



Overzicht van stemmingen in de Tweede Kamer

afdeling **Inhoudelijke Ondersteuning**

aan De leden van de vaste commissie voor
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

datum 24 juni 2014

Betreffende wetsvoorstel:

33362

Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben

Eindstemming wetsvoorstel

Het wetsvoorstel is op 24 juni 2014 aangenomen door de Tweede Kamer. De Groep Bontes/Van Klaveren, de ChristenUnie, de SGP, de VVD, Van Vliet, 50PLUS/Baay-Timmerman, 50PLUS/Klein, D66 en de PvdA stemden voor.

Aangenomen en overgenomen amendementen

Artikel I, nieuw onderdeel Aa

15 → **43** (Bouwmeester c.s.) over een rapportageplicht voor de Zorgautoriteit over de ontwikkelingen op het gebied van de zorginkoop

De indieners van dit amendement zien dat met de wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) de transparantie die verzekeraars moeten bieden groter moet worden. Het is van belang dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) er op toe ziet dat zorgverzekeraars (als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de Zvw) de verplichtingen die deze wetswijziging met zich meebrengt naleven en hierover jaarlijks een rapportage uitbrengt. De Minister en de NZa kunnen in overleg bepalen op welke wijze hierover wordt gerapporteerd. Dit amendement laat de bestaande bevoegdheid van de NZa om op grond van artikel 32 van de Wet marktordening gezondheidszorg in de volle breedte

Amendementen zijn in volgorde van stemming - op artikelnummer - weergegeven: allereerst de aangenomen en/of overgenomen amendementen, vervolgens de verworpen of ingetrokken amendementen en tenslotte eventuele moties. Vervangen amendementen zijn d.m.v. een → aangegeven: bijv. 7 → 8 → **20**. Amendement nr. 7 is vervangen door amendement nr. 8, dat op zijn beurt vervangen is door amendement nr. 20. De vette notatie van het stuknummer geeft aan dat dit het definitieve amendement is. De stemmingslijsten worden gemaakt op basis van de ongecorrigeerde draad van de vergadering.



datum 24 juni 2014

blad 2

onderzoek te doen naar de zorginkoop en de concurrentieverhoudingen en het marktgedrag daarbij, en daarover te rapporteren, onverlet.

Met algemene stemmen aangenomen

Artikel I, nieuw onderdeel Ba

18 (Van der Staaij) dat waarborgt dat de transparantie die zorgverzekeraars bieden, wordt vergroot

De indieners van dit amendement zien dat met de wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) de transparantie die zorgverzekeraars bieden groter moet worden. Door het invoegen van artikel 40a wordt de transparantie op de volgende wijze vergroot. Het eerste lid van artikel 40a waarborgt dat de zorgverzekeraars (bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de Zvw) informatie openbaar maken over de wijze waarop zorgaanbieders in de zorginkoop non-discriminatoir worden behandeld. Dat betekent bijvoorbeeld dat zorgaanbieders niet mogen worden uitgesloten van het inkoopproces op basis van voorwaarden zoals omvang: zowel grote als kleine aanbieders moeten toegang hebben tot dit proces.

Dit onderdeel laat de huidige mogelijkheden van zorgverzekeraars onverlet om zelf te bepalen met wie zij uiteindelijk contracteren en op welke wijze zij zorg inkopen. Zorgverzekeraars dienen voldoende zorg te contracteren om aan de zorgplicht te voldoen en zijn niet verplicht een contract aan te gaan met een zorgaanbieder. De zorgverzekeraar zal door deze bepaling niet verplicht worden om een openbare aanbestedingsprocedure te volgen. Het begrip «non-discriminatoir» impliceert ook dat gevallen die ongelijk zijn, ongelijk behandeld kunnen worden. Dit laat ook ruimte aan de zorgverzekeraar om per zorgvorm aan de hand van relevante factoren een afweging te maken hoe hij de zorginkoop voor die betreffende zorgvorm vorm geeft, bijvoorbeeld op welke wijze en met wie hij in onderhandeling treedt. Bij zorgvormen met vele duizenden zorgaanbieders, zal het praktisch bijvoorbeeld niet mogelijk zijn om met iedereen te onderhandelen. Ook ten aanzien van zorgvormen waar de zorg maar door een enkele zorgaanbieder geleverd kan worden, laat dit onderdeel ruimte om met die specifieke omstandigheid rekening te houden.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet toe op de openbaarmaking van de in het eerste en tweede lid genoemde informatie. De zorgverzekeraar is op basis van civielrechtelijke normen in de regel reeds gehouden voorwaarden voor de zorginkoop te hanteren die verifieerbaar, transparant en non-discriminatoir zijn. Als de zorgaanbieder hier bezwaren heeft dient hij zich te wenden tot de civiele rechter.

