

Vergaderjaar 2005–2006

30 186

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

F

NADERE MEMORIE VAN ANTWOORD

Ontvangen 23 juni 2006

Met belangstelling heb ik kennis genomen van het nader voorlopig verslag van de leden van de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het voorstel van wet houdende regels inzake marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg (Wet marktordening gezondheidszorg).

Ik volg bij de beantwoording zoveel mogelijk de indeling van het nader voorlopig verslag. In een enkel geval neem ik vragen met dezelfde strekking van leden van de fracties van het CDA en de PvdA samen. Daar waar ik antwoord geef op de vragen van de CDA-fractieleden, betreft het tevens een reactie op de leden van de SP-fractie; dit omdat zij aangaven zich aan te sluiten bij de vragen van de CDA-fractieleden.

1. CDA-fractie

De CDA-fractieleden constateerden dat hun vraag over het overleggen van de concrete samenwerkingsprotocollen niet is beantwoord. Verder vroegen zij aandacht voor het tempo waarin deze afspraken worden gemaakt. Het had volgens hen voor de hand gelegen dat de protocollen tijdig voor de plenaire behandeling waren afgerond, omdat de stapeling van toezichthouders een moeilijk punt blijft. Ook het overleg met het College bescherming persoonsgegevens (CBP) moet nog worden gestart. De leden van de CDA-fractie stelden helderheid over de uitkomst van deze besprekingen op korte termijn op prijs. De reeds beschikbare protocollen zijn eveneens nog niet ontvangen. Deze leden vroegen of de vertegenwoordigers van de patiënten bij de totstandkoming betrokken zijn. Verder gingen de leden van de CDA-fractie er vooralsnog vanuit dat de inwerkingtreding van deze wet eerst zal geschieden op het moment dat alle samenwerkingsprotocollen beschikbaar zijn.

Ik deel de zorg van de leden van de CDA-fractie over het tempo niet en ga ervan uit dat de protocollen tijdig gereed zijn. De Nederlandse Zorgautoriteit in oprichting (NZa i.o.) doet samen met haar convenantpartners al het mogelijke om ze spoedig af te ronden. Het overleg met het CBP is op 12 juni voortgezet. Ik houd de voortgang ook in de gaten. De NZa i.o. werkt ook nu al met de in artikel 17 van de WMG genoemde

organisaties samen. Deze samenwerking levert op dit moment geen problemen op. Totdat er nieuwe afspraken zijn gemaakt lopen de bestaande samenwerkingsrelaties van de voorlopers van de NZa (CTG en CTZ) gewoon door en wordt in de praktijk zo goed mogelijk rekening gehouden met de nieuwe situatie. Het is dus niet zo dat er in het geheel geen afspraken zijn of dat onder toezicht gestelden extra worden belast. De protocollen kunnen eerst formeel worden ondertekend nadat de WMG in werking is getreden. Daarna worden ze openbaar; ze worden in de Staatscourant gepubliceerd en komen onder meer via de website van de NZa voor iedereen beschikbaar. Ik zal u de protocollen zo spoedig mogelijk toezenden.

De NZa i.o. heeft regelmatig overleg met consumenten- en patiëntenorganisaties. Tijdens dat overleg komen alle relevante consumenten- en patiëntenzaken op tafel die partijen naar voren brengen. Waar nodig en relevant dus ook aspecten die de samenwerkingsovereenkomsten raken. De NZa i.o. let hier op. Eventueel worden afspraken over nadere betrokkenheid gemaakt.

Gelet op het bovenstaande zal duidelijk zijn dat ik geen belemmering zie om de WMG in werking te laten treden, ook al zijn misschien nog niet alle samenwerkingsprotocollen gereed.

De leden van de CDA-fractie vroegen, naar aanleiding van mijn antwoord over de eventuele invaring van de NZa in de NMa, of ik het met hen eens ben dat voor sommige deelmarkten dat moment nimmer zal kunnen komen. Verder vroegen zij wie bij opheffing van de WMG toezicht zou moeten houden op een goede uitvoering van de verzekeringswetgeving. Ook de leden van de PvdA gingen op dit onderwerp in. Zij vroegen of er wel sprake kan zijn van tijdelijkheid van de NZa en er toch niet sprake zal zijn van een grotere permanentie. Ook wilden zij weten hoe ik mijn publieke taak kan waarmaken als de NZa zou verdwijnen. Zij vroegen of ik inderdaad vind dat de markt op den duur de zorg voldoende kan reguleren.

