 en 38 Wmg zijn terug te vinden. Artikel 35 bevat verboden voor het in rekening brengen van bepaalde prestaties en het betalen voor bepaalde prestaties. Deze verboden zouden het zorgaanbieders uit andere lidstaten minder aantrekkelijk kunnen maken in Nederland diensten aan te bieden of zich hier te vestigen. Dit geldt ook voor artikel 36 waarin organen voor gezondheidszorg wordt verplicht een bepaalde administratie te voeren en 38 dat voorschriften geeft over voorlichting en declaratie. Deze verplichtingen zou het voor zorgaanbieders uit andere lidstaten minder aantrekkelijk kunnen maken om zich in Nederland te vestigen. Verder kent de Wmg de mogelijkheid voor een zorgaanbieder of een ziektekostenverzekeraar om de zorgautoriteit te vragen een prestatiebeschrijving vast te stellen voor een prestatie waarvoor de zorgautoriteit op grond van artikel 57 of 58 geen tarief hoeft vast te stellen. Wanneer de NZa een product- of prestatiebeschrijving heeft vastgesteld mag een zorgaanbieder geen tarief in rekening brengen voor producten of diensten die van de omschrijving afwijken.¹¹⁶

Volgens de minister waren de in de voorloper van de Wmg genoemde verboden en verplichtingen van toepassing ongeacht de nationaliteit en de lidstaat van vestiging van de personen tot wie het gericht is. De in de wet opgenomen bepalingen voldeden daarmee volgens de minister aan het vereiste van non-discriminatie.¹¹⁷ Om te bepalen of er werkelijk sprake is van strijdigheid met het Europese recht zou moeten worden nagegaan of een dwingende reden van algemeen belang de genoemde maatregelen kan rechtvaardigen. Er zijn twee dwingende redenen van algemeen belang die, gelet op de jurisprudentie van het Hof, hier van toepassing zijn. Die redenen zijn:

- 1 de volksgezondheid (de artikelen 46, eerste lid, en 55 EG) en
- 2 het risico van een ernstige aantasting van het financiële evenwicht van het stelsel van sociale zekerheid.¹¹⁸

115 Zie arresten HvJEG van 30 november 1995, Gebhard, C-55/94, Jurispr. blz. I-4165, punt 37, en 4 juli 2000, Haim, C-424/97, Jurispr. blz. I-5123, punt 57, en arrest HvJEG Mac Quen e.a., C-108/96, Jurispr. blz. I-837, punt 26.

116 Kamerstukken II 2004–2005, 30 186, nr.3, p. 23-24 (MvT).

117 Kamerstukken II 2003–2004, 29 379, nr.3 p. 39.

118 Zie onder meer: arrest HvJEG van 13 mei 2003, Müller/Fauré, C-85/99.

Beide dwingende redenen van algemeen belang komen in feite op hetzelfde neer: de overheid moet de toegang tot de gezondheidszorg kunnen garanderen. Deze dwingende redenen van algemeen belang kunnen ook worden teruggevonden in de doelstellingen van de Wet tarieven gezondheidszorg.¹¹⁹ Een parallel kan getrokken worden met geneesmiddelen waarvoor de gemeenschaps-wetgever van oordeel is dat de lidstaten prijsmaatregelen moeten kunnen nemen om de beschikbaarheid van voldoende geneesmiddelen tegen redelijke prijzen te garanderen.¹²⁰

Het reguleren van de prijzen voor gezondheidsdiensten zou daarom volgens de minister een geschikt middel zijn om de toegang tot de gezondheidszorg te garanderen en het risico van een ernstige aantasting van het nationale gezondheidszorgstelsel te vermijden.

Verder moeten mogelijke wettelijke maatregelen op grond van de Wmg noodzakelijk en evenredig zijn aan het nagestreefde doel. Er waren ten tijde van de memorie van toelichting van de WTG ExPres voor de Nederlandse situatie geen alternatieven bekend die op dat moment aantoonbaar tot een minder belemmerend resultaat zouden kunnen leiden en tegelijkertijd met dezelfde effectiviteit de doelstellingen zouden kunnen halen. Een beroep op andere systemen in andere lidstaten kon destijds volgens de minister “in ieder geval niet slagen”.¹²¹ Het is hierbij van belang dat wanneer in een lidstaat minder strikte bepalingen gelden dan in een andere lidstaat, dit op zich nog niet betekent dat de in laatstbedoelde lidstaat geldende bepalingen onevenredig zijn en daarom onverenigbaar met het gemeenschapsrecht.¹²² De enkele omstandigheid dat een lidstaat voor een ander stelsel van bescherming heeft gekozen dan een andere lidstaat, kan immers niet van invloed zijn op de beoordeling van de noodzaak en de evenredigheid van de terzake getroffen regelingen.¹²³

Daarmee kwam de minister tot het uiteindelijke oordeel dat deze wettelijke maatregelen destijds de toets van het Europese recht konden doorstaan. Ook de rechter heeft de Europeesrechtelijke bezwaren tegen het stelsel van tariefregulering op grond van de WTG niet gegrond verklaard.¹²⁴ Het is echter de vraag of die redenering onder de huidige Wmg voor alle maatregelen ook in gelijke mate opgaat.

Van de Gronden en Sluijs analyseren in hun preadvies voor de Vereniging van Gezondheidsrecht in het bijzonder de vraag of de tariefsystematiek voor DBCs aanleiding geeft tot beperkingen van het vrij verkeer.¹²⁵ Zij komen op basis van een analyse van de rechtspraak van het Europese Hof tot de conclusie dat de kans groot is “dat uit die rechtspraak moet worden afgeleid dat tariefvoorschriften die voor het A-segment en – wat betreft het honorarium ook voor – het B-segment in het leven zijn

119 Zie voor die doelstellingen het proefschrift van G. R. J. de Groot, *Tarieven in de gezondheidszorg*, Kluwer – Deventer 1998, p. 26-34.

120 Zie de considerans van richtlijn 89/105/EEG van de Raad van 21 december 1988 betreffende de doorzichtigheid van maatregelen ter regeling van prijsstelling van geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de opneming daarvan in de nationale stelsels van gezondheidszorg (Pb. EG 1989, L 40/8).

121 Kamerstukken II 2003-2004, 29 379, nr.3., p.40.

122 Zie arrest HvJEG van 12 december 1996, *Reisebüro Broede*, C-3/95, Jurispr. blz. I-6511, punt 42; arrest HvJEG *Mac Quen e.a.*, C-108/96, Jurispr. blz. I-837, punt 33, en arrest HvJEG van 19 februari 2002, *Wouters e.a.*, C-309/99, Jurispr. blz. I-1577, punt 108.

123 Arrest HvJEG van 21 oktober 1999, *Zenatti*, C-67/98, Jurispr. blz. I-7289, punt 34, en arrest HvJEG *Mac Quen e.a.*

124 Zie onder meer: CBB 19 januari 1999, RZA 1999, 50; CBB 5 juni 2001, RZA 2001, 103; CBB 18 december 2008, LJN BG7876.

125 Zie Gronden van de en Sluijs 2009, p.137-145.

geroepen, het vrij verkeer van diensten en de vrijheid van vestiging belemmeren". Aanbieders uit andere lidstaten kunnen worden verhinderd de prijs in rekening te brengen die correspondeert met de kostenstructuur van hun diensten. Met uitzondering van het honorariumtarief leveren de vrije tarieven die gelden voor het B-segment bij de ziekenhuizen volgens hen geen belemmeringen op.¹²⁶ Dat zou echter anders komen te liggen wanneer de overheid zou besluiten om een prijsbeheersings-instrument te gaan inzetten in het geval van te grote kostenoverschrijdingen (zie ook hoofdstuk 2, paragraaf 2.4).

Van de Gronden en Sluijs wijzen echter in dit geval ook op de mogelijke rechtvaardiging van deze beperkingen op het vrije verkeer door de hiervoor door de minister in de memorie van toelichting bij de WTG ExPres genoemde uitzonderingen. Volgens hen bestaan er goede argumenten om aan te nemen dat de tariefstructuur voor ziekenhuizen, zoals vastgelegd in DBCs zouden kunnen worden gerechtvaardigd.¹²⁷ Wel geven zij daarbij duidelijk aan dat de nationale wetgever en de betrokken autoriteiten duidelijk zouden moeten vastleggen welke doelstelling van algemeen belang wordt nagestreefd met de DBCs. Zo is het voor de toets aan het proportionaliteitsvereiste van groot belang dat nationale maatregelen die het vrij verkeer beperken, worden vastgesteld op grond van deugdelijke procedures en de minister van VWS en de NZa moeten bij de vaststelling van de tarieven dan ook de eisen van objectiviteit, transparantie, kenbaarheid vooraf en non-discriminatie in acht nemen. Het Europese Hof beoordeelt daarnaast in het kader van het proportionaliteitsvereiste ook of de doelstelling niet met minder vergaande maatregelen had kunnen worden gerealiseerd.

Dat betekent concreet dat de Nederlandse overheid zeer zorgvuldig moet nagaan of bepaalde prestaties die nu nog tot het zogeheten A-segment van de ziekenhuizen behoren, niet in het vrij onderhandelbare B-segment moeten worden ondergebracht. Dat is temeer het geval omdat de overheid de afgelopen jaren steeds het voornemen heeft geuit en dit ook feitelijk heeft geëffectueerd om steeds meer behandelingen (DBC's) naar het B-segment over te hevelen (zie 3.5.4). Is de overgang van prestaties van het A-segment naar het B-segment in Europeesrechtelijk zin geen issue, een eventuele terugkeer naar regulering, bijvoorbeeld door het terughalen van prestaties van het B-segment naar het A-segment, zou dat wel zijn. Een dergelijke terugkeer betekent een belemmering van de door het Verdrag gewaarborgde fundamentele vrijheden, die slechts gerechtvaardigd is als wordt voldaan aan de vier voorwaarden: De terugkeer moet zonder discriminatie worden toegepast, beantwoorden aan dwingende redenen van algemeen belang en geschikt zijn om de verwezenlijking van het nagestreefde doel te waarborgen en niet verder mogen gaan dan nodig is voor het bereiken van dat doel.¹²⁸ Terugkeer vraagt dus om een nadrukkelijke en gedocumenteerde onderbouwing.

¹²⁶ Zie Gronden van de en Sluijs 2009, p.140.

¹²⁷ Zie Gronden van de en Sluijs 2009, p.143.

¹²⁸ Zie arresten HvJEG van 30 november 1995, Gebhard, C-55/94, Jurispr. blz. I-4165, punt 37, en 4 juli 2000, Haim, C-424/97, Jurispr. blz. I-5123, punt 57, en arrest HvJEG Mac Quen e.a., C-108/96, Jurispr. blz. I-837, punt 26.

Zorg door buitenlandse aanbieders

De op grond van de Wmg tot stand gekomen tarieven voor die prestaties gelden voor iedereen, zonder onderscheid naar nationaliteit of herkomst van de zorgaanbieder of ziektekostenverzekeraar en zonder onderscheid naar nationaliteit of herkomst van de patiënt.

Van instellingen waarvoor de budgetteringssystematiek van de Wmg van toepassing is, wordt het budget integraal vastgesteld en omvat het budget alle gezondheidszorgkosten.¹²⁹ Dat wil zeggen dat productieafspraken voor enig jaar tevens de geschatte productie leveren aan personen die niet behoren tot de ingezetenen van Nederland. Ook buitenlandse (toegelaten) zorgaanbieders moeten dus in principe de mogelijkheid hebben om productieafspraken met Nederlandse zorgverzekeraars te maken voor tarieven die, als de zorg in Nederland wordt verleend, zijn vrijgegeven of voor de door de NZa vastgestelde tarieven.

Bovendien hebben Nederlandse patiënten onder de huidige rechtspraak van het Europese Hof ook het recht voor ambulante zorg zich zelfs zonder toestemming tot buitenlandse zorgaanbieders te wenden.¹³⁰ Voor ziekenhuiszorg kunnen, weliswaar, onder bepaalde voorwaarden door de zorgverzekeraars nog toestemmingsvereisten vooraf worden gesteld aan de behandeling van een Nederlandse patiënt in een ziekenhuis in een andere EU-lidstaat, maar wanneer het voorstel voor een Richtlijn Patiëntenmobiliteit¹³¹ is aanvaard, moeten de lidstaten op grond van artikel 8, lid 3, expliciet gaan aantonen dat behandeling van patiënten in ziekenhuizen in andere lidstaten tot een ernstige aantasting van de planning van de ziekenhuissector (voor zover daar in Nederland nog sprake van is), de instandhouding van een toegankelijk en evenwichtig stelsel van verzorging door artsen en ziekenhuizen en de instandhouding van de behandelcapaciteit of medische deskundigheid. Hiermee wordt de bewijslast van de lidstaten om de behandelkosten niet te hoeven vergoeden aanzienlijk verzwaaard. Dit kan in principe dan ook tot een toekomstige onvoorziene kostengroei leiden.

Samenvattend zouden maatregelen op grond van de Wmg een inbreuk kunnen vormen op de bepalingen in het EG Verdrag inzake het vrij verkeer. Wel kunnen deze maatregelen onder voorwaarden gerechtvaardigd zijn. Veel van de wettelijke maatregelen van de Wmg bestonden al ten tijde van de wijzigingswet van de WTG, die in een aantal opzichten al vooruit liep op de Wmg, de WTG ExPres.¹³² Bij toetsing aan het Europese recht is destijds herhaaldelijk de conclusie getrokken dat die maatregelen toen daarmee niet in strijd waren. Inmiddels is de Wmg ingevoerd en zijn prestatieomschrijvingen in de vorm van DBCs op basis van de wet tot stand gekomen. Op basis van de rechtspraak van het Europese Hof kan worden beargumenteerd dat de kans groot zou zijn dat het Hof tariefvoorschriften voor het A-segment, en wat betreft de honorariumcomponent ook voor het

129 Het gaat bij een instellingsbudget niet om budgettering van de inkomsten maar om budgettering van de kosten, de uitgaven. De inkomsten om die kosten te dekken bestaan uit tarieven per prestatie. Het totaal aan inkomsten mag in enig jaar niet groter zijn dan het totale (kosten)budget. Het verschil wordt het volgend jaar verrekend. Het instellingsbudget is dus een uitgavenbudget en niet een inkomstenbudget.

130 Zie arrest HVJ EG Müller-Fauré, zaak C-385/99, Jur. 2003, p. I-4509.

131 Commissie van de Europese Gemeenschappen, Voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad, betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg, Brussel, 2-7-2008, COM (2008) 414 definitief.

132 Wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatiebekostiging en enige andere maatregelen (WTG ExPrs), Stb. 2005, nr. 24.

B-segment, in principe in strijdig zou kunnen oordelen met het vrij verkeer van diensten en de vrije vestiging. Wel bestaan er goede argumenten voor een rechtvaardiging van die strijdigheid voor de huidige tariefstructuur. Daarvoor is van groot belang dat zeer zorgvuldig moet worden nagegaan of bepaalde prestaties die nu nog in het gereguleerde A-segment zijn ondergebracht niet naar het vrij onderhandelbare B-segment kunnen worden overgeheveld. Een eventuele terugkeer naar regulering, door bijvoorbeeld prestaties uit het B-segment terug te plaatsen naar het A-segment, vereist overigens een nadrukkelijke onderbouwing, waarbij wordt aangetoond dat wordt voldaan aan de vier voorwaarden waaronder het gerechtvaardigd is om de door het verdrag gewaarborgde fundamentele vrijheden te belemmeren.

Buitenlandse zorgaanbieders moeten in principe de mogelijkheid hebben om productieafspraken met Nederlandse zorgverzekeraars te maken tegen vergelijkbare tarieven zoals die ook voor Nederlandse zorgaanbieders kunnen worden afgesproken.

3.4 Consistentie van de Wmg en aanpalende wetgeving op het gebied van kostenbeheersing

Bij het bestuderen van de consistentie van wetgeving gaat het om de vraag in welke mate de instrumenten van de Wmg en eventuele andere wetgeving elkaar versterken of elkaar, bij gelijktijdige toepassing, juist kunnen tegenwerken. In deze paragraaf analyseren we de spanning die kan ontstaan bij gelijktijdige toepassing van verschillende instrumenten of de spanning die kan ontstaan bij gelijktijdige toepasbaarheid van bepaalde regelgeving. Als deze spanningen zich voordoen, dan spreken we over een inconsistentie. Of die inconsistentie tot problemen zal leiden, hangt natuurlijk direct af van de vraag of de beide instrumenten of regelgeving tegelijkertijd van toepassing zijn. Echter, de beslissing om een bepaald instrument al dan niet in te zetten kan niet willekeurig worden genomen, zodat het van belang is om op voorhand een goed inzicht te hebben in mogelijke inconsistenties.

3.4.1 Interne consistentie

Er bestaat een spanning tussen de toepassing van wettelijke instrumenten om de kosten te beheersen en het tegelijkertijd doen ontstaan en verder doen ontwikkelen van marktwerking. Daaraan is in het eerdere hoofdstuk van deze evaluatie (hoofdstuk 2.4) al aandacht besteed. Een bron van mogelijke inconsistentie ten opzichte van andere wetgeving ligt in de mogelijke inconsistentie met de nationale mededingingswetgeving, of met het Europese mededingingsrecht en het vrije verkeer. Ook daaraan is hoofdstuk 2 en paragraaf 3.3.2 al aandacht besteed. In deze paragraaf gaan we dieper in op de consistentie met de AWBZ en de Zvw.

3.4.2 Consistentie ten opzichte van de AWBZ en de Zvw

Consistentie ten opzichte van de AWBZ

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) kent verzekerden een subjectieve aanspraak op zorg toe. In de AWBZ is het recht op zorg als aanspraak op zorg vastgelegd in artikel 6, eerste lid: `de verzekerden hebben aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun

geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging'. In het art. 6, tweede lid, is bepaald dat bij of krachtens AMvB aard inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat worden geregeld en kunnen voor het tot gelding maken van de aanspraken voorwaarden worden gesteld. Volgens het derde lid moeten zorgverzekeraars er voor zorgdragen dat de bij hen inschreven verzekerden hun aanspraken op zorg tot gelding kunnen brengen. Hier is de zorgplicht van de zorgverzekeraars vastgelegd, die de feitelijke uitoefening van hun taken aan het zorgkantoor overgedragen.

Aanspraak op zorg bestaat volgens art. 9b AWBZ slechts wanneer een indicatieorgaan op een door de verzekerde ingediende aanvraag heeft besloten dat deze naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen.

Volgens artikel 10 AWBZ moet een verzekerde die zijn aanspraak op zorg tot gelding wil brengen, zich tot een zorgaanbieder wenden met wie de zorgverzekeraar waarbij hij is ingeschreven daarvoor een overeenkomst heeft gesloten.

De AWBZ spreekt dus niet over een 'recht op zorg', maar over 'aanspraak op zorg'. In de AWBZ is dit recht op zorg tot nu toe in diverse rechtelijke uitspraken getoetst, waarbij een onderscheid kan worden gemaakt tussen aanspraak op zorg in het kader van financiële tekorten en aanspraak op zorg in het kader van capaciteitstekorten.¹³³ In 1998 oordeelde de rechter in het kader van een aanspraak op diensten van een thuiszorginstelling, dat de zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor het sluiten van overeenkomsten met zorgaanbiders, teneinde daarmee te voldoen aan hun plicht tot het verstrekken van zorg.¹³⁴ In dit geval diende niet de Staat, maar de zorgverzekeraars aansprakelijk te worden gesteld voor het niet daadwerkelijk honoreren van de positieve indicatiestelling. In hoger beroep bevestigde het Hof 's-Gravenhage dat de verplichting om voor voldoende thuiszorg te zorgen bij de zorgverzekeraars ligt. In het verlengde van deze zaak voerden een aantal verzekerden die op een wachtlijst voor thuiszorg stonden een procedure tegen het zorgkantoor. Volgens de rechtbank Utrecht¹³⁵ kon het zorgkantoor zich niet beroepen op het feit dat het budget voor thuiszorg niet toereikend was. Wanneer dat tekort uitsluitend te wijten is aan het door de overheid beschikbaar gestelde budget, dan zal het zorgkantoor zelf daarvoor de Staat moeten aanspreken.

Anders ligt het echter bij capaciteitstekorten. In een uitspraak van de president van de rechtbank Zwolle van 14 februari 2000¹³⁶ oordeelde de president dat de zorgverzekeraar niet kon worden verweten dat hij de aanspraak niet kon verwezenlijken omdat hij alle toegelaten capaciteit voor verstandelijk gehandicapten had gecontracteerd en ook bij de provinciale en rijksoverheid er op had aangedrongen om de capaciteit uit te breiden. Deze uitspraken leidden er toe dat de bewindslieden van VWS destijds hebben besloten extra financiële middelen ter beschikking te stellen (het zogeheten boter-bij-de-vis principe). De rechter laat de overheid echter de nodige ruimte.¹³⁷ Op de overheid rust weliswaar de verplichting zich tot het uiterste in te spannen om het aanbod van zorg zo goed

133 Overigens maakt prof. mr. G.R.J. de Groot in zijn preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht (Roscam Abbing et al. 2002, p.64 e.v.), een onderscheid tussen vier verschillende vormen van tekorten: het feitelijk niet beschikbaar zijn van vormen van onderzoek of behandeling, methoden van onderzoek of behandeling die wel beschikbaar zijn, maar die financieel niet of moeilijk toegankelijk zijn, die niet of niet tijdig toegankelijk zijn en zorg die wel voorhanden is en financieel toegankelijk, maar kwalitatief ontoereikend is.

134 Uitspraak van de president van de rechtbank 's-Gravenhage van 8 december 1998, TvGR 1999/17.

135 President van de rechtbank Utrecht van 29 oktober 1999, TvGR 2000/28.

136 President van de rechtbank Zwolle van 14 februari 2000, TvGR 2000/29

137 Arrest van het Hof 's-Gravenhage van 22 september 1995, TvGR 1996/4.

mogelijk op de vraag af te stemmen, maar de mate van inspanning wordt daarbij bepaald door de financiële middelen die door de begrotingswetgever worden vastgesteld. Omdat de Staat alle mogelijkheden had onderzocht, concludeerde de rechter dat er sprake was van overmacht. De aanspraak op zorg binnen de AWBZ is dus niet onbegrensd. Er is ruimte voor de overheid om op grond van overwegingen rond de beschikbaarheid van financiële middelen deze aanspraak te beperken. Dit is slechts mogelijk als de overheid zich tot het uiterste heeft ingespannen om de vraag en aanbod zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Hierbij gelden de financiële middelen die door de begrotingswetgever zijn vastgesteld als uitgangspunt.

Consistentie ten opzichte van de Zorgverzekeringswet

Het recht op zorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw) is in de artikelen 10-14 van de wet verankerd. Artikel 10 Zvw regelt het te verzekeren risico: de behoefte aan bepaalde vormen van zorg of met die zorg verband houdende diensten (verpleging, verzorging, verblijf en vervoer). Door opname in de polis wordt het te verzekeren risico het verzekerde risico. Alleen wanneer een in artikel 10 Zvw genoemd verzekerd risico zich bij de verzekerde voordoet, kan de verzekeringnemer of de verzekerde rechten aan de zorgverzekering ontnemen. Daarmee staat echter nog niet vast, dat de verzekerde ook recht heeft op een prestatie waarmee de behoefte aan zorg of de overige diensten vervuld kan worden. De inhoud en de omvang van de prestaties die op grond van de zorgverzekering moeten worden geleverd, wordt bij en krachtens de artikelen 11 tot en met 14 Zvw bepaald. Anders gezegd: het zich voordoen van het verzekerde risico is wel een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde voor het recht op een verzekerde prestatie.

Uit de jurisprudentie onder de 'oude' Ziekenfondswet valt af te leiden dat de verzekerde jegens het toenmalige ziekenfonds recht had op een noodzakelijke (dotter)behandeling. In een zaak waarin een patiënt een noodzakelijke dotterbehandeling niet tijdig kon krijgen omdat het ziekenhuisbudget uitgeput zou zijn, oordeelde het Hof 's-Hertogenbosch in navolging van de president van de rechtbank 's-Hertogenbosch,¹³⁸ dat het ziekenfonds ook moest toezien op de nakoming van de gesloten overeenkomst door instellingen en beroepsbeoefenaren jegens zijn verzekerden.¹³⁹

Samengevat betekent dit dat, naast de reële spanning tussen Wmg en het Europees recht, de handhaving van een macrobudget op gespannen voet kan staan met het recht op zorg op basis van de AWBZ en de Zvw. Het handhaven van een macrobudget hoeft echter niet altijd in strijd te zijn met het recht op zorg. De rechter laat de overheid ruimte om op basis van macrobudgettaire overwegingen beperkingen op de aanspraak op zorg vast te stellen.

3.5 Hoe zijn de instrumenten tot kostenbeheersing in de praktijk toegepast?

Zoals eerder aangegeven beschikt de overheid over verschillende wettelijke instrumenten om de zorgkosten te beheersen. Voor een belangrijk deel is het instrumentarium van de Wmg niet nieuw,

¹³⁸ President rechtbank 's-Hertogenbosch, 24 november 1989, TvGR 1990/19.

¹³⁹ Hof 's-Hertogenbosch, 2 juli 1990, RZA 1990, 127.

maar is het oude instrumentarium van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG), zij het soms aangepast en uitgebreid, in de Wmg overgenomen. Voor de Wmg is het Budgettair Kader Zorg (BKZ) nog steeds van groot belang.¹⁴⁰ Sinds 1994 bepaalt het BKZ de ruimte die beschikbaar is voor de collectieve financiering van zorguitgaven.¹⁴¹

In deze paragraaf wordt allereerst ingegaan op de vrij principiële vraag naar de rechtvaardigheid van het toepassen van het macrobeheersingsinstrument op individuele instellingen die menen dat zij geen bijdrage hebben geleverd aan de macro-overschrijdingen. Vervolgens wordt aan de hand van een drietal voorbeelden inzicht gegeven in de werking van de instrumenten voor prijsregulering. In paragraaf 3.6 wordt vervolgens nog ingegaan op een nieuw ontwikkeld instrument voor beheerste kostenontwikkeling: maatstafconcurrentie.

3.5.1 *Tariefmaatregel macrobudget*

De overheid kan kiezen voor het toepassen van het macrokostenbeheersingsinstrumentarium. De toepassing hiervan kan knelpunten opleveren voor individuele instellingen die menen dat zij geen bijdrage aan die aan de macro-overschrijding hebben bijgedragen. Van belang hierbij is ook een uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) van 29 januari 2009¹⁴² in de zaak van de Stichting Samenwerkende Schiedamse en Vlaardingse Ziekenhuizen, te Schiedam tegen de NZa. In deze zaak gaat het om een beroep tegen een tariefbeschikking van de NZa die was vastgesteld op grond van een aanwijzing door de minister van VWS. Een vergelijkbaar systeem gold in het verleden onder de WTG. Voor tariefregulering en volumebeheersing dragen de zorgverzekeraars, noch de instellingen van gezondheidszorg de (eind)verantwoordelijkheid. In het systeem van de Wmg is het volgens het CBB, net als overigens voorheen onder de WTG, de minister die in dit verband de beleidsmatige keuzen maakt en NZa die daaraan binnen de grenzen van rechtmatigheid uitvoering geeft door middel van het vaststellen van beleidsregels en tariefbeschikkingen. Het beleidsuitgangspunt van de minister tot beperking van de kosten van de zorg, kan volgens het CBB, gezien de beleidsverantwoordelijkheid van de minister dan ook niet onrechtmatig worden geacht. De omstandigheid dat de ramingen van de productiegroei in het prestatiecontract te laag waren gebleken, onderstreepte nog eerder de rechtmatigheid van de aanwijzing. Dat de algemene ziekenhuizen de bovenbudgettaire groei niet kan worden verweten, doet volgens het CBB evenmin af aan de rechtmatigheid van de aanwijzing die gericht was op het beheersen van de kosten van de zorg zonder dat daarbij de vraag naar de verantwoordelijkheid van de eventuele budgetoverschrijding een rol speelt.¹⁴³

140 Het BKZ werd in 1992 ingevoerd door de Wet beperking contracteerplicht en invoering van maximumtarieven, Wet van 20 november 1991, Stb. 1991, 584.

141 Zie Kam de 2009, p.72.

142 College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) AWB 08/78 van 29 januari 2009, 13950.

143 Die zelfde vraag speelde ook bij de procedures die tegen het College tarieven gezondheidszorg (CTG) waren aangespannen door het Slotervaart Ziekenhuis en Agis Zorgverzekeringen, College van Beroep voor het Bedrijfsleven, 28-7-2006, College van Beroep voor het bedrijfsleven, LJN: AY5235, AWB 05/409 en 05/427.

De NZa had volgens het CBB ook terecht geoordeeld dat het verweer van de Stichting Samenwerkende Schiedamse en Vlaardingse Ziekenhuizen dat zij niet aan de overschrijding van het macrobudget heeft bijgedragen in het kader van artikel 4:84 Awb niet behoort te leiden tot een van de beleidsregel afwijkende beslissing. Bij de vaststelling van de beleidskaders heeft immers, aldus het CBB een belangenafweging plaatsgevonden, waarin het belang van de ziekenhuizen die niet aan de overschrijding van het macrobudget hebben bijgedragen is meegewogen. Daarmee trekt het CBB de lijn WTG – WTG ExPres voor tariefbepalingen en tariefbeleid en toepassing van die bepalingen voor dat beleid door naar de Wmg.

3.5.2 Toepassing van het instrumentarium tot kostenbeheersing in enkele deelsectoren

Voor het illustreren van de toepassing van het Wmg-instrumentarium is gekozen voor een drietal deelsectoren waarin op een totaal verschillende wijze het instrumentarium van de Wmg is toegepast. Bij de orthodontisten heeft de NZa vooral gebruik gemaakt van de toepassing van kortingen op de tarieven; bij de liberalisering van de ziekenhuistarieven zijn steeds meer DBCs overgeheveld van het gereguleerde A-segment naar het vrij onderhandelbare B-segment en bij de fysiotherapeuten is vrijwel gelijk met de invoering van het nieuwe wettelijke instrumentarium in de WTG ExPres een experiment gestart met geheel vrije prijsvorming voor deze deelsector.

Casus verlaging tarieven orthodontisten

De gevolgen van de verlaging van de tarieven van o.a. orthodontisten met het oog op betaalbaarheid en toegankelijkheid

Korting in fasen

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wilde in 2007 de tarieven van orthodontisten met 29 procent verlagen ten opzichte van 2001.¹⁴⁴ Over de tarieven van orthodontie bestond al lang discussie, daarom pakte de NZa deze tarieven als eerste aan. Orthodontie zit met name voor jeugd meestal in het aanvullend pakket en voor verzekerden alleen in bijzondere gevallen in de basisverzekering. Dat betekent dat consumenten vaak zelf de kosten van orthodontie betalen. Bij de nieuwe tariefstructuur heeft de NZa gelet op de transparantie van de prijzen en op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Vooruitlopend op de uitkomsten van een onderzoek door de NZa is in 2005 al een eerste korting van acht procent ingevoerd. Sindsdien waren de tarieven voor orthodontisten bevroren. Dat wil zeggen dat de jaarlijkse inflatiecorrectie niet was doorgevoerd. De besparing voor de consument zou vanaf 2009 naar verwachting circa 25 miljoen euro per jaar bedragen. De NZa was van plan de tarieven tussen 2007 en 2010 in vier stappen terug te brengen naar het door de NZa gewenste niveau. De eerste stap was een tariefsverlaging van 8% liep al vanaf 2005. De tweede stap een verlaging van 1,5 procent per 1 juli 2007 en een derde verlaging (aanvankelijk gepland voor 1 januari 2008) van 6% per 1 april 2008. In 2010 zou dan het gewenste eindniveau moeten worden bereikt.

144 NZa, 13 februari 2007 en ZN Journaal 2007, nr. 20.

Sluiproute via tandartsentarief

Tegelijkertijd wilde de NZa ook de tarieven van orthodontieverrichtingen bij de tandarts omlaag brengen. Voor tandartsen zouden dezelfde tarieven moeten gaan gelden als voor orthodontisten. Tot eind 2006 bestonden er tarieven per beroepsgroep, maar sinds de inwerkingtreding van de Wmg gold een tarief per geleverde zorg. De NZa achtte het onterecht dat tandartsen een hoger tarief konden hanteren voor dezelfde verrichting.

De NZa heeft over deze plannen uitvoerig overleg gevoerd met de orthodontisten en andere betrokken partijen. Dat heeft ertoe geleid dat de fasering van de korting voor de orthodontie is uitgebreid naar 2010 in plaats van aanvankelijk 2009 om de orthodontisten meer tijd te geven hun bedrijfsvoering hierop aan te passen.

Voor de tandartsen besloot de NZa aanvankelijk per 1 juli 2007 de tarieven voor orthodontische verrichtingen van tandartsen aan te passen en een forse prijsverhoging door te voeren.¹⁴⁵ Na protest van onder meer ZN heeft de NZa de verhoging van de tarieven voor tandartsen weer teruggedraaid. Per 1 augustus golden voor die beroepsgroep weer de tarieven van voor 1 juli 2007.

Vervolgens omzeilden zeker dertig orthodontisten de verplichte tariefsverlaging die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hun per 1 juli 2007 heeft opgelegd. Zij hebben lieten zich registreren als tandarts, waardoor zij toch een hogere prijs mochten vragen voor het plaatsen van beugels.

Door zich te laten registreren als tandartsen vielen de orthodontisten administratief in een ander regime en mochten zij voor sommige behandelingen hun tarieven ineens met 17 procent verhogen. Deze mogelijkheid deed zich voor omdat de NZa de zogenoemde D-tarieven voor tandartsen die orthodontische verrichtingen uitvoeren, nog niet had aangepast. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) protesteerde tegen gang van zaken en vond de registratie van orthodontisten als tandarts een ongewenste ontwikkeling.¹⁴⁶ Voor dezelfde behandeling zou hetzelfde tarief moet gelden, ongeacht de vraag door welke zorgaanbieder de behandeling wordt uitgevoerd.

De NZa wilde de tarieven voor beide beroepsgroepen gelijk trekken, maar dat kon op zijn vroegst begin 2008. Om de schade te beperken, had de NZa wel besloten de tarieven voor tandartsen die ook beugels zetten, vanaf september 2007 te bevriezen. Later gevolgd door een verlaging per 1 april 2008 van het tandartstarief voor orthodontie met 6%.¹⁴⁷

Rechtszaken tegen tariefsverlaging

Elf orthodontisten waren in beroep gegaan bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) tegen de eerste stap en een tweede stap van de verlaging met respectievelijk acht procent sinds 2005 en 1,5% per 1 juli 2007 omdat die zou zijn gebaseerd op onjuiste onderzoeksresultaten.¹⁴⁸ In die

145 ZN Journaal, 2007, nrs. 27 en 30/31. Begin 2007 had de NZa vastgesteld dat tarieven voor orthodontie te hoog laggen. Nog geen half jaar later bood NZa tandartsen de mogelijkheid om hun prijzen voor onder andere beugels met 20% te verhogen. Tegenover de verhoging van de tandartstarieven stond aanvankelijk een kleine verlaging van de prijzen bij de orthodontist. Daardoor werd het onderlinge prijsverschil nóg groter. Dit terwijl de NZa juist van plan was om de tarieven gelijk te trekken en te verlagen.

146 ZN Journaal, 2007, nr. 30/31.

147 NZa 26 februari 2008.

148 www.nza.nl, 9 augustus 2007 en ministerie van VWS, 10 augustus 2007.

beide zaken oordeelde het CBB dat de verlaging terecht was ingevoerd.¹⁴⁹ Het college overwoog dat in dit geval geen sprake was van strijd met de rechtszekerheid. Dat een aangepaste rekennormpraktijk per 1 januari 2003 als uitgangspunt voor de tarifiering zou gelden, zou gedurende het hele proces van tariefvaststelling steeds expliciet zijn gesteld en maakte onderdeel uit van de door de NMT voorgestelde optie tot tariefaanpassing die aan de tariefbeschikkingen ten grondslag was gelegd.¹⁵⁰

In de tweede uitspraak oordeelde de enkelvoudige kamer van het CBB dat ook de tweede stap van de herziening van de tarieven voor de orthodontisten niet onbegrijpelijk was¹⁵¹. Per 1 juli 2007 is de tweede verlaging van het tarief doorgevoerd, van 1,5 procent. Daarbij was van belang dat, gelet op artikel 3, vierde lid, Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), betaalbaarheid en toegankelijkheid van de orthodontische zorg – ook in het derde compartiment – mede bepaald worden door de hoogte van de maximumtarieven. Het stond de NZa dan ook vrij om bij de totstandkoming van de tarieven voor de praktijkkosten en de productie uit te gaan van feitelijke gemiddelden. Ook was er geen sprake van een met de Wmg evident strijdige inkomenspolitiek. Ook hier had de NZa gewicht kunnen hechten aan het belang van de consument, zoals neergelegd in artikel 3, vierde lid, Wmg. Er was voorts volgens het CBB geen sprake van strijdigheid met het vertrouwensbeginsel. Evenmin was er sprake van een toezegging van de NZa wat betreft concrete uitkomsten van de uiteindelijke tariefkorting.

Ten aanzien van de tijdbesteding van orthodontisten was de voorzieningenrechter het met de NZa eens dat het niet zonder meer voor de hand ligt om een rechtstreeks verband aan te nemen tussen een bepaald aantal te werken uren en een bepaald inkomen. De NZa is voor de normpraktijk op voorhand terecht uitgegaan van een gemiddelde productieomvang bij praktijken van drie, vier en vijf stoelen, zoals die uit de gegevens over 2001 viel af te leiden. Van een evidente onrechtmatigheid van de beleidsregels op dit punt kon dan ook volgens de rechter geen sprake zijn. Niet aannemelijk was bovendien volgens het CBB dat als gevolg van de tariefbeschikking een inkomensdaling van de orthodontisten zou ontstaan, die de toegankelijkheid van de orthodontische zorg in gevaar zou brengen.

De beide uitspraken van het CBB waren ook voor de consument een belangrijke stap in de richting van een lager tarief. Onderzoek van de NZa wees uit dat er jarenlang te hoge tarieven waren gehanteerd, waardoor consumenten onnodig veel betaalden.

Op 22 december 2008 heeft het CBB echter het beroep tegen de tweede stap van de verlaging van de tarieven van 1,5% voor orthodontie gegrond verklaard omdat de NZa de orthodontisten in 2007 onvoldoende had voorbereid op een nieuwe manier van het berekenen van tarieven. De rechter had zich gebogen over de besluitvorming van de NZa over de tariefsverlaging en geoordeeld dat de NZa opnieuw een beslissing op bezwaar moest nemen. De NZa heeft het nieuwe besluit begin 2009 genomen.

149 College van Beroep voor het Bedrijfsleven, 2 augustus 2007, Awb 06/79 en 06/94 13700 en CBB 24 september 2007, Awb 07/515 en 07/535.

150 RZA 2007, 179.

151 RZA 2007, 180.

Vrije prijsvorming

Tenslotte heeft de NZa op 8 mei 2009 de minister geadviseerd om uiterlijk per 1 januari 2011 vrije prijsvorming voor de mondzorg in te voeren. In het Visiedocument Bekostigingsstructuur mondzorg raadt de NZa dit aan op experimentele wijze te doen. De NZa signaleert tekortkomingen in de mondzorg op het gebied van transparantie van prestatie, prijs en kwaliteit. Volgens de NZa vormt orthodontie echter een uitzondering. Orthodontie zou beter voldoen aan de randvoorwaarden en daarom al per 1 januari 2010 voor de invoering van vrije prijsvorming in aanmerking komen. Zo is volgens de NZa de prijs voor orthodontie voor de consument nu al transparant in de vorm van een prijsopgave vooraf.

Hoewel de NZa dus verwacht dat de orthodontiemarkt tijdig klaar zal zijn voor vrije prijzen, stelt de NZa in dit geval wel een aanvullende voorwaarde voor het vrijgeven van de markt. Zowel de consument als de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar zouden goed op hun nieuwe rol voorbereid moeten zijn. Voor de orthodontiemarkt geldt dat deze in de vorm van een experiment zou worden geliberaliseerd en belangrijk hierbij is dat de NZa zelf ook vaststelt "dat de ontwikkelingen op de markt zullen worden gemonitord door de NZa".¹⁵² Het experiment zal overigens pas van start gaan wanneer de minister van VWS hiertoe besluit.

Samengevat heeft de NZa de afgelopen jaren stelselmatig en stapsgewijs de tarieven van de orthodontische zorg verlaagd. De NZa heeft bij de nieuwe tariefstructuur gelet op de transparantie van de prijzen en op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Tegelijk wilde de NZa ook de tandartstarieven omlaag brengen. Zo'n dertig orthodontisten wisten de verplichte tariefsverlaging van de NZa te omzeilen door zich te laten registreren als tandarts, waardoor zij toch een hogere prijs mochten vragen. Ook via de rechter hebben de orthodontisten getracht de tariefsverlagingen tegen te gaan. De rechter heeft dit bezwaar echter niet gehonoreerd. Belangrijk daarbij is dat steeds is gewezen op de positie van de consument. De bezwaren van de orthodontisten dat de tariefsverlagingen in strijd zouden zijn met de rechtszekerheid of onrechtmatigheid van de beleidsregels was volgens het CBB (College van Beroep voor het bedrijfsleven) geen sprake. Deze casus laat zien dat het, met de nodige zorg, mogelijk is om een effectief prijsbeleid te voeren in een niet geliberaliseerd deel van de zorg leidend tot uiteindelijk liberalisering van de tarieven. Opvallend is ook de hiermee gepaard gaande vrij lange doorlooptijd, van 2005 tot 2009. Opvallend is bovendien dat de NZa heeft aangekondigd in het kader van het experiment de ontwikkelingen op deze markt te zullen monitoren.

Casus liberalisering ziekenhuisfinanciering

Budgettering ziekenhuizen en lumpsum voor medisch specialisten voldeden niet meer

Ziekenhuizen worden op dit moment nog steeds grotendeels bekostigd op basis van het model van functiegerichte bekostiging (FB), dat sinds 1988 van kracht is. De bekostiging van vrijgevestigde

¹⁵² NZa, Prijzen voor orthodontie kunnen vrij in 2010, www.nza.nl/nza/Nieuws/Prijzenvrijorthodontie/ (laatstelijk geraadpleegd d.d. 25-6-2009)

medisch specialisten gebeurde bij de totstandkoming van de Wmg in de meeste gevallen op basis van een lumpsumregeling. De FB en de lumpsum vormden binnen het nieuwe stelsel echter te weinig stimulans voor het leveren van zorgvernieuwing, doelmatigheid, transparantie en productie (wegwerken van de wachtlijsten). Zij gaven onvoldoende inzicht in de geleverde prestaties van individuele ziekenhuizen. Ziekenhuizen werden daardoor nog onvoldoende beloond voor goede prestaties of afgerekend op ondermaatse prestaties. Binnen het FB-systeem is het voor ziekenhuizen lonend om te streven naar een maximalisatie van het budget, doordat er geen reële relatie bestaat tussen de werkelijke kosten en de vergoeding van deze kosten. Tot slot houdt het FB-systeem in dat een zorgaanbieder onderhandelt met de collectieve zorgverzekeraars. Dat is strijdig met de kerngedachte van de Zvw. Deze tekortkomingen in de FB-systematiek (en oorspronkelijk) de lumpsum zijn mede aanleiding geweest om te beginnen met de invoering van de DBCs. DBCs laten zien welke handelingen de arts, verpleegkundige of ondersteuner gemiddeld verrichten bij een ingreep en tegen welke prijs. DBCs bieden verzekeraars daardoor handvatten om te onderhandelen over kwaliteit en prijs van de zorg. Een dergelijk beweging, overgang naar prestatiebekostiging, is overigens ook zichtbaar in de AWBZ, met de introductie van Zorg Zwaarte Pakketten (ZZP's).

Met het in werking treden van de Zvw is aan zorgverzekeraars een grotere rol toebedacht in het onderhandelen over zorg. Om de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars goed te laten verlopen, vond de minister het van belang dat zowel de ziekenhuizen als de individuele zorgverzekeraars weten waar zij over onderhandelen. Bovendien moest er sprake zijn van een goed functionerend systeem van (variabele) bekostiging van ziekenhuizen en medisch specialisten (DBC's). Goed onderhandelen over het zorgaanbod van een ziekenhuis vergt onderhandelingsruimte (selectief contracteren, vrij volume en vrije prijsvorming) bij zorgverzekeraars en ziekenhuizen en integrale zeggenschap van het ziekenhuis over de totale productie. Dit betekent dat er eenduidige producten moeten zijn, die het mogelijk maken om transparant te zijn over de kwaliteit. Daarnaast moet het ziekenhuis als aanbieder van zorgproducten weten welke kosten er gemaakt worden om deze producten aan te kunnen bieden en welke kosten er dus in rekening moeten worden gebracht bij de verzekeraar. Daarom moest er bij de invoering van vrije prijsvorming sprake zijn van een integrale prijs, waarin onder andere ook de kapitaallasten zijn verwerkt. Binnen de FB-systematiek is van deze integrale prijzen geen sprake. Ziekenhuizen kregen namelijk een aparte instellingsspecifieke vergoeding voor onder andere de kapitaallasten. Deze vergoeding stond los van de hoeveelheid geleverde zorg.

Het verruimen van het segment van vrije prijsvorming moest de doelmatigheid in de ziekenhuiszorg vergroten. Tegelijk bleef het van belang overschrijding van het BKZ te voorkomen. Bij de overstap naar vrije prijsvorming vervallen in principe de aangrijpingspunten voor budgettaire beheersing die de bestaande bekostiging van de ziekenhuiszorg wel bood.

Integrale DBCs: kapitaallasten

Zowel voor het A-segment als het B-segment was voorzien dat de bekostiging van ziekenhuizen en specialisten gebaseerd zou moeten zijn op DBCs met een integraal tarief of een integrale prijs. De kapitaallasten en kosten voor medisch specialisten moesten dus in het tarief of de prijs worden opgenomen. De bekostiging van de ziekenhuiszorg wordt dan zowel in het A-segment als in het

B-segment gebaseerd op DBCs met een integraal tarief of een integrale prijs. De kapitaallasten zouden voor beide segmenten daarom vanaf 1 januari 2008 onderdeel gaan uitmaken van het tarief respectievelijk de prijs van de geleverde zorgproductie. In zijn brief over transparante en integrale tarieven¹⁵³ is de minister uitvoerig ingegaan op de problematiek van de kapitaallasten.

