

Vergaderjaar 2014–2015

**33 362**

**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**

**H**

**NADERE MEMORIE VAN ANTWOORD**

Ontvangen 28 november 2014

Bijgaand doe ik u toekomen de nadere memorie van antwoord inzake 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 (33 362).

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers

## Inleiding

De regering heeft met belangstelling kennis genomen van de vragen van de leden van de Eerste Kamer over onderhavig wetsvoorstel. Onderstaand worden deze vragen beantwoord in de volgorde waarin deze zijn gesteld door de verschillende fracties.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of het juist is dat er vooral een daling van de premies voor naturapolissen te verwachten is en niet zozeer een stijging van de premies voor restitutiepolissen. Toch leeft in de samenleving breed de vrees dat een restitutiepolis straks voor veel mensen niet meer betaalbaar zal zijn. Ziet de regering mogelijkheden om verhoging van de premies voor restitutiepolissen te maximeren en zo de genoemde vrees weg te nemen?*

De verwachting is dat bij stijging de premies van de naturapolissen minder sterk zullen stijgen dan de premies van restitutiepolissen, doordat naturaverzekeraars door de wijziging van artikel 13 Zvw beter kunnen sturen op prijs, kwaliteit en doelmatigheid ten opzichte van restitutieverzekeraars. De restitutiepolis zal zich niet anders ontwikkelen dan tot nu toe, omdat er ten aanzien van de restitutiepolis niets verandert. Het is op basis van de huidige wet- en regelgeving niet mogelijk de premie voor de restitutiepolis te maximeren. Maar, verzekerden met een inkomen onder een bepaald niveau hebben recht op zorgtoeslag. Deze is gebaseerd op het gemiddelde van de nominale premie (en het gemiddelde eigen risico). Als restitutieverzekeringen duurder worden dan naturaverzekeringen wordt dit meegewogen in de hoogte van de zorgtoeslag, aangezien wordt uitgegaan van het gemiddelde van de nominale premie.

*De leden van de fractie van de PvdA vragen of verwacht mag worden dat verzekeraars ten behoeve van verzekerden in grensregio's zorg zullen inkopen bij instellingen over de grens waar veel Nederlandse verzekerden op dit moment gebruik van maken.*

Het is en blijft volop mogelijk dat zorgverzekeraars instellingen buiten Nederland contracteren, met name als de vraag naar die zorg aanzienlijk is. Dat gebeurt ook. Daarnaast kan de door de verzekeraar in acht te nemen zorgplicht van de verzekeraar meebrengen dat hij in voldoende mate moet voorzien in zorgaanbod binnen redelijke afstand van de woonplaats van de verzekerde. Het moeten voldoen aan de zorgplicht is een van de uitzonderingen voorzien in artikel 13 Zvw, op grond waarvan de zorgverzekeraar ook kosten van niet-gecontracteerde zorg moet vergoeden aan een natura-polishouder. Overigens kan ook binnen een restitutiepolis worden gecontracteerd. De regering heeft geen reden om aan te nemen dat zorgverzekeraars in de grensstreek na de inwerking-treding van artikel 13 Zvw ineens minder zouden gaan contracteren dan thans al het geval is. Wel kan ook hier meer gebruik worden gemaakt van selectieve zorginkoop door verzekeraars.

*De leden van de CDA-fractie menen dat de regering met het voorliggend voorstel een verbod wil introduceren om een probleem te voorkomen dat zich nog niet heeft voorgedaan. Dat roept bij voornoemde leden wederom de vraag op waarom deze generieke wetgeving, die alle situaties van integratie (behoudens de twee in de wet opgenomen uitzonderingen) blokkeert, is voorzien. De regering stelt dat een onafhankelijke autoriteit die toestemming zou moeten geven, te weinig duidelijkheid verschaft. Graag vernemen zij op welke punten in het bijzonder het instrumentarium van de ACM en de NZA tekort schiet om ongewenste gevallen van verticale integratie, m.n. als daarmee monopolieposities ontstaan, te voorkomen? Zo in dat instrumentarium essentiële elementen ontbreken,*

*is dan overwogen of aanvulling van het instrumentarium niet een meer proportionele maatregel dan een algeheel verbod op verticale integratie is, zo vragen zij.*

Het relevante instrumentarium van de ACM en de NZA waarnaar de leden van de CDA-fractie vragen heeft zijn oorsprong in het mededingingsrecht. De ACM is op basis van de mededingingswet uitsluitend geëquipeerd om verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders tegen te houden wanneer dit zou leiden tot een significante beperking van de mededinging. Het voorkomen van concentraties (verticaal of horizontaal) is in het mededingingsrecht geen doel op zich. De ACM kan optreden door te weigeren een vergunning af te geven voor een overname of fusie die leidt tot verticale integratie.

De NZa voert op basis van de Wet Marktordening gezondheidszorg (WVG)<sup>1</sup> een zorgspecifieke fusietoets uit. Daarbij toetst zij, kort samengevat, of cliënten, personeel en andere betrokkenen door de partijen met een fusievoornemen zorgvuldig zijn betrokken bij het fusieproces. Onder zorgvuldig moet in ieder geval worden verstaan: tijdig en op begrijpelijke wijze. De NZa zal hierbij expliciet inzoomen op de aandacht die door partijen met een concentratievoornemen is besteed aan het betrekken van cliënten en personeel. Daarnaast zal de NZa bezien of op grond van de voorgenomen fusie de continuïteit van cruciale zorg in gevaar komt. De NZa zou met dit instrument de voorgenomen verticale integratie slechts kunnen verbieden indien de cliënten, het personeel en andere belanghebbenden onvoldoende (serieus) bij het voornemen tot concentratie zouden zijn betrokken, indien ten gevolge van de concentratie de continuïteit van de zorg in gevaar zou komen of indien in de rapportage onvoldoende aandacht zou zijn besteed aan de overige hiervoor opgesomde punten. Een concentratie van een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder zou niet kunnen worden tegengehouden vanwege het risico van een minder objectieve en suboptimale belangenbehartiging door de zorgverzekeraar bij de zorginkoop ten behoeve van zijn verzekerden.

Daarnaast kan de NZa ook optreden wanneer een partij op de zorgmarkt aanmerkelijke marktmacht heeft.<sup>2</sup> Het instrument wordt gehanteerd in het kader van het tot stand brengen van daadwerkelijke mededinging, en is afgeleid van het algemene mededingingsrecht. Ook hier geldt dus, evenals bij het toezicht door de ACM, dat wanneer andere publieke belangen worden aangetast zonder dat er sprake is van een (al dan niet potentiële) beperking van de mededinging, het instrumentarium niet toereikend is.

In situaties waar verticale integratie leidt tot monopolieposities is het hierboven geschetste instrumentarium toereikend. Dit gaat echter voorbij aan het feit dat -zoals elders uitgebreid uiteengezet- de regering het mogelijk acht dat als gevolg van verticale integratie publieke belangen worden aangetast zonder dat er sprake is van een beperking van de mededinging. Het beschikbare instrumentarium is derhalve niet toereikend om deze publieke belangen te borgen. Aanvulling van dit instrumentarium is dan ook niet aangewezen, te meer niet omdat dit zou neerkomen op een beoordeling van geval tot geval door een onafhankelijke toezichthouder. Dit biedt in de ogen van de regering geen oplossing. Zoals in de toelichting op het wetsvoorstel betoogd, heeft de regering deze optie overwogen. De regering acht het uit het oogpunt van het vertrouwen in het stelsel dat bij de verzekerde en patiënt moet ontstaan en de wens om de schijn van belangenverstremgeling tegen te gaan elke vorm van verticale integratie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder onwenselijk, tenzij het een van de in deze wet geformuleerde uitzonde-

<sup>1</sup> Artikel 49.

<sup>2</sup> Artikel 48 Wet marktordening gezondheidszorg.

ringen betreft. Het is volgens de regering niet mogelijk om vooraf kenbare criteria te formuleren aan de hand waarvan verticale integratie positief beoordeeld zou kunnen worden en waarop goed en robuust toezicht gehouden zou kunnen worden, anders dan aan de hand van de criteria die in dit wetsvoorstel zijn opgenomen. Alle andere verticale integratie van zorgverzekeraars met zorgaanbieders zou immers tot de door de regering nadelig geachte effecten leiden.

*De leden van de CDA-fractie vragen de regering naar de afweging van belangen en de borging van adequate zorg bij een zorgaanbieder waarbij sprake is van doorslaggevende zeggenschap van een private investeerder respectievelijk een zorgverzekeraar. Daarnaast vraagt zij de regering of de positie en de interne zeggenschap en invloed verschillen tussen beide situaties, en zo ja, welke dat zijn.*

De regering is van mening dat de belangen en de borging van adequate zorg anders is indien er sprake is van zeggenschap van een private investeerder dan wanneer er sprake is van zeggenschap door een zorgverzekeraar.

Het verschil tussen een private investeerder, niet zijnde een ziektekostenverzekeraar, en een ziektekostenverzekeraar, is het verschil in belangen. Het verbod op verticale integratie is ingegeven door de overgangssituatie van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd zorgstelsel. In het op vraagsturing gebaseerde zorgstelsel behartigen zorgverzekeraars de belangen van hun verzekerden als inkoper van zorg. Door verticale integratie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder ontstaat een risico dat zorgverzekeraars de belangen van zorgvragers minder objectief en optimaal behartigen. Immers, als een zorgverzekeraar zeggenschap verwerft in een zorgaanbieder, dan ontstaat een prikkel om de verzekerden zoveel mogelijk naar deze zorgaanbieder te sturen. De regering is van mening dat de zorgverzekeraar zorg moet contracteren op basis van kwaliteit en prijs, niet op basis van een bedrijfseconomisch belang bij één eigen zorgaanbieder. Zorgverzekeraars zouden immers bij hun contractering de belangen van de patiënt voorop moeten stellen en niet het bedrijfsbelang van de verzekeraar bij die zorgaanbieder. Patiënten en verzekerden moeten kunnen vertrouwen op de onafhankelijkheid van zorgaanbieders en van zorgverzekeraars ten opzichte van elkaar. Private investeerders, niet zijnde zorgverzekeraars, hebben een eenduidig belang bij het investeren in zorgaanbieders. Aandeelhouders investeren hun eigen geld om de zorgaanbieder kosteneffectief en kwalitatief onderscheidend te maken en zodoende rendement te krijgen op het kapitaal dat zij ter beschikking hebben gesteld. Hoe beter de zorgaanbieder presteert, hoe meer patiënten deze zal aantrekken en hoe groter de kans dat er een vergoeding voor het aangetrokken risicodragend kapitaal kan worden uitgekeerd of dat de waarde van de onderneming toeneemt. Wanneer de kwaliteit onder de maat is, zullen zorgverzekeraars immers minder of geen zorg inkopen bij de privaat gefinancierde zorgaanbieder. De zorgverzekeraar houdt in deze opzet een onafhankelijke positie ten opzichte van de zorgaanbieder, waarbij de nadruk ligt op goede kwaliteit tegen een goede prijs. De regering meent op basis van ervaringen in het buitenland dat het meekijken van aandeelhouders bij een zorgaanbieder een positieve impuls kan geven aan de kwaliteit van de zorg, wat de patiënt ten goede komt.

De positie en inrichting van interne zeggenschap tussen een verticaal geïntegreerde zorgverzekeraar/aanbieder en een zorgaanbieder met een private meerderheidsaandeelhouder verschilt niet fundamenteel. In beide gevallen is er immers sprake van (meerderheid-) aandeelhouders. Deze aanbieders zijn gebonden aan geldende wet- en regelgeving rondom bestuursstructuur, intern toezicht, verantwoording en medezeggenschap

van cliënten en personeel. Aanbieders zijn vrij om – in aanvulling op deze wettelijke vereisten – nadere eisen te stellen aan de interne zeggenschap.

*De leden van de CDA-fractie vragen of de regering echt meent dat de zorgverzekeraars in hun beleid geen enkel ander belang dan dat van hun verzekerden op het oog hebben? Hoe ziet zij bij voorbeeld dan bedrijfseconomische belangen, of eisen vanuit de moedermaatschappij van de zorgverzekeraar? Waarom zouden de algemene ervaringen uit de organisatiekunde over de eigen dynamiek in organisaties bij zorgverzekeraars niet van toepassing zijn?*

De regering heeft aangegeven dat zorgverzekeraars een belangrijke rol hebben in het stelsel. Zij kopen namens hun verzekerden zorg in waarbij ze scherp moeten letten op prijs, om zo de premie betaalbaar te houden voor hun verzekerden. Daarnaast moeten zij ook kwaliteitsaspecten scherp in de gaten houden om aan de zorgplicht jegens hun verzekerden te kunnen voldoen. Het belang van de verzekeraar is hier dus identiek aan het belang van de verzekerde als premiebetaler en als patiënt. Bedrijfseconomische belangen of eisen vanuit de moedermaatschappij zullen invloed hebben op de dienstverlening door de zorgverzekeraar. Omdat verzekeraars echter het risico lopen dat hun verzekerden «stemmen met de voeten» indien de dienstverlening te wensen overlaat (bijvoorbeeld omdat de premie veel hoger is dan bij andere verzekeraars of omdat bij de zorginkoop minder op kwaliteit wordt gelet dan bij andere verzekeraars), hebben zij een zeer sterke prikkel om het belang van de verzekerde voor ogen te houden.

*De leden van de CDA-fractie merken op dat de regering veronderstelt dat er op het moment van verticale integratie een oneigenlijk organisatiebelang bij de zorgverzekeraar gaat spelen. Zij vragen of kwalitatief goede zorg tegen een aanvaardbare prijs dan toch ook een belang van de verzekeraar blijft? En zeker indien geen sprake is van een monopolie, en de verzekerden keuze uit meerdere aanbieders hebben, zal de verzekeraar er toch ook naar willen streven dat «zijn» zorgaanbieder een optimale kwaliteit tegen een goede prijs levert. Waarom meent de regering dat dit niet zo zal werken, zo vragen deze leden.*

De regering is het eens met de leden van de CDA-fractie dat het inkopen van kwalitatief goede zorg tegen een aanvaardbare prijs in het belang van de verzekeraar is, omdat hij daarmee aan zijn verzekerden een goede polis kan bieden. Ook sluit de regering niet uit dat een zorgverzekeraar ernaar zou willen streven dat de zorgaanbieder waarin hij zeggenschap heeft optimale kwaliteit tegen een goede prijs levert. De regering sluit omgekeerd niet uit dat een zorgverzekeraar die een bedrijfseconomisch belang heeft bij de prestaties van «zijn» zorgaanbieder, zijn verzekerden naar deze aanbieder blijft doorverwijzen terwijl deze zorg levert van suboptimale kwaliteit tegen een te hoge prijs. Waar het in deze discussie in de kern om gaat, is het feit dat de organisatie van het vraaggestuurde zorgstelsel een kritische opstelling van verzekerden en patiënten ten aanzien van de kwaliteit en de prijs van de geleverde diensten veronderstelt. Voor een kritische opstelling is een belangrijke randvoorwaarde dat patiënten inzicht hebben in de inhoud, de kwaliteit en de prijs van de geleverde diensten door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Momenteel is het onderbouwen en inzichtelijker maken van de kwaliteit van de ingekochte zorg nog in ontwikkeling. Het kost tijd om volledige transparantie over de kwaliteit van zorg te realiseren. De verzekerde moeten er in de huidige situatie op kunnen vertrouwen dat de contractering door zijn zorgverzekeraar plaatsvindt op de juiste gronden. Daarbij past het niet dat een schijn van belangenverstremming ontstaat doordat de zorgverzekeraar verzekerden naar de eigen zorgaanbieder zou kunnen sturen om

redenen anders dan het patiëntenbelang. Ook past het niet dat een zorgverzekeraar de eigen zorgaanbieder zou voorttrekken bij de zorginkoop dan wel een andere zorgaanbieder achter zou stellen bij deze inkoop. Ten slotte moet voorkomen worden dat patiënten, door de mogelijke schijn van belangenverstremming, zorgaanbieders waarin zorgverzekeraars zeggenschap hebben, vermijden. Dat zou de werking van het zorgstelsel afbreuk doen. Belangrijk is ook de ruimte voor nieuwe toetreders op de markt. Nieuwe toetreders zijn cruciaal om de kwaliteit en prijs van de zorg in positieve zin te beïnvloeden. Wanneer een verzekeraar echter een bedrijfseconomisch belang heeft om concurrentie van de markt te weren om zodoende het bedrijf waarmee hij verticaal is geïntegreerd te beschermen, gaat dit ten koste van de vrije keuze van de verzekerde. Concluderend is de regering van mening dat de transparantie van het zorgstelsel wat betreft dynamiek, kosten en kwaliteit, en het vertrouwen van verzekerden in het systeem, nog onvoldoende zijn ontwikkeld om verticale integratie toe te staan.

