



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

Ons kenmerk MEVA/MESO/2454120	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
Onderwerp Kabinetsstandpunt RVZ-advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg		Bijlage(n)	Uw brief

Kernpunten

De RVZ heeft een advies uitgebracht over Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg. Deze brief bevat het kabinetsstandpunt op dit advies. Ik deel de probleemanalyse en de bevindingen van de RVZ op het terrein van het marktresultaat en keuzemogelijkheden. Mede daarom heb ik beleid in gang gezet en beleidsvoornemens geformuleerd om te komen tot verbeteringen op het terrein van marktresultaat en keuzemogelijkheden. Belangrijke onderdelen van dat beleid zijn het vervangen van de WZV door de WTZi, het oprichten van een Zorgautoriteit en een sluitend systeem in te richten voor bereikbare acute zorg. De aanbevelingen van de RVZ sluiten naar mijn mening goed aan bij deze beleidsontwikkelingen.

Net als de RVZ vind ik het belangrijk om genuanceerd te kijken naar de ontwikkelingen in deelsectoren. Het denken in gebouwen wordt daarbij in de toekomst steeds minder relevant, terwijl het denken in activiteiten meer nadruk krijgt. Er zijn marktsegmenten waar het niet of minder noodzakelijk is om actief sturend op te treden. Ik streef ernaar in die situaties andere en minder instrumenten in te zetten.

1. Inleiding

Het kabinet heeft ervoor gekozen om de structuur en organisatie van de gezondheidszorg in de loop van een aantal jaren geleidelijk aan te passen. Er is sprake van een geleidelijke transitie naar een ander sturingsmodel met meer vrijheidsgraden voor partijen. Daarin wordt van de zorgverzekeraar verwacht dat hij, ten behoeve van zijn verzekerden, optreedt als inkoper van een passend zorgaanbod. Zorgaanbieders krijgen meer vrijheden om kwaliteit en organisatie van het aanbod af te stemmen op de behoeften van consumenten en worden gestimuleerd de best mogelijke prijs/kwaliteitverhouding te leveren. Om dit te bereiken is

gekozen voor het model van gereguleerde concurrentie. Dat betekent dat er zowel aan de kant van de zorgaanbieders als van de zorgverzekeraars voldoende spelers moeten zijn.

De laatste decennia vindt echter een voortdurende marktconcentratie plaats in de ziekenhuissector. In 2000 werd in het Interdepartementaal beleidsonderzoek Marktconcentraties in de zorgsector (TK, 27226. nr.1 met bijlage) geconstateerd dat bestaande machtsposities de introductie van vraagsturing kunnen bemoeilijken. Ook de onderzoeksnotitie Geconcentreerd dereguleren? (VWS, oktober 2002) toont aan dat op diverse deelmarkten sprake is van een hoge concentratiegraad.

Men moet daarbij wel onderscheid maken in diverse soorten marktconcentraties. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) kijkt bij haar concentratiecontrole naar de ziekenhuisorganisatie. Burgers letten bij de beoordeling van concentraties van zorginstellingen veel meer op wat er met de voor hun belangrijke ziekenhuislocatie gebeurt. Veranderingen in de locaties zijn soms het gevolg van een fusie op concernniveau. Veel vaker echter, zijn veranderingen een gevolg van interne besluitvorming binnen de ziekenhuisorganisatie.

Sommige van deze marktconcentraties hebben geleid tot reacties van de lokale bevolking en tot diverse vragen in de Tweede Kamer. Tegen deze achtergronden is advies gevraagd aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) met als doel de discussie over dit onderwerp te verzakelijken. Op 2 oktober 2003 is het RVZ-advies *Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg* aan mij aangeboden. Tegelijkertijd verschenen twee achtergrondstudies: *Kiezen in de gezondheidszorg*, een onderzoek uitgevoerd door TNS-NIPO, en *Marktconcentraties in de ziekenhuissector*, een onderzoek uitgevoerd door KPMG BEA.