Invoering DBCs

Ruim voor de invoering van de Wmg had de Minister van VWS in een brief van 20 oktober 2004¹⁵⁴ al geconstateerd dat het bestaande zorgstelsel onvoldoende aan de vraag van patiënten en verzekerden beantwoordde en dat een groot deel van de electieve niet-spoedeisende zorg geliberaliseerd kon worden. Hij stelde voor het huidige systeem van aanbodregulering bij de ziekenhuizen te vervangen door vraagsturing door de introductie van marktprikkels, inclusief vrije prijzen voor bepaalde DBCs. Met het invoeren van marktprikkels wilde de minister betere kwaliteit en innovatie in de zorg realiseren en de toegankelijkheid van de zorg blijven waarborgen. De invoering van marktprikkels was naar het oordeel van de Minister niet alleen wenselijk maar ook noodzakelijk. Met een verantwoorde liberalisering¹⁵⁵ wilde de minister voorkomen dat de beheersing van de kostenontwikkeling bij zorgaanbieders in het gedrang zou komen en de publieke belangen in de zorg niet meer zouden zijn gewaarborgd. Bij de criteria die de minister bij het samenstellen van het toenmalige B-segment heeft geformuleerd en gehanteerd behoorde onder meer een beperkt budgettair risico.

Omdat het duidelijk moest zijn wat zorgaanbieders doen en tegen welke prijs, is in de ziekenhuiszorg het systeem van DBCs ingevoerd. De DBCs laten zien welke handelingen de arts, verpleegkundige of ondersteuner gemiddeld verrichten bij een ingreep en tegen welke prijs. DBCs bieden verzekeraars daardoor handvatten om te onderhandelen over kwaliteit en prijs van de zorg. De invoering van de DBCs heeft voordelen boven de voormalige functiegerichte bekostiging, omdat de DBCs leiden tot meer transparantie voor patiënten en (de bedrijfsvoering) in ziekenhuizen en bij verzekeraars.

Begin 2005 vond de introductie van de DBC-systematiek plaats en vanaf die tijd datum konden ziekenhuizen onderhandelen over de prijzen voor dat deel van de zorg (10%), dat in het B-segment was geplaatst. In het B-segment zijn de inkomsten van ziekenhuizen wel rechtstreeks afhankelijk van de gedeclareerde DBCs. In dit segment onderhandelen ziekenhuizen met individuele verzekeraars over prijs, kwaliteit en volume van de te leveren DBCs. Daarnaast bleef 90% van de zorg (A-segment DBCs) die de ziekenhuizen leverden nog gebaseerd op een budget op basis van de FB-systematiek. Bij deze 90% van de ziekenhuiszorg hadden zorgverzekeraars geen mogelijkheden om te onderhandelen over de kosten van de behandelingen. Ze konden daardoor namens hun verzekerden en patiënten onvoldoende eisen stellen.

Voor de medisch specialistische zorg binnen deze DBCs is er inmiddels sinds 1 januari 2008 een landelijk uurtarief en zijn normtijden vastgesteld. Sindsdien is er een einde gekomen aan de

153 Kamerstukken II 2004-2005, 27 659, nr.52.

154 Brief minister over de electieve, complexe en curatieve zorg van 20 oktober 2004, Kamerstukken II 2004-2005, 29 800 XVI, nr. 25 (Vaststelling begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2005).

155 Kamerstukken II 2003-2004, 23 379, nr.3, p.5 (Memorie van toelichting bij de WTG Express).

zogenaamde lumpsum bedragen en is er voor medisch specialisten het nieuwe uurtarief van € 139,50 (prijsspeil 2009) ingevoerd. Op dit tarief is een bandbreedte van € 6,50 onder en € 6,50 boven het uurtarief van toepassing. Het inkomen van de vrijgevestigde medisch specialisten is vanaf 2008 het product van het aantal geleverde DBCs, de normtijd per DBC en het uurtarief (Ministerie van VWS, 2007). Er bestond een reële verwachting dat het nieuwe uurtarief een stuwend effect zou gaan hebben op het volume van de ziekenhuiszorg¹⁵⁶. Door het aantal behandelingen te vergroten, vergroten medisch specialisten namelijk tevens hun inkomen. Uit het interview met de heer Moerkamp van VWS¹⁵⁷ blijkt dat dit ook een punt is waar het departement tegenaan loopt. De medisch specialisten zijn volgens de heer Moerkamp “...nog volledig gevrijwaard van de marktwerking”. “Doordat normtijden in DBCs en het uurtarief zijn vastgelegd, kunnen specialisten alle productiviteitswinst – bijvoorbeeld door het inschakelen van aio’s en verpleegkundigen – voor zichzelf houden.”

Toetsing voortgang DBCs

In de Voortgangsrapportage DBCs die de minister van VWS op 12 juni 2006 aan de Tweede Kamer heeft gestuurd¹⁵⁸, informeerde de minister de Kamer over de wijze waarop er noodzakelijke aanpassingen in het DBC-systeem moesten worden doorgevoerd. Bovendien had de minister, voorafgaande aan de invoering van de Wmg per 1 oktober 2006 op 21 juni 2006 de Kamer per brief¹⁵⁹ geïnformeerd over de door Vektis geconstateerde problemen rondom mogelijk teveel betaalde DBC-declaraties en de wijze waarop de minister dit probleem wilde aanpakken. Tijdens het Algemeen Overleg over DBCs op 27 juni 2006, gaf de minister aan dat deze problematiek opgelost moest zijn voordat van verdere deregulering van de ziekenhuisbekostiging sprake kon zijn. Het DBC-systeem, dat op dat moment te complex was, zou dus nog verder moeten worden aangepast. Het feit dat het systeem nog niet optimaal functioneerde, leidde er toe dat de DBCs op de werkvloer nog veel tijd kostten en op kritiek konden rekenen. Samen met de veldpartijen is dan ook het verbeterplan DBCs opgesteld.

Uit het verslag van de evaluatie van de DBC-invoering naar aanleiding van het experiment met vrije prijsvorming dat bij de Sint Maartenskliniek heeft plaatsgevonden concludeerde de minister dat de bekostiging van de ziekenhuiszorg verder kon worden aangepast en dat kon worden aangesloten op de DBC-systematiek, mits de systematiek vereenvoudigd werd en de problemen met de mogelijk onterechte declaraties werden opgelost. Een stabiel DBC-systeem moest een randvoorwaarde zijn voor verdere stappen op het gebied van de liberalisering. De minister ging er daarbij van uit dat dit vóór 1 januari 2008 het geval was.

Het perspectief dat de minister in 2006 schetste was dat met ingang van 1 januari 2008 het systeem van ziekenhuisbekostiging zodanig aangepast zou kunnen worden, dat het meer ruimte zou geven voor initiatief en verantwoordelijkheid aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders en beter zou

156 RVZ 2008a.

157 Interview dhr. Moerkamp, Ministerie van VWS (27 maart 2009).

158 Kamerstukken II 2005-2006, 29 248, nr.27.

159 Kamerstukken II 2005-2006, 29 248, nr.28.

aansluiten bij de filosofie van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Met al oogmerk te komen tot betere zorg voor de patiënten.

Verder uitbreiding van het B-segment

De NZa adviseerde de Minister in haar uitvoeringstoets "Op weg naar vrije prijzen" van 19 april 2007 dat het B-segment kon groeien naar 20%. Wel moest volgens de NZa worden uitgegaan van planbare zorg met goed omschreven prestaties. De voorbereidingen die hiervoor nodig waren, werden vervolgens in gang gezet.

In de oorspronkelijke plannen betekende dit dat vanaf 1 januari 2008:

- een verdere uitbreiding van het B-segment waardoor zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor ruim 70% van de ziekenhuiszorg over de prijzen van de zorgproducten zouden moeten kunnen onderhandelen;
- er zou ook een tijdelijk instrument moeten worden geïntroduceerd voor deze 70% van de ziekenhuiszorg (de maatstafconcurrentie; zie 3.6), dat er toe diende een gematigde prijsontwikkeling en een prikkel voor doelmatigheid in de eerste jaren te garanderen; en
- voor de beschikbaarheid van acute zorg, topklinische en topreferente zorg, opleidingen en dure en weesgeneesmiddelen (AO-segment¹⁶⁰) zou regulering blijven gelden, waarbij prestatiebekostiging een van de uitgangspunten was en waarbij zoveel mogelijk werd aangesloten bij de DBC-systematiek.

Die oorspronkelijke plannen zijn echter weer snel bijgesteld omdat ze niet realistisch bleken te zijn.¹⁶¹

In juni 2007 heeft de NZa een "Monitor Ziekenhuiszorg 2007" uitgebracht. Hierin geeft de NZa aan dat de bestaande omvang van het B-segment te klein was om de marktwerking goed op gang te brengen. Een aanzienlijke vergroting van het segment met vrije prijzen zou volgens de NZa kunnen leiden tot een sterke impuls voor de ziekenhuiszorg. Dit zou dan een positief effect kunnen hebben op kwaliteit, toegankelijkheid én betaalbaarheid van de ziekenhuiszorg.

De Minister besloot het B-segment per 1 januari 2008 uit te breiden naar 20%. Het ging volgens de Minister om DBCs die een goede prestatiebeschrijving hebben en stabiel waren. Tevens werden "economische" criteria meegewogen bij de bepaling van de hiertoe geschikte DBCs.

De minister van VWS had de NZa verzocht om op 1 maart 2008 een tussentijds advies uit te brengen over de mogelijkheden tot uitbreiding van het B-segment in 2009. In het advies van de NZa over de uitbreiding van het B-segment (Utrecht april 2008) heeft de NZa allereerst gekeken naar de

¹⁶⁰ Zie Aanwijzing voorbereiding ziekenhuiszorg 2009, Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 oktober 2007, nr. MC-U-2808582. De prestaties in het AO-segment worden niet rechtstreeks bij patiënten en/of zorgverzekeraars in rekening gebracht. De prestaties betreffen onder andere de beschikbaarheid van spoedeisende hulp, de academische component en de bekostiging van opleiding van medisch specialisten.

¹⁶¹ Zie onder meer: Productstructuur vernieuwd DBC-systeem klaar voor invoering 2010, www.dbconderhoud.nl

ontwikkelingen en verwachtingen in het B-segment. De analyse is gebaseerd op eerdere marktanalyses van de NZa, op een kwalitatief onderzoek uitgevoerd door TNS NIPO en op een kwantitatief onderzoek onder verzekeraars naar de eerste onderhandelingsresultaten in 2008. Vervolgens heeft de NZa een marktanalyse gemaakt van zorg in het A-segment om te kijken of deze zorg in aanmerking komt voor plaatsing in het B-segment.

De NZa constateert dat er diverse positieve ontwikkelingen zijn in het B-segment. Zo is er meer aandacht gekomen voor kwaliteit en innovaties en voor de transparantie daarvan. Ook heeft de introductie van het B-segment geleid tot nieuwe toetreders, en daarmee tot meer concurrentie op de markt en tot meer keuzemogelijkheden voor de consument. Bij het doen ontstaan van innovaties zijn echter wel vraagtekens te stellen. Zo stelt het CVZ:¹⁶² "Hoogervorst ging ervan uit dat de markt zichzelf ging innoveren en dat innovatie vanzelf van de grond kwam. Het CVZ is van mening dat het zo niet werkt. Als een innovatie grote investeringen vergt dan is de bereidheid van investeerders klein. Zeker als er geen uitzicht is dat de investeerders op een redelijk korte termijn terugverdienen wat ze hebben geïnvesteerd. Daarom komt innovatie slecht van de grond."

Daarnaast zijn er volgens de NZa indicaties dat verzekeraars er steeds beter in te slagen om afspraken te maken over de prijs, de kwaliteit en het volume van de ingekochte zorg. De NZa zag dan ook geen reden om aan te nemen dat de prijzen en de volumes in 2008 fors zouden toenemen. De NVZ bevestigt die constatering van de NZa. Wat de NVZ betreft kan het B-segment nog wel groter.¹⁶³

Volumestijging B-segment

Uit verschillende studies¹⁶⁴ was naar voren gekomen dat de volumes in het B-segment in 2006 en 2007 waren gestegen. Zo constateerde Vektis een volumestijging van 10% in 2006, en constateerde het CVZ dat de kosten (dus prijs*volume) in het B-segment in de eerste helft van 2007 met 28,2% waren toegenomen¹⁶⁵. Uit onderzoek van Gupta (in opdracht van de NVZ)¹⁶⁶ komt echter naar voren dat de zorg die in 2005 in het B-segment was opgenomen ook al voordat zij in het B-segment werden geplaatst harder groeide dan veel andere zorgsoorten. Bovendien constateert Gupta dat het volume in 2007 minder hard gegroeid zou dan in 2006.

In haar "Monitor Ziekenhuiszorg 2008" had de NZa vastgesteld dat het B-segment in de periode 2005-2007 gematigd positieve effecten liet zien. Vergroting van het B-segment kon volgens de NZa leiden tot een verdere impuls voor marktwerking in het B-segment en tot positieve effecten voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Er waren volgens de NZa monitor in 2008 onvoldoende indicaties om te veronderstellen dat de voorgestelde uitbreiding van het B-segment per 1 januari 2009 zou leiden tot negatieve effecten op de publieke belangen, kwaliteit, toegankelijkheid

162 Interview CVZ (26 maart 2009).

163 Interview NVZ (19 februari 2009).

164 Zie o.a. Varkevisser et al 2006, p. 38-40.

165 Onder meer Vektis 2008a, Vektis 2007 en CVZ 2007.

166 Gupta Statagists 2008.

en betaalbaarheid. Inmiddels is ook de NZa-monitor ziekenhuiszorg 2009 verschenen die deze conclusies nogmaals bevestigt.¹⁶⁷

Op basis van de "Monitor Ziekenhuiszorg 2008" van de NZa en de positieve ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in de periode 2005-2007 achtte de Minister het verantwoord het B-segment per 2009 vervolgens verder uit te breiden naar 34%. Ook werden de prijzen voor de zorg vrijgegeven waarvoor in de eerste lijn vrije prijzen gelden en die ook als los declarabele prestatie (OVP) wordt aangeboden in de ziekenhuizen. In het interview merkt de NVZ op dat de minister de eerste lijn heel belangrijk vindt. "Het lastige nu is dat je nog te maken hebt met verschillende bekostigingssystemen".¹⁶⁸

Op 18 mei 2009 is de Monitor ziekenhuiszorg 2009 gepubliceerd. De NZa concludeert daarin onder meer dat de omzetsstijgingen over 2008 beperkt zijn. De vraag naar zorg neemt sinds 2004 licht toe, "onder meer door vergrijzing en innovaties in de zorg waardoor mensen meer en beter behandeld kunnen worden". Volgens de NZa is in de periode 2005-2008 "de prijsstijging in het vrije segment structureel lager dan in het segment waarin de prijzen nog gereguleerd zijn".

*Uit: NZa monitor ziekenhuiszorg 2009*¹⁶⁹

Betaalbaarheid

"De betaalbaarheid van de zorg hangt af van hoeveel een consument bereid is om voor deze zorg – collectief – te betalen, hoeveel zorg kost en hoeveel de zorg oplevert in termen van gezondheidswinst. In deze monitor is de NZa voornamelijk ingegaan op de ontwikkeling van de kosten van zorg.

De gegevens over 2008 zijn nog onvolledig. Daarom moeten vooral de omzetgegevens op basis van DIS-data met de nodige zorgvuldigheid worden geïnterpreteerd.

De omzetonwikkeling van het B-segment is specifiek bekeken voor de 'B-tranche 2005'. Het aandeel in DIS van de omzet in deze tranche is in de jaren 2005-2007 vrijwel gelijk gebleven (10%). Het blijkt dat het aandeel in de omzet van deze tranche in 2008 afneemt.

De prijsontwikkeling is gematigd. De nominale prijzen in de 'B-tranche 2005' in 2005-2006 en in 2007-2008 zijn minder hard gegroeid dan in het A-segment. In 2007 was de prijsontwikkeling in het B-segment hoger dan de, door budgetkorting neerwaarts bijgestelde, prijsontwikkeling in het A-segment. Over de totale periode 2005-2008 is de prijsstijging van 'B-tranche 2005' lager dan in het A-segment. Bij de 'B-tranche 2008' is sprake van een opslag op de schoningsprijzen van 2,0%.

De NZa heeft de kostenstijging 2007-2008 van medisch specialisten, die onder de lumpsum vielen, onderzocht. De NZa schat de omzetgroei op ongeveer 8%. Dit getal is nog erg onzeker vanwege beperkt beschikbare informatie over 2008, maar zal waarschijnlijk tussen de 2% en 15% liggen.

De volumeontwikkeling van het B-segment (4,2%) blijft in de periode 2004-2007 iets achter bij de totale volume-

¹⁶⁷ NZa 2009b.

¹⁶⁸ Interview NVZ vereniging van ziekenhuizen (19 februari 2009).

¹⁶⁹ NZa 2009b, p. 9-10.

ontwikkeling (5,2%).

Opvallend is de relatief sterke stijging in het B-segment in 2005. Het lijkt er op dat ziekenhuizen B-segment productie in 2004 hebben uitgesteld tot 2005.

Geconstateerd is dat voor sommige specialismen een aanzienlijke groei in productie wordt behaald. In sommige gevallen komt dit door toename van de vraag,(...). In andere gevallen is er sprake van een verschuiving tussen specialismen (...). Een derde verklaring is dat mogelijk sprake is van een registratie-effect.

De behandelduur neemt nog steeds af en de trend in de substitutie van klinische behandelingen naar dagbehandelingen zet nog steeds door. De NZa wil meer inzicht krijgen in de werkelijke volumeontwikkelingen en zet daarom een nieuw analysekader op, waarin zij voor specifieke diagnosegroepen zowel DBC-registratie als ICD-registratie bekijkt. Het doel hiervan is om inzicht te krijgen in werkelijke volumeontwikkelingen en of eventuele groei voorspeld kan worden. De eerste resultaten duiden op een gematigde groei. Er zijn geen aanwijzingen voor substitutie van het A-segment naar het B-segment of een hogere groei in het B-segment. In volgende monitors komt dit analysekader uitgebreid aan bod.”

Ervaringen met DBCs en invoering DOT's

Mede in het kader van de motie Schouw¹⁷⁰ had de minister de invoering van de DBC-systematiek nauwlettend in het oog gehouden aan de hand van een vooraf uitgewerkt evaluatiekader. In dat evaluatiekader gaf hij aan de resultaten van de invoering te vergelijken met 2005, het jaar waarin de DBCs zijn ingevoerd. Met de betrokken koepels en onderhoudspartijen is vervolgens gewerkt aan een pakket van verbeteringen om enkele onvolkomenheden in de systematiek op te lossen. Deze verbeteringen waren onder meer gericht op het verminderen van de administratieve lasten die specialisten en medewerkers van de ziekenhuizen ervoeren. Daarnaast hebben de betrokken veldpartijen onder regie van VWS het plan DBCs op weg naar transparantie (DOT) opgesteld. Dat heeft inmiddels geleid tot een invoeringstraject waarbij vanaf 1 juli 2009 wordt gestart met de registratie-fase en de invoering van de nieuwe productstructuur per 2011 volledig zal worden ingevoerd. Volgens de heer Moerkamp van VWS¹⁷¹ doet het departement de invoering van prestatiebekostiging “heel voorzichtig”. “Dat gaat stap voor stap (10% - 20% - 34%). Deze minister maakt zich er hard voor om flinke stappen te maken. VWS wil doorpakken naar 70%, want als je blijft hangen dan komt je niet echt tot een markt. In de politieke arena zie je echter toch ook wel terughoudendheid. Niettemin gaat het invoeren van prestatiebekostiging stap voor stap verder. Dhr. Moerkamp denkt wel dat we het point-of-no-return voorbij zijn. Er is niemand die weer terug wil naar budgetsystematiek. De discussie nu is of we in 2010 van het budgetstelsel af kunnen of in 2011.”

De invoering van de DBCs heeft problemen opgeleverd in de GGZ. GGZ Nederland¹⁷² verwoordde dit in een interview als volgt: “Bij de overstap hebben de DBCs wel voor een heel akelig liquiditeitsprobleem gezorgd, waar de GGZ onvoldoende op was voorbereid.” En hij voegt daar nog aan toe: “Omdat de gemiddelde looptijd van een DBC (=looptijd van de behandeling) 8 maanden is, moesten

170 Kamerstukken I 28 944 en Kamerstukken II 2003-2004, 29 379, nr. 1.

171 Interview dhr. Moerkamp, Ministerie van VWS (27 maart 2009).

172 Interview GGZ Nederland (9 maart 2009).

zorgaanbieders in één keer driekwart van de jaaromzet voorschieten. Dat was een aanvangs-probleem, maar is nog niet helemaal opgelost. Op dit moment wordt daar met zorgverzekeraars aan gewerkt. Zorgverzekeraars zullen een voorschot gaan betalen. Over de hoogte van dat voorschot wordt nu nog onderhandeld. Dit is een oplossing voor 2009. Daarnaast wordt er ook gekeken naar een blijvende oplossing”.

Menzis is voorstander van het nieuwe DOT-systeem.¹⁷³ “Het probleem is alleen dat je niet van het ene op het andere moment kunt overschakelen naar een nieuw systeem. Bij de invoering van zo'n nieuw systeem zal je 2-3 jaar beide systemen naast elkaar moeten draaien. Op dit moment loop je met het oude DBC-systeem nog drie jaar achter en die drie jaar zul je eerst nog in moeten halen voordat je volledig met het nieuwe systeem verder kunt werken.”

Samenvatting

Bij de ziekenhuizen is op 1 januari 2005 de DBC-systematiek ingevoerd, waarbij voor aanvankelijk 10% van de zorg vrij over de prijzen met de zorgverzekeraars kon worden onderhandeld. Op basis van de evaluaties van de NZa is stapsgewijs besloten om het vrij onderhandelbare B-segment uit te breiden via 20% naar inmiddels 34%. De NZa heeft er bij herhaling op gewezen dat de ontwikkelingen in het B-segment als positief te kenschetsen zijn. Wel zag de NZa ook risico's bij een verdere uitbreiding van het B-segment in de zin dat zorgaanbieders hogere prijzen zouden kunnen vragen voor de geleverde zorg. Inmiddels blijkt uit de NZa monitor ziekenhuiszorg 2009 dat de omzetsstijgingen over 2008 beperkt zijn. Volgens de NZa is over de periode 2005-2008 de prijsstijging in het vrije B-segment structureel lager dan in het A-segment waarin de prijzen nog gereguleerd zijn. Over de omzetgegevens op basis van DIS-data tekent de NZa daarbij aan dat deze “met de nodige zorgvuldigheid worden geïnterpreteerd”.

Het is duidelijk dat er nog steeds grote technische uitvoeringsproblemen rond de DBCs bestaan. Bovendien bestaan er problemen rond de specialistenhonoraria (in het bijzonder de normtijden per DBC). Tenslotte moet worden gewezen op de problemen die bestaan over het splitsen van de kapitaal-lasten over het A- en B-segment. Dit vormde de belangrijkste reden waarom er begin 2009 nog nauwelijks contracten met zorgverzekeraars en ziekenhuizen waren gesloten. Daarnaast waren er uitvoeringsproblemen na de overheveling van een deel van de GGZ naar de Zvw.

Inmiddels hebben de veldpartijen onder regie van het ministerie van VWS het plan “DBC's op weg naar transparantie” opgesteld. Het is de bedoeling dat die nieuwe verbeterde productstructuur zal per 2011 worden ingevoerd. Het blijft daarbij vooralsnog onzeker of een verdere doorvoering van de prestatiebekostiging en liberalisering en uitbreiding van het B-segment haalbaar is. Wel is duidelijk dat de stapsgewijze en voorzichtige aanpak tot nu toe in het algemeen niet op onoverkomelijke problemen is gestuit.

¹⁷³ Interview Menzis (31 maart 2009).

Casus Liberalisering vrije tarieven fysiotherapeuten

Op de markt voor fysiotherapie is op 1 februari 2005, tegelijk bij de invoering van de WTG ExPres, een experiment gestart met vrije prijsvorming. Dit experiment is een goede testcase voor de mogelijkheden die aanvankelijk het instrumentarium van de artikel 11 van de WTG (zoals gewijzigd door de WTG Expres) en vanaf 1 oktober 2006, artikel 58 van de Wmg, biedt.

Fysiotherapeuten en verzekeraars mochten vanaf februari 2005 zelf afspraken maken over de prijs van het geleverde product. Daarnaast stond het hen al vrij om afspraken te maken over de kwaliteit, het volume en de investeringen en was er sprake van contracteervrijheid voor zorgverzekeraars. Een belangrijke reden om het experiment in de fysiotherapie sector te beginnen was de aanwezigheid van voldoende aanbieders op de markt.

Doelstelling van het experiment was om inzicht te krijgen in de gevolgen van vrije tariefvorming voor de doelmatigheid, de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg.

In de monitor fysiotherapie 2006 is een eerste evaluatie van het experiment opgenomen.¹⁷⁴ De belangrijkste resultaten van het experiment waren dat:

- de introductie van marktwerking nog geen aanwijsbare positieve invloeden hadden gehad op de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De publieke belangen waren echter ook niet in het geding gekomen;
- de kwaliteit van de zorg was geborgd doordat er in de contracten minimumkwaliteitseisen zijn opgenomen;
- de toegankelijkheid was geborgd doordat verzekeraars ruim contracteerden en er geen wachtlijsten voor fysiotherapeuten waren;
- de betaalbaarheid was geborgd doordat de meeste patiënten aanvullend verzekerd waren voor fysiotherapie. Wel waren in twee jaar de reële prijzen voor een reguliere zitting met 16 procent gestegen. Deze prijsstijging werd door de marktpartijen echter verklaard door het feit dat het tarief in het verleden te laag was en het volgens hen nodig was om dit tarief naar een redelijker niveau te verhogen. Het was niet bekend op welke manier deze verhoging was doorgerekend in de polissen.
- door de introductie van marktwerking is er meer dynamiek op de markt ontstaan. De meeste verzekeraars boden een menu van tarieven aan. Fysiotherapeuten konden daardoor uit verschillende tarieven kiezen. Doordat de tariefopslag was gekoppeld aan eisen op het gebied van doelmatigheid, kwaliteit en transparantie waren er prikkels voor fysiotherapeuten om hierin te investeren.

De minister verlengde vervolgens het tweejarige experiment met nog een jaar. Dit was in overeenstemming met het advies van de NZa, toen nog CTG/ZAio (College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit in oprichting), in de monitor fysiotherapie 2006. De reden was dat de markt op een aantal terreinen nog niet goed genoeg functioneerde om tot volledig vrije prijsvorming over te gaan. Het jaar verlenging zou de partijen de gelegenheid bieden om de transparantie op het gebied van de kwaliteit en de prijs te verbeteren. Daarnaast bood het de mogelijkheid om beter inzicht te krijgen in

¹⁷⁴ NZa 2006b.

de werking van de markt op het gebied van de prijsontwikkeling. Als op deze punten verbetering zou optreden, kon naar de mening van de NZa de markt voor fysiotherapie worden vrijgegeven.

De uitgaven aan fysiotherapeutenpraktijken stegen in 2006 aanzienlijk: met veertien procent. Dit kwam volgens zorgverzekeraars en fysiotherapeuten door een inhaalslag naar marktconforme tarieven.¹⁷⁵ De contractprijzen voor fysiotherapie zijn vervolgens in 2007 gemiddeld met ruim twee procent gestegen.¹⁷⁶ Na correctie voor inflatie was de stijging nihil. De prijzen zijn dan ook in 2007 gestabiliseerd. De betaalbaarheid bleef hierdoor volgens de NZa dan ook geborgd.

In de Monitor Fysiotherapie 2007¹⁷⁷ adviseerde de NZa om per 1 januari 2008 vrije prijsvorming voor fysiotherapie in te voeren. Daarbij baseerde de zorgautoriteit zich op de bevindingen die sinds 2005 experimenteel met vrije prijsvorming in de fysiotherapie waren opgedaan. Het experiment met vrije prijsvorming in de fysiotherapie vloeide voort uit de motie-Schippers in de Tweede Kamer.¹⁷⁸

Vanaf 1 januari 2008 zijn dan ook de vrije marktprijzen¹⁷⁹ voor fysiotherapie ingevoerd,¹⁸⁰ terwijl al vanaf 1 januari 2006 verplichting van een verwijfsbrief is afgeschaft. Met zijn besluit volgde de minister het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De fysiotherapie zou wel onder toezicht van de NZa blijven staan¹⁸¹. De kaders van de Wmg blijven dan ook van toepassing, waarmee de fysiotherapie onder het toezicht blijft vallen van de NZa. Daarmee blijft tevens een instrument voorhanden om, indien de markt voor fysiotherapie zich alsnog naar het oordeel van de NZa en de minister onaanvaardbaar zou ontwikkelen in relatie tot de publieke belangen, de tarieven aan een maximum te binden.

De belangrijkste bevinding van de NZa in 2007 was dat de forse toename van het tarief, zoals die zich aan het begin van het experiment voordeed, tot staan was gekomen. De prijs had zich gestabiliseerd op een niveau dat zowel voor zorgverzekeraars als fysiotherapeuten aanvaardbaar was. Op grond van de bevindingen trok de NZa de conclusie dat de vrije prijsvorming geen hindernissen opwierp ten aanzien van de 'publieke belangen' (kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid). De hoge contracteringsgraad werkte positief uit op de toegankelijkheid. De gecontracteerde prijzen waren ten opzichte van 2006 nauwelijks gestegen (nominaal 2%).

In 2008 bezocht ongeveer 20 procent van de Nederlandse bevolking ten minste één keer de fysiotherapeut. Van de vrouwen ging bijna 23 procent, van de mannen 16 procent.¹⁸² Het percentage is

175 Bronnen: CBS, 16 mei 2007 en ZN Journaal, 2007, nr. 20.

176 NZa 2007a.

177 NZa 2007a.

178 Handelingen II 2004-2005, 29 200 XVI, nr.139 (Motie Schippers).

179 Hierbij gaat het om vrije tarieven zoals bedoeld in artikel 57, vierde lid, onder c, van de Wmg.

180 Nieuwsbericht ministerie van VWS, 23 augustus 2007 en Kamerstuk (brief minister van VWS), 23 augustus 2007.

181 Zie hiervoor onder meer: Aanwijzing inzake invoering vrije prijsvorming fysiotherapie, Staatscourant, 23 november 2007, nr. 228, p. 27 en Aanwijzing werkingsfeer van de aanwijzingen vrije prijsvorming fysiotherapie en oefentherapie, Staatscourant, 16 januari 2008, nr.11, p.18.

182 CBS, Eén op de vijf Nederlanders naar fysiotherapeut, persbericht 1 december 2008.

het hoogst bij vrouwen van 65 jaar of ouder. Het aantal bezoeken is de laatste decennia snel toegenomen. In 1981 bezocht nog geen 7 procent van de bevolking de fysiotherapeut. Het aandeel is de laatste 26 jaar dus bijna verdrievoudigd. Vooral de laatste jaren is het percentage bezoekers aan de fysiotherapeut relatief sterk toegenomen. Een mogelijke verklaring voor de sterke stijging vanaf 2006 is volgens het CBS het feit dat mensen geen verwijfsbrief van de huisarts meer nodig hebben voor bezoek aan de fysiotherapeut. Het is echter onduidelijk hoe belangrijk deze verklaring is. Over de ontwikkelingen rond fysiotherapie zijn door de Nza geen recente monitorrapportages meer uitgebracht.

Samenvatting

Net als bij de ziekenhuizen is ook bij de fysiotherapie begin 2005 gestart met de invoering van een experiment met vrije prijsvorming. Na monitoring door de NZa verlengde de minister het aanvankelijk tweejarige experiment met nog een jaar. Ook hier deden zich aanvankelijk problemen voor. Na een aanvankelijk sterke stijging van de contractprijzen stabiliseerden die zich waardoor volgens de NZa, de betaalbaarheid geborgd bleef. Dat leidde er toe dat op 1 januari 2008 vrije marktprijzen voor fysiotherapie zijn ingevoerd. Uit de meest recente cijfers van het CBS (16 mei 2007) blijkt wel dat over de laatste jaren er sprake is van een toename van het aantal bezoeken aan de fysiotherapeut. De oorzaak achter deze stijging is niet duidelijk. Vooral opmerkelijk is ook het achterwege blijven van een analyse van de NZa van deze ontwikkelingen. Bij een dergelijk unieke situatie, het eerste voorbeeld waarbij de prijsvorming in een markt werd vrijgegeven onder de relatief gunstige conditie van een overaanbod van zorgaanbieders, zou verwacht mogen worden dat ook na afloop van het experiment de vinger aan de pols wordt gehouden, om na te gaan hoe de kosten zich ontwikkelen en of hier inderdaad sprake is van een steeds efficiënter werkende markt. Door het ontbreken van een dergelijke analyse is het niet mogelijk om vast te stellen of de ontwikkelingen rond fysiotherapie nog steeds zijn zoals gewenst en wordt de kans gemist om uit deze situatie lering te trekken.

3.6 Welke knelpunten en problemen doen zich voor bij de toepassing van de instrumenten tot kostenbeheersing?

Wat betreft het aspect kostenbeheersing in de Wmg ligt het belangrijkste, nieuwe, knelpunt op het spanningsveld tussen de beoogde tot standkoming van efficiënt werkenden (deel-) markten in de gezondheidszorg en de behoefte aan een effectief instrumentarium om collectief gefinancierde zorguitgaven te kunnen beheersen.

In deze paragraaf gaan we allereerst in algemene zin in op de aanwijzingsbevoegdheid van de Minister, vervolgens bespreken we kort het ontstaan en verdwijnen van een bijzonder instrument: de maatstafconcurrentie om af te sluiten met een beschouwing van de knelpunten die verbonden zouden zijn aan de –voorgenomen- introductie van een nieuw prijsbeheersingsinstrument.

3.6.1 Knelpunten bij het uitoefenen van de aanwijzingsbevoegdheid

Volgens de memorie van toelichting regelt artikel 7, lid 1, onder c, Wmg, dat de minister kan bepalen dat in sectoren waar er sprake is van tariefregulering moet worden bezuinigd dan wel meer geld beschikbaar moet worden gesteld. Deze bevoegdheid raakt een wezenlijk belang van de overheid: 'dat de totale kosten van onze gezondheidszorg in het nationaal uitgavenpatroon aanvaardbaar (...) blijven'.¹⁸³ Niet zonder reden verwijst de considerans van de Wmg dan ook naar "de beheerste kostenontwikkeling in de gezondheidszorg".

De introductie van vrije prijsvorming voor deelsectoren van de gezondheidszorg (zoals in B-segment van de DBCs bij de ziekenhuizen en de fysiotherapie), betekent dat partijen in principe vrij zijn bij het maken van prijs- en volumeafspraken. Eerder is al betoogd dat het in principe weliswaar mogelijk is om op grond van macrobudgettaire overwegingen ook in een 'vrije' markt prijsmaatregelen te nemen. Echter, vanuit een Europeesrechtelijk perspectief vraagt dit om toetsing aan de voorwaarden voor afwijking van het Verdrag en vanuit een economisch perspectief vraagt dit om de bereidheid om de efficiency van efficiënt functionerende geliberaliseerde markten te beperken (zie paragraaf 2.7)

Op dit moment is de vrije markt voor de ziekenhuizen al een deelrealiteit: voor gemiddeld 34% van de ziekenhuiszorg is er sprake van vrije prijsvorming. Voor de overige 66% worden de tarieven gereguleerd door de NZa. Uitbreiding van het B-segment is nog steeds een reële beleids optie. Wanneer in de toekomst hooguit 30% tot 40% van de ziekenhuiszorg nog tariefregulering kent, en besloten wordt het vrije deel buiten de macrobudgettering te laten vallen, dan zou de kostenbeheersing via die 30-40% verlopen. Dit zou tot een onevenredig grote ingreep in het A-segment leiden. Ook is hierbij nog een ander effect mogelijk: wat in de gereguleerde zorg (A-segment van de ziekenhuizen) wordt gekort, verdienen zorginstellingen met prestaties en tarieven in het vrije segment weer terug, om zo de mogelijke verliezen goed te kunnen maken. Deze overwegingen zouden er toe kunnen leiden dat de omvang van de toegestane marktwerking in de zorg mede - of wellicht vooral - wordt ingegeven door overwegingen die niets te maken hebben met de vraag of een bepaalde markt geschikt is voor liberalisering, maar met de wens de macro-uitgaven in de zorg te beheersen¹⁸⁴.

De memorie van toelichting wijst op de mogelijkheid dat op deelmarkten met vrije tariefvorming andere middelen bestaan om de macrokosten te beheersen en daarmee de betaalbaarheid van de zorg te bewaken, bijvoorbeeld door aanpassing van de verzekeringswetgeving.¹⁸⁵ Die mogelijkheden blijken echter op grond van internationale verdragsbepalingen (zie hoofdstuk 4 evaluatie Zvw/Wzt) zeer beperkt te zijn. Aanpassingen van het basispakket, of verhoging van eigen bijdragen, of het verlagen van de zorgtoeslag, zijn bovendien niet eenvoudig door te voeren zonder maatschappelijk en politiek protest van enige omvang en de grenzen van die mogelijkheid zullen betrekkelijk snel in zicht komen.

¹⁸³ Kamerstukken II 1967-1968, 9717, nr.3, p.6.

¹⁸⁴ Zie Meersma en VerLoren van Themaat 2005, p.2086.

¹⁸⁵ Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.30.

3.6.2 Knelpunten bij de beoogde invoering van maatstafconcurrentie

Een belangrijk uitgangspunt bij de vormgeving van de prijsbeheersing was dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders primair zelf verantwoordelijk zijn voor doelmatige en kwalitatief goede zorg. De minister vond het aanvankelijk belangrijk om, bij wijze van overgangsfase, gedurende een aantal jaren een systeem van prijsbeheersing per zorgaanbieder te hanteren: het systeem van maatstafconcurrentie. Dit systeem van prijsbeheersing was gebaseerd op één van de varianten die CTG/ZAio, de voorganger van de NZa, had uitgewerkt in de Uitvoeringstoets Ziekenhuisbekostiging. Het instrument van maatstafconcurrentie zou niet worden toegepast op individuele DBCs, maar op de totale productie van een zorgaanbieder in een jaar. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders konden daarbij vrij onderhandelen over de prijzen van integrale DBCs (inclusief de kosten voor onder andere de kapitaallasten en medisch specialistische zorg). Per DBC zou door de NZa moeten worden bepaald wat een normprijs was voor deze DBC. De normprijs per DBC zou dan moeten worden gebaseerd op de gemiddelde landelijke prijs- en/of kostenontwikkeling en voorafgaand aan de contractonderhandelingen bekend moeten worden gemaakt aan de aanbieders. De tijdelijke prijsbeheersing moest deze verantwoordelijkheid dus niet afremmen en diende alleen als extra veiligheid voor het geval de onderhandelingen tussen een aanbieder en verzekeraars tot te hoge prijzen zou leiden. De NZa zou daarom dan ook alleen bij relatief dure zorgaanbieders ingrijpen. De uitbreiding van vrije prijsvorming zou nauwgezet worden gevolgd en drie jaar na de uitbreiding worden geëvalueerd op basis van toetsingscriteria die zijn ontwikkeld. Wanneer de resultaten van de evaluatie positief waren, zou een einde worden gemaakt aan de prijsbeheersing.

Bij de introductie van de zogenaamde maatstafconcurrentie zou de prijs van een prestatie worden vastgesteld op basis van efficiëntievergelijking. De meest efficiënte instellingen vormen in zo'n geval de efficiëntiegrens. De tarieven zouden voor de meest efficiënte instellingen een prikkel moeten vormen om hun niveau van efficiëntie steeds verder te verbeteren. Minder efficiënte instellingen zouden een stimulans moeten krijgen om die verbetering bij te houden. De niet efficiënte instellingen zouden aldus worden geprikkeld hun bedrijfsprocessen zo in te richten dat zij op het efficiënte niveau terecht komen. Bij deze methode moest uiteraard rekening worden gehouden met structurele, niet beïnvloedbare verschillen tussen de verschillende instellingen. Ook zou voor een goede vergelijking en beoordeling van de efficiëntie informatie nodig zijn over de kwaliteit van zorg. Efficiëntieverbetering mocht immers niet ten koste gaan van de kwaliteit. Teneinde dat te kunnen beoordelen moest de zorgautoriteit over kwaliteitsinformatie beschikken. Die zou ze vervolgens van de IGZ betrekken. Ook zouden de zorgautoriteit en IGZ afspraken moeten maken over het opvragen van eventueel noodzakelijke aanvullende informatie. Voor een goede vergelijking zou de zorgautoriteit immers moeten afgaan op methoden van kwaliteitsmeting die de IGZ hanteert. In de Wmg was daarvoor de wettelijke basis geregeld.

Op de mogelijke invoering van de maatstafconcurrentie is veel kritiek gekomen. Dat betrof vooral de koppeling van maatstafconcurrentie aan macrokortingen. Zo werd gesteld dat wanneer het kabinet uit budgettaire overwegingen tot een aanscherping van de maatstaf zou overgaan, er de facto geen

sprake meer zou zijn van maatstafconcurrentie, maar van macrobudgettering.¹⁸⁶ Als de overschrijdingen van het BKZ door een volumegroei die hoger is dan was verwacht, zou leiden tot een verlaging van het prijsplafond, zou de maatstaf als een landelijk 'sluittarief' gaan fungeren om zo een politiek gewenst macrobudget te realiseren. Dit zou 'verlammend gaan werken op de bereidheid om daadwerkelijk te investeren in de kwaliteit van de zorgverlening, omdat het voor partijen onzeker is of de gemaakte afspraken nog haalbaar zijn als het prijsplafond neerwaarts wordt bijgesteld'.¹⁸⁷

Bovendien kon een verlaging van het prijsplafond tot prikkels voor individuele ziekenhuizen en specialisten gaan leiden om daarop te anticiperen door het extra opvoeren van de productie. Er zou dan mogelijk een spiraal van extra productie en lagere prijzen kunnen ontstaan. Een dergelijke ontwikkeling zou hoogstwaarschijnlijk niet alleen tot overproductie leiden maar zou op termijn ook politiek onhoudbaar zijn. Bovendien was de kritiek dat de kwaliteit niet goed te meten was en daarmee dus ook de efficiency.¹⁸⁸

De ontwikkelde vorm van maatstafconcurrentie, met als essentieel onderdeel de koppeling aan een macrobudgettair kader, heeft veel kritiek gekregen. De mogelijk negatieve prikkel tot overproductie die van dit systeem uit kan gaan staat haaks op het beoogde doel, waardoor ernstig getwijfeld moet worden aan de mogelijke effectiviteit.

3.6.3 Een nieuw prijsbeheersingsinstrument?

Inmiddels heeft de minister bij de Tweede Kamer aangekondigd dat hij werkt aan de ontwikkeling van een prijsbeheersingsinstrument.¹⁸⁹ De NZa heeft echter in de recente monitor ziekenhuiszorg 2009 geconcludeerd,¹⁹⁰ dat de veranderingen in de ziekenhuisbesteding een positief effect hebben op de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de ziekenhuiszorg. De prijzen in het vrije segment stegen minder hard dan in het deel van de ziekenhuiszorg waar vaste prijzen gelden. Tegelijkertijd constateert de NZa dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars er nog aan moeten wennen dat zij voor een groot deel van de markt ook over prijzen en de kwaliteit moeten onderhandelen. De onderhandelingen hierover voor 2009 waren in de lente van 2009 nog altijd niet afgerond¹⁹¹. Vanwege deze resultaten adviseert de NZa VWS haar beleid in 2010 niet te wijzigen, maar verder te bouwen aan prestatiebesteding. Een eventuele invoering van maximum prijzen zou de positieve

186 Zie Schut 2007.

187 Schut 2007.

188 Zie Douven et al. 2007, p.631-633.

189 Zie hiervoor onder meer: Handelingen II 2007–2008, 29 248, nrs. 50 en 52 en Brief Minister VWS aan NZa van 10 oktober 2008, kenmerk CZ/TSZ/2880625 en Advies NZa Prijsbeheersinginstrument, brief van 29 oktober 2008 aan minister VWS, kenmerk MVRN/thok/A/729/08000 37366.

190 NZa 2009b.

191 Dat heeft vooral te maken met de schoning van het A-segment en de introductie van kapitaallasten in de DBCs. Juridisch is dat voornog niet problematisch vanwege de doorloop van de contracten ook na de contractsdatum op grond van de redelijkheid en billijkheid en het feit dat ziekenhuizen eventueel rechtstreeks de zogenaamde pasanteprijzen bij patiënten in rekening zouden kunnen brengen.

effecten van het huidige systeem teniet doen en de effecten van prestatiebekostiging in 2011 negatief beïnvloeden, aldus de NZa.

Van belang is verder dat het CBS in een persbericht over de meest recente cijfers over 2008 meldt, dat in dat jaar de uitgaven aan de zorg, gezondheids- en welzijnszorg tezamen, 79 miljard euro, 6,2% meer bedroegen dan in 2007. In de periode 2004-2008 zijn de uitgaven aan zorg volgens het CBS steeds harder gaan groeien. Voor de ziekenhuiszorg is het CBS uitermate voorzichtig en algemeen. Voor de volume-ontwikkeling spreekt het CBS uit dat voor het B-segment en de afschaffing van de vaste vergoeding voor medisch specialisten **lijken** te hebben geleid tot een toename van het aantal geleverde zorgdiensten. Opvallend is dat het CBS bij de presentatie van de cijfers geen onderscheid maakt tussen de uitgaven aan ziekenhuiszorg en de uitgaven van de medisch specialisten, terwijl de NZa dat onderscheid wél maakt. Bovendien is het CBS wel erg voorzichtig met het trekken van de conclusie dat het aantal zorgdiensten zou zijn toegenomen. Daaruit zou kunnen worden afgeleid dat men ook zelf niet veel geloof hecht aan de eigen cijfers.