*De leden van de CDA-fractie vragen waarom patiënten die door de verzekeraar worden verwezen naar zijn «eigen» aanbieder niet van verzekeraar zouden veranderen, indien de kwaliteit van de aanbieder waarin de verzekeraar doorslaggevende zeggenschap heeft, tekort schiet. De regering gaat immers uit van dit gedrag van verzekerden als reactie op het onbevredigend contracteringsbeleid van de verzekeraar; waarom zou van dat gedrag geen sprake zijn in het geval van onbevredigende vormen van verticale integratie, vragen de leden van de CDA fractie zich af.*

De regering is het eens met de leden van de CDA-fractie dat verzekerden van verzekeraar kunnen veranderen indien de kwaliteit van de aanbieder waarin de verzekeraar doorslaggevende zeggenschap heeft tekortschiet. Bedacht moet worden dat momenteel het onderbouwen en inzichtelijker maken van de kwaliteit van de ingekochte zorg nog in ontwikkeling is. De verzekerde moet er in de huidige situatie dus op kunnen vertrouwen dat de contractering door zijn zorgverzekeraar plaatsvindt op de juiste gronden. Daarbij past het niet dat een schijn van belangenverstremming ontstaat doordat de zorgverzekeraar verzekerden naar de eigen zorgaanbieder zou kunnen sturen om redenen anders dan het patiëntenbelang. Ook past het niet dat een zorgverzekeraar de eigen zorgaanbieder zou voorttrekken bij de zorginkoop dan wel een andere zorgaanbieder achter zou stellen bij deze inkoop. Ten slotte moet voorkomen worden dat patiënten, door de mogelijke schijn van belangenverstremming, zorgaanbieders waarin zorgverzekeraars zeggenschap hebben, vermijden. Dat zou de werking van het zorgstelsel afbreuk doen. Concluderend is de regering van mening dat de transparantie van het zorgstelsel wat betreft dynamiek, kosten en kwaliteit, en het vertrouwen van verzekerden in het systeem, nog onvoldoende zijn ontwikkeld om verticale integratie toe te staan.

*De leden van de CDA fractie vrezen dat het schrappen van het «hinderpaalcriterium» het voor kleine aanbieders (waaronder zzp'ers) veel moeilijker maakt om hun voortbestaan veilig te stellen. Daarbij zullen ook vernieuwende initiatieven, die immers vaak juist van deze kleine aanbieders komen, niet of moeizaam van de grond komen. Hoewel dergelijke aanbieders veelal ook efficiënt kunnen werken, zullen mogelijk de kosten en moeite van het maken van afspraken met vele kleine aanbieders voor de verzekeraars een beletsel op het aangaan van contracten vormen. De leden van de CDA-fractie vernemen graag een reactie van de regering op de hiervoor genoemde aspecten van positie van de kleine aanbieders. Welke mogelijkheden ziet de regering om hen een stevige, en ook vernieuwende rol in het stelsel te geven?*



Zorgverzekeraars krijgen met de wijziging van artikel 13 Zvw de mogelijkheid om zorg die van matige kwaliteit is en daarom niet gecontracteerd, niet meer te vergoeden als een verzekerde er toch gebruik van maakt. Deze druk op zorgaanbieders is wezenlijk voor de werking van ons zorgstelsel, omdat het zorgaanbieders prikkelt tot het leveren van goede zorg voor een goede prijs en zich zonnodig daarin te verbeteren. Zorgverzekeraars zullen wellicht eerder geneigd zijn zorg in te kopen bij enkele grote bestaande zorgaanbieders. Bij zorginkoop spelen echter ook kwaliteits-eisen mee en daarnaast zullen verzekeraars ook rekening moeten houden met de wensen van hun verzekerden. De regering begrijpt de zorgen vanuit het veld dat nieuwe of kleine aanbieders extra hun best moeten doen om zich te bewijzen, maar dat geldt evenzo in andere sectoren. Anderzijds is het in het belang van verzekeraars om voldoende verschillende aanbieders te hebben, opdat hij niet afhankelijk wordt van een aanbieder die daarmee zijn prijs kan opschroeven of het zich kan permitteren in kwaliteit achter te blijven.

Via het voorliggende wetsvoorstel wordt een aantal verplichtingen aan zorgverzekeraars opgelegd (art 40a, b en c Wmg) waardoor zorgaanbieders een gelijke startpositie krijgen. Zorgverzekeraars zullen onder andere informatie openbaar moeten maken over de wijze waarop zij bij de zorginkoop waarborgen dat zorgaanbieders non-discriminatoir worden behandeld (art 40a lid 1 Wmg). 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. Daarnaast krijgen zorgverzekeraars de verplichting het inkoopbeleid en inkoopproces voor 1 april voorafgaand aan het nieuwe verzekeringsjaar bekend te maken. De NZa zal jaarlijks rapporteren over de naleving van de informatieverplichtingen door zorgverzekeraars en over de ontwikkelingen op het gebied van de zorginkoop (art 32a Wmg). De NZa kan handhavend optreden indien zorgverzekeraars hun transparantieverplichtingen niet nakomen. Het contracteerproces zelf is en blijft echter een privaatrechtelijke aangelegenheid tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en het is de eigen verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om het zorginkoopbeleid vorm te geven, rekening houdend met de zojuist genoemde verplichtingen en uiteraard de zorgplicht.

De regering merkt verder op dat het Ministerie van VWS dit voorjaar een rondgang heeft georganiseerd door Nederland waar zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren in gesprek gingen met verzekeraars, de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over samenwerking en mededinging in de curatieve zorg. Met name eerstelijns aanbieders hebben daar hun zorgen geuit over het contracteringsproces door de zorgverzekeraar. Tijdens de ronde bleek echter ook dat een aantal aanwezige beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg zo met elkaar wist samen te werken, dat dit een positieve uitwerking had op de contractrelatie met een zorgverzekeraar. De regering verwijst naar een brief van 22 juli 2014<sup>3</sup> waarin voorbeelden van dergelijke initiatieven staan geschetst. De komende periode zal de regering initiatieven nemen om de ruimte voor samenwerking maximaal te verkennen en deze best practices te verspreiden.

*De leden van de CDA fractie lezen dat de regering de uitzondering die v.w.b. de eerstelijns GGZ wordt gemaakt op het recht op een vrije keuze enerzijds beargumenteert vanuit de afspraken m.b.t het hoofdlijnenakkoord voor de ggz, anderzijds vanuit de opbouw van de eerstelijnszorg, waarin de verzekeraar kennelijk een zware rol is toebedeeld. Hebben zij dat juist begrepen? En waarom is deze afspraak gemaakt, als bij andere eerstelijnszorg ook bij de naturapolis wel alle zorgaanbieders worden*

<sup>3</sup> Kamerstukken 2013–2014, 31 765, nr. 94.

*vergoed? Acht de regering deze uitzondering logisch? De leden van de CDA-fractie vragen waarom zorgverzekeraars een hoofdrol hebben in de opbouw van de eerstelijns GGZ? Hoe ziet die rol er concreet uit en is daarbij sprake van een taakverdeling tussen zorgverzekeraars?*

Zowel tweedelijns GGZ-aanbieders als aanbieders van generalistische basis GGZ zijn niet uitgezonderd van de wijziging van artikel 13 Zvw, gelet op de afspraken die in het hoofdlijnenakkoord voor de geestelijke gezondheidszorg zijn gemaakt. Samen met aanbieders, verzekeraars en patiënten is dit hoofdlijnenakkoord gesloten. Zij hebben ingestemd met de wijziging van artikel 13 Zvw, om op die manier de doelstellingen uit het akkoord te kunnen realiseren. In het akkoord zijn afspraken gemaakt over de hervorming van de GGZ. Er is regie nodig in de opbouw van de generalistische basis GGZ die hiervan het gevolg is. Daarom is het cruciaal dat de verzekeraar afspraken kan maken in de contracten met zorgaanbieders over de organisatie en de kwaliteit die nodig is om deze transitie goed te laten verlopen. Zorgverzekeraars kopen zorg in voor hun eigen verzekerden en hebben daarin dus ieder een eigen rol. Bij de vormen van eerstelijnszorg die zijn uitgezonderd van de wijziging van artikel 13 Zvw (artikel 13aa Zvw) is er geen sprake van afspraken over artikel 13 Zvw in een hoofdlijnenakkoord, met uitzondering van het akkoord voor de verpleging en verzorging.

*De leden van de CDA-fractie vragen of de regering daadwerkelijk verwacht dat veel verzekerden bij een grotere transparantie in de toekomst op andere gronden dan prijs, voor een verzekering kiezen?*

Ja, de regering verwacht dat wanneer er sprake is van meer transparantie over kwaliteit van het zorgaanbod, verzekerden deze informatie zullen meewegen bij het kiezen voor een zorgverzekering. Ook de transparantie door verzekeraars over hun inkoop- en kwaliteitsbeleid, zal verzekerden helpen om de juiste zorgverzekering te kiezen. Voor de ene verzekerde zal de prijs wellicht een zwaarwegender criterium zijn dan de kwaliteit van het gecontracteerde aanbod of het inkoopbeleid van de verzekeraar, maar voor andere verzekerden zullen dit wel belangrijke factoren zijn om de keuze op te baseren.

*De leden van de CDA-fractie vragen indien en voor zover prijs en daarin gerelateerde zaken (premiëkorting, welkomstgeschenken e.d.) een belangrijk motief voor keuze van verzekerden blijven, of dan niet valt te voorzien dat verzekeraars ook hun inkoop primair door prijs, en niet door kwaliteit laten bepalen. Hoe ziet de regering dit, en acht zij dit een acceptabele ontwikkeling? Interessant is dat een zorgverzekeraar blijkens een bericht op NU.nl recent een ziekenhuis wil dwingen tot de goedkoopste 35% te horen; zou het niet beter zijn te streven naar de beste 35%?*

Inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg is essentieel voor het functioneren van het stelsel. Op dit moment is bij de zorginkoop door zorgverzekeraars ruimte voor verbetering ten aanzien van het aspect kwaliteit, zoals de NZa ook constateert in haar monitor Zorginkoop<sup>4</sup>. Het onderbouwen en inzichtelijker maken van de kwaliteit van de ingekochte zorg is in ontwikkeling. Het kost tijd om volledige transparantie over de kwaliteit van zorg te realiseren. Om het vertrouwen in het zorgstelsel en in de rol van de zorgverzekeraar te vergroten, hebben zorgverzekeraars er zelf belang bij dat de keuzes rondom zorginkoop voor verzekerden en aanbieders inzichtelijk worden gemaakt. De regering ziet dat verzekeraars hierin stappen zetten. De verwachting is dat, naarmate de transparantie

<sup>4</sup> Kamerstukken TK 2013–2014, 29 689, nr. 498 en 520.



van kwaliteit toeneemt, verzekerden het kwaliteitsaspect ook meer mee zullen laten wegen bij de keuze voor een zorgverzekering. Verzekeraars hebben niet alleen de rol om op kwaliteit te letten maar moeten ook de betaalbaarheid van de premie in de gaten houden, omdat zij zichzelf anders uit de markt kunnen prijzen. Verzekeraars hebben dan ook de rol zorgaanbieders te stimuleren tot het leveren van zorg met de beste prijs-kwaliteit verhouding.

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe bepaald wordt wanneer het overgrote deel van de zorg door verzekeraars daadwerkelijk op basis van kwaliteit wordt ingekocht? Is daarvoor een ijkpunt bepaald en hoe lang duurt het nog voordat die situatie is bereikt?*

Er is geen ijkpunt bepaald voor wanneer verzekeraars voldoende zorg op basis van kwaliteit inkopen, zoals gezegd kost het tijd om volledige transparantie te realiseren. Wel monitort de NZa de ontwikkelingen rondom zorginkoop, zij brengt daarover regelmatig marktscans uit. Op die manier kan de regering de voortgang volgen.

Inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg is essentieel voor het functioneren van het stelsel. Bij de zorginkoop is ruimte voor verbetering ten aanzien van het aspecten kwaliteit, zoals de NZa ook constateert in haar monitor Zorginkoop<sup>5</sup>. Het is van belang te realiseren dat er bij de invoering van de Zvw in 2006, zo goed als geen openbare informatie was over de kwaliteit van zorg, noch voor patiënten, noch voor verzekeraars. Het systeem gaf daar ook geen aanleiding toe want verzekerden konden niet kiezen. De opbouw van deze kwaliteitstransparantie is eigenlijk pas begonnen sinds de invoering van de Zvw. Het onderbouwen en inzichtelijker maken van de kwaliteit van de ingekochte zorg is in ontwikkeling. Dat is ook niet verrassend: definiëring van kwaliteit is moeilijk en het creëren van consensus over wat goede kwaliteit is in een sector, neemt tijd.

Om het vertrouwen in het zorgstelsel en in de rol van de zorgverzekeraar te vergroten, hebben zorgverzekeraars er zelf belang bij dat de keuzes rondom zorginkoop voor verzekerden en aanbieders inzichtelijk worden gemaakt. De regering ziet dat verzekeraars hierin stappen zetten. Een voorbeeld dat zorgverzekeraars op basis van kwaliteit inkopen is de borstkankeroperaties, waarbij zorgverzekeraars deze zorg alleen nog inkopen bij ziekenhuizen die voldoen aan de eisen van de beroepsgroep. Er wordt ook steeds meer gewerkt met spiegelinformatie om zorgaanbieders met elkaar te kunnen vergelijken, zoals bijvoorbeeld bij huisartsen. Ook uit het rapport «Doelmatigheid in de zorginkoop»<sup>6</sup> blijkt dat verzekeraars stappen zetten.