Het RVZ-advies is op te splitsen in drie delen, een analyse (hoofdstukken 2 en 3), het toetsingsmodel (hoofdstuk 4) en het realiseren van een optimale spreiding (hoofdstuk 5). De aanbevelingen sluiten hierop aan. De volgende paragraaf van deze kabinetsreactie geeft een korte samenvatting van de bevindingen en aanbevelingen van de RVZ. De daarop volgende paragrafen gaan in op de drie onderscheiden onderdelen van het RVZ-advies. Ik sluit af met een korte conclusie.

2. Korte samenvatting van bevindingen en aanbevelingen

De RVZ heeft een compact rapport met een uitstekende samenvatting geschreven. Ik verwijs voor deze samenvatting dan ook graag naar het advies. In mijn kabinetsreactie schets ik alleen de grote lijnen van het advies.

De RVZ stelt vast dat voor cliënten een optimale spreiding van behandelmogelijkheden en zorgverlening van veel groter belang is dan de omvang van ziekenhuizen. *Omvang* van ziekenhuizen en het marktresultaat in termen van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid, vertonen geen duidelijke samenhang. Soms is groot beter, soms klein. Er is dus geen optimale schaalgrootte te identificeren. Er is wel een duidelijke relatie tussen de *spreiding* van de zorg en het marktresultaat. De RVZ heeft een model aangereikt om te bepalen of een bepaalde behandeling in een regio geconcentreerd moet worden aangeboden of niet en daarmee de spreiding van zorg te bewaken.

Uit consumentenonderzoek dat de RVZ ten behoeve van dit advies heeft laten uitvoeren blijkt verder dat mensen niet tevreden zijn over hun keuzemogelijkheden, vooral voor behandelmethode en behandelaar willen zij kunnen kiezen. In de electieve en chronische zorg zijn keuzemogelijkheden belangrijker dan in acute situaties. Verzekeraars willen, als er meer marktwerking komt, ook keuzemogelijkheden hebben uit meerdere gesprekspartners.

Volgens de RVZ kan de overheid keuzemogelijkheden creëren door toetredingsdrempels te verlagen, bijvoorbeeld door het opheffen van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). De Minister van VWS moet verder de spreiding van zorg bewaken. De Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) zou volgens de RVZ benut kunnen worden voor toetsing en verbetering van de spreiding van die zorg die onder regime van aanbodregulering dient te blijven. Het denken in stenen en gebouwen wordt daarmee losgelaten; de zorg is het aangrijpingspunt. De RVZ stelt dat taken om de spreiding te bewaken in markten die al werken, uitbesteed kunnen worden aan College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ). Tot slot is een zorgkamer bij de NMa nodig om sectorspecifiek mededingingstoezicht uit te voeren.

3. Analyse

De RVZ heeft een heldere analyse gemaakt van het probleem. Een doelmatig zorgaanbod vereist dat schaalvoordelen worden benut. Dit kan echter neveneffecten hebben. Het benutten van schaalvoordelen leidt er ten eerste toe dat er minder aanbieders zijn waardoor de bereikbaarheid van sommige vormen van zorg kan afnemen. Dit speelt bijvoorbeeld bij de spreiding van acute zorg. Ten tweede kan het benutten van schaalvoordelen leiden tot economische machtsposities. Dit kan de gewenste geregleerde concurrentie in het nieuwe zorgstelsel frustreren.

Het effect van concentraties op toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg is niet eenduidig. Er is niet een optimale schaal te definiëren, maar voor sommige vormen van zorg is wel een bepaalde schaal nodig. Om complexe ingrepen als long- en levertransplantaties kwalitatief goed uit te kunnen voeren is bijvoorbeeld een minimale schaalgrootte nodig. Zowel de medisch specialist als het ondersteunend personeel moeten de ingreep regelmatig kunnen uitvoeren om voldoende ervaring te houden. Bovendien zijn vaak meerdere disciplines en voorzieningen nodig. Ten slotte kan een te grote spreiding ook tot ondoelmatigheid leiden.

Uit het RVZ-advies blijkt duidelijk dat het denken in gebouwen steeds minder relevant wordt, terwijl het denken in activiteiten meer nadruk krijgt. Ik onderschrijf de conclusie dat het niet mogelijk is één optimale schaalgrootte te bepalen voor ziekenhuizen: juist de spreiding van de verschillende soorten zorg is belangrijk voor het marktresultaat.