Uit: Persbericht Centraal Bureau voor de Statistiek 14 mei 2009

De uitgaven aan ziekenhuiszorg en specialistenpraktijken zijn in 2008 met 7,1 procent gestegen ten opzichte van 2007. De uitbreiding van het deel van de ziekenhuiszorg waarover vrij onderhandeld kan worden tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, het zogenoemde DBC-B segment, en de afschaffing van de vaste vergoeding voor medisch specialisten, de zogenoemde lumpsum, **lijken** (vet projectgroep) te hebben geleid tot een toename van het aantal geleverde zorgdiensten.

In deze situatie, waarin kennelijk nog wel enige onduidelijkheid is over de reële kostenontwikkelingen in de geliberaliseerde delen van de zorgmarkt, waarin zeker positieve ontwikkelingen zichtbaar lijken te zijn, is het de vraag of het verstandig is over te gaan tot het inzetten van een nieuw instrument van prijsbeheersing, met als risico dat daarmee ontwikkelingen die uiteindelijk leiden tot efficiënt werkende markten en daarmee een doelmatiger gezondheidszorg in de kiem worden gesmoord.

Samenvattend constateren we dat in gereguleerde delen van de zorg het instrumentarium voor het ingrijpen in tarieven om zo het macrobudget te kunnen bewaken voor handen is. In geliberaliseerde delen van de zorg zijn er knelpunten verbonden aan de toepassing van bezuinigingen op grond van macrobudgettaire overwegingen. Ingrijpen in de prijzen in een geliberaliseerde markt verzet zich enerzijds tegen het Verdrag, maar ook tegen de wens om de efficiency van geliberaliseerde markten te vergroten. Het te vroeg ingrijpen kan de prille ontwikkeling van geliberaliseerde markten in de kiem smoren. Te laat ingrijpen kan leiden tot grote overschrijdingen van het BKZ. Het beperken van ingrepen tot dat deel van de zorg dat nog niet geliberaliseerd is, leidt tot een onevenredig grote aanslag op dat deel van de zorg. Overige maatregelen als het beperken van het basispakket of het verhogen van eigen bijdragen zijn ook niet zonder problemen.

3.7 Conclusies inzake effectiviteit en de tekortkomingen van het instrumentarium tot kostenbeheersing van de Wmg

De Wmg kent diverse instrumenten om kostenbeheersing te bewerkstelligen. Deze instrumenten moeten met elkaar in samenhang worden gezien. Het instrumentarium van de Wmg is breed en deels toepasbaar op deelmarkten waarin regulering voorop staat en deels toepasbaar in meer geliberaliseerde delen van de gezondheidszorg.

Tariefregulering gebeurt door de NZa, aan de hand van door haar opgestelde beleidsregels en voor zover aan de orde na een daartoe strekkende aanwijzing van de minister van VWS.

Die beleidsregels van de NZa kunnen diverse vormen van tariefregulering en prestatiebeschrijvingen inhouden, variërend van vrij onderhandelbare tarieven tot strikte tariefregulering. Tariefmaatregelen kunnen ook op grond van de Wmg op macrobudgettaire overwegingen zijn gebaseerd.

De verhouding tussen kostenbeheersingsmaatregelen op basis van de Wmg in relatie tot de regeling van de aanspraken op zorg op basis van de AWBZ en de Zvw kan spanningen opleveren. Echter de rechter laat de overheid enige ruimte om op basis van macrobudgettaire overwegingen beperkingen op het recht op zorg vast te stellen.

Op basis van de rechtspraak van het Europese Hof kan worden beargumenteerd dat de kans groot zou zijn dat het Hof tariefvoorschriften voor het A-segment en wat betreft de honorariumcomponent ook voor het B-segment, in principe strijdig zou kunnen oordelen met het vrij verkeer van diensten en de vrije vestiging. Wel bestaan er goede argumenten voor een mogelijke rechtvaardiging van die strijdigheid voor de huidige tariefstructuur. Daarvoor is van groot belang dat zeer zorgvuldig moet worden nagegaan of bepaalde prestaties die nu nog in het gereguleerde A-segment zijn ondergebracht niet naar het vrij onderhandelbare B-segment kunnen worden overgeheveld. Een eventuele terugkeer naar regulering, door bijvoorbeeld prestaties uit het B-segment terug te plaatsen naar het A-segment, vereist overigens een nadrukkelijke onderbouwing, waarbij wordt aangetoond dat wordt voldaan aan de vier voorwaarden waaronder het gerechtvaardigd is om de door het verdrag gewaarborgde fundamentele vrijheden te belemmeren. Deze voorwaarden zijn dat de terugkeer zonder discriminatie moet worden toegepast, beantwoorden aan dwingende redenen van algemeen belang en geschikt zijn om de verwezenlijking van het nagestreefde doel te waarborgen en niet verder mogen gaan dan nodig is voor het bereiken van dat doel.¹⁹² Terugkeer vraagt dus om een nadrukkelijke en gedocumenteerde onderbouwing.

Een probleem bij de beoordeling van de kostenontwikkeling in het B-segment in de ziekenhuizen is dat er nog onduidelijkheid bestaat over de reële kostenontwikkelingen. Er worden weliswaar positieve ontwikkelingen gesignaleerd, maar een eenduidig inzicht in de ontwikkelingen ontbreekt. Het is dan ook bijzonder lastig om op dit punt tot een onderbouwde beslissing te komen of nu moet worden ingegrepen in de kostenontwikkeling of dat er ruimte geboden moet worden aan de zich ontwikkelende markten. Enerzijds zouden de positieve signalen aanleiding moeten zijn tot een 'handen af' beleid, waardoor betrokken partijen de ruimte krijgen te werken aan verdere

192 Zie arresten HvJEG van 30 november 1995, Gebhard, C-55/94, Jurispr. blz. I-4165, punt 37, en 4 juli 2000, Haim, C-424/97, Jurispr. blz. I-5123, punt 57, en arrest HvJEG Mac Quen e.a., C-108/96, Jurispr. blz. I-837, punt 26.

ontwikkeling van dit geliberaliseerde deel van de zorgmarkt. Anderzijds rust er ook een verantwoordelijkheid bij de overheid om de totale uitgaven te beheersen en zou vanuit deze verantwoordelijk gekozen kunnen worden voor een vorm van kostenbeheersing, maar dan alleen wanneer in de deelsector na een aantal jaren blijkt dat effectieve concurrentie onvoldoende van de grond komt en resulteert in een excessieve groei van de betreffende zorguitgaven.

Net als bij de ziekenhuizen is ook bij de fysiotherapie begin 2005 gestart met de invoering van een experiment met vrije prijsvorming. Na monitoring door de NZa verlengde de minister het aanvankelijk tweejarige experiment met nog een jaar. Ook hier deden zich aanvankelijk problemen voor. Na een aanvankelijk sterke stijging van de contractprijzen stabiliseerden die zich waardoor, volgens de NZa, de betaalbaarheid geborgd bleef. Dat leidde er toe dat op 1 januari 2008 vrije marktprijzen voor fysiotherapie zijn ingevoerd. Uit de meest recente cijfers van het CBS blijkt dat de laatste jaren sprake is van een toename van het aantal bezoeken aan de fysiotherapeut. De oorzaak achter deze stijging is niet duidelijk. Vooral opmerkelijk is ook het achterwege blijven van een analyse door de NZa van deze ontwikkelingen. Bij een dergelijk unieke situatie, het eerste voorbeeld waarbij de prijsvorming in een markt werd vrijgegeven onder de relatief gunstige conditie van een overaanbod van zorgaanbieders, zou verwacht mogen worden dat de vinger aan de pols wordt gehouden, om na te gaan hoe de kosten en volume zich ontwikkelen en of hier inderdaad sprake is van een steeds efficiënter werkende markt en of daarmee inderdaad wordt bijgedragen aan de publieke belangen: toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Door het ontbreken van een dergelijke analyse is het niet goed mogelijk om vast te stellen of de ontwikkelingen rond fysiotherapie zijn zoals gewenst en wordt de kans gemist om uit deze situatie lering te trekken.

Het spanningsveld tussen het bewaken van een macrobudget enerzijds en het opgang brengen van markten anderzijds. Dit spanningsveld komt voort uit de wens om voor iedereen zo goed mogelijke zorg te kunnen leveren tegenover de wens om op macroniveau de kosten te beheersen. In gereguleerde delen van de zorg is het instrumentarium voor het ingrijpen in tarieven om zo het macrobudget te kunnen bewaken voor handen, zoals ook geïllustreerd wordt in de casus rond orthodontie. In geliberaliseerde delen van de zorg zijn er knelpunten verbonden aan de toepassing van bezuinigingen op grond van macrobudgettaire overwegingen. Ingrijpen in de prijzen in een geliberaliseerde markt verzet zich enerzijds tegen het EG Verdrag, maar ook tegen de wens om de efficiency van geliberaliseerde markten te vergroten. Het te vroeg ingrijpen kan de prille ontwikkeling van geliberaliseerde markten in de kiem smoren. Te laat ingrijpen kan leiden tot overschrijdingen van het BKZ en kan leiden tot een afwenteling van bezuinigingsmaatregelen op het (nog) niet geliberaliseerde deel van de zorg. Overige maatregelen om structurele overschrijdingen van het BKZ tegen te gaan - zoals het beperken van het basispakket of het verhogen van eigen bijdragen - zijn ook niet zonder problemen.

3.8 Oplossingsrichtingen voor de gesignaleerde knelpunten

Met het toepassen van tariefmaatregelen in gereguleerde delen van de zorg is al ruime ervaring opgedaan. De nadelen, zoals het ontstaan van wachtlijsten, waren aanleiding om te zoeken naar nieuwe mogelijkheden. Met de introductie van de Zorgverzekeringswet is gekozen voor de introductie

van gereguleerde concurrentie, naast volledige regulering, als oplossingsrichting voor de problemen die samenhangen met de kostenbeheersing in volledig gereguleerde delen van de zorg.

In dit hoofdstuk zijn we dieper ingegaan op de toepassing van instrumenten voor kostenbeheersing in de geliberaliseerde delen van de gezondheidszorg. Met de introductie van gereguleerde concurrentie wordt ondermeer beoogd te komen tot een efficiënter zorgaanbod: de kosten voor individuele zorgprestaties zouden hierdoor lager kunnen worden. Echter door het toepassen van een vorm van prijsbeheersing in een geliberaliseerde markt op grond van macrokostenoverwegingen zou dit proces gefrustreerd kunnen worden.

De meest voor de hand liggende oplossingsrichting is dan ook het achterwege laten van maatregelen voor prijsbeheersing op grond van macrokostenoverwegingen. Echter dit kan ertoe leiden dat als de zorgkosten in het geliberaliseerde segment harder stijgen dan begroot (bijvoorbeeld doordat meer zorg van hogere kwaliteit wordt geleverd), de stijgende uitgaven worden afgewenteld op het gereguleerde segment, teneinde binnen het BKZ te blijven. Om een dergelijke afwenteling te voorkomen zou het geliberaliseerde deel buiten het BKZ geplaatst moeten worden. Teneinde de markt een reële kans te geven zou voorts de reguleringszekerheid moeten worden geboden dat in sectoren waarin de prijzen vrijgegeven zijn gedurende een aantal (bijvoorbeeld 3) jaren geen prijsinterventies plaatsvinden. Wanneer na afloop van die periode blijkt dat de markt niet goed werkt (en binnen afzienbare tijd niet goed kan werken) en er sprake is van een onevenredige kostenstijging, dan zou alsnog tot prijsmaatregelen kunnen worden besloten en zou de betreffende sector weer onder het BKZ kunnen worden gebracht.

In ieder geval is het van groot belang dat de NZa in alle inmiddels geliberaliseerde deelmarkten de prijs- én volume-ontwikkelingen intensief blijft monitoren. Thans gebeurt dat wel bij de ziekenhuizen (B-segment) maar niet bij fysiotherapie. Slechts bij intensieve monitoring is het mogelijk om vast te stellen in welke mate sprake is van het ontstaan van efficiënte markten, en inzicht in de vraag in hoeverre deze markten inderdaad bijdragen aan de publieke belangen. Pas dan kan lering worden getrokken uit deze ontwikkelingen voor andere nog te liberaliseren markten.

Een goede monitoring is ook van belang omdat een terugkeer van geliberaliseerde prijzen naar prijsregulering, Europeesrechtelijk niet eenvoudig is te realiseren en een goed onderbouwde rechtvaardigingsgrond zou vereisen.

Tenslotte valt te overwegen om zorgverzekeraars, respectievelijk zorgkantoren, een grotere verantwoordelijkheid te geven in de bewaking van de kostenontwikkeling. Het zijn de zorgverzekeraars en de zorgkantoren die onderhandelen over prijzen en volumes. In die onderhandelingen zouden verzekeraars en zorgkantoren een groter belang moeten gaan krijgen bij het bewaken van de totale kostenontwikkeling. Dit mechanisme zou meer maatwerk kunnen opleveren dan de meer generieke maatregelen die een overheid ter beschikking staan.

4

De Wmg en de versterking van de positie van de consument door keuze-informatie

Mr drs R. Coppen, NIVEL
Dr J.D. de Jong, NIVEL
Prof dr ir R.D. Friele, NIVEL

4.1 Inleiding

Zoals aangekondigd in hoofdstuk 1 zal dit hoofdstuk zich richten op de derde operationele doelstelling van de Wmg: *zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars patiënten en verzekerden goede informatie geven zodat zij kunnen kiezen bij welke zorgaanbieder zij het beste terecht kunnen, met welke verzekeraar zij in zee willen gaan en welke polis voor hen het meest geschikt is.*¹⁹³

Deze operationele doelstelling is een nadere uitwerking van hetgeen in de considerans van de Wmg als doel is opgenomen “ ... dat het tevens wenselijk is in verband met de informatieachterstand van de consument en het machtsverschil tussen partijen in de zorg, de positie van de consument te beschermen en bevorderen”.¹⁹⁴

Het doel van dit hoofdstuk is om inzicht te geven in de invulling van deze doelstelling. Allereerst zal ingegaan worden op de beleidstheorie die ten grondslag ligt aan deze doelstelling, vervolgens gaan we in op de effecten die tot nu toe zichtbaar zijn geworden en de manier waarop deze effecten worden bereikt. Het gaat dan om keuze-informatie die van toepassing is voor alle zorg die onder Wmg valt.¹⁹⁵ Hierbij wordt niet alleen gekeken naar de wettelijke instrumenten en de effecten daarvan, maar ook naar de rol en de effecten van het flankerend beleid. Aandacht voor flankerend beleid is noodzakelijk, omdat dit flankerend beleid in hoge mate de concrete invulling van deze doelstelling heeft bepaald. Daarom is aandacht voor flankerend beleid in dit geval noodzakelijk om inzicht te krijgen in de effecten van de wet op dit punt.

¹⁹³ Kamerstukken II 2004-2005, 30186, nr.3, p.4 (MvT).

¹⁹⁴ Dit doel is opgenomen n.a.v. een amendement van het lid Omtzigt, Kamerstukken II 2005-2006, 30 196, nr.42, p.1.

¹⁹⁵ Dit is zorg die verzekerd is via de Zvw, aanvullend verzekerde zorg, niet verzekerde zorg en AWBZ-zorg (art. 1 Wmg). Zie ook NZa 2007a, p.7.

Naast artikelen over het bieden van keuze informatie bevat de Wmg nog tal van instrumenten die de positie van consumenten waarborgt of versterkt. Denk daarbij aan art. 3 lid 4 waarmee de NZa de opdracht heeft om bij de uitoefening van haar taken het algemeen consumenten belang voorop te stellen, of aan artikelen die betrekking hebben op verkoop op afstand, artt. 41-43 en het verbod op misleidende reclame wat specifiek in de Wmg wordt benoemd, artt. 39 lid 1 en 40 lid 3. Deze artikelen worden in dit hoofdstuk niet besproken, omdat dit hoofdstuk zich concentreert op de keuze-informatie.

De analyse van de thema uit de Wmg vindt plaats aan de hand van de in hoofdstuk 1 genoemde deelvragen:

- 1 Wat wordt beoogd met het beschermen en bevorderen van de positie van de consument met behulp van het beschikbaar maken van (meer) keuze-informatie?
- 2 Welke instrumenten bevat de wet voor het beschermen en bevorderen van de positie van de consument met behulp van het beschikbaar maken van (meer) keuze-informatie? Wat is de beoogde werking hiervan in relatie tot de doelen van de Wmg?
- 3 Hoe verhoudt de Wmg zich tot aanpalende wetgeving respectievelijk Europese regelgeving?
- 4 Is de Wmg consistent, zowel intern als in relatie tot de overige relevante (zorg)wetgeving?
- 5 Hoe zijn de bepalingen van de Wmg door de bij de wet betrokken partijen ingevoerd en hoe worden deze in de praktijk toegepast respectievelijk nageleefd?
- 6 Welke knelpunten en problemen doen zich bij de toepassing en naleving van de wettelijke bepalingen voor?
- 7 Wat valt er op grond van de ontwikkelingen binnen de deelmarkten en het bieden van keuze informatie te zeggen over de effectiviteit en de tekortkomingen van het instrumentarium van de Wmg?

4.1.1 Leeswijzer bij dit hoofdstuk

Analyse van de wet en de beleidstheorie

Allereerst vindt in dit hoofdstuk een analyse van de wet en de beleidstheorie achter de wet plaats (4.2). Het gaat daarbij om het achterhalen van de redenen om (meer) keuze-informatie beschikbaar te stellen en hoe keuze-informatie zou moeten bijdragen aan het nieuwe sturingsconcept voor de zorg en de positie van de consument. Ook gaat het daarbij om de voorwaarden waar een systeem van keuze-informatie aan zou moeten voldoen. Dit deel van het hoofdstuk geeft antwoord op de eerste deelvraag. In paragraaf 4.2.3 wordt ook kort stilgestaan bij hoe de Wmg zich op dit thema verhoudt tot aanpalende wetgeving (deelvragen 3 en 4). Hoe de Wmg zich op dit thema ten opzichte van Europese regelgeving verhoudt valt buiten de reikwijdte van dit onderzoek.¹⁹⁶ Paragraaf 4.2 bespreekt tevens hoe het systeem van keuze-informatie uiteindelijk in de Wmg is uitgewerkt (paragraaf 4.2.4) en welke rol de wet aan zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de NZa toebedeelt

196 In dit kader is het relevant om te vermelden dat het Europese parlement onlangs het voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (COM(2008) 414 definitief) heeft aangenomen. Ook hier speelt (keuze-)informatie een belangrijke rol.

(paragraaf 4.2.5). Dit geeft antwoord op de tweede deelvraag.

Voordat de Wmg in werking trad was er al informatie bekend over het gebruik van keuze-informatie en de invloed daarvan op de positie van de consument. Paragraaf 4.3 bespreekt daarom op basis van eerdere onderzoeken wat er al bekend was over het gebruik van keuze-informatie.

Analyse van de in- en uitvoering van de wettelijke instrumenten

Vervolgens wordt in paragraaf 4.4 dieper ingegaan op de in- en uitvoering van de wettelijke instrumenten en het flankerend beleid die zijn ingezet voor het beschikbaar maken van (meer) keuze-informatie. Hoe heeft die in- en uitvoering van het beschikbaar maken van keuze-informatie vorm gekregen? Meer specifiek gaat deze paragraaf in op hoe de NZa haar rol heeft ingevuld (4.4.1), overheidsprogramma's hebben bijgedragen aan de ontsluiting van keuze-informatie (4.4.2), websites hebben bijgedragen aan de ontsluiting van keuze-informatie (4.4.3) en welke rol marktpartijen spelen bij de ontwikkeling en ontsluiting van keuze-informatie (4.4.4). Dit geeft een antwoord op deelvraag 5.

In paragraaf 4.5 worden vervolgens de effecten van de wet, voor zover mogelijk, besproken. Hiermee wordt ten eerste aandacht besteed aan de vraag of keuze-informatie inderdaad gebruikt wordt en hoe die informatie dan wordt gebruikt. Ten tweede geeft deze paragraaf ook inzicht in de invloed die het beschikbaar komen van keuze-informatie tot nu toe heeft gehad op de zorgverzekeringsmarkt en de zorgverleningsmarkt. In deze paragraaf wordt ook aandacht besteed aan de knelpunten en problemen die zich bij de toepassing en naleving van de wettelijke bepalingen voordoen (deelvraag 6).

Formuleren van conclusies

En tenslotte vindt er een beschouwing plaats van de bevindingen uit dit hoofdstuk (4.6). Hierbij wordt teruggekeken op de beleidstheorie en in hoeverre de veronderstelde werking van de wet daadwerkelijk in de praktijk heeft plaatsgevonden. Ook wordt in deze paragraaf aandacht besteed aan wat er op grond van de ontwikkelingen binnen de deelmarkten en het bieden van keuze informatie valt te zeggen over de effectiviteit en de tekortkomingen van het instrumentarium, gericht op het beschikbaar maken van (meer) keuze-informatie, van de Wmg (deelvraag 7).

4.2 De beleidstheorie achter het beschikbaar maken van keuze-informatie

4.2.1 Achtergrond bij de beleidstheorie

In de Memorie van Toelichting constateert de Minister dat de Nederlandse gezondheidszorg weliswaar internationaal goed presteert, maar dat er ook belangrijke verbeteringen mogelijk en nodig zijn. Hij wijst hierbij op *“een betere service en kwaliteit, meer innovatie, efficiëntere zorgprocessen, een betere relatie tussen prijs, prestatie en kwaliteit, meer transparantie en meer waar voor je geld”*.

Patiënten en verzekerden moeten meer te kiezen krijgen, terwijl tegelijkertijd de publieke belangen

van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg overeind moeten blijven. De overheid blijft er uiteindelijk verantwoordelijk voor dat deze publieke belangen worden bewaakt.¹⁹⁷

In 2004 had de WRR geconstateerd dat de toename aan overheidsregulering en toezicht zich steeds meer lijkt te baseren op een gebrek aan vertrouwen in maatschappelijke actoren.¹⁹⁸ De toename van overheidsregulering wordt gezien als een belemmering van een kwalitatief goed en doelmatig functionerende zorgsector. Een teveel aan centrale regelgeving en het ontbreken van adequate marktprikkels staan in de weg van het realiseren van innovatief zorgaanbod met een goede prijs-prestatieverhouding. Het kabinet wil deze tendens keren. Dit is voor de zorg het uitgangspunt: meer ruimte aan marktpartijen. Hieronder wordt verstaan een grotere verantwoordelijkheid voor consumenten, aanbieders en verzekeraars.

Met de invoering van het nieuwe sturingsconcept, gereguleerde marktwerking, is het de bedoeling dat de aanbieders en ziektekostenverzekeraars zich niet meer tot de overheid richten voor aanwijzingen voor hun beleid, maar tot de consument. En consumenten krijgen meer verantwoordelijkheid om zelf te kiezen. Aanbieders en verzekeraars worden gestimuleerd om hun klanten zo goed mogelijk te bedienen; zij moeten als het ware achter de klanten aan.¹⁹⁹ Het moeten opereren op een markt biedt die stimulans. Het aanbrenge van meer marktprikkels zorgt er immers voor dat zowel aanbieders als verzekeraars zich meer op de consument richten, in plaats van op de overheid zoals in een systeem van centrale aanbodsturing gebeurt.²⁰⁰ Gereguleerde marktwerking is dus niet het doel, maar een middel om tot betere prestaties te komen.

In de Memorie van Toelichting wordt aangegeven dat bij dit nieuwe sturingsconcept ook de positie van de consument (patiënt) versterkt dient te worden.²⁰¹ Een nieuw element in de Wmg dat hieraan moet bijdragen is **het beschikbaar maken van (meer) keuze-informatie**. Hoe dit element dient bij te dragen aan het doel van de wet wordt beschreven in de volgende paragraaf.

4.2.2 Van aanbodsturing naar vraagsturing: een actievere rol voor de consument

De belangrijkste reden voor de overheid om het gezondheidszorgstelsel te herzien was om “partijen meer handelingsvrijheid te geven en waar mogelijk de «centrale aanbodsturing» te vervangen door een systeem dat meer ruimte geeft aan eigen initiatief en verantwoordelijkheid”.²⁰² Het aanbodgestuurde stelsel van weleer moest worden vervangen door een vraaggestuurd stelsel. De uitvoerders van het stelsel moesten niet langer hun aanbod aanpassen aan de eisen van de overheid, maar zich richten op de wensen van de zorgconsument. Hiervoor was het ook noodzakelijk dat de consument een andere, actievere rol ging spelen op de zorgverzekeringsmarkt en zorgverleningsmarkt. In de Memorie van Toelichting van de Wmg stelt de minister vast dat de consument vaker zal kunnen en

197 Kamerstukken II 2004-2005, 30186, nr.3, p.2 (MvT).

198 WRR 2004, p.12; zie ook Kamerstukken II 2004-2005, 30186, nr.3, p.2 (MvT).

199 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.2 (MvT).

200 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.D, p.1.

201 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.12 (MvT).

202 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.2 (MvT).

moeten kiezen wat hij wil, van wie hij dat wil krijgen en wat hij daarvoor wil betalen.²⁰³

De achterliggende gedachte van de overheid daarbij is dat de consument zelf beter een oordeel kan vormen over het aanbod van ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders dan de overheid.²⁰⁴ De consument zou zijn oordeel kenbaar moeten kunnen maken door invloed uit te oefenen en/of keuzes voor bepaalde ziektekostenverzekeraars of zorgaanbieders te maken.²⁰⁵ Dit mechanisme wordt onder andere omschreven in de Memorie van Antwoord van de Zorgverzekeringswet²⁰⁶ en sluit aan bij de theorie van Hirschman over “exit” en “voice”.

De theorie van exit en voice in de gezondheidszorg

Om de beleidstheorie achter het bieden van keuze-informatie nader te kunnen uitwerken is de theorie van Hirschman nuttig. Hirschman werkt twee strategieën uit die mensen hebben om invloed op organisaties te kunnen uitoefenen: “exit” of “voice”. Exit wordt in Nederland ook wel “stemmen met de voeten” genoemd. Het exit-mechanisme veronderstelt dat als een consument niet tevreden is, of denkt ergens anders een beter aanbod (prijs/kwaliteit) te kunnen krijgen, hij een bepaalde instelling verlaat. Als een klant wel tevreden is of verwacht tevreden te zijn, dan kiest hij juist voor een bepaalde instelling.²⁰⁷ Door het exit-mechanisme wordt duidelijk dat een consument ontevreden over een instelling is of ergens anders een beter aanbod kan krijgen, maar het maakt niet duidelijk wat de instelling kan doen om klanten te binden.

Op een concurrerende markt kan exit een krachtig mechanisme zijn. Een goed werkend exit-mechanisme zal er uiteindelijk toe leiden dat instellingen waar consumenten niet tevreden over zijn ofwel zichzelf verbeteren, ofwel van de markt verdwijnen. Voor de werking van het exit-mechanisme zijn de volgende aspecten essentieel: (1) de consument moet ook daadwerkelijk iets te kiezen hebben, (2) de consument moet over goede keuze-informatie kunnen beschikken, (3) het gedrag van de consument moet consequenties hebben voor de financiering van de instelling.²⁰⁸ Exit is nodig om een signaal te krijgen dat er iets niet goed is, of dat iets beter kan. Mensen die blijven verstrekken de financiële middelen om te kunnen verbeteren.

Het voice-mechanisme veronderstelt dat als een consument niet tevreden is, hij zijn mening over het functioneren van de instelling kenbaar zal maken. Voice is met name een belangrijk instrument op markten waar weinig te kiezen valt. Voice kost namelijk meer moeite dan exit. Als er exit mogelijkheden zijn zullen mensen daarom eerder voor exit kiezen dan voor voice. Een goed werkend voice-mechanisme zal er uiteindelijk toe leiden dat instellingen helder krijgen waar hun verbeterpunten liggen. Voor de werking van het voice-mechanisme zijn de volgende aspecten essentieel: (1) de medezeggenschap van de consumenten is (wettelijk) geregeld, (2) de instelling

203 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.40 (MVT).

204 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2001a, p.16-17; zie ook WRR, p.72-73.

205 De keuze voor het ondersteunen van een actievere rol van de consument sluit ook aan bij de in hoofdstuk 2 geconstateerde noodzaak om bij het maken en bewaken van markten niet alleen oog te hebben voor de aanbods-kant, maar ook voor de vraagkant.

206 Kamerstukken I 2004-2005, 29 763, nr.E, p.44 (MvA).

207 Algemene Rekenkamer 2008a, p.11.

208 Algemene Rekenkamer 2008a, p.11.

investeert daadwerkelijk in een dialoog met betrokkenen.²⁰⁹ Daarnaast is het zo dat voice gemakkelijk moet worden gemaakt als er ook exit mogelijkheden zijn, anders zullen mensen geen gebruik maken van voice.

Om dit systeem in de gezondheidszorg te kunnen realiseren moest in ieder geval aan twee voorwaarden worden voldaan. Een eerste voorwaarde is dat de informatievoersprong van zorgaanbieders en verzekeraars ten opzichte van consumenten verkleind moest worden, zodat consumenten zelf afwegingen over prijs en kwaliteit kunnen maken.²¹⁰ Ten tweede wilde de wetgever de keuzevrijheid voor zorgconsumenten door middel van keuze-informatie vergroten, zodat consumenten niet (langer) beperkt werden in hun keuzes.²¹¹ De transparantie van markten en de betwistbaarheid van marktposities moest voor een evenwichtige onderhandelingsituatie tussen vraag- en aanbodzijde zorgen.²¹²

Voorwaarde 1: Verkleinen informatievoersprong van zorgaanbieders en verzekeraars ten opzichte van consumenten

De informatievoersprong die aanbieders en verzekeraars op patiënten en verzekerden hebben zorgt voor een ongelijke verhouding. Patiënten hebben een informatieachterstand ten opzichte van zorgaanbieders wat betreft de medische noodzaak en kwaliteit van medisch handelen.²¹³ Verzekerden hebben een informatieachterstand ten opzicht van verzekeraars wat betreft de inhoud en de samenstelling van verzekeringsproducten en de kosten van zorg. Dit noodzaakt ertoe om toezicht te houden op de transparantie van markten voor consumenten. De RVZ concludeerde dat voor het kunnen maken van keuzes de consument informatie moet hebben over welke producten, met welke kwaliteit, tegen welke prijs ze kunnen inkopen en wat de alternatieven zijn.²¹⁴ Daarnaast hebben consumenten vergelijkbare en begrijpelijke informatie nodig over de mogelijkheden op de verzekeringsmarkt én de zorgverleningsmarkt. De toegankelijkheid van de zorg zou immers in het gedrang komen als bijvoorbeeld aanbieders en verzekeraars als gevolg van de gewenste concurrentie, mensen op het verkeerde been zetten door het aanbod ondoorzichtig te presenteren.²¹⁵ Verder stelde de minister vast dat de ervaringen in het buitenland lieten zien dat marktwerking op gang komt als vergelijkbare informatie over ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders voor consumenten beschikbaar komt. Daarnaast hebben zorggebruikers er recht op om van te voren te weten wat ze zullen krijgen als ze ergens voor moeten betalen.²¹⁶ Daarom achtte de minister het noodzakelijk om de inzet van volgende instrumenten te bevorderen:²¹⁷

209 Algemene Rekenkamer 2008a, p.12.

210 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.12 (MvT).

211 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2001a, p.5, 14, 23-24.

212 CPB 2002, p.13.

213 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.9 (MvT).

214 RVZ 2003, p.55.

215 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.12 (MvT).

216 Kamerstukken II 2003-2004, 27 807, nr.22, p.1.

217 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.8 (MvT); zie ook CPB 2003, p.13.

- prestatie meting
- heldere verantwoording over de geleverde zorg en inzichtelijke consumenten informatie
- verhinderen van gedrag dat de mededinging beperkt.²¹⁸

Voorwaarde 2: Vergroten van keuzevrijheid voor zorgconsumenten

De betwistbaarheid van marktposities zal pas ontstaan als zorgconsumenten geen drempels ervaren bij het wisselen van ziektekostenverzekeraar of zorgaanbieder. Wanneer zorgconsumenten zich vrij op de markt kunnen begeven en kunnen kiezen bij welke verzekeraar ze een verzekering afsluiten en naar welke zorgaanbieder ze gaan als ze zorg nodig hebben hebben ze invloed op die markt. Zorgaanbieders en verzekeraars zullen zich immers op de consument moeten richten om geen klanten te verliezen. Om dit proces te ondersteunen hebben zorgconsumenten de vrijheid en de mogelijkheden nodig om keuzes te kunnen maken. Hierbij zullen zorggebruikers toegerust moeten worden of ondersteund moeten worden. Die toerusting moet ertoe leiden dat zorggebruikers hun vragen en behoeften zo kunnen formuleren dat zorgaanbieders en verzekeraars hier (nog) meer rekening mee houden.²¹⁹ In de context van de omvorming van een aanbodgerichte zorg naar een meer vraaggestuurde zorg worden in de nota "Met zorg Kiezen" verschillende manieren beschreven waarop de toerusting van zorggebruikers voor zowel het exit- als het voice-mechanisme kan plaatsvinden:²²⁰

- 1 versterken van de rechtspositie
- 2 informatievoorziening
- 3 advies en begeleiding
- 4 inkoopmacht
- 5 onderhandelingsmacht

Door deze toerusting bij het maken van keuzes beoogde de overheid de positie van de consument te versterken. De consument zou dan niet (langer) afhankelijk zijn van één zorgaanbieder.

Het bestrijden van de informatieachterstand en het bieden van keuzemogelijkheden van consumenten kan bijdragen aan het versterken van de positie van de consument,²²¹ het zij doordat de consument beter kan kiezen (de exit strategie) hetzij doordat consumenten beter kunnen onderhandelen (de voice strategie). Op het niveau van het individu (micro-niveau) wordt met de keuze-informatie (en -vrijheid) beoogd dat consumenten kunnen kiezen tussen zorgaanbieders en tussen ziektekostenverzekeraars. Op het niveau van de verschillende marktpartijen (meso-niveau) wordt met het kunnen maken van keuzes op basis van keuze-informatie vervolgens beoogd om marktwerking op gang te brengen. Wanneer veel verzekerden overstappen naar een andere verzekeraar (exit) moet dat ook een signaal voor de verzekeraar zijn dat hij zijn aanbod en/ of premie moet aanpassen. De veronderstelling was dat ook de collectiviteiten daar een belangrijke rol zouden

218 Het CPB constateerde dat de NMa dit soort gedrag tot op zekere hoogte zou kunnen verhinderen, maar dat dit voor de zorgsector waarschijnlijk niet toereikend zou zijn.

219 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2001b, p.14.

220 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2001b, p.13.

221 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.4 (MvT).

gaan spelen. Collectiviteiten zouden bijvoorbeeld in staat moeten zijn om hun achterban te mobiliseren en te sturen naar die verzekeraar(s) die bij de zorginkoop aan hun wensen voldoen en een scherpe premie bieden (de voice strategie). De dreiging dat een grote groep verzekerden weggaat bij een verzekeraar is voor een verzekeraar een prikkel om in te gaan op de wensen van die groep verzekerden. Voor een individueel verzekerde is de prikkel voor een verzekeraar veel kleiner. Een groep verzekerden heeft meer countervailing power ten opzichte van een verzekeraar dan een individuele verzekerde. Door de dreiging van exit kunnen collectiviteiten het voice-mechanisme effectueren.

4.2.3 *Consistentie met andere regelgeving*

Het doel van artt. 38 en 40 Wmg, dat consumenten keuzes kunnen maken, komt ook in de Zvw naar voren. Zo regelen artt. 3 en 7 bijvoorbeeld de acceptatieplicht en de mogelijkheid om jaarlijks van zorgverzekeraar te wisselen. Tegelijkertijd heeft het kunnen maken van keuzes in de gezondheidszorg ook een normatieve functie in het kader van de emancipatie van patiënten en burgers.²²² De ontwikkeling naar meer keuzevrijheid in de gezondheidszorg komt mede naar voren in andere wetgeving zoals het recht op informatie en het recht om te participeren in de besluitvorming in de WGBO, zodat de patiënt invloed kan uitoefenen op het zorgproces. Andere voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld orgaandonatie bij leven, deelname aan medisch-wetenschappelijk onderzoek of deelname aan bevolkingsonderzoek.²²³

4.2.4 *De uitwerking van de versterking van de positie van de consument door middel van keuze-informatie in de Wmg*

Enkele toerustingsinstrumenten die in de Nota “met zorg kiezen” worden beschreven komen terug in de Wmg. De Wmg legt zich in dat kader met name toe op het versterken van de positie van de consument door het beschikbaar maken van keuze-informatie en draagt in die zin ook bij aan de inkoop- en onderhandelingsmacht van consumenten. De Wmg besteedt geen aandacht aan het advies en de begeleiding van consumenten bij het maken van keuzes.

Wel legt de Wmg regels vast ten aanzien van het ontstaan van markten, waardoor marktposities betwistbaar worden (zie hoofdstuk 2), en ten aanzien van de verkoop op afstand (artt. 41-43). Dat consumenten jaarlijks van verzekeraar kunnen wisselen is geregeld in de Zorgverzekeringswet.

De zorgverzekeringsmarkt: Hoe moeten verzekeraars volgens de wet bijdragen aan transparantie?

Art. 40 Wmg verplicht ziektekostenverzekeraars om informatie over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten openbaar te maken. Het gaat dan om informatie over premies, kwaliteit en andere eigenschappen van hun dienstverlening.²²⁴ Hieronder valt bijvoorbeeld ook hun invulling van de zorgplicht en de serviceverlening.

De Wmg regelt in art. 40 lid 2 dat ziektekostenverzekeraars ook informatie openbaar moeten maken

222 Zie Delnoij 2009, p.21-23.

223 Zie Legemaate 2006, p.28

224 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.63 (MVT).

over de inhoud van de modelovereenkomsten. Het kunnen kiezen voor en wisselen van zorgverzekeraar draagt immers in belangrijke mate bij aan de met de Zvw beoogde resultaten.²²⁵ Die mogelijkheid van wisselen is geregeld in art. 7 Zvw. Van de mogelijkheid tot wisselen zal echter weinig gebruik worden gemaakt indien een verzekeringsplichtige niet over juiste en voldoende informatie beschikt. Op grond van juiste en voldoende informatie kan een verzekerde immers de prijs-kwaliteitverhouding van zijn eigen verzekeraar af zetten tegen die van andere verzekeraars. Van de mogelijkheid tot wisselen zal echter ook weinig gebruik worden gemaakt als er geen (gepercipeerde) verschillen tussen verzekeraars zijn

De zorgverleningsmarkt: Hoe moeten zorgaanbieders volgens de wet bijdragen aan transparantie?

Art. 38 Wmg verplicht zorgaanbieders om informatie over de eigenschappen van aangeboden prestaties en diensten openbaar te maken. Het gaat dan om informatie over hun tarieven, kwaliteit en andere eigenschappen van de zorgverlening. Hieronder wordt de zorg verstaan die verzekerd is via de Zvw, aanvullend verzekerde zorg, niet verzekerde zorg en AWBZ-zorg.

Er wordt verondersteld dat juist in zorgmarkten, waar consumenten niet gewend zijn om aan prijs- en kwaliteitsvergelijking te doen en zelf zorgaanbieders te kiezen, dergelijke vergelijkende informatie marktgedrag van vragers en aanbieders stimuleert. De Memorie van Toelichting stelt dat kwaliteitsinformatie noodzakelijk is om prijzen te kunnen beoordelen en om als consument uiteindelijk tot een weloverwogen keuze te komen. Daarnaast is een goede voorlichting over tarieven ook onontbeerlijk bij het voorkomen van vergissingen, misverstanden en onregelmatige declaraties.

Wanneer verzekeraars en consumenten hun zorgaanbieder niet op basis van kwaliteit kunnen kiezen, bestaat het risico dat zorgaanbieders zich vooral profileren op lage prijzen, aldus de Memorie van Toelichting. Artikel 38 beoogt mede te voorkomen dat een te sterke focus op prijsconcurrentie ten koste gaat van kwaliteit.²²⁶

De wettelijke eisen aan de informatievoorziening

Voor zowel zorgaanbieders als ziektekostenverzekeraars geldt dat de informatie in ieder geval inzicht moet geven in de tarieven/premies en de kwaliteit van de aangeboden producten of diensten (art. 38 lid 4 Wmg en art. 40 lid 1 Wmg).²²⁷ Daarnaast moet deze informatie zo worden aangeboden dat ze voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar is met informatie van anderen.²²⁸ Tenslotte moeten zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars ervoor zorgen dat de door of namens hen verstrekte of beschikbaar gestelde informatie over een product of dienst, waaronder reclame-uitingen, geen afbreuk doet aan het bepaalde bij of krachtens deze wet, de Zorgverzekeringswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, en niet misleidend is (art. 39 lid 1 Wmg en art. 40 lid 3 Wmg).²²⁹

225 Kamerstukken II 2003–2004, 29 763, nr.3, p.36 (MvT).

226 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.62 (MvT).

227 Zie ook Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.62 (MvT).

228 Zie ook Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.24 (MvT).

229 Zie ook Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.40 (MvT).

4.2.5 De rol die de wet aan de NZa toebedeelt bij het openbaar maken van keuze-informatie

Een belangrijke taak voor de NZa is het toezien op de naleving van de informatie verplichting voor ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders (artt. 38 & 40). De artt. 38 en 40 geven de NZa de bevoegdheid om zelf keuze-informatie openbaar te maken, als aanbieders of verzekeraars het laten liggen.²³⁰ Met het consumentenprogramma heeft de NZa uitgewerkt welke acties ze kan ondernemen om de positie van de consument op de zorgmarkt te kunnen verbeteren en het aanbod van keuze-informatie te verbeteren (zie verder paragraaf 4.4.1).

4.2.6 Flankerend beleid ter ondersteuning van keuze-informatie

Om de instrumentele functie van de Wmg op het gebied van keuze-informatie te ondersteunen heeft de overheid tevens flankerend beleid ingezet. Bij een evaluatie van de wettelijke instrumenten gericht op keuze-informatie zal daarom ook het flankerend beleid moeten worden betrokken. De effecten van de wettelijke instrumenten en het flankerend beleid gericht op keuze-informatie liggen immers in elkaars verlengde. De overheid heeft dit flankerend beleid vormgegeven door het opzetten en ondersteunen van enkele programma's en websites die zich bezig houden met het ontwikkelen en ontsluiten van keuze-informatie. Paragraaf 4.4 gaat hier nader op in.

4.3 Reflectie op de uitgangspunten van het systeem: Wat was er reeds bekend over keuze-informatie op basis van bestaande onderzoeken?

Voordat het nieuwe stelsel, waarin keuze-informatie een belangrijke rol kreeg toebedeeld, werd geïntroduceerd was al in verschillende onderzoeken naar voren gekomen dat het niet vanzelfsprekend is dat consumenten in de zorg keuzes maken aan de hand van prijs- kwaliteitsverhoudingen.²³¹ Uit het rapport "preferenties en competenties van consumenten"²³² bleek bijvoorbeeld dat op basis van literatuur onderzoek mag worden aangenomen dat wanneer consumenten keuzes in de gezondheidszorg moeten maken zij zich met name laten leiden door traditie en merktrouw, de geografische ligging van een zorgaanbieder en mond op mond reclame.²³³ Dit is echter niet uniek voor de gezondheidszorg. Dat mensen hun keuzes niet (alleen) op kwaliteitsinformatie baseren roept de vraag op of meer transparantie in de gezondheidszorg door keuze-informatie wel leidt tot keuzes op basis van een juiste prijs- kwaliteitsverhouding. Het rapport concludeert dat noch vanuit het beleid, noch bij het opzetten van initiatieven te snel veronderstellingen mogen worden gemaakt met betrekking tot de competenties van de individuele zorgconsument. De auteurs van dat rapport stellen dat beleidsmakers en initiatiefnemers van programma's die meer en meer uitgaan van de competente burger die meer verantwoordelijkheid krijgt toebedeeld, weleens van een "koude kermis kunnen terugkeren". Daarom zullen consumenten op de gezondheidszorgmarkt altijd begeleid moeten worden in het maken van keuzes en het uiten van preferenties, aldus de auteurs van dat rapport.

230 Zie ook Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.7 (MvT).

231 Zie bijvoorbeeld Kerssens et al. 2002, p.41; Gress et al. 2002, p.52-53.

232 Leys 2003, p.78.

233 Zie ook Trappenburg en Groenewoud 2005, p.77-96.

Naast dat het niet duidelijk was of consumenten überhaupt keuzes zouden gaan maken op basis van prijs-kwaliteitsverhoudingen, was ook nog weinig bekend over hoe keuze-informatie het best gepresenteerd zou kunnen worden. Zo was bijvoorbeeld onbekend hoeveel informatie consumenten nodig hebben om te kunnen kiezen, hoe de informatie het best gepresenteerd kan worden (symbolen, percentages, negatief/positief geformuleerd) en welke selectiestrategieën men hanteert bij een teveel aan informatie. Maar ook hoe mensen verschillende beslissingsstrategieën toepassen wanneer zij geconfronteerd worden met keuze-informatie over de zorg. Zo vonden Hibbard & Peters bijvoorbeeld dat de één doelgericht en systematisch (langzaam) zoekt, terwijl de ander associatief (snel) zoekt.²³⁴ In verschillende onderzoeken²³⁵ werd daarom al aangeraden dat een website verschillende navigatiehulpmiddelen zou moeten aanbieden voor deze verschillende zoekstrategieën.

Kortom, het was evident dat er veel inspanning nodig zou zijn om de invoering en uitvoering van keuze-informatie te laten slagen. In deze observatie ligt de directe legitimering van het intensieve flankerend beleid wat op dit onderwerp is gevoerd.

4.4 Invoering van de bepalingen van de Wmg die betrekking hebben op keuze-informatie

Deze paragraaf bespreekt de invoering van keuze-informatie in de Nederlandse gezondheidszorg. Deze invoering is met behulp van verschillende beleidsinstrumenten vormgegeven. Allereerst heeft de NZa in een aantal documenten haar beleid ten aanzien van de ontsluiting van keuze-informatie uitgewerkt. Daarnaast heeft de daadwerkelijke ontsluiting via onderzoeksprogramma's en websites vorm gekregen.