Hiernaast is in het voorliggende wetsvoorstel een verplichting voor verzekeraars opgenomen dat zij het kwaliteitsbeleid dat bij de zorginkoop wordt gehanteerd jaarlijks voor 1 april voorafgaand aan het nieuwe verzekeringsjaar transparant maken. Op die manier wordt het voor verzekerden transparant op basis van welke kwaliteitscriteria zorgverzekeraars inkopen en kunnen hiermee rekening houden bij de keuze voor een zorgverzekering.

De regering stimuleert transparantie van kwaliteit via het Zorginstituut Nederland. Door het stimuleren van de totstandkoming van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten en met de website kiesBeter.nl – die in 2015 tijdens het jaar van transparantie wordt verbeterd – draagt het Zorginstituut Nederland bij aan inzicht in wat goede zorg is en waar die geleverd wordt en met specifieke aandacht voor het perspectief van de patiënt.

<sup>5</sup> Kamerstukken TK 2013–2014, 29 689, nr. 498 en 520.

<sup>6</sup> Kamerstukken TK 2012–2013, 30 597, nr. 278.

*De leden van de fractie van het CDA vragen ten aanzien van de Europees-rechtelijke aspecten van het schrappen van het hinderpaalcriterium in artikel 13 Zvw, of het Europeesrechtelijk niet zo is, dat een verzekerde met een natura-polis die niet gecontracteerde zorg inroept bij een buitenlandse zorgaanbieder, niet tenminste recht heeft op een vergoeding die overeenkomt met de prijs die de verzekeraar betaalt aan een gecontracteerde zorgaanbieder binnen Nederland. In die zin heeft de Europese Commissie in juni en oktober geantwoord op vragen van de CDA-leden van het Europees parlement. De leden van de fractie van het CDA ontvangen graag nog een reactie van de regering op dit punt.*

Op 14 juni 2013 bericht de Europese Commissie (E-004616/2013) naar aanleiding van vragen van mevrouw Oomen van de toenmalige CDA-fractie in het Europees parlement, dat patiënten in EU-lidstaten op grond van jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie over het vrij verrichten van diensten, rechten hebben gekregen op vergoeding van de kosten van in een andere lidstaat verstrekte gezondheidszorg. Zij hebben dat recht, als zij in de lidstaat waar zij verzekerd zijn ook recht hebben op een dergelijke vergoeding. De Commissie schrijft dat in deze gevallen er geen beperkingen dienen te bestaan op basis van de status van de zorgaanbieder in de lidstaat waar de behandeling plaatsvindt. Deze jurisprudentie is gecodificeerd in de Patiëntenrichtlijn. De richtlijn bepaalt dat een in het buitenland ontvangen behandeling wordt vergoed tot het bedrag dat zou worden vergoed indien de behandeling in de lidstaat van aansluiting was verleend. Volgens de Commissie mogen zorgverzekeraars de toegang tot grensoverschrijdende gezondheidszorg niet beperken en terugbetaling niet weigeren op grond van het feit dat zij geen contract hebben met een bepaalde zorgaanbieder in een andere lidstaat van de EU. Ook is discriminatie met betrekking tot de hoogte van de vergoeding verboden; die mag daarom niet van de status van de zorgaanbieder afhankelijk zijn. Een wetsvoorstel zoals dat in de vraag wordt beschreven, zou niet met de rechtspraak van het Hof van Justitie en Patiëntenrichtlijn in overeenstemming zijn, aldus de Commissie.

In de brief van de Commissie van 31 oktober 2013 (E-0106621/2013), opgesteld naar aanleiding van nadere vragen van mevrouw Oomen, nuanceert de Commissie dat standpunt. De Commissie stelt dat een lidstaat erop moet toezien dat de kosten die zijn gemaakt door een verzekerde die grensoverschrijdende zorg heeft ontvangen worden terugbetaald tot het bedrag dat door de lidstaat zou zijn betaald als de zorg zou zijn ingeroepen op het grondgebied van de staat waar betrokkene is verzekerd. Daarbij wijst de Commissie erop dat het vergoeden van lagere tarieven Nederlandse patiënten zou belemmeren om gebruik te maken van hun recht op grensoverschrijdende zorg. Dat betekent een belemmering van de uitoefening van het vrije verkeer en dat zou op grond van dwingende redenen van algemeen belang moeten worden gerechtvaardigd. Daarbij moet worden aangetoond dat de maatregel gezien het doel ervan zowel evenredig als noodzakelijk is. De Commissie vermeldt dat zij zich geen definitief oordeel kan vormen, zolang die rechtvaardigingen haar niet zijn voorgelegd. De Commissie vermeldt verder dat de Patiëntenrichtlijn, die de jurisprudentie van het Europese Hof codificeert, niet als doel heeft grensoverschrijdende zorg als doel op zich aan te moedigen, maar de keuzemogelijkheden te vergroten. Naar de mening van de regering heeft de Commissie in de beantwoording geen rekening gehouden met de bijzonderheden van het Nederlandse stelsel, dat privaatrechtelijk van aard is, waarin de rechten van de verzekerden – zij het binnen publiekrechtelijke randvoorwaarden – contractueel zijn bepaald, waarin verzekerden de keuze wordt geboden tussen diverse soorten polissen, elk met zijn eigen prijzen en zijn eigen vergoedingsmodaliteiten en waarbij de verzekerden de mogelijkheid hebben elk jaar een andere verzekeraar en een andere polis te kiezen.

Zou Nederland uitsluitend een verplicht naturastelsel hebben zonder de mogelijkheid van restitutiepolissen, zonder de mogelijkheid dat verzekeraars een vergoeding vaststellen voor niet-gecontracteerde zorg, en zonder de in het gewijzigde artikel 13 Zvw voorziene uitzonderingssituaties, dan zou naar de mening van de regering zorg verleend door buitenlandse zorgaanbieders in beginsel moeten worden vergoed ten bedrage van de door de verzekeraar aan binnenlandse zorgaanbieders te betalen vergoedingen. Immers, in dat geval heeft de verzekerde geen enkele keuze en worden buitenlandse zorgaanbieders voor alle vormen van zorg belemmerd in de uitoefening van het vrij verkeer van diensten. Dat geldt in dat geval met name voor extramurale zorg, die krachtens de Patiëntenrichtlijn niet aan voorafgaande toestemming mag worden gebonden. Het invoeren van intramurale zorg mag wel aan voorafgaande toestemming worden onderworpen, tenzij de zorg tot het verstrekkingenpakket behoort en gelet op de gezondheid van de verzekerde niet binnen een medisch verantwoorde termijn kan worden geleverd. Vertaald naar het Nederlandse stelsel, dat geen wettelijk toestemmingsvereiste kent, zou dat betekenen dat extramurale zorg vrij kan worden ingeroepen in het buitenland, maar intramurale zorg niet.

Zoals de regering al heeft opgemerkt in de memorie van antwoord, erkent de regering dat het vaststellen door verzekeraars van de hoogte van de vergoedingsbedragen voor (niet-uitgezonderde) vormen van zorg spanning oplevert met de Patiëntenrichtlijn. De regering herhaalt haar standpunt, dat het stelsel van de Zvw meebrengt mee dat beperkingen voor het patiëntenverkeer voortvloeiën uit hetgeen de zorgverzekeraar en de verzekerde vrijwillig, zonder overheidsinterventie in de polis overeenkomen. Inherent aan de keuze is, dat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in het buitenland voor een natura-polishouder niet gelijk is aan de vergoeding die zorgverzekeraar betaalt aan een door hem (wel) gecontracteerde zorgaanbieder binnen Nederland. Binnen de gekozen polis is de vergoeding gelijk, ongeacht de plaats waar de niet-gecontracteerde zorg wordt ingeroepen, in binnen of buitenland. Hiermee is voldaan aan artikel 7, vierde lid van de Richtlijn. Het Nederlandse stelsel verplicht niemand zich aan te sluiten bij een bepaalde verzekeraar en verplicht ook niemand zich te verzekeren voor een polis met een beperkte of zelfs nihil-vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Voor de verzekerde zijn voldoende reële alternatieven voorhanden in de vorm van een andere polis (bijvoorbeeld een restitutiepolis) of het sluiten van zijn zorgverzekering bij een andere verzekeraar. Naar de mening van de Nederlandse regering doen mogelijke Europeesrechtelijke belemmeringen door de wetgeving als zodanig zich dan ook niet voor. Voor zover het gewijzigde artikel 13 Zvw in gevallen van grensoverschrijdende zorg kan worden beschouwd als een belemmering van het vrij verkeer (hetgeen de regering bestrijdt), dan nog is de regering van mening dat het gaat om een geoorloofde belemmering van het vrije verkeer. De maatregel is immers getroffen met het doel de betaalbaarheid van het stelsel als geheel en de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren. Daarbij wordt voldaan aan de eis dat de maatregel gelet op dat doel noodzakelijk en proportioneel is. Zonder de mogelijkheid tot selectieve inkoop is het Nederlandse stelsel al snel te duur en zal de kwaliteit achterblijven.

*De leden van de CDA-fractie vragen om een totaal-overzicht van de meest recente studies over de werking van het huidige stelsel in de gezondheidszorg; wanneer is de regering voornemens zelf een geïntegreerde tussenbalans over de werking van het stelsel op te maken?*

Het RIVM heeft recent met de Zorgbalans 2014 de geïntegreerde tussenbalans over de werking van het stelsel geleverd waarnaar de CDA-fractie

vragen. Het RIVM heeft met behulp van een grote hoeveelheid registraties, publicaties en enquêtes in beeld gebracht hoe het er voor staat met de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de Nederlandse zorg in het nieuwe stelsel. In positieve zin valt op dat de Nederlandse gezondheidszorg opnieuw bovengemiddeld scoort vergeleken met andere welvarende landen. Daarnaast zijn er enkele recente studies (sinds september 2014) over de werking van het stelsel uitgebracht. Dit betreffen de evaluaties van de Zvw<sup>7</sup> en de WMG<sup>8</sup>. Hiernaast heeft de NZa onlangs de marktscan zorgverzekeringsmarkt<sup>9</sup> uitgebracht en ook het samenvattend rapport uitvoering zorgverzekeringwet<sup>10</sup>. De evaluaties van de Zvw en de WMG zijn uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van VWS.

*De leden van de CDA-fractie wijzen erop dat er niet alleen regio's zijn waar de machtsbalans op de zorginkoopmarkt doorslaat ten gunste van grote zorgaanbieders, maar dat er ook delen van het land zijn waar zich de omgekeerde situatie voordoet, namelijk dat enkele zorgverzekeraars sterker staan tegenover enkele relatief kleine zorgaanbieders, zowel in de eerste als tweede lijn. Zij vragen hoe de regering die situatie beoordeelt, en of een meer gedifferentieerde aanpak, waarin wordt gestreefd naar het voorkomen van beide vormen van disbalans, niet te verkiezen is.*

De regering hecht er aan te benadrukken dat het handhaven van een balans of het voorkomen van een disbalans tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar geen doel op zich is van het regeringsbeleid. Het instrumentarium is er op gericht dat het hebben of misbruiken van marktmacht voorkomen moet worden, indien de patiënt of verzekerde daar nadelige gevolgen van kan ondervinden op korte en lange termijn.

De gedifferentieerde aanpak waarnaar de leden van de CDA-fractie vragen is in feite verankerd in het toezicht van de markttoezichthouders NZa en ACM op de zorgmarkten. Dit betreft de zorginkoopmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorgverleningsmarkt.

Zodra er sprake is van een onderneming onder de Mededingingswet (hierna: Mw) heeft de ACM een toezichthoudende rol. De ACM grijpt in op grond van de Mw indien gedragingen van en tussen ondernemingen de concurrentie en de keuzevrijheid voor patiënten of verzekerden belemmeren. Dit betreft overtreding van het kartelverbod, misbruik van economische machtspositie of een significante beperking van de mededinging als gevolg van concentraties.

In de recente evaluatie van de Wmg en de NZa is door AEF vastgesteld dat de NZa ten aanzien van aanmerkelijke marktmacht het standpunt inneemt dat verkoopmacht (marktmacht van zorgaanbieders) schadelijker is dan inkoopmacht (marktmacht van zorgverzekeraars), met name omdat inkoopmacht van zorgverzekeraars ten goede komt aan de consument. Klachten over inkoopmacht worden door de NZa vaak afgewezen. Dit beleidsuitgangspunt is naar het oordeel van AEF echter gestoeld op aannames die op dit moment niet allemaal meer van toepassing zijn, onder andere door de toegenomen risicodragendheid van verzekeraars en selectief contracteren. Gezien de ingrijpendheid van het AMM-instrumentarium is de NZa naar de sector toe verplicht haar beleidsuitgangspunten voortdurend te blijven monitoren en bij te stellen wanneer wetgeving of marktomstandigheden veranderen. Gelet op deze

<sup>7</sup> Kamerstukken TK 2014–2015, 29 689, nr 545.

<sup>8</sup> Kamerstukken TK 2013–2014, 25 268, nr. 87.

<sup>9</sup> Kamerstukken TK 2013–2014, 29 689, nr. 539 (NZa, «Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2013», september 2013, te raadplegen via [www.nza.nl](http://www.nza.nl).)

<sup>10</sup> Brief aan TK, 21-11-2014, kenmerk 688427–129332-Z (NZa, «Samenvattend rapport uitvoering Zvw 2013», november 2014, te raadplegen via [www.nza.nl](http://www.nza.nl).)

aanbeveling van AEF zal de NZa haar beleiduitgangspunt tegen het licht houden en waar nodig bijstellen dan wel haar keuze beter toelichten.

In aanvulling op het generieke mededingingstoezicht is sectorspecifiek markttoezicht van toepassing. Indien marktmacht de ontwikkeling van concurrentie en de vrije markt significant beperkt, is er sprake van marktfalen. Bij marktfalen kan overheidsingrijpen noodzakelijk zijn, zolang dit ingrijpen proportioneel is ten opzichte van het nagestreefde doel. Op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) heeft de NZa onder meer mogelijkheid om het instrumentarium aanmerkelijke marktmacht (AMM) in te zetten. Daarbij kan de NZa zorgaanbieders of zorgverzekeraars met aanmerkelijke marktmacht verplichtingen opleggen, waaronder een contracteerplicht of een prijsplafond.

*De leden van de D66-fractie vragen of het wettelijk instrumentarium van de Nederlandse Zorgautoriteit voldoende is, omdat zij vinden dat de toezichtrol van de NZa en de wijze waarop de NZa deze uitvoert voor een efficiënte uitvoering van de wet noodzakelijk is.*

De NZa heeft voor het uitvoeren van deze wet inderdaad een toereikend wettelijk instrumentarium nodig. De bij amendement in dit wetsvoorstel toegevoegde artikelen in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) geven de NZa dit benodigde instrumentarium. Hierdoor krijgt de NZa de bevoegdheid om toezicht te houden op zorgverzekeraars op de door de leden van de D66-fractie genoemde onderdelen als transparantie van het inkoopproces. Tevens kan de NZa op deze onderdelen handhaven indien dit noodzakelijk wordt geacht.