Het advies constateert dat cliënten en zorgverzekeraars willen kunnen kiezen. Kiezen voor een huisarts, behandelmethode en specialist heeft voor cliënten prioriteit boven kiezen voor een instelling. Het bieden van meer vrijheden aan zorgaanbieders zal naar mijn verwachting leiden tot het meer inspelen op de uiteenlopende vraag naar zorg en zal naar mijn verwachting leiden tot differentiatie van behandelmethodes. Ik wil dit proces ondersteunen met het functionalisieren van de aanspraken op zorg in de nieuwe basisverzekering. In functionele aanspraken staan de aard en inhoud van de zorg centraal en niet



instellingsdefinities of beroepsgroepen. Dit vergroot de mogelijkheden voor substitutie die de doelmatigheid en zorg op maat bevorderen.

Cliënten zeggen in het in opdracht van de RVZ uitgevoerde onderzoek bereid te zijn naar een behandelaar buiten hun regio te reizen. De RVZ wijst hierbij terecht op het belang van goede informatie over de motieven van patiënten om bepaalde keuzes te maken. Wat betreft de reisafstand is bovendien een nuancering op zijn plaats. De bereidheid van mensen met een chronische ziekte om zich buiten de regio te laten behandelen hangt mede af van de behandeling. Als men vaak moet reizen of regelmatig langdurig opgenomen wordt, ligt het voor de hand dat de reisbereidheid lager is. In het algemeen geldt: hoe verder van huis, hoe langer de reistijd en hoe minder bezoek voor de patiënt.

Verzekeraars zijn vanwege de bestaande contracteerplicht op dit moment nog gebonden aan de huidige aanbieders. Toch geven verzekeraars aan dat het noodzakelijk is dat zij in een meer marktconforme omgeving moeten kunnen kiezen uit meerdere contractpartners. Om die reden zijn de afgelopen jaren diverse prikkels geïntroduceerd en dit proces gaat de komende tijd door. Zie ook paragraaf 5.

4. Het toetsingsmodel

De RVZ presenteert een toetsingsmodel voor de spreiding van zorg met zes criteria waarmee van elke zorgvraag een eerste indicatie kan worden verkregen van de mate van concentratie. Zie onderstaande tabel.

Criteria	Concentratie als...	Deconcentratie als...
Medische urgentie	niet urgent	urgent
Kapitaalintensiteit	kapitaalintensief	kapitaalextensief
Mate van specialisatie	hoog	laag
Omvang van de doelgroep	klein	groot
Frequentie van de zorgvraag	laag	hoog
Kwaliteit reisinfrastructuur	goed	slecht

Nadat deze indicatie vervolgens wordt getoetst aan de publieke belangen - kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid (waarbij een onderlinge weging nodig is) - geeft het model vervolgens een indicatie van de spreiding die het beste marktresultaat geeft.

Het toetsingsmodel van de RVZ is een inventieve poging om de vaak emotionele discussies over het al dan niet open houden van locaties van instellingen op meer rationele gronden te voeren. Tegelijkertijd past een relativering omdat de toetsing aan de zes criteria en de drie publieke belangen niet zonder meer objectiveerbaar is. Daarnaast moet ook de samenhang met andere dan de getoetste zorgvraag in ogenschouw worden genomen, bijvoorbeeld de samenhang tussen acute ingrepen en electieve ingrepen. Hier is in het spreidingsmodel onvoldoende aandacht aan besteed. Tot slot is een enorme dataset aan gegevens nodig, bijvoorbeeld omdat reisinfrastructuur per locatie anders ingevuld wordt. Niettemin kan het model een nuttige functie vervullen bij de beleidsontwikkeling. Ter toelichting het volgende.