4.4.1 De NZa en keuze-informatie

De NZa heeft in het visiedocument "(In) het belang van de consument" het algemeen consumentenbelang geconcretiseerd met de consumentenwaarden²³⁶ transparantie, keuzevrijheid, rechtspositie. Volgens de NZa moeten deze waarden de consument in staat stellen om zichzelf te redden op de zorgmarkten. De consument moet van te voren weten wat hij krijgt/kan verwachten en zijn recht kunnen halen als dat niet zo is. Daarnaast heeft de NZa in het visiedocument de eisen die de Wmg aan de informatievoorziening stelt²³⁷ geconcretiseerd. Hiermee wil de NZa bereiken dat voldoende duidelijk is welke keuze-informatie er minimaal voor consumenten moet zijn, dat zorgaanbieders en verzekeraars die informatie ook daadwerkelijk verstrekken en de keuze-informatie wordt gepresenteerd op een manier dat consumenten die kunnen gebruiken bij hun keuze binnen het zorgaanbod.²³⁸ Het gaat dan om informatie over product, prijs, kwaliteit en toegankelijkheid.

234 Hibbard 2003, p.413-433.

235 Smith et al. 1997, p.67-95; Hong et al. 2005, p.151-188.

236 NZa 2007b, p.17-18.

237 Zie artt. 38 lid 4, 39 lid 1, 40 lid 1 en 40 lid 3.

238 NZa 2008h, p.12.

De NZa heeft daarnaast de bevoegdheid om de informatievoorziening van zorgaanbieders en ziekte-kostenverzekeraars aan bepaalde eisen te toetsen en deze eisen verder uit te werken (art. 38 lid 7 Wmg). Box 4.1 geeft een overzicht van hoe de NZa deze eisen heeft uitgewerkt in het toetsingskader voor transparantie.

Box 4.1 – Uitwerking van de eisen die de NZa aan de informatievoorziening stelt

| <i>WVG-eis</i> | <i>Uitwerking door NZa</i> |
|----------------------|--|
| Doeltreffend | De informatie moet aansluiten bij de behoefte aan keuze-informatie van consumenten De informatie moet tijdig beschikbaar zijn voor de te maken keuzes De informatie moet voldoende toegankelijk zijn voor consumenten |
| Juist | De beschikbare informatie moet kloppen, valide en betrouwbaar zijn De beschikbare informatie moet voldoende actueel zijn De beschikbare informatie moet een goed beeld geven van de keuzemogelijkheden, geen afbreuk doen aan de Wmg, Zvw en AWBZ, en niet misleidend zijn |
| Inzichtelijk | Consumenten moeten de beschikbare informatie kunnen begrijpen |
| Vergelijkbaar | Consumenten moeten op basis van de beschikbare informatie een vergelijking kunnen maken op voor hen relevante aspecten |

Bron: NZa, Visiedocument Transparantie, 2009.

Voor de verzekeraars heeft de NZa de informatieverstrekking die ze moeten toepassen uitgewerkt in een richtsnoer.²³⁹ De meest recente versie van dit document (juli 2008) bevat een checklist die bestaat uit 16 hoofdpunten. Deze hoofdpunten zijn uitgewerkt in een aantal concrete invullingen. Hierbij is ook aangegeven via welk informatiekanaal - op de website, in het prolongatiepakket, in het offertepakket of in de afwijzingsbrief – de betreffende informatie beschikbaar moet zijn.

In het visiedocument heeft de NZa ook uitgewerkt hoe haar beleid er ten aanzien van het transparant maken van de zorg uitziet. Als de transparantie op een zorgmarkt tekortschiet gaat de NZa in eerste instantie na of er ontwikkelingen zijn die dat knelpunt oplossen. Als die ontwikkelingen er zijn dan steunt de NZa die waar mogelijk en nodig. Als die ontwikkelingen er niet zijn dan zet de NZa zich ervoor in dat er indicatoren ontwikkeld worden. Als het moet dan neemt de NZa hier het voortouw in.²⁴⁰

Bij het eerste experiment met vrije tarieven, de fysiotherapie, had de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) geen capaciteit om indicatoren te ontwikkelen en heeft de NZa die ontwikkeling naar zich toetrokken. De NZa is overigens van mening dat het ontwikkelen van indicatoren bij de IGZ taken past.²⁴¹ De NZa heeft daarom met de IGZ afspraken gemaakt over de ontwikkeling van een adequate informatievoorziening voor de zorgaanbieders.²⁴² De IGZ ondersteunt de ontwikkeling van kwaliteits-

239 NZa 2008i.

240 NZa 2007b, p.25.

241 NZa 2008h, p.7; Interview ambtenaren NZa (16 april 2009).

242 Protocol tussen de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Nederlandse Zorgautoriteit inzake samenwerking en coördinatie op het gebied van beleid, regelgeving, toezicht & informatieverstrekking en andere taken van gemeenschappelijk belang, 14 november 2006.

indicatoren door de veldpartijen voor diverse zorgsectoren. Deze kwaliteitsindicatoren moet de consumenten voorzien in hun belangrijke behoefte aan vergelijkbare kwaliteitsinformatie over het zorgaanbod.²⁴³

4.4.2 Ontsluiting van keuze-informatie via overheidsprogramma's: Kiezen in Zorg, Zichtbare Zorg, Zekere Zorg

Kiezen in Zorg

Het programma 'Kiezen in Zorg' van ZonMw bevat een uitwerking van (onderzoek naar) de consumenteninformatie in de praktijk.²⁴⁴ Daarmee draagt dit programma bij aan de doelen van artt. 38 en 40 Wmg, de totstandkoming van keuze-informatie.

Dit programma is in 2004 van start gegaan en afgerond in 2008. De doelstelling van het programma was om *“een bijdrage aan de omvorming van een aanbodgericht naar een vraaggericht gezondheidszorgstelsel te leveren. De vragen en behoeften van zorggebruikers staan daarbij centraal. Het programma wil zorggebruikers op allerlei manieren toerusten om aan deze nieuwe rol een goede invulling te geven. De ontwikkeling van keuze-informatie voor patiënten neemt daarbij een centrale rol in.”* In vijf voorhoedeprojecten is consumenteninformatie ontwikkeld over ziekenhuizen, de verpleging&verzorging/thuiszorg, de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg, zorgverzekeringen en een aantal aandoeningspecifieke zorgproducten.²⁴⁵ Met deze voorhoede projecten werden “bouwstenen” aangeleverd voor “de kwaliteitskaart(en)” van kiesBeter.nl.²⁴⁶ Het doel van deze kwaliteitskaarten is om de kwaliteitsaspecten van zowel de zorg die vanuit de Zvw als de zorg die vanuit de AWBZ wordt geleverd inzichtelijk te maken.

Het uiteindelijke programma bestond uit vier deelprogramma's:

- preferenties en competenties van zorggebruikers
- consumenteninformatie en transparantie
- sturing door zorggebruikers
- meten patiëntervaringen

In het kader van deze vier deelprogramma's zijn uiteindelijk 123 projecten uitgevoerd die zorgconsumenten en zorgorganisaties helpen voorbereiden op hun nieuwe rol. Dit programma is inmiddels geëvalueerd. Paragraaf 4.5.1 gaat verder in op de bevindingen en conclusies uit die evaluatie.

243 NZA 2007b, p.22.

244 <http://www.zonmw.nl/nl/onderwerpen/alle-programma-s/kiezen-in-zorg/> (geraadpleegd op 14-10-2008)

245 <http://www.zonmw.nl/nl/onderwerpen/alle-programma-s/kiezen-in-zorg/consumenteninformatie-en-transparantie/resultaten> (geraadpleegd op 27-04-2009).

246 Zie Gras et al. 2005; Groenewoud et al. 2005; Kreuger et al. 2006.

Zichtbare Zorg

Het doel van het programma Zichtbare Zorg is om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen en te meten²⁴⁷ en draagt daarmee ook bij aan de doelen van artt. 38 en 40 Wmg. Deze indicatoren geven onder andere inzicht in de veiligheid, effectiviteit en klantgerichtheid van zorgaanbieders. In elke sector werken verzekeraars, zorgaanbieders, PGO-organisaties en de IGZ daarom samen om dit doel te bereiken. Deze partijen stellen gezamenlijk vast over welk aanbod de kwaliteit zichtbaar moet worden en zij zien erop toe dat dit ook daadwerkelijk gebeurt. Uiteindelijk moet er voor iedere sector een breed gedragen set openbaar gepubliceerde informatie over kwaliteit van de geleverde zorg worden vastgesteld.²⁴⁸

Zekere Zorg

Het programma 'Zekere Zorg', met als doel om de positie van patiënten en consumenten in het (nieuwe) zorgstelsel te versterken, werd uitgevoerd door Fonds PGO en NPCF. Het programma moest voor patiënten en consumenten mogelijkheden bieden om zich als derde partij naast ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders te positioneren. Hiermee kregen patiëntenorganisaties een sterkere rol toebedeelt in het zorgstelsel. Dit programma draagt daarmee bij aan de algemene doelstelling van de Wmg, het versterken van de positie van de consument. Het programma is via vier zogenaamde programmalijnen ontwikkeld.²⁴⁹

- kwaliteitszorg en –toetsing;
- inkoop en onderhandelingsmacht;
- informatie en advies;
- monitoring.

De evaluatie van het programma²⁵⁰ geeft een korte beschrijving van de 25 projecten die het programma heeft opgeleverd, waaronder de drie projecten die specifiek tot de programmalijn "informatie en advies" behoren. De begeleidingscommissie van Zekere Zorg stelde vast dat het programma tot veel succesvolle maar ook heel verschillende resultaten heeft geleid. Het programma heeft er wel voor gezorgd dat verzekeraars, aanbieders en PGO-organisaties met elkaar hebben leren samenwerken en het nut van die samenwerking zijn gaan inzien. De begeleidingscommissie constateert dat de centrale doelstelling van het programma dermate complex en omvangrijk was dat het programma nog niet tot een eenduidig antwoord heeft geleid op de vraag hoe deze rol het best vervuld kan worden. Hieruit trekt de commissie de conclusie dat (achteraf gezien) de gekozen bottom-up aanpak tot weinig "focus" heeft geleid en dat het programma te kort heeft gelopen om in een aantal gevallen tot meetbare en overdraagbare resultaten te komen. Volgens de commissie gaat het programma pas echt rendement opleveren als er een vorm van continuïteit aan wordt gegeven.

247 Zichtbare Zorg 2009, p.5.

248 <http://www.zichtbarezorg.nl> (geraadpleegd op 29-04-2009).

249 Advies Begeleidingscommissie Zekere Zorg, 29 september 2008.

250 Zie Rossum van en Janse 2008.

De commissie is dan ook van mening dat het programma als eerste stap in een doorlopend proces moet worden gezien.²⁵¹

4.4.3 Keuze-informatie op internet: kiesBeter.nl en andere websites

Een belangrijk instrument dat door de overheid is ingezet om keuze-informatie te verzamelen en te presenteren is de website www.kiesBeter.nl. Daarnaast zijn er ook andere partijen die keuze-informatie op websites aanbieden zoals [Independer.nl](http://www.independer.nl) (www.independer.nl), NPCF (www.consumentenzorg.nl), de Consumentenbond (www.consumentenbond.nl) en verschillende ziektekostenverzekeraars. De informatie van deze websites is veelal afkomstig van [kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl). Maar websites verzamelen ook zelf informatie buiten [kiesBeter.nl](http://www.kiesBeter.nl) om. Er worden op de websites verschillende typen keuze-informatie aangeboden:²⁵² etalage-informatie, kwaliteitsinformatie en ervaringsinformatie (zie box 4.2).

Box 4.2 – Verschillende soorten keuze-informatie

Etalage-informatie is feitelijke informatie van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. Bij zorgaanbieders gaat het dan bijvoorbeeld om de locatie, de grootte en voorzieningen zoals de aanwezige specialismen of het aanwezig zijn van bijvoorbeeld een mamapoli. Etalage-informatie van zorgverzekeraar is bijvoorbeeld de dekking van de producten en een overzicht van de gecontracteerde zorg. Deze informatie leveren zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraars zelf aan.

Kwaliteitsinformatie geeft inzicht in medisch-inhoudelijke en zorginhoudelijke prestaties van zorgaanbieders op basis van feitelijke informatie. Prestatieindicatoren worden gebruikt om kwaliteitsinformatie inzichtelijk te maken. Deze prestatieindicatoren kunnen inzicht geven in structurele factoren, het proces of de uitkomsten van een bepaald aspect van zorg. Voorbeelden van kwaliteitsinformatie zijn het percentage afgezegde operatie of het percentage mensen met een gebroken heup dat binnen een dag wordt geopereerd.

Ervaringsinformatie is informatie over hoe consumenten (aspecten) van zorg hebben ervaren. Eind 2006 werd het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) opgericht. Het CKZ zorgt ervoor dat de ervaringen van de consument met de gezondheidszorg systematisch in kaart worden gebracht en op een betrouwbare wijze worden gemeten en openbaar gemaakt. Om ervaringen van consumenten te meten is een landelijke meetstandaard ontwikkeld, de Consumer Quality Index (CQ-index). De ontwikkeling van een CQ-index vindt plaats aan de hand van de richtlijnen uit het Handboek CQI Meetinstrumenten. Op dit moment wordt een omvangrijke familie van vragenlijsten ontwikkeld.²⁵³ Wanneer een organisatie met behulp van een CQ-index de ervaring van consumenten wil meten, dan geldt daar een vastgestelde procedure voor.²⁵⁴

251 Brief van de Begeleidingscommissie Zekere Zorg aan de besturen van Stichting Fonds PGO en de NPCF, 29 september 2008.

252 Damman en Rademakers 2008, p.11.

253 Zie ook <http://www.centrumklantervaringzorg.nl/> (geraadpleegd op 26-02-2009).

254 <http://www.centrumklantervaringzorg.nl/procedures/aanmelding-van-een-cqi-meting.html> (geraadpleegd op 26-02-2009).

4.4.4 De rol van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten- en consumentenorganisaties bij het ontwikkelen van keuze-informatie

In de programma's die door de overheid rondom keuze-informatie zijn ingezet spelen de drie marktpartijen een belangrijke rol. Bij de ontwikkeling van keuze-informatie brengen de marktpartijen naar voren over welke aspecten keuze-informatie moet worden ontwikkeld. Bij de ontsluiting van keuze-informatie zorgen zorgaanbieders en zorgverzekeraars ervoor dat de juiste informatie aan bijvoorbeeld kiesBeter.nl wordt aangeleverd.

Buiten de overheidsprogramma's om zien we dat er organisaties zoals Stichting Miletus en Kenniscentrum Zorg Nederland (KZN) in het leven worden geroepen (zie box 4.3). Het doel van deze organisaties is om de zorg transparant(er) te maken.

Box 4.3 – Voorbeelden van organisaties die buiten de overheid om een bijdrage leveren aan het transparant maken van de zorg

Stichting Miletus

In 2005 is door een viertal zorgverzekeraar de Stichting Miletus opgericht. Dit waren de initiatiefnemer AGis, en VGZ, Menzis en Ohra/Delta Lloyd. Later hebben ook Achmea, CZ en Univé zich bij de stichting aangesloten. Dit samenwerkingsverband is opgericht voor het meten van de ervaringen van de patiënt in de zorg met als doel om, ten behoeve van verzekeraars, zorgaanbieders en patiënten-/consumentenorganisaties, sturingsinformatie te verkrijgen om de kwaliteit van de zorgverlening te bevorderen. De Consumer Quality Index speelt binnen de Stichting Miletus een centrale rol.²⁵⁵

Kenniscentrum Zorg Nederland

Een recente ontwikkeling is de oprichting van Kenniscentrum Zorg Nederland (KZN) begin 2009. KZN is een onafhankelijk kenniscentrum dat voor GGZ-instellingen en vrijgevestigde psychiaters, psychotherapeuten en psychologen behandelresultaten in kaart brengt van veelvoorkomende stoornissen.²⁵⁶ Het doel van KZN is om een beter inzicht in de behandelresultaten van zorgaanbieders te verschaffen. Op dit moment richt KZN zich op het in kaart brengen van de behandelresultaten in GGZ instellingen en bij vrijgevestigde psychiaters, psychotherapeuten en psychologen.

255 Zie ook <http://www.stichtingmiletus.nl/> (geraadpleegd op 13-05-2009).

256 <http://www.kenniscentrumzorgnederland.nl> (geraadpleegd op 25-05-2009).

Verantwoorde Zorg

Met het programma “verantwoorde zorg” is door Actiz, samen met andere stakeholders, voor de sector verzorging, verpleging en thuiszorg met behulp van normen uitgewerkt wat zorgondernemingen, cliëntenorganisaties en beroepsorganisaties onder verantwoorde zorg²⁵⁷ verstaan.²⁵⁸

Om te bepalen in welke mate een instelling aan de gestelde normen voldoet is het kwaliteitskader verantwoorde zorg ontwikkeld.²⁵⁹ In dit document zijn indicatoren opgenomen om de prestaties in de verzorging, verpleging en thuiszorg transparant te maken.²⁶⁰ Deze indicatoren richten zich op zowel zorginhoudelijke aspecten van zorg als ervaringen van cliënten.

Verder zorgen individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders er ook zelf voor dat ze aan hun wettelijke verplichting uit artt. 38 en 40 kunnen voldoen, door op hun eigen websites keuze-informatie te plaatsen. Uit de Monitor Zorgverzekeringmarkt 2008²⁶¹ komt naar voren dat zorgverzekeraars informatie op hun websites hebben opgenomen over de contracten die ze met zorgaanbieders hebben, maar dat deze informatie in een aantal gevallen niet eenvoudig te vinden is. Daarnaast is het meestal ook niet duidelijk op welk jaar deze contracten betrekking hebben. Het is dus niet bekend of de informatie nog up-to-date is. Uit de monitor komt ook naar voren dat verzekeraars de informatieverstrekking over de vergoedingsbeperkingen bij niet-gecontracteerde zorg moeten verbeteren. Verder stelde de NZa vast dat elf zorgverzekeraars zich in 2008 niet aan belangrijke aanwijzingen in het Richtsnoer informatieverstrekking hielden. Volgens de NZa hadden zij op hun website onvoldoende informatie staan over de klachtenregeling en de opzeggingsmogelijkheden.

In hoeverre zorgaanbieders hun verplichting tot het openbaar maken van informatie nakomen is over het algemeen niet bekend. Wel heeft de NZa in 2006 een enquête onder fysiotherapiepatiënten gehouden en gevraagd of de respondenten wisten of de fysiotherapeut een standaardprijslijst (een verplichting) op een in het oog springende plek in de praktijk had hangen. Uit de enquête kwam naar voren dat slechts 20% van de patiënten met zekerheid kon zeggen dat er een prijslijst hing. 40% wist met zekerheid te zeggen dat die prijslijst er niet hing.²⁶² De NZa heeft vervolgens fysiotherapeuten op hun verplichting gewezen. In 2007 bleek tijdens controles dat in alle praktijken een prijslijst hing.

4.5 De resultaten van het beschikbaar maken van keuze-informatie

In de afgelopen jaren is er door verschillende partijen veel inspanning geleverd om (meer) keuze-informatie beschikbaar te krijgen. Deze paragraaf beschrijft de resultaten van die inspanningen en

257 Het begrip “verantwoorde zorg” is afkomstig uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

258 <http://www.actiz.nl/opinies-en-beleid/kwaliteit/30-achtergronden-en-cijfers/147-verantwoorde-zorg> (geraadpleegd op 25-05-2009); zie ook <http://www.zichtbarezorg.nl/page/Verpleging-verzorging-en-thuiszorg> (geraadpleegd op 25-05-2009).

259 ActiZ et al. 2007.

260 zie ook <http://www.zichtbarezorg.nl/page/Verpleging-verzorging-en-thuiszorg> (geraadpleegd op 25-05-2009).

261 NZa 2008i, p.58.

262 NZa 2007a, p.24.

wat er op dit moment bekend is wat betreft het gebruik van keuze-informatie. Hiertoe worden op hoofdlijnen de bevindingen van de evaluatiecommissie van het programma Kiezen in Zorg besproken. Daarnaast wordt besproken wat er bekend is over het gebruik van keuze-informatie op websites. Verder worden in deze paragraaf de veranderingen in de positie van de consument besproken die op de zorgverzekeringsmarkt en op de zorgverleningsmarkt te zien zijn.

4.5.1 *Gebruik van keuze-informatie: Evaluatie Kiezen in Zorg*

Kiezen in zorg is eerst door een eigen evaluatiecommissie geëvalueerd en later door een externe evaluatiecommissie.²⁶³ Het rapport van de externe evaluatiecommissie Kiezen in Zorg bevat een uitgebreid overzicht van de 123 uitgevoerde projecten. Het overzicht laat zien dat er veel onderzoek is verricht naar het aanbieden van keuze-informatie en dat er verschillende manieren zijn ontwikkeld om keuze-informatie daadwerkelijk aan te bieden en consumenten te ondersteunen bij het maken van keuzes. Volgens de zelfevaluatie is een belangrijke opbrengst van Kiezen in Zorg dat er een proces van ontwikkeling, verzameling, uniformering en presentatie van keuze-informatie in gang is gezet. De noodzakelijke randvoorwaarden om keuze-informatie beschikbaar te krijgen zijn geschapen. Daarnaast heeft ook transparantie in de zorg een impuls gekregen. Verder concludeert de zelf-evaluatie ook dat het programma ervoor heeft gezorgd dat de attitude van zorgaanbieders en professionals ten opzichte van transparantie is veranderd. Beide partijen zijn bereid mee te werken aan transparantie van de eigen prestaties.

De externe evaluatiecommissie onderschrijft de door de eigen evaluatiecommissie genoemde resultaten, maar maakt ook enkele kanttekeningen. Zo constateert de externe evaluatiecommissie dat er nog weinig echte keuze-informatie beschikbaar is. Dit komt onder andere doordat de daadwerkelijke uitvraag bij organisaties nog moet plaatsvinden en omdat de uitgevraagde informatie nog niet openbaar is. Daarnaast is de gegenereerde (kwaliteits)informatie nog vaak te omvangrijk en/of te complex om als keuze-informatie gebruikt te worden. Ook geven de door de evaluatiecommissie geïnterviewden aan dat van toerusting van burgers in een vraaggestuurd zorgstelsel nog geen sprake is. De oorzaak hiervoor zijn de te ambitieuze doelstellingen, de relatief korte looptijd van het programma en het feit dat mensen hulp nodig blijken te hebben bij het maken van keuzes. Naast dat er te weinig aandacht is geweest voor het feit dat mensen hulp nodig hebben voor het maken van keuzes is er ook te weinig aandacht geweest voor de diversiteit van de kiezende consument. Omdat er veel verschillen zijn tussen zorggebruikers is dit wel nodig.

Tenslotte constateert de evaluatiecommissie dat er onvoldoende aansluiting is gezocht bij de beleving van de zorggebruiker zelf. Een standpunt van de zorggebruikers zelf is bijvoorbeeld dat ze vinden dat ze erop moeten kunnen vertrouwen dat de kwaliteit van zorg overal in Nederland goed is. Volgens de evaluatiecommissie moet de aandacht uitgaan naar werken vanuit patiëntenperspectief.

4.5.2 *Gebruik van keuze-informatie: vergelijkingswebsites*

In Nederland zijn verschillende websites beschikbaar die keuze-informatie aanbieden. Voorbeelden van dit soort websites zijn: www.kiesbeter.nl, www.consumentenbond.nl, www.independer.nl,

²⁶³ Zie Externe evaluatiecommissie Kiezen in Zorg 2008.

www.fx.nl, www.mistermoney.nl, www.tcfzorg.nl, www.verzekeringssite.nl, www.zorgkiezer.nl, www.zorgplanet.nl.²⁶⁴ In 2008 zijn er twee rapporten²⁶⁵ gepubliceerd die inzicht geven in hoe keuze-informatie het best op websites gepresenteerd kan worden. De algemene conclusie is dat er nog weinig bekend is over wat de effecten zijn van de manier van presenteren van vergelijkende keuze-informatie op het kiezen door consumenten. De rapporten concluderen tevens dat de resultaten van de onderzoeken (zowel binnen onderzoeken, als tussen onderzoeken) die op dit domein worden uitgevoerd regelmatig tegenstrijdig zijn.²⁶⁶ We zullen ons in dit hoofdstuk daarom beperken tot wat aan de hand van cijfers van twee websites, kiesBeter.nl en Independer.nl (zie box 4.4), af te leiden valt over het gebruik van keuze-informatie.

Box 4.4 – Achtergrondinformatie bij kiesBeter.nl en Independer.nl

Kiesbeter.nl wordt gefinancierd door ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en staat onder beheer van het RIVM. KiesBeter.nl geeft naast medische informatie ook vergelijkingsinformatie over ziektekostenverzekeraars, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg, huisartsenzorg etc.²⁶⁷ Independer.nl is een commerciële organisatie en biedt online advies over financiën en gezondheidszorg. Zo biedt Independer.nl verschillende soorten verzekeringen, zoals autoverzekeringen en woonverzekeringen, aan. Op het gebied van de gezondheidszorg biedt Independer.nl met name vergelijkingsinformatie over zorgverzekeringen, ziekenhuizen, huisartsen, thuiszorg en fysiotherapeuten aan. Daarnaast biedt Independer.nl ook medische informatie aan de hand van patiëntenbrieven en –folders op haar website aan. In de regio Haaglanden is Independer.nl ook actief in de geneesmiddelenverstrekking en als aanbieder van huisartsen- en fysiotherapeutische zorg.

Op KiesBeter.nl is etalage-informatie beschikbaar, maar ook veel kwaliteitsinformatie, zowel op basis van prestatie-indicatoren als op basis van patiëntenervaringen. Ook op Independer.nl is veel etalage-informatie beschikbaar, maar ook kwaliteitsinformatie. De kwaliteitsinformatie bestaat zowel uit informatie gebaseerd op bestaande registraties (zoals prestatie-indicatoren) als informatie op basis van ervaringen van patiënten en huisartsen.²⁶⁸ Daarnaast bieden beide websites ook informatie over de premies van de verschillende verzekeringspolissen.

Bezoekersaantallen

KiesBeter.nl trekt dagelijks zo'n 14.000 bezoekers.²⁶⁹ Independer.nl trekt dagelijks zo'n 22.000 bezoekers.²⁷⁰ Wanneer we die getallen extrapoleren dan zijn dat op jaarbasis respectievelijk 5,1 en 8

264 NZa 2008j, p.11.

265 Damman en Rademakers 2008; Damman et al. 2008.

266 Tegenstrijdigheden in resultaten van onderzoek naar keuze-informatie houden volgens Hibbard niet in dat consumenten geen invloed (kunnen) hebben op kwaliteitsverbetering in de zorg. Ze worden door Hibbard verklaard door het feit dat er nog een hoop verbeterd dient te worden aan de manier waarop informatie wordt gepresenteerd. Daarom is er verbetering en evaluatie nodig van de manier waarop de informatie gepresenteerd wordt.

267 Voor een uitgebreid overzicht van zorgverleners waar kiesBeter.nl informatie over heeft, zie <http://www.kiesbeter.nl/algemeen/zorgverleners> (geraadpleegd 27-04-2009).

268 Damman en Rademakers 2008, p.15-26.

269 Colijn en Graaf van der 2009, p.17.

270 Colijn en Graaf van der 2009, p.17.

miljoen bezoekers. De bezoekcijfers van kiesBeter.nl laten zien dat een groot deel van de mensen dat kiesBeter.nl bezoekt op zoek is naar medische informatie.²⁷¹ Wanneer bezoekers van kiesBeter.nl op zoek zijn naar vergelijkingsinformatie dan zoeken ze met name naar informatie over zorgverzekeringen, gevolgd door informatie over ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen. Bij Independer-Gezondheidszorg wordt het onderdeel zorgverzekeringen het meest bezocht, gevolgd door de “zoek en vergelijk”-sites voor ziekenhuizen en huisartsen (in 2008: 308.000 vs. 258.000 respectievelijk 282.000).

De bezoekersaantallen van kiesBeter.nl en Independer.nl laten zien dat de bezoekersaantallen voor het onderdeel verzekeringen in de maanden november en december een stuk hoger zijn dan in de andere maanden.²⁷² In deze maanden krijgen verzekerden de kans om van zorgverzekeraar te wisselen.

Met name eind 2005, vlak voor de introductie van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel is een duidelijke piek te zien. Het aantal bezoekers eind 2005 is vele malen groter dan in de daarop volgende jaren. Dat er eind 2005 voor particulier verzekerden voor het eerste een mogelijkheid²⁷³ was om makkelijk over te stappen in combinatie met de nodige publiciteit rond de stelselwijziging in diezelfde periode zal aan dit fenomeen hebben bijgedragen. Independer.nl geeft aan dat slechts een deel van de bezoekers na de vergelijking van de zorgverzekeringen ook daadwerkelijk een verzekering online afsluit.²⁷⁴ Ook wisselen mensen volgens Independer.nl bij andere vormen van verzekeringen sneller van verzekeraar dan bij ziektekostenverzekeringen. Volgens Independer.nl speelt daar mee dat de producten waarover men een verzekering afsluit van een ander karakter zijn.²⁷⁵

Ervaringen van de bezoekers

Uit het rapport “Gebruik en waardering van kiesBeter.nl in 2008” komt naar voren dat in de eerste helft van 2008 de bezoekers van kiesBeter.nl positiever antwoordde op de vraag of ze de informatie waar ze naar op zoek waren ook gevonden hadden dan in de tweede helft van 2008 (60% vs. 40%). Ook op de vraag of de website de bezoekers heeft ondersteund bij het maken van een keuze is in de loop van 2008 gedaald. De auteurs van het rapport geven als mogelijke verklaring voor deze dalende trend dat steeds meer bezoekers van kiesBeter.nl via Google op de website binnenkomen en daardoor misschien andere verwachtingen hebben van mensen die de url direct intypen.²⁷⁶

Uit datzelfde rapport komt naar voren dat Independer.nl op de aspecten betrouwbaarheid, bruikbaarheid, informatie, neutraliteit beter scoort dan kiesBeter.nl. Op het aspect onafhankelijkheid scoren

271 Colijn en Graaf van der 2009, p.8.

272 Interview Independer.nl (11-03-2009); zie ook Colijn en van der Graaf 2009, p.9; Voor kiesBeter.nl geldt dat in de maanden november en december het onderdeel zorgverzekeringen respectievelijk 85.000 en 55.000 bezoekers trekt. De overige maanden wordt dit onderdeel door gemiddeld minder dan 10.000 mensen bezocht.

273 Voor ziekenfonds verzekerden bestond die mogelijkheid al langer.

274 Interview Independer.nl (11 maart 2009).

275 Interview Independer.nl (11 maart 2009).

276 Colijn en van der Graaf 2009, p.28-29.

kiesBeter.nl en Independer.nl hetzelfde.²⁷⁷ Mensen maken wat betreft onafhankelijkheid blijkbaar geen onderscheid tussen een commerciële website en een website die door de overheid is ontwikkeld.

Beoordeling van de NZa van websites die verzekeringen aanbieden

Zowel in 2007 als in 2008 heeft de NZa websites die verzekeringen vergelijken beoordeeld. In 2007 kwam uit het onderzoek van de NZa naar voren dat er verschillen in de kwaliteit van de presentatie van de informatie tussen websites zijn.²⁷⁸ Uit het vervolg onderzoek blijkt dat die verschillen anno 2008 voor het merendeel zijn weggewerkt.²⁷⁹

De beheerders zorgen er dus voor dat hun websites aansluiten bij de laatste kennis die voorhanden is wat betreft presentatiewijze van informatie. De beheerders van websites onderzoeken het kiesgedrag van hun bezoekers aan de hand van usability tests. Daarnaast voeren ze ook enquêtes uit over de bruikbaarheid van hun bezoekers met de aangeboden informatie.

4.5.3 De invloed van de consument op zorgverzekeringsmarkt

Consumenten kunnen op twee manieren (exit of voice) invloed uitoefenen op het aanbod van ziektekostenverzekeraars. Deze invloed die consumenten op de zorgverzekeringsmarkt onder andere door de ontsluiting van keuze-informatie kregen moest bijdragen aan de versterking van hun positie. Deze paragraaf bespreekt de invloed van de verzekerdenmobiliteit en de collectiviteiten op de zorgverzekeringsmarkt.

Verzekerdenmobiliteit

Bij de introductie van de Zvw in 2006 is een groot deel van de bevolking (19%) van verzekering veranderd.²⁸⁰ Dit hield in dat 16% van de ziekenfondsverzekerden overstapte en 22% van de particulierverzekerden.²⁸¹ Meer dan de helft van de overstappers gaf aan dat een aantrekkelijk collectief de hoofdreden was om over te stappen.²⁸² Na 2006 is de verzekerdenmobiliteit echter teruggevallen tot bijna het niveau van voor de stelselherziening (zie figuur 4.1).²⁸³ De belangrijkste redenen in de afgelopen jaren om over te stappen waren: de hoogte van de premie voor de totale zorgverzekering, de dekking van de aanvullende verzekering en deelname aan een collectief contract. De hoogte van de premie voor de totale zorgverzekering was in 2008 de belangrijkste reden om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Het belang van de dekking van de aanvullende verzekering lijkt in de overweging om over te stappen naar een andere zorgverzekeraar in de

277 Colijn en van der Graaf 2009, p.18.

278 NZa 2007c, p.15.

279 NZa 2008j, p.15.

280 Vektis 2009, p.3.

281 Vektis 2008b, p.29.

282 Jong de et al. 2006.

283 Voor de stelselherziening stapte jaarlijks ongeveer 3% tot 3,5% van de ziekenfondsverzekerden over naar een andere verzekeraar, zie Van der Schee et al. 2005, p.1.

afgelopen jaren toe te nemen.²⁸⁴

Omdat er nauwelijks polissen zijn die gebaseerd zijn op selectieve inkoop van zorg is er op dit moment voor consumenten geen reden om van zorgverzekeraar te wisselen op basis van (de kwaliteit van) het zorgaanbod. Kwaliteit van de zorg die zorgverzekeraars inkopen lijkt nog nauwelijks een rol te spelen.²⁸⁵ Hierdoor heeft het exit-mechanisme nog nauwelijks invloed op de kwaliteit en het aanbod van de zorg die ziektekostenverzekeraars inkopen. Faber et al. constateren zelfs in een systematische review van Amerikaanse studies dat de vrijheid om zelf een zorgaanbieder te kunnen kiezen bij de keuze van een zorgverzekering zwaarder weegt dan de kwaliteit van de gecontracteerde zorgaanbieders.²⁸⁶ Hiermee rijst de vraag hoe de selectieve zorginkoop zich in Nederland verder zal ontwikkelen.

Uit het programma Kiezen in Zorg komt naar voren dat chronisch zieken op dezelfde gronden voor een verzekeraar kiezen als mensen die niet chronisch ziek zijn. De premie is voor allebei het belangrijkste,²⁸⁷ en beide groepen zeggen bereid te zijn extra te betalen voor gecontracteerde zorgaanbieders met goede resultaten.²⁸⁸

Voor de zorg die vanuit de AWBZ wordt vergoed kunnen consumenten nog geen verzekeraar kiezen. Verzekerdemobiliteit is daarom voor de AWBZ niet van toepassing.

In de evaluatie van de Zorgverzekeringswet²⁸⁹ wordt uitgebreid stilgestaan bij de invloed van verzekerdens op de zorgverzekeringsmarkt.

284 Vos en Jong de 2009, p.3.

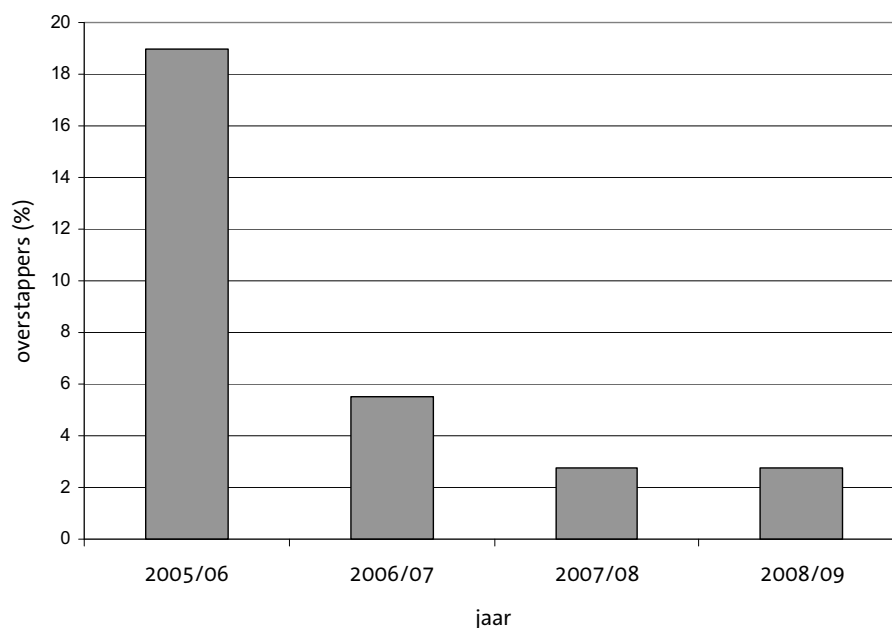
285 Jong de 2008.

286 Faber et al. 2009, p.14.

287 Jong de et al 2008, p.7.

288 ZonMw 2009; Zie ook RVZ 2008, p.90 en Bijl et al. 2007.

289 Ven van de et al. 2009.



Figuur 4.1 – Het percentage verzekeren dat van verzekeraar is veranderd in 2005-2009

Bron: Vektis 2009.

Collectiviteiten en de invloed van patiënten-/consumentenorganisaties

Op dit moment wordt met de collectiviteiten nog met name premiekorting bedongen. De meeste collectiviteiten zijn werkgeverscollectiviteiten (65%) of collectiviteiten die zijn opgericht door groepen die weinig met de gezondheidszorg van doen hebben (20%).²⁹⁰ Het blijkt dat de werkgeverscollectiviteiten weinig aandacht besteden aan de kwaliteitsaspecten van zorg bij het afsluiten van hun contracten, maar zich vooral richten op de premie.²⁹¹ Collectiviteiten oefenen op dit moment (nog) nauwelijks invloed uit op het inkoopbeleid van ziektekostenverzekeraars.

Slechts 3% van de collectief verzekerden hebben zich aangesloten bij een patiëntencollectief. Uit interviews met patiënten-/consumentenorganisaties²⁹² komt naar voren dat zij vermoeden dat bij de keuze voor een collectief blijkbaar andere motieven leidend zijn en dat mensen zich niet als chronisch zieke willen laten kennen. Dat een groot deel van de mensen (65%)²⁹³ een collectieve verzekering heeft en dat de meeste collectieven werkgebonden zijn kan een verklaring voor de lage verzekerdenmobiliteit zijn. Mensen wisselen immers niet ieder jaar van werkgever.²⁹⁴ Werkgevers

²⁹⁰ Jong de 2008, p.5.

²⁹¹ Ruth van et al 2007.

²⁹² Interviews met NPCF (16 februari 2009), CG-Raad (4 maart 2009), NVHP (30 maart 2009), DVN (13 maart 2009).

²⁹³ Jong de 2008, p.5.

²⁹⁴ Borghouts-van de Pas et al. 2009, p.37.

kunnen wel elk jaar bij een andere verzekeraar een collectief contract afsluiten, maar doen dat kennelijk niet.

De patiënten-/consumentenorganisaties geven aan dat het bij het aangaan van een collectief contract voor verzekeraars van belang is dat een patiëntengroep in het risicovereveningsmodel is opgenomen.²⁹⁵ Mensen met diabetes zijn bijvoorbeeld goed in dat model opgenomen en de Diabetes Vereniging Nederland (DVN) had al vrij snel na de invoering van de Zvw afspraken over collectieve contracten (zie box 4.5).

Box 4.5 – Casus: De invloed van de Diabetes Vereniging Nederland door middel van collectieve contracten en op de zorg(inkoop)

Invloed door middel van collectieve contracten

Kort na de invoering van de Zvw heeft de DVN met verzekeraars onderhandeld over collectieve contracten. Naar aanleiding van die onderhandelingen is er met verschillende verzekeraars een collectief contract afgesloten. Daarnaast werd ook een speciale zorgverzekering voor diabetespatiënten ontwikkeld onder de naam DiaVitaal. In dit diabetes zorgconcept werkte de verzekeraar nauw samen met diverse zorgverleners, extramurale zorgcentra, leveranciers van diabeteshulpmiddelen en de DVN. Per 1 januari 2008 is de DiaVitaal polis echter opgeheven, wegens een gebrek aan belangstelling onder verzekerden. De andere collectieve contracten bestaan nog wel. Het is de DVN in de afgelopen jaren echter niet gelukt om een belangrijk deel van haar 60.000 leden te mobiliseren en daarmee druk uit te oefenen op de ziektekostenverzekeraars. Ook hebben deze collectieve contracten weinig discriminerend vermogen. Ze bieden met name korting op de premie en/of extra vergoedingen voor hulpmiddelen, cursussen, voetzorg of lidmaatschap van de DVN. Volgens de DVN zou het onderscheidend vermogen echter in de echte verbetering van zorg moeten zitten. Wat dat betreft hebben de collectieve contracten niet zo veel succes gehad.

Doordat de DVN als vertegenwoordiger van verschillende collectieve polissen optreedt zijn er wel betere contacten tussen de DVN en verzekeraars.

Invloed op de zorg(inkoop)

De DVN wil zowel op het gebied van kennis, als vanuit financieel oogpunt een sterkere positie krijgen in de driehoeksverhouding met ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders. Hiermee wil de DVN meer op de kwaliteit van de zorginkoop sturen.

De DVN vindt het belangrijk dat diabetespatiënten zich op het gebied van kennis profileren. Daarom zet de DVN een Masterclass Zorginkoop voor patiënten op. Daarnaast heeft de DVN zelf ook een onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de geleverde zorg aan diabetespatiënten. Met deze twee elementen wil de DVN de gesprekken met verzekeraars en zorgaanbieders over de zorginkoop aangaan.

Om financieel een sterke positie te krijgen heeft de DVN een hulpmiddelenwinkel geopend. Op dit moment zit er

295 Interviews met NVHP (30 maart 2009), CG-Raad (04 maart 2009), NPCF (16 februari 2009).

immers een hoge winstmarge op hulpmiddelen. Met haar hulpmiddelenwinkel wil de DVN de prijs van die hulpmiddelen verlagen. Richting de ziektekostenverzekeraars is dit dan een signaal dat er geld bespaard is en dat dat geld ergens anders in kan worden geïnvesteerd. Daarnaast kan het geld dat eventueel met de hulpmiddelenwinkel wordt gegenereerd aan de DVN ruimte geven om te innoveren, bijvoorbeeld door de implementatie van de zorgwijzer te ondersteunen.

Bron: interview Diabetesvereniging Nederland (13 maart 2009)

Een voorbeeld van een patiëntengroep die niet in de risicoverevening is opgenomen zijn de hoofdpijnpatiënten. Het lukte de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten (NVHP) dan ook niet om een collectieve verzekering af te sluiten (zie box 4.6).

Box 4.6 – Casus: De invloed van de Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten door middel van collectieve contracten en op de zorg(inkoop)

Invloed door middel van collectieve contracten

Begin 2006 bleek dat het voor een aantal patiëntenverenigingen niet mogelijk was om een collectief contract af te sluiten, waaronder de NVHP. De patiënten die bij deze verenigingen zijn aangesloten hebben aandoeningen die gemiddeld extra kosten met zich mee brengen, maar die niet zijn opgenomen in het vereveningsfonds. Begin 2006 heeft de Telegraaf over deze gang van zaken bericht. Daarnaast heeft Het Patiëntencollectief, een initiatief van Het Ondersteuningsburo voor patiëntenorganisaties, met een brief de minister van dit probleem op de hoogte gesteld en zijn er door Kamerleden vragen hierover in het parlement gesteld.

In haar onderhandelingen om tot een collectieve verzekering te komen zette de NVHP vooral in op punten die in de aanvullende verzekering geregeld zouden moeten worden. In oktober 2006 heeft de NVHP een brief aan de minister gestuurd met het dringende verzoek om de verevening voor migrainepatiënten alsnog te realiseren zodat het voor de NVHP mogelijk zou worden om collectieve contracten af te sluiten. De minister heeft daarop in zijn brief van 20 oktober 2006 geantwoord dat de NVHP ten onrechte een verband legt tussen collectiviteiten en de risicoverevening. En vermeldt dat het voor iedere patiëntenvereniging mogelijk is om een collectief contract af te sluiten. De minister noemt twee redenen om migrainepatiënten niet in de risicoverevening op te nemen. Ten eerste is de risicoverevening bedoeld om verzekeraars op een adequate manier te compenseren voor verschillen in risico's. Dat betekent niet dat voor elke individuele verzekerde de vereveningsbijdrage exact spooft met de kosten van de verzekerde. Daarnaast is het technisch gezien niet altijd mogelijk om een bepaalde aandoening op te nemen in de systematiek omdat een aandoening bijvoorbeeld geen specifieke medicamenteuze behandeling kent, wat opname in de FKG-systematiek bemoeilijkt of omdat het om te geringe aantallen gaat. De minister concludeert dat het daarom niet haalbaar is om de verzekeraars voor elke mogelijke aandoening in het verzekerdenbestand een aparte bijdrage te verstrekken vanuit het vereveningsfonds.

In maart 2007 heeft de NVHP tenslotte nog een gesprek met een verzekeraar over een collectief contract gevoerd. Tijdens dat gesprek kreeg de NVHP te horen dat het voor de directie van de verzekeraar onmogelijk was om tegenover haar aandeelhouder te verantwoorden dat zij een collectief contract afsluit voor een zorgverzekering van een groep patiënten waarvan het bewezen is dat zij een voorspelbaar verlies opleveren van gemiddeld zo'n 320 euro

per persoon per jaar. De collectiviteit voor de NVHP is er daarom nooit gekomen.