*De leden van de D66-fractie vragen of de NZa voldoende is toegerust op de uitbreiding van taken, met betrekking tot het toezicht op de transparantie-eisen waaraan de zorgverzekeraar moet gaan voldoen. Hoe ziet de regering de feitelijke handhaving? Hoe kan de NZa de transparantie-eisen concreet onderzoeken? Hoe weten de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder die de zorgverzekeringsmarkt wil betreden aan welke eisen dient te worden voldaan? Welke criteria worden daarvoor ontwikkeld? Dient gelet op deze uitbreiding van toezichtstaken de door de NZa gehanteerde richtlijnen op het gebied van transparantie niet te worden aangepast en uitgebreid?*

Via het voorliggende wetsvoorstel wordt een aantal transparantieverplichtingen aan zorgverzekeraars opgelegd (art 40a, b en c Wmg). De NZa gaat vanaf 2015 monitoren in welke mate zorgverzekeraars invulling hebben gegeven aan de nieuwe wettelijke transparantieverplichtingen. Op basis daarvan beziet de NZa of het nodig is om regels hierover te stellen. De NZa zal jaarlijks rapporteren over de naleving van deze verplichting door zorgverzekeraars. De NZa kan handhavend optreden indien zorgverzekeraars hun transparantieverplichtingen niet nakomen.

*De leden van de D66-fractie vragen of de NZa voor deze uitbreiding van taken extra budget heeft gevraagd en zo ja, hoe de Minister daarmee omgaat?*

De regering heeft de NZa voor uitbreiding van de toezichtstaken voor verticale integratie en artikel 13 het gevraagde extra budget van 2 fte ter beschikking gesteld.

*De leden van de D66-fractie vragen wat mijn eerste reactie is op het pleidooi van professor Boer voor wettelijke criteria ten behoeve van de keuze voor vergoeding van zorg en het beter regelen van de toelating van zorginnovaties tot het basispakket.*

Professor Boer heeft aangegeven het noodzakelijk te vinden dat regering én parlement de kwestie van «keuzecriteria» voor de zorg, en dan in het bijzonder de kosteneffectiviteit, op de maatschappelijke en politieke agenda plaatsen, daar een bepaalde tijd voor uittrekken en na ommekomst daarvan een wettelijke borging geven aan de criteria.

De regering is het met professor Boer eens dat meer duidelijkheid ten aanzien van de toepassing van de pakketcriteria gewenst is. Dit komt ook tot uiting in het Regeerakkoord. Naar aanleiding daarvan zijn verschillende vragen bij Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) uitgezet. In juni is een Kamerbrief verstuurd over de wijze waarop het Zorginstituut invulling geeft aan de Regeerakkoordmaatregel om van noodzakelijkheid een voorliggend criterium te maken.

Kosteneffectiviteit is het pakketcriterium waar nog de meeste onduidelijkheid over bestaat. Het Zorginstituut is dan ook gevraagd om advies uit te brengen over het nader operationaliseren van dit criterium. Ook is het Zorginstituut naar aanleiding van het Regeerakkoord gevraagd in zijn advies aan te geven hoe dit criterium wettelijk kan worden verankerd. Het Zorginstituut verwacht zijn advies in het voorjaar uit te kunnen brengen.

Over het wettelijk verankeren van de pakketcriteria in het algemeen wordt momenteel overleg gevoerd met het Zorginstituut. Doel van dit overleg is onder meer om te kunnen bepalen of kan worden volstaan met het publiceren van beleidsregels door het Zorginstituut, dan wel het vastleggen van de pakketcriteria in de Zorgverzekeringswet of het Besluit zorgverzekering.

Uiteraard verwelkomt de regering een constructief debat over dit onderwerp in en met het parlement.

Een andere aanbeveling van professor Boer luidt dat in de aansprakenregeling een expliciet beleidsinstrumentarium moet worden ontwikkeld voor de toelating van innovaties in de zorg, opdat bepaalde innovaties begeleid en op beperkte schaal in het basispakket worden geïntroduceerd. In zijn oratie noemt professor Boer de dure geneesmiddelen en technologieën in de cardiologie en de beeldvormende diagnostiek als voorbeeld.

De regering is zich ervan bewust dat de ontwikkeling van innovaties, hoewel zij deze zeker verwelkomt vanwege het feit dat het hierdoor steeds beter mogelijk wordt om patiënten te behandelen, ook bepaalde uitdagingen met zich brengt. Het onderwerp «innovaties in de zorg» heeft dan ook de bijzondere aandacht.

Een voorbeeld van de uitdagingen die innovaties met zich brengen ligt op het terrein van de dure geneesmiddelen, zoals professor Boer ook aangeeft. Het KWF heeft in zijn rapport over de toegankelijkheid van dure geneesmiddelen, dat in juni is verschenen, geconcludeerd dat het feit dat er in de nabije toekomst steeds meer nieuwe, zeer dure, geneesmiddelen voor onder meer kanker op de markt komen problemen op kan gaan leveren.<sup>11</sup> Naar aanleiding van dit rapport heeft de Minister van VWS recent met het KWF, de oncologen, de patiëntenorganisatie, het Zorginstituut en andere partijen om tafel gezeten. Tijdens dit overigens zeer constructieve gesprek hebben de betrokken partijen afgesproken om gezamenlijk een werkgroep op te richten die de komende maanden onderzoekt of en zo ja in welke mate er knelpunten zijn en waar mogelijke oplossingen liggen.

---

<sup>11</sup> <http://www.kwf.nl/SiteCollectionDocuments/SCK%20rapport%20Toegankelijkheid%20van%20dure%20kankergeneesmiddelen.pdf>.



Wat het ontwikkelen van een nieuw beleidsinstrumentarium voor de toelating van innovaties in de zorg betreft: met professor Boer is afgesproken om hierover binnenkort verder te praten. Het kabinet heeft ten aanzien van het pakketbeheer gekozen voor de geavanceerde maar noodzakelijke benadering, waarbij behandelingen in het pakket blijven van die patiënten waar dat zinnig en zuinige zorg betreft en eruit gaan van die patiënten waar dat niet het geval is.

*De leden vragen de Minister nogmaals waarom zij niet bereid is het toestemmingsvereiste zoals dit toestemmingsvereiste ten aanzien van intramurale planbare zorg is toegestaan ingevolge artikel 8 van de Patiëntenrichtlijn in de wettekst op te nemen. Deze leden vragen of de discussie rondom dit thema niet simpelweg zou kunnen worden opgelost met het alsnog invoeren van het toestemmingsvereiste, zoals bedoeld en omschreven in artikel 8 van de richtlijn?*

De regering onderschrijft dat het niet toepassen van het gewijzigde artikel 13 Zvw in het buitenland en het in plaats daarvan wettelijk voorzien in een toestemmingsvereiste als voorzien in artikel 8 van de Patiëntenrichtlijn, een einde maakt aan de Europeesrechtelijke discussie over het gewijzigde artikel 13 Zvw ten aanzien van in het buitenland te verlenen zorg.

Echter, de regering is van mening dat met het invoeren van een dergelijk toestemmingsvereiste het risico blijft bestaan dat op termijn het gewijzigde artikel 13 Zvw binnen Nederland niet meer kan worden toegepast. Immers, verzekerden en zorgaanbieders kunnen dan voor in Nederland verleende zorg, voor de rechter met een beroep op gelijke behandeling een gelijke vergoeding claimen als aan buitenlandse niet-gecontracteerde zorgaanbieders zou worden verstrekt. Als de rechter die claim toekent zijn de zorgverzekeraars hun sturingsinstrument kwijt en is het systeem tandoel geworden.

Afgezien daarvan acht de regering, zoals eerder aangegeven in de memorie van antwoord, het zinloos om te regelen dat een verzekerde die voor rekening van zijn zorgverzekeraar in Europa zorg wil inroepen omdat zijn naturaverzekeraar niet aan zijn zorgplicht kan voldoen, daartoe voorafgaande toestemming van die verzekeraar dient te hebben. Ook zonder toestemming heeft hij in dat geval immers recht op een volledige vergoeding van de in rekening gebrachte kosten. De regering brengt voorts in herinnering van mening te zijn dat een systeem van voorafgaande toestemming voor andere gevallen dan waar de zorgplicht van de verzekeraar in het geding is, meer nadelen kent. Een eis van voorafgaande toestemming in die andere gevallen leidt zowel voor de verzekerde als voor de verzekeraar tot extra administratieve lasten, maakt het onduidelijk wanneer dan wel en wanneer niet het verlenen van toestemming is aangewezen, en kan leiden tot een aanzienlijke toename van beroeps- en bezwaarprocedures. De regering geeft dus, in het belang van het functioneren van het stelsel, en in het belang van de rechtszekerheid voor zowel verzekerden als verzekeraars, de voorkeur aan een systeem waarin binnen de natura-polis voor niet-gecontracteerde zorg – in andere dan spoedgevallen of gevallen waarin de zorgplicht van de verzekeraar in het geding is – ongeacht of die zorg nu binnen of buiten Nederland wordt ingeroepen, een door de verzekeraar vastgestelde vergoeding wordt betaald.

*Welke zijn de (financiële) risico's die de Minister vreest indien zij – bij novelle of reparatiewetgeving – tot het invoeren van het toestemmingsvereiste zou besluiten?*

De regering is niet voornemens een dergelijk toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland in te voeren. Zoals de regering heeft opgemerkt

acht de regering het niet toepassen van het gewijzigde artikel 13 Zvw in het buitenland op termijn een risico inhouden voor de beoogde verbetering van het functioneren van het stelsel, namelijk betere zorg voor een redelijke prijs. Of een systeem van toestemmingen bijdraagt aan een beheersing van de kosten is daarom maar zeer de vraag, terwijl de mogelijke «opbrengst» daarvan lastig is te kwantificeren.

*De leden van de D66 fractie vragen in dit verband ten behoeve van een goede wetsuitlegging naar de betekenis van de term «redelijke termijn» in artikel 13 Zvw, in relatie tot de term «een termijn die medisch verantwoord is» in de EU-richtlijn. Wordt met de term redelijke termijn hetzelfde bedoeld? Zo ja, ligt het dan niet voor de hand om de wet in deze zin te wijzigen?*

Artikel 13 Zvw regelt dat de zorgverzekeraar geen lagere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg mag vaststellen in het geval de zorg of andere dienst niet op redelijke termijn of afstand beschikbaar was bij een zorgaanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst als bedoeld in het eerste lid heeft gesloten of bij een bij hem in dienst zijnde zorgaanbieder. Die term kan en mag ruimer worden uitgelegd dan de in artikel 8 van de Patiëntenrichtlijn bedoelde «termijn die medisch verantwoord is».

De memorie van toelichting op de Zorgverzekeringswet<sup>12</sup> vermeldde hierover het volgende:

«Bij het bepalen van het tijdstip waarop de verzekerde in een concreet geval zonnodig een bepaalde prestatie van de zorgverzekeraar kan vorderen, spelen allerlei factoren een rol. De aard van de overeengekomen prestatie, maar ook alle omstandigheden van ieder concreet geval, zoals de gezondheidstoestand van de patiënt en diens antecedenten, kunnen van belang zijn. Uiteraard spelen ook de terzake geldende jurisprudentie en de hieromtrent door de zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf ontwikkelde normen een belangrijke rol...»<sup>13</sup>

«De vraag wat in dit verband onder een redelijke afstand moet worden verstaan, is niet eenduidig te beantwoorden; dat is sterk afhankelijk van de zorgsoort waarom het gaat. Topklinische zorg zal doorgaans niet «om de hoek» beschikbaar zijn; eerstelijnszorg daarentegen wel. De normen die zich hierover in de loop der tijd, mede onder invloed van jurisprudentie, hebben ontwikkeld in de huidige ziekenfondsverzekering, kunnen naar de opvatting van de regering integraal van toepassing worden geacht in het kader van de Zorgverzekeringswet.»<sup>14</sup>

Gelet op de bovenstaande uitleg acht de regering het niet aangewezen bij wet in een niet-bedoelde beperking van de betekenis van het begrip «redelijke termijn» te voorzien.

*De leden van de fractie van D66 vragen in het kader van een goede wetsuitlegging wat de Minister exact bedoelt met de woorden in het voorgestelde artikel 13: «in een door de zorgverzekeraar te bepalen mate...» Bepaalt de zorgverzekeraar de hoogte van de vergoeding bij niet gecontracteerde zorg zonder dat de verzekerde of de niet gecontracteerde zorgaanbieder daarop enige invloed kan doen gelden? Kan de Minister in gaan op de grenzen die de verzekeraar hierbij in acht dient te nemen? Moet volgens de Minister de uitleg in HR 11-07-2014 leidend worden geacht?*

Het is de bedoeling van de wijziging van artikel 13 Zvw, dat de verzekeraar zelf bepaalt of en zo ja tot welk niveau hij niet-gecontracteerde zorg

<sup>12</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 29 763, nr. 3.

<sup>13</sup> Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3, blz 34.

<sup>14</sup> Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3, blz. 31.

vergoedt die wordt ingeroepen door een verzekerde met een natura-polis, in andere gevallen dan die zijn uitgezonderd in artikel 13, tweede lid, en artikel 13aa Zvw. De uitspraak van de Hoge Raad ziet op artikel 13 Zvw in zijn oorspronkelijke vorm, waarin het «hinderpaalcriterium» een rol speelde bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding. Deze is uitgewerkt in jurisprudentie. Met het gewijzigde artikel 13 Zvw is er een andere situatie. Het hinderpaalcriterium is losgelaten. De jurisprudentie hierover kan derhalve niet meer worden toegepast, behalve op de uitgezonderde vormen van zorg (artikel 13aa Zvw). De verzekeraar maakt vooraf in de polis kenbaar wat de vergoeding zal zijn. De verzekerden kunnen op basis hiervan hun polis kiezen.

*De leden van de D66 fractie vragen of de inwoners van grensgemeenten in het kader van de wijziging van artikel 13 Zvw meer dan andere verzekerden zouden zijn aangewezen op een (duurdere) restitutiepolis, indien zij zorg in Duitsland willen blijven inroepen zoals zij dit gewend zijn.*

Het is en blijft mogelijk dat zorgverzekeraars instellingen buiten Nederland contracteren, met name als de vraag naar die zorg aanzienlijk is. Dat gebeurt ook en er is geen enkele reden waarom ze dat niet zouden blijven doen. Daarnaast kan de door de verzekeraar in acht te nemen zorgplicht van de verzekeraar meebrengen dat hij in voldoende mate moet voorzien in zorgaanbod binnen redelijke afstand van de woonplaats van de verzekerde. Het moeten voldoen aan de zorgplicht is een van de uitzonderingen voorzien in artikel 13 Zvw, op grond waarvan de zorgverzekeraar ook kosten van niet-gecontracteerde zorg moet vergoeden aan een natura-polishouder. Overigens kan ook binnen een restitutiepolis worden gecontracteerd. De regering heeft geen reden om aan te nemen dat zorgverzekeraars in de grensstreek na de inwerkingtreding van artikel 13 Zvw ineens minder zouden gaan contracteren dan thans al het geval is. Wel verwacht de regering dat ook hier meer gebruik zal worden gemaakt van selectieve zorginkoop door verzekeraars.