Het Kabinet wil, zo snel als verantwoord is, de overgang naar gereguleerde marktwerking maken omdat een sterkere nadruk op concurrentie kan helpen om de doelmatigheid en

vraaggerichtheid in de zorg te verbeteren. In verschillende brieven aan de Tweede Kamer heb ik gemeld dat ik die overgang deelmarktgewijs wil aanpakken om rekening te kunnen houden met de specifieke kenmerken en problemen in iedere deelsector. Daarvoor maak ik gebruik van een "marktfalen"-analysemodel¹ dat een aantal elementen met het RVZ-model gemeen heeft, maar de zaak vanuit een andere invalshoek benadert. Met dit model worden per relevante deelmarkt (acute zorg, electieve klinische zorg, electieve zorg in dagbehandeling) de factoren opgespoord die verhinderen dat vrije concurrentie de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid in voldoende mate kan dienen. Voor de opgespoorde factoren wordt vervolgens bezien met welke mate en vorm van regulering het concurrentiemechanisme dienstbaar gemaakt kan worden aan de publieke belangen.

Beide modellen hebben gemeen dat ze hulpmiddel zijn in het streven naar een optimaal marktresultaat afgemeten aan het dienen van de drie publieke belangen. Beide modellen leveren niet in alle situaties eenduidige antwoorden, met name in situaties waarin noodzakelijke samenhang van zorg in het geding is. Het belangrijkste verschil tussen beide modellen is dat het RVZ-model zich richt op de gewenste mate van spreiding en de momenteel door VWS gevolgde benadering de nadruk legt op de vraag hoe de publieke belangen zo goed mogelijk kunnen worden gediend gebruik makend van het concurrentiemechanisme.

5. Realiseren van de optimale spreiding

De RVZ benoemt drie verschillende markttypen. Voor ieder van deze markten geldt volgens de RVZ een andere vorm van sturing.

- 1 Markten waar veel aanbodregulering nodig is
Bij kwetsbare en dure voorzieningen als acute en topklinische zorg is het publieke belang groot, en moet de overheid de spreiding van de zorg nauwlettend bewaken en waar nodig actief sturen. Ook kunnen er zodanige maatschappelijke of ethische aspecten in het geding zijn dat uitvoering van bepaalde medische verrichtingen alleen toegestaan kan worden als zij voldoen aan de nodige kwaliteitswaarborgen. De WBMV verschaft de overheid daartoe de instrumenten. De RVZ stelt voor de WBMV te blijven gebruiken en hier verder voor op te tuigen en stelt voor dat VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) daarbij fungeren als marktmeester.
- 2 Zorgmarkten in ontwikkeling
In veel markten is het mogelijk dat er op termijn gereguleerde concurrentie plaatsvindt. Hiervoor moet wel voldoende aanbod aanwezig zijn en moeten bestaande toetredingsdrempels worden weggenomen. De RVZ stelt dat de WZV en de contracteerplicht moeten worden afgeschaft. Wel moeten, meer dan nu het geval is, eisen aan de transparantie worden gesteld.
De overheid moet weliswaar de spreiding bewaken en signaleren als de spreiding tekortschiet, maar de RVZ noemt de zorgverzekeraar als de aangewezen partij om aan zijn zorgplicht te voldoen. In minder aantrekkelijke gebieden kan een hogere prijs noodzakelijk zijn en in laatste instantie kan de overheid subsidie verlenen aan bepaalde instellingen.

¹ Zie de rapporten "Zorgvuldig dereguleren" (OCFEB/iBMG, december 2002), "Gereguleerde concurrentie in de curatieve zorg – De deelmarkten spoedeisende zorg en electieve zorg in dagbehandeling" (OCFEB/iBMG, juni 2003) en "Concurrentie tussen Nederlandse ziekenhuizen" (OCFEB/iBMG, april 2004).

CVZ en CTZ hebben instrumenten voor het bewaken van spreiding. Een zorgkamer van de NMa kan op basis van sectorspecifieke mededingingsregels het mededingingstoezicht uitvoeren, zo stelt de RVZ.

3 Goed functionerende markten

Hier hoeft de overheid volgens de RVZ niets meer te doen. Het algemene mededingingsinstrumentarium zorgt voor voldoende waarborgen.