Invloed op de zorg

Op dit moment is de NVHP aangesloten bij een Europees samenwerkingsverband (Eurolight) dat uitzoekt wat de impact van hoofdpijn op de maatschappij is. Met dit project hoopt de NVHP inzicht te krijgen in hoeveel mensen last hebben van hoofdpijn, hoe vaak die mensen daar last van hebben, hoe erg dat is en wat voor belasting dat is voor de maatschappij.

Bron: interview NVHP (30 maart 2009)

De beperkte schaal waarop patiënten zich via een patiëntencollectief verzekerd hebben en de inhoud van die collectieven leidt ertoe dat patiëntenorganisaties met collectieven weinig druk kunnen zetten door middel van het exit-mechanisme. Patiëntencollectieven kunnen op die manier nauwelijks invloed uitoefenen op de kwaliteit en het aanbod van de zorg dat ziektekostenverzekeraars inkopen.²⁹⁶

Patiëntenorganisaties geven wel aan dat sinds de invoering van het nieuwe stelsel de contacten met verzekeraars verbeterd zijn.²⁹⁷ Verzekeraars willen, omwille van hun reputatie (en de daarmee gepaarde dreiging dat grote groepen consumenten van exit gebruik kunnen gaan maken), immers graag kunnen zeggen dat ze patiënten hebben betrokken bij de totstandkoming van hun inkoopbeleid. De patiëntenorganisaties vinden dit een goede ontwikkeling maar maken daarbij wel de kanttekening dat ze na een contact met een verzekeraar er vaak niet van op de hoogte worden gesteld hoe de verzekeraar het standpunt van de patiëntenorganisatie in zijn inkoopbeleid heeft vormgegeven.²⁹⁸

Het blijkt voor consumenten lastig om erachter te komen welke kwaliteitsafspraken zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling zijn overeengekomen,²⁹⁹ deze zijn vaak nog niet helder op het moment dat de polissen worden vastgesteld en ze zijn vaak ook lastig te vergelijken.³⁰⁰

Uit de interviews met de DVN en de NVHP (zie ook casusbeschrijvingen) en een interview met Het Ondersteuningsburo³⁰¹ komt naar voren dat de patiëntenverenigingen een nieuwe weg zijn ingeslagen, namelijk het vergroten van kennis over de aandoening en de impact daarvan op mens en maatschappij. Zij streven ernaar om met die verkregen kennis een sterkere positie te krijgen in de driehoeksverhouding met zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars en daarmee invloed uit te oefenen op de zorg(inkoop). Op die manier zouden consumenten op de zorgverzekeringmarkt met specifieke kennis wel invloed via het voice-mechanisme kunnen uitoefenen. Aangezien uit de

296 Rossum van en Janse 2008, p.21-22.

297 Interviews met DVN (13 maart 2009), NPCF (16 februari 2009), CG-Raad (4 maart 2009), HOB (30 maart 2009); Zie ook Bos et al. 2008, p.25.

298 Interview met DVN (13 maart 2009), zie ook Bos et al. 2008, p.33.

299 Bos et al. 2008, p.33-34.

300 Interviews met NPCF (16 februari 2009), DVN (13 maart 2009), CG-Raad (4 maart 2009), HOB (30 maart 2009).

301 Interviews met DVN (13 maart 2009), NVHP (30 maart 2009) en HOB (30 maart 2009).

interviews naar voren komt dat patiëntenorganisaties keuzevrijheid erg belangrijk vinden valt te verwachten dat hun invloed zich meer zal richten op de verstrekkingen van verzekeraars voor de specifieke patiëntengroep en het verbeteren van de zorg zelf dan op de selectieve inkoop.

4.5.4 De invloed van de consument op de zorgverleningsmarkt

Ook op de zorgverleningsmarkt kunnen consumenten op twee manieren (exit en voice) invloed uitoefenen. Deze paragraaf bespreekt de mobiliteit op de zorgverleningsmarkt en de invloed van patiënten-/consumenten(organisaties) op het aanbod van die zorgverleningsmarkt.

Keuzes van patiënten en hun mobiliteit op de zorgverleningsmarkt

Er is nog weinig bekend over het gebruik van keuze-informatie op de zorgverleningsmarkt. Wel is bekend dat de informatie waar consumenten naar op zoek zijn per situatie verschilt. Patiënten die bijvoorbeeld op verdenking van borstkanker naar het ziekenhuis worden verwezen zijn in heel andere aspecten van zorg geïnteresseerd dan mensen die een staaroperatie moeten ondergaan. De eerste groep patiënten wil namelijk snel een afspraak in het ziekenhuis kunnen krijgen, de tweede groep wil goede uitleg krijgen over de risico's van de operatie.³⁰² En mensen die een keuze voor een verpleeghuis moeten maken willen weer hele andere informatie. Daarnaast komt uit de evaluatie van het programma Kiezen in Zorg naar voren dat chronisch zieken de zorgaanbieder vooral op zijn patiëntgerichtheid selecteren. Mensen met een lichte aandoening verkiezen juist een zo kort mogelijke reistijd.³⁰³ Om mensen keuzes te laten maken op basis van keuze-informatie is maatwerk dus gewenst.³⁰⁴

De NVZ heeft in het interview³⁰⁵ vermeld dat de mobiliteit van consumenten in het B-segment in 2007 is toegenomen ten opzichte van 2005 en verwijst hierbij naar het rapport "B-segment: Onderzoek naar belangrijkste ontwikkelingen" van Gupta Strategists.³⁰⁶ Hieruit zou men kunnen opmaken dat mensen voor de electieve zorg wel keuzes op basis van informatie over de kwaliteit maken en bereid zijn verder te reizen. Het is niet bekend in hoeverre mensen in het A-segment bereid zijn om verder te reizen of ander mobiel gedrag vertonen.

De invloed van patiënten-/consumenten(organisaties) op het aanbod van die zorgverleningsmarkt.

Uit de verschillende interviews³⁰⁷ komt naar voren dat de ontsluiting van informatie over de kwaliteit van het zorgaanbod ervoor gezorgd heeft dat zorgaanbieders meer aan benchmarking zijn gaan doen.

302 Centrum Klantervaring Zorg 2008, p.18-19; zie ook Delnoij 2009, p.16.

303 ZonMw 2009.

304 Delnoij 2009, p.17.

305 Interview met NVZ (19 februari 2009)

306 Interview met NVZ (19 februari 2009), zie ook Gupta Strategists 2008, p.41.

307 Interviews met IGZ (25 februari 2009), dhr. van Rijn (27 februari 2009), dhr. Hoogervorst (11 februari 2009) en Consumentenbond (14 april 2009).

Daarnaast zorgt de Inspectie voor de Gezondheidszorg ervoor dat kwaliteit van zorg en de kwaliteitsverschillen zichtbaar gemaakt worden. Hierdoor hebben mensen de keus om voor de beste zorgaanbieder te kiezen en wordt ook helder waar het verbeterpotentieel bij zorgaanbieders zit. De CG-raad merkt hierbij in een interview³⁰⁸ wel op dat ook mensen die geen keuze willen maken er vanuit moeten kunnen gaan dat een zorgaanbieder aan de minimumeisen voldoet.

In verschillende zorgsectoren werkt men inmiddels al met indicatoren, in sommige sectoren is men nog druk bezig met de ontwikkeling van indicatorensets.³⁰⁹ Uit de interviews komt dan ook naar voren dat de ontwikkeling van transparantie op de goede weg is, maar dat die ontwikkeling ook nog wel enige tijd zal gaan vergen.

Doordat de kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders inzichtelijk voor de buitenwereld aan het worden zijn anticiperen zorgaanbieders op die verschillen. Uit de systematische review van Fung³¹⁰ komt naar voren dat het publiceren van informatie over de kwaliteit effect op het aantal verbeterprojecten dat met name ziekenhuizen starten naar aanleiding van de uitkomsten. Delnoij concludeert dan ook dat het transparant maken van de kwaliteit een extra prikkel voor zorgaanbieders vormt om aan hun kwaliteit te werken.³¹¹

Dit wordt bevestigd door de interviews die in het kader van deze evaluatie zijn gehouden. Tijdens deze interviews komt naar voren dat het gevaar op reputatieschade blijkbaar een belangrijke stimulans is om kwaliteitsinformatie naar buiten te brengen en ervoor te zorgen dat de kwaliteit niet onderdoet voor die van de concurrent.³¹² Niet iedereen hoeft dus te kiezen om toch te kunnen profiteren van betere kwaliteit.

Om de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren richten naast de ziektekostenverzekeraars ook de zorgverleners zich meer op de patiënten-/consumenten(organisaties). Patiënten-/consumentenorganisaties geven zelf ook aan dat in de afgelopen jaren kwaliteit van zorg steeds hoger op hun agenda is komen te staan.³¹³ Doordat kwaliteit een steeds belangrijker rol bij zorgverleners en ziektekostenverzekeraars is gaan spelen hebben patiënten-/consumentenorganisaties meer invloed gekregen op de kwaliteit van het aanbod op de zorgverleningsmarkt, bijvoorbeeld door hun bijdrage aan de ontwikkeling van zorgstandaarden. Daarbij is het wel de vraag of de driehoek van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten/verzekerden in alle hoeken even sterk is.³¹⁴ Patiënten/verzekerden worden weliswaar geconsulteerd wanneer verzekeraars hun inkoopbeleid opzetten, maar op de zorginkoop zelf hebben ze geen directe invloed.

308 Interview met CG-Raad (4 maart 2009).

309 Zie www.zichtbarezorg.nl (geraadpleegd op 26-02-2009)

310 Fung et al. 2008, p.111-123.

311 Zie ook Delnoij 2009, p.36.

312 Interviews met IGZ (25 februari 2009), Uvit (6 maart 2009), van Rijn (27 februari 2009).

313 Interviews met HOB (30 maart 2009) en DVN (13 maart 2009), zie ook Bos et al. 2008.

314 Interview met HOB (30 maart 2009); zie ook Grit et al. 2008, p. 115.

4.6 Conclusies inzake de effectiviteit en tekortkomingen van het beschikbaar maken van keuze-informatie en suggesties voor verbeteringen

Een nieuw element in de Wmg is de verplichting voor ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders tot het openbaar maken van keuze-informatie, vastgelegd in artt. 38 en 40 Wmg. De Wmg geeft daarbij de NZa de opdracht om toe te zien op de naleving van de informatieverplichting voor de ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders. We moeten allereerst constateren dat voor de invoering van de WMG al veel beleid op dit gebied is ontwikkeld en ingezet. Dat is een belangrijke constatering omdat met dat beleid een flinke start is gemaakt met het openbaar maken van keuze-informatie. Er is echter nog weinig bekend over hoe mensen keuzes maken in de gezondheidszorg en welke informatie ze daarbij nodig hebben. Het is daarom lastig om harde uitspraken te doen over de effecten van keuze-informatie op de zorgverzekeringsmarkt en de zorgverleningsmarkt.³¹⁵ Toch zien we in de afgelopen jaren flinke ontwikkelingen.

We zien bijvoorbeeld dat de ontsluiting en het gebruik van keuze-informatie langzaam op gang komt. Er wordt veel onderzoek gedaan naar welke keuze-informatie aangeboden moet worden en er wordt door de marktpartijen veel inspanning geleverd om de keuze-informatie te ontsluiten. Hierin speelt de IGZ een belangrijke rol. Bij het ontsluiten van keuze-informatie speelt het flankerend beleid van de overheid een belangrijke rol.

De NZa houdt toezicht op de totstandkoming van keuze-informatie door middel van monitoring en houdt in de gaten dat de markt niet in gebreke blijft in de ontsluiting van keuze-informatie. Tenslotte heeft de NZa zelf de bevoegdheid om transparantie-informatie openbaar te maken, als aanbieders of verzekeraars het laten liggen. Om het toezicht vorm te geven heeft de NZa het toetsingskader transparantie opgesteld. Tot nu toe zien we dat de NZa zich op het gebied van transparantie-ontwikkeling terughoudend opstelt, slechts éénmaal (bij de fysiotherapie) heeft de NZa de ontsluiting van keuze-informatie naar zich toegetrokken. De NZa heeft dan ook aangegeven dat het transparant maken van de kwaliteit op de zorgverleningsmarkt bij de taken van de IGZ past.³¹⁶ Dit ontslaat de NZa niet van de verantwoordelijkheid om op het transparant maken van de kwaliteit toe te zien.

Dat er meer keuze-informatie beschikbaar komt leidt er op de zorgverzekeringsmarkt toe dat verzekerden zich langzaam ook als kiezende consumenten gaan gedragen, er is sprake van een wat sterkere positie van de verzekerde. Op de zorgverleningsmarkt zien we dat patiënten zich nog niet als kiezende consumenten gedragen, daar rijst de vraag of de positie van de consument daadwerkelijk sterker is geworden als gevolg van de totstandkoming van keuze-informatie. We zien daar wel dat de transparantieontwikkeling bij zorgaanbieders zorgt voor een kwaliteitsimpuls in de zorg.

4.6.1 Er is al wel keuzegedrag van consumenten op de zorgverzekeringsmarkt

Om verzekeraars met elkaar te kunnen vergelijken en om uiteindelijk een keuze voor een bepaalde verzekeraar en een bepaald verzekeringsproduct te kunnen maken hebben consumenten informatie

³¹⁵ Damman en Rademakers 2008, Damman et al. 2008

³¹⁶ NZA 2008h, p. 7; Zie ook interview ambtenaren NZa (16 april 2009).

nodig. Op de zorgverzekeringsmarkt beschikken consumenten in ieder geval over prijsinformatie. Zowel van de basisverzekering als van aanvullende verzekeringen kunnen consumenten eenvoudig achterhalen wat ziektekostenverzekeraars daarvoor berekenen. Ook over de kwaliteit van de verzekeraar, met name de serviceverlening, is via websites als kiesbeter.nl en independer.nl informatie voorhanden. Tenslotte geven verzekeraars via hun eigen websites ook aan welke zorg via hun producten vergoed wordt en met welke zorgaanbieders ze contracten hebben. Het is voor consumenten echter lastig om erachter te komen welke kwaliteitsafspraken zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling zijn overeengekomen³¹⁷, deze zijn vaak nog niet helder op het moment dat de polissen worden vastgesteld en vaak ook lastig te vergelijken³¹⁸. Er is voor consumenten dus informatie beschikbaar om keuzes te kunnen maken. Het is echter de vraag of consumenten nu ook gebruik maken van die keuze-informatie.

Van de websites kiesbeter.nl en independer.nl is bekend dat er rond de stelselherziening een piek in het aantal bezoekers is geweest die informatie raadpleegden over ziektekostenverzekeraars. Tijdens de jaarlijkse periode dat mensen van zorgverzekering kunnen wisselen loopt het aantal gebruikers van keuze-informatie telkens op. Het aantal bezoekers van de keuzesite verzekeraars van Kies Beter ligt op 140.000, bijna 2% van het aantal huishoudens in Nederland. Van Independer zijn deze cijfers niet beschikbaar. Het aantal mensen dat deze keuze informatie raadpleegt ligt daarmee in dezelfde orde van grootte als de verzekerdenmobiliteit.

Rond de introductie van de Zvw zagen we een sterk verhoogde verzekerdenmobiliteit. Een groot deel van de verzekerden (19%) heeft toen gekozen voor een andere verzekering. In de jaren erna is de verzekerden mobiliteit weer teruggelopen tot de situatie zoals voor de stelselherziening, rond de 4%. De keuze voor een zorgverzekeraar lijken consumenten niet te zien als een proces dat ze jaarlijks moeten herhalen. Dit komt overeen met andere verzekeringsproducten. Dat de mobiliteit op de zorgverzekeringsmarkt in de afgelopen jaren lager is geweest dan op andere verzekeringsmarkten³¹⁹ kan verklaard worden doordat 19% van de verzekerden net gewisseld is. Een andere verklaring voor de lage mobiliteit is dat veel mensen een collectieve verzekering via hun werkgever hebben afgesloten. Werknemers wisselen niet ieder jaar van werkgever en werkgevers sluiten niet ieder jaar bij een andere verzekeraar een nieuw collectief contract af, wat de mobiliteit beperkt.

Kortom, op de zorgverzekeringsmarkt is er informatie over de premie en de servicekwaliteit. Wel is het voor consumenten lastig om de kwaliteit van de door de zorgverzekeraar ingekochte zorg vast te stellen. Daardoor is vooral de informatie over de prijs en de servicekwaliteit bruikbaar voor het maken van keuzes. Daarnaast is het wisselen van zorgverzekeraar niet iets wat consumenten jaarlijks doen en lijken te willen doen. Dit kan erop duiden dat mensen gewoon tevreden zijn over hun verzekering. Het kan er echter ook op duiden dat er drempels zijn om over te stappen. Dit roept de vraag op of er een ondergrens is voor het aantal mensen dat moet overstappen om concurrentie tussen verzekeraars te bewerkstelligen. Hier is geen evidence over beschikbaar. Tevens zou de dreiging dat mensen kunnen overstappen al voldoende effect kunnen sorteren voor concurrentie tussen verzekeraars.

317 Bos et al. 2008, p. 33-34.

318 Interviews met NPCF (16 februari 2009), DVN (13 maart 2009), CG-Raad (4 maart 2009), HOB (30 maart 2009).

319 Interview met Independer.nl (11 maart 2009).

Consumenten beperken hun keuze voor een verzekeraar in hoge mate door te kiezen tussen een beperkt aantal beschikbare collectieven. De overgrote meerderheid van deze collectieven onderhandelt vooral over de premie en niet over de kwaliteit van de te contracteren zorg. Daarmee beïnvloeden deze collectieven niet de kwaliteit van de zorg die een verzekeraar hen aanbiedt. In de afgelopen jaren zien we wel dat verzekeraars zich naast het premiebeleid ook hebben willen profileren met hun dienstverlening. Nu de verzekeraars op die gebieden naar elkaar toe zijn gegroeid is het de vraag of ze zich in de toekomst zullen gaan onderscheiden met hun inkoopbeleid. Of dit zal plaatsvinden zal mede afhangen van de vraag of het keuzegedrag van consumenten gevoelig is voor dat inkoopbeleid en of consumenten bereid zijn om een deel van hun keuzevrijheid in te leveren voor hogere kwaliteit. Aangezien patiëntenorganisaties wel hebben aangegeven dat hun contacten met verzekeraars verbeterd zijn en dat ze vaker in gesprek zijn met verzekeraars bestaat de mogelijkheid dat ze in de toekomst via het voice-mechanisme invloed hebben op het inkoopbeleid en de kwaliteit van de ingekochte zorg.

4.6.2 Er is nog nauwelijks keuzegedrag van consumenten op de zorgverleningsmarkt

Bij de totstandkoming van de Wmg werd verondersteld dat consumenten door middel van informatie keuzes zouden kunnen maken en daarmee voor het aanbod dat het best bij hun vraag aansluit zouden kunnen kiezen .

Om inzicht te geven in de kwaliteit van het zorgaanbod worden vanuit het veld indicatoren ontwikkeld. Deze ontwikkeling vindt veelal tripartiet plaats. Dat betekent dat zowel zorgaanbieders, als ziektekostenverzekeraars en consumenten bij deze ontwikkeling zijn betrokken. Toch wordt er door zowel verzekeraars als door consumenten gesignaleerd dat het op basis van de informatie die nu beschikbaar is lastig is om keuzes op de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt te maken.

Consumenten hebben op dit moment nog vrijwel geen inzicht in de prijs van het zorgaanbod. Een groot deel van de bevolking heeft een natura-polis of een polis die een combinatie is van een natura-polis en een restitutiepolis. Op basis van deze –polissen hebben ziektekostenverzekeraars contracten met zorgaanbieders afgesloten. De facturering en betaling van deze gecontracteerde zorg vindt in het geval van een naturapolis plaats tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Pas bij de verrekening van het eigen risico krijgt de verzekerde een overzicht van zijn zorgkosten (voor zover dat relevant is voor zijn eigen risico). Daarnaast is de informatie over de zorginkoop veelal niet beschikbaar op het moment dat consumenten hun keuzes voor een polis maken, dus elk jaar vanaf oktober. Sterker nog, in hoofdstuk 3 wordt geconstateerd dat de contracten voor 2009 tussen ziekenhuizen en verzekeraars op veel plekken anno juni 2009 nog moeten worden gesloten. Deze kunnen per definitie geen rol hebben gespeeld bij de keuze van consumenten voor een verzekeraar.

Kortom, ondanks dat er in de afgelopen jaren veel inspanning is verricht om kwaliteitsinformatie over de zorgverleningsmarkt te ontsluiten hebben consumenten nog maar in beperkte mate de beschikbaarheid over kwaliteitsinformatie en vrijwel geen inzicht in de prijs. Daarmee staat vast dat consumenten op dit moment niet kunnen vaststellen wat de prijs- kwaliteitsverhoudingen van de aangeboden zorg is. Hierbij rijst de vraag of consumenten op de zorgverleningsmarkt wel prijs-kwaliteitsafwegingen gaan maken als ze die informatie wel zouden hebben maar de zorg door hun verzekering wordt vergoed en zij dus geen prijs hoeven te betalen.

Zowel zorgaanbieders, als ziektekostenverzekeraars en consumentenorganisaties hebben aangegeven dat ze op dit moment niet zien dat de zorgverleningsmarkt onderhevig is aan consumenten die bewuste keuzes maken op basis van kwaliteitsinformatie. Zij scheppen het beeld dat consumenten er vanuit gaan/willen gaan dat alle zorgaanbieders in Nederland dezelfde hoge kwaliteit van zorg leveren.³²⁰ Het besef dat er variatie in de kwaliteit van zorgaanbieders is begint wel op te komen, maar dat is een omslag in het denken over gezondheidszorg. Dat de huisarts hier nauw bij betrokken kan zijn zien we bij de IJsselmeer casus waar de adherentie van het ziekenhuis tot 60% was teruggelopen omdat huisartsen patiënten naar aanpalende ziekenhuizen stuurden.³²¹ Ondanks dat er op de zorgverleningsmarkt geen dreiging van het exit-mechanisme uitgaat worden consumenten toch bij de ontwikkeling van nieuw zorgaanbod betrokken. Dit was echter ook al het geval voor de introductie van de Wmg en is waarschijnlijk onderdeel van de al langer bestaande tendens om consumenten centraal te stellen.

4.6.3 De transparantieontwikkeling lijkt wel invloed te hebben op de kwaliteit van zorg

Het systeem waarbij consumenten keuzes maken en de kwaliteit van de zorg beïnvloeden door middel van exit en voice lijkt dus (nog) niet zo te werken zoals bedacht. Op de zorgverzekeringsmarkt maken consumenten met name keuzes op basis van de hoogte van de verzekeringspremie. Op de zorgverleningsmarkt is er nog weinig bekend over het gebruik van keuze-informatie en het kiesgedrag van consumenten. Wel is bekend dat de informatievoorziening daar nog niet optimaal is. Uit onderzoek dat in de Verenigde Staten is gedaan komt naar voren dat we van de kiezende consument voorsnog niet teveel invloed op de marktaandelen van zorgaanbieders moeten verwachten.³²² Niettemin signaleren verschillende geïnterviewde stakeholders dat er in de afgelopen jaren wel sprake is geweest van een kwaliteitsverbetering op de zorgverleningsmarkt en dat dit voor een groot deel wordt bepaald door de ontwikkeling van meer transparantie.³²³ Zorgaanbieders laten zich hierbij echter niet leiden door de keuzes die consumenten maken, exit en voice vinden nauwelijks plaats, maar door het gevaar op reputatieschade als ze hun behaalde resultaten niet openbaar maken. Dit wijst erop dat zorgaanbieders er wel op beducht zijn dat ze op termijn klanten kunnen kwijtraken, de potentiële dreiging van exit werkt dus wel en niet iedere individuele consument hoeft een weloverwogen keuze te maken om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

4.6.4 Suggesties voor verbeteringen

We constateren dat er keuzegedrag is op de zorgverzekeringsmarkt, maar dat deze vooral gebaseerd is op informatie over de prijs van de premie en de servicekwaliteit van de ziektekostenverzekeraar. Daarnaast constateren we dat het keuzegedrag nauwelijks doorwerkt op de kwaliteit van de zorginkoop door zorgverzekeraars. Tenslotte constateren we dat op de zorgverleningsmarkt nauwelijks sprake is van keuzegedrag op basis van keuzeinformatie.

320 Zie ook Hibbard 2008, p.160-161.

321 Interview met dhr. Boereboom, Ministerie van VWS (19 maart 2009).

322 Fung et al. 2008, p.121 ; Delnoij 2009, p.36.

323 Zie ook: ZonMw 2009.

Dat het ontsluiten van goede keuze-informatie een lange adem vergt pleit ervoor dat de overheid dit proces blijft ondersteunen waar zij kan. Het valt daarom te overwegen om voor de ontwikkeling van keuze-informatie een structurele voorziening te treffen. Daarbij is ook beter inzicht nodig in het mechanisme van transparantieontwikkeling, keuzegedrag en kwaliteitsverbetering en daarbij ook na te gaan wat de consequenties zijn van de constatering dat transparantieinformatie weliswaar invloed heeft op het gedrag van verzekeraars, maar vooral vanwege de zorg voor hun reputatie.

Om de prijs- kwaliteitsverhouding van een natura-polis te kunnen vaststellen is het noodzakelijk om tijdig informatie over de zorginkoop te hebben en die te kunnen vergelijken. Anders zullen consumenten hun afweging alleen baseren op de hoogte van de premie. Zorgverzekeraars zullen er daarom zorg voor moeten dragen dat er duidelijkheid is over hun zorginkoop voordat verzekerden een nieuwe polis kiezen en verzekeraars moeten nadenken hoe ze informatie over de kwaliteit van de ingekochte zorg het best kunnen presenteren.

Dat het voor consumenten lastig is om op basis van keuze-informatie keuzes te maken leidt ertoe dat ze met hun huidige keuzegedrag weinig invloed op verzekeraars en zorgaanbieders uitoefenen. Het samenspel van druk van individuele patiënten op micro-niveau en druk van patiënten/consumentenorganisaties op meso- en macroniveau kan leiden tot een substantiële versterking van de positie van consumenten en patiënten. Om patiënten-/consumentenorganisaties beter in staat te stellen deze rol op zich te nemen is ondersteuning van deze organisaties nodig.

5

Toezicht

Drs E. den Breejen, iBMG
Prof dr R.A. Bal, iBMG

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt geëvalueerd of het functioneren van het toezichtsinstrumentarium van de Wmg in overeenstemming is met de beoogde doelen van de Wmg. Om het toezicht en de toezichtstaken zoals die belegd zijn in de Wmg goed te kunnen analyseren en te evalueren hebben we een analytisch denkkader nodig. Dit hoofdstuk begint dan ook met een korte schets van dat denkraam. Vervolgens analyseren we vanuit dat kader stapsgewijs het toezicht van de Wmg. Zo geven we in achtereenvolgende paragrafen de beleidstheorie van de Wmg met betrekking tot toezicht weer; de beoogde werking van het toezichtsinstrumentarium; de consistentie van het toezicht in de Wmg; de invoering en naleving van de Wmg. We sluiten af met een bespreking van de knelpunten en de conclusie. De deelvragen zoals geformuleerd in het inleidende hoofdstuk zijn de leidraad voor dit hoofdstuk. Al naar gelang de relevantie zal op een aantal deelvragen uitvoeriger, dan wel minder uitvoerig worden ingegaan. Aangezien we binnen deze evaluatie niet het gehele spectrum van toezicht kunnen analyseren, richten we ons op die zaken die belangrijk bleken tijdens de parlementaire behandeling, aangevuld met knelpunten die uit onze eerste analyse kwamen. Op basis daarvan zijn we gekomen tot de volgende thema's:

- 1 Samenwerking van de NZa met andere toezichthouders;
- 2 De relatie tussen de NZa en de politiek;
- 3 Bundeling van functies en taken in de NZa;
- 4 Doelmatigheidstoets in het toezicht op de uitvoering van de verzekeringswetten.

Deze thema's worden bij het beantwoorden van de zeven deelvragen behandeld. Voordat we de eerste deelvraag behandelen zetten we eerst kort uiteen wat we onder toezicht verstaan.

5.2 Toezicht

Aan toezicht verwante begrippen zijn inspectie, handhaving en opsporing. Deze begrippen benadrukken in sommige definities verschillende accenten van eenzelfde proces, maar de kern van al deze begrippen is dat er activiteiten worden uitgevoerd die moeten bewaken dat de gestelde regels

worden nageleefd.³²⁴ Toezicht betreft het verzamelen van informatie over de vraag of een handeling of een zaak voldoet aan de daaraan gestelde eisen, het zich vormen van een oordeel hierover en het eventueel naar aanleiding daarvan interveniëren.^{325,326}

De Nederlandse gezondheidszorg kent zeer verschillende soorten organisaties, die zowel publiek als privaat kunnen zijn; de gezondheidszorg wordt dan ook wel getypeerd als een hybride sector.³²⁷ Deze meervoudigheid maakt de organisatie van het toezicht en het inrichten van de wijze van verantwoording complex.³²⁸ Er bestaan dan ook meerdere vormen van 'toezicht' naast elkaar. In de gezondheidszorg kennen we intern toezicht door de Raden van Toezicht, we kennen extern toezicht door onder andere de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), De Nederlandsche Bank (DNB), de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Daarnaast hebben er accreditaties plaats door bijvoorbeeld het NIAZ en heeft er controle plaats door de beroepsgroepen (toezicht door *peers*) of door patiëntenorganisaties. Waar het toezicht door bijvoorbeeld de IGZ als verticaal is te kenschetsen, is dat van beroepsgenoten of patiënten eerder horizontaal. Deze verschillende vormen van toezicht vormen geen eenheid en de intensiteit varieert. Een vraag voor de toezichthouders is hoe zij doelmatig toezicht kunnen houden in een sector waar meerdere toezichthoudende organisaties actief zijn.

De zorgautoriteit is door de wetgever opgericht om toezicht te houden op de veranderende zorgsector. De Wmg voorziet dan ook in 'spelregels en bijbehorend toezicht om de overstap naar meer marktwerking veilig te kunnen maken.'³²⁹ De NZa is in het leven geroepen om gedurende dat transitieproces te controleren of de veldpartijen zich aan de regels houden, de markt te analyseren en te reguleren. De NZa is een verticale toezichthouder en in de NZa visie 'Zicht op toezicht' wordt deze verticale relatie met het veld ook verwoord.³³⁰ Deze evaluatie beperkt zich tot het toezicht dat wordt uitgevoerd op basis van Wmg, en daarmee tot dit verticaal toezicht.

De andere kant van de 'toezichtsmedaille' is verantwoording. De toezichthouder houdt toezicht en de onder toezicht staande verantwoordt zich, dan wel door het aanleveren van toezichtsinformatie – bijvoorbeeld door middel van prestatie-indicatoren – dan wel in een gesprek met de toezichthouder. Verantwoording en toezicht zijn twee belangrijke elementen in een breder systeem van *checks-and-balances*; het geheel aan instrumenten dat het bestuur van een instelling 'bij de les houdt'.³³¹ In figuur 1 zijn zowel toezicht als verantwoording te herkennen.

324 Bruijn den en Heuvelhof ten 2005.

325 Ambtelijke Commissie Toezicht 2000.

326 Algemene Rekenkamer 2008b.

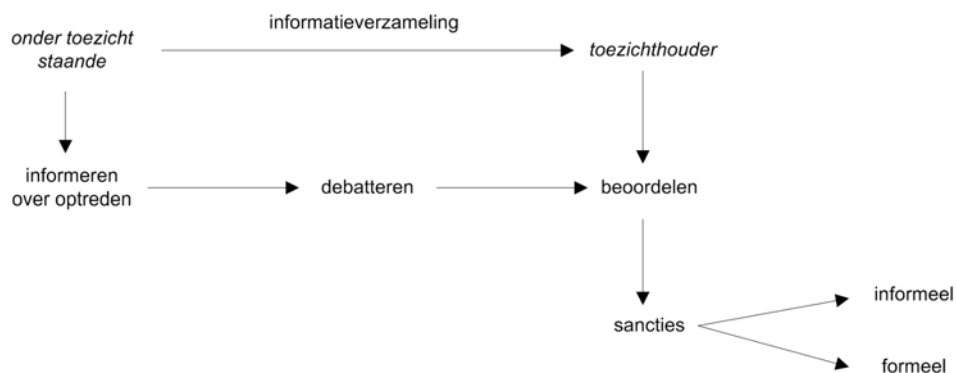
327 Putters 2001.

328 WRR 2004.

329 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.4 (MvT).

330 NZa 2009c.

331 Algemene Rekenkamer 2008b.



Figuur 1.– Toezicht en verantwoording als relatie tussen de toezichthouder en de onder toezicht staande (naar Bovens, 2005, p. 30)

Naast het feit dat er meerdere vormen van toezicht zijn, bestaan er ook meerdere *stijlen* van toezicht.³³² Zo kan een toezichthouder de rol innemen van een 'kritische vriend' die zich meer richt op het voorkomen van fouten, maar ook kan de rol worden ingenomen van een strenge bewaker, die iemand gelijk bestraft wanneer er niet aan bepaalde eisen wordt voldaan. Deze verschillende stijlen van toezicht kunnen door eenzelfde toezichthouder gehanteerd worden. De keuze van een bepaalde toezichtstijl hangt af van het beoogde doel van het toezicht, zoals het voorkomen van overtredingen, het bestraffen van een overtreding, dan wel het stimuleren van bepaalde ontwikkelingen. Ook kunnen beleidsdomeinen of zelfs landen getypeerd worden aan de hand van de voorkeursstijl in het toezicht.³³³ Bovens en anderen^{334,335} hebben drie perspectieven geformuleerd die in de academische literatuur telkens weer als antwoord terugkomen op de vraag wat het doel van toezicht is of kan zijn.³³⁶

Democratisch perspectief

Aan dit perspectief ligt de democratische verantwoordingsketen³³⁷ ten grondslag. Binnen deze keten houden toezichthouders toezicht op de actor met als doel dat de minister verantwoording af kan leggen aan het parlement over het functioneren van de uitvoeringsorganisaties, zoals de zorgaanbieders, zorgverzekeraars en AWBZ-verzekeraars. Het parlement is daardoor als vertegenwoordiger van en namens de burger, door middel van het toezicht, in staat om controle uit te oefenen op de uitvoeringsorganisaties. In figuur 2 is dat schematisch weergegeven.

332 Bal 2008.

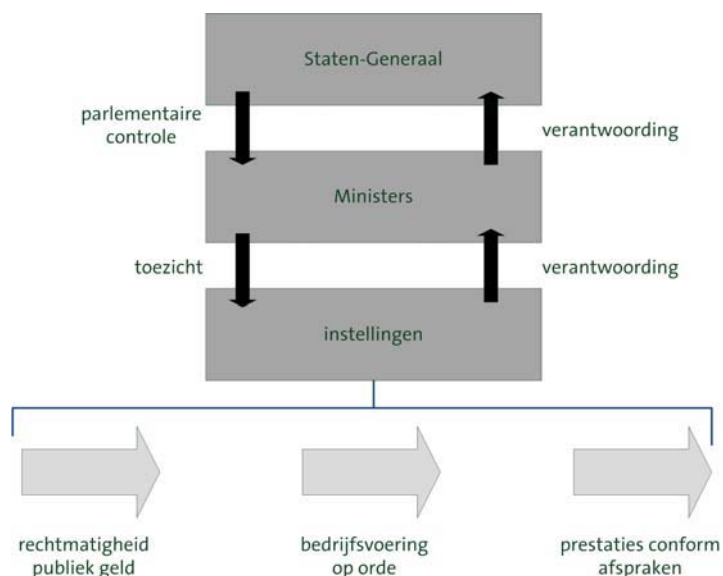
333 Waarden van 1999.

334 Bovens, 2005; zie ook Ngo et al. 2008.

335 Bovens et al. 2008.

336 Bovens en collega's presenteren dit als perspectieven voor publieke verantwoording. Aangezien we zojuist gesteld hebben dat verantwoording de andere kant van dezelfde medaille is, kunnen we deze perspectieven ook gebruiken als perspectieven op toezicht.

337 Strom 2000.



Figuur 2 – Schematische weergave van toezicht en verantwoording
(bron: Algemene Rekenkamer, 2008)

Rechtstatelijk perspectief

Dit perspectief is gestoeld op het idee dat er geen allesoverheersende macht aanwezig hoort te zijn en dat deze tegen gegaan dient te worden door een tegenmacht. Deze tegenmacht wordt middels publieke instituties georganiseerd die bevoegd zijn toezicht te houden. De institutionele tegenmacht heeft voldoende macht om mogelijk misbruik van macht tegen te gaan en aantoonbare overtredingen worden dan ook 'voelbaar' gesanctioneerd. Volgens dit perspectief is er sprake van een goede toezicht- en verantwoordingssituatie wanneer er sprake is van een dynamisch evenwicht tussen de verschillende machten.³³⁸

Cybernetisch perspectief

In het cybernetisch perspectief heeft toezicht ten doel het leervermogen te vergroten. Het vergroten van het leervermogen geldt niet alleen voor de actor, maar juist ook voor zijn beroepsgenoten en de toezichthouder zelf. Het gaat derhalve om 'systeemleren'. De nadruk ligt op stimuleren en preventie. In dit perspectief worden zorgbestuurders, zorgverzekeraars en zorgaanbieders steeds weer geconfronteerd met informatie over het eigen functioneren en het dwingt hen te reflecteren op de successen en de mislukkingen van het in het verleden gevoerde beleid. Anderzijds is de toezichthouder zodanig responsief dat hij leert van de ervaringen van de onder toezicht gestelden en daar zijn toezicht(arrangementen) op aanpast. Het is daarom van belang dat het toezichtsarrangement zo

338 Witteveen 1991.

ontworpen wordt dat er ruimte is voor zelfreflectie, institutionalisering en verspreiding van de geleerde lessen.

Binnen elke vorm van toezicht zal er een perspectief de overhand hebben, maar het is zaak om toezicht dusdanig vorm te geven dat er een juiste en passende balans ontstaat tussen de perspectieven.³³⁹ Zo stelt Bovens bijvoorbeeld dat 'Een te rigoureuze democratische controle het ondernemerschap en innovatievermogen van ambtenaren en bestuurders ontmoedigt en publieke instellingen doet veranderen in formalistische, door regels en papier geobsedeerde bureaucratieën.'³⁴⁰ In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk zullen we onze beschouwing over de perspectieven in relatie tot de Wmg weergeven.

5.2.1 De Nederlandse Zorgautoriteit

Om een directe inmenging van de politiek op de marktpartijen binnen de gezondheidszorgmarkt te voorkomen is ervoor gekozen om het toezicht op die markt uit te laten voeren door een nieuwe toezichthouder. Het takenpakket en de wettelijke inbedding van de NZa zijn verankerd in de Wmg. Volgens de Wmg (art. 16 Wmg) is de zorgautoriteit belast met:

- a Markttoezicht, marktontwikkeling en tarief- en prestatieregulering, op het terrein van de gezondheidszorg;
- b Toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld;
- c Toezicht op de rechtmatige afrekening van de bijdragen, bedoeld in de artikelen 32 tot en met 34 van de Zorgverzekeringswet³⁴¹, nadat een verzekeraar opgehouden is zorgverzekeringen uit te voeren;
- d Toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering door de AWBZ verzekeraars en de rechtspersonen, bedoeld in de artikel 40 van de AWBZ (...);
- e Toezicht op de uitvoering van de artikelen 41, 42 en 43³⁴²;
- f Toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering door het CAK, bedoeld in artikel 1, onderdeel w, van de Zorgverzekeringswet, van hetgeen bij of krachtens artikel 118a van de Zorgverzekeringswet en artikel 15 van de Wet maatschappelijke ondersteuning is geregeld.

Met dit takenpakket heeft de NZa, op basis van de Wmg, drie hoofdtaken.³⁴³ Dit zijn het sector-specifieke markttoezicht, het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Dit betekent dat er toezicht wordt gehouden op de zorgverzekeringsmarkt, de zorginkoopmarkt en zorgverleningsmarkt en op zowel zorgaanbieders als op ziektekostenverzekeraars op de curatieve zorgmarkten en op de markten voor langdurige zorg.

339 Bovens 2005.

340 Bovens 2005, p.53.

341 Deze artikelen betreffen de vereveningsbijdrage, uitgekeerd door het CVZ.

342 Betreffende 'overeenkomsten op afstand'.

343 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.5.

Teneinde een organisatie op te richten, die zowel reguleert als toezicht houdt zijn in 2006 het CTG³⁴⁴ en het CTZ³⁴⁵ samengevoegd en omgevormd tot de NZa. Als regulator dient de NZa de oude CTG-taak van tariefregulering uit te voeren op de zorgmarkten die nog niet geliberaliseerd zijn. Waar de marktwerking al wel meer op gang is gekomen behoort de NZa deze te monitoren en er toezicht op te houden. Vanuit deze laatste positie, die van marktmeester, heeft de NZa een rol waarbij toezicht-houden, handhaven en adviseren centraal staan.³⁴⁶

5.3 Beoogde doelen van de Wmg: de beleidstheorie

In deze paragraaf beantwoorden we de deelvraag betreffende de beoogde doelen van de Wmg. Het toezicht in de Wmg is gebaseerd op een aantal veronderstellingen. Deze veronderstellingen reconstrueren we om te komen tot de beleidstheorie over toezicht in de Wmg.

De Wmg en de daarmee gepaard gaande oprichting van de NZa geldt als het juridische sluitstuk van het nieuwe zorgstelsel. Het nieuwe zorgstelsel is gebaseerd op het principe van geregleerde concurrentie en dit betekent dat er een verschuiving van bevoegdheden en verantwoordelijkheden plaatsheeft van de overheid naar de (private) marktpartijen. De overheid blijft echter verantwoordelijk voor de publieke belangen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Om deze belangen goed te kunnen borgen, binnen een groter samenstel van wetten en taakverdelingen tussen verschillende actoren, is de NZa opgericht en is de taakomschrijving verankerd in de Wmg (zie 5.2.1). Om geregleerde marktwerking te laten slagen stelt de memorie van toelichting (MvT) van de Wmg dat er sprake moet zijn van verbeteringen op het gebied van transparantie, mededinging en toezicht.³⁴⁷ De wijze waarop de NZa deze taken dient uit te voeren is in hoofdlijnen weergegeven in de MvT. Het toezicht dient zich te richten op de bevordering van een marktsituatie, waarin consumenten erop kunnen vertrouwen dat de zorgmarkten goed werken en dat zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars de wettelijk verplichtingen naleven. Ingrijpen op markten is niet specifiek voor de gezondheidszorg. De overheid stelt dat zij ingrijpt op markten om marktfalen te beperken en publieke belangen te borgen.³⁴⁸ Dit omdat de 'maatschappelijk gewenste mate van marktwerking niet vanzelf ontstaat'. In 'normale markten' gebeurt dit toezicht door de Nederlandse Mededingingsautoriteit, op sommige markten aangevuld met specifieke toezichthouders, zoals de DTe op de energiemarkt en de Opta op de telecommarkt. Ook voor de gezondheidszorg is er gekozen voor een aanvullende, sectorspecifieke toezichthouder, de NZa, die naast de NMa actief is. Verder zijn er nog functionele toezichthouders als de DNB, IGZ en AFM actief op de gezondheidszorgmarkt. De Wmg heeft een zorgautoriteit voor ogen die 'ruimte geeft aan partijen en terughoudend is in haar optreden'³⁴⁹, maar stelt ook dat 'zeker in de eerste jaren van het veranderingsproces waakzaamheid van de zorgautoriteit geboden is.' De visie is dat het toezicht terughoudender kan worden naarmate

344 College Tarieven Gezondheidszorg.

345 College Toezicht Zorgverzekeringen.

346 NZa 2009c.

347 Kamerstukken II, 2004-2005, 30 186, nr.3, p.9

348 Ministerie van Economische Zaken 2004.

349 Kamerstukken II, 2004-2005, 30 186, nr.3, p.38.

de marktpartijen beter in staat zijn om zaken op orde te hebben en zich juist en transparant over het handelen kunnen verantwoorden. Wanneer deze ruimte geboden wordt, dan zal de zorgautoriteit bij een overtreding daadkrachtig en effectief optreden, aldus de memorie van toelichting.³⁵⁰ Een overtreding in het licht van de Wmg is een belemmering van een publiek belang. Daarnaast is aan de NZa de functie van ‘maker van markten’ toegekend. Dit betekent dat de NZa een ‘*level playing field*’ moet creëren voor de verschillende marktpartijen (zie verder hoofdstuk 2). In lijn daarmee heeft de NZa instrumenten om dit *level playing field* te scheppen en te onderhouden, zoals het AMM-instrument. De NZa dient daarnaast markten te monitoren en wanneer mogelijk kan zij aan de minister het advies geven om een nog sterk gereguleerde markt meer te liberaliseren. Het idee van een terughoudende toezichthouder waar mogelijk, maar slagvaardige en effectieve toezichthouder waar noodzakelijk is gebaseerd op een aantal veronderstellingen met betrekking tot de ontwikkeling van de gezondheidszorg en het bijbehorende toezicht. Op die veronderstellingen gaan wij nu in.

Geleidelijke uitbreiding markt

Een belangrijke veronderstelling in de Wmg is dat er een geleidelijke uitbreiding van de marktwerking in de zorg zal plaatshebben. De memorie van toelichting zegt over deze uitbreiding: ‘hoe meer de zorg op een ‘echte’ markt lijkt, hoe minder reden er is de zorgautoriteit als sectorspecifiek markttoezichthouder te handhaven.’³⁵¹ De NZa is opgericht om de overgang naar meer markt in goede banen te leiden. Wanneer de markt voldoende op gang is, zal worden geanalyseerd of het opportuun is om de NZa ‘bij de NMa in te varen’. De memorie stelt voorts dat dit mogelijke opgaan in de NMa alleen geldt voor de functie van sectorspecifiek markttoezichthouder en niet voor toezichthouder op de verzekeringswetten. Deze citaten geven weer dat er sprake is van een transitie van aanbod- naar vraagsturing met bijbehorende verschuivende verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Deze overgang heeft ten doel te komen tot een gezondheidszorg die zoveel als mogelijk functioneert als een normale markt, en om die transitie in goede banen te leiden is de NZa opgericht.