Ik heb eerder aangegeven dat hoever de marktwerking ook is voortgeschreden, altijd een vorm van toezicht nodig zal blijven in de gezondheidszorg. Hierbij heb ik gerefereerd aan toezicht op de goede uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en AWBZ. Ook het kwaliteitstoezicht van de IGZ is essentieel.

Ik verwacht dat gedurende langere tijd een gemengd systeem zal bestaan. Aan de ene kant deelmarkten met aanbodsturing en tariefregulering, aan de andere kant deelmarkten met vrije prijzen en vrije toetreding tot de markt en daar tussenin verschillende combinaties hiervan. Op de langere termijn verwacht ik wel dat steeds meer gezondheidszorgmarkten als reguliere markten kunnen opereren. Tegelijkertijd onderschrijf ik dat vanwege de bijzondere kenmerken op sommige deelmarkten centrale sturing nodig zou kunnen blijven, bijvoorbeeld op deelmarkten met een zeer grote kans op marktfalen door zeer hoge vaste kosten of hoge toetredingsdrempels zoals bij topklinische en topreferente zorg. Ik sluit dan ook niet uit dat voor sommige markten tariefregulering zal blijven bestaan. Echter, hoe meer de zorg op een «echte» markt lijkt, hoe minder noodzaak er is markten ex ante te stimuleren; voor die markten volstaat dan het algemene mededingingstoezicht van de NMa op grond van de Mededingingswet. Het wetsvoorstel voorziet erin dat elke vier jaar wordt geëvalueerd. De eerste evaluatie dient te worden afgerond voor 2009. Bij deze evaluaties zal telkens de vraag worden meegenomen of de vormgeving van het toezicht nog steeds de juiste is om optimaal de publieke belangen te waarborgen. Hier wordt ook de vraag meegenomen of het opportuun is de NZa in de NMa in te varen. Als een aanwijzingsinstrument noodzakelijk is voor het uitoefenen van de publieke taak zal

deze worden gehandhaafd. Dit laat de precieze vormgeving van het toezicht onverlet.

Wat betreft de uiteindelijke vormgeving van het risicovereveningsmodel, wilden de leden van de CDA-fractie eraan herinneren, dat zij de grote-stedenproblematiek een en ander maal in een eerder stadium aan de orde hadden gesteld. Tijdige oplossing hiervan had volgens hen mogelijk de rechtszaak bij het Europese Hof kunnen voorkomen, die naar hun gevoelens nu wel eens tot ingrijpen zou kunnen leiden. Zij vroegen hoe ik deze situatie beoordeel.

Afgelopen jaren is er veel energie in gestoken om binnen de risicoverevening goed rekening te houden met de grote-stedenproblematiek. Door middel van het binnen de risicoverevening toegepaste regio-criterium, ontvangen verzekeraars een hogere vereveningsbijdrage voor verzekerden in stedelijke gebieden. Niettemin zien we inderdaad nog steeds dat niet in alle grote steden de vereveningsbijdrage exact aansluit bij de kosten. Omdat het beeld verschilt tussen de grote steden is het niet goed mogelijk een algemene objectieve oorzaak aan te wijzen voor dit gevonden verschil. Het is erg lastig dergelijke specifieke oorzaken op te vangen in een generiek systeem van risicoverevening. Hoewel ik het betreurt dat een verzekeraar een rechtszaak bij het Europese Hof heeft aangespannen, ben ik van mening dat binnen het risicovereveningssysteem de grote-stedenproblematiek de afgelopen jaren voldoende aandacht heeft gekregen.

De leden van de CDA-fractie vroegen of zij mijn antwoord over de ingezette reserves zo moeten verstaan, dat ik niet kan beoordelen of er sprake is (geweest) van een gelijk speelveld. De NZa moet dat wel analyseren en beoordelen en eventueel actie ondernemen. Deze leden vroegen of zij nog vóór de plenaire behandeling kunnen beschikken over het eerste monitorrapport van de NZa, dat in juni gereed zou komen.

Ik kan het eerste monitorrapport van de NZa i.o. naar verwachting op vrijdag 23 juni aan het parlement aanbieden. Dat loopt dus gelijk op met deze beantwoording van deze nadere vragen. In het rapport geeft de NZa i.o. aan geen significant statistisch verband te hebben gevonden tussen premiestelling en vermogenspositie van de verzekeraars. Tegelijkertijd kondigt zij aan hier verder onderzoek naar te doen.

De CDA-fractieleiden willen bij de plenaire behandeling terugkomen op het nog niet ingrijpen in de collectieve contracten ten gunste van de individueel verzekerden. Daartoe vroegen zij om een overzicht per zorgverzekeraar van de omvang van de collectieve contracten (aantal plus aantal verzekerden) versus de aantallen individueel verzekerden.