De RVZ maakt een logische driedeling in markten die meer of minder overheidsregulering kennen. Dit sluit aan bij beleid dat ik in gang heb gezet en beleidsvoornemens die ik heb geformuleerd. Om de overgang naar gereguleerde concurrentie te begeleiden in goed functionerende markten en zorgmarkten in ontwikkeling heb ik bijvoorbeeld recent besloten tot de oprichting van een Zorgautoriteit. Verder heb ik op 10 oktober van het vorige jaar de beleidsvisie acute zorg (TK, 29247, nr.1) en op 5 april van dit jaar mijn standpunt op het RVZ advies *Acute zorg* (TK, 29247, nr.10) naar de Tweede Kamer gestuurd. Tot slot heb ik voor de vereenvoudiging van het stelsel van overheidsbemoeienis met het aanbod van zorginstellingen het wetsvoorstel Wet toelating zorginstellingen (WTZi) aan de Tweede Kamer aangeboden (TK, 29247). Deze wet is geschikt om op de drie markttypen meer of juist minder overheidssturing toe te passen. Op enkele specifieke punten zal ik de hoofdlijnen van mijn reactie nu nader uitwerken.

Sturing door WBMV of via de nieuwe WTZi

De aanbevelingen van de RVZ om de sturing met betrekking tot het eerste markttype volledig te laten plaatsvinden door de WBMV neem ik op dit moment niet over. In mijn brieven van 10 oktober 2003 en 5 april 2004 heb ik u beargumenteerd aangegeven hoe ik de acute zorg in de toekomst wil organiseren. Voor ziekenhuizen wil ik gebruik maken van de nieuwe WTZi.

Op dit moment ligt een voorstel bij de Tweede Kamer om de WZV te vervangen door de WTZi. Nu is de sturing nog zo ingericht dat op het aanbod in de zorg, op bouw, wordt gestuurd. Door de huidige regelgeving (de WZV) te vervangen door de WTZi, wordt op twee manieren marktwerking gefaciliteerd en zo meer vraagsturing mogelijk gemaakt. Allereerst is het WTZi-instrumentarium er op gericht de overheidsbemoeienis met de bouw tot een minimum te beperken. Uitgangspunt is dat instellingen waar mogelijk zelf verantwoordelijkheid moeten dragen voor de vormgeving en bekostiging van de eigen huisvesting. Hierdoor kunnen aanbieders snel en adequaat insprijgen op de wensen van de cliënt. Ten tweede maakt de WTZi het mogelijk categorieën van instellingen toe te staan een winsttoegmerk te hanteren.

Via de WTZi kan ik bovendien extra voorwaarden stellen aan de toelating. In de beantwoording van de vragen ter voorbereiding op de plenaire behandeling, die ik u op 29 april 2004 (TK, 27659, nr.17) gestuurd heb, heb ik u aangegeven dat een aantal randvoorwaarden vervuld moet worden om de acute zorg goed bereikbaar te houden. Het gaat hierbij om:

- het versterken van de financiële mogelijkheden,
- het versterken van de corporate governance,
- het versterken van de samenhang in de keten van acute zorg,
- het versterken van het sanctie-instrumentarium als ultimum remedium.

Voor een verdere uitwerking van deze randvoorwaarden verwijs ik u naar het antwoord op vraag 58 van de hiervoor genoemde vragen.

De WTZi maakt het ook mogelijk om per categorie van instellingen de voor het bouwregime relevante vorm van bouw aan te geven. Anders gezegd: de WTZi biedt meer mogelijkheden voor deregulering op maat. Of en in hoeverre deregulering wenselijk is voor de verschillende deelmarkten ben ik nu nog aan het bepalen.

Zoals ik in het voorgaande heb toegelicht heb ik er dus niet voor gekozen om de sturing met betrekking tot het eerste markttype volledig te laten plaatsvinden door de WBMV. Het uitgangspunt bij de WBMV in de huidige vorm is dat er - naast een grotere eigen verantwoordelijkheid en vrijheid voor het veld om tot eigen invulling van de zorg te komen - voor de overheid de mogelijkheid moet blijven bestaan om waar nodig ten aanzien van *specifieke* medische verrichtingen centraal de regie te voeren en grenzen te stellen aan vrijheden. Waar andere instrumenten zoals zelfregulering niet blijken te werken, kan ik met die wet verrichtingen zelf stimuleren of juist afremmen, verbieden, of concentreren in een beperkt aantal instellingen c.q. bij een beperkt aantal beroepsbeoefenaren.