Politieke ingetogenheid

Een tweede belangrijke veronderstelling achter de visie op toezicht is dat de politiek op afstand blijft. In de argumentatie van de toezichtsvisie in de Wmg wordt gerefereerd naar het WRR rapport ‘Bewijzen van Goede Dienstverlening’. In deze verwijzing in de memorie van toelichting wordt gesteld dat ‘overheidsregulering en toezicht zich steeds meer lijken te baseren op een gebrek aan vertrouwen in de maatschappelijke actoren.’³⁵² Het kabinet wil dit tij keren en wil dat bereiken door meer verantwoordelijkheden bij de veldpartijen te leggen.³⁵³ Met de oprichting van de NZa, als zelfstandig bestuursorgaan, is er een sectorspecifieke toezichthouder gecreëerd, waardoor de politiek niet zelf het toezicht op de zorgmarkten hoeft uit te voeren. Deze terughoudendheid betreft zowel de politieke inmenging op de zorgmarkten, als de ingetogenheid ten opzichte van de toezichthouder. De taak van

350 Kamerstukken II, 2004-2005, 30 186, nr.3, p.39.

351 Kamerstukken II, 2004-2005, 30 186, nr.3, p.39.

352 Kamerstukken II, 2004-2005, 30 186, nr.3, p.2.

353 Kamerstukken II, 2004-2005, 29 689, nr.7.

de politiek hierin is om algemene regels te stellen waarbinnen de toezichthouder zijn taak op een goede manier kan uitvoeren. Wanneer er beslissingen op stelselniveau moeten worden gemaakt, bijvoorbeeld over het reguleren van tarieven dan wel het vrijgeven van markten, dan blijft de beslissingsbevoegdheid immers bij de minister en het parlement belegd.

Aanvullend toezicht door sectorspecifieke toezichthouder

De NZa is opgericht als sectorspecifieke toezichthouder. Andere toezichthouders binnen de gezondheidszorg zijn onder andere de NMa, de DNB en de AFM; dit zijn algemene toezichthouders die ook binnen de gezondheidszorg actief zijn. Als andere sectorspecifieke toezichthouder is er daarnaast de IGZ, die toezicht houdt op de kwaliteit van de gezondheidszorg. Gezien het aantal toezichthouders was er tijdens de parlementaire behandeling angst voor een te grote toezichtsdichtheid, die niet alleen kan leiden tot een gebrek aan integratie van het toezicht maar ook een te grote toezichtslast voor de marktpartijen.³⁵⁴ Om dit voorkomen, houdt de NZa toezicht dat additief is aan het werk van de overige toezichthouders.³⁵⁵ In samenwerkingsprotocollen dienen de afspraken tussen de verschillende toezichthouders te zijn vastgelegd.

Bundeling van toezichtsfuncties

Omdat tariefregulering, toezicht op de verzekeringswetten en markttoezicht in een hand moesten komen zijn de CTG en het CTZ samengevoegd en opgegaan in de NZa. De gedachte hierachter was dat een bundeling van verschillende functies zou leiden tot een doelmatiger toezicht doordat er gebruik kan worden gemaakt van dezelfde informatiestroom. Daarnaast is kennis van de verschillende zorgmarkten noodzakelijk en dan is een bundeling van expertise in één organisatie efficiënter. De Raad van State heeft op 6 juli 2005 advies³⁵⁶ uitgebracht naar aanleiding van het wetsvoorstel Wmg. Aan de hand van het wetsvoorstel plaatst de Raad een aantal opmerkingen; een daarvan heeft betrekking op de 'onwenselijkheid van de combinatie van regulerende en toezichthoudende taken'. Over deze combinatie stelt de Raad dat de zorgautoriteit een aantal stevige instrumenten toebedeeld krijgt om marktwerking te bewaken en te bevorderen en dat door deze toebedeling de zorgautoriteit een grote invloed heeft op de verschillende zorgmarkten. De Raad van State stelt dat: 'een dergelijke macht ter uitvoering van een publieke taak vereist dat er onafhankelijk toezicht wordt gehouden op het gebruik van de ter beschikking gestelde instrumenten en de daarmee behaalde resultaten. Door de genoemde betrokkenheid van de ZA bij de zorgmarkt kan er van onafhankelijk toezicht in die zin geen sprake zijn.'³⁵⁷ De Raad meent dan ook dat een scheiding van toezichthoudende en regulerende bevoegdheden wenselijk is. De Raad vraagt in haar advies om een herziening dan wel om een dragende motivering voor de gemaakte keuze om toezicht en regulering te bundelen. In de politieke debatten heeft deze motivatie plaatsgehad. Hoogervorst antwoordde tijdens de parlementaire behandeling:

354 Kamerstukken I, 2005-2006, 30 186.

355 Kamerstukken II, 2004-2005, 30 186, nr.12.

356 Raad van State 2005.

357 Raad van State 2005.

“De regulerende taak is toegespitst op het deel van de zorgmarkt, dat gereguleerd blijft. De vraag is of deze combinatie van taken een probleem is. Naar mijn mening is het logisch dat wij voor deze oplossing hebben gekozen. Iedereen die de zorgmarkt goed kent, weet dat er een nauwe samenhang bestaat tussen het beperkte, geliberaliseerde deel van de markt en het overgrote deel dat nog wel gereguleerd is [...]. Om die markten te kunnen beoordelen, heeft de toezichthouder natuurlijk dezelfde typen kennis en vaardigheden nodig. Je zou er toch niet aan moeten denken dat een orgaan zich bezighoudt met het A-segment en een ander met het B-segment, dat een orgaan zich bezighoudt met de huisartsen en een ander met de fysiotherapeuten. Dit zou zeer ondoelmatig zijn. Er bestaat nu eenmaal een gemengd stelsel [...]. Het zou dan niet doelmatig zijn om het toezicht op te splitsen.”³⁵⁸

Daarnaast gaat de Minister in tegen het constitutionele perspectief op toezicht dat door de Raad van State wordt gehanteerd. Deze laatste pleit er immers voor om de regulerende en toezichthoudende rol, vanuit een rechtsstatelijk perspectief, uit elkaar te houden. De Minister is echter van oordeel dat zeker gezien de transitieperiode waarin de zorg zich bevindt een bundeling van functies noodzakelijk is opdat de regulerende en toezichthoudende functies elkaar kunnen aanvullen: “De geleidelijke overstap naar meer markt in de zorg maakt het nodig de sectorspecifieke kennis over de verschillende zorgmarkten en de verschillende vormen van toezicht te bundelen bij één organisatie.”³⁵⁹ Behalve dat deze koppeling een meer efficiënte organisatie mogelijk maakt, krijgt het cybernetisch perspectief op toezicht hiermee nadrukkelijk voorrang.

Doelmatigheidstoets in toezicht uitvoering verzekeringswetten

Het toezicht op de uitvoering van de verzekeringswetten kent een verschillend bereik voor de Zorgverzekeringwet en voor de AWBZ. De NZa heeft namelijk toezicht te houden op de *rechtmatige* uitvoering van de Zvw en op de *rechtmatige en doelmatige* uitvoering van de AWBZ (zie 5.2.1). De veronderstelling hierachter is dat de markt in staat is om ineffektieve bestedingen van zorgverzekeraars te filteren: toezien op de doelmatigheid is dan niet langer nodig. Dat geldt niet voor die situaties waar nog geen marktwerking is. Waar zorgverzekeraars actief zijn op het terrein van de privaatrechtelijk vormgegeven Zvw, daar zijn AWBZ-verzekeraars actief op de publiekrechtelijk vormgegeven AWBZ en wordt toezicht gehouden op de doelmatige uitvoering van die verzekeringswet. In de memorie van toelichting wordt belicht dat op de AWBZ verzekeringsmarkt ‘er geen sprake is van concurrentie in de uitvoering. Daar is dus uit de aard der zaak geen behoefte aan instrumenten om de markt op gang te brengen of instrumenten om mededingingsbeperkend gedrag aan te pakken.’³⁶⁰

5.4 Instrumentarium: beoogde werking

De wetgever heeft in de Wmg vastgelegd waar toezicht op gehouden moet worden in het nieuwe zorgstelsel. Het ‘instrument’ dat op basis van de Wmg toezicht houdt, is de NZa. De NZa doet dat in een groter samenstel van andere wet- en regelgeving en aanvullend aan het werk van andere

³⁵⁸ Kamerstukken I 2005-2006, 30 186.

³⁵⁹ Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.4.

³⁶⁰ Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.23 (MVT).

toezichthouders. De NZa heeft als sectorspecifieke toezichthouder de taak om de publieke belangen te borgen. De NZa heeft drie specifieke taken, te weten het markttoezicht, het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw en de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ.³⁶¹

Sectorspecifiek markttoezicht

De memorie van toelichting stelt dat, binnen het sectorspecifiek markttoezicht, het van belang is dat de Wmg de marktpartijen zoveel mogelijk 'reguleringszekerheid' biedt.³⁶² Dit houdt in dat de aanbieders en verzekeraars voldoende zekerheid dienen te krijgen om investeringen terug te verdienen of om nieuwe markten te betreden. Dit betekent dat regulering niet vooraf alles moet dichttimmeren. Het gaat dan ook om de juiste balans tussen reguleren waar nodig en vrijheid geven waar mogelijk.

De NZa dient haar toezicht conform deze doelstellingen vorm te geven en uit te voeren. Alle drie de fasen van het toezicht, het verzamelen van informatie, het beoordelen van deze informatie en het interveniëren dienen volgens deze redeneerlijn te worden uitgevoerd. Voor het interveniëren heeft de NZa, als sectorspecifiek markttoezichthouder, het volgende instrumentarium:

- Het reguleren van tarieven op de zorginkoopmarkt;
- Het reguleren van deelmarkten met vrije tarieven;
- Het reguleren van productomschrijvingen, contractvoorwaarden en transparantie;
- Het stellen van administratie-eisen;
- Handhaving, door middel van aanwijzing, bestuursdwang en last onder dwangsom, en de bestuurlijke boete;
- Het signaleren aan de minister en andere toezichthouders

Door middel van deze instrumenten heeft de NZa te voldoen aan de doelstelling dat zij alleen op dient te treden wanneer publieke belangen aantoonbaar worden geschaad en tot die tijd afstand te bewaren.

Toezicht op de Verzekeringswetten

Naast markttoezicht heeft de NZa ook de taak om toezicht te houden op de uitvoering van de verzekeringswetten. Het gaat daarbij om het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw en de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Het toezicht op de juiste uitvoering van de Zvw en AWBZ en de juistheid van de vereveningsinformatie, heeft volgens de toezichtvisie van de uitvoerende toezichtsorganisatie, de NZa, plaats op een 'moderne, risicogestuurde manier, die gebaseerd is op vertrouwen.'³⁶³

361 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.5 (MvT).

362 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.13 (MvT).

363 NZa 2009c.

Toezicht op de Zvw

De kern van het toezicht op de juiste uitvoering van de Zvw is dat de overheid zich ervan vergewist dat de zorgverzekeraars aan de verzekerden leveren waar zij recht op hebben en dat de polissen de wettelijk geregelde aanspraken dekken. Het toezicht richt zich dan ook op de naleving van de doelstellingen van de Zvw. Zo wordt er toezicht gehouden op het verbod op premiedifferentiatie, de acceptatieplicht en de zorgplicht.

In de memorie van toelichting wordt toegelicht dat de NZa het toezicht uitvoert aan de hand van een Risicoanalyse Model (RAM). De argumentatie hiervoor is dat de NZa dan niet jaarlijks op alle aspecten van de uitvoering informatie hoeft op te vragen bij de verzekeraars en hierdoor de toezichtsdichtheid beperkt blijft. Dit RAM deelt risico's in, in drie categorieën: groen, oranje en rood, waarbij rood het grootste risico betreft en direct om actie vraagt. Om te interveniëren heeft de NZa verschillende instrumenten, zoals het geven van een aanwijzing, het opleggen van bestuursdwang (last onder dwangsom) en het opleggen van een bestuurlijke boete. Volgens de MvT zijn de eerste twee instrumenten gericht op het vermijden of ongedaan maken van overtredingen en de bestuurlijke boete op bestraffen.³⁶⁴

Toezicht op de AWBZ

Voordat de NZa was opgericht, hield het CTZ toezicht op de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Nu wordt dat werk gecontinueerd door de NZa. De NZa houdt toezicht op de AWBZ-verzekeraars, de zorgkantoren en het Centraal Administratie Kantoor (CAK) AWBZ. Dit gebeurt door middel van jaarlijks, systematisch onderzoek op basis van een vooraf vastgesteld normen- en beoordelingskader. In vergelijking met het toezicht door het CTZ is er weinig veranderd, dit te meer gezien de modernisering van de AWBZ die nog niet is afgerond. In navolging van het ingezette beleid van het CTZ, richt de NZa zich meer op de prestaties van de uitvoeringsorganisaties.³⁶⁵

5.4.1 De beoogde werking

De NZa wordt geacht zijn toezichttaken uit te voeren als een gezaghebbende, onafhankelijke en slagvaardige toezichthouder. De beoogde werking van de NZa heeft de zorgautoriteit weergegeven in haar visie op toezicht en in verschillende documenten die tot stand zijn gekomen in samenspraak met overige actoren. We zullen ons in deze paragraaf beperken tot de eerder geformuleerde thema's, de samenwerking met andere toezichthouders, politieke ingetogenheid en de verscheidenheid van functies en taken van de NZa.

Bundeling van functies en taken

In het visiedocument 'Zicht op toezicht' geeft de NZa, als zijnde het instrument dat het toezicht ten uitvoer brengt, haar uitgangspunten voor effectief toezicht weer en gaat hij in op de bundeling van

³⁶⁴ Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.27 (MvT).

³⁶⁵ Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.28 (MvT).

regulerende en toezichhoudende taken.³⁶⁶ 'De bundeling van taken is nodig om de introductie van geregeerde marktwerking in de zorg goed te kunnen begeleiden', aldus de NZa.³⁶⁷ Als regulator ordent de NZa de zorgmarkten en als toezichthouder ziet de NZa erop toe dat zorgaanbieders en de ziektekostenverzekeraars de wettelijke bepalingen van de Zvw, de Wmg en de AWBZ naleven. Tevens ziet de NZa erop toe dat de verschillende actoren zich op een juiste manier gedragen. Over de bundeling van taken stelt de NZa dat 'de rol van de NZa vraagt om een zodanige herijking van haar toezicht dat het beleid en de uitvoering meer zijn afgestemd op de prikkels van de marktpartijen om het reguleringskader na te leven'. Toezicht is dan responsief ingericht ten opzichte van de regulering. Daarmee wordt bedoeld dat het toezichtsbeleid gerelateerd is en aangepast wordt aan het effect en resultaat van de regulering en dit ook omgekeerd geldt. Regulering kan voor de NZa immers pas van waarde zijn wanneer het ook toezichtbaar is. Zoals eerder aangegeven in het antwoord van de Minister op het commentaar van de Raad van State wordt ook hier een cybernetisch perspectief op toezicht gehanteerd, waarbij systeemleren en de daarbij behorende responsiviteit van de toezichthouder voorop staat.

Stijlen van toezicht

De NZa heeft meerdere rollen en deze verschillende rollen vereisen verschillende stijlen van toezichthouden. Zo wordt soms gekozen voor een sturende stijl en in andere gevallen meer voor de stimulerende of ondersteunende stijl. Uitgangspunt van de NZa is dat bij elke geconstateerde overtreding de NZa een toezichtsactie onderneemt. In haar visie stelt de NZa dat ze een stijl hanteert die zo effectief mogelijk is, waardoor er sprake is van slagvaardig toezicht.³⁶⁸ Dit kan verschillen van een informeel telefoongesprek, tot een normoverdragend gesprek, tot het inzetten van formele handhavingsinstrumenten.

In haar visie benadrukt de NZa dat er in de loop der tijd een verschuiving in stijlen plaats zal hebben. De NZa stelt dat 'de toenemende mate van eigen verantwoordelijkheid van marktpartijen in het nieuwe zorgstelsel ook invloed heeft op de manier waarop de NZa toezicht houdt. In plaats van voorschriften (vooraf) en procescontrole (tijdens) zal haar toezicht verschuiven naar controle op prestaties (achteraf).³⁶⁹ De beoogde werking van de NZa is dat hij ervan uitgaat, op basis van adequate verantwoording, dat een marktpartij overeengekomen prestaties levert en zich houdt aan wet- en regelgeving. Hier is onlosmakelijk aan gekoppeld dat bij een beschaming van het vertrouwen de NZa aanmerkelijk zwaardere sancties op kan leggen.³⁷⁰

Informatiestatuut VWS – NZa

In de vorige paragraaf hebben we uiteengezet dat een belangrijke gedachte achter het zorgstelsel en achter het systeem van toezichthouden is dat de politiek terughoudend is in het interveniëren in het handelen van individuele ondernemingen op de diverse zorgmarkten. Volgens de memorie van

366 NZa 2009c, p.5.

367 NZa 2009c, p.14.

368 NZa 2009c, p.8

369 NZa 2009c, p.8.

370 NZa 2009c, p.8.

toelichting beoordeelt de minister de zorgmarkten op beleidsmatig en strategisch niveau en bepaalt hij op hoofdlijnen hoe de gezondheidszorg eruit moet zien. De NZa is als toezichthouder de partij die de regels toepast en deze handhaaft. De NZa gaat dan ook specifiek over de individuele gevallen, die expliciet niet tot het werkterrein van de minister behoren. Essentieel bij deze keuze is dat het kabinet van mening is dat het voorkomen van belangenverstrengeling en politieke bemoeienis bij besluiten in individuele gevallen voorop moet staan.³⁷¹

De minister bepaalt welke vrijheden mogelijk zijn op concrete deelmarkten, bepaalt het instrumentarium, en daarmee de speelruimte van de zorgautoriteit op verschillende typen markten.³⁷² De minister is daarmee verantwoordelijk voor de politieke vraagstukken, zoals het te hanteren stelsel, het bestuurlijke systeem en welke deelmarkten er in aanmerking komen voor deregulering.³⁷³ De NZa beslist op haar beurt over de vaktechnische vraagstukken, zoals de reguleringen per deelmarkt, de toepassing van reguleringen op individuele ondernemingen, het monitoren en over het toezicht en de handhaving. Toenmalig minister Hoogervorst stelde in de Kamer dat: 'Verder mogen we niet vergeten dat over wezenlijke zaken die misschien als zware beslissingen voor een zelfstandig bestuursorgaan worden beschouwd, een politiek besluit zal worden genomen.'³⁷⁴ Dit betekent dat de finale beslissingsbevoegdheid in principe bij de minister en het parlement belegd blijft. Om politieke beslissingen te kunnen nemen, heeft de minister adequate informatie nodig en deze dient verschaft te worden door de NZa. De NZa zal moeten rapporteren aan de minister wanneer daarom gevraagd wordt en daarnaast dient de NZa gevraagd en ongevraagd te signaleren aan de minister. Deze informatie kan de minister gebruiken om beleidsmatige beslissingen te nemen.

De minister blijft derhalve verantwoordelijk voor de mate en de vorm van marktwerking die gewenst is en welke instrumenten beschikbaar zijn. De minister dient hierover ook verantwoording af te leggen aan het parlement. Over individuele marktpartijen is het echter onwenselijk dat de minister daar een oordeel over velt; dat is aan de rechter, aldus de memorie van toelichting.^{375,376}

De beoogde uitwerking van de politieke terughoudendheid is op basis van art. 22 Wmg; lid 3 vastgelegd in een informatiestatuut, zoals overeengekomen door de minister van VWS en de NZa, waarin inhoudelijke en procedurele afspraken met betrekking tot wederzijdse informatieverstrekking worden vastgelegd. Dit statuut beschrijft kort de verhouding van de NZa ten opzichte van de minister van VWS zoals opgenomen in de Wmg en de memorie van toelichting en gaat daarnaast in op specifieke aspecten van de relatie tussen beide partijen.

Het uitgangspunt met betrekking tot de wederzijdse, vertrouwelijke, informatieverstrekking is dat de aard, inhoud en omvang van de informatieverstrekking door de NZa aan de minister sterk verschilt voor de verschillende NZa-taken en de rol die de minister bij de uitoefening van de wet heeft.³⁷⁷ Zo wordt gesteld dat de informatie betreffende het toezicht op de zorgmarkten op hoofdlijnen zal

371 Kamerstukken II 2004-2005, 29 689, nr.7.

372 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.28 (MvT).

373 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3 (MvT).

374 Kamerstukken I 2005-2006, 30 186, nr.H.

375 Kamerstukken II 2004-2005; 30 186, nr.3, p.29 (MvT).

376 De NZa gaat als toezichthouder eerst over individuele gevallen, maar de rechter is in laatste instantie degene die oordeelt, bijvoorbeeld bij het AMM-instrument.

377 Informatiestatuut VWS – NZa.

worden verschaft en dat verstrekking van informatie over producten en diensten van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars omvangrijker kan zijn.

Het informatiestatuut benadrukt in navolging van de Wmg de rolverdeling tussen minister en NZa zoals deze is vastgelegd in de MvT en beoogt dat de minister zich niet met individuele gevallen bemoeit en dat die uitvoeringsbevoegdheid specifiek is overgedragen aan de NZa. Daarnaast is in het informatiestatuut opgenomen dat de minister in het geval van een uitzonderlijke individuele casus over individuele zorgaanbieders of ziektekostenverzekeraars, mits onderbouwd, informatie op kan vragen, wanneer de taakuitoefening van de minister hierom vraagt. De toelichting van het informatiestatuut stelt hierover dat 'dergelijke gevallen bijvoorbeeld betrekking kunnen hebben op zorginstellingen met zodanige financiële problemen dat de continuïteit van zorg wordt bedreigd.'³⁷⁸

Samenwerkingsprotocollen

De NZa is opgericht om sectorspecifiek toezicht te houden dat aanvullend is aan het werk van de overige toezichthouders die actief zijn binnen de gezondheidszorg³⁷⁹, Dit vraagt om een juiste afstemming en samenwerking met de overige partijen. Tijdens de parlementaire behandeling is er veel aandacht besteed aan de samenwerking tussen de verschillende toezichthouders. De belangrijkste vragen betroffen de prioritering van de publieke belangen en het knelpunt van een mogelijke te grote toezichtsdichtheid en daarmee samenhangende toezichtslast. De meest relevante overige toezichthouders zijn de NMa, de IGZ en in mindere mate de DNB, de AFM en het CBP. Om duidelijkheid te verschaffen in samenwerkingsverhoudingen tussen de toezichthouders en werkafspraken vast te leggen heeft de minister tijdens de parlementaire behandeling toegezegd dat de toezichthouders onderling samenwerkingsprotocollen op zouden stellen. Die protocollen beogen een efficiënter toezicht zonder dat een overbodige toezichtslast ontstaat.

Artikel 17 Wmg is de basis van de samenwerkingsprotocollen. In lid 1 van dit artikel wordt vermeld dat 'met het oog op een effectieve en efficiënte besluitvorming over de wijze van behandeling van aangelegenheden van wederzijds belang en het verzamelen van informatie ten behoeve daarvan afspraken [worden] gemaakt (...)'.³⁸⁰ De NZa had ten tijde van de behandeling van het wetsvoorstel met vier partijen een samenwerkingsprotocol: de NMa, DNB, AFM en de IGZ, welke ook zijn meegenomen in de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel. Inmiddels is deze lijst uitgebreid en heeft de NZa met tien betrokken partijen binnen de zorg samenwerkingsovereenkomsten. Aanvullend aan de eerder genoemden zijn dit: het College Bescherming Persoonsgegevens, de Consumentenautoriteit, het College Bouw Zorginstellingen, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, het College Sanering Zorginstellingen, en het College voor Zorgverzekeringen. Daarnaast bestaat er een concept samenwerkingsprotocol met de FIOD-ECD en het Openbaar Ministerie, dit betreft een tripartiete protocol.

De verschillende samenwerkingsprotocollen benadrukken dat de verschillende toezichthouders gebruik maken van elkaars informatie om op die manier de toezichtslast voor de marktpartijen zo minimaal mogelijk te houden. Daarnaast wordt ingegaan op het elkaar signaleren wanneer men iets treft op het beleidsterrein van de ander en is geregeld dat er periodiek overleg plaatsheeft. Er wordt in

378 Informatiestatuut VWS – NZa, p.8.

379 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.12 (MvT).

380 Art. 17 lid 1 Wmg.

de samenwerkingsprotocollen niet ingegaan op taakafbakening tussen de verschillende toezichthouders in relatie tot de prioritering van publieke belangen, waar dat in de parlementaire behandeling wel gevraagd is.³⁸¹

De enige prioritering die gemaakt is, is dan ook de wettelijke bepaling, volgens art. 19 Wmg die stelt dat de NZa het kwaliteitsoordeel van de IGZ heeft te volgen en de uitspraak van de minister dat kwaliteit de hoogste prioriteit heeft wanneer het belang kwaliteit conflicteert met de bereikbaarheid van zorg. Op basis van de samenwerkingsprotocollen is een soortgelijke prioritering niet te herkennen.

5.5 Verhouding aanpalende wetgeving

Binnen dit hoofdstuk zal de verhouding van de Wmg met aanpalende wetgeving niet in een separate paragraaf besproken worden. Wel zullen we de verhoudingen indirect meenemen, daar we in dit hoofdstuk ingaan op de verhoudingen met en relatie tot andere toezichthouders, die op basis van andere wet- en regelgeving hun toezicht uitoefenen; we richten ons daarbij echter niet expliciet op de specifieke wet- en regelgeving die aan het functioneren van deze toezichthouders ten grondslag ligt. Graag verwijzen we voorts naar hoofdstuk 2 van deze evaluatie met betrekking tot de wetgeving.

5.6 Consistentie van de Wmg

In deze paragraaf analyseren we de consistentie van de Wmg met betrekking tot de toezichtsfunctie, zowel intern als extern. Dit doen we aan de hand van de beleidstheorie zoals geformuleerd in paragraaf 5.3 en de beoogde werking van het toezicht volgens de Wmg, zoals weergegeven in paragraaf 5.4.

De NZa heeft haar drie taken, het markttoezicht, het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw en het toezicht op de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ, uit te voeren in een complexe en in transitie zijnde sector. De NZa heeft op basis van de Wmg regulerende en toezichthoudende bevoegdheden om haar drie hoofdtaken uit te voeren en heeft daardoor bijpassend instrumentarium van regulerende, controlerende, interveniërende en stimulerende aard. In de vorige paragrafen hebben we uiteengezet wat de beoogde doelen en de beoogde werking van de NZa is; in deze paragraaf zullen we nagaan in hoeverre de Wmg consistent is. De consistentie van de Wmg binnen de drie thema's – samenwerking met overige toezichthouders, politieke ingetogenheid en de bundeling van functies – is het best te beoordelen aan de hand van de empirie en dat gebeurt in de praktijkparagraaf van dit hoofdstuk (5.7). Toch kunnen we over de bundeling van taken en de samenwerking met andere toezichthouders al wel twee knelpunten identificeren. Daarnaast is er een knelpunt te signaleren in het toezicht op de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ.

Met betrekking tot de bundeling van taken en functies is er een spanning en mogelijke inconsistentie betreffende de integratie van regulerende en toezichthoudende taken. Tijdens de parlementaire behandeling³⁸² en in het advies van de Raad van State naar aanleiding van het wetsvoorstel Wmg³⁸³

381 Kamerstukken I 2006-2007, 30 186, nr.J.

382 Handelingen I 35-1663.

is al gewezen op de onwenselijkheid van het 'rechter zijn in eigen zaken' door de NZa. De Raad van State achtte het onwenselijk dat deze functies gebundeld werden, omdat er dan geen sprake meer kon zijn van onafhankelijk toezicht. Eerder wezen we er op dat deze zienwijze van de Raad van State voortkomt uit een constitutioneel perspectief op toezicht dat de scheiding van machten benadrukt. Deze mogelijke inconsistentie houdt verband met de vraag wie de actor moet zijn die bestaande open normen invult. Is dat de wetgever of de toezichthouder? De NZa zegt hierover: 'het toezicht op 'open' normen doet (...) een groter beroep op het beoordelingsvermogen van de NZa dan het toezicht op 'gesloten' normen, waarvan de wetgever de verplichting concreter heeft uitgewerkt en de naleving dan ook eenvoudiger is vast te stellen.'³⁸⁴ Minister Hoogervorst heeft in de parlementaire behandeling benadrukt dat de NZa niet haar eigen regels dient te beoordelen. Dat is echter wel het geval wanneer de NZa de bevoegdheid heeft de open normen in te vullen; de NZa zal 'waar dat voor de beoordeling daadwerkelijk nodig is, de norm nader duiden.'³⁸⁵ Overigens zal complete scheiding van de regulerende en toezichthoudende taken nooit mogelijk zijn, omdat elke toezichthouder noodgedwongen regels moet interpreteren om ze te kunnen toepassen.³⁸⁶ De vraag is echter in welke mate dit het geval moet zijn en op welke manier dan de invulling van open normen verantwoord wordt.

Over de samenwerking met de overige toezichthouders wordt gesteld dat de NZa toezicht houdt dat aanvullend is aan dat van de andere toezichthouders binnen de zorg. In de relatie met de NMa lijkt deze stelling echter niet eenduidig te zijn ingevoerd. De memorie van toelichting stelt dat 'de achtergrond van het aanvullende toezicht van de NZa ten opzichte van de NMa is dat de interventie op grond van sectorspecifieke wetgeving zich vooral richt op het stimuleren van concurrentie zodat optreden van de NMa dan niet meer nodig is.'³⁸⁷ Dit wijst op preventief toezicht door de NZa ten opzichte van de NMa. In de brief van de Raad van State inzake het verzoek om voorlichting omtrent het fusietoezicht in de zorg wordt gesteld dat 'het verschil tussen de aanmerkelijke marktmacht bevoegdheid van de NZa en de bevoegdheid van de NMa met betrekking tot het toezicht op concentraties is dat het concentratietoezicht van de NMa er hoofdzakelijk op gericht is om te voorkomen dat aanmerkelijk marktmacht ontstaat of kan worden uitgebreid als gevolg van een concentratie, terwijl de NZa enkel van haar bevoegdheid gebruik kan maken in het geval dat een of meer partijen reeds over aanmerkelijke marktmacht beschikt.'³⁸⁸ De preventieve rol van de NZa ten opzichte van de NMa lijkt door deze bevoegdheid echter niet in elke situatie eenduidig.

Een andere inconsistentie van de Wmg is te vinden in het toezicht op de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ. De NZa houdt binnen deze verzekeringswet toezicht op de AWBZ-verzekeraars, zorgkantoren en het CAK AWBZ. Van deze drie partijen wordt het toezicht het meest geconcentreerd op de zorgkantoren. De NZa heeft als formele handhavingsinstrumenten het geven

383 Raad van State 2005.

384 NZa 2009c, p.24.

385 NZa 2009c, p.24.

386 Mertens 2006.

387 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.32 (MVT)

388 Raad van State 2009.

van een aanwijzing, last onder dwangsom en het opleggen van een boete. Een geldelijke sanctie gericht op een zorgkantoor echter is maar weinig zinvol daar de zorgkantoren zelf geen geld en geen eigenaar hebben. Het zijn concessiehouders en het is maar de vraag wie de boete opgelegd krijgt. Het instrumentarium lijkt daar dan ook weinig effectief voor een toezichthouder die slagvaardig probeert te zijn.

5.7 Invoering en naleving Wmg

In deze paragraaf gaan we aan de hand van empirische gegevens in op het functioneren van het toezicht. We doen dat op basis van algemene gegevens, ondermeer verkregen uit de interviews die in het kader van deze evaluatie zijn gehouden, en behandelen daarnaast twee casus uitgebreider. Het betreft de casus van de fusiebeoordeling van de Zeeuwse ziekenhuizen en de casus omtrent de steunverlening aan de IJsselmeerziekenhuizen. Ook deze empirische analyse is thematisch weergegeven, aangevuld met het toezicht op de verzekeringswetten. De beide casus worden in aparte boxen uiteengezet.

Box 1 – Casus fusieaanvraag Zeeuwse Ziekenhuizen

De NMa is toezichthouder die fusieaanvragen behandelt en beoordeelt. Binnen de gezondheidszorg is dat in principe niet anders. In de gezondheidszorg, net als in andere publieke sectoren, spelen echter ook publieke belangen en deze belangen dienen geborgd te worden. De NZa heeft met de NMa in het samenwerkingsprotocol de afspraak gemaakt dat de zorgautoriteit haar zienswijze geeft inzake een fusieaanvraag aan de NMa. De NMa hanteert normaliter de assumptie dat de aanwezigheid van voldoende marktprikkels zorgt voor een borging van de kwaliteit van zorg. Dit is tevens de reden dat de IGZ bij het merendeel van de fusiebeoordelingen niet betrokken wordt; men focust dan meer op de andere twee publieke belangen, toegankelijkheid en betaalbaarheid dan op het belang kwaliteit. In de beoordeling van de fusie van de Zeeuwse ziekenhuizen heeft de IGZ echter een belangrijke rol gespeeld. Op 25 maart 2009 heeft de NMa haar oordeel met betrekking tot de fusie van de Zeeuwse Oosterschelde-ziekenhuizen met het ziekenhuis Walcheren openbaar gemaakt. De NMa stelt in haar oordeel dat ze onder strikte voorwaarden akkoord is gegaan met de fusie om 'de kwaliteit van de noodzakelijke basisziekenhuiszorg in Midden-Zeeland te waarborgen', dit op basis van een door de ziekenhuizen ingebracht efficiencyverweer. Op basis van de Mededingingswet is dat een opmerkelijk besluit, daar een verminderde keuzevrijheid en het ontstaan van een monopoliepositie normaal gesproken redenen zijn voor een afwijzing van het fusievoorstel. In dit geval is het efficiencybezwaar in staat geweest het mededingingsbezwaar te overrulen. Op basis van het samenwerkingsprotocol heeft de NZa een zienswijze inzake de fusiebeoordeling gegeven. Hierin was het advies van de IGZ integraal opgenomen. De IGZ stelde in haar advies dat beide ziekenhuizen in hun voortbestaan werden bedreigd door continuïteitsproblemen in de basiszorg, wanneer er geen fusie zal plaatsvinden. De basiszorg kon men niet onafhankelijk van elkaar leveren, aldus de IGZ. De NZa geeft haar zienswijze met betrekking tot de drie publieke belangen. Voor zowel de betaalbaarheid als de toegankelijkheid van zorg waren er ernstige bezwaren, voor de kwaliteit van zorg lag dit – op basis van het IGZ advies – anders. Betreffende de kwaliteit van zorg heeft de NZa het oordeel van de IGZ te volgen op basis van art. 19 Wmg. Daarnaast heeft de minister uitspraak gedaan dat bij conflicterende publieke belangen de kwaliteit van zorg de hoogste prioriteit krijgt. De NZa kon dan ook niet anders dan dit te verwoorden in haar zienswijze richting de NMa. De goedkeuringsbevoegdheid ligt bij de NMa en deze heeft uiteindelijk op dezelfde gronden de fusie goedgekeurd.

5.7.1 Samenwerking met overige toezichthouders

De taak van de NZa is om toezicht te houden dat aanvullend is aan dat van de overige toezichthouders. Werkafspraken tussen de NZa en overige toezichthouders zijn vastgelegd in samenwerkingsprotocollen. In deze samenwerkingsprotocollen is echter geen nauwgezette taakafbakening tussen de verschillende toezichthouders te vinden en daardoor is de positionering en aanvullendheid van de NZa ten opzichte van de andere toezichthouders wat lastig te beoordelen. De waarde van de protocollen echter moet ook niet direct gezocht worden in de tekst. Het feit dat de protocollen er zijn is veel belangrijker.³⁸⁹ De protocollen vormen namelijk een basis voor de erkenning van de samenwerking tussen de verschillende toezichthouders en daarmee dwingen de protocollen interactie af. Ze stimuleren een wederzijdse intentie om goed samen te werken en samen met het feit dat er een contactpersoon voor de samenwerkende partij ter beschikking is gesteld, zorgen zij voor een 'weliswaar nog groeiende, maar waardevolle relatie tussen de toezichthouders', aldus de NZa. Tijdens dit empirische deel gaan we in op de invulling van de samenwerking tussen de NZa, NMa en IGZ. De keuze om ons te richten op die specifieke verhoudingen is voortgekomen uit de belangrijkheid die het Parlement aan die verhouding toedichtte en door de manifestatie van twee sprekende casus. De empirische analyse doen we dan ook aan de hand van de casus omtrent de fusiebeoordeling van de fusie van de ziekenhuizen in Zeeland (zie box 1) en naar aanleiding van het verzoek tot steunverlening door de IJsselmeerziekenhuizen en de beoordeling daarvan door de NZa (zie box 2). Op twee onderwerpen willen we aan de hand van deze casus specifiek ingaan, te weten de toegevoegde waarde van de NZa en de prioritering van publieke belangen.

Toegevoegde waarde NZa

Bij een beoordeling van een fusieaanvraag heeft de NMa de goedkeuringsbevoegdheid. De NZa heeft deze niet. In het geval van de fusie in Zeeland heeft de IGZ haar advies gegeven aan de NZa en de NZa heeft het advies van de IGZ, op basis van art. 19 Wmg, gevolgd. De NMa heeft op haar beurt ook het IGZ advies gevolgd en daardoor heeft er goedkeuring plaatsgevonden op grond van het efficiencyverweer op basis van de kwaliteit van zorg³⁹⁰.

389 Interview ambtenaren NZa (16 april 2009).

390 1. In het fusiebesluit in overweging 149 stelt de NMa, dat op basis van hetgeen partijen en de IGZ hebben aangevoerd, de kwaliteitsverbeteringen door de ziekenhuizen voldoende objectief zijn aangetoond en substantieel zijn. Het is volgens de NMa echter vooralsnog onvoldoende zeker dat de gestelde kwaliteitsverbeteringen zich daadwerkelijk (volledig) en tijdig zullen realiseren. Op die overwegingen komt de NMa tot de conclusie dat de gestelde kwaliteitsverbeteringen op voorhand onvoldoende verifieerbaar zijn.

2. In overweging 159 van het besluit stelt de NMa dat de toezeggingen van partijen over realiseren van de kwaliteitsverbeteringen er toe dienen om deze ook daadwerkelijk te realiseren. Door die toezeggingen is het volgens de NMa voldoende aannemelijk geworden dat de door partijen geclaimde efficiencyverbeteringen zich ook daadwerkelijk zullen voordoen. Daarmee zijn de efficiencyverbeteringen naar het oordeel van de NMa voldoende verifieerbaar.

3. Tenslotte stelt de NMa in overweging 171 dat de NMa het door partijen gedane voorstel, bestaande uit een combinatie van een prijsplafond met diverse toezeggingen op het gebied van kwaliteitsverbeteringen en het faciliteren van de toegang een passende oplossing vormen. Daarmee zou het mededingingsprobleem, aldus de NMa, voldoende worden verzacht en worden verzekerd, dat de door de partijen en door de IGZ noodzakelijke geachte kwaliteitsverbeteringen zullen worden behaald.

De toegevoegde waarde van de zienswijze van de NZa is niet duidelijk. Ook de voormalig voorzitter van de Raad van Bestuur van het Oosterscheldeziekenhuis heeft de toegevoegde waarde van de NZa niet kunnen herkennen:

“De zienswijze van de NZa beschouwend, dan moet je in de kern vaststellen dat dat een soortgelijk oordeel was als dat van de NMa. Een verschil tussen de beide toetsingskaders is niet waarneembaar geweest. De toegevoegde waarde van de NZa was dan ook buitengewoon beperkt en ook teleurstellend.”³⁹¹

De NZa op haar beurt, stelt dat er op basis van de andere publieke belangen dan kwaliteit met betrekking tot de fusie ook geen discussie gevoerd hoefde te worden en voor de kwaliteit heeft men de IGZ te volgen. Dit betekent echter niet dat de NZa zomaar uitgespeeld was. De toegevoegde waarde van de NZa is er namelijk wel geweest, alleen is deze minder naar buiten gebracht. Deze waarde moet in deze casus moet gezocht worden in de voorwaarden die gesteld zijn, onder welke de fusie uiteindelijk goedgekeurd is. De gestelde voorwaarden zijn gesteld om de twee publieke belangen betaalbaarheid en toegankelijkheid te borgen; dit heeft onder andere geleid tot de invoering van een zogenaamde ‘price cap’. Daarnaast zijn structurele remedies opgelegd ten behoeve van de kwaliteit van zorg. De NZa had overigens nog verdergaande remedies bepleit, maar deze heeft de NMa naast zich neergelegd.

Prioritering publieke belangen

In de beoordeling van de fusieaanvraag van de Zeeuwse ziekenhuizen is er sprake van een beoordeling van publieke belangen. Door het ontstaan van de (bijna volledige) monopoliepositie na een fusie waren de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg in het geding. Voor de kwaliteit was een fusie echter onontkoombaar, aldus de IGZ. De Minister heeft in een beleidsbrief (consumentenrechtenbrief) aan de Tweede Kamer aangegeven dat ‘als minimumnormen voor kwaliteit ertoe zouden leiden dat bepaalde vormen van zorg meer geconcentreerd beschikbaar zijn, en daarmee een spanning ontstaat met de bereikbaarheid van die zorg dan gaat kwaliteit voor bereikbaarheid’. Bovendien heeft de NZa op basis van art. 19 Wmg het oordeel van de Inspectie te volgen. Hierdoor heeft het efficiencybezwaar op basis van kwaliteit de doorslag gegeven in goedkeuring, al blijft deze goedkeuring op grond van concurrentieoverwegingen opmerkelijk.

In de casus IJsselmeerziekenhuizen (box 2) heeft de IGZ geen uitspraak gedaan over de kwaliteit van zorg. Dit bemoeilijkte de oordeelsvorming van de NZa omtrent de continuïteit van zorg en heeft de NZa genoopt uiteindelijk zelf open normen in te vullen om tot haar oordeel te kunnen komen. Opmerkelijk in deze casus is dat de enige concrete norm die men had, namelijk de 45 minuten aanrijtijd voor de acute zorg, niet als finale toets is gebruikt. De aanrijtijd kwam op 43 minuten en de NZa achtte deze aanrijtijd alsnog onwenselijk, ondanks het behalen van de 45 minuten norm.

Deze twee casus laten zien dat waar er sprake is van een achterwege blijvend of afwijkend oordeel van de IGZ, de NZa weinig speelruimte meer heeft voor eigen oordeelsvorming. Waar de IGZ geen

³⁹¹ Interview dhr. Simons (11 mei 2009).

uitspraak doet terwijl dat voor de oordeelsvorming van de NZa wel van waarde kan zijn, hanteert de NZa daarom een diffuus toetsingskader. De vraag is immers waarom een vaste norm van 45 minuten toch als onwenselijk wordt beschouwd.

Box 2 – Casus Steunverlening IJsselmeerziekenhuizen

In deze casus was er sprake van een bedreiging van het voortbestaan van de IJsselmeerziekenhuizen. Om het ziekenhuis te kunnen continueren is beroep gedaan op de 'beleidsregel steunverlening' van de NZa. Om deze beleidsregel in te kunnen zetten, moest de NZa eerst beoordelen of het gebruik ervan in deze casus opportuun was en de continuïteit van zorg in het geding kwam als het ziekenhuis failliet zou gaan.

Om de publieke belangen te kunnen beoordelen heeft de NZa advies gevraagd aan de IGZ omtrent de kwaliteit van zorg. Een kwaliteitsoordeel vellen over de situatie na een mogelijk faillissement van het ziekenhuis was voor de Inspectie echter niet mogelijk, omdat men dan een toekomstige situatie had moeten beoordelen en dus is een oordeel van de IGZ uitgebleven. Bereikbaarheid was het andere publieke belang dat sterke invloed heeft op de continuïteit van zorg en de NZa heeft dit belang beoordeeld. Met betrekking tot de bereikbaarheid geldt er een norm voor de acute zorg van 45 minuten aanrijtijd. Berekening leerde dat deze norm zou worden gehaald bij het wegvallen van het ziekenhuis. De maximale aanrijtijd zou op 43 minuten komen.

Voor wat betreft de chronische en electieve zorg bestaan dit soort concrete normen niet en daar heeft de NZa de 'open' normen in moeten vullen. De beoordeling van de NZa was dat voor een groep van ongeveer honderdduizend mensen de reistijd naar het ziekenhuis 'onwenselijk zou toenemen'.

Het eerste verzoek tot steunverlening is echter afgewezen door de NZa. Nadat er substantiële veranderingen – ondermeer een vermindering van de steun van 30 miljoen euro – in het ontwerp van het verzoek zijn doorgevoerd, is de NZa akkoord gegaan met het tweede verzoek tot steunverlening en was het ziekenhuis gered.

5.7.2 Politieke ingetogenheid

Het algemene beeld dat uit de interviews komt is dat de naleving van de politieke bemoeienis niet in lijn is met het de gedachte van politieke terughoudendheid en dat de inmenging van de politiek nog te groot is. Deze inmenging op de zorgmarkten heeft invloed op de toezichthouders. We kunnen dit laten zien aan de hand van de casus IJsselmeerziekenhuizen.