*De leden van de SP-fractie verwijzen naar het gebruik van de begrippen «patiënten» en «verzekerden» op pagina 49/114 van de Memorie van Antwoord. Zij vragen wat het verschil is tussen beide.*

In de praktijk kan één en dezelfde persoon tegelijk patiënt en verzekerde zijn. Echter, niet elke verzekerde is ook een patiënt. Over het algemeen zal worden gesproken over een «patiënt» wanneer deze in een behandelrelatie is getreden met een zorgaanbieder, terwijl zal worden gesproken over een «verzekerde» wanneer het gaat om diens relatie met de zorgverzekeraar.

*De leden van de SP-fractie vragen of de mogelijkheid bestaat dat de zorg van een zorgaanbieder waarover een zorgverzekeraar zeggenschap heeft juist anders en beter is. Innovatie is immers één van de redenen om ontheffing te verlenen van dit verbod. Zij vragen nadere uitleg.*

De regering is het eens met de leden van de SP-fractie dat niet valt uit te sluiten dat een zorgaanbieder waarover een zorgverzekeraar zeggenschap heeft, innovatieve zorg levert van goede kwaliteit tegen een goede prijs. De regering sluit omgekeerd niet uit dat een zorgverzekeraar die een bedrijfseconomisch belang heeft bij de prestaties van «zijn» zorgaanbieder, zijn verzekerden naar deze aanbieder blijft doorverwijzen terwijl deze zorg levert van suboptimale kwaliteit tegen een te hoge prijs. De regering wil daarom met de ontheffing bereiken dat zorgverzekeraars innovatie en vernieuwing kunnen realiseren en daartoe tijdelijk zeggenschap kunnen verkrijgen in een specifieke zorgaanbieder, wanneer dit

voor de innovatie noodzakelijk is. Wanneer deze zeggenschap echter geen toegevoegde waarde meer heeft en/of wanneer de maximale ontheffings-termijn van 2 x 4 jaar is bereikt, dan dient de verzekeraar zijn zeggenschap te beëindigen.

Waar het in de kern om gaat, is dat de organisatie van het vraaggestuurde zorgstelsel een kritische opstelling van verzekerden en patiënten ten aanzien van de kwaliteit en de prijs van de geleverde diensten veronderstelt. Voor een kritische opstelling is een belangrijke randvoorwaarde dat patiënten inzicht hebben in de inhoud, de kwaliteit en de prijs van de geleverde diensten door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Momenteel is het onderbouwen en inzichtelijker maken van de kwaliteit van de ingekochte zorg nog in ontwikkeling. Het kost tijd om volledige transparantie over de kwaliteit van zorg te realiseren. De verzekerde moet er in de huidige situatie dus op kunnen vertrouwen dat de contractering door zijn zorgverzekeraar plaatsvindt op de juiste gronden. Daarbij past het niet dat een schijn van belangenverstremgeling ontstaat doordat de zorgverzekeraar verzekerden naar de eigen zorgaanbieder zou kunnen sturen om redenen anders dan het patiëntenbelang. Ook past het niet dat een zorgverzekeraar de eigen zorgaanbieder zou voortrekken bij de zorginkoop dan wel een andere zorgaanbieder achter zou stellen bij deze inkoop. Ten slotte moet voorkomen worden dat patiënten, door de mogelijke schijn van belangenverstremgeling, zorgaanbieders waarin zorgverzekeraars zeggenschap hebben, vermijden. Dat zou de werking van het zorgstelsel afbreuk doen. Concluderend is de regering van mening dat de transparantie van het zorgsysteem wat betreft concurrentie, kosten en kwaliteit, en het vertrouwen van verzekerden in het systeem, nog onvoldoende zijn ontwikkeld om verticale integratie toe te staan.

Zoals eerder ook in de memorie van antwoord is aangegeven, zijn de ervaringen met verticale integratie in het buitenland, en dan met name in de VS, beperkt en uiteenlopend. Het veelgenoemde voorbeeld van Kaiser Permanente is weliswaar succesvol gebleken, maar heeft zich nooit echt breed verspreid in de VS. De ervaringen met kwaliteitsverbetering bij veel andere Health Management Organizations (HMO's) is bescheiden gebleken. Het vertrouwen van de verzekerden is niet positief beïnvloed.

*De leden van de SP-fractie menen dat zorgaanbieders door selectief contracteren en het stellen van voorwaarden bij de inkoop feitelijk onder zeggenschap van een zorgverzekeraar kunnen komen te staan, en daarbij gedwongen zouden kunnen worden om slechtere zorg te geven. Zij vragen nadere uitleg, daar de regering dit juist wil voorkomen door een verbod op verticale integratie.*

De leden van de SP-fractie spreken de verwachting uit dat een zorgverzekeraar zijn inkoopmacht zou kunnen aanwenden om een zorgaanbieder te dwingen om zorg van lagere kwaliteit te leveren door het stellen van voorwaarden bij de zorginkoop. De regering deelt deze verwachting van de leden van de SP-fractie in het geheel niet. Dit zou immers geheel tegen het belang van de zorgverzekeraar indruisen, die juist door het inkopen van zorg van goede kwaliteit tegen een goede prijs aan zijn verzekerden een goede polis kan bieden.

Indien en voor zo ver een dergelijke economische afhankelijkheid verticale integratie oplevert wijst de regering er op dat deze verboden wordt als gevolg van het wetsvoorstel. Het begrip «zeggenschap» in het wetsvoorstel sluit immers aan bij wat dienaangaande is geregeld in artikel 26 van de Mededingingswet (Mw). Onder zeggenschap wordt daar verstaan de mogelijkheid om op grond van feitelijke of juridische

omstandigheden een beslissende invloed uit te oefenen op de activiteiten van een zorgaanbieder.

Het hebben van zeggenschap kan ook deels ontstaan door structurele «economische banden in combinatie met andere banden».

*De leden van de SP-fractie merken op dat in de Memorie van Antwoord wordt gesproken van verticale integratie en verticale relaties. Zij vragen of beide vormen haarscherp van elkaar te onderscheiden zijn, en zo ja op grond van welke criteria?*

De criteria om te onderscheiden tussen vormen van verticale integratie in de zin van het wetsvoorstel en andere verticale relaties zijn gegeven in de wetstekst, artikel 49 lid 1. De gehanteerde definitie vindt zijn oorsprong in de Europese Concentratieverordening en de daarbij behorende mededeling van de Europese Commissie over de bevoegdheden op het terrein van concentratiecontrole.<sup>15</sup>

In het antwoord waar de leden van de SP-fractie naar lijken te verwijzen wordt gerefereerd aan de «Marktscan Zorgverzekeringsmarkt» van de NZa. Hierin wordt gerapporteerd over diverse vormen van verticale relaties. Hierin kunnen vormen van verticale integratie als bedoeld in het wetsvoorstel inbegrepen zijn, maar de NZa registreert dit momenteel niet apart. In de rapportage worden ook verticale relaties in beeld gebracht zoals een minderheidsparticipatie of een samenwerkingsverband tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, die geen verticale integratie zijn.

*De leden van de SP-fractie vragen of verticale relaties tussen zorgverzekeraars en verzekerden, bijvoorbeeld in de vorm van sponsoring door zorgverzekeraars van sportclubs en patiëntenverenigingen, buiten dit wetsvoorstel vallen.*

De verticale relaties waarover de NZa rapporteert zien op relaties tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, niet ten aanzien van verzekerden. Bij verticale integratie in de zin van het wetsvoorstel gaat het uitsluitend om feitelijke of juridische zeggenschap van een zorgverzekeraar over een zorgaanbieder of het zelf leveren van zorg vanuit de eigen rechtspersoon. De door de leden van de SP-fractie genoemde activiteiten vallen hier buiten en grijpen ook niet in op de zorginkoop van de zorgverzekeraar bij een zorgaanbieder.

*De leden van de SP-fractie wijzen op pagina 52/114 van de memorie van antwoord waar staat vermeld dat het criterium dat zorgverzekeraars moeten aantonen dat verticale integratie nodig is voor zorgvernieuwing enorm beperkend werkt. Zij vragen of hiermee wordt bedoeld dat de verwachting is dat zorgvernieuwing zo weinig van de grond zal komen dat er daarmee ook weinig kans is dat er überhaupt ontheffing op het verbod van verticale integratie zal worden aangevraagd. En zo ja, waarom er dan een verbod nodig is.*

Nee, dit is niet wat wordt bedoeld. Ter verduidelijking van wat wel is bedoeld wijst de regering op de zin die op de betreffende zinsnede volgt, namelijk dat alle verticale integratie die niet bedoeld is om vernieuwing te creëren of om aan de zorgplicht te kunnen voldoen, niet in aanmerking komt voor ontheffing. Het ging erom aan te geven dat dankzij de gestelde criteria de ontheffing beperkt blijft voor uitsluitend deze vormen van

<sup>15</sup> Verordening (EG) nr. 139/2004 van 20 januari 2004 betreffende de controle op concentraties van ondernemingen en Geconsolideerde mededeling van de Commissie over bevoegdheidskwesties op grond van Verordening (EG) nr. 139/2004 betreffende de controle op concentraties van ondernemingen (2008/C 95/01).

verticale integratie. In alle overige situaties is verticale integratie verboden.

*De leden van de SP-fractie merken op dat zorgvernieuwing in hun ogen minstens zoveel core-business is van zorgaanbieders als van zorgverzekeraars. Soms hebben ze elkaar daarbij wel nodig. Zij vragen of het verbod op verticale integratie zorgvernieuwing minder mogelijk kan maken, en of dit wenselijk is.*

De regering is het volledig eens met de leden van de SP-fractie dat zorgvernieuwing net zozeer in het belang is van zorgaanbieders als van zorgverzekeraars. De regering meent echter bovenal dat zorgvernieuwing in het belang is van de verzekerden/patiënten. Veelal komt zorgvernieuwing door goede samenwerking tot stand en is verticale integratie overbodig. Voor situaties waar dat niet gebeurt, maar vernieuwing wel in het belang van de patiënt is, voorziet het wetsvoorstel in een uitzondering voor die situaties waarin verticale integratie nodig is om zorgvernieuwing van de grond te krijgen.

*De leden van de SP-fractie vragen naar openbaarmaking van de brief van 30 november 2011 van de Europese Commissie, waarin zij heeft bevestigd dat een verbod op verticale integratie kan vallen onder situaties waarin een belemmering voor de interne markt gerechtvaardigd is.*

In de bijlage bij deze nadere memorie van antwoord treft u deze brief<sup>16</sup>.

*De leden van de SP-fractie vragen bevestiging of een zorgverzekeraar uit andere EU lidstaten zeggenschap mogen verwerven in een Nederlands ziekenhuis of ZBC.*

Een buitenlandse zorgverzekeraar mag na inwerkingtreding van het verbod op verticale integratie inderdaad zeggenschap verwerven in een Nederlandse zorgaanbieder zoals een ziekenhuis of ZBC, bijvoorbeeld als kapitaalinvestering. Echter, deze zorgverzekeraar mag dan niet tegelijkertijd actief worden op de Nederlandse zorgverzekeringmarkt.

*De leden van de SP-fractie vragen of een zorgverzekeraar die haar thuisbasis in een andere EU-lidstaat heeft een belang mag hebben in zowel een Nederlandse zorgverzekeraar én in een Nederlandse zorgaanbieder? Zij vragen tevens welke rol de ACM en de Europese Commissie hierbij spelen.*

Zoals beschreven in de memorie van toelichting verbiedt artikel 49.1 (a) en (b) van het Wetsvoorstel verbod op verticale integratie niet alleen directe zeggenschap in zorgaanbieders, maar ook indirecte. De twee verboden richten zich tot alle personen die direct of indirect zeggenschap hebben over zorgverzekeraars (verder ook wel de (groot)moeders<sup>17</sup> van de zorgverzekeraars genoemd). Veel zorgverzekeraars maken immers deel uit van een groep. Zou het verbod zich slechts tot hen richten, dan zouden de (groot)moeders van de groep wél zelf verzekerde zorg kunnen gaan verlenen dan wel zeggenschap kunnen verwerven in zorgaanbieders die dergelijke zorg verlenen, en vervolgens hun verzekeraars-dochters de opdracht kunnen geven om zorg in te kopen bij henzelf of bij die zorgaanbieders, waarover zij zeggenschap hebben. In dat geval zou het doel van voorliggend wetsvoorstel niet worden bereikt. Het verbod is dus sluitend.

<sup>16</sup> Ter inzage gelegd op de afdeling Inhoudelijke ondersteuning onder griffie nr. 155453.15.

<sup>17</sup> Overigens richt het verbod zich ook tot overgrootmoeders, enzovoorts. Het geldt voor iedere persoon direct of indirect zeggenschap heeft over een zorgverzekeraar, AWBZ-verzekeraar of zorgkantoor.



Een (groot)moeder zorgverzekeraar in het buitenland mag geen zeggenschap hebben – hetzij direct of indirect – in zowel een zorgverzekeraar die zich op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt begeeft en in een zorgaanbieder die Zvw- of AWBZ zorg verleent. Het verbod beperkt zich tot zeggenschap. Buitenlandse zorgverzekeraars en hun (groot)moeders mogen derhalve wel bestuurlijke of financiële belangen in een aanbieder van Zvw- en AWBZ zorg en in een zorgverzekeraar hebben die beiden op de Nederlandse markt opereren, zolang deze maar geen zeggenschap opleveren. Wel dienen zorgverzekeraars, AWBZ-verzekeraars en zorgkantoren dergelijke belangen overigens op grond van het in onderdeel B voorgestelde nieuwe artikel 40, vierde lid, Wmg openbaar te maken. Dit laatste geldt niet voor hun (groot)moeders. Zorgverzekeraars zouden, ook bij afwezigheid van het verbod op verticale integratie, verplicht zijn om verticale integratie te melden bij de ACM of Europese Commissie op basis van de mededingingsregels. Na inwerkingtreding van deze wet is het niet mogelijk voor een zorgverzekeraar om rechtsgeldig zeggenschap te verwerven over een zorgaanbieder zonder ontheffing van de NZa. Indien een voornemen tot verticale integratie toch bij de ACM of de Europese Commissie zou worden gemeld, zullen deze autoriteiten de melding niet in behandeling nemen, aangezien het gemelde voornemen niet tot verticale integratie kan leiden.<sup>18</sup> Dit geldt ook voor een (moeder) zorgverzekeraar die in het buitenland haar thuisbasis heeft.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering het eens is met de stelling dat de zorgverzekeraars op basis van de huidige tekst van artikel 13 nu al kunnen besparen op hun zorginkoop? Zo nee, waarom niet? Zo ja, waarom denkt de regering dan dat de zorgkosten nog verder kunnen dalen door de beoogde wijziging van artikel 13? Zorgverzekeraars dienen dan immers bij de door hen te contracteren instellingen meer dan circa 25% te besparen op de huidige uitgaven.*

Op basis van het huidige artikel 13 Zvw kunnen zorgverzekeraars nog onvoldoende besparen op de zorginkoop. De regering is van mening dat verzekeraars door de wijziging van artikel 13 Zvw de ruimte krijgen om selectiever op kwaliteit en prijs in te kunnen kopen. Dat is de essentie van het systeem. Verzekeraars krijgen een instrument waardoor zij niet langer gedwongen zijn om zorg van aanbieders die matige zorg leveren te contracteren en daarvoor ook een vergoeding te verstrekken. Zorgaanbieders krijgen een sterkere prikkel om over te gaan tot het sluiten van een contract met een zorgverzekeraar, waardoor gestuurd kan worden op prijs, kwaliteit en volume.