Diversiteit in het aanbod en betere spreiding zullen vooral kunnen ontstaan door ontkoppeling van zorgverlening en instelling. Deze gedachte onderschrijf ik geheel. Het is echter de verantwoordelijkheid van individuele aanbieders (en verzekeraars) om deze diversiteit te realiseren. Waar nodig en mogelijk zal ik dit proces ondersteunen. Mijn verruimende beleid rondom de ZBC's is hiervan een voorbeeld. Ik hecht eraan te onderstrepen dat de filosofie achter de aanbevelingen van de RVZ mijn beleid dus wel degelijk ondersteunt.

Wat betreft het advies van de RVZ tot afschaffen van de contracteerplicht merk ik het volgende op. Ik heb een voorstel ingediend dat het mogelijk maakt om de contracteerplicht gefaseerd af te schaffen. Wanneer dat voorstel (Wetsvoorstel herziening overeenkomstenstelsel zorg) door het parlement wordt aanvaard, wordt het mogelijk om bij algemene maatregel van bestuur per zorgvorm de (omgekeerde) contracteerplicht af te schaffen. De regering heeft daarbij in ieder geval de ziekenhuiszorg op het oog. Voor een beperkt aantal diagnosebehandelingcombinaties (DBC's) in de categorie planbare zorg wordt de contracteerplicht per 1 januari 2005 afgeschaft. Hiermee gaan we voor de ziekenhuiszorg een stap verder op het pad van de gereguleerde marktwerking.

Normen voor het marktresultaat

De RVZ beveelt aan om normen te formuleren voor het marktresultaat om de spreiding van zorg te kunnen toetsen. Het gaat daarbij vooral om normen voor toegankelijkheid en kwaliteit.

Ik onderschrijf het belang van duidelijke normen. Ik ben echter niet van mening dat de minister die normen altijd moet ontwikkelen of vaststellen. Voor de ambulances hanteer ik bijvoorbeeld de veldnorm van 15 minuten, zoals ik dat heb beschreven in mijn brief van 10 oktober 2003 (TK, 29247, nr. 1) en in het kabinetsstandpunt naar aanleiding van het advies *Acute zorg* van de RVZ dat ik u op 5 april jl. gestuurd heb (TK, 29247, nr. 10).

De discussie over wat de kwaliteit van zorg is, is relevant. Tegelijkertijd moet ik constateren dat deze discussie te omvangrijk is om in het kader van dit advies te bespreken. Ik ben van

mening dat op het gebied van kwaliteit verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van normen primair bij de beroepsgroepen zelf ligt. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) formuleert daarnaast de absolute minimumnormen om de kwaliteit te kunnen waarborgen. Het gaat bij dit type normen vooral om waarborgen voor veiligheid en effectiviteit.

Ik merk hierbij op dat normen voor toegankelijkheid en kwaliteit niet statisch zijn, maar sterk afhankelijk zijn van de context. Ik verwijs verder naar de brief "Kwaliteit van zorg" (TK, 28439, nr.2) en naar de brief "Sneller Beter" (TK, 28439, nr.3), waarin ik mijn ambities op dit gebied heb verwoord en concrete verbeterprogramma's (allereerst voor de ziekenhuissector) entameer en ondersteun.

Zorgautoriteit

Marktwerking ontstaat niet vanzelf. De RVZ stelt voor om taken rond het marktmeesterschap onder meer neer te leggen bij een aparte Zorgkamer van de NMa. Daarnaast zouden volgens de RVZ het CVZ en CTZ verdergaande specifieke toezichthoudende taken toebedeeld krijgen.