Ten eerste is de behandeling en het verzoek tot steunverlening waarschijnlijk beïnvloed door de huidige recessie en de daaruit voortkomende staatssteun aan en nationalisatie van banken. Het wordt dan een stuk minder politiek en maatschappelijk aanvaardbaar om een ziekenhuis wel failliet te laten gaan. Een respondent van VWS geeft in een interview³⁹² vervolgens ook aan dat de adherentie van het ziekenhuis al tot 60 procent was gedaald omdat de kwaliteit van zorg niet voldeed aan de wensen. Hier was sprake van 'stemmen met de voeten' van de patiënten, passende binnen het marktdenken en de idee van de 'kritische consument' en daardoor in lijn met het stelsel, maar dit is geen reden geweest om het ziekenhuis ten onder te laten gaan in het marktgerichte stelsel. Daarnaast hebben interne en externe communicatie van de minister van VWS en vanuit de politiek een 'bepaalde druk' bij de NZa gelegd, zo stellen de vertegenwoordigende ambtenaren van de NZa.³⁹³ Ten eerste heeft er een te vroege communicatie van bevindingen plaatsgevonden in de politieke

392 Interview dhr. Boereboom, Ministerie van VWS (19 maart 2009).

393 Interview ambtenaren NZa (2 maart 2009).

arena. Ten tweede heeft het er de schijn van dat er een te vroeg openbare oordeelsvorming heeft plaatsgehad binnen de politiek en door de minister voordat er een finale uitspraak was door de toezichthouder. En in de beoordeling van individuele gevallen is dat, op basis van de Wmg en het overeengekomen informatiestatuut, in eerste instantie niet aan de minister van VWS. Diens bevoegdheid is slechts dat hij in vertrouwelijkheid informatie kan opvragen over individuele gevallen waar de continuïteit van zorg in het geding is.³⁹⁴

5.7.3 Bundeling van functies

De NZa is opgericht om door middel van toezicht en regulering zorgmarkten te maken en te bewaken; daarnaast houdt zij toezicht op de uitvoering van de verzekeringswetten. Zoals gesteld hebben de bundeling van regulerende en toezichthoudende taken tot veel discussie geleid en deze wordt nog altijd gevoerd. De NZa geeft aan dat men principieel wel kan willen dat de functies gescheiden worden, maar de NZa juist is opgericht om ze te bundelen en tegenstrijdige belangen te stroomlijnen en de efficiëntie en effectiviteit van het toezicht te vergroten door gebruik te maken van dezelfde informatiestroom. VWS geeft in haar reactie aan dat men blij is met de gemaakte keuze voor de bundeling van taken, zeker omdat de transitie naar meer marktwerking en de doorvoering van het nieuwe stelsel nog niet zo snel gaat. Hierdoor doet de NZa nog veel CTG en CTZ werk en die expertise heeft men nu in dezelfde organisatie.³⁹⁵

Voor de NZa is het in de uitvoering van de bundeling van regulerende en toezichthoudende taken niet altijd gemakkelijk om verschillende functies en rollen te scheiden. Dit wordt mede veroorzaakt doordat de NZa zichzelf in eenzelfde casus vanuit meerdere functies – als regulator en als toezichthouder – tegen kan komen en op basis van verschillende uitgangspunten de casus moet beoordelen. Men dient als regulator soms een afweging te maken voor een meest gewenste situatie, maar loopt dan tegen de grenzen van wet- en regelgeving en dus tegen de toezichthoudende rol aan. De vertegenwoordigende ambtenaren van de NZa geven aan dat men in het omgaan met deze dubbelrol zelf ‘nog lerende’ is.³⁹⁶

Om de taakafbakening tussen regulerende en de toezichthoudende taken intern helderder te organiseren en om op die wijze een helderder communicatie naar het veld toe te bewerkstelligen, worden de functies binnen de NZa meer gescheiden, door aparte units te creëren. De functies zijn nu organisatorisch ook gescheiden maar vallen onder dezelfde directies. De herschikking leidt tot aparte units voor regulering enerzijds en toezicht en handhaving anderzijds. Ondanks deze scheiding, zo benadrukt de NZa, is het van groot belang dat de communicatie tussen de beide afdelingen goed en adequaat is. Dit omdat de scheiding ‘pas echt zinvol is als de regulering ook daadwerkelijk te toetsen valt door de andere unit’, aldus de NZa.³⁹⁷ En, zoals eerder aangegeven, dat is ook zo opgenomen in de toezichtvisie van de NZa ‘Zicht op toezicht’, waarin zij stelt dat herijking van het toezicht plaatsheeft om zodoende het reguleringskader voor de marktpartijen werkbaar te maken.³⁹⁸ Een

394 Informatiestatuut VWS – NZa.

395 Interview dhr. Boereboom, Ministerie van VWS (19 maart 2009).

396 Interview ambtenaren NZa (2 maart 2009).

397 Interview ambtenaren NZa (2 maart 2009).

398 NZa 2009c.

respondent van de NZa zegt hierover: 'In functies moet je regulering en toezicht scheiden, maar je moet van elkaar willen leren.'³⁹⁹ Dit is in lijn met het door Hoogervorst in antwoord op het commentaar van de Raad van State verwoorde cybernetisch perspectief op toezicht dat een onderdeel uitmaakt van de beleidstheorie van de Wmg.

Stijlen van toezicht

Verskillende functies brengen verschillende rollen met zich mee die vragen om verschillende toezichtsdaden en deze kunnen op verschillende wijzen worden ingevuld. Het vinden van een juiste balans tussen de verschillende rollen en het creëren van duidelijkheid naar de marktpartijen is een ingewikkelde opgave voor de NZa.

De NZa heeft de eerste periode van haar bestaan voornamelijk gekozen voor een sturende stijl vooraf en gaat deze de komende periode verleggen naar een meer repressieve stijl achteraf.⁴⁰⁰ Het vertrouwen is gegeven, maar de klap wordt harder wanneer dat vertrouwen wordt beschaamd. Binnen het markttoezicht heeft de NZa het AMM instrument (aanmerkelijke marktmacht). Dit instrument heeft de NZa tot op heden niet gebruikt, omdat de toezichthouder kiest voor het inzetten van informele instrumenten, zoals normoverdragende gesprekken, om de marktpartijen te sturen. Door dergelijke normoverdragende of 'wenkbrauwgesprekken' kan de marktpartij zijn gedrag aanpassen en is het inzetten van een formeel handhavingsinstrument niet nodig, aldus de vertegenwoordigende ambtenaar van de NZa.⁴⁰¹

Wenkbrauwgesprekken

Een wenkbrauwgesprek is een informeel toezichtsinstrument, maar dit betekent niet dat het een informeel gesprek is. Een wenkbrauwgesprek kent een normoverdragend en sterk verticaal karakter tussen de toezichthouder en de onder toezichtstaande. In dit gesprek wordt aan de onder toezichtstaande medegedeeld welke zaken waarom aangepast moeten worden en op welke termijn. De inzet van een dergelijk gesprek is dat er geen formele interventie hoeft plaats te vinden.

Zo legt de NZa uit dat zij het AMM-instrument nog niet heeft toegepast, omdat men door middel van wenkbrauwgesprekken de problematiek wil oplossen; tot nu toe is dit instrument volgens de NZa ook effectief gebleken en heeft men geen formeel handhavingsinstrument hoeven in te zetten.

Opmerkelijk in dit licht is dat de NMa aangeeft dat ze 'zich geen probleem kan herinneren dat de NZa met een wenkbrauwgesprek heeft opgelost.'⁴⁰² Wat de exacte status is van de wenkbrauwgesprekken is dan ook niet helder en is ook in gesprekken met de NZa in het kader van deze evaluatie niet eenduidig beantwoord. Evenmin heeft de NZa aan kunnen geven hoeveel wenkbrauwgesprekken er tot nu toe gevoerd zijn, over welke onderwerpen deze hebben gehandeld, en met welk effect.

399 Interview ambtenaren NZa (16 april 2009).

400 NZa 2009c.

401 Interview ambtenaren NZa (16 april 2009).

402 Interview NMa (24 maart 2009).

Het kan ook zo zijn dat zelfs een wenkbrauwgesprek niet nodig is. In dat soort gevallen treft de NZa iets aan en onderneemt direct actie. Het kan bijvoorbeeld gebeuren binnen het signaaltoezicht dat er een melding binnenkomt over misleidende informatie op een website. Dan belt de NZa naar de onder toezicht staande en wordt de informatie verwijderd. Dit is geen normoverdragend of wenkbrauwgesprek, maar wel een toezichtsdaad.

De keuze voor de inzet van een bepaald instrument is een afweging tussen de verschillende doelen die de toezichthouder heeft. 'Een boete kan gepast zijn wanneer een marktpartij geldelijk gewin heeft gehad bij de overtreding, maar bij administratieve overtredingen kan dat anders zijn', aldus een ambtenaar van de NZa. 'En soms wil je een boete opleggen als signaal naar de buitenwereld, maar is dat niet altijd effectief.'⁴⁰³

5.7.4 Toezicht op de Zorgverzekeringswet

De NZa heeft als taak toezicht te houden op de rechtmatige uitvoering van de Zvw. Het toezicht is daardoor gericht op de doelstellingen van de Zvw, zoals het verbod op de premiedifferentiatie en de acceptatieplicht. Voorts monitort de NZa de ontwikkelingen van de Zvw, zoals het overstapgedrag van verzekerden. Op basis van art. 24 Wmg rapporteert de NZa jaarlijks voor 1 november aan de minister van VWS en het CVZ haar bevindingen over de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zvw.⁴⁰⁴ In het samenvattende rapport 'Uitvoering Zorgverzekeringswet 2007' geeft de NZa aan wat haar bevindingen en acties waren met betrekking tot de rechtmatige uitvoering van de Zvw.

De NZa heeft naar aanleiding van thematische onderzoeken, het risicoanalysemodel, signalen, de beoordeling van modelovereenkomsten, de verantwoordingsinformatie van zorgverzekeraars en het vereveningsonderzoek geconcludeerd dat aan de eisen van de Wmg is voldaan in 2007.

De NZa heeft het gedrag van zorgverzekeraars op meerdere manieren bijgestuurd. Dit is enerzijds gebeurd door normoverdragende gesprekken maar ook door formele handhavinginstrumenten in te zetten. In figuur 3 is te zien op hoeveel signalen er hoeveel interventies er hebben plaatsgevonden in 2006, 2007 en de eerste helft van 2008.

| | 2006 | 2007 | eerste helft 2009 |
|---|------|------|-------------------|
| aantal signalen | 130 | 82 | 29 |
| aantal interventies | 45 | 25 | 9 |
| aantal aanwijzingen | – | 14 | 1 |
| aantal lasten onder dwangsom | – | 0 | 0 |
| interventies/handhaving ten opzichte van signalen (%) | 35 | 48 | 34 |

Figuur 3

Bron: NZa, Uitvoering Zorgverzekeringswet 2007 (database signalen, overzicht handhavingmaatregelen), oktober 2008.

⁴⁰³ Interview ambtenaren NZa (16 april 2009).

⁴⁰⁴ NZa 2008f.

De toename van het aantal aanwijzingen is te wijten aan een toename van het aantal in te dienen documenten en omdat de NZa de indieningstermijn strikter heeft gehandhaafd.⁴⁰⁵

Bij het interveniëren is het doel van de NZa dat maximaal resultaat met inzet van een evenredig instrument wordt behaald. De NZa heeft verschillende interventiemaatregelen getroffen, zoals het sturen van zorgverzekeraars door middel van normoverdragende gesprekken of brieven. De interventies waren zowel gericht op de individuele zorgverzekeraars of concerns of de sector als geheel.⁴⁰⁶ Zo moesten bijna alle zorgverzekeraars de uitvoering verbeteren, of uitleg geven aan de NZa hoe ze een (open) norm interpreteert. Volgens de NZa bleken deze 'zachtere' interventies effectief en werd het gedrag aangepast door zorgverzekeraars.

De NZa stelt dan ook dat het inzetten van informele instrumenten effectief is, maar vaak kan de NZa ook niet anders dan dat. Bijvoorbeeld met betrekking tot de zorgplicht; daar, zo geeft een respondent van de NZa⁴⁰⁷ aan, heeft de wetgever de keuze gemaakt om ter handhaving van de zorgplicht licht instrumentarium toe te kennen aan de NZa. Dit is gebeurd vanuit de achtergrond dat de consument dan zelf meer aan zet kan zijn, bijvoorbeeld door middel van klachtenfora. Bij die zorgplichtdossiers heeft de NZa alleen de aanwijzing als instrument en dus niet het boetearsenaal. Of dit voldoende is, is een interessante vraag waar de vertegenwoordigende ambtenaar van de NZa op het moment van deze evaluatie ook nog geen antwoord op heeft. Maar het bepaalt wel de inzet van een wenkbrauw-gesprek omdat er bij een meer open norm, zoals zorgplicht, meer discussie is of de norm nu wel of niet is overtreden⁴⁰⁸, aldus een vertegenwoordigend ambtenaar vanuit de NZa. Overigens heeft de NZa heeft met artikel 45 Wmg wel de wettelijke mogelijkheid gekregen om zonder voorafgaande aanwijzing van de minister op te treden. Daarbij gaat het vooral over de contractvoorwaarden, het tegengaan van onredelijke betalingscondities, onredelijk lange contracttermijnen, exclusieve levering of onredelijke voorwaarden bij het opzeggen van een contract.

De koppeling tussen de basis- en de aanvullende verzekering is een belangrijke kwestie, zo wordt aangegeven door de NZa. De bevoegdheid van de NZa met betrekking tot deze koppeling reikt op basis van de Wmg tot en met de werking van en dus het toezicht op de markt; het gaat dan bijvoorbeeld om transparantie eisen en het tegengaan van misleidende informatie. Het probleem bij de koppeling van basis- en aanvullende verzekering zit echter vaak bij de aanvullende verzekeringen en daar is het instrumentarium van de NZa beperkt, omdat het gaat om schadeverzekeraars die buiten de reikwijdte van de Wmg vallen. Dit omdat het toezicht op de Zvw strekt zich niet uit over de aanvullende verzekering, omdat de desbetreffende bepalingen in de Wmg alleen spreken over zorgverzekeraars en niet over het bredere begrip ziektekostenverzekeraars zoals in de rest van de Wmg. Zo heeft de NZa actie ondernomen richting verzekeraars die honderd procent opslag vroegen voor een ontkoppelde aanvullende verzekering, maar formeel kon de NZa daar niets doen. De keuzevrijheid van verzekerden wordt echter sterk belemmerd en het is een serieuze ontwikkeling, die binnen de huidige bevoegdheden niet opgepakt kan worden door de NZa.

405 NZa 2008f.

406 NZa 2008f.

407 Interview ambtenaren NZa (16 april 2009).

408 Interview ambtenaren NZa (16 april 2009).

5.7.5 Toezicht op de AWBZ

De AWBZ-taken worden voornamelijk uitgevoerd door de zorgkantoren (concessiehouders) en maar voor een heel beperkt gedeelte door de AWBZ verzekeraars. De NZa richt zich in haar toezicht dan ook voor het grootste gedeelte op de zorgkantoren. Binnen de AWBZ vindt het toezicht op vergelijkbare wijze als bij het CTZ plaats, waarbij het toezicht zich zowel richt op de doelmatige als op de rechtmatige uitvoering van de AWBZ.

Het algemeen rapport Uitvoering AWBZ 2007 (november 2008)⁴⁰⁹ legt uit hoe de handhavings-instrumenten worden gebruikt:

- In geval een proces in 2007 voor het eerst onvoldoende is, dringt de NZa aan om de verbeterpunten in 2008 te realiseren, maar legt in beginsel hiervoor geen aanwijzing op;
- Als een proces in 2007 opnieuw onvoldoende is, dan legt de NZa in elk geval een aanwijzing op en geeft zij de concessiehouder de gelegenheid de verbeterpunten vóór 1 februari 2009 te realiseren;
- Stel dat een proces in 2007 voldoende is, maar op onderdelen kan worden verbeterd. In dat geval dringt de NZa erop aan om de verbeterpunten in 2008 te realiseren, maar zij legt hiervoor in beginsel geen aanwijzing op;
- Stel dat een proces in 2007 goed is, maar op onderdelen beperkte tekortkomingen vertoont. In dat geval noemt de NZa de verbeterpunten in de individuele rapporten per concessiehouder bij de bevindingen en niet bij het totaaloordeel; dit om geen afbreuk te doen aan het oordeel 'goed'.

Uiteindelijk heeft de NZa aan drie concessiehouders een aanwijzing opgelegd. Uit deze opsomming blijkt dat de NZa niet heel scheutig is met het opleggen van formele sancties. De reden hiervoor is voornamelijk te vinden in de structuur van de zorgkantoren, juist de partijen die het meest onder toezicht staan. Zorgkantoren kan de NZa namelijk wel een boete opleggen, maar formeel hebben de zorgkantoren geen eigen geld en geen eigenaar; wel hebben ze opdrachtgevers, namelijk de verzekeraars. 'Je kunt zorgkantoren wel een boete opleggen, maar dat is eigenlijk heel gek, want formeel hebben de zorgkantoren helemaal geen geld – het zijn doorgeefluiken. Je kunt ze een aanwijzing geven, maar als er vervolgens niks verandert dan kan de NZa op haar beurt niet zo veel', aldus een van de vertegenwoordigende ambtenaren van de NZa.⁴¹⁰

5.8 Knelpunten bij toepassing en naleving van Wmg

Aan de hand van de vorige paragrafen zijn er, binnen de door ons gerubriceerde thema's, een aantal knelpunten in de toepassing en naleving van de Wmg te identificeren.

Het eerste knelpunt betreft de samenwerking met de andere op de zorgmarkt actief zijnde toezicht-houders. Knelpunt is dat door de niet optimale samenwerking de afbakening en daardoor aanvullende rol van de NZa ten opzichte van de overige toezichthouders in de besproken casus, niet helder is. De samenwerkingsprotocollen geven hier geen inzicht in en ook de voorbeelden uit de praktijk kunnen hier, zeker in relatie tot de IGZ en de NMa, geen duidelijkheid in scheppen. De

⁴⁰⁹ NZa 2008g.

⁴¹⁰ Interview ambtenaren NZa (16 april 2009).

toegevoegde waarde van de NZa in het licht van de Wmg is daardoor niet herkenbaar. In het geval van de fusietoets bij de Zeeland ziekenhuizen hebben we kunnen constateren dat de feitelijke bijdrage van de NZa onhelder blijft en zeker voor de betrokken marktpartij niet herkenbaar; bij de casus van de IJsselmeerziekenhuizen bleek dat de NZa min of meer noodgedwongen zelf kwaliteitsnormen invult die normaliter tot het taakgebied van de IGZ behoren. Weliswaar voorzien de samenwerkingsprotocollen erin dat er regelmatig overleg plaatsheeft tussen de verschillende toezichthouders; de feitelijke uitwerking van de samenwerking in concrete blijft echter, zoals uit onze voorbeelden blijkt, zeker voor buitenstaanders onhelder.

Het tweede knelpunt is de bundeling van regulerende en toezichthoudende taken. Door deze integratie komt de NZa zichzelf vanuit meerdere rollen bij eenzelfde casus tegen. Dit lijkt een onwenselijke situatie omdat het leidt tot onhelderheid bij de onder toezicht gestelden. Een interne, organisatorische herstructurering bij de NZa moet deze problematiek, vanuit het oogpunt van de NZa, het hoofd bieden. Het is vooralsnog de vraag of dit door de marktpartijen ook als oplossing wordt ervaren. Overigens zal complete scheiding van de regulerende en toezichthoudende taken nooit mogelijk zijn, omdat elke toezichthouder noodgedwongen regels moet interpreteren om ze te kunnen toepassen.⁴¹¹ Bovendien kan in onderhavige gevallen een toetsingskader ontbreken of kunnen nieuwe normen, bijvoorbeeld in het politieke debat – zie het voorbeeld van het ‘systeemziekenhuis’ in het geval van de IJsselmeerziekenhuizen – worden ingebracht. Bovendien zijn de argumenten die naar voren zijn gebracht in de behandeling van de Wmg in de Staten Generaal – namelijk dat het gezien de specifieke functie van de NZa in de overgang naar meer marktwerking wenselijk is regulerende en toezichtstaken in een hand te houden – nog steeds geldig in de zin dat de marktwerking niet voltooid is. Tenslotte vereist dit een wijziging in de beleidstheorie in de zin dat het constitutionele perspectief op toezicht meer gewicht zou moeten krijgen dan het cybernetische perspectief. Het is daarmee de vraag of een splitsing van regulerende en toezichthoudende taken op dit moment al helemaal gewenst is.

Het derde knelpunt betreft de politieke ingetogenheid. Het huidige stelsel kent de veronderstelling dat er een geleidelijke uitbreiding van de markt binnen de gezondheidszorgsector plaats zal vinden, waarbij verantwoordelijkheden verschuiven van het publieke domein naar het domein van de markt. Er lijkt echter, onder invloed van de economische recessie, een verandering plaats te hebben gevonden in de politieke werkelijkheid en maatschappelijke aanvaardbaarheid van deze groter wordende rol van de markt. Een respondent vanuit VWS beaamt dat er voor de invoering van het stelsel te weinig is nagedacht over mogelijk andere beleidsscenario's dan de uitbreiding van de markt.⁴¹² Omdat er een decentralisatie van taken en bevoegdheden heeft plaatsgevonden bij de invoering van het huidige stelsel, zijn sommige zaken niet meer primair aan de politiek om te besluiten. Zoals we gezien hebben bij de bespreking van de beleidstheorie die ten grondslag ligt aan de Wmg dient de politiek hier voorzichtigheid in te betrachten. Deze voorzichtigheid is in de praktijk echter lastig te realiseren, zeker op het moment dat het voortbestaan van een grotere zorgaanbieder, zoals een ziekenhuis, aan de orde is. In die gevallen, zoals het voorbeeld van de IJsselmeerziekenhuizen heeft laten zien, is het politiek vrijwel niet mogelijk – gezien de politieke en

411 Mertens 2006.

412 Interview dhr. Boereboom, Ministerie van VWS (19 maart 2009).

maatschappelijke aanvaardbaarheid – afzijdig te blijven. De onafhankelijkheid van de toezichthouder ten opzichte van de politiek is in dit soort gevallen altijd een kwestie die met zorgvuldigheid omgeven moet worden.

Gelieerd aan dit knelpunt is het vraagstuk wie de partij is die de open normen dient in te vullen. Wanneer, zoals in het geval van de casus IJsselmeerziekenhuizen, er open normen ingevuld moeten worden betreffende de bereikbaarheid van zorg, ziet de NZa dit als haar taak⁴¹³ als er door de IGZ geen finaal eindoordeel over de kwaliteit geformuleerd wordt, waar dit de taak is van de minister op basis van art. 4 WTZi. Tegelijkertijd begint er een politiek debat in termen van gewenstheid. Hier zit een principiële keuze in of het een toezichthouder of de wetgever moet zijn die normen concretiseert. Deze discussie is in de parlementaire behandeling gevoerd en op basis daarvan en op basis van de Wmg en de WTZi lijkt het aan de wetgever om de open normen met betrekking tot de publieke belangen te concretiseren. De NZa geeft echter in haar toezichtsvisie aan dat ook zij open normen nader invult en verwacht dat ook te blijven doen.⁴¹⁴ Voor zowel de politiek als de NZa, maar zeker ook voor de marktpartijen lijkt een antwoord op die vraag verhelderend voor afstemming en taak-afbakening. Overigens zullen volledig sluitende normen nooit mogelijk zijn en is het de vraag of die gezien de voortgaande hervormingen altijd wenselijk zijn. De toezichthouder zal daarom tot op zekere hoogte in het doen van toezicht normen in moeten vullen. Zolang hierover verantwoording wordt afgelegd, hoeft dit geen probleem te zijn. Het is dan wel wenselijk dat de spelregels, zeker in relatie tot de wetgever, helder zijn.

5.9 Conclusies

1 Instrumentarium

Om een te directe inmenging van de politiek op de marktpartijen binnen de gezondheidszorgmarkt te voorkomen is ervoor gekozen om het toezicht op die markt uit te laten voeren door een nieuwe toezichthouder, de NZa. Het takenpakket en de wettelijke inbedding van de NZa zijn verankerd in de Wmg.

De NZa heeft drie hoofdtaken; dit zijn het sectorspecifieke markttoezicht, het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Dit betekent dat er toezicht wordt gehouden op de zorgverzekeringsmarkt, de zorginkoopmarkt en zorgverleningsmarkt en op zowel zorgaanbieders als op ziektekostenverzekeraars op de curatieve zorgmarkt en op de markten voor langdurige zorg. Teneinde een organisatie op te richten, die zowel reguleert als toezicht houdt zijn in 2006 het CTG en het CTZ samengevoegd en omgevormd tot de NZa. Als regulator dient de NZa de oude CTG-taak van tariefregulering uit te voeren op de zorgmarkten die nog gereguleerd dienen te worden. Waar de concurrentie al wel op gang is gekomen behoort de NZa deze te monitoren en er toezicht op te houden. De Wmg beoogt een toezichthouder wanneer mogelijk terughoudend, maar wanneer nodig effectief en slagvaardig is.

413 Interview ambtenaren NZa (2 maart 2009).

414 Interview ambtenaren NZa (16 april 2009).

2 Effecten

Markttoezicht

Binnen het markttoezicht zijn er drie knelpunten te signaleren. Het eerste knelpunt betreft de samenwerking met de overige toezichthouders. De taakafbakening, zoals deze wordt verondersteld in de memorie van toelichting van de Wmg⁴¹⁵ en de daaraan gelieerde *aanvullende* rol van de NZa ten opzichte van de overige toezichthouders is te weinig helder. In de parlementaire behandeling is benadrukt dat de samenwerkingsprotocollen hier antwoord op zouden geven. De samenwerkingsprotocollen geven hier echter weinig inzicht in en ook de voorbeelden uit de praktijk kunnen hier, zeker in relatie van de NZa tot de IGZ en de NMa, geen duidelijkheid in scheppen. Alle partijen geven dan ook aan ten aanzien van die taakafbakening in een 'zoekproces' te zitten.

Het tweede knelpunt is de bundeling van regulerende en toezichthoudende taken. Door deze integratie kan de NZa zichzelf bij eenzelfde casus vanuit meerdere rollen tegenkomen. Dit is een onwenselijke situatie, voornamelijk omdat het kan leiden tot onhelderheid bij de onder toezicht gestelden. Een interne, organisatorische herstructurering bij de NZa moet deze problematiek, vanuit het oogpunt van de NZa, het hoofd bieden. De toekomst zal uitwijzen of een dergelijke verandering voldoende oplossing biedt. Complete scheiding van regulerende en toezichthoudende taken zal echter niet mogelijk, noch wenselijke zijn, omdat elke toezichthouder noodgedwongen regels moet interpreteren om ze te kunnen toepassen.

Het derde knelpunt betreft de politieke ingetogenheid. Het huidige stelsel kent de veronderstelling dat er een geleidelijke uitbreiding van de markt binnen de gezondheidszorgsector plaats zal hebben, waarbij verantwoordelijkheden verschuiven van het publieke domein naar het domein van de markt. De politiek dient zich dan ook, volgens de memorie van toelichting, terughoudend op te stellen om marktpartijen ruimte te geven om te opereren op de zorgmarkten, en zich primair te richten op het stelselmatige kader dat aan de marktpartijen geboden wordt.⁴¹⁶ Voor wat betreft de toepassing van de regulering op individuele ondernemingen is primair de NZa verantwoordelijk.⁴¹⁷ Deze politieke terughoudendheid is in de praktijk echter lastig te realiseren, zeker op het moment dat het voortbestaan van een grote zorgaanbieder aan de orde is. In die gevallen is het politiek vrijwel onmogelijk – gezien de politieke en maatschappelijke aanvaardbaarheid – afzijdig te blijven.

Toezicht op de Zvw

Op basis van deze evaluatie valt te concluderen dat het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw naar behoren verloopt. De monitors van de NZa geven inzicht in de werkwijze van de toezichthouder en de prestaties van de zorgverzekeraars zijn in lijn met hetgeen zij behoren te doen. Een knelpunt is wel de koppeling van de basisverzekering en de aanvullende verzekering waarbij een buitenproportionele opslag wordt gevraagd voor een ontkoppeling en de NZa in zou willen grijpen om de keuzevrijheid van de verzekerde te borgen.

Het toezicht op de Zvw strekt zich niet uit over de aanvullende verzekering, omdat de desbetreffende

415 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.12 (MvT).

416 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.2 (MvT).

417 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.28 (MvT).

bepalingen in de Wmg alleen spreken over zorgverzekeraars en niet over het bredere begrip ziektekostenverzekeraars zoals in de rest van de Wmg.

Hierdoor heeft de NZa geen adequaat instrumentarium voorhanden aangezien deze groep verzekeraars niet is opgenomen in de Zvw bepalingen van de Wmg.

Toezicht op de AWBZ

Het toezicht op de AWBZ kent een knelpunt en dat betreft het toezicht op de zorgkantoren. Daar zorgkantoren geen eigen geld en geen eigenaar, maar alleen opdrachtgevers hebben, is het uitdelen van een boete een weinig effectief instrument.⁴¹⁸ Het is juridisch de vraag of boetes op basis van de gemandateerde bevoegdheden van het zorgkantoor toch niet kunnen worden opgelegd aan de AWBZ-zorgverzekeraar. Op basis van de analyse van de vertegenwoordigende ambtenaren van de NZa⁴¹⁹ lijkt het instrumentarium niet toerijkend en dit bemoeilijkt de effectiviteit van het toezicht.

3 Knelpunten

De Wmg beoogt een onafhankelijke, terughoudende toezichthouder, die effectief en slagvaardig is.⁴²⁰ De eerste rol vervult de NZa, echter de tweede rol komt nog weinig uit de verf. Er zijn hier twee belangrijke redenen voor. Ten eerste de in transitie zijnde gezondheidszorg en ten tweede de gekozen toezichtsstijlen van de NZa zelf.

Transitie

De doorvoering van het complexe nieuwe gezondheidszorgstelsel is drie jaar na invoering van de Zvw, Wmg, Wmo en wijzigingen in de AWBZ nog steeds gaande. De vertegenwoordigers van de toezichthouders geven in de interviews⁴²¹ aan dat men in de relatie met de andere toezichthouders nog zoekende is en in dat proces nog lerende. Ditzelfde geldt voor de relatie met de politiek. Ook de politiek, zowel parlement als minister, lijkt zoekende naar de juiste invulling van de nieuwe rol. Omdat meerdere partijen zoekende zijn, ontstaat er een diffuus beeld van taakafbakening tussen actoren en de precieze rol van de NZa en dit wordt ook in de Wmg weinig helder. Terwijl de NZa juist is opgericht als nieuwe toezichthouder voor de transitie, is de NZa zelf paradoxaal genoeg ook zoekende. Van geheel slagvaardig toezicht kan dan vaak ook nog geen sprake zijn; dit vergt nog verder uitontwikkeling in verhoudingen.

De modernisering van de AWBZ maakt ook deel uit van de stelselwijziging en die transitie duurt nog voort. De memorie van toelichting stelt dat 'het kabinet zich beraadt over de toekomst van de AWBZ en de positie van de zorgkantoren binnen de uitvoeringsstructuur van de AWBZ. Tot die tijd verandert er niet veel in het benodigde toezicht.'⁴²² Hier heeft het kabinet een pas op de plaats gemaakt, waar men de toezichtsstructuur en het bijpassende instrumentarium wellicht beter had kunnen

418 Interview ambtenaren NZa (16 april 2009).

419 Interview ambtenaren NZa (16 april 2009).

420 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.38 (MvT).

421 Interview IGZ (25 februari 2009); Interview NMa (24 maart 2009); Interview ambtenaren NZa (2 maart 2009).

422 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr.3, p.28 (MvT).

verstevigen. Binnen het formele instrumentarium kan dan wel een aanwijzing gegeven worden, maar vervolgens is bij een blijvende of volgende overtreding een geldelijke sanctie weinig effectief omdat zorgkantoren geen eigen geld en geen eigenaar hebben en alleen een opdrachtgever kennen, aldus een ambtenaar van de NZa.⁴²³ Het instrumentarium lijkt daar dan ook niet toerijkend⁴²⁴ en dit bemoeilijkt de effectiviteit van het toezicht. Waarbij aangetekend moet worden dat het de vraag is of de boete op basis van de gemandateerde bevoegdheden van het zorgkantoor toch opgelegd kan worden aan de AWBZ-zorgverzekeraar.

Toezichtsstijlen

In paragraaf 5.2 hebben we drie perspectieven van Bovens en anderen gepresenteerd als perspectieven van toezicht. Het betreft het democratische, het constitutionele en het cybernetische of lerende perspectief. In het gebruik van deze perspectieven, zo hebben we daar beschreven, is een juiste balans nodig om adequaat toezicht te kunnen houden, waarbij het mogelijk is dat er, bijvoorbeeld gedurende een bepaalde periode of met betrekking tot een specifiek onderwerp, een nadruk ligt op een bepaald perspectief.⁴²⁵

Met name op basis van de toepassing van het instrumentarium is te constateren dat de NZa vooralsnog met name gebruik maakt van een cybernetische stijl van toezichthouden. Formele instrumenten zoals het AMM worden nog zelden of niet ingezet (zie ook hoofdstuk 3). In plaats daarvan maakt de NZa vooralsnog meer gebruik van meer informele instrumenten zoals het normoverdragende of 'wenkbrauwen' gesprek. Dit ligt deels aan de gemaakte keuzen door de NZa gezien de eerder beschreven transitieperiode, deels aan (de aard van) het instrumentarium en het voorgestelde toezichtsbeleid in de Wmg. De NZa heeft op basis van de Wmg de mogelijkheid om meer repressief op te treden, maar heeft tot op heden andere keuzen gemaakt. Die gemaakte keuzen zijn echter wel in lijn met het deel van de beleidstheorie waarin wordt gesteld dat de NZa de marktpartijen vertrouwen moet bieden en ruimte moet creëren, maar minder in lijn met de repressieve rol die eveneens onderdeel is van de beleidstheorie van de WMG. De Wmg veronderstelt dan ook een gelijktijdig gebruik van zowel het cybernetische als het constitutionele perspectief. Wij analyseren dat de NZa zoekende is naar een adequate balans daartussen.

De bundeling van regulerende en toezichthoudende taken lijkt de gemaakte keuzen van de NZa te hebben beïnvloed. Deze twee functies kennen namelijk verschillende dynamieken en stijlen, ook en vooral wat betreft de verhouding tussen de toezichthouder en de onder toezicht gestelden en wanneer een organisatie beide stijlen moet hanteren is een repressief toezichtsbeleid, zeker voor een nieuwe toezichthouder, moeilijk hanteerbaar in verband met de relatie tot de marktpartijen. Een ambtenaar van de NZa zegt over de bundeling: 'In functies moet je regulering en toezicht scheiden, maar je moet van elkaar willen leren.'⁴²⁶ Deze benadering lijkt, gegeven de eerder beschreven nog zoekende rolverdeling en de transitie waarin grote delen van de gezondheidszorg zich nog steeds in

423 Interview ambtenaren NZa (16 april 2009).

424 Interview ambtenaren NZa (16 april 2009).

425 Bovens 2005; Bovens et al. 2008.

426 Interview ambtenaren NZa (16 april 2009).

bevinden niet onverstandig. Tegelijkertijd roept het de vraag op of in een later stadium de NZa meer zijn waakhond functie zal waarmaken.

De aard van het instrumentarium dat de NZa ter beschikking staat maakt het twijfelachtig dat dit in de nabije toekomst inderdaad het geval zal zijn. Hiervoor zijn twee redenen. In de eerste plaats is het instrumentarium vooral preventief van aard; er wordt in de memorie van toelichting immers benadrukt dat de handhavingsinstrumenten van de NZa verschillende doelen hebben. Zo hebben de aanwijzing en de last onder dwangsom een meer *preventief* doel (het vermijden van overtredingen) en is de bestuurlijke boete een *repressief* instrument, aldus van de memorie van toelichting.⁴²⁷ Omdat de NZa de eerste periode van haar bestaan heeft gekozen voor een beperkt gebruik van de formele handhavingsinstrumenten en waar men dit instrumentarium wel hanteerde de aanwijzing het eerst te gebruiken instrument is, is de nadruk heel erg komen te liggen op informeel en preventief toezicht. Het inzetten van het informele instrumentarium, zoals de wenkbrauwgesprekken, wordt op dit moment nog te weinig verantwoord waardoor de status van het instrumentarium onduidelijk is. Daar komt bij dat, zoals in hoofdstuk 3 reeds besproken, de formele repressieve instrumenten die de NZa ter beschikking staan, op zijn minst bewerkelijk zijn. Het formele instrumentarium is juridisch niet gemakkelijk inzetbaar, doordat het door procedures maanden kan duren voordat een boete uitgedeeld kan worden, zo stellen vertegenwoordigende ambtenaren van de NZa⁴²⁸. Uiteraard moet zorgvuldigheid betracht worden, maar een trage procedure komt de slagvaardigheid van het toezicht niet ten goede. De proceduredtijd en de daardoor onevenredige inzet van middelen zijn dan ook problematisch voor de NZa.⁴²⁹ Het hanteren van deze instrumenten in een meer repressieve stijl, wat tot een betere balans met het lerende perspectief kan leiden, vergt dan ook een behoorlijke investering. Het succesvol doorvoeren van meer repressieve elementen van toezicht wordt bemoeilijkt door zowel de directe betrokkenheid van de NZa zelf op de zorgmarkt als de rol en positie die de NZa heeft ten opzichte van andere betrokken (markt-)partijen, en daarom is het de vraag is of de NZa die omslag naar meer repressief toezicht kan maken.

Oplossingsrichtingen

Naar aanleiding van deze evaluatie van het toezicht zoals geregeld in de Wmg zijn er drie oplossingsrichtingen aan te geven.

- 1 Om taakafbakening en rolverdeling tussen de NZa en de minister te verhelderen, is het ter overweging om de invulling van de nog bestaande open normen in het toetsingskader bij de minister onder te brengen. Dat neemt niet weg dat in de uitvoering van toezichtstaken het altijd noodzakelijk zal blijven open normen in te vullen. Transparantie hierover is dan geboden.
- 2 Ter overweging kan worden genomen een heldere taakafbakening tussen de NZa en andere toezichthouders te formuleren om op die wijze de aanvullende rol van de NZa te kunnen definiëren en haar positie sterker te maken. Gezien het groeiproces dat de verschillende actoren

427 Kamerstukken II 2004-2005, 30 186, nr. 3, p.27 (MvT).

428 Interview ambtenaren NZa (16 april 2009).

429 Interview ambtenaren NZa (2 maart 2009).

doormaken is het overigens verstandig dergelijke verhoudingen niet volledig dicht te timmeren. Regelmatig overleg en bijstelling van de wederzijds verhoudingen is echter geboden.

- 3 De NZa dient te overwegen een betere balans te zoeken in zijn toezichtstijl, die momenteel die momenteel veel kenmerken vertoont van een lerende stijl. In de toezichtsvisie wordt de omslag van meer preventief naar meer repressief beleid al verwoord. Het lijkt ons zinvol dit ook in de praktijk waar te maken. Hierbij dient wel kritisch te worden gekeken naar het instrumentarium (ondermeer de AMM) die de NZa daarbij ter beschikking staat.

Literatuur

- ActiZ et al. 2007
ActiZ, V&VN, LOC, NVVZ, Sting, IGZ, VWS, and ZN, *Kwaliteitskader Verantwoorde zorg: Een operationalisering van de visiedocumenten 'op weg naar normen voor Verantwoorde zorg' en 'Normen voor Verantwoorde zorg Thuis' in een indicatorenset en een sturingsmodel voor langdurige en/of complexe zorg*, Utrecht: ActiZ 2007.
- Algemene Rekenkamer, 2008a
Algemene Rekenkamer, *Op weg van aanbod naar vraag in zorg en onderwijs. Een verkennend onderzoek naar de transitie van aanbod- naar vraagregulering*, Den Haag: 2008.
- Algemene Rekenkamer 2008b
Algemene Rekenkamer, *Kaders voor toezicht en verantwoording*, Den Haag: 2008.
- Ambtelijke Commissie Toezicht, 2000
Ambtelijke Commissie Toezicht, *Vertrouwen in onafhankelijkheid*, Den Haag: 2000.
- Bal, 2008
R.Bal, *De nieuwe zichtbaarheid. Sturing in tijden van marktwerking, Oratiereeks Erasmus MC*. Rotterdam: Erasmus MC 2008.
- Bijl et al. 2008
R. Bijl, J. Boelhouwer en E. Pommer, *De sociale staat van Nederland 2007*, Den Haag: SCP 2007.
- Borghouts-van de Pas et al. 2009
I. Borghouts-van de Pas, G. van Daalen, G. Evers, C. Hillebrink, M. Kerkhofs, J. Kooman, W. de Lange, B. Pouwels, A. Román, J. Schippers en M. de Voogd-Hamelink, *Tendrapport: Vraag naar arbeid 2008*, Tilburg: OSA 2009.
- Bos et al. 2008
J. Bos, M. Schoneveld, E. van der Hijden en J. Niekerk, *Zorginkoop onder de loep*, Den Haag: Consumentenbond 2008.
- Bovens, 2005
M. Bovens, Publieke verantwoording: een analysekader. In: *Publieke Verantwoording*, W. Bakker en K. Yesilkagit (red.). Amsterdam: Boom 2005.
- Bovens, Schillemans en 't Hart, 2008
M. Bovens, T. Schillemans en P. 't Hart, Does public accountability work? An assessment tool, *Public Administration* (86) 2008-1, p.225-242.
- Bruijn De en Ten Heuvelhof, 2005
H. de Bruijn en E. ten Heuvelhof, *Handhaving; het spel tussen inspecteur en inspectee*, Utrecht: Lemma b.v. 2005.

- Canoy en Sauter 2009
M.F.M. Canoy en W. Sauter, *Ziekenhuisfusies en publieke belangen, Markt & Mededinging* (12) 2009-2, p. 54-61.
- Centrum Klantervaring Zorg 2008
Centrum Klantervaring Zorg, *Jaarrapportage Klantervaringen in de Zorg 2007*, Utrecht: CKZ 2008.
- Commissie prijsvorming in de zorgsector 1992
Commissie prijsvorming in de zorgsector, *Op zoek naar een passende prijs*, Den Haag: Ministerie van VWS 1992.
- Colijn en van der Graaf 2009
J.J. Colijn en M.L. van der Graaf, *Gebruik en waardering van kiesBeter.nl in 2008*, Bilthoven: RIVM 2009.
- CPB 2002
CPB, *Concurrentie in de zorg*, Den Haag: CPB 2002.
- CPB 2003
CPB, *Zorg voor concurrentie: een analyse van het nieuwe zorgstelsel*, Den Haag: CPB 2003.
- CVZ 2007
CVZ, *Zorgcijfers Kwartaalbericht, Financiële ontwikkelingen Zvw AWBZ*, Diemen: CVZ 2007.
- Damman en Rademakers 2008
O.C. Damman, en J. Rademakers, *Keuze-informatie in de zorg. Een internationale vergelijking van presentatiewijzen op internet*, Utrecht: NIVEL 2008.
- Damman et al. 2008
O.C. Damman, M. Hendriks, P. Spreeuwenberg, en J. Rademakers, *Gebruikswaarde van de CQ-index deelrapport 3: Presentatiewijze van CQ-index informatie aan consumenten*, Utrecht : NIVEL 2008.
- Debets en Schroten 2005
H.H.M. Debets en K. Schroten, *WTG ExPres, Gezondheidswetgeving in de praktijk*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2005.
- Delnoij 2009
D. Delnoij *Zicht op kwaliteit. Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief*, Tilburg: Universiteit van Tilburg 2009.
- Douven et al. 2007
R. Douven, E. Mot en M. Pomp, Voor- en nadelen van een prijsplafond voor ziekenhuizen, *Economisch Statistische Berichten*, 2007, p.631-633.
- Externe Evaluatiecommissie Kiezen in Zorg 2008
Externe Evaluatiecommissie Kiezen in Zorg, *Rapport externe evaluatie ZonMw-programma Kiezen in Zorg (2004-2008)*, Den Haag: ZonMw 2008.
- Faber et al. 2009
M. Faber, M. Bosch, H. Wollersheim, S. Leatherman, R. en Grol, Public Reporting in Health Care: How Do Consumers Use Quality-of-Care Information?, *Medical Care* (47) 2009-1, p. 1-8.
- Friele et al. 1999
R.D. Friele, C. de Rooter, F. van Wijmen, J. Legemaate, *Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector*, Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland 1999.

- Fung et al. 2008
C.H. Fung, Y. Lim, S. Mattke, C. Damberg, en P.G. Shekelle, Systematic Review: The Evidence That Publishing Patient Care Performance Data Improves Quality of Care, *Annals of Internal Medicine* (148) 2008-2, p.111-123.
- Gezondheidsraad 1986
Gezondheidsraad, *Grenzen van de gezondheidszorg*, 's-Gravenhage: Gezondheidsraad 1986.
- Graaf De strategie & beleidsadvies B.V. 2008
De Graaf strategie & beleidsadvies B.V., *Externe evaluatie programma Kiezen in Zorg; een aanvullend onderzoek*, Zoetermeer: De Graaf strategie- & beleidsadvies B.V. 2008.
- Graaf Van der en Colijn 2008
M.L. van der Graaf en J.J. Colijn, *Gebruik en waardering van kiesBeter.nl in 2007*, Bilthoven: RIVM 2008.
- Gras et al. 2005
M. Gras, M. van den Berg, A. Goossensen, en A. van Straten, *Bouwstenen voor kwaliteitsinformatie in de Geestelijke Gezondheidszorg*, Rotterdam: instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam 2005.
- Gress et al. 2003
S. Gress, D. Delnoij, en P. Groenewegen, Exit and Voice in Dutch Social health Insurance, *Journal for Institutional Comparisons* (1) 2003-3, p. 47-53.
- Groenewoud et al. 2005
A.S. Groenewoud, N.J.A. van Exel, en R. Huijsman, *Bouwstenen voor Kwaliteitsinformatie in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg*, Rotterdam: instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam 2005.
- Gronden van de en Sluijs
J.W. van de Gronden en J.J.M. Sluijs, *De betekenis van het EG-Verdrag voor het reguleren van de zorgmarkt*, preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht, Den Haag: Sdu Uitgevers 2009.
- Gupta Strategists 2008
Gupta Strategists, *B-segment: Onderzoek naar belangrijkste ontwikkelingen*, Utrecht: NVZ Vereniging van Ziekenhuizen 2008.
- Herndon 2002
J.B. Herndon, Health insurer monopsony power: the all-or-none model, *Journal of Health Economics* (21) 2002, p.197-206.
- Hibbard 2003
J.H. Hibbard en E. Peters, Supporting informed consumer health care decisions: data presentation approaches that facilitate the use of information in choice, *Annu.Rev.Public Health* (24) 2003, p.413-433.
- Hibbard 2008
J.H. Hibbard, What Can We Say about the Impact of Public Reporting? Inconsistent Execution Yields Variable Results, *Annals of Internal Medicine* (148) 2008-2, p.160-161.