In de memorie van antwoord heb ik beargumenteerd waarom ingrijpen in de collectieve contracten ten gunste van individueel verzekerden op dit moment niet aan de orde is. Ik verwees daarbij naar het onderzoek van Vektis waaruit onder meer blijkt dat nog niet de helft van alle Nederlanders collectief verzekerd is en dat het gemiddelde kortingspercentage beneden de zeven procent ligt. Het hierboven bedoelde monitorrapport van de NZa i.o. bevestigt dit beeld. In de monitor stelt de NZa i.o. tevens dat kruiselingse subsidiëring van collectieve polissen ten nadele van individuele polissen niet is aangetoond. De kortingen kunnen volgens haar behalve uit het eigen vermogen, ook worden gefinancierd uit bijvoorbeeld beleggingsresultaten en/of inkoopvoordelen. De NZa i.o. neemt zich in de monitor voor om nog in 2006 nadere studie te doen naar de motieven voor de kortingen en financiering ervan. Bij de analyses in het rapport zijn diverse kwantitatieve onderbouwingen verstrekt. De overzichten waar u

om vraagt bevatten echter gegevens die niet openbaar zijn; de NZa i.o. kan deze dus niet verstrekken. Op grond van artikel 93 van de Zvw geldt een geheimhoudingsplicht voor vertrouwelijke gegevens van afzonderlijke verzekeraars die ingevolge de Zvw verkregen zijn, tenzij bekendmaken voor de uitvoering van de taak van de NZa of bij of krachtens de Zvw is vereist.

De CDA-fractieleden waren teleurgesteld over mijn eerdere antwoord over de invloed van de verzekerden, met name bij een beperkt aantal voormalige particuliere ziektekostenverzekeraars, waar nog geen regeling voor is getroffen. Zij meenden dat hiervoor voldoende tijd is geweest vanaf het moment dat dit voor de eerste maal aan de orde is gesteld en dat nu – bij de behandeling van het sluitstuk van de stelselwijziging – een en ander wel z'n beslag moet hebben gekregen. Deze leden vroegen om welke ziektekostenverzekeraars het nog gaat. Ook vroegen zij op welke termijn ik nadere regels terzake zal stellen.

In de zevende voortgangsrapportage Zvw, die u op 14 juni heeft ontvangen, is nader ingegaan op het toezicht op de naleving van de verplichting van verzekeraars om de positie van verzekerden statutair te regelen. Het werkprogramma van de NZa i.o. voorziet in een onderzoek hiernaar in de periode najaar 2006/voorjaar 2007. Dat onderzoek omvat zowel de wijze waarop de invloed van verzekerden op papier is geregeld, als hoe het in de praktijk functioneert. Tot 1 januari 2006 golden de eisen van de Ziekenfondswet op het punt van de redelijke invloed van verzekerden op het bestuur van het ziekenfonds nog. Mede daardoor is het algemene beeld dat in de statuten van de meeste verzekeringsmaatschappijen een regeling voor de invloed van verzekerden is opgenomen. Een beperkt aantal voormalige particuliere ziektekostenverzekeraars heeft nog geen regeling. De NZa spreekt de betrokken verzekeraars hierop aan en zet zonedig handhavingsinstrumenten in. Of het noodzakelijk is op dit terrein nadere regels te stellen beoordeel ik op basis van het hierboven bedoelde onderzoek van de NZa. Dat zal dus niet eerder zijn dan begin van de zomer van 2007.

De CDA-fractieleden waren verrast door mijn antwoord over de zorgconsumentenwet. Naar hun mening gaat het niet meer over de vraag of deze wet het beste middel is om de positie van de consument te versterken, maar op welke termijn een wetsvoorstel kan worden ingediend.

Ik deel de observatie van de leden van de CDA-fractie dat de bestaande wettelijke regels zijn verspreid over een groot aantal wetten en dat de rechten van zorgconsumenten vaak ingewikkeld zijn geformuleerd. Verder is gebleken dat de rechten onvoldoende bekend zijn bij zorgconsumenten en zorgverleners. Ook ben ik me ervan bewust dat voor zorgconsumenten soms lastig is te bepalen welke instantie of partij men kan aanspreken met vragen, of waar men terecht kan met klachten of geschillen. Echter, in de discussie spelen ook andere overwegingen. We kunnen om te beginnen vaststellen dat belangrijke thema's voor de zorgconsument al goed geregeld zijn.