De NMa is verantwoordelijk voor het toezicht op de naleving van de generieke mededingingsregels zoals die zijn neergelegd in de Mededingingswet. De NMa heeft onlangs een visie neergelegd op de toepassing van de Mededingingswet. De NMa toetst onder andere wat de gevolgen van een fusie zijn voor de mededinging en kan een fusie verbieden of voorwaarden stellen aan de goedkeuring. Daarnaast houdt de NMa toezicht op mededingingsbeperkende afspraken en afgestemde gedragingen en op het verbod op misbruik van een economische machtspositie.

Om de marktwerking specifiek in de zorgsector te begeleiden en te stimuleren heeft het kabinet besloten een Zorgautoriteit op te richten (TK, 29324, nr.1). Op (deel)markten waar vrije prijsvorming plaats vindt zal de Zorgautoriteit de ontwikkelingen monitoren en waar nodig zelf ingrijpen of VWS adviseren in te grijpen. Op (deel)markten waar er (nog) geen sprake is van vrije prijsvorming, zal de Zorgautoriteit marktconforme prijsregulering toepassen. Op deze manier worden ook op deze markten doelmatigheid en klantgerichtheid gestimuleerd.

De Zorgautoriteit zal daarnaast de huidige taken van het CTG op zich nemen. Deze zijn in ieder geval in de komende jaren nog van groot belang voor de betaalbaarheid van het stelsel. Afhankelijk van de kenmerken van en situatie op een specifieke (deel)markt zal de huidige prijsregulering worden losgelaten (vrije prijsvorming) of zal deze regulering worden vervangen door meer marktconforme regulering.

De voorbereiding van de Zorgautoriteit is begin 2004 van start gegaan. Het CTG is versterkt met een projecteenheid. Het vernieuwde bestuur heeft tot taak alle noodzakelijke voorbereidingen te treffen voor een goede start van de Zorgautoriteit in 2006. Tot die tijd wordt gesproken van CTG/Zorgautoriteit in oprichting. Het CTG/Zorgautoriteit in oprichting (later de Zorgautoriteit) zal nauw samenwerken met de NMa. Het streven is in 2008, of zoveel eerder als mogelijk is, de Zorgautoriteit onder te brengen bij de NMa, bij voorkeur in de vorm van een 'zorgkamer'. Daarmee is het korte termijn perspectief enigszins afwijkend van hetgeen de RVZ voorstelt. Op de langere termijn koersen we op eenzelfde doel.

6. Conclusie

De RVZ heeft een helder advies geschreven. Ik deel de probleemanalyse en de bevindingen van de RVZ op het terrein van het marktresultaat en keuzemogelijkheden. Het is niet mogelijk één optimale schaalgrootte te bepalen voor ziekenhuizen: juist de spreiding van de verschillende soorten zorg is belangrijk voor het marktresultaat. En zowel cliënten als verzekeraars willen meer keuzemogelijkheden hebben. Het onderscheid in verschillende markttypen met ieder een toegesneden sturingsinstrumentarium sluit aan bij de huidige beleidsontwikkelingen.

Ik heb beleid in gang gezet en beleidsvoornemens geformuleerd om te komen tot verbeteringen op het terrein van marktresultaat en keuzemogelijkheden. Belangrijke onderdelen van dat beleid zijn het vervangen van de WZV door de WTZi, het oprichten van een Zorgautoriteit en een sluitend systeem in te richten voor bereikbare acute zorg. De aanbevelingen van de RVZ sluiten naar mijn mening goed aan bij deze beleidsontwikkelingen. De uiteindelijke effecten van al deze beleidsvoornemens zijn vanzelfsprekend nog niet uitgekristalliseerd, maar ze zullen zeker bijdragen aan het behouden en waar nodig totstandkomen van keuzemogelijkheden en een adequate spreiding van zorg waar dat uit het oogpunt van bereikbaarheid van bijzonder belang is.

Enkele andere voorstellen van de RVZ, zoals over de WBMV, het formuleren van normen voor toegankelijkheid en kwaliteit, en toezichthoudende taken in het kader van het marktmeesterschap neem ik niet in die vorm over. Ik constateer dat de RVZ mijn filosofie grotendeels onderschrijft, maar in de uitwerking andere keuzes maakt die in het bovenstaande zijn toegelicht.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst