

Vergaderjaar 2008–2009

**24 036**

## **Marktwerving, deregulering en wetgevingskwaliteit**

**Nr. 363**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN ECONOMISCHE ZAKEN**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 maart 2009

Met het aannemen van de motie Vendrik<sup>1</sup> heeft uw Kamer mij en de minister van VWS verzocht de Markteffectentoets toe te passen op de uitbreiding van het B-segment per 2009. Zoals eerder verwoord in mijn brief van 18 september jl. ben ik van mening dat de motie materieel reeds is uitgevoerd.<sup>2</sup> In deze brief licht ik, mede namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), dit standpunt inhoudelijk nader toe.

#### **Doel van de markteffectentoets**

Vanaf september 2008 past het kabinet een markteffectentoets toe op Wetsvoorstellen en Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvB's). Daarmee beoogt het kabinet bij elk wetsvoorstel en elke AMvB die een wezenlijke structurering of herstructurering van een markt tot gevolg heeft, een goed onderbouwde analyse te maken van de te verwachten effecten van dit marktwerkingsbeleid. In het verleden werd een dergelijke onderbouwing niet op structurele basis gemaakt. De vragen die de markt-effectentoets als onderdeel van de bedrijfseffectentoets stelt zijn:

- a. Waarom wordt gekozen voor beleid dat aangrijpt bij de werking van de markt? Wat zijn de einddoelen waaraan de veranderde marktwerking zal bijdragen?
- b. Beschrijf de huidige marktstructuur en gedrag van marktpartijen en de veranderde werking van de markt.
- c. Hoe werkt de veranderde werking van de markt door op:
  - de kwaliteit van de dienst;
  - de toegankelijkheid van de dienst;
  - de doelmatigheid van de dienst.
- d. Hoe werkt de veranderde werking van de markt door voor:
  - de werkgelegenheid;
  - de arbeidsvoorwaarden.

Met de motie Vendrik vraagt uw Kamer naar een goede onderbouwing van de te verwachten effecten van het besluit van de minister van VWS om per 2009 het vrije B-segment in de ziekenhuiszorg uit te breiden naar

<sup>1</sup> TK, 2007–2008, 24 036, nr. 353.

<sup>2</sup> TK, 2008–2009, 24 036, nr. 356.

maximaal 34%. Daarmee deelt de Tweede Kamer het belang dat ik hecht aan een goede ex ante beschrijving van de verwachte effecten van het beleid en ik onderschrijf de strekking van de motie dan ook van harte.

### **Afwegingen bij uitbreiding B-segment**

Eerder is uw Kamer reeds geïnformeerd over de afwegingen die ten grondslag liggen aan het besluit ter uitbreiding van het B-segment per 2009.<sup>1</sup> Dit besluit is onderdeel van de totale beleidslijn om in de ziekenhuiszorg het systeem van aanbodsturing te vervangen door gereguleerde concurrentie. De basis voor gereguleerde concurrentie in de zorg is gelegd in onder andere de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG). Eerdere besluiten van de minister van VWS, waaronder de invoering (2005) en de uitbreiding (2008) van het B-segment, zijn eerste stappen in de uitwerking van deze beleidslijn. De verwachte effecten van gereguleerde concurrentie die beschreven zijn in de Memories van Toelichting bij de Zvw en WMG en de afwegingen die ten grondslag liggen aan de besluiten om het B-segment uit te breiden (die grotendeels zijn gebaseerd op de analyses van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)) komen naar mijn mening samen materieel neer op het uitvoeren van een markteffectentoets. Voor de volledigheid loop ik in deze brief kort de gemaakte afwegingen aan de hand van de vragen van de markteffectentoets langs.

*Waarom wordt gekozen voor beleid dat aangrijpt bij de werking van de markt? Wat zijn de einddoelen waaraan de veranderde marktwerking zal bijdragen?*

Onder andere in de Memorie van Toelichting van de WMG<sup>2</sup> is aangegeven waarom gekozen is voor beleid dat aangrijpt bij de werking van de markt: *«De decennialange centrale aanbodsturing van de gezondheidszorg heeft ervoor gezorgd dat aanbieders en verzekeraars hun ogen voortdurend richten op de overheid. Daar komt immers het (on)heil vandaan. Het is tekenend dat het kunnen beïnvloeden van «de politiek» voor zowel aanbieders als verzekeraars een reden blijkt om te fuseren of aan schaalvergroting te doen. Dat moet anders. Aanbieders en verzekeraars moeten gestimuleerd worden om hun klanten zo goed mogelijk te bedienen; zij moeten als het ware achter de klanten aan. Het moeten opereren op een markt biedt die stimulans. Daarom is gereguleerde marktwerking het nieuwe sturingsconcept voor de gezondheidszorg».* De cliënt en de relatie tussen cliënt en zorgverlener moet dus weer centraal komen te staan in plaats van de relatie tussen zorgaanbieder en overheid.