De wettelijke bepalingen zijn vaak geformuleerd als plichten voor de zorgverlener of zorgverzekeraar en niet als rechten voor de zorgconsument. Hierbij moeten we niet vergeten dat dergelijke plichten worden opgelegd, juist om de rechten van de zorgconsument te waarborgen. Langs die weg is er steeds een professional verantwoordelijk voor het invullen van de rechten van de consument en is deze daarvoor niet op zichzelf aangewezen. Bij de formulering van wetsbepalingen als rechten voor de zorgconsument zou moeten worden voorkomen dat onduidelijk blijft jegens

wie deze rechten dan gelden, want dit zou de positie van de zorgconsument juist verzwakken.

Vanwege de genoemde redenen wil ik zorgvuldig te werk gaan. Ik wil voor de afweging en nadere analyse dan ook meer tijd nemen dan waar ik bij het schrijven van de memorie van antwoord nog van uitging.

Binnenkort presenteert de IGZ haar jaarlijks onderzoek «Staat van de Gezondheidszorg», dat dit jaar gewijd is aan de patiëntenrechten. De IGZ onderzoekt de patiëntenrechten in Nederland en beoordeelt deze op de aanwezigheid van onduidelijkheden, knelpunten en lacunes. In drie achtergrondstudies wordt deze vraagstelling vanuit verschillende perspectieven benaderd. Zo wordt vanuit het juridisch perspectief onderzocht welke rechten patiënten hebben op grond van de thans geldende wettelijke regelingen en de rechtspraak en welke problemen zich daarbij voordoen.

Het spreekt voor zich dat de Staat van de Gezondheidszorg belangwekkend materiaal zal bevatten om tot een goed oordeel te komen over de meerwaarde van een zorgconsumentenwet. De IGZ verwacht de Staat van de Gezondheidszorg aan het eind van de zomer te kunnen afronden.

Verder heb ik de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) gevraagd met een advies te komen over een zorgconsumentenwet. Ik heb de raad verzocht zijn onderzoekprogramma aan te passen om hier snel aan tegevoet te kunnen komen. De RVZ is hiertoe bereid en verwacht zijn advies eind oktober te kunnen uitbrengen.

Ik vind de vraag naar een zorgconsumentenwet een zo belangrijk thema, dat er een glasheldere analyse aan ten grondslag moet liggen. Zodra de RVZ advies heeft uitgebracht bepaal ik mede op basis daarvan mijn standpunt, dat ik aan het parlement kenbaar zal maken.

De leden van de CDA-fractie vroegen wie nu in feite verantwoordelijk is voor een goede en tijdige klachtenafhandeling. Zij wilden weten of de NZa hier toch geen coördinerende rol zou moeten spelen.

In de memorie van antwoord heb ik de diversiteit geschetst van klachtprocedures en klachtinstanties. Die diversiteit is de resultante van verschillende wetgevingsprocessen met verschillende doelen, uitgangspunten en onderwerpen. Het ligt niet voor de hand om de NZa daarbij een coördinerende rol te geven, ook al omdat sommige klachtprocedures en klachtinstanties zich niet beperken tot de zorg, zoals de AFM. Het toezicht op de naleving van de Wet klachtrecht cliënten zorginstellingen is opgedragen aan de IGZ.

Wel kan de NZa een coördinerende rol spelen in de eigen klachtprocedures. Het behandelen van klachten over formulieren is in de eerste plaats een zaak van partijen. Komen zij er niet uit dan kunnen zij een klacht indienen bij de NZa op de wijze als in de WMG is voorzien. De NZa dient een dergelijke klacht tijdig te behandelen. Daarna geldt de uitspraak van de NZa als bindend advies voor de betrokken partijen. Een coördinerende werking van de klachtbehandeling over formulieren door de NZa kan uitgaan van het publiceren van geanonimiseerde adviezen. Daar kunnen anderen lering uit trekken.

De leden van de CDA fractie vroegen of alleen de bodemkwaliteit in de prijs-kwaliteitverhouding betrokken dient te worden. Daarnaast vroegen de leden om inzicht in de criteria die daarbij worden gehanteerd.