- Hong et al. 2005
W. Hong, J.Y.L. Thong, en K.Y. Tam, The effects of information format and shopping task on consumers' online shopping behaviour: A cognitive fit perspective, *J Manage Inform Systems* (21) 2005-3, p.151-188.
- Hubben en van Zenderen 2002
J.H. Hubben en L.A.M. van Zenderen, *Het stelsel voorbij? Sturingsperikelen in de gezondheidszorg en jurisprudentie-overzicht*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2002.
- Informatiestatuut VWS – Nza, 2006
Informatiestatuut VWS – Nza, overeengekomen 02-10-2006.
- Janssen et al 2009
M.C.W. Janssen, K. Schep en J. van Sinderen, Fusies van ziekenhuizen. Het beoordelingskader van de NMa, *Markt & Mededinging* (12) 2009-2, p.44-53.
- Jong De 2008
J. de Jong, *Wisselen van zorgverzekeraar*, Utrecht: NIVEL 2008.
- Jong De et al. 2006
J. de Jong, D. Delnoij, en P. Groenewegen, *Verzekerdenmobiliteit is hoog. Ook ouderen zijn overgestapt*, Utrecht: NIVEL 2006.
- Jong De et al. 2008
J.D. de Jong, A. van den Brink-Muinen en P.P. Groenewegen, The Dutch health insurance reform: switching between insurers, a comparison between the general population and the chronically ill and disabled, *BMC Health Services Research* (9) 2008-58, p.
- Kam de 2009
F. de Kam, Gezondheidszorg en openbare financiën, In: E. Schut en F. Rutten (red.), *Economie van de gezondheidszorg*, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg 2009.
- Kerssens et al. 2002
J.J. Kerssens, D.M.J. Delnoij, J.A. Verweij en E. van der Schee, De keuze van ziekenfondsverzekerden voor een zorgverzekeraar, *TSG* (80) 2002-1, p.35-42.
- Klein Haarhuis en Leeuw 2004
C.M. Klein Haarhuis en F.L. Leeuw, De reconstructie van programmatheorieën; beschikbare methoden en een toepassing op het anti-corruptie-programma van de Wereldbank, *Justitiële verkenningen* (30) 2004-5, p.11-30.
- Klein Haarhuis en Niemeijer 2008
C.M. Klein Haarhuis en E. Niemeijer, *Wet en werkelijkheid. Bevindingen uit evaluaties van wetten*, Den Haag: Boom Uitgevers/WODC 2008.
- Knibbeler et al. 2008
W. Knibbeler, P.J. Kreijger, Th. Van Dijk en J. Rosenstok, *Geografische marktafbakening van ziekenhuismarkten*, Advies ten behoeve van de Nederlandse Zorgautoriteit, 2008.
- Kooistra 2009
R. Kooistra, Marktwerking: een typisch Nederlands probleem, *SER Bulletin* 2009.
- Kreuger et al. 2006
L. Kreuger, A.S. Groenewoud, N.J.A. van Exel, en R. Huijsman, *Bouwstenen voor Kwaliteitsinformatie in de Gehandicaptenzorg*, Rotterdam: instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam 2006.

- Legemaate 2006
J. Legemaate, *Patientenrechten in wetgeving en rechtspraak*. In: IGZ. Staat van de gezondheidszorg 2006, Den Haag: IGZ 2006.
- Leys 2003
M. Leys, *Preferenties en competenties van consumenten*, Den Haag: ZonMw 2003.
- Meersma en VerLoren van Themaat 2005
K.D. Meersma en I.W. VerLoren van Themaat, *Het wetsvoorstel marktordening gezondheidszorg*, *Nederlands Juristenblad*, (40) 2005, p.2084-2087.
- Mertens, 2006
F. Mertens, *Toezicht in een polycentrische samenleving. Techniek, Bestuur en Management*. Delft: TU Delft 2006.
- Meijer 2006
C.C. Meijer, *De NZa – autoriteit in ontwikkeling*, *Markt & Mededinging* (9) 2006-6, p.183-188.
- Meijer 2007
C.C. Meijer, *Beleidsregel AMM in de zorg – een groeimodel*, *Markt & Mededinging* (10) 2007-8, p.219-225.
- Ministerie van Economische Zaken, 2004
Ministerie van Economische Zaken, *Visie op Markttoezicht*, Den Haag: Ministerie van EZ 2004.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2001a
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Vraag aan bod: Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*, Den Haag: Ministerie van VWS 2001.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2001b
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Met zorg kiezen*, Den Haag: Ministerie van VWS 2001.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2008
Ministerie van VWS (2008), *Prijsbeheersingsinstrument/maatstafstelsel*, Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer, Kenmerk CZ/TSZ/2865433, 8 september, Den Haag.
- Ngo et al. 2008
D. Ngo, E. den Breejen, K. Putters en R. Bal, *Inspecting the quality of care in changing healthcare systems. An international comparison* Rotterdam: iBMG 2008.
- NZa 2006a
Nederlandse Zorg autoriteit, *Consultatiedocument Aanmerkelijke Marktmacht (AMM) in de Zorg*, Utrecht: NZa 2006.
- NZa 2006b
Nederlandse Zorg autoriteit, *Monitor Fysiotherapie, Analyse van de contractaanbiedingen voor het jaar 2006*, Utrecht: NZa 2006.
- NZa 2007a
Nederlandse Zorg autoriteit, *Monitor Fysiotherapie 2007. Is de markt voor fysiotherapie definitief klaar voor vrije prijzen?* Utrecht: NZa 2007.
- NZa 2007b
Nederlandse Zorg autoriteit, *(In) het belang van de consument: Het consumentenprogramma van de NZa*, Utrecht: NZa 2007.

- NZa 2007c
Nederlandse Zorg autoriteit, *Vergelijkingsites voor zorgverzekeringen: Onderzoek naar de kwaliteit van vergelijkingsites voor zorgverzekeringen op het internet*, Utrecht: NZa 2007.
- NZa 2008a
Nederlandse Zorg autoriteit, *Beleidsregel Aanmerkelijke Marktmacht in de Zorg*, AL/BR-100.086, 20 oktober 2008, Utrecht: NZa 2008.
- NZa 2008b
Nederlandse Zorg autoriteit, *Toelichting op de beleidsregel Aanmerkelijke Marktmacht in de Zorg*, Utrecht: NZa 2008.
- NZa 2008c
Nederlandse Zorg autoriteit, *Ziekenhuiszorg 2008. Een analyse van de marktontwikkelingen in het B-segment 2008*, Utrecht: NZa 2008.
- NZa 2008d
Nederlandse Zorg autoriteit, *Advies prijsbeheersingsinstrument*, Brief aan de Minister van VWS, 29 oktober, Utrecht: NZa 2008.
- NZa 2008e
Nederlandse Zorg autoriteit, *Gewijzigde concentratie zaak Eveen-Philadelphia-Woonzorg Nederland*, Openbare zienswijze, Utrecht: NZa 2008.
- NZa, 2008f
Nederlandse Zorg autoriteit, *Uitvoering Zorgverzekeringswet 2007*, Utrecht: NZa 2008.
- NZa, 2008g
Nederlandse Zorg autoriteit, *Algemeen rapport uitvoering AWBZ 2007 door concessiehouders, AWBZ-verzekeraars en het CAK*, Utrecht: NZa 2008.
- NZa 2008h
Nederlandse Zorg autoriteit, *Consultatiedocument Toetsingskader Transparantie: is er voldoende keuze-informatie voor consumenten over het zorgaanbod?*, Utrecht: NZa 2008.
- NZa 2008i
Nederlandse Zorg autoriteit, *Richtsnoer informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2008*, Utrecht: NZa 2008.
- NZa 2008j
Nederlandse Zorg autoriteit, *Vergelijkingsites voor zorgverzekeringen: Onderzoek naar de kwaliteit van vergelijkingsites voor zorgverzekeringen op internet*, Utrecht: NZa 2008.
- NZa 2008i
Nederlandse Zorg autoriteit, *Monitor zorgverzekeringsmarkt 2008*, Utrecht : NZa 2008.
- NZa 2009a
Nederlandse Zorg autoriteit, *Voorgenomen concentratie tussen de Stichting Oosterschelde ziekenhuizen en de Stichting Ziekenhuis Walcheren*, Openbare zienswijze, Utrecht: NZa 2009.
- NZa 2009b
Nederlandse Zorg autoriteit, *Monitor ziekenhuiszorg 2009. Tijd voor reguleringszekerheid*, Utrecht: NZa 2009.
- NZa, 2009c
Nederlandse Zorg autoriteit, *Zicht op toezicht; Uitgangspunten voor effectief toezicht*, Utrecht: NZa 2009.

- NZa, 2009d
Nederlandse Zorg autoriteit, *Visiedocument Transparantie*, Utrecht: NZa 2009.
- Olsthoorn-Heim 2003
E.T.M. Olsthoorn-Heim, *Vijf jaar evaluatie regelgeving via ZonMw*, Den Haag: ZonMw 2003.
- Putters, 2001
K. Putters, *Geboeid ondernemen*, Assen: Koninklijke Van Gorkum 2001.
- Raad van State, 2005
Raad van State. *Voorstel van Wmg met memorie van toelichting*; W13.04.0638/III, 2005.
- Raad van State 2009
Raad van State 2009, *Voorlichting overeenkomstig artikel 18, tweede lid, van de Wet op de Raad van State inzake het verzoek om voorlichting omtrent het fusietoezicht in de zorg*, Bijlage bij de brief van de Vice-President van de Raad van State aan de minister van VWS van 17 april 2009, Den Haag: Raad van State 2009.
- Roscam Abbing et al 2002
H.D.C. Roscam Abbing, J. Legemaate en G.R.J. de Groot, *Zorg, schaarste en recht*, Utrecht : Vereniging voor Gezondheidsrecht 2002.
- Rossum van en Janse 2008
H. van Rossum en A. Janse, *De derde partij in de hoofdrol, Evaluatie stimuleringsprogramma ZekereZorg*, Amsterdam: RIGO Research en Advies BV 2008.
- Ruth van et al. 2007
L.M. van Ruth, J.D. de Jong, P.P. Groenewegen. *De rol van collectiviteiten in het nieuwe zorgstelsel: keuzes, verloop en uitkomsten van de onderhandelingen over de collectieve zorgverzekering voor 2006 en 2007*, Utrecht: NIVEL 2007
- RVZ 2003
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Van patient tot klant*, Zoetermeer: RVZ 2003.
- RVZ 2008a
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg, Achtergrondstudies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg*, Den Haag: RVZ 2008.
- RVZ 2008b
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Zorginkoop*, Den Haag: RVZ 2008.
- Sauter 2007
W. Sauter, *Aanmerkelijke marktmacht (AMM) in de zorg, Markt & Mededinging* (10) 2007-1, p.3-11.
- Schee Van der et al. 2009
E. van der Schee, R.D. Friele en D.M.J. Delnoij, *Weinig mensen veranderen van ziekenfonds*, Utrecht: NIVEL 2005.
- Scheerder 1997
R.L.J.M. Scheerder, *Prijsbeleid in de gezondheidszorg*, In: *Handboek Financiële Bedrijfsvoering in de Zorg* (losbladig), Maarssen: De Tijdstroom 1997, p.B.14-1-1 / B.14-8-2.
- Schoneveld et al. 2007
M. Schoneveld, E. van der Hijden en J. Niekerk, *Van goede zorginkoop verzekerd*, Den Haag: Consumentenbond 2007.

- Schut 2007
E. Schut, Pas op de plaats nodig voor nieuwe stap voorwaarts, *Christen Democratische Verkenningen*, Herfst 2007.
- Schut en Varkevisser 2006
F.T. Schut en M. Varkevisser, Zorgautoriteit moet niet alleen blaffen, maar ook bijten, *Economisch Statistische Berichten* (91) 2006-4479, p.58-60.
- Smith et al. 1997
Smith, P. A., Newman, I. A., en Parks, L. M., Virtual hierarchies and virtual networks: Some lessons from hypermedia usability research applied to the World Wide Web, *Int J Human-Comput Interact* (47) 1997-1, pp. 67-95.
- Snoep et al. 2009
M. Snoep, D. Schrijvershof en S. Chamalaun, Zorgfusies getoetst. Een juridisch perspectief, *Markt & Mededinging* (12) 2009-2, p.62-71.
- Steyger 2006
E. Steyger, Marktwerking in oprichting: de bevoegdheden van Zorgautoriteit en NMA en de werking in de praktijk, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* (30) 2006-1, p.2-15.
- Strom 2000
K. Strom, Delegation and Accountability in parliamentary democracies. *European Journal of Political Research* (37) 2000-3, p.261-289.
- Trappenburg en Groenewoud 2005
M. Trappenburg en S. Groenewoud, Gezondheidszorg. Nieuwe ongelijkheden. In: Hurenkamp, M. en Kremer, M., *Vrijheid verplicht. Over tevredenheid en de grenzen van keuzevrijheid*, Amsterdam: Van Gennip 2005, p.77-96.
- Varkevisser et al. 2006
M. Varkevisser, N. Polman en S.A. van der Geest, Zorgverzekeraars moeten patiënten kunnen sturen, *Economische Statistische Berichten*, 27 januari 2006, 4478, p.38-40.
- Varkevisser et al. 2008
M. Varkevisser, C.S. Capps en F.T. Schut, Defining hospital markets for antitrust enforcement: new approaches and their applicability to The Netherlands, *Health Economics, Policy and Law* (3) 2008-1:p.7-29.
- Varkevisser et al. 2009
M. Varkevisser, S. van der Geest en E. Schut, *Mededingingsvraagstukken bij de medisch specialistische vervolgoopleidingen in Nederland: huidige knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen*, Notitie opgesteld in opdracht van het ministerie van VWS, Rotterdam: ECRi, Erasmus Universiteit Rotterdam 2009.
- Vektis 2007
Vektis, *Zorgmonitor: Jaarboek 2007, Financiering van de zorg in 2006*, Zeist: Vektis 2007.
- Vektis 2008a
Vektis, *Liberalisatie en groei. Eerste indicatie van kostengroei in de ziekenhuiszorg binnen het geliberaliseerde B-segment*, Zeist: Vektis 2008.
- Vektis 2008b
Vektis, *Zorgmonitor: Jaarboek 2008, Financiering van de zorg in 2007*, Zeist: Vektis 2008.
- Vektis 2009
Vektis, *Verzekerdemobiliteit en Keuzegedrag 2009*, Zeist: Vektis 2009.

- Ven van de et al. 2009
W.P.M.M. van de Ven, F.T. Schut, H.E.G.M. Hermans, J.D. de Jong, M. van der Maat, R. Coppen, P.P. Groenewegen, R.D. Friele, *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag*, Den Haag: ZonMw 2009.
- Vos en de Jong 2009
L. Vos en J. de Jong, *Percentage overstappers van zorgverzekeraar 3%. Ouderen wisselen nauwelijks van zorgverzekeraar*, Utrecht: NIVEL 2009.
- Waarden Van 1999
F. van Waarden, Ieder land zijn eigen trant? In *Ruimte rond regels*, Red. W. Bakker en F. van Waarden. Amsterdam: Boom 1999, p.303-339.
- Waterson 2003
M. Waterson, The role of consumers in competition and competition policy, *International Journal of Industrial Organization* (21) 2003, p.129-150.
- Werkgroep Gerritse 2009
Rapport van de Werkgroep Gerritse, *Mogelijkheden voor ombuigingen, stabilisatie en intensiveringen*, Den Haag, februari 2009, Bijlage bij Kamerstukken II 2008-2009, 31 070, nr.24, p.27.
- Winter 1996
H.B. Winter, *Evaluatie in het wetgevingsforum, Een onderzoek naar de relatie tussen evaluatie en de kwaliteit van wetgeving*, Deventer: Kluwer 1996.
- Witteveen 1991
W. Witteveen, Evenwicht van machten. Oratie KUB. Zwolle: Tjeenk Willink 1991.
- WRR 2004
Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, *Bewijzen van goede dienstverlening*, Amsterdam: University Press 2004.
- Zichtbare Zorg 2009
Zichtbare Zorg, *Raamwerk kwaliteitsindicatoren: Consultatiedocument over een raamwerk voor het ontwikkelen en beheren van kwaliteitsindicatoren door Zichtbare Zorg*, Den Haag: Zichtbare Zorg 2009.
- ZonMw 2009
ZonMw, *Doorpakken; Kiezen in Zorg: Opbrengsten en bespiegelingen*, Den Haag: ZonMw 2009.

Bijlage 1

Commissie evaluatie regelgeving

Voorzitter

de heer Rien Meijerink

Vice-voorzitter

de heer prof dr E. Briët

Leden

mevrouw prof dr I.D. de Beaufort
mevrouw mr A.C. de Die
de heer drs W. Geerlings
de heer prof dr T.E.D. van der Grinten
de heer mr drs A.P. van Gurp
de heer D.C. Kaasjager, arts
mevrouw prof dr mr W.R. Kastelein
de heer prof dr C.M.J.G. Maes
mevrouw mr M.J.M. Weerts

Waarnemer ministerie van VWS

de heer mr P.W.H.M. Francissen

Secretaris

de heer mr M. Slijper

Bijlage 2

Begeleidingscommissie

Voorzitter

de heer prof dr T.E.D. van der Grinten

Leden

de heer dr J. Coolen

de heer prof dr J.W. van der Gronden

de heer prof mr G.R.J. de Groot

de heer J.G.M. Hendriks

de heer D.C. Kaasjager, arts

mevrouw mr M.J.M. Weerts

de heer prof dr G.P. Westert

Waarnemers ministerie van VWS en NZa

de heer J.P.G. Boelema (NZa)

mevrouw drs I. Been (VWS)

de heer mr H.J. van Kasteel (VWS)

de heer dr H.J. Lieverdink (NZa)

mevrouw mr M.P.A. Meijs (VWS)

de heer mr J.E. Temmink (VWS)

Secretariaat ZonMw

mevrouw mr dr M.C. Ploem (tot 1 januari 2009)

de heer mr M. Slijper (vanaf 1 januari 2009)

Bijlage 3

Verantwoording van de gevolgde werkwijze

Prof dr ir R.D. Friele, NIVEL

Bezien vanuit een methodologische invalshoek is het uitvoeren van een wetsevaluatie vaak een lastige zaak. Voor het uitvoeren van een wetsevaluatie is geen standaard methodologie beschikbaar. Wel is al veel evaluatieonderzoek, waaronder wetsevaluaties, gedaan en hebben verschillende auteurs ook suggesties gedaan voor het ontwikkelen van een methodiek.⁴³⁰ Deze ervaringen dienen als basis voor de gevolgde werkwijze bij deze evaluatie. In dit stuk geven wij een verantwoording van de gevolgde onderzoeksmethode. Allereerst staan we kort stil bij de methodologische problemen die er zijn voor het uitvoeren van een evaluatie als deze. Vervolgens gaan we in op de gevolgde werkwijze.

De kern van een wetsevaluatie betreft altijd een variant op de vraag: wat zijn de gevolgen van de introductie van wet- of regelgeving? Wat is de werking van de wet of de regels en wat zijn de effecten? Vaak wordt deze vraag verbijzonderd naar de vraag of de doelen van de wet zijn bereikt. In het geval van de evaluatie van de Wmg is dit ook de kernvraag: "wat valt er te zeggen over de effectiviteit en de tekortkomingen van het instrumentarium van de Wmg?" In deze vraag gaat het om effectiviteit: over de manier waarop en de mate waarin de doelen worden bereikt en het gaat om de tekortkomingen: welke onbedoelde effecten zijn er en waarom worden doelen eventueel niet bereikt? Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het nodig om (1) een oorzaak-gevolg relatie vast te stellen tussen de wet en de werkelijkheid, (2) is het nodig dat er helderheid is over de beoogde doelen van de wet en (3) is het nodig om het effect van de wet te onderscheiden van andere ontwikkelingen. Aan deze drie vereisten blijkt lastig te voldoen bij het evalueren van wetgeving.

1 Oorzaak gevolg relaties zijn lastig te leggen

Het leggen van oorzaak-gevolgrelaties in de sociale wetenschappen is op zich al een lastige kwestie. Om dit methodologisch correct te kunnen doen zou een goede nul-meting beschikbaar moeten zijn en een controle-groep. Bij wetsevaluaties zijn deze zelden voorhanden. Door het ontbreken van een nulmeting is het niet gemakkelijk inzicht te krijgen in wat er in de nieuwe situatie nu precies veranderd is. Door het ontbreken van een controle-groep is het effect van wetgeving niet te onderscheiden van effecten van andere factoren die spelen op hetzelfde moment als de introductie

⁴³⁰ Zie bijvoorbeeld Olsthoorn-Heim 2003 en Winter 1996.

van de wetgeving. Daar komt nog bij dat wetgeving tijd nodig heeft om effecten op te leveren.⁴³¹ Hoeveel tijd er nodig is, is geen vast gegeven.

2 De beoogde effecten van wetgeving zijn niet altijd heel duidelijk

Een ander probleem betreft de definitie van de ‘beoogde effecten’, de doelen. De wetgever is zelden helder in het formuleren van de precieze doelen van wetgeving. In ieder geval zijn de doelen van wetgeving zelden ‘SMART’⁴³² geformuleerd. Doelen hebben vaak een vrij algemeen karakter: zoals het bijdragen aan de kwaliteit van de gezondheidszorg. Of zoals in het geval van de Wmg: het veilig kunnen maken van de overstap naar meer marktwerking, of het bevorderen dat er samenhang is in de regulering en het toezicht op de zorgmarkten. De formulering van deze doelen is zo open, en laat zoveel ruimte voor interpretatie, dat het alleen hierdoor al moeilijk zal zijn om te constateren of deze doelen al dan niet zijn gehaald. Doelen kunnen daarnaast tegenstrijdig zijn en ook dit is vaak bij wetgeving het geval, bijvoorbeeld omdat deze het resultaat is van politieke compromissen.

3 Wetgeving bestaat vrijwel altijd uit een combinatie van interventies, die bedoeld zijn om elkaar te versterken

Een derde probleem betreft de complexiteit van de interventie van de introductie van wet- en regelgeving. De effecten van wetgeving worden bepaald door een combinatie van verschillende maatregelen. Wetgeving is doorgaans complex, bevat meestal meer dan één maatregel of instrument en hangt samen met andere wetgeving. Daarnaast gaat de introductie van wetgeving veelal gepaard met flankerend beleid. Ook de Wmg bestaat uit een veelheid van instrumenten en maatregelen, die in gezamenlijkheid moeten leiden tot de gewenste effecten. De Wmg staat ook niet op zich. Het is het sluitstuk van een wijziging waar ook de Zvw en de Wzt onderdeel van zijn. Deze wetten zijn bedoeld om tezamen de gewenste effecten te bewerkstelligen. De effecten van deze verschillende wetten zullen daardoor moeilijk van elkaar te onderscheiden zijn. Daar komt nog bij dat wetgeving in de tijd verandert. Dit geldt bijvoorbeeld voor de Zvw, waar de no-claim is afgeschaft. Voor de Wmg betreft dit vooral de invulling van allerlei normen en instrumenten in de praktijk door de verschillende actoren binnen de Wmg. Tenslotte is het door de samenhang van wetgeving met andere wetgeving en beleidsmaatregelen altijd lastig om te komen tot een goede afbakening. Alles hangt met alles samen. Deze bedoelde samenhang tussen diverse wetten, instrumenten en de veranderingen die in de tijd in wetgeving kunnen worden aangebracht betekenen dat het lastig is om veranderingen in de zorg te herleiden tot specifieke componenten van wetgeving. Ook hier kan bovendien sprake zijn van tegenstrijdige tendensen, doordat de ene maatregel de andere als het ware ‘uitdooft’. Hoe regels en maatregelen samenhangen is lastig vooraf te voorspellen en evenzeer lastig om te evalueren.

Het is van belang het onderzoeksdomein goed af te bakenen: niet alles kan worden onderzocht. *Dit geldt ook voor de evaluatie van de Wmg: het sluitstuk van een wetgevingscomplex.* Een te sterke afbakening leidt weliswaar tot een overzichtelijk onderzoeksveld, maar onherroepelijk ook tot het

431 Klein Haarhuis en Niemeijer 2008.

432 SMART: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden.

missen van relevante gegevens. Echter, een te ruime afbakening draagt het gevaar in zich dat een evaluatie nooit wordt afgerond en er geen conclusies kunnen worden geformuleerd.

Toch behoefte aan evaluatieonderzoek

Ondanks deze methodologisch lastige setting is er behoefte aan evaluatie van wetgeving. Al was het alleen maar omdat dit wettelijk is vastgelegd. Maar ook omdat de reflectie op de werking en effecten van wetgeving kan bijdragen tot een beter begrip van hoe wetgeving werkt en tot noodzakelijke bijsturing in geval van onbedoelde en ongewenste ontwikkelingen. Er zal daarom gekozen moeten worden voor een onderzoeksstrategie die de boven genoemde problemen zo goed mogelijk ondervangt.

Wetsevaluatie vraagt per definitie een multidisciplinaire aanpak. Wetten hebben in het algemeen een instrumentele functie en een waarborgfunctie. Sociaal wetenschappelijk onderzoek, in de brede zin van de term⁴³³, richt zich doorgaans op de instrumentele functie van de wet, terwijl het juridische onderzoek zich richt op de waarborgfunctie en de juridisch-technische vormgeving van de wet. De beide wetenschapsdomeinen kennen een geheel eigen onderzoekstraditie en werkwijze. Maar ook binnen de sociale wetenschappen bestaan er verschillende werkwijzen en tradities. Het is zaak om te zorgen voor goede onderlinge afstemming.

Los van de keuze voor een onderzoeksstrategie gelden de eisen van controleerbaarheid en verifieerbaarheid. De evaluatie moet zo worden opgezet en gerapporteerd dat het voor lezers goed mogelijk is de analyses te volgen, feiten te verifiëren en de manier waarop conclusies worden getrokken te onderwerpen aan een eigen kritische analyse.

De onderzoeksstrategie

De onderzoeksstrategie om deze problemen zo goed mogelijk het hoofd te bieden heeft drie componenten:

- 1 Reconstrucie van de beleidstheorie.
- 2 Focus op instrumenten met oog voor onverwachte effecten.
- 3 Elkaar aanvullende informatiebronnen en een multidisciplinaire aanpak.

1 Reconstrucie van de beleidstheorie

De reconstructie van de beleidstheorie bestaat uit een analyse van de doelen van de wetgever en de manier waarop de diverse instrumenten in wet- en regelgeving worden geacht bij te dragen aan deze doelen. Allereerst worden de doelen van de wet geanalyseerd. Deze analyse leidt tot het opstellen van een doelenhiërarchie: van hoge, vaak abstract geformuleerde en algemene doelen tot aan zeer instrumentele deeldoelstellingen. Bovenaan staan heel algemene, vaak systeem-, doelen, zoals het bijdragen aan kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Deze doelen worden, in de beleidstheorie van de wetgever, bereikt door het realiseren van een aantal subdoelen. *In het geval van de Wmg is een*

433 Vaak wordt ook gesproken van 'empirisch onderzoek'. In het geval van deze evaluatie vatten we onder het 'sociaal-wetenschappelijk onderzoek' een drietal onderzoeksgroepen: Bestuurskundigen, Economen en Gezondheidszorgonderzoekers.

subdoel het faciliteren van de introductie van gereguleerde marktwerking. De introductie van gereguleerde marktwerking zal, in de beleidstheorie van de wetgever, bijdragen aan de systeemdoelen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Het bereiken van het subdoel 'gereguleerde marktwerking' is vervolgens weer afhankelijk van een aantal hieronder liggende voorwaarden. In dit geval bijvoorbeeld de introductie van keuze-informatie voor patiënten. Het bereiken van deze onderliggende voorwaarden is noodzakelijk voor het dichterbij brengen van de doelen van de Wmg. Deze analyse kan dusdanig worden uitgewerkt dat er een directe relatie kan worden gelegd tussen de weinig concreet geformuleerde systeemdoelen, de subdoelen (die in veel gevallen redelijk operationeel geformuleerd kunnen worden), de noodzakelijke voorwaarden en de verschillende instrumenten waarin de wet voorziet (die moeten voorzien in deze voorwaarden). In de termen van de Klein Haarhuis en Leeuw gaat het om een stelsel van 'als-dan'-stellingen en het maken van een overzicht van de (hoofdzakelijk als causaal veronderstelde) verbanden.⁴³⁴

We spreken in dit geval van "een reconstructie". Deze term gebruiken we omdat een dergelijke doelenhiërarchie niet altijd even eenduidig af te leiden is uit de wetstekst, de memorie van toelichting en de bespreking in bijvoorbeeld de Kamer. Vaak worden verschillende termen gebruikt voor wat dezelfde begrippen blijken te zijn en worden relaties tussen instrumenten en de verschillende doelen niet altijd expliciet benoemd. Die relaties moeten dus 'gereconstrueerd' worden. Vervolgens moet worden gereflecteerd op de plausibiliteit van de veronderstelde relaties en zo mogelijk op de *evidence base* ervan. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de veronderstelde relatie tussen het introduceren van concurrentie tussen aanbieders van bijvoorbeeld staaroperaties en de daling van de kostprijs per staaroperatie. Hoe werkt dit volgens de beleidstheorie? Hoe plausibel is deze relatie? Zijn hier voorbeelden van? Wat weten we over de voorwaarden die nodig zijn voor een dergelijke ontwikkeling? Kortom, welke assumpties liggen aan deze veronderstelde relatie ten grondslag en hoe zijn deze onderbouwd?

Door het maken van een goede reconstructie van de beleidstheorie wordt veel duidelijk over het veronderstelde werkingsmechanisme van de diverse onderdelen van de wet en worden beter toetsbare doelstellingen geformuleerd. Dit geeft in ieder geval helderheid voor wat betreft de beoogde effecten. Maar het biedt ook een bruikbare uitgangssituatie voor een analyse van effecten door een focus op instrumenten.

De juridische analyses in deze fase hebben vanzelfsprekend betrekking op de wetstekst en de memorie van toelichting. Bijzondere aandacht gaat uit naar de relatie met het Europese recht en het internationale verdragsrecht en de samenhang met aanpalende wetgeving.

Het sociaalwetenschappelijke onderzoek richt zich bij de reconstructie van de beleidstheorie enerzijds op de wetstekst, de memorie van toelichting en de betreffende kamerstukken. Anderzijds wordt gebruik gemaakt van de wetenschappelijke literatuur als bron van reflectie op de plausibiliteit en '*evidence base*' van de assumpties in de beleidstheorie.

434 Klein Haarhuis en Leeuw 2004.

2 Focus op instrumenten, met oog voor onverwachte effecten

De effecten van wetgeving komen voort uit de inzet van de instrumenten. *De NZa kan gezien worden als een belangrijk instrument in de Wmg, maar ook het de bevoegdheid van de NZa om één of meer zorgaanbieders of ziektekostenverzekeraars die alleen of gezamenlijk beschikken over aanmerkelijke marktmacht (AMM) specifieke verplichtingen op te leggen (het AMM-instrument).* Van een individueel instrument is, anders dan van de wet als geheel, goed na te gaan of het is ingezet, of het is ingezet zoals bedoeld en in veel gevallen is ook na te gaan welke directe effecten zijn toe te schrijven aan het inzetten van het betreffende instrument. In veel gevallen is het voor de betreffende instrumenten wel mogelijk een soort nul-situatie te beschrijven, zeker in het geval van een geheel nieuw instrument. Ook is het goed mogelijk om na te gaan of de toepassing van het instrument conform de voornemens gebeurt, of dat hiervan wordt afgeweken. Als er wordt afgeweken kan nagegaan worden wat de motieven hiervoor waren en wat dit betekent voor het potentiële effect. Wat betreft de effecten blijkt het in de praktijk meestal wel mogelijk directe effecten vast te stellen. *In het geval van het AMM-instrument bijvoorbeeld: hoe vaak is het instrument gebruikt, welke beslissingen zijn genomen, op welke gronden en waar heeft dit toe geleid?*

De focus op instrumenten is vooral van belang bij een evaluatie die betrekking heeft op een nog niet zo lang bestaande wet, *zoals in dit geval de Wmg*. Als een wet jong is, dan zullen de eerste effecten zichtbaar worden als instrumenten concreet worden ingezet. Effecten op de systeemdoelen zijn bij een nog jonge Wmg slechts in beperkte mate te verwachten.⁴³⁵ Bij een wet die al wat langer van kracht is zal ook naar het bereiken van de systeemdoelen of de hoofddoelstelling gekeken moeten worden. Door te focussen op instrumenten wordt een deel van de problematiek rondom de herleidbaarheid en zichtbaarheid van effecten opgelost. Het beoogde effect van een instrument, zoals dat is afgeleid in de reconstructie van de beleidstheorie, kan beter worden nagegaan dan het beoogde effect van de wetgeving als geheel. Vaak is een instrument nieuw, vaak zijn de beoogde effecten vrij specifiek. Dit maakt het herleiden van effecten op de inzet van een instrument in veel gevallen uitvoerbaar. Dit geldt niet altijd, maar dan kan in ieder geval worden nagegaan of een betreffend instrument is ingezet (waarom wel, waarom niet) en of het is ingezet op een manier zoals beoogd (waarom wel, waarom niet). Ook kan worden nagegaan of voorzien is in de voorwaarden voor succes die kunnen worden afgeleid uit de analyse van de assumpties voor de werking van de instrumenten.

De valkuil van de focus op instrumenten is dat onverwachte effecten niet zichtbaar worden. Het kan hierbij gaan om onverwachte effecten die positief bijdragen aan de doelen van de wet, of hier juist afbreuk aan doen. Het is lastig om effecten zichtbaar te maken die niet samenhangen met enig instrument, maar bijvoorbeeld het resultaat van veldpartijen die anticiperen op een bepaalde ontwikkeling, maar ze kunnen wel belangrijk zijn. Een passend voorbeeld kan worden ontleend aan de evaluatie van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector.⁴³⁶ Deze wet regelt de introductie van klachtencommissies in de zorg en de daarbij behorende procedures. Het bleek dat, tegen de verwachtingen in, deze wet een forse stijging van het aantal 'informeel' behandelde klachten tot gevolg had, terwijl het aantal formeel behandelde klachten achterbleef bij de geuite verwachtingen. De plicht om een

435 Zie Klein Haarhuis en Niemeijer 2008.

436 Friele et al.1999.

klachtencommissie in te stellen, leidde er toe dat zorgaanbieders niet alleen investeerden in de formele klachtenbehandeling, maar vooral ook in de meer informele procedure, wellicht met het oogmerk het aantal formeel behandelde klachten zo gering mogelijk te laten zijn. Als alleen maar naar het instrument van de klachtencommissie gekeken zou zijn, dan zou geconcludeerd kunnen worden dat het effect van de klachtwet nogal tegenviel. Dit zou een onterechte conclusie zijn geweest, omdat het effect juist erg groot was, maar veel anders dan van te voren bedacht. Het is dus belangrijk om oog te hebben voor onverwachte effecten die niet samen hoeven te hangen met de ingezette instrumenten. Dit is weliswaar lastig, aangezien het niet bij voorbaat duidelijk is waar moet je op moet letten, maar wel van belang.

Flankerend beleid, tenslotte, kan essentieel zijn voor het welslagen van wetgeving, maar het is niet altijd onderdeel van de wet. Ook het flankerend beleid, of het ontbreken hiervan, moet in een evaluatie betrokken worden. Door expliciet op zoek te gaan naar onverwachte effecten en flankerend beleid wordt voorkomen dat de evaluatie een te smalle focus krijgt, terwijl de evaluatie toch uitvoerbaar blijft.

Het juridische onderzoek in dit onderdeel waar de effecten centraal staan richt zich op een nadere analyse van de specifieke instrumenten, de bespreking hiervan in juridische bronnen, maar ook de rapportages van bijvoorbeeld de NZa en CVZ. Als bijzonder belangrijke bron geldt de jurisprudentie, die zowel nationaal als internationaal van karakter is.

Het sociaal-wetenschappelijk onderzoek richt zich op de vraag of en op welke manier de verschillende instrumenten zijn toegepast of ingevoerd en naar de mogelijke effecten. Bronnen hiervoor zijn de rapportages van bijvoorbeeld de NZa en CVZ, diverse onderzoeksrapportages, interviews met betrokken partijen en verschillende onderzoeksbestanden. Voor het onderzoek naar de 'onverwachte' effecten dienen de interviews als bron en wordt gebruik gemaakt van een verzameling krantenknipsels die is aangelegd vanaf de introductie van de Wmg/Zvw. Deze knipsels zijn een bron voor informatie over initiatieven in het veld van de gezondheidszorg die geïnspireerd zijn door of een direct gevolg zijn van de introductie van de Zvw/Wmg.

3 Elkaar aanvullende informatiebronnen en een multidisciplinaire aanpak

Een experimenteel design voor wetsevaluatie is vrijwel nooit mogelijk, zoals eerder aangegeven. Gegevens uit bijvoorbeeld beschrijvend onderzoek zijn minder sterk, als het gaat om het leggen van oorzaak gevolg relaties. Maar in veel gevallen vormt beschrijvend onderzoek toch de hoofdbron van materiaal voor een wetsevaluatie. Om toch te komen tot stevigere conclusies dan op basis van een individuele beschrijvende bron mogelijk is, wordt gezocht naar elkaar aanvullende informatiebronnen. Dit leidt tot een gecombineerde analyse van onderzoeksbestanden, onderzoeksrapportages, aangevuld met informatie uit interviews en jurisprudentie. Door daarnaast vanuit verschillende disciplines naar eenzelfde onderwerp te kijken en na te gaan of de resultaten elkaar ondersteunen of dat er juist sprake is van tegenstrijdige conclusies kan gekomen worden tot een beter afgewogen beoordeling. De analyses wordt gedaan vanuit vier invalshoeken: Juridisch, Economisch, Bestuurskundig en Gezondheidszorgonderzoek.

Interviews met betrokken veldpartijen zijn daarnaast van groot belang omdat ook veel 'proces informatie' nodig is (bijvoorbeeld om antwoord te krijgen op de vraag op welke manier een bepaald

instrument is ingezet). In deze evaluatie wordt van al deze strategieën gebruik gemaakt: multidisciplinair onderzoek waar gebruik gemaakt wordt van een veelheid aan bronnen, zoals empirische data, rapportages, resultaten uit interviews⁴³⁷, krantenknipsels en bijvoorbeeld jurisprudentie.

Tot slot

Het uitgangspunt van deze evaluatie ligt in de vastgestelde wetgeving. De keuzes van de wetgever, en de goedkeuring hiervan door de Kamers der Staten Generaal, vormen het uitgangspunt van deze analyse. Bedacht kan worden dat het op voorhand mogelijk is om de vraag te stellen of er geen betere alternatieven zouden zijn geweest voor de keuzes die gemaakt zijn. Bijvoorbeeld de vraag of een hoge nominale premie voor iedereen nu wel de meest voor de hand liggende keuze is om de systeemdoelen kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid te bereiken. Het stellen van een dergelijke vraag vergt echter ander onderzoek. Het is ook geen wetsevaluatie. Deze vraag wordt in deze evaluatie in de fase van de reconstructie van de beleidstheorie niet gesteld. Wel kan het zo zijn dat de resultaten van de evaluatie als geheel leiden tot de vraag of bepaalde keuzes die zijn gemaakt wel de juiste keuzes zijn geweest. Deze vraag is echter niet het startpunt van deze evaluatie. Het kan wel een conclusie zijn.

437 Een overzicht van de geïnterviewde partijen is toegevoegd in bijlage 4.

Bijlage 4

Geraadpleegde respondenten

| <i>organisatie</i> | <i>gesproken met</i> | <i>datum</i> |
|--|---|------------------|
| Overheid | | |
| oud minister (VWS) | drs J.F. Hoogervorst, MA | 11 februari 2009 |
| oud Directeur-Generaal Gezondheidszorg (VWS) | drs. M.J. van Rijn | 27 februari 2009 |
| Directeur Generaal Langdurige zorg (VWS) | drs. M.J. Boereboom | 19 maart 2009 |
| Directie Curatieve zorg (VWS) | drs. ing. A.H.J. Moerkamp | 27 maart 2009 |
| Directie Zorgverzekering (VWS) | drs. G.G.J. Klein Ikkink | 13 februari 2009 |
| Koepelverenigingen | | |
| ActiZ | mw. drs. H.A.M. Oosterom (senior beleidsmedewerker), mr. M.J.J. Kooijman (beleidsmedewerker) | 26 januari 2009 |
| NVZ-Vereniging van Ziekenhuizen | drs. L.A.C. Goemans (manager zorg), ir. C.J. Windhorst (beleidsadviseur zorg) | 19 februari 2009 |
| Geestelijke Gezond- heidszorg Nederland | mr. drs. G. van Gemert (plv. directeur) | 09 maart 2009 |
| Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevor- dering der Geneeskunst | drs. E.H.J. van Wijlick (adviseur), drs. M.F. Wesseling (adviseur) | 27 mei 2009 |
| Patienten- en consumentenorganisaties | | |
| Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie | mw. drs. A. Schipaanboord (directeur beleid & innovatie) | 16 februari 2009 |
| Het Ondersteunings- buro | drs. E. Thier, mw. drs. C. Kalsbeek | 30 maart 2009 |

| <i>organisatie</i> | <i>gesproken met</i> | <i>datum</i> |
|--|--|---------------|
| Nederlandse Vereniging van Hoofdpijnpatiënten | ir. P.B.Vriezen (oud-voorzitter) | 30 maart 2009 |
| Consumentenbond | mw. drs. C. Vogeler (manager gezond leven), mw. drs. M. Schoneveld (beleidsadviseur) | 14 april 2009 |
| Diabetes Vereniging Nederland | dhr. G. Roos (manager staf kennis en ontwikkeling) | 13 maart 2009 |
| Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland | drs. A.A.R.G. Poppelaars (directeur), mw. drs. H.M.E. Cliteur (adjunct directeur), mw. R. Ekkelboom (hoofd communicatie) | 04 maart 2009 |

Verzekeraars

| | | |
|----------------------------|---|---------------|
| Zorgverzekeraars Nederland | dr. P.F. Hasekamp (algemeen directeur) | 30-01-2009 |
| CZ | drs. J.W.M.W. Gijzen (directeur zorg) | 02 maart 2009 |
| UVIT | dhr. M.J.W. Bontje (lid Raad van Bestuur) | 06 maart 2009 |
| Menzis | mr. R.H.L.M. Van Boxtel (voorzitter Raad van Bestuur), dr. B. Leerink (lid Raad van Bestuur), mw. drs. J.E.C. Degen (secretaris Raad van Bestuur) | 31 maart 2009 |
| Achmea | dhr. R. Konterman (voorzitter directie) | 09 april 2009 |

Toezichthouders

| | | |
|--------------------------------------|---|-------------------------------|
| Nederlandse Zorg- autoriteit | mw. mr. M. Debets (beleidsadviseur RvB), B. Boelema (beleidsadviseur RvB), F. Visser (sr. Beleidsmedewerker ONTW), K. Noorlag (unithoofd CURE / Instellingen), mw. A van der Laan (hoofd Communicatie), drs. R. Lagerwaard (directeur CARE), drs. I.W. Komrij (plv directeur CURE). | 2 maart 2009 16 april 2009 |
| Nederlandse Mededingingsautoriteit | mw. mr. A.A.H.M. Gommers (clustermanager directie mededinging), mr. M.M. van Kordelaar (plv. clustermanager directie mededinging) | 24 maart 2009 |
| Inspectie voor de Gezondheidszorg | dhr. W.M.L.C.M. Schellekens, arts (hoofdinspecteur curatieve zorg) | 25 februari 2009 |
| De Nederlandse Bank | mr. Th.J.M. Roos (divisiedirecteur toezicht verzekeraars) | 13 februari 2009 |
| College voor Zorgverzekeringen | dr. P.C. Hermans (voorzitter Raad van Bestuur), dhr. N. Pruijssers (adviseur innovatie) | 26 maart 2009 |

organisatie

gesproken met

datum

Overige

Voormalig bestuurs-
voorzitter Oosterschel-
de Ziekenhuis

drs. H.J. Simons

11 mei 2009

Independer.nl

mw. M. van Os (directeur marketing & business intelli-
gence),
dhr. A. van den Borg (algemeen directeur gezond-
heidszorg),
mw. M. de Jong (data-analist gezondheidszorg).

11 maart 2009



In de reeks evaluatie regelgeving zijn de volgende publicaties verschenen:

- 1 Bereidheid tot donatie van sperma bij opheffing van anonimiteitwaarborg
- 2 Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector
- 3 Evaluatie Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
- 4 Evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
- 5 Evaluatie Wet op het bevolkingsonderzoek
- 6 Evaluatie Wet op de medische keuringen
- 7 Evaluatie Wet op bijzondere medische verrichtingen
- 8 Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen
- 9 Evaluatie Wet op de orgaandonatie
- 10 Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
- 11 Evaluatie Tijdelijk besluit verplichte verzekering bij medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
- 12 Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
- 13 Onderzoek No-fault compensatiesysteem
- 14 Evaluatie Wet inzake bloedvoorziening
- 15 Tweede evaluatie Wet op de orgaandonatie
- 16 Onderzoek WKCZ klachtbehandeling in ziekenhuizen
- 17 Evaluatie Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
- 18 *Noodzakelijk kwaad* Evaluatie Wet op de dierproeven
- 19 Evaluatie Wet afbreking zwangerschap
- 20 Evaluatie Embryowet
- 21 Derde evaluatie Wet op de orgaandonatie
- 22 Tweede evaluatie Wet op de medische keuringen
- 23 Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding
- 24 Tweede evaluatie Wet inzake bloedvoorziening
- 25 Evaluatie Wet foetaal weefsel
- 26 Evaluatie Reclamebesluit geneesmiddelen
- 27 Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag
- 28 Evaluatie Wet marktordening gezondheidszorg

Bovenstaande publicaties kunt u bestellen via de publicatie-webshop op de ZonMw website. Daarnaast zijn de publicaties te downloaden via de ZonMw website van het programma Evaluatie Regelgeving (www.zonmw.nl/evaluatieregelgeving) onder het kopje publicaties in het linker menu.

ZonMw

Laan van Nieuw Oost Indië 334

Postbus 93245, 2509 AE Den Haag

Telefoon 070 349 51 11

Fax 070 349 51 00

er@zonmw.nl

www.zonmw.nl

ISBN: 978-90-5763-106-1

415

Wet van 7 juli 2012
marktordening
kostenontwikkeling
gezondheidszorg
gezondheidszorg



ZonMw