



de voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk MEVAMESO2433996	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
Onderwerp <u>Oprichting Zorgautoriteit</u>		Bijlage(n) 1	Uw brief

## 1. Introductie

Het kabinet streeft naar een beheerste invoering van gereguleerde marktwerking in de zorg. Voor het normaliseren van de marktverhoudingen is adequaat toezicht van groot belang. In de Beleidsagenda 2004 van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (VWS) is in dit verband aangekondigd dat in 2004 met de opbouw van een Zorgautoriteit wordt gestart.

Hierbij informeer ik u nader over de oprichting van deze Zorgautoriteit, over de vraag hoe deze autoriteit zich verhoudt tot de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en over de vraag waarom de introductie van een Zorgautoriteit een noodzakelijk onderdeel is van de veranderingen die we in het zorgstelsel aanbrengen. Paragraaf 7 van deze brief geeft een chronologisch overzicht van de inhoudelijke en institutionele veranderingen rond College Tarieven Gezondheidszorg (CTG), Zorgautoriteit en NMa.

In de kern komt het er op neer dat in de zorgsector, zowel in de transitiefase als op de langere termijn, in aanvulling op het mededingingstoezicht door de NMa, sectorspecifiek prijstoezicht en prijsregulering nodig is. Sectorspecifiek prijstoezicht en prijsregulering zijn van belang om de gereguleerde marktwerking in de zorg goed te laten verlopen en om de prijzen te reguleren in die deelmarkten waar ook op langere termijn volledige concurrentie met vrije prijsvorming niet mogelijk zal zijn. De komende jaren worden die aanvullende activiteiten nog niet uitgeoefend door de NMa zelf, maar door een zelfstandige sectorspecifieke Zorgautoriteit. Dit omdat de markten in de zorg nog op gang moeten komen. Om te voorkomen dat marktpartijen met meer toezichthouders te maken krijgen dan nu het geval is, is door het kabinet besloten dat het CTG opgaat in de Zorgautoriteit. Tijdens de ontwikkeling van het nieuwe stelsel wordt het instrumentarium voor de Zorgautoriteit opgebouwd en wordt het CTG/Zorgautoriteit in oprichting al actief. De minister van VWS zal blijven bepalen op welke markten welke vrijheden mogelijk zijn en bepaalt de speelruimte van het CTG/Zorgautoriteit in oprichting op de verschillende typen markten.

## **2. Veranderende sturingsfilosofie in de zorg**

De coalitiepartijen hebben in het hoofdlijnenakkoord de invoering van een standaardverzekering voor curatieve zorg per 1 januari 2006 neergelegd. Deze nieuwe verzekering is een belangrijk onderdeel van de herziening van het zorgstelsel in Nederland. Het huidige, grotendeels aanbodgestuurde, zorgstelsel zal zo snel als verantwoord overgaan naar gereguleerde marktwerking, waar vraagsturing uitgangspunt is. De kern van het nieuwe zorgstelsel is dat - waar mogelijk - marktprikkels worden geïntroduceerd om de publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg) te realiseren.

Het laten ontstaan van meer concurrentie in de zorg vergt een ontwikkelingsproces. Binnen de care en de curatieve zorg zijn verschillende deelmarkten te onderscheiden. De wijze waarop de overheid deze deelmarkten in de toekomst aan- of bijstuurt, verschilt per deelmarkt. In sommige deelmarkten zal veel ruimte voor eigen verantwoordelijkheid en initiatief van marktpartijen kunnen worden gegeven, in andere deelmarkten in veel mindere mate. Bepalend voor de keuze hoeveel ruimte op een concrete deelmarkt kan worden gegeven is of de situatie op die deelmarkt voldoende vertrouwen geeft dat met passende prijsregulering en bijbehorend toezicht de publieke belangen door de marktpartijen zelf worden gerealiseerd. In dit speelveld van diverse partijen blijft de minister van VWS altijd verantwoordelijk voor de mate en vorm van regulering in de zorg. Voor deze systeemverantwoordelijkheid heeft de minister van VWS een adequaat instrumentarium aan regulering én toezicht nodig. De Zorgautoriteit is één van de noodzakelijke bouwstenen in de vernieuwing van het zorgstelsel.

## **3. Andere sturing, andere regulering en toezicht**

De huidige prijsregulering en het huidige bijbehorend toezicht zijn ingericht op aanbodsturing. Een stelsel met gereguleerde marktwerking stelt echter andere eisen aan de regulering en aan het toezicht dan een aanbodgestuurd stelsel.