De IGZ richt zijn toezicht primair op die kwaliteits- en veiligheidsrisico's die burgers niet zelf kunnen beoordelen of beïnvloeden. Voor het inzicht in de kwaliteit met het oog op het beoordelen van de prijs-kwaliteitverhouding richt de NZa zich naar het oordeel van de IGZ. Daarbij merk ik op dat de IGZ er bij uitstek op is ingesteld om verschillen in kwaliteit in beeld te krijgen. De wijze waarop de IGZ toezicht houdt is recent

gemoderniseerd. Een van de pijlers van het toezicht van de IGZ is het gelaagd en gefaseerd toezicht op kwaliteit, onder meer door kwaliteit van zorg te toetsen via prestatie-indicatoren. Het oordeel van de IGZ zal dan ook een gedifferentieerd beeld geven van de kwaliteit van zorg. De NZa beoordeelt, uitgaande van dat kwaliteitsbeeld, de prijs die daarvoor wordt gevraagd. Daarnaast merk ik op dat het van belang is dat kwaliteit zichtbaar en vergelijkbaar wordt gemaakt. Zorgaanbieders kunnen zich onderscheiden op het punt van de kwaliteit van de zorg en patiënten hebben dan de mogelijkheid om zelf te kiezen voor de optimale prijs kwaliteitsverhouding. De NZa verkrijgt op basis van het wetsvoorstel verschillende instrumenten om transparantie van kwaliteit te bevorderen.

De leden van de CDA-fractie refereerden aan mijn antwoord op hun eerdere vraag over het «evidence based» zijn van de diagnose-behandelingcombinaties (dbc's), waar ik aangaf van mening te zijn dat de NZa behandelingen op het spoor kan komen die (wellicht) niet aan de kwaliteitseisen voldoen. Zij vroegen hoe dat dan mogelijk is en of het toch niet voor de hand ligt de IGZ toe te rusten om de kwaliteitseisen, ook van de dbc's, te beoordelen.

Hoewel het niet de taak is van de NZa, kan het voorkomen dat de NZa bij het uitoefenen van haar functie op signalen stuit die wijzen op dbc's die niet aan kwaliteitseisen voldoen. In dat geval zal de NZa de IGZ hierover informeren. De IGZ is al toegerust om toezicht te houden op de kwaliteit en de veiligheid van de gezondheidszorg in het algemeen en dus ook op de kwaliteit van dbc's.

Ten slotte vroegen deze leden of ik nog steeds uitga van invoering van de dbc's in 2008.

Mochten de leden van de CDA-fractie hierbij doelen op de verdere prijs-liberalisering in de ziekenhuiszorg dan is het antwoord als volgt. Sinds de introductie van de dbc-systematiek in 2005 is hard gewerkt aan het opsporen en verhelpen van kinderziektes, verbeteren van de nota's en verminderen van administratieve lasten. Per 2007 zal nog een aantal aanpassingen plaatsvinden om de huidige systematiek te optimaliseren. Ik heb er vertrouwen in dat de dbc-systematiek in de komende anderhalf jaar voldoende is vereenvoudigd en uitgekristalliseerd om per 2008 een substantiële vervolgstap te zetten in de richting van vrije prijsvorming voor een groot deel van de ziekenhuiszorg.

Indien de vraag betrekking heeft op de invoering van dbc's in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) dan geldt het volgende. Ik hecht zeer aan een zorgvuldige invoering van dbc's in deze sector. Vanaf 1 januari 2006 zijn GGZ-aanbieders verplicht om hun productie in dbc's te registreren. Instellingen werken hard om de registratie op orde te krijgen. Omdat er meer tijd nodig is voor het ontwikkelen en implementeren van ICT-systemen heb ik in mei samen met partijen vastgesteld dat declaratie van dbc's pas per 1 januari 2008 haalbaar is. Hiervoor hebben partijen gezamenlijk een spoorboekje opgesteld.

2. PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie constateerden dat de NZa het oordeel van de IGZ moet volgen wat betreft de kwaliteit van zorg. Zij vroegen of dit betekent dat de NZa verplicht is om bij elke beoordeling van marktgedrag ook het oordeel van de IGZ te vragen, ook in situaties waarin deze zich nog geen oordeel gevormd heeft.

Niet bij elk marktgedrag speelt de kwaliteit van zorg een rol. Daarom is er geen reden om bij elke beoordeling van marktgedrag ook het oordeel van

de IGZ te vragen over de kwaliteit van zorg. Ik laat het graag aan de NZa en de IGZ over om te beoordelen wanneer zij elkaar zullen consulteren. Zij maken daarover onderling afspraken, die ook openbaar worden, zoals ik hierboven al aangaf.

De PvdA-fractieleden vroegen waarom de NZa zich niet hoeft te richten naar de uitleg van de begrippen die de IGZ hanteert bij de kwaliteitsborging. Zij wilden weten wat ik bedoel met mijn eerdere antwoord dat de NZa «de ruimte heeft zich een eigen oordeel te vormen».