In de Memorie van Toelichting bij de WMG staat verder gespecificeerd tot welke verbeteringen het nieuwe sturingsconcept moet bijdragen: *«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 blijven.»*

Over de borging van die publieke belangen staat in de Memorie van Toelichting van de Zorgverzekeringswet<sup>3</sup>: *«Om ook in de toekomst de kwaliteit van onze gezondheidszorg te kunnen waarborgen, dient het veranderend vermogen van de zorgsector te groeien. Met het oog op de betaalbaarheid van de gezondheidszorg zijn een doelmatige verlening van zorg én een gepast zorggebruik nodig. De organisatie- en financieringsstructuur van de zorg dienen daarvoor meer en betere stimulansen te verschaffen. Het waarborgen van de toegankelijkheid van de zorg vereist*

<sup>1</sup> TK, vergaderjaar 2007–2008, 29 248, nr. 47 en 49.

<sup>2</sup> TK, vergaderjaar 2004–2005, 30 186, nr. 3.

<sup>3</sup> TK, vergaderjaar 2003–2004, 29 763, nr. 3.

*dat het zorgstelsel wordt geschraagd door een robuust georganiseerde risico- en inkomenssolidariteit.*

*Om deze doelstellingen te bereiken streeft de regering naar een nieuwe balans in de verdeling van verantwoordelijkheden tussen overheid en maatschappelijke actoren. Die balans krijgt gestalte door het geleidelijk verminderen van directe overheidsregulering van het zorgaanbod, onder het gelijktijdig doen ontstaan van meer vrijheden én verantwoordelijkheden voor de actoren in de zorg: zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgvragers respectievelijk verzekerden. De regering streeft daarmee naar een stelsel van gereguleerde marktwerking, waarin de overheid steeds meer zal optreden als kadersteller en toezichthouder.»*

### **Beschrijf de huidige marktstructuur en gedrag van marktpartijen en de veranderde werking van de markt**

Besluiten om het B-segment uit te breiden worden mede gebaseerd op de monitoring van (veranderingen in) de marktstructuur en gedrag van marktpartijen die zijn opgetreden na eerdere uitbreidingen van het B-segment. De NZa gaat in haar advies «Uitbreiding B-segment» van april 2008, alsmede in haar «Nader advies uitbreiding B-segment» van mei 2008 en in de Monitor Ziekenhuizorg 2008 (juli) nader in op (veranderingen in) de marktstructuur en het gedrag van partijen. Het beeld dat hieruit naar voren komt is dat – hoewel selectieve contractering door verzekeraars nog beperkt voorkomt en zorgaanbieders meer onderhandelingsmacht hebben dan verzekeraars – er een aantal positieve ontwikkelingen zichtbaar is in de markt. De NZa schrijft<sup>1</sup>: «Zo is er sinds de introductie van het B-segment meer aandacht gekomen voor innovaties, kwaliteit en de transparantie daarvan. De introductie van het B-segment heeft er bovendien toe geleid dat er meer ZBC's tot de markt zijn toegetreden, waardoor de concurrentie tussen zorgaanbieders is vergroot.» Wel wijst de NZa er in haar Monitor ziekenhuizorg 2008 op dat, hoewel steeds meer ZBC's actief zijn in het B-segment, zij slechts een klein gedeelte van de zorg in het B-segment leveren (3% van de totale omzet).

Verder heeft de NZa in haar «Nader advies uitbreiding B-segment» van 29 mei 2008 voor de zorgdeelmarkten die per 1 januari 2009 naar het B-segment zijn overgeheveld, gekeken of de betreffende deelmarkten voldoen aan de economische criteria voor uitbreiding van het B-segment, zoals de NZa die heeft beschreven in het rapport «Beoordelingscriteria tussentijdse uitbreiding B-segment».<sup>2</sup> Het gaat hierbij onder meer om de vraag of er op de betreffende markt voldoende aanbieders zijn die de zorg aanbieden, of na de overheveling samenhangende zorg zo veel mogelijk onder hetzelfde bekostigings- en tariefregime valt, of de zorg helder is afgebakend en of verzekeraars voldoende prikkels ondervinden om de betreffende zorg goed in te kopen. De NZa concludeert dat dit voor de zorgvormen die per 2009 zijn overgeheveld het geval is.

*Hoe werkt de veranderde werking van de markt door op de kwaliteit van de dienst, de toegankelijkheid van de dienst en de doelmatigheid van de dienst*

De ontwikkelingen op gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid worden nauwgezet gemonitord door de NZa en deze monitor vormt steeds de basis voor besluitvorming over verdere stappen in de invoering van gereguleerde concurrentie in de ziekenhuizorg. De minister van VWS heeft uw Kamer in zijn brief waarin hij zijn besluit tot uitbreiding onderbouwt, geïnformeerd over de hoofdzaken uit de monitor van de NZa op deze terreinen.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Nederlandse Zorgautoriteit, «Nader advies uitbreiding B-segment», Utrecht, 29 mei 2008.