De wijziging van artikel 13 Zvw is een noodzaak om de doelstellingen in de hoofdlijnenakkoorden te kunnen realiseren. Het is één van de instrumenten, die andere instrumenten, zoals het terugdringen van praktijkvariatie, spreiding en concentratie, substitutie van 2<sup>e</sup> naar 1<sup>e</sup> lijn en ambulantisering, kracht bij zet. Met de hoofdlijnenakkoorden Medisch Specialistische Zorg en Geestelijke Gezondheidszorg van juli 2013 is een besparing van 1 miljard euro gemoeid. De doelstelling is om tot een structurele, landelijke volumegroei te komen van maximaal 1,5% in 2014, en van 1,0% in 2015 t/m 2017. Deze gezamenlijke inspanningen leiden tot een besparing van € 250 miljoen in 2014 oplopend tot € 1 miljard vanaf 2017 en maken onderdeel uit van het in de Miljoenennota 2014 gepresenteerde «€ 6 miljard-pakket».

---

<sup>18</sup> De ACM neemt dan een besluit (in de zin van art. 37 van de Mw) dat art. 34 van de Mw niet van toepassing is; als de Europese Commissie van mening is dat er geen sprake is van een intentie te goeder trouw die kan leiden tot een concentratie in de zin van bedoelde verordening, zal zij een besluit in de zin van artikel 6.1.a van Verordening 139/2004 nemen.

*De leden van de SP-fractie vragen in hoeverre een verdere besparing zich verhoudt met de door de regering beoogde kwaliteitsverbetering? Bestaat er dan geen risico op een lagere kwaliteit?*

Zorgverzekeraars krijgen een instrument waardoor zij niet langer gedwongen zijn om zorg van aanbieders die matige zorg leveren te contracteren of te vergoeden. Het gaat erom dat vooraf kwaliteitsafspraken worden gemaakt. Zorgaanbieders krijgen een sterkere prikkel om over te gaan tot het sluiten van een contract met een zorgverzekeraar, waardoor gestuurd kan worden op prijs, kwaliteit en volume. De regering is van mening dat deze wetswijziging dan ook stimulerend werkt voor kwaliteit.

*De leden van de SP-fractie vragen in hoeverre polissen, die in 2015 worden aangeboden en waarbij een lagere vergoeding dan het hinderpaal criterium wordt geboden (50% in plaats van 75%), in overeenstemming is met huidige wet- en regelgeving?*

Dergelijke polissen zijn in overeenstemming met de huidige wet- en regelgeving. De Hoge Raad heeft afgelopen zomer in een zaak tussen een zorgverzekeraar en zorgaanbieder bepaald dat het huidige artikel 13 Zorgverzekeringswet zodanig geïnterpreteerd moet worden dat de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg (zolang het wetsvoorstel waarmee artikel 13 Zorgverzekeringswet wordt gewijzigd niet tot wet is verheven en in werking treedt) niet zodanig laag mag zijn dat dit een hinderpaal vormt voor de verzekerde om zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder van zijn keuze te wenden. De uitspraak van de Hoge Raad heeft niet het verplichtende karakter waardoor alle verzekeraars in hun polisvoorwaarden nu een vergoedingspercentage 75–80% op moeten nemen voor niet-gecontracteerde zorg. In welke mate een vergoeding een hinderpaal vormt kan voor verschillende vormen van zorg namelijk anders uitpakken. Het is aan de rechter om per specifieke situatie te bepalen of de hoogte van de vergoeding wel of geen hinderpaal vormt, met inachtneming van de uitspraak van de Hoge Raad. Verzekeraars kunnen in hun polis dus een vergoedingspercentage van 50–60% opnemen, maar in concrete gevallen zou dit kunnen betekenen dat de rechter op een later moment oordeelt dat er sprake is van een hinderpaal en op dat moment dient de verzekeraar het vergoedingspercentage te verhogen. Aan deze onduidelijkheid maakt deze wet een einde.

*De leden van de SP-fractie verwijzen naar wat in de memorie van antwoord wordt opgemerkt over de disbalans tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, namelijk dat «zorgverzekeraars niet altijd een goede onderhandelingspositie hebben». Zij vragen of dit meestal wél het geval is, en zo nee, waarom de regering dan de woorden «niet altijd» gebruikt.*

Zoals elders opgemerkt in de memorie van antwoord hebben de onderzoekers in de Evaluatie van de Zorgverzekeringswet<sup>19</sup> met betrekking tot het functioneren van de zorginkoopmarkt geconcludeerd dat de machtsbalans op de zorginkoopmarkt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in disbalans is ten faveure van zorgaanbieders. Zij baseren deze conclusie op een vergelijking van de groei in volume, de loonontwikkeling en de prijsstijgingen in verhouding tot de demografische ontwikkelingen en de ontwikkelingen in de rest van Europa. Uiteraard zijn er regionale verschillen waarneembaar en geldt de disbalans ten faveure van aanbieders niet voor kleinere aanbieders in de eerste lijn. Er zijn dus ook situaties dat er wel sprake is van een sterke

<sup>19</sup> KPMG Plexus, Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag, juni 2014.

onderhandelingspositie van zorgverzekeraars ten opzichte van aanbieders.

De regering hecht er aan te benadrukken dat het handhaven van een balans of het voorkomen van een disbalans tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar geen doel op zich is van het regeringsbeleid. Het instrumentarium is er op gericht dat het hebben of misbruiken van marktmacht voorkomen moet worden, indien de patiënt of verzekerde daar nadelige gevolgen van kan ondervinden op korte en lange termijn.

Hierbij merkt de regering op dat in de recente evaluatie van de Wet marktordening gezondheidszorg en de NZa is door onderzoeksbureau AEF vastgesteld dat de NZa ten aanzien van aanmerkelijke marktmacht het standpunt inneemt dat verkoopmacht (marktmacht van zorgaanbieders) schadelijker is dan inkoopmacht (marktmacht van zorgverzekeraars), met name omdat inkoopmacht van zorgverzekeraars ten goede komt aan de consument. Klachten over inkoopmacht worden door de NZa vrijwel standaard afgewezen. Dit beleidsuitgangspunt is naar het oordeel van AEF echter gestoeld op aannames die op dit moment niet allemaal meer van toepassing zijn, onder andere door de toegenomen risicodragendheid van verzekeraars en selectief contracteren. Gezien de ingrijpendheid van het AMM-instrumentarium is de NZa naar de sector toe verplicht haar beleidsuitgangspunten voortdurend te blijven monitoren en bij te stellen wanneer wetgeving of marktomstandigheden veranderen. Gelet op deze aanbeveling van AEF zal de NZa haar beleiduitgangspunt tegen het licht houden en waar nodig bijstellen dan wel haar keuze beter toelichten.

*De leden van de SP-fractie wijzen op de memorie van antwoord waarin de regering ter onderbouwing van haar betoog dat artikel 13 moet worden gewijzigd het volgende stelt: «Hierin [de evaluatie van de Zvw] wordt met betrekking tot het functioneren van de zorginkoopmarkt geconcludeerd dat de machtsbalans op de zorginkoopmarkt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in disbalans is ten faveure van sommige aanbieders.» En verder: «Om de «balance of power» op de zorginkoopmarkt te optimaliseren adviseert KPMG onder andere om artikel 13 van de Zvw aan te passen.» Vervolgens stelt de regering – als reactie op bezwaren dat na de door haar beoogde wijziging te veel macht van de zorgverzekeraars zou ontstaan – dat de ACM en de NZa na de (beoogde) wetswijziging moeten voorkomen dat deze machtspositie wordt misbruikt. De leden van de SP-fractie vragen waarom ACM en NZa niet nu al optreden tegen de genoemde zorgaanbieders, als blijkbaar sprake is van een disbalans.*

De onderzoekers in het evaluatierapport trekken hun conclusies op basis van een analyse van de groei in volume, de loonontwikkeling en de prijsstijgingen in verhouding tot de demografische ontwikkelingen en de ontwikkelingen in de rest van Europa. Zij schetsen hiermee een algemeen beeld en constateren dat aanbieders ten opzichte van de verzekeraars een sterke positie hebben. Zij doen geen uitspraken over individuele gevallen van zorgaanbieders. Het is ter beoordeling van de markttoezichthouders ACM en NZa of er sprake is van beperking van de mededinging, en of ingrijpen al of niet is aangewezen.

Op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) heeft de NZa onder meer mogelijkheid om het instrumentarium aanmerkelijke marktmacht (AMM) in te zetten. Daarbij kan de NZa zorgaanbieders of zorgverzekeraars met aanmerkelijke marktmacht verplichtingen opleggen, waaronder een contracteerplicht of een prijsplafond. In aanvulling op dit sectorspecifieke toezicht is het generiek mededingingstoezicht van toepassing. Zodra er sprake is van een onderneming onder de Mededingingswet (hierna: Mw) heeft de ACM een toezichthoudende rol. De ACM grijpt in op grond van de Mw indien gedragingen van en tussen onderne-

mingen de concurrentie en de keuzevrijheid voor patiënten of verzekerden belemmeren. Dit betreft overtreding van het kartelverbod, misbruik van economische machtspositie of een significante beperking van de mededinging als gevolg van concentraties.

De regering hecht er aan te benadrukken dat het handhaven van een balans of het voorkomen van een disbalans tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar geen doel op zich is van het regeringsbeleid. Het instrumentarium is er op gericht dat het hebben of misbruiken van marktmacht voorkomen moet worden, indien de patiënt of verzekerde daar nadelige gevolgen van kan ondervinden op korte en lange termijn.

*De leden van de SP-fractie vragen of het middel van een wetswijziging die, zo erkent ook de regering, tot grote maatschappelijke onrust heeft geleid, niet een veel te zwaar middel om de veronderstelde disbalans tussen zorgverzekeraars en sommige zorgaanbieders te herstellen? Zo nee, waarom niet?*

Nee, de regering vindt de wetswijziging van artikel 13 Zvw niet een te zwaar middel. Het beeld dat is opgeroepen dat de voorgestelde wijziging leidt tot een beperking van de artskeuze, is onjuist. De Raad van State heeft dat bevestigd. Die keuzevrijheid blijft bestaan. Door deze wijziging kan het stelsel werken conform de opzet die in 2006 is gekozen. Zorgverzekeraars krijgen door de wijziging van artikel 13 Zvw de ruimte om selectiever op kwaliteit en prijs in te kunnen kopen. Verzekeraars krijgen een instrument waardoor zij niet langer gedwongen zijn om zorg van aanbieders die matige zorg leveren achteraf te vergoeden. Zorgaanbieders krijgen een sterkere prikkel om over te gaan tot het sluiten van een contract met een zorgverzekeraar, waardoor gestuurd kan worden op prijs, kwaliteit en volume.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering de zorg deelt dat er door de wetswijziging voor zorgverzekeraars minder stimulansen bestaan om transparant te zijn omtrent de redenen van het niet contracteren van zorgaanbieders? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe bewerkstelligt de regering dat de transparantie niet juist minder wordt?*

De regering deelt de mening niet dat er door de wetswijziging voor zorgverzekeraars minder stimulansen bestaan om transparant te zijn omtrent de redenen van het niet contracteren van zorgaanbieders. Om het vertrouwen in het zorgstelsel en in de rol van de zorgverzekeraar te vergroten, hebben zorgverzekeraars er zelf belang bij dat de keuzes rondom zorginkoop voor verzekerden en aanbieders inzichtelijk worden gemaakt. Naarmate selectiever wordt ingekocht wordt dit steeds belangrijker. Daarom is in het wetsvoorstel de verplichting opgenomen voor zorgverzekeraars om uiterlijk 1 april voor aanvang van het nieuwe verzekeringsjaar onder andere het inkoopbeleid, het kwaliteitsbeleid en de zorginkoopprocedure transparant te maken. Op die manier wordt het voor verzekerden transparant op basis van welke kwaliteitscriteria zorgverzekeraars inkopen en kunnen hiermee rekening houden bij de keuze voor een zorgverzekering. Een verzekeraar die niet tegemoet komt aan de wensen van zijn verzekerden, kan in negatieve zin de pers halen. Verzekerden kunnen stemmen met de voeten en overstappen naar de een andere zorgverzekeraar. Het inkoopbeleid wordt zo ook helder voor de zorgaanbieders, daar waar zij nu vooraf geen idee hebben waarop specifiek door de zorgverzekeraars wordt ingekocht.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering bekend is met het gebruik van enkele grote zorgverzekeraars van een zogenaamde «digitaal contracteerportaal» om kleinere zorgaanbieders te contracteren? Wat*

*vindt de regering van de stelling dat door deze werkwijze kleinere zorgaanbieders worden benadeeld, omdat er geen contact mogelijk is tussen deze aanbieders en de zorgverzekeraars? Wat betekent dit voor de onderhandelingspositie van de kleine zorgaanbieder? Zal hij/zij niet gedwongen worden slechts te tekenen bij het kruisje? Is de regering van mening dat de kleinere zorgaanbieder door deze manier van contracteren nog iets kan duidelijk maken over de kwaliteit van zijn zorgaanbod?*

De regering is op de hoogte van het feit dat zorgverzekeraars digitale contracteerportalen gebruiken. Vanwege het relatief grote aantal kleine aanbieders, met name in de eerstelijnszorg, is het voor zorgverzekeraars ondoenlijk om met elke aanbieder individuele contractonderhandelingen te voeren, vandaar dat de contractering veelal digitaal verloopt. Dit kan door zorgaanbieders worden ervaren als dat er geen andere keuze is dan te tekenen bij het kruisje. Uiteraard is het wel van belang dat de zorgverzekeraar goed bereikbaar is voor de zorgaanbieder, dit is ook een aandachtspunt in de «Good contracting practices» die de NZa in samenwerking met vrijgevestigde beroepsbeoefenaren in de eerste lijn heeft opgesteld<sup>20</sup>. De regering merkt op dat het Ministerie van VWS dit voorjaar een rondgang heeft georganiseerd door Nederland waar zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren in gesprek gingen met verzekeraars, de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over samenwerking en mededinging in de curatieve zorg. Met name eerstelijns aanbieders hebben daar hun zorgen geuit over het contracteringsproces door de zorgverzekeraar. Tijdens de ronde bleek echter ook dat een aantal aanwezige beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg zo met elkaar wist samen te werken, dat dit een positieve uitwerking had op de contractrelatie met een zorgverzekeraar. De regering verwijst naar een brief van 22 juli 2014<sup>21</sup> waarin voorbeelden van dergelijke initiatieven staan geschetst. De komende periode zal de regering initiatieven nemen om de ruimte voor samenwerking maximaal te verkennen en deze best practices te verspreiden.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering hecht aan het behoud van de vrije artskenkeuze voor alle inwoners in Nederland? Zo nee, waarom niet?*

Zoals eerder aangegeven ziet de regering de wijziging van artikel 13 Zvw niet als een beperking van de vrije artskenkeuze. Verzekeraars krijgen de mogelijkheid meer te differentiëren in polissen waardoor de keuzevrijheid juist toe neemt. De verzekerde weet als dit wetsvoorstel wordt aanvaard, waar hij voor kiest. Het is aan de verzekerde om te bepalen welke polis hij sluit. Aangezien verzekerden met een inkomen onder een bepaald niveau recht hebben op zorgtoeslag, welke is gebaseerd op het gemiddelde van de nominale premie (en het gemiddelde eigen risico), blijven alle polissen financieel toegankelijk.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering op de hoogte is van het feit dat sommige zorgverzekeraars een premieopslag berekenen voor de aanvullende zorgverzekering, indien een verzekerde wisselt van basisverzekering maar de aanvullende verzekering behoudt? Hoe verhoudt deze premieopslag zich volgens de regering tot de vrijheid die verzekerden hebben om over te stappen? Is de regering voornemens iets aan deze werkwijze van deze zorgverzekeraars te doen?*

<sup>20</sup> NZa, «Good Contracting Practices zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren», maart 2014, te raadplegen via [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

<sup>21</sup> Kamerstuk TK 31 765, nr. 94.