Ik ben een voorstander van eenheid van taal. Dat geldt voor de begrippen bij marktwerking en ook bij de begrippen die een rol spelen bij kwaliteitsborging. Om de eenheid in uitleg van marktbegrippen te handhaven is de NZa opgedragen de uitleg te volgen van de toezichthouder die met het algemene mededingingstoezicht is belast, de NMa. Om de eenheid in uitleg van kwaliteitsborging van zorg te handhaven zal de NZa de uitleg volgen van de toezichthouder die ten algemene met toezicht op die kwaliteit is belast, de IGZ.

Met de zinsnede «de ruimte zich een eigen oordeel te vormen» heb ik het volgende bedoeld.

De NMa en de NZa hebben beide zelfstandige en onderscheiden taken waarbij een oordeel moet worden gevormd over het marktgedrag van partijen. Het is niet zo dat de NMa een finaal oordeel geeft over de taken die de NZa zijn opgedragen. Daar heeft de NZa dus de ruimte zich een eigen oordeel te vormen over marktgedrag van partijen, met inachtname van de uitleg van relevante begrippen zoals de NMa die hanteert.

De leden van de PvdA-fractie vroegen een paar concrete voorbeelden over hoe het zelfstandig oordeel van de NZa over kwaliteit zou uitvallen. Ook vroegen zij of ook de IGZ een dergelijke afweging maakt van kosten en waarde of dat zulks wordt overgelaten aan het oordeel van de behandelend arts.

Concrete voorbeelden zijn nu nog niet te geven. Naar mijn oordeel overigens dient de NZa heel terughoudend te zijn in eigen opvattingen over kwaliteit van zorg en over zaken als geavanceerde, nieuw ontwikkelde zorg en «evidence based» zorg. Een eigen oordeel van de NZa zal alleen aan de orde zijn ingeval van duidelijk ondoelmatige zorg; dat wil zeggen zorg met een aperte onredelijkheid in de prijs-kwaliteitverhouding. Een afweging van kwaliteit versus kosten is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de behandelaar in samenspraak met zijn patiënt. Het zwaartepunt van het werk van de IGZ is gelegen bij het toezicht op de kwaliteits- en veiligheidsrisico's die burgers niet zelf kunnen beoordelen of beïnvloeden.

De leden van de PvdA-fractie vroegen of de IGZ dan wel de NZa ingrijpt als zorgverzekeraars zorg inkopen die van dubieuze kwaliteit is. Zo ja, op welke wijze? Zo nee, waarom niet?

Het toezicht op de veiligheid en effectiviteit van de zorgverlening vindt primair plaats door de IGZ; dat toezicht grijpt aan bij de aanbieders van zorg. In de memorie van antwoord heb ik het geheel van kwaliteitswaarborgen nog eens beschreven (niveau van de opleidingen, het systeem van richtlijnen en protocollen, kwaliteitsindicatoren, de Wet BIG, de Kwaliteitswet zorginstellingen). Sluitstuk hiervan is het toezicht van de IGZ. Die kan bij zorgaanbieders ingrijpen als de kwaliteit tekort schiet. Het risico dat verzekeraars zorg van slechte kwaliteit contracteren is hierdoor al sterk beperkt. Ook is het zo dat als blijkt dat de ingekochte zorg van onvoldoende kwaliteit is een verzekeraar mogelijk niet aan zijn zorgplicht voldoet als hij daartegen geen acties onderneemt. Als de NZa veel van

dergelijke signalen van verzekerden via het meldpunt binnenkrijgt over een verzekeraar, dan blijft de NZa niet stilzitten en treedt in contact opnemen met de desbetreffende verzekeraar. De NZa kan zo'n verzekeraar in het uiterste geval een aanwijzing geven om aan zijn zorgplicht te voldoen. De NZa levert ook op meer indirecte, preventieve wijze een bijdrage. Zoals in antwoord op eerder vragen over kwaliteit is gezegd ligt de rol van de NZa vooral op het bevorderen van de transparantie in de informatie die verzekeraars moeten geven over de kwaliteit van de gecontracteerde zorg. Ten slotte: verzekeraars die zorg van slechte kwaliteit contracteren kunnen reputatieschade oplopen omdat dit soort gevallen, mede door klachten van verzekerden, gemakkelijk in de publiciteit komen.

De PvdA-fractieleden herinnerden aan mijn eerdere antwoord dat bundeling van taken bij de NZa noodzakelijk is om goed marktgedrag in de transitiefase naar marktwerking integraal te kunnen beoordelen. Zij vroegen waarom dit, gezien het belang van prijs en kwaliteit bij die beoordeling, niet geldt ten aanzien van het kwaliteitstoezicht door de IGZ. Zij wilden weten of dit is overwogen; zo ja, waarom dit is afgewezen en zo nee, waarom niet.

Kwaliteitstoezicht is niet alleen van belang in de transitiefase naar meer marktwerking. Het borgen van de kwaliteit van de zorg is een blijvend publiek belang. De wetgever heeft deze taak belegd bij de IGZ, als onderdeel van het Staatstoezicht Volksgezondheid. Het kabinet is van mening dat het kwaliteitstoezicht een specifiek karakter heeft. Het ligt voor de hand dat de IGZ ook in het nieuwe stelsel deze taak blijft uitvoeren. Ik heb in mijn brief van mei 2005 de hoofdlijnen van de toezichtstructuur in het vernieuwde zorgstelsel beschreven¹. Ik schetste daarin dat het kabinet twee zorgspecifieke toezichthouders voor ogen heeft, te weten de NZa (markttoezicht) en de IGZ (toezicht op de kwaliteit van de zorg). Er is niet overwogen het toezicht op de kwaliteit van de zorg (deels) bij de NZa te beleggen. Daarvoor is het te bijzonder van karakter. Zo voert de IGZ binnen het domein «volksgezondheid» inspectieprogramma's uit ten aanzien van algemene preventie en openbare gezondheidszorg, infectieziekten en rampengeneeskunde en psychosociale nazorg rampen. In het domein «patiëntenrechten» houdt de IGZ toezicht op forensische zorg en vrijheidsbeneming en -beperking. Het domein «kwaliteit en veiligheid van zorg» betreft systeem- en kwaliteitstoezicht op de aanbieders van zorg en op de daar werkzame beroepsbeoefenaren. Wat betreft het domein «kwaliteit en veiligheid van genees- en hulpmiddelen en andere producten» gaat het om toezichtprogramma's inzake de productie van geneesmiddelen en lichaamsmateriaal, toepassingsveiligheid geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Binnen al deze inspectieprogramma's oefent de IGZ het algemeen preventief toezicht uit, het thematisch toezicht, het interventietoezicht, de adviesfunctie, de wettelijke registratiefunctie en de afhandeling van meldingen en ernstige klachten. De invoering van het nieuwe zorgstelsel en de modernisering van de AWBZ verandert de positie van het kwaliteitstoezicht door de IGZ dus niet.

De leden van de PvdA-fractie vroegen meer duidelijkheid over de wijze waarop marktmacht in samenhang met kwaliteit zal worden beoordeeld. Is het denkbaar, zo vroegen zij, dat concentratie van bepaalde behandelvormen gewenst is, bijvoorbeeld bij kankerzorg.

De NZa let in haar toezicht op de publieke belangen waaronder de kwaliteit van zorg. Voor een oordeel over kwaliteit van zorg richt de NZa zich echter naar het oordeel van de IGZ. De bundeling van activiteiten kan bijdragen aan een betere kwaliteit van zorg. De NZa kan zo'n bundeling niet verplichten. Wel kan de NZa door monitoring en rapportages van best practices bestaande prijs-kwaliteitverschillen inzichtelijk maken zodat de

¹ Kamerstukken II, 29 689, nr. 7.

eventuele noodzaak tot bundeling transparant wordt voor verzekeraar en consument.

Indien een bundeling leidt tot een concentratie die beoordeeld moet worden door de NMa, dan kan de NZa een zienswijze afgeven aan de NMa. De NZa adviseert in deze zienswijze nadrukkelijk vanuit de gevolgen die een voorgenomen concentratie heeft voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.

De leden van de PvdA fractie vroegen hoe afspraken over samenwerking tussen aanbieders ten behoeve van kwaliteit worden beoordeeld.

Afspraken over samenwerking vallen in beginsel onder het toezicht dat de NMa uitvoert op grond van de Mededingingswet. De NMa stelt in haar Richtsnoeren Zorg over samenwerking op het gebied van kwaliteit het volgende. Collectief overleg over kwaliteitsbevordering levert in de zorgsector in het algemeen geen concurrentiebeperking op indien dit enkel tot doel heeft via objectieve en transparante criteria de verantwoordelijkheden en de bekwaamheden van de zorgaanbieders te verzekeren en het algemene kwaliteitsniveau te bevorderen. Derhalve zijn afspraken met betrekking tot kwaliteit zoals vastgelegd in standaarden en protocollen, nascholing, intercollegiale toetsing, technische aspecten van automatisering en objectieve (minimum)kwaliteitseisen niet aan te merken als mededingingsbeperkingen in de zin van artikel 6 van de Mededingingswet. Op het moment dat dergelijke overeenkomsten over kwaliteit worden gekoppeld aan andere overeenkomsten die niet direct met kwaliteit samenhangen, moeten deze aanvullende afspraken apart op hun verenigbaarheid met het kartelverbod worden getoetst.

De leden van de PvdA-fractie stelden enkele vragen over de al dan niet tijdelijkheid van de NZa.

Deze vragen heb ik gezamenlijk beantwoord met de vragen van de leden van de CDA-fractie over dit onderwerp.

De PvdA-fractieleden vroegen naar mijn visiedocument over de aansturing van de NZa. Zij wilden weten op welke wijze dit visiedocument de publieke belangen borgt en welke vrijheid de NZa heeft bij de invulling en uitwerking daarvan. Ook vroegen zij naar het verschil tussen het geven van aanwijzingen en ingrijpen en in welke situaties ik het een of het ander zal doen.

Ik heb de wijze waarop ik de NZa toezicht wil zien houden neergelegd in een algemene toezichtvisie voor de NZa. Kern daarvan is dat ik niet op alles direct en permanent toezicht wil laten houden, maar marktpartijen ruimte én het vertrouwen wil geven zodat zij die ruimte zelf kunnen invullen. De visie heb ik in september 2005 naar de NZa i.o. verzonden en betrokken bij de beoordeling van de werkprogramma's 2006 van het CTG en CTZ. De NZa betreft mijn toezichtvisie bij haar toezichtbeleid. Het geven van aanwijzingen betekent in de meeste gevallen hetzelfde als ingrijpen bij de NZa. Er is echter wel verschil in toepassing van de aanwijzing. Over de werkwijze en uitoefening van taken van de NZa kan ik een algemene aanwijzing geven, maar ik beschouw dit als een uiterste middel. De algemene aanwijzing met betrekking tot beleidsinhoudelijke zaken zal ik vaker toepassen. Ik wijs er nogmaals op dat deze aanwijzingen aan de NZa nooit kunnen gaan over een individuele zorgaanbieder, verzekeraar of consument. Ten slotte is er een categorie van verplichte aanwijzingen. Dit betreft aanwijzingen voor beleidsregels van de NZa die leiden tot verandering van tariefregime (tariefregulering naar vrije tarieven of omgekeerd), verandering van tariefsoort en het aanwijzen van experimenten.

Strikt genomen is hier ook sprake van ingrijpen, maar ik beschouw dergelijke aanwijzingen meer als reguliere opdrachten.

De leden van de PvdA-fractie refereerden aan mijn uitspraken over het volgen van de markt voor aanvullende verzekeringen. Zij vroegen op welke wijze dat gebeurt, wanneer sprake is van belemmeringen voor de basisverzekering en wat ik dan ga doen.

Een belangrijk publiek belang is gelijke toegang voor iedereen tot de basisverzekering en de mogelijkheid jaarlijks van verzekeraar te wisselen. Dat zou belemmerd kunnen worden wanneer de verzekeraar bij de beëindiging van de zorgverzekering ook de aanvullende verzekering zou beëindigen. Daarom bepaalt de Zvw dat de aanvullende verzekering van de zijde van de verzekeraar niet mag worden opgezegd ingeval de verzekerde voor zijn zorgverzekering van zorgverzekeraar wisselt. Op de naleving van deze bepaling ziet de NZa toe.

Los van dit aspect is op voorhand moeilijk aan te geven hoe de markt voor aanvullende verzekeringen de zorgverzekeringsmarkt kan verstoren. Ik wil echter ook niet uitsluiten dat het zou kunnen optreden, bijvoorbeeld bij bepaalde vormen van koppelverkoop. Ik wil daarover echter niet speculeren en eerst eventuele signalen afwachten uit de monitorrapportages van de NZa. Mijn reactie zal ik laten afhangen van deze signalen.

De leden van de PvdA-fractie vroegen een nadere toelichting op de wijze waarop de interne klachtenprocedures worden betrokken bij de uitvoering van het amendement-Omtzigt inzake de stroomlijning van formulieren.

Het genoemde amendement voorziet niet in een relatie tussen de klachtprocedure over formulieren bij de NZa en de interne klachtenprocedures van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. Voor aanbieders wordt een klachtenprocedure voorgeschreven in de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Voor de zorgverzekeraars als bedoeld in de Zvw en voor de aanvullende verzekeringen gelden weer andere klachtenregelingen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H. Hoogervorst