Levensbeschouwelijke overtuiging, culturele achtergrond en godsdienstige gezindheid kunnen onderdeel van een integrale aanpak bij de zorgverlening zijn en kunnen een rol spelen bij de keuze voor een bepaalde zorgaanbieder binnen de naturapolis. Via het toevoegen van het tweede lid zullen zorgverzekeraars (als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de Zvw) informatie openbaar moeten maken over de wijze waarop zij bij de zorginkoop rekening houden met de godsdienstige gezindheid, de levensovertuiging en de culturele achtergrond van verzekerden. Dit veronderstelt dat zorgverzekeraars hieromtrent een afweging zullen maken, waarbij ze uiteraard rekening moeten houden met eventuele wetgeving die van toepassing is. Een zorgverzekeraar kan overleg voeren met erkende vertegenwoordigende organisaties op godsdienstig of levensbeschouwelijk terrein



datum 24 juni 2014

blad 3

om te bepalen hoe invulling zal worden gegeven aan deze bepaling. De NZa heeft op basis van de artikelen 76, 82 en 85 van de Wet marktordening gezondheidszorg handhavingsbevoegdheden ten aanzien van dit ingevoegde artikel.

Aangenomen. Voor: het CDA, de ChristenUnie, de SGP, de VVD, Van Vliet, 50PLUS/Baay-Timmerman, 50PLUS/Klein, D66, GroenLinks, de PvdA, de PvdD en de SP

Artikel I, nieuw onderdeel Ba

19 (Pia Dijkstra c.s.) dat regelt dat zorgverzekeraars ten behoeve van de inzichtelijkheid voor zorgaanbieders, ieder jaar de procedure van de zorginkoop en het zorginkoopbeleid bekend maken

De indieners van dit amendement zien dat met de wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) de transparantie die verzekeraars moeten bieden groter moet worden. Door het toevoegen van artikel 40a wordt de transparantie op de volgende wijze vergroot:

Door het eerste lid zullen zorgverzekeraars (als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de Zvw) uiterlijk op 1 april voorafgaand aan het kalenderjaar de procedure van zorginkoop en het zorginkoopbeleid bekend moeten maken. Het lid bevordert dat zorgaanbieders vooraf kennis hebben van de procedure van zorginkoop en het zorginkoopbeleid en hierdoor een gelijke startpositie hebben. Ook de consument die een keuze moet maken tussen verschillende zorgverzekeringen kan zo kennis nemen van het zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraar en mede op basis hiervan zijn keuze voor een zorgverzekeraar bepalen. Verder vloeit uit het eerste lid voort dat het voor zorgaanbieders inzichtelijk moet zijn welke fasen de zorgverzekeraar in de inkoopprocedure onderscheidt en binnen welke termijn hij, dan wel de zorgverzekeraar, stappen moet zetten. Dit voorschrift is opgenomen in verband met signalen uit het veld dat het voor zorgaanbieders onduidelijk is welke termijnen de verzekeraar hanteert gedurende de zorginkoop en hoe de zorgverzekeraar bereikbaar is. Tevens zal de zorgverzekeraar inzicht moeten geven in het kwaliteitsbeleid dat hij bij de zorginkoop hanteert. Het staat de zorgverzekeraar vrij om – binnen de voorgestelde wettelijke kaders – de onderdelen zelf in te vullen en tevens kan de zorgverzekeraar zelf onderdelen toevoegen. Dit artikel borgt de transparantie en laat de bestaande mogelijkheden voor de zorgverzekeraar om te bepalen met wie en op welke wijze hij contracteert, onverlet. De zorgverzekeraar zal voldoende zorg moeten contracteren om aan de zorgplicht te voldoen. Tevens is er voor de zorgaanbieder voldoende gelegenheid voor de start van het kalenderjaar, indien de zorginkoop volgens de aanbieder niet verifieerbaar, transparant en non-discriminatoir verloopt, dit te laten toetsen bij de civiele rechter. Op grond van het derde lid krijgt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de expliciete bevoegdheid regels te stellen ten aanzien van de informatie-verplichting, bedoeld in het eerste en tweede lid. Gezien signalen over het gebrek aan transparantie ten aanzien van de zorginkoop, alsmede over het tijdspad daarvan achten de indieners het noodzakelijk dat de NZa expliciet bevoegd wordt hierover regels te kunnen stellen en op grond daarvan te kunnen handhaven indien dat noodzakelijk blijkt. De NZa zal pas gebruik maken van deze bevoegdheid als er algemene, structurele belemmeringen zijn en minder vergaande instrumenten als informele handreikingen (denk aan de huidige «Good contracting practices») geen soelaas bieden. In eerste instantie is



datum 24 juni 2014

blad 4

het veld zelf aan zet. De NZa heeft op basis van de artikelen 76, 82 en 85 van de Wet marktordening gezondheidszorg handhavingsbevoegheden ten aanzien van dit ingevoegde artikel.

Aangenomen. Voor: de PVV, het CDA, de ChristenUnie, de SGP, de VVD, Van Vliet, 50PLUS/Baay-Timmerman, 50PLUS/Klein, D66, GroenLinks, de PvdA, de PvdD en de SP

Artikel I, nieuw onderdeel Ba

21 (Pia Dijkstra c.s.) over het waarborgen van ruimte voor innovatie in de zorg

De indieners van dit amendement willen gewaarborgd zien dat er ruimte blijft voor innovatief aanbod. Door het toevoegen van artikel 40a wordt de ruimte voor innovatie in de zorg op de volgende wijze gewaarborgd. Via dit voorschrift moet de zorgverzekeraar informatie openbaar maken over de wijze waarop hij bij de zorginkoop ruimte biedt aan innovatieve nieuwe zorgaanbieders binnen de zorg. Dit artikel verplicht overigens zorgverzekeraars niet om al het innovatief zorgaanbod te contracteren. Zorgverzekeraars dienen voldoende zorg te contracteren om aan de zorgplicht te voldoen en zijn niet verplicht een contract aan te gaan met een zorgaanbieder.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op basis van de artikelen 76, 82 en 85 van de Wet marktordening gezondheidszorg handhavingsbevoegheden ten aanzien van dit ingevoegde artikel.

Aangenomen. Voor: de PVV, het CDA, de ChristenUnie, de SGP, de VVD, Van Vliet, 50PLUS/Baay-Timmerman, 50PLUS/Klein, D66, GroenLinks, de PvdA, de PvdD en de SP

Artikel II, onderdeel B, wordt aan artikel 13, tweede lid, onderdeel d

11 (Bouwmeester) over informatieverplichtingen aan de verzekerde

Verzekerden moeten weten waar ze aan toe zijn bij het afsluiten van een verzekering. Daarom dienen zij op de hoogte gesteld te worden bij welke zorgaanbieder zij in het volgende kalenderjaar terecht kunnen. Deze informatieplicht aan de kant van de verzekeraar, komt de informatiepositie van de verzekerde ten goede. De informatiepositie van de verzekerde wordt versterkt door de verplichting ook de verschillen ten opzichte van het voorgaande jaar duidelijk aan te geven voor de verzekerde. Door een verplichting te leggen op het verschaffen van informatie over verschillen ten opzichte van het vorige jaar, kan een verzekerde een juiste afweging maken over het al dan niet blijven bij de huidige aanbieder van een zorgverzekering, dan wel over te stappen naar een andere aanbieder.

Aangenomen. Voor: de PVV, het CDA, de ChristenUnie, de SGP, de VVD, Van Vliet, 50PLUS/Baay-Timmerman, 50PLUS/Klein, D66, GroenLinks, de PvdA, de PvdD en de SP

Artikel II, onderdeel B, in artikel 13, nieuw lid 4a

16 (Van der Staaij c.s.) dat regelt dat de vergoedingsregeling zoals die gold bij aanvang van de zorg, wordt gecontinueerd voor zover sprake is van een aaneengesloten behandeling



datum 24 juni 2014

blad 5

Indien de toepassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) van jaar t op jaar t + 1 door de verzekeraar wordt gewijzigd, kan dit gevolgen hebben voor de vergoeding van lopende behandelingen bij niet gecontracteerde zorgaanbieders. Zo kan een verzekerde die gelet op de vigerende artikel 13 vergoeding, bijvoorbeeld 80%, een bewuste keuze heeft gemaakt voor een niet gecontracteerde aanbieder, geconfronteerd worden met extra kosten als de verzekeraar voor het nieuwe jaar de vergoeding heeft verlaagd, naar bijvoorbeeld 60%. Het nieuw voorgestelde vijfde lid regelt dat de vergoedingsregeling zoals die gold bij aanvang van de zorg, wordt gecontinueerd voor zover er sprake is van een aaneengesloten behandeling. Dit geldt uiteraard niet als de verzekerde overstapt naar een andere zorgverzekering. Deze regeling geldt in aanvulling op de voorgestelde regeling in artikel 13, tweede lid, onder c, waarin is bepaald dat een vergoeding voor een lopende behandeling bij een zorgverlener wiens contract niet wordt verlengd, wordt voortgezet c.q. afgerond onder de condities als was deze nog gecontracteerd.

Met algemene stemmen aangenomen

Artikel II, nieuw onderdeel Ba

20 → **41** (Slob c.s.) over een recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding voor kosten die voor een bepaalde vorm van zorg of dienst worden gemaakt

Van de werking van het voorgestelde artikel 13, eerste lid, wordt een aantal vormen van zorg uitgezonderd, namelijk zorg zoals huisartsen en verloskundigen die plegen te bieden, fysiotherapie, logopedie, ergotherapie, oefentherapie, farmaceutische zorg, mondzorg (met uitzondering van de tandheelkundige hulp van specialistische aard) kraamzorg en dieetadvisering alsmede verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 10, onderdeel g, van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Voor deze vormen van zorg geldt dat de verzekerde recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten. De indieners menen dat de vergoedingsregeling voor deze zorg moet blijven aansluiten bij de huidige regeling in artikel 13 van de Zvw, waarbij in de memorie van toelichting is gesteld dat de omvang van de vergoeding niet zodanig mag zijn dat deze feitelijk verhindert dat de verzekerde niet-gecontracteerde zorg inroept. De tekst van het eerste lid sluit om deze reden aan bij deze huidige regeling, waarvan het hinderpaalcriterium impliciet deel uitmaakt.

Voor verpleging en verzorging (die niet gepaard gaat met verblijf) dient de verzekerde eerst toestemming van de zorgverzekeraar te verkrijgen, alvorens hij de zorg betreft van een niet-gecontracteerde aanbieder. De zorgverzekeraar neemt daarbij in overweging of en in hoeverre de wijkverpleegkundige deelneemt aan sociale wijkteams en of de aanbieder voldoet aan de benodigde, gangbare kwaliteits- en doelmatigheidseisen om deze zorg te leveren. De verzekeraar kan met andere woorden toestemming slechts onthouden indien daartoe gewichtige redenen bestaan.

In het voorgestelde artikel 13, vierde lid, is opgenomen dat de zorgverzekeraar transparant dient te zijn over de hoogte van de vergoedingen die hij verstrekt. Dit geldt uiteraard ook voor de uitgezonderde vormen van zorg waarbij aangesloten wordt bij de huidige regeling in artikel 13 van de Zvw. Samen met de verplichtingen die de zorgverzekeraar krijgt om transparant te zijn over het inkoopproces en inkoopbeleid en hoe hij daarbij rekening houdt met de godsdienstige gezindheid, de levensovertuiging en



datum 24 juni 2014

blad 6

de culturele achtergrond van verzekerden, is de verzekerde in staat een weloverwogen keuze te maken voor een zorgverzekering.

Aangenomen. Voor: het CDA, de ChristenUnie, de SGP, de VVD, Van Vliet, 50PLUS/Baay-Timmerman, 50PLUS/Klein, D66, GroenLinks, de PvdA, de PvdD en de SP

Artikel V, nieuw lid

17 (Bouwmeester c.s.) dat waarborgt dat de wetswijziging van artikel 13 van de Zvw twee jaar na inwerkingtreding wordt geëvalueerd

De indieners van dit amendement zien dat door de wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) het van belang is dat zorgverzekeraars meer transparantie gaan bieden. Tevens willen de indieners de gevolgen van deze wetswijziging voor zorgaanbieders en verzekerden volgen en daarom willen zij gewaarborgd zien dat de wetswijziging van artikel 13 van de Zvw twee jaar na inwerkingtreding wordt geëvalueerd. Elementen die in de evaluatie, bedoeld in het derde lid, aan bod komen zijn ten minste de ontwikkelingen die hebben plaatsgevonden ten aanzien van:

- het aanbod van naturapolissen, restitutiepolissen en combinatiepolissen;
- het aantal verzekerden naar polis;
- de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg conform artikel 13 van de Zvw;
- de mate waarin kleine en grote zorgaanbieders worden gecontracteerd;
- de mate waarin verzekeraars gelijke kansen bieden aan zorgaanbieders in het zorginkoopproces;
- de mate waarin er ruimte is voor nieuw en innovatief aanbod;
- eventuele knelpunten met betrekking tot het inkoopproces die leiden tot negatieve effecten voor patiënten en/of verzekerden;
- eventuele inbreuken op de verplichtingen uit deze wet;
- de wijze waarop de verzekerden bij het inkoopbeleid betrokken zijn;
- op welke wijze zorgverzekeraars kwaliteitsbeleid bij de zorginkoop hanteren.

Aangenomen. Voor: de PVV, het CDA, de ChristenUnie, de SGP, de VVD, Van Vliet, 50PLUS/Baay-Timmerman, 50PLUS/Klein, D66, GroenLinks, de PvdA, de PvdD en de SP

Verworpen, ingetrokken en/of vervallen amendementen

Diverse artikelen

40 (Bruins Slot) dat regelt dat de Nederlandse Zorgautoriteit bevoegd is toezicht te houden op de totstandkoming van overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders

Dit amendement regelt dat de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) bevoegd is toezicht te houden op de totstandkoming van overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De NZa let hierbij nadrukkelijk op de gevolgen van de gemaakte overeenkomsten voor de kwaliteit van zorg en of kwaliteit van zorg voldoende een rol in het contracteringsproces speelt.



datum 24 juni 2014

blad 7

Ter bescherming van de kwaliteit van zorg is de NZa bevoegd aanwijzingen te geven, die moeten worden opgevolgd binnen een bepaalde termijn. Wanneer gegeven aanwijzingen niet op tijd worden opgevolgd, is de NZa bevoegd een dwangsom op te leggen. Om een kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg te behouden dienen zorgverzekeraars op kwaliteit in te kopen. Dat gebeurt momenteel nog onvoldoende concludeert de NZa. De indiener is van mening dat NZa meer sturingsmogelijkheden tot zijn beschikking moet krijgen, er te weinig op basis van kwaliteit wordt ingekocht en in onvoldoende mate sprake is van een gelijkwaardig speelveld. Dit amendement regelt dat de NZa kan ingrijpen op de wijze waarop zorgverzekeraars contractonderhandelingen voeren. Dat betekent dus een extra publiekrechtelijke waarborg door de NZa meer bevoegdheden te geven.

Verworpen. Voor: de PVV, het CDA, 50PLUS/Baay-Timmerman, 50PLUS/Klein, GroenLinks, de PvdD en de SP

Artikel II, nieuwe onderdelen 0A en D

25 → 42 (Bruins Slot) over het tussentijds sluiten van een restitutiepolis

Op grond van dit amendement moeten zorgverzekeraars zowel naturapolissen als restitutiepolissen aanbieden. Hiernaast blijft het mogelijk dat verzekeraars gemengde polissen aanbieden. Wanneer een verzekerde kiest voor een naturapolis of een gemengde polis kan hij op grond van dit amendement in twee gevallen per direct overstappen naar een restitutiepolis.

Ten eerste is overstappen mogelijk wanneer het “zorgplafond” is bereikt bij de door de verzekerde gewenste gecontracteerde zorgaanbieder. Hiermee wordt bedoeld op de situatie waarin een verzekeraar niet genoeg zorg heeft ingekocht bij de gecontracteerde zorgaanbieder, waardoor de verzekerde niet binnen redelijke termijn terecht kan bij de door hem gewenste gecontracteerde zorgaanbieder.

Ten tweede is overstappen mogelijk wanneer de zorgverzekeraar een contract met een zorgaanbieder beëindigt, nadat de zorgverzekering is gesloten. De verzekerde moet er op kunnen vertrouwen dat als hij een zorgverzekering bij de verzekeraar afsluit, dat hij van die zorgaanbieder ook zorg kan ontvangen. Op het moment dat dit niet het geval blijkt te zijn, dan heeft de verzekerde de mogelijkheid om per direct op een restitutiepolis over te stappen

Verworpen. Voor: de PVV, het CDA, 50PLUS/Baay-Timmerman, 50PLUS/Klein, GroenLinks, de PvdD en de SP

Artikel II, onderdeel A

26 (Leijten en Van Gerven) over een algemene contracteerplicht voor zorgverzekeraars

De indieners zijn van opvatting dat het niet primair de taak van de zorgverzekeraars is om de kwaliteit van de hulpverleners te beoordelen. Dit is bij uitstek een taak voor de hulpverleners zelf, de vertegenwoordigers van de beroepsgroepen, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het Zorginstituut Nederland. De zorgverzekeraars ontberen ook de kennis en de kunde om de kwaliteit van zorg goed te beoordelen. Ook 8 jaar na invoering van de Zorgverzekeringswet is nog steeds de praktijk dat bij de contractering van zorg kwalitatieve afwegingen een ondergeschikte rol spelen en dat er met name op financiële motieven wordt ingekocht.



datum 24 juni 2014

blad 8

Ook is het onwenselijk dat zorgverzekeraars een doorslaggevende stem krijgen in het contracteren op kwaliteit omdat dit gebeurt op basis van verschillende kwalitatieve parameters die de verschillende verzekeraars hanteren, hetgeen leidt tot rechtsongelijkheid. Verder is niet uit te leggen aan patiënten dat de ene verzekeraar om kwalitatieve redenen een hulpverlener wel contracteert terwijl een andere hulpverlener om kwalitatieve redenen dat juist niet doet.

In dit amendement regelen de indieners dat zorgverzekeraars alle bonafide hulpverleners en zorginstellingen die aan landelijke kwaliteitsnormen voldoen verplicht dienen te contracteren.

Dit leidt tot rechtsgelijkheid voor alle hulpverleners, vermindert de bureaucratische rompslomp en verspilling van middelen, vormt de basis voor een goede en langdurige arts-patiëntrelatie en geeft maximale keuzevrijheid aan de patiënt om zorg te ontvangen van de hulpverlener van zijn of haar keuze.

Verworpen. Voor: de PvdD en de SP

Artikel II, onderdeel B, artikel 13

14 (Leijten en Van Gerven) dat regelt dat de door de zorgverzekeraar vastgestelde vergoeding niet dermate gering mag zijn dat dit een feitelijke hinderpaal oplevert voor de verzekerde om voor een andere aanbieder te kiezen

De regering stelt voor om artikel 13, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) zodanig aan te passen dat de naturazorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst – en daarmee in zijn zorgpolis – zelf kan bepalen of hij bij niet gecontracteerde zorgaanbieders genoten zorg vergoedt en zo ja, tot welke hoogte. Die hoogte kan derhalve lager zijn dan de «feitelijke-hinderpaalvergoeding». De verzekeraar kan er zelfs voor kiezen om (al dan niet slechts voor door hem in de modelovereenkomst aangegeven vormen van zorg of andere diensten) in het geheel geen vergoeding te geven. De indieners van dit amendement vinden dat ongewenst, en maken de voorgestelde wijziging van artikel 13 wat betreft de vrijheid van zorgverzekeraars om zelf de hoogte van de vergoeding te bepalen daarom ongedaan. In de eerste plaats vindt de indiener het van belang dat de keuzevrijheid van patiënten in stand blijft. Wat betreft de indiener is de keuzevrijheid van patiënten ongeacht het inkomen een groot goed. Daarnaast meent de indiener, met het oog op een langdurige behandel- en vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en patiënt, dat het van groot belang is dat de patiënt keuzevrijheid houdt om zelf te kiezen voor een zorgverlener. Daarnaast wil de indiener voorkomen dat zorgaanbieders door de wijziging van artikel 13 in het wetsvoorstel feitelijk niet anders kunnen dan de eisen van de verzekeraars in te willigen, omdat het ontbreken van een contract met de zorgverzekeraar betekent dat er feitelijk geen zorg geleverd kan worden.

Verworpen. Voor: de PVV, 50PLUS/Baay-Timmerman, GroenLinks, de PvdD en de SP



datum 24 juni 2014

blad 9

Artikel II, onderdeel B, in artikel 13, nieuw lid 1a

24 (Klever) over het invoegen van het hinderpaalcriterium in artikel 13 van de Zorgverzekeringswet

Het voorliggende wetsvoorstel wijzigt artikel 13 van de Zorgverzekeringswet waardoor de zorgverzekeraar zelf kan bepalen of hij niet-gecontracteerde zorg vergoedt bij een naturapolis, en zo ja tot welke hoogte. De indiener vindt dit een buitenproportionele maatregel om tot selectiever contracteren te komen en vindt het onacceptabel dat verzekerden het recht kwijtraken om in alle vrijheid hun eigen zorgaanbieder te kiezen. Om de onderhandelingspositie zo gelijkwaardig mogelijk te houden en zorgverzekeraars niet onnodig op kosten te jagen is de indiener van mening dat de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg volgens het nu geldende hinderpaalcriterium prima geregeld is. Dit prikkelt zorgaanbieders om zorg van goede kwaliteit tegen concurrerende prijzen te blijven leveren, het biedt zorgverzekeraars voldoende mogelijkheden om selectief in te kopen en voor de patiënt blijft de vrije artskeuze bestaan.

Verworpen. Voor: de PVV, de Groep Bontes/Van Klaveren, 50PLUS/Baay-Timmerman, GroenLinks, de PvdD en de SP

Artikel II, nieuw onderdeel Ba

29 (Bruins Slot) over het uitzonderen van een aantal vormen van zorg, waaronder anderhalvelijnszorg en ketenzorg, van artikel 13, eerste lid

Dit amendement regelt dat verzekerden voor de vormen van zorg, genoemd in dit amendement, recht hebben op een door de zorgverzekeraar vast te stellen vergoeding van de voor deze zorg gemaakte kosten, wanneer deze zorg wordt afgenomen van een andere zorgaanbieder dan de zorgaanbieder waarmee de verzekeraar een overeenkomst heeft gesloten. De omvang van deze vergoeding mag niet zo laag zijn dat hierdoor de keuzevrijheid van verzekerden om van een andere zorgaanbieder gebruik te maken geheel teniet wordt gedaan.

De indiener is van mening dat de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg gewaarborgd moet blijven worden. Mensen moeten in eerste instantie geen belemmering of drempel ervaren als zij hulp nodig hebben. Zorg moet laagdrempelig en goed toegankelijk zijn. Daarbij hecht de indiener belang aan de vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverlener en het bevorderen van substitutie van tweede lijns- naar eerstelijnszorg. Het eerder ingediende amendement van het lid Slob C.S.-onder nummer 20 - regelt voor een te beperkt aantal eerstelijnszorg deze goede toegankelijkheid. We noemen hier dan nog specifiek de anderhalvelijnszorg (inclusief de ander halvelijnscentra) en de ketenzorg aangezien we te maken hebben met een toename van het aantal mensen met één of meer chronische aandoeningen. Samenwerking tussen aanbieders van verschillende soorten zorg, ketenzorg dus, wordt hierdoor een vereiste. Voor de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (ggz) geldt dat de vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en patiënt van groot belang is, dat dit ook de effectiviteit van de behandeling vergroot en dat ggz ook zorg in de buurt moet zijn.

Onder ketenzorg verstaat de indiener het samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd, waarbij het cliëntproces centraal staat en waarbij zoveel mogelijk aansluiting wordt



datum 24 juni 2014

blad 10

gezocht met diens omgeving. Er wordt een sluitende keten gevormd van diagnostiek, behandeling, begeleiding en palliatie, maar ook van preventie, vroeg opsporen en zelfmanagement.

Onder anderhalvelijnszorg en anderhalvelijnscentra verstaat de indiener de verplaatsing van speciale verrichtingen en kleine medische ingrepen, met behoud van kwaliteit, vanuit de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg. Het gaat dan om samenwerkingsprojecten die aantonen dat behandeling of delen van behandeling die traditioneel in de tweede lijn plaatsvinden, in de eerste lijn vergelijkbare of betere resultaten opleveren in sociaal, medisch en/of financieel opzicht ten opzichte van behandeling in de tweede lijn.

Vooruitdenken bij zorgverlening en het gezamenlijk aanbieden van zorg, op een plek dicht bij de patiënt, leidt tot hogere kwaliteit. Effectieve ketenzorg vermindert bovendien de druk op specialistische ziekenhuiszorg in de toekomst. Integrale bekostiging betekent dat de gezamenlijke zorg van verschillende aanbieders één tarief krijgt. Deze nieuwe vorm van bekostiging maakt het voor zorgaanbieders eenvoudiger om de zorg samenhangend te organiseren rondom de zorgvraag van de patiënt. Door een knip tussen maken tussen wel en niet vergoeden van ongecontracteerde zorg in de eerstelijns en in de tweedelijns wordt de ontwikkeling om de zorg voor chronisch zieken dicht bij huis en op één plek te organiseren afgeremd.

De vraag naar zorg is zichtbaar aan het veranderen. Als gevolg van de toenemende levensverwachting ontstaat meer vraag naar zorg voor chronische aandoeningen en ondersteuning voor behoud van zelfredzaamheid. Vanuit het traditioneel aanbod in de eerste- en tweedelijns kan in de toekomst geen goed en betaalbaar antwoord worden gegeven op deze ontwikkelingen. Dit probleem vraagt om nieuwe zorgvormen en andere zorgorganisaties. Het uitgangspunt van de indiener daarbij is dat de zorgvraag van de onze klant leidend is. De zorg moet zo veel mogelijk in de eigen omgeving van de klant plaatsvinden. Hiermee kan onnodige intramurale en specialistische zorg zo veel mogelijk worden voorkomen. In deze centra wordt een verbinding tussen de eerstelijns en tweedelijns zorg gemaakt.

Verworpen. Voor: het CDA, 50PLUS/Baay-Timmerman, 50PLUS/Klein, GroenLinks, de PvdD en de SP

Artikel II, onderdeel C

39 (Bruins Slot/Voortman) dat regelt dat het persoonsgebonden budget wordt verankerd in de Zorgverzekeringswet

De indieners zijn van mening dat het Persoonsgebonden Budget (PGB) wettelijk verankerd moet worden in de Zorgverzekeringswet. Het is voor de indieners van belang dat mensen een bewuste keuze kunnen maken voor een PGB. De manier waarop het PGB nu voor bepaalde doelgroepen is geregeld en de criteria waar men aan moet voldoen zijn te beperkt. Het PGB is geen doel op zich maar een middel om zorg in te kopen dat aansluit bij het werksituatie en de levensomstandigheden van een budgethouder en zijn familie. Het PGB geeft verzekerden in de Zorgverzekeringswet niet alleen vrijheid en ruimte maar het beheren ervan vraagt ook wat van mensen. De indieners zijn van mening dat het budget ook als een zogenaamd voorschot door de zorgverzekeraar dient te worden verstrekt aangezien de financiële last voor mensen geen belemmering mag zijn om een persoonsgebonden budget aan te vragen.



datum 24 juni 2014

blad 11

Nu is het PGB niet alleen om de keuzevrijheid het beste bij te garanderen. Het PGB draagt ook bij aan het innovatieve vermogen van het zorgaanbod en geeft grotere kansen voor nieuwe toetreders in de zorg. Het geeft de verzekerde investeringsgelden om langdurige op maat gesneden relaties met zorgaanbieders aan te gaan.

Verworpen. Voor: de PVV, het CDA, 50PLUS/Baay-Timmerman, GroenLinks, de PvdD en de SP

Artikel II, onderdeel D

27 (Bruins Slot c.s.) dat regelt dat het prijsverschil tussen de meest zuivere vorm van een restitutiepolis en de meest zuivere vorm van een naturapolis ten hoogste 5% mag zijn

De indieners vinden het van belang dat de volledige keuzevrijheid van de patiënt gewaarborgd blijft door middel van het aanbieden van restitutiepolissen. Daarvoor is het belangrijk dat gegarandeerd wordt dat een restitutiepolis betaalbaar blijft. Het is van belang de solidariteit in de zorg te waarborgen zodat de restitutiepolis voor een ieder een betaalbaar alternatief blijft. Het gaat de indieners erom dat het prijsverschil tussen de meest zuivere vorm van een restitutiepolis en de meest zuivere vorm van een naturapolis met alleen maar gecontracteerde zorg (dus de meest extreme budgetpolis) 5% mag zijn. In het amendement wordt aangesloten bij 'de grondslag van de premie', waarmee de premie wordt bedoeld die geldt indien geen collectiviteitskorting of korting voor een eigen risico van toepassing is.

Indien sprake is van mixvormen van zorgverzekeringen, valt de grondslag van de premie binnen de bandbreedte van vijf procent die hierboven is geschetst.

Verworpen. Voor: de PVV, het CDA, 50PLUS/Baay-Timmerman, GroenLinks, de PvdD en de SP

Artikel II, onderdeel B, artikel 13

6 (Van der Staaij en Slob) over het terugdraaien van de wijziging in artikel 13, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet

De regering stelt voor om artikel 13 lid 1 van de Zvw zodanig aan te passen dat de naturazorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst – en daarmee in zijn zorgpolis – zelf kan bepalen of hij bij niet gecontracteerde zorgaanbieders genoten zorg vergoedt en zo ja, tot welke hoogte. Die hoogte kan derhalve lager zijn dan de «feitelijke-hinderpaalvergoeding». De verzekeraar kan er zelfs voor kiezen om (al dan niet slechts voor door hem in de modelovereenkomst aangegeven vormen van zorg of andere diensten) in het geheel geen vergoeding te geven. De indieners van dit amendement vinden dat ongewenst, en maken de voorgestelde wijziging van artikel 13 daarom ongedaan. In de eerste plaats vinden de indieners het van belang dat de keuzevrijheid van de verzekerden in stand blijft. Keuzevrijheid is een belangrijke effectieve externe prikkel gebleken voor zorgaanbieders om goede zorg te leveren. De indieners zouden het ongewenst vinden als deze prikkel – die bovenop de inkooponderhandelingen van de zorgverzekeraar komt – door de voorgestelde wijziging van artikel 13 zou verminderen. Daarnaast menen de indieners, met het oog op een langdurige behandel- en vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en cliënt, dat het van groot belang is dat de cliënt keuzevrijheid houdt om zelf te kiezen voor een zorgverlener. In de tweede plaats vinden de indieners een gelijkwaardige onderhan-



datum 24 juni 2014

blad 12

delingspositie tussen zorgaanbieders en verzekeraars belangrijk. De indieners willen voorkomen dat zorgaanbieders door de wijziging van artikel 13 in het wetsvoorstel feitelijk niet anders kunnen dan de eisen van de verzekeraars in te willigen, omdat het ontbreken van een contract met de zorgverzekeraar en een ontoereikend restitutietarief betekent dat er feitelijk geen zorg geleverd kan worden. Daarbij komt dat de selectiecriteria op basis waarvan verzekeraars zorg contracteren nog onvoldoende transparant en uitgekristalliseerd zijn. De voornoemde argumenten zullen in versterkte mate gelden als het voornemen uit het regeerakkoord wordt uitgevoerd om de restitutiepolis in zijn geheel af te schaffen in het basispakket. In de derde plaats is gebleken dat zorgverzekeraars pas sinds 2012 – voornamelijk dankzij de toegenomen risicodragendheid – echt in hun rol komen en selectief zorg zijn gaan inkopen. Daardoor heeft de zorgverzekeringwet in de huidige opzet nog onvoldoende kans gekregen zich te bewijzen. Door de extra eigen betalingen, veroorzaakt door het verschil tussen de «feitelijke-hinderpaalvergoeding» en de daadwerkelijke rekening van de geleverde zorg, zullen verzekerden vanaf die datum al een voldoende prikkel ervaren om – als de ingekochte zorg aansluit bij de preferenties van de verzekerden – van de gecontracteerde zorgaanbieder zorg af te nemen.

Ingetrokken

Moties

28 (Leijten) over verbieden van door sponsors betaalde reizen

Verworpen. Voor: de PVV, GroenLinks, de PvdD en de SP

30 (Leijten) over de arts-patiëntrelatie als kern van de zorg

Verworpen. Voor: de PVV, 50PLUS/Baay-Timmerman, GroenLinks, de PvdD en de SP

31 (Leijten) over geen armenpolis en elitepolis laten ontstaan

Verworpen. Voor: de PVV, 50PLUS/Baay-Timmerman, GroenLinks, de PvdD en de SP

32 (Voortman) over het inrichten van verzekerdenraden bij zorgverzekeraars

Verworpen. Voor: de ChristenUnie, 50PLUS/Baay-Timmerman, 50PLUS/Klein, GroenLinks, de PvdD en de SP

33 (Voortman) over een gelijkwaardige keuze tussen een pgb of zorg in natura

Verworpen. Voor: de PVV, het CDA, 50PLUS/Baay-Timmerman, 50PLUS/Klein, GroenLinks, de PvdD en de SP

34 (Voortman c.s.) over evalueren van de ervaringen met het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringwet

Verworpen. Voor: van het CDA, de ChristenUnie, de SGP, 50PLUS/Baay-Timmerman, 50PLUS/Klein, D66, GroenLinks, de PvdD en de SP



datum 24 juni 2014

blad 13

35 (Slob c.s.) over het versterken van de invloed van verzekerden op het zorgbeleid

Aangenomen. Voor: de PVV, het CDA, de ChristenUnie, de SGP, de VVD, Van Vliet, 50PLUS/Baay-Timmerman, 50PLUS/Klein, D66, GroenLinks, de PvdA, de PvdD en de SP.

36 (Bruins Slot en Leijten) over een nulmeting naar de omvang van niet-gecontracteerde zorg

Verworpen. Voor: de PVV, het CDA, GroenLinks, de PvdD en de SP

37 (Klever) over de garantie dat patiënten geen cruciale zorg wordt onthouden

Verworpen. Voor: de PVV, GroenLinks, de PvdD en de SP

38 (Klever) over maatregelen om minderheidsbelangen van zorgverzekeraars in zorgverleners te verbieden

Verworpen. Voor: de PVV, GroenLinks, de PvdD en de SP