De regering is op de hoogte van het feit dat verzekeraars een premieopslag kunnen berekenen voor de aanvullende zorgverzekering, indien er geen basisverzekering is afgesloten bij dezelfde zorgverzekeraar. De aanvullende verzekering betreft een private verzekering en verzekeraars mogen zelf bepalen of zij een premietoeslag hanteren of niet, er geldt ook geen verbod op premiedifferentiatie zoals dat bij de basisverzekering wel geldt. De overheid kan op basis van de huidige wet- en regelgeving geen wettelijke eisen stellen aan de private aanvullende verzekering en deze premieopslag dan ook niet verbieden.

Ondanks de mogelijkheid tot een premieopslag voor de aanvullende verzekering, zijn er voldoende mogelijkheden, ook voor chronisch zieken, om over te stappen naar een andere zorgverzekering en aanvullende verzekering. Er bestaat bij sommige verzekerden de angst om niet geaccepteerd te worden of een hogere premie te moeten gaan betalen voor hun aanvullende verzekering indien zij overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Het rapport over de evaluatie Zvw meldt dat dit voor 15% van de ouderen en chronisch zieken een belangrijke reden is om niet te wisselen van verzekeraar. In de praktijk blijkt echter dat maar vier van de 35 labels (merknamen) van zorgverzekeraars aanvullende vragen stellen voorafgaand aan toelating bij het afsluiten van een aanvullende verzekering. Alhoewel dus wel degelijk de perceptie bestaat bij sommige verzekerden (met name bij ouderen en chronisch zieken) dat het niet aanwezig zijn van een acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering de keuzevrijheid van de verzekerde aantast, lijkt dit in de praktijk nauwelijks het geval te zijn. Daarnaast geeft de NZa aan dat de toegankelijkheid van zowel de basis- als aanvullende verzekering goed te noemen is<sup>22</sup>.

*De leden van de SP-fractie merken op dat de regering in antwoord op vragen over de relatie tussen de «vrije advocaatkeuze» en de «vrije artsenkeuze» stelt dat er geen Europese richtlijn is die een recht op vrije artsenkeuze bij ziektekostenverzekeringen garandeert. De vraag was echter of het Europees Handvest van de grondrechten van de Europese Unie wordt geschonden, zo stellen deze leden. Zij stellen dat er, net als bij de keuze van een advocaat, ook bij de keuze van een zorgverlener, sprake is van inmenging van het recht op respect voor het privéleven als die keuze niet vrij is. Een privaatrechtelijk stelsel doet hier volgens hen niet aan af. Alleen als sprake is van een «pressing social need» kan – in samenhang met een wettelijke grondslag (dat zou de aangepaste tekst van artikel 13 kunnen zijn) – hiervan worden afgeweken. In dat verband vragen deze leden of de regering van mening is dat sprake is van een «pressing social need», zodat daadwerkelijk inbreuk kan worden gepleegd op het Europees Handvest van de grondrechten van de Europese Unie? Indien het antwoord van de regering bevestigend vragen de leden van de SP-fractie wat deze «pressing social need» dan is.*

Het recht op eerbiediging van het privéleven dat is neergelegd in artikel 7 van het EU-Handvest voor de grondrechten, is gebaseerd op het gelijklopende artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. Het tweede lid van beide artikelen geeft aan dat dit grondrecht niet absoluut van aard is. Onder voorwaarden is het mogelijk om beperkingen op dit recht aan te brengen.

De leden van de SP-fractie halen in dat verband de jurisprudentie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) aan met betrekking tot de beperkingsmogelijkheden op grondrechten die in het EVRM zijn gegarandeerd. Volgens vaste jurisprudentie van het EHRM kunnen bij het criterium dat de inmenging noodzakelijk moet zijn in een democratische samenleving verschillende factoren worden onderscheiden, waaronder

<sup>22</sup> NZa, «Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2013», september 2013, te raadplegen via [www.nza.nl](http://www.nza.nl).



dat er sprake moet zijn van een «pressing social need» voor de beperking, een dringende maatschappelijke noodzaak.

De regering is van oordeel dat de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw geen beperking inhoudt van het recht op eerbiediging van het privéleven. Verzekerden hebben immers ook na wijziging van artikel 13 Zvw de mogelijkheid te kiezen voor een restitutiepolis, die de mogelijkheid biedt om iedere arts te bezoeken of voor een naturapolis waarbij de door hen gewenste zorgaanbieders zijn gecontracteerd. Hier kan een parallel getrokken worden met artikel 35 van het EU-Handvest voor de grondrechten, het recht op gezondheidszorg. Hierover merkte de Raad van State in zijn voorlichting van 22 oktober 2014 aan de Eerste Kamer op dat de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw niet in strijd komt met dit grondrecht omdat er bij keuze voor een restitutiepolis in het geheel geen beperkingen in keuze voor een zorgaanbieder zijn, de zorgverzekeraar bij een verzekerde met een naturapolis door de zorgplicht nog steeds gehouden kan worden tot vergoeding van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en dat grote delen van de eerstelijnszorg van het regime van het nieuwe artikel 13 Zvw zijn uitgezonderd.

De regering ziet niet in hoe de voorgestelde wijziging gezien het bovenstaande niet in strijd komt met het recht op gezondheidszorg maar wel in strijd zou komen met het recht op eerbiediging van het privéleven. Overigens merkt de regering nog op dat, zo een rechter al van oordeel zou zijn dat er sprake is van een beperking van het recht op eerbiediging van het privéleven, de «pressing social need» bestaat uit de noodzaak om de zorgkosten te kunnen beheersen en daarmee een voor eenieder toegankelijke, betaalbare zorg te blijven garanderen. Daartoe verplicht immers het in het EU-Handvest voor de grondrechten neergelegde recht op gezondheidszorg.

*De leden van de SP-fractie vragen wat de regering vindt van de uitspraak van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) dat zij het principieel onjuist en praktisch onuitvoerbaar vinden om rekening te houden met de godsdienstige gezindte van hun verzekerden bij het inkopen van zorg. Hoe borgt de regering dat de verzekeraars deze verplichting nakomen?*

In het wetsvoorstel is de verplichting voor zorgverzekeraars opgenomen om informatie openbaar te maken over de wijze waarop zij bij de zorginkoop rekening houden met de godsdienstige gezindheid, de levensovertuiging en de culturele achtergrond van verzekerden. ZN heeft aangegeven dat het voor zorgverzekeraars alleen mogelijk is om aan deze informatieplicht te voldoen wanneer zij de godsdienstige gezindheid, levensovertuiging en culturele achtergrond van hun verzekerden registreren. Dit vinden zorgverzekeraars principieel onjuist en praktisch onuitvoerbaar, alleen al omdat ten tijde van de inkoop nog niet bekend is welke verzekerden voor welke zorgverzekeraar c.q. polis zullen kiezen.

De regering wil voorop stellen dat het een transparantieverplichting is. De regering interpreteert de transparantieverplichting zo dat zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid aan moeten geven hoe zij bij het inkopen van zorg in algemene zin rekening houden met het contracteren van een divers aanbod, waarbij aandacht is voor de godsdienstige gezindheid, de levensovertuiging en de culturele achtergrond van verzekerden. Het is niet noodzakelijk om de verplichting op individueel niveau in te vullen danwel de godsdienstige gezindheid, levensovertuiging en culturele achtergrond van verzekerden te registreren. De verzekeraar kan bijvoorbeeld aangeven in hoeverre hij zorgaanbieders contracteert die zorg vanuit een bepaalde overtuiging zorg aanbieden. Of in hoeverre de zorgverzekeraar een verzekeringspolis aanbiedt waarbij rekening wordt gehouden met

godsdienstige gezindheid, levensovertuiging en culturele achtergrond van verzekerden.

De NZa gaat vanaf 2015 monitoren in welke mate zorgverzekeraars invulling hebben gegeven aan de nieuwe wettelijke transparantieverplichtingen. Op basis daarvan beziet de NZa of het nodig is om regels hierover te stellen. De NZa zal jaarlijks rapporteren over de naleving van deze verplichting door zorgverzekeraars en kan handhavend optreden.

*De leden van SP-fractie vragen of zorgverzekeraars niet alle zeggenschap kunnen claimen over aanbieders, zonder dat zij feitelijk eigenaar zijn van de aanbieder, vanwege de invloed die verzekeraars hebben door selectieve contractering in combinatie met de wijziging van artikel 13 Zvw.*

De regering wil benadrukken dat in het voorgestelde artikel 49 van de Wmg wordt uitgegaan van het verbod van het verkrijgen van directe en indirecte zeggenschap in de zin van art. 26 van de Mededingingswet en aangesloten bij de uitleg van dat artikel.

Indien en voor zo ver selectieve contractering, bijvoorbeeld in combinatie met andere factoren verticale integratie oplevert wijst de regering er op dat deze verboden wordt als gevolg van het wetsvoorstel. Het begrip «zeggenschap» in het wetsvoorstel sluit immers aan bij wat dienaangaande is geregeld in artikel 26 van de Mededingingswet (Mw). Onder zeggenschap wordt daar verstaan de mogelijkheid om op grond van feitelijke of juridische omstandigheden een beslissende invloed uit te oefenen op de activiteiten van een zorgaanbieder. Het hebben van zeggenschap kan ook deels ontstaan door structurele «economische banden in combinatie met andere banden».

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering de zorg van critici deelt dat innovatie in de zorg door de wetswijziging feitelijk in handen wordt gelegd van de besturen van de vier grote zorgverzekeraars die 90% van de zorgverzekeringsmarkt in handen hebben? Zo nee, waarom niet?*

Op dit moment is inderdaad 90% van de zorgverzekeringsmarkt in handen van de vier grote verzekeraars. De vier grote zorgverzekeraars hebben op dit moment dus reeds invloed op het zorgaanbod, omdat zij zorg inkopen voor hun verzekerden. Alle zorgverzekeraars in Nederland die zorg in natura leveren, krijgen met de wetswijziging de verplichting opgelegd om in hun inkoopbeleid informatie openbaar over de wijze waarop zij bij de zorginkoop ruimte bieden aan nieuwe innovatieve toetreders in de markt van zorgaanbieders. Via deze bepalingen wordt gewaarborgd dat er ruimte blijft voor nieuwe zorgaanbieders.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering bekend is met de kritiek dat het voor verzekerden veelal onmogelijk is te bepalen welke zorg zij in het volgend jaar nodig hebben? Wat vindt zij van deze kritiek in relatie tot het effect dat de wetgeving heeft op die verzekerden die – al dan niet bewust – worden geconfronteerd met beperkingen in hun keuze voor een eigen zorgverlener?*

De regering ziet de wijziging van artikel 13 Zvw niet als een beperking van de vrije artskeuze. Verzekeraars krijgen de mogelijkheid meer te differentiëren in polissen waardoor de keuzevrijheid juist toe neemt. Het is aan de verzekerde om te bepalen welke polis hij sluit. Hiernaast dienen verzekerden zich, voordat zij een keuze maken voor een zorgverzekering, goed te informeren over de inhoud van de zorgverzekering (natura, combinatie of restutie), het gecontracteerde aanbod en de vergoedingen die van toepassing zijn indien men zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wil wenden. Verzekerden dienen er rekening mee te houden, dat zij mogelijk op het moment van het afsluiten van de

zorgverzekering gezond zijn, maar dat de situatie kan veranderen in de nabije toekomst.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering de zorg van veel critici deelt dat het onwenselijk is dat chronisch zieken worden geconfronteerd met het jaarlijks moeten beoordelen van de polis, om te bewerkstelligen dat zij niet meer door hun vertrouwde behandelaar worden behandeld, zoals in Zembla aan de orde werd gesteld door de arts van de betrokken patiënt? Zo nee, waarom niet? Zo ja, vindt de regering het acceptabel dat chronisch zieken worden geconfronteerd met deze overlast?*

Het is de verantwoordelijkheid van de verzekerde om zich goed te informeren over zijn zorgverzekering, ook chronisch zieken hebben deze verantwoordelijkheid. Naarmate verzekeraars selectiever gaan contracteren wordt dit nog belangrijker. De regering is zich ervan bewust dat het ingewikkelde materie betreft. De regering vindt het van belang dat de informatie die zorgverzekeraars verstrekken zo duidelijk mogelijk en toegankelijk is. De zorgverzekeraar dient op dit moment reeds transparante informatie over de zorgverzekering te verschaffen. Op zijn website dient hij helderheid te verschaffen over welke zorgaanbieders door hem zijn gecontracteerd en wat de vergoedingen zijn voor-niet gecontracteerde zorg. Tevens zal de zorgverzekeraar op verzoek van verzekerden telefonisch informatie moeten verstrekken. De NZa heeft in haar beleidsregel «informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014»<sup>23</sup> gepubliceerd op welke wijze de zorgverzekeraar met betrekking tot het gecontracteerde aanbod informatie moet verstrekken aan verzekerden. De NZa ziet hierop toe.

Naast een grotere verantwoordelijkheid voor de verzekerde behelst het wetsvoorstel ook een grotere verantwoordelijkheid voor de zorgverzekeraar om de verzekerde te informeren. De zorgverzekeraar zal namelijk de volledige kosten van zorg tot het marktconforme tarief moeten vergoeden indien een verzekerde zes weken voorafgaand aan het begin van het nieuwe jaar geen duidelijkheid is geboden over de contractering van een door hem of haar ingeroepen zorgaanbieder.

Tot slot kan de verzekerde altijd kiezen voor een restitutiepolis, indien hij ervan verzekerd wil zijn dat hij niet geconfronteerd wordt met een lagere of geen vergoeding ingeval van niet-gecontracteerde zorg.