In het nieuwe stelsel staat een sterkere rol van de vragers (verzekeraars en verzekerden) voorop. Verzekeraars kopen zorg in naar de behoefte van hun verzekerden en streven naar zo hoog mogelijke 'value for money'. In de huidige situatie zijn verzekeraars echter verplicht aan alle zorg aanbiedende instellingen contracten aan te bieden (de zogenaamde contracteerplicht). Een dergelijke bepaling is belemmerend voor een goede zorginkoop door verzekeraars. Verplichte contracten prikkelen aanbieders immers niet om zorg te leveren met een zo hoog mogelijke prijs-kwaliteitsverhouding. Het ingediende wetsvoorstel voor herziening van het overeenkomstenstelsel heeft onder meer tot doel deze contracteerplicht te kunnen opheffen.

Hierbij past ook dat de inkomsten van instellingen in sterkere mate afhankelijk worden van de geleverde zorg. De gefaseerde invoering van Diagnose Behandel Combinaties in de ziekenhuizen en de stapsgewijze invoering van functiegerichte bekostiging in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) dragen daar aan bij.

Voor goed werkende markten is tevens van belang dat nieuwe aanbieders relatief eenvoudig kunnen toetreden. Deze toetredingsmogelijkheden vormen een prikkel voor bestaande instellingen om goed te presteren en te innoveren. Om deze toetreding te vergemakkelijken is herziening van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) van belang. Overigens mag ook in

de toekomst niet iedereen zomaar elke vorm van zorg leveren. Ook voor nieuwe aanbieders geldt dat zij moeten voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen.

Een andere belangrijke bouwsteen van een stelsel met gereguleerde marktwerking is de herziene Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Verzekeraars moeten de ruimte krijgen met verschillende aanbieders onder verschillende voorwaarden contracten te sluiten. In de transitiefase en op markten met schaarste van het aanbod en/ of grote machtsconcentraties aan de aanbodkant, zijn volledig vrije prijzen niet altijd wenselijk. De toegankelijkheid van de zorg kan dan in het gedrang komen of bestaande aanbieders kunnen nieuwe aanbieders uit de markt drukken door de prijzen kunstmatig laag te stellen (bijvoorbeeld door kruissubsidiëring). Prijsregulering, maar ook prijstoezicht is en blijft – met meer marktconforme prikkels – van belang in het nieuwe zorgstelsel, net zoals dat het geval is in andere sectoren met gereguleerde marktwerking zoals de telecomsector en de energiesector. De (herziene) WTG (WTG ExPres) biedt naar de huidige inzichten voldoende mogelijkheden voor vernieuwende vormen van prijsregulering en toezicht in de komende jaren. In een volgende herziening van de WTG kan het instrumentarium zonodig verder worden uitgebreid. In de volgende paragraaf van deze brief wordt ingegaan op de prijsregulering en het bijbehorende toezicht in het nieuwe stelsel.

#### **4. Toezicht op en regulering van de marktverhoudingen: wat is nodig?**

Bovenstaande aanpassingen van de wet- en regelgeving zijn noodzakelijk om de gewenste gereguleerde marktwerking in de zorg te realiseren. Deze aanpassingen zijn echter niet voldoende. In het hoofdlijnenakkoord is neergelegd dat normalisering van de marktverhoudingen in diverse deelmarkten wordt bevorderd, met de NMa als toezichthouder. De NMa ziet - op grond van de Mededingingswet - toe op gedragingen van partijen die het marktproces kunnen verstoren. Onderlinge prijsafspraken door aanbieders of verzekeraars, afspraken over de verdeling van markten of misbruik van een economische machtspositie vinden begrenzing in de Mededingingswet. Echter, in de meeste delen van de zorg waar marktprikkels worden ingevoerd, zullen markten zich moeten ontwikkelen. Dat gaat niet vanzelf. Vandaar dat in de aankomende jaren, de transitiefase, behoefte bestaat aan *aanvullend* sectorspecifiek toezicht gericht op het begeleiden van de introductie van marktprikkels en het op gang krijgen van markten. Ook op langere termijn zal behoefte zijn aan een sectorspecifieke toezichthouder, omdat effectieve concurrentie met vrije prijsvorming niet op alle deelmarkten in de zorg mogelijk zal zijn.

Concreet gaat het om de volgende twee clusters van activiteiten:

1. Op markten waar de prijzen al in meer of mindere mate zijn vrijgegeven:

Het monitoren en analyseren van de prijsontwikkeling en achterliggend marktgedrag en het zo nodig ingrijpen of de minister van VWS adviseren in te grijpen in de marktstructuur.

Het gaat dan bijvoorbeeld om de in juli 2004 vrij te geven Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in de ziekenhuiszorg. Op die terreinen moet de prijsontwikkeling gevolgd worden, zowel in de tijd als tussen aanbieders onderling. Bij het volgen van de prijsontwikkeling vragen de aard (generiek/gedifferentieerd, permanent/tijdelijk) en de oorzaken van de prijsontwikkeling (gaat het om acceptabele kosten- of kwaliteitsontwikkelingen of niet) aandacht. In het geval zich knelpunten voordoen kan – afhankelijk van het type knelpunt – de sectorspecifieke

toezichthouder zelf interveniëren dan wel het kabinet adviseren in te grijpen. Het interveniëren door de toezichthouder kan onder meer bestaan uit het vergroten van de transparantie over prestatie- en prijsverschillen tussen aanbieders of het opstellen van richtlijnen voor het onderhandelingsproces. Het gaat dan bijvoorbeeld om het voorschrijven van regels over welke kosten op welke wijze aan de prijzen moeten worden toegerekend om oneerlijke concurrentie door kruissubsidiëring tussen verschillende deelmarkten tegen te gaan. Dit speelt met name tussen markten met vrije prijsvorming en markten met vaste prijzen én tussen markten met vaste prijzen onderling. Het geven van adviezen aan de minister kan bijvoorbeeld betrekking hebben op (het aanraden tot wegnemen van onnodige) wettelijke toetredingsbelemmeringen of het introduceren van nieuwe prikkels in reeds vrijgegeven deelmarkten op het gebied van de zorgverlening, of in andere segmenten van de zorg, zoals de zorgverzekeringsmarkt.

2. Op markten waar de prijsvorming (nog) niet aan de markt wordt overgelaten:

Het concreet vormgeven van nieuwe prijs- en daaraan gerelateerde gedragsregulering op basis van het wettelijk instrumentarium, zoals de herziene WTG.

Hierbij gaat het onder andere om het zodanig toepassen van de prijsregulering dat – hoewel prijsconcurrentie op de markt (nog) niet mogelijk is – prikkels worden gegeven gericht op een betere prijs/kwaliteitsverhouding van de zorg. Dit betreft een breed palet aan tariefinstrumenten. Centraal bij deze instrumenten staat dat aanbieders, via de tarief- of budgetstructuur, individueel worden geprikkeld op basis van hun relatieve efficiëntie ten opzichte van andere aanbieders. Efficiënte aanbieders kunnen bijvoorbeeld (extra) worden beloond voor hun gedrag via een opslag op de tarieven/budgetten en/of inefficiënte aanbieders kunnen worden gekort. Ook kan worden gedacht aan sancties in de richting van managers of bestuurders. Voor de meting van de efficiëntie kan gebruik worden gemaakt van verschillende typen benchmarkmethodes, zoals 'management benchmarkmethodes' of 'operational researchmethodes'. Managementbenchmarks geven een beeld van de kosten die gemaakt worden voor het uitvoeren van bepaalde taken in het productieproces (denk bijvoorbeeld aan het aantal specialistenuren per 1000 operaties in een bepaald specialisme). Dergelijke methodes geven informatie op een laag detailniveau van het productieproces en kunnen ook gebruikt worden voor het toekennen van interne budgetten en het berekenen van tarieven. Andere, meer geavanceerde, benchmarks kunnen een beeld geven van de *totale* efficiëntie van het productieproces van een onderneming in vergelijking met best-practices in dezelfde sectoren. Deze methodes doen meer recht aan de vele dimensies die verreweg de meeste productieprocessen in de praktijk hebben (multi-input/multi-output). Dit type 'operational researchmethoden' wordt ook gebruikt in andere sectoren met gereguleerde marktwerking zoals de electriciteitssector en gasector om de budgetten en prijzen van instellingen mee vast te stellen op een prestatie-gerelateerde wijze. In een aantal landen om ons heen vindt ook toepassing van dit soort efficiëntie-analyse plaats in de gezondheidszorg.

De invulling van nieuwe manieren van prijsregulering die onder het tweede punt staan vermeld, zullen uiteindelijk de klassieke prijsregulering op basis van de huidige WTG vervangen. De prijsregulering is op dit moment het werkterrein van het College tarieven

gezondheidszorg (CTG). In de volgende paragraaf van de brief wordt ingegaan op de vraag hoe het toezicht op de marktverhoudingen in de komende jaren wordt vormgegeven.

##### **5. Toezicht op en regulering van de marktverhoudingen: hoe vormgeven?**

Bovengenoemde clusters van activiteiten vragen een andere invalshoek van werken met het wettelijk instrumentarium dan die welke het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) tot op heden toepast. Marktpartijen krijgen stapsgewijs meer ruimte voor het nemen van eigen verantwoordelijkheid en initiatief. Dit leidt ertoe dat het aanbod van zorg meer wordt gericht op de wensen van de patiënt. Het toezicht zal zich niet zozeer richten op de exacte vormgeving van het onderhandelingsproces, maar zal zich richten op de uitkomsten daarvan, op het stellen van de juiste randvoorwaarden, het geven van de juiste prikkels aan marktpartijen en op het analyseren van de ontwikkeling van de marktverhoudingen. Het toezicht houden op de uitkomsten is een bredere taak dan het vaststellen of anderszins reguleren van prijzen. Het voorgestane aanvullende sectorspecifieke toezicht vergt derhalve een andere invalshoek en een bredere deskundigheid.

###### *Transitiefase: de Zorgautoriteit*

Het spreekt vanzelf dat de sectorspecifieke toezichthouder krachtig moet zijn en goed toegerust voor de nieuwe taken. Marktpartijen in de zorg hebben nu al te maken met verschillende toezichthouders. Het kabinet wil het aantal toezichthouders niet verder laten toenemen. Het kabinet heeft veel waardering voor de wijze waarop het CTG zijn taken uitoefent. Bovendien beschikt het CTG over een schat aan kennis en ervaring op het gebied van prijsregulering in de zorg. Deze kennis en ervaring blijven ook de komende jaren van groot belang voor een goed functioneren van het zorgstelsel. Daarom heeft het kabinet besloten dat het CTG opgaat in de nieuwe sectorspecifieke toezichthouder, de Zorgautoriteit. De rol van de Zorgautoriteit is echter een wezenlijk andere dan die van het huidige CTG. Om die reden wordt al per 1 januari aanstaande ter voorbereiding van de nieuwe activiteiten een projecteenheid bij het CTG geplaatst. Om de gedachten te bepalen: het gaat om een eenheid bij de start bestaande uit circa 10 fte, uitgroeiend tot wellicht circa 15 fte ultimo 2004/begin 2005.

Zo snel mogelijk wordt – rekening houdend met de nieuwe activiteiten – een vernieuwd bestuur van het CTG benoemd. Dit bestuur krijgt de opdracht alle noodzakelijke voorbereidingen te treffen voor een goede start van de Zorgautoriteit in 2006 en tevens de huidige taken in het kader van de WTG uit te blijven voeren. Dit is nodig omdat ook de huidige taken van het CTG in de komende jaren van groot belang blijven voor het functioneren van het zorgstelsel. Onderdeel van de opdracht aan het nieuwe bestuur is het realiseren van een cultuuromslag binnen zijn organisatie. Die cultuuromslag heeft te maken met de veranderende rol van de organisatie in een stelsel dat steeds meer vraaggeoriënteerd wordt. Het nieuwe bestuur zal de CTG-organisatie zodanig moeten aanpassen dat deze is toegerust voor zowel de vernieuwende activiteiten als de lopende CTG-taken. Dit vraagt aanpassingen in de organisatie, werkwijze en cultuur. Om uiting te geven aan deze verandingslag wordt de werktitel 'CTG/Zorgautoriteit in oprichting' gebruikt. Het CTG-bestuur handelt – net als thans het geval is – in deze periode op basis van de (herziene) WTG.

Door de lopende activiteiten van het CTG en de vernieuwende activiteiten in één hand te leggen, meent het kabinet dat maximale synergie kan worden verkregen tussen de nu bij het

CTG aanwezige kennis en de opbouw van nieuwe deskundigheid ten behoeve van de activiteiten van de Zorgautoriteit in de toekomst. Daarmee wordt ook voorkomen dat onduidelijkheid gaat ontstaan over activiteiten en verantwoordelijkheden van de Zorgautoriteit in relatie met het CTG tijdens de transitieperiode.

De voorbereiding van de Zorgautoriteit start aldus per 1 januari aanstaande. Het CTG/Zorgautoriteit in oprichting zal al voorafgaande aan de invoering van de standaardverzekering in 2006 actief zijn op markten waar de prijzen in meer of mindere mate worden vrijgegeven, zoals bij de vrij te geven Diagnose Behandel Combinaties in de ziekenhuissector medio 2004. In 2006, als de benodigde instrumenten volledig beschikbaar zijn en de organisatie is voorbereid voor de nieuwe taken, verandert het CTG/Zorgautoriteit in oprichting in de Zorgautoriteit.

De rol van de Zorgautoriteit is voor een groot deel vergelijkbaar met die van de OPTA in de telecommarkt. Op die markt spelen ook publieke belangen als toegankelijke, betaalbare, kwalitatief hoogwaardige en veilige telecomdiensten. De OPTA gebruikt een scala aan prijsinstrumenten om bijvoorbeeld te voorkomen dat een machtige marktpartij nieuwkomers uit de markt kan drukken. Ook op deze markt is gekozen voor een tijdelijke sectorspecifieke toezichthouder, die op een later moment zal invaren in de NMa.

#### *Eindfase: integratie Zorgautoriteit in NMa*

De Zorgautoriteit is in beginsel slechts tijdelijk een zelfstandige organisatie. Het kabinet is van mening dat in de eindsituatie het algemene mededingingstoezicht en de uitvoering van sectorspecifieke prijs- en gedragsregulering dienen te worden geïntegreerd binnen de NMa. De NMa heeft ook sectorspecifieke taken op het gebied van energie en openbaar vervoer. Voor deze sectoren kent de NMa sectorspecifieke kamers (DTe respectievelijk Vervoerskamer). Ook zal de OPTA naar verwachting samengaan met de NMa. Het streven is in 2008, of zoveel eerder als mogelijk is, de sectorspecifieke toezichthouder bij de NMa onder te brengen, bij voorkeur in de vorm van een 'zorgkamer' bij de NMa. Overigens betekent het integreren in de NMa niet dat de prijzen in de zorg dan volledig worden vrijgegeven.

Totdat deze integratie plaats heeft gevonden dienen – zoals ook in het hoofdlijnenakkoord aangegeven – het CTG/Zorgautoriteit in oprichting, respectievelijk de latere Zorgautoriteit en de NMa, het uitvoeren van de hen opgedragen activiteiten goed af te stemmen. De mogelijkheid tot wederzijdse gegevens-uitwisseling zal dan ook expliciet in de wet worden verankerd.

#### *Afstand en verantwoordelijkheidsverdeling CTG/Zorgautoriteit in oprichting en minister van VWS*

De minister van VWS bepaalt welke vrijheden mogelijk zijn op concrete zorgmarkten en bepaalt het instrumentarium, en daarmee de speelruimte, van het CTG/Zorgautoriteit in oprichting op verschillende typen markten. De minister van VWS heeft op verschillende manieren invloed op het CTG/Zorgautoriteit in oprichting, onder andere door middel van de goed of afkeuring van beleidsregels, het jaarlijkse werkprogramma en niet in de laatste plaats de taakopdracht van het nieuwe bestuur. VWS kan altijd nog – als ultimum remedium – het CTG/Zorgautoriteit in oprichting een aanwijzing geven.

De afstand tussen het CTG/Zorgautoriteit in oprichting en de minister van VWS zal in de komende jaren aan verandering onderhevig zijn. Op langere termijn zal de Zorgautoriteit op grotere afstand komen van VWS, maar op de korte termijn zal deze afstand juist kleiner worden om een goede afstemming tussen beleidsontwikkeling en beleidsuitvoering te waarborgen in de komende periode van forse veranderingen daarin, en de integratie bij de NMa goed voor te bereiden. Dit rekening houdend met de Aanwijzingen voor de regelgeving aangaande zelfstandige bestuursorganen.

De verantwoordelijkheden van het CTG/Zorgautoriteit in oprichting en de latere Zorgautoriteit en de minister van VWS verschillen per type deelmarkt. De Zorgautoriteit zal op deelmarkten waar de prijsvorming door VWS in meer of mindere mate is overgelaten aan marktpartijen zelfstandige bevoegdheden krijgen om gebruik te maken van het haar ter beschikking staande instrumentarium. Het CTG/Zorgautoriteit in oprichting en de latere Zorgautoriteit moet de prijsontwikkeling op deze deelmarkten monitoren en zo nodig kunnen ingrijpen door gedragsregels voor te schrijven ter stimulering van marktconform gedrag en ter voorkoming van concurrentievervalsing. De Zorgautoriteit zal in een dergelijk geval niet eerst instemming hoeven te vragen van de minister, op die manier zou zij immers haar taak als onafhankelijke toezichthouder niet kunnen waarmaken. Als het gaat om gewenste aanpassingen die buiten het werkterrein van de Zorgautoriteit liggen, zal vanzelfsprekend alleen de minister van VWS tot dergelijke aanpassingen kunnen besluiten, al dan niet dan niet op advies van de Zorgautoriteit.

Tot de volgende herziening van de WTG, dus tot 2006, zal het CTG/Zorgautoriteit in oprichting wel zijn beleidsregels ter goedkeuring moeten blijven voorleggen aan de minister van VWS.

De keuze van deelmarkten waar in meer of mindere mate vrije prijsvorming kan plaatsvinden is aan de minister van VWS. Wel kan het CTG/Zorgautoriteit in oprichting de minister hierin advies geven door middel van bijvoorbeeld signaleringen. De minister zal – ook op de deelmarkten waar in meer of mindere mate vrije prijsvorming plaatsvindt – verantwoordelijk blijven voor de ‘infrastructuur’ van deze markten (regelgeving over toelating van aanbieders, kwaliteit, opleidingsbeleid etcetera). De verantwoordelijkheidsverdeling tussen VWS en het CTG/Zorgautoriteit in oprichting en de latere Zorgautoriteit verschilt dus afhankelijk van de hoeveelheid vrijheidsgraden die geïntroduceerd zijn op de desbetreffende deelmarkt. Als in de loop van de tijd op steeds meer markten marktpartijen grotere vrijheid en verantwoordelijkheid krijgen, zal de rol van de minister van VWS zich meer concentreren op het creëren van de randvoorwaarden waarbinnen de marktpartijen zich bewegen.

## **6. De opbouw van de Zorgautoriteit vanaf 2004**

Vanaf het aantreden van het nieuwe bestuur houdt het CTG/Zorgautoriteit in oprichting zich bezig met de volgende activiteiten:

1. de bestaande ‘klassieke’ activiteiten in het kader van de uitvoering van de tarievenwetgeving, de (herziene) WTG;
2. het concreet vormgeven van nieuwe prijs- en daaraan gerelateerde gedragsregulering op basis van het wettelijk instrumentarium zoals de (herziene) WTG op markten waar de prijsvorming (nog) niet aan de markt wordt overgelaten;

3. monitoren en analyseren van de prijs- en marktontwikkeling en zo nodig ingrijpen of de minister van VWS adviseren in te grijpen op markten waar de prijzen al in meer of mindere mate zijn vrijgegeven.

Door deze drie activiteiten in één hand te geven, ontstaat een toezichthouder/regulator die het ingroeimodel van aanbodsturing naar gereguleerde marktwerking in de zorg goed kan begeleiden en ook kan stimuleren. De nieuwe manieren van prijsregulering die onder het tweede punt staan vermeld, zullen steeds vaker in de plaats komen van de klassieke wijze van prijsregulering. Dit maakt deze markten vervolgens eerder gereed voor meer/grotere vrijheden, ofwel voor het in meer of mindere mate vrijgeven van de prijzen. Het aanvullende sectorspecifieke toezicht op het marktgedrag in deze geliberaliseerde markten valt onder de derde activiteit van het CTG/Zorgautoriteit in oprichting.

De verdere opbouw van een Zorgautoriteit zal de nodige inspanningen vergen. De komende jaren moeten worden benut om het toezichtsinstrumentarium op de verschillende deelmarkten in de zorg verder vorm te geven. Daarbij gaat het om de volgende invalshoeken:

- de inhoudelijke, dit betreft de verschillende aspecten van mogelijk marktfalen waarop de Zorgautoriteit toezicht moet houden;
- de werkwijze van het toezichtorgaan, dit betreft de betrokkenheid van veldpartijen bij het prijstoezicht en de bestuurlijke verhouding tussen minister en Zorgautoriteit;
- de juridische aspecten, dit betreft de wijze waarop het wettelijk instrumentarium concreet wordt vormgegeven bij de toepassing. Speciaal aandacht vraagt daarin de verhouding met het huidige prijsbeleid op basis van de WTG.

Over de betrokkenheid van veldpartijen wil ik het volgende toelichten. Het kabinet acht het in het licht van de nieuwe taken van belang dat de huidige werkwijze van het CTG wordt gemoderniseerd. Geïnstitutionaliseerde advisering door belangenorganisaties past niet in de huidige tijd en ook niet bij de rol van een Zorgautoriteit. Een verschuiving van consultatie van brancheorganisaties naar consultatie van deskundigen is dringend gewenst. Dat sluit overigens niet uit dat marktpartijen (gericht) om een reactie wordt gevraagd, zoals bijvoorbeeld de NMa dat doet met consultatiedocumenten. Deze wijziging komt neer op een andere invulling van artikel 3:2 van de Algemene wet bestuursrecht. Dat artikel verplicht een bestuursorgaan voorafgaand aan het nemen van een besluit de nodige kennis omtrent relevante feiten en belangen te vergaren. Het kabinet heeft het bestuur van de CTG gevraagd hiertoe voorstellen voor te bereiden.

Naast de wijziging van de WTG in 2004, zal vervolg wetgeving nodig zijn om het instrumentarium van de Zorgautoriteit te regelen. Het streven is per 1 januari 2006 de Zorgautoriteit volledig te hebben geëquipeerd. Naar verwachting zal dan ook de standaardverzekering in werking treden.

VWS

**7. Een overzicht van de veranderingen**

Wanneer	Wat	Waarom/hoe
1-1-2004	Projecteenheid gaat van start, geplaatst bij CTG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herkenbare eenheid voor vernieuwende taken, eerst onder verantwoordelijkheid van VWS</li> <li>• Start intensievere afstemming NMa</li> </ul>
1-04-2004	Vernieuwd bestuur CTG/ZA i.o.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taakopdracht: voorbereiden Zorgautoriteit én huidige CTG taken</li> <li>• Projecteenheid onder verantwoordelijkheid bestuur CTG/Zorgautoriteit in oprichting</li> </ul>
1-7-2004	Herziene WTG in werking	CTG/Zorgautoriteit i.o. krijgt meer instrumenten voor toezicht. O.a. mogelijkheid eisen te stellen aan administratie van instellingen en gedragsregels voor te schrijven ter stimulering van marktconform gedrag (bijv. om kruissubsidiëring tegen te gaan).
1-7-2004	Vrije prijsvorming deel ziekenhuissector (DBC's)	CTG/Zorgautoriteit i.o. gaat prijzen monitoren en zo nodig ingrijpen/geeft VWS advies in te grijpen
1-1-2006	Zorgautoriteit gaat volledig toegerust van start	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wet op de Zorgautoriteit</li> <li>• Verder uitrusten van de Zorgautoriteit met het benodigde wettelijk instrumentarium gereed (vervolg herziening WTG)</li> </ul>
1-1-2006	Invoering standaardverzekering	Zorgverzekeringswet
2008	Zorgautoriteit gaat op in NMa	In één hand brengen van markttoezicht en prijsregulering in de zorg

**8. Tot slot**

De in deze brief beschreven omvorming van het huidige prijstoezicht en -instrumentarium naar een breder instrumentarium van markttoezicht en een flexibeler en op efficiency gericht prijsinstrumentarium is gericht op het vergroten van de ruimte en verantwoordelijkheden van individuele partijen in het zorgveld. Tegelijkertijd worden de mogelijkheden tot bijsturing van de uitkomsten van het marktproces vergroot.

De gereguleerde marktwerking is van cruciaal belang voor een houdbaar zorgstelsel waarin de publieke belangen als toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg worden geborgd. Deze stelselherziening leidt tot een herbezinning op positie van de toezichthoudende zelfstandige bestuursorganen in de zorg. In deze brief is uiteengezet hoe het kabinet de positie van het huidige College tarieven gezondheidszorg en die van de toekomstige Zorgautoriteit in het nieuwe stelsel voor zich ziet.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

10

Kenmerk

MEVAMESO2433996

Ter informatie ontvangt u bijgaand ook de brief aan de voorzitter van het bestuur van het CTG. Een afschrift van deze brief is verzonden aan het bestuur van het CTG en de NMa.

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst

drs. Clémence Ross-van Dorp