<sup>2</sup> Dit rapport is op 9 november 2007 aan de Tweede Kamer is aangeboden. TK, vergaderjaar 2007–2008, 29 248, nr. 45.

<sup>3</sup> TK, vergaderjaar 2007–2008, 29 248, nr. 49.

### *Kwaliteit*

Tijdens de onderhandelingen van 2008 is de aandacht voor kwaliteit via kwaliteitsindicatoren en zorgprofielen, ten opzichte van de jaren daarvoor, toegenomen. Naarmate de zorgverzekeraars meer groeien in hun rol als zorginkoper zullen er meer bindende afspraken komen. Zorgverzekeraars onderhandelen kritischer, zowel over prijs als kwaliteit en het loont ook meer om in expertise ten aanzien van zorginkoop te investeren. Positief is ook dat er meer kwaliteitsinformatie beschikbaar komt. Wel blijft de daadwerkelijke beschikbaarheid van keuze-informatie nog beperkt. De Inspectie voor de Gezondheidszorg en het bureau Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit werken hieraan. Van 1 april tot en met juli 2008 zijn 38 ziekenhuizen gestart met de registratie van de eerste set van tien aandoening-specifieke indicatoren. Vanaf 2011 moeten voor tachtig aandoeningen (die 80% van de ziekenhuiszorg representeren) indicatoren zijn opgesteld, op basis waarvan het mogelijk is kwaliteitsoverwegingen een rol te laten spelen bij de inkoop van zorg dan wel bij de keuze van een zorgaanbieder.

### *Toegankelijkheid vergroot*

In 2007 is de trend van dalende wachttijden in 2005 en 2006 doorgezet. Per 1 september 2008 is de vernieuwde informatievoorziening van wachttijden ingegaan. De NZa geeft aan dat keuzeondersteuning een groter wordende rol speelt in de relatie tussen patiënt en zorgverzekeraar. De ontwikkelingen op het gebied van de zorginkoop, maar ook de steeds groeiende informatie over kwaliteit spelen bij die keuzeondersteuning een belangrijke rol. Er zijn in toenemende mate voorbeelden van zorgverzekeraars die optreden als regisseur van de zorgverlening voor hun cliënten.

### *Gematigde prijsontwikkeling*

In de periode 2005–2006 is de reële prijsontwikkeling negatief, in de periode 2006–2007 is deze beperkt. De NZa heeft in december 2008 geactualiseerde cijfers gepresenteerd over de prijsontwikkeling in het B-segment in de periode 2007–2008. In zijn brief «Waardering III»<sup>1</sup> heeft de minister van VWS daar het volgende over gemeld: «*Hoewel de prijsontwikkeling iets minder gunstig is dan werd waargenomen in de Monitor 2008 (die in het voorjaar is verschenen), ligt de nu waargenomen prijsontwikkeling aan de onderkant van de in het voorjaar verwachte bandbreedte. De reële prijsontwikkeling van de DBC's die vanaf 2005 in het B-segment zitten is volgens de meest recente inzichten van de NZa in 2008 – 1,3%. De reële prijsontwikkeling van de DBC's die vanaf 2008 in het B-segment zitten bedraagt in 2008 + 1,9%.*»

### *Hoe werkt de veranderde werking van de markt door voor de werkgelegenheid en de arbeidsvoorwaarden.*

In de zorg is sprake van een oplopend tekort aan zorgpersoneel. Het beleid van gereguleerde marktwerking is mede gericht op een verbetering van de kwaliteit en arbeidsproductiviteit via een meer gerichte inzet van mensen en middelen. Dit verlicht de druk op de arbeidsmarkt en draagt er aan bij dat in de toekomst voldoende handen aan het bed beschikbaar blijven.<sup>2</sup> De te verwachten effecten van gereguleerde marktwerking op de arbeidsmarkt hebben dan ook de volste aandacht van de minister van VWS. Uw Kamer wordt over het arbeidsmarktbeleid en de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt in de zorg reeds periodiek geïnformeerd (de laatste Arbeidsmarktbrief over de zorg dateert van 23 december jl.).<sup>3</sup>

### **Conclusie**

Uitbreiding van het B-segment vindt altijd plaats op basis van gedegen analyse van de NZa waarover de minister van VWS ook uw Kamer informeert. De basis hiervoor wordt gevormd door de door de NZa geformu-

<sup>1</sup> TK, vergaderjaar 2008–2009, 29 248, nr. 74.

<sup>2</sup> TK, vergaderjaar 2007–2008, 29 282, nr. 46.

<sup>3</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 29 282, nr. 79.

leerde beoordelingscriteria. Op deze wijze werden en worden in mijn ogen steeds adequaat de te verwachten markteffecten geanalyseerd en beschreven. Ik blijf dan ook van mening dat met deze wijze van besluitvorming over (toekomstige) uitbreiding van het B-segment materieel al wordt voldaan aan de wens om de markteffectentoets toe te passen op de zorg, zoals geuit in de motie Vendrik.

De minister van Economische Zaken,  
M. J. A. van der Hoeven