*De leden van de SP-fractie vragen of de conclusie juist is dat ook als een huisarts geen contract heeft met een bepaalde zorgverzekeraar basiszorg geleverd kan worden aan een bij die zorgverzekeraar verzekerde. Krijgt de verzekerde een vergoeding voor de verleende zorg waarop het hinderpaalcriterium van toepassing is (75–80% van de rekening) en dient de verzekerde de rest zelf aan te vullen?*

*Als de niet gecontracteerde huisarts daarnaast overige huisartsenzorg (diabeteszorg, COPD en/of hart- en vaatziekten zorg) levert aan dezelfde patiënt bestaat de kans dat daar geen vergoeding tegenover staat.*

*Integrale huisartsenzorg komt hierdoor in gevaar, niet gecontracteerde huisartsen worden min of meer gedwongen alleen basiszorg te leveren. Deelt de regering deze conclusie? Hoe apprecieert zij deze?*

Als een aanbieder van huisartsenzorg geen contract heeft met een zorgverzekeraar, heeft de verzekerde op basis van artikel 13aa Zvw recht op een vergoeding voor de geleverde basiszorg, waarbij het hinderpaalcriterium van toepassing is. Ten aanzien van de reguliere huisartsenzorg (segment 1) geldt dus dat de huisarts geen overeenkomst met de zorgverzekeraar hoeft te sluiten om te kunnen declareren. Dit is geen

<sup>23</sup> NZa, «Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014 (TH/BR-015)», september 2014, te raadplegen via [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

principiële wijziging ten opzichte van de huidige situatie. Wanneer een aanbieder van multidisciplinaire programmatische zorg geen overeenkomst heeft met een zorgverzekeraar, dan kunnen de bij deze aanbieder aangesloten huisartsen geen programmatische multidisciplinaire zorg, zoals omschreven in de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit, declareren. Ook dit is geen principiële wijziging ten opzichte van de huidige situatie. Net als nu is de verzekerde in dat geval nog steeds vrij in de keuze voor de huisarts die de zorg levert, alleen mag de huisarts dan alleen separate verrichtingen binnen de basis huisartsenzorg (segment 1) declareren. Daarvoor geldt dan weer dat de verzekerde op basis van artikel 13aa Zvw recht heeft op een vergoeding voor de door de huisarts geleverde basiszorg, waarbij het hinderpaalcriterium van toepassing is. De integrale huisartsenzorg komt dus niet in gevaar. In de praktijk worden overigens nagenoeg alle aanbieders van basis huisartsenzorg gecontracteerd.

*De leden van de fractie van de SP vragen of de inwoners van grensregio-gemeente Vaals die op dezelfde voet als thans gebruik willen maken van de Duitse gezondheidszorg, omdat de instellingen vlakbij liggen, straks aangewezen zullen zijn op een restitutiepolis. Zijn afspraken zoals in Vaals tussen een Nederlandse en een Duitse zorgverzekeraar zijn gemaakt in de toekomst ook nog mogelijk?*

Het is en blijft mogelijk dat zorgverzekeraars instellingen buiten Nederland contracteren, met name als de vraag naar die zorg aanzienlijk is. Ik zie geen enkele reden waarom hierin ten opzichte van de huidige situatie verandering zou komen. Daarnaast kan de door de verzekeraar in acht te nemen zorgplicht van de verzekeraar meebrengen dat hij in voldoende mate moet voorzien in zorgaanbod binnen redelijke afstand van de woonplaats van de verzekerde. Het moeten voldoen aan de zorgplicht is een van de uitzonderingen voorzien in artikel 13 Zvw, op grond waarvan de zorgverzekeraar ook kosten van niet-gecontracteerde zorg moet vergoeden aan een natura-polishouder. Overigens kan ook binnen een restitutiepolis worden gecontracteerd.

*De leden van de SP-fractie merken op dat de regering geen reden ziet om de introductie van het Zvw-pgb afhankelijk te laten zijn van de parlementaire afronding van het wetsvoorstel Wlz. De leden vinden dat een merkwaardige opmerking omdat de afronding van dat wetsvoorstel naar het zich laat aanzien eerder zijn beslag zal krijgen dan de afronding van het voorliggend wetsvoorstel. Omdat voorliggend voorstel ook het verbod op verticale integratie inhoudt, is het Zvw-pgb volgens de leden van de SP-fractie een vreemde eend in de bijt, waardoor verzekerden er mogelijk moeilijker kennis van kunnen nemen. Zij vragen daarom een toelichting.*

Dat de regering geen reden ziet om de introductie van het Zvw-pgb afhankelijk te laten zijn van de parlementaire afronding van het wetsvoorstel Wlz heeft niet alleen met timing te maken. Er zijn ook inhoudelijke redenen om het Zvw-pgb via het voorliggende wetsvoorstel te regelen. Omdat het wetsvoorstel juist het Zvw-pgb in de Zorgverzekeringswet introduceert, is er een inhoudelijke samenhang met het wetsvoorstel. Ook de andere wijzigingen die met dit wetsvoorstel bij uw Kamer voorliggen betreffen immers de Zorgverzekeringswet. Bij het regelen van het Zvw-pgb via de Wlz zou die inhoudelijke samenhang minder sterk zijn. De regering wil bovendien de introductie van het Zvw-pgb niet afhankelijk laten zijn van de parlementaire afronding van het wetsvoorstel Wlz. Beide wetsvoorstellen moeten immers op eigen merites worden beoordeeld door beide Kamers der Staten-Generaal. Ten aanzien van de planning van afronding van beide wetsvoorstellen merkt de regering op dat ten tijde van de indiening van tweede nota van

wijziging, waarmee het Zvw-pgb in het wetsvoorstel wordt opgenomen, niet kon voorzien dat de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel Wlz uiteindelijk op kortere termijn zou kunnen worden afgerond als bij onderhavig wetsvoorstel. De Eerste Kamer stelt immers haar eigen agenda vast.

*De leden van de SP-fractie stellen dat de koppeling van de wettelijke verankering van het Zvw-pgb aan het wetsvoorstel verticale integratie consequenties heeft voor de communicatie richting de burgers. Zij vragen op welke manier juist dit specifieke punt, dat van belang is voor verzekerden, die nu nog zorg AWBZ gefinancierd ontvangen, en die al met veel veranderingen in het kader van de Wlz te maken hebben, onder de aandacht van betrokkenen wordt gebracht en wiens taak dat is.*

De koppeling van de wettelijke verankering van het Zvw-pgb aan het onderhavige wetsvoorstel heeft geen specifieke consequenties over de communicatie over de wijzigingen.

Gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en aanbieders informeren mensen over hun situatie in 2015. Specifiek voor de wijkverpleging en intensieve kindzorg geldt dat cliënten door de verzekeraars worden geïnformeerd. Zorgverzekeraars informeren verzekerden in november over de veranderingen in het verzekerde pakket via het toezenden van de polisvoorwaarden. Hiermee worden cliënten over de zorg in natura geïnformeerd. Alle Zvw-pgb-houders, waaronder cliënten met intensieve kindzorg, ontvangen een separate brief van hun verzekeraar. Deze brief informeert mensen over de hoogte van het pgb en de veranderingen.

*De leden van de SP-fractie verwijzen naar het indicatie-instrument dat door VenVN is ontwikkeld. Zij concluderen dat er daarin weinig gezegd wordt over het eerstelijnsnetwerk waarin de verpleegkundige dient te functioneren. Zij vragen op welke manier die samenwerking met onder anderen huisartsen wordt vormgegeven.*

Het is aan de verpleegkundige om de behoefte aan verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de verzekerde naar aard, inhoud en omvang te bepalen. Dat wil zeggen dat deze een verpleegkundige diagnose kan stellen, kan bepalen welke verpleegkundige/verzorgende handelingen verricht moeten worden en hoeveel de cliënt nog zelf kan. De medische diagnose is voorbehouden aan de huisarts, physician assistant, verpleegkundig specialist of de medisch-specialist (verder te noemen: behandelaar), maar deze hoeft niet vooraf te gaan aan de verpleegkundige diagnose. Contact met de behandelaar is van belang om de verpleegkundige en de medische diagnose te combineren, met andere woorden tot een compleet behandel-/zorgtraject te komen. Het is aan de professionele deskundigheid van de verpleegkundige en in voorkomende gevallen de verzorgende, om te bepalen op welk moment de behandelaar op de hoogte wordt gesteld.

*De leden van de SP-fractie zijn het met de regering eens dat de pgb's in de verschillende domeinen zoveel als mogelijk op elkaar moeten aansluiten. Zij maken zich zorgen dat die wens niet uitkomt. Zij vragen wie mensen zal helpen een weg te vinden in de verschillende bureaucratieën die met de verschillende vormen van pgb samenhangen, als dat niet lukt.*

Er zullen verzekerden zijn die naast een zorgvraag op het terrein van wijkverpleging te maken krijgen met zorg vanuit de Wmo of de Jeugdwet. Zoals ook in de eerdere schriftelijke antwoorden aangegeven, is het uitgangspunt bij de vormgeving van het pgb in de verschillende domeinen geweest om ze zoveel mogelijk bij elkaar te laten aansluiten. In de uitvoering zullen echter ook verschillen zijn. Gemeenten hebben

binnen de marges van de Wmo 2015 ruimte om zelf invulling te geven aan de vormgeving van het pgb. En zorgverzekeraars zullen het Zvw-rgb inpassen in de bestaande natura- en restitutiepolissen. Het is aan gemeenten en zorgverzekeraars zelf om de budgethouders te informeren over de wijze waarop zij het pgb uitvoeren.

Daarnaast zijn in dit kader de afspraken over de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars relevant. Met de wijziging van de Wmo 2015 wordt zowel in de Wmo 2015, als in de Zorgverzekeringswet een verplichting opgenomen voor gemeenten en zorgverzekeraars om afspraken te maken over die samenwerking, om te zorgen voor integrale dienstverlening aan cliënten en verzekerden. In de praktijk krijgt die samenwerking onder meer vorm in de sociale wijkteams waarin de wijkverpleegkundigen en professionals uit het sociale domein samen opereren.

Bovendien is van belang dat cliëntondersteuning een plek heeft in de Wmo 2015. Voor cliënten is kosteloos cliëntondersteuning beschikbaar. Daarbij gaat het onder meer om informatie, advies en algemene ondersteuning over de mogelijkheden op het vlak van een zo integraal mogelijke dienstverlening op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, preventieve zorg, zorg, jeugdzorg, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen ten behoeve van het maken van een keuze of het oplossen van een probleem. Dit leidt tot regieversterking van de cliënt (en zijn omgeving) en bevordert de zelfredzaamheid en participatie.

*De leden van de SP-fractie vragen hoe de contractering van de wijkverpleging tot nu toe verloopt. Wat zijn de meest recente cijfers, zowel ten aanzien van aantallen gecontracteerde zorgaanbieders/ thuiszorginstellingen als ten aanzien van overeengekomen tarieven (kortingen)?*

De inkoop gesprekken tussen zorgverzekeraars en aanbieders zijn momenteel grotendeels afgerond. Circa 90% van de contracten is inmiddels afgesloten. De regering heeft uit signalen vernomen dat bij de inkooponderhandelingen sprake is van hogere kortingen dan de macro taakstelling van circa 12,5%. Over deze signalen heeft de regering overleg gevoerd met de verzekeraars. Zij hebben aangegeven dat ze bij de contractering ook rekening moeten houden met uitgaven via het PGB en restitutievergoedingen.

*De leden van de Christen Unie-fractie vragen wanneer er voor een zorgverzekeraar sprake is van een representatief contracteerbeleid ten opzichte van haar verzekerden, gelet op de transparantie verplichtingen die verzekeraars opgelegd krijgen? En hoe zal invulling worden gegeven aan de criteria die hiertoe tijdens de behandeling in de Tweede Kamer zijn afgesproken?*

Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer is via een amendement geregeld dat zorgverzekeraars de verplichting krijgen om informatie openbaar te maken over de wijze waarop zij bij de zorginkoop rekening houden met de godsdienstige gezindheid, de levensovertuiging en de culturele achtergrond van verzekerden (artikel 40a lid 2 WMG). Voorop gesteld zij dat het een transparantieverplichting is. De regering interpreteert de transparantieverplichting zo dat zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid aan moeten geven hoe zij bij het inkopen van zorg in algemene zin rekening houden met het contracteren van een divers aanbod, waarbij aandacht is voor de godsdienstige gezindheid, de levensovertuiging en de culturele achtergrond van verzekerden. Hoe precies invulling gegeven wordt aan deze verplichting is aan de zorgverzekeraar zelf. De verzekerde kan dan bij de keuze voor een zorgverzekering rekening houden met het beleid van de verzekeraar op dat terrein. Wanneer de verzekeraar in zijn inkoopbeleid onvoldoende transparant is,



kunnen verzekerden een klacht indienen bij de verzekeraar zelf, een signaal afgeven aan de NZa of overstappen naar een andere verzekeraar. De mate waarin verzekerden overstappen of het aantal klachten dat binnenkomt over het inkoopbeleid kan voor de verzekeraar een signaal zijn dat zijn contracteerbeleid niet tegemoet komt aan de wensen van zijn verzekerden. De NZa gaat vanaf 2015 monitoren in welke mate zorgverzekeraars invulling hebben gegeven aan de nieuwe wettelijke transparantieverplichtingen. Op basis daarvan beziet de NZa of het nodig is om regels hierover te stellen. De NZa zal jaarlijks rapporteren over de naleving van deze verplichting door zorgverzekeraars en kan handhavend optreden.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen naar de verwachte effecten van de scherpe onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders op het aantal zorgaanbieders, en of er een minimum aantal zorgaanbieders nodig is in een bepaalde regio voor een vitale werking van het zorgverzekeringsstelsel aldaar. Daarnaast vraagt zij naar de middelen die de NZa hieromtrent heeft om de bedoelde vitaliteit in stand te houden. Tevens vragen zij wat zorgaanbieders kunnen doen, om bezwaar te maken of in het verweer te komen tegen een in hun ogen oneerlijke of ongelijke behandeling door zorgverzekeraars.*

Door de wijziging van artikel 13 Zvw worden zorgverzekeraars niet langer gedwongen niet-gecontracteerde zorg te vergoeden. Zorgverzekeraars kunnen scherper inkopen op basis van prijs en kwaliteit. Het is niet van te voren in te schatten in hoeverre dit gevolgen heeft voor bestaande zorgaanbieders. Een mogelijke consequentie van de wijziging van artikel 13 Zvw is dat zorgaanbieders zonder contract minder zekerheid hebben over de inkomsten die zij zullen genereren. Het staat echter niet vast dat zorgaanbieders zonder contract geen bestaansrecht meer hebben, restitutieverzekerden kunnen gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg tegen een marktconforme vergoeding en ook naturaverzekerden kunnen gebruik blijven maken van niet-gecontracteerde zorg. Hierbij kan de vergoeding echter lager worden vastgesteld.

Er is niets vastgelegd over het aantal zorgaanbieders dat minimaal in een bepaalde regio aanwezig moet zijn voor een vitale werking van het zorgverzekeringsstelsel. Van belang is dat er voldoende zorgaanbieders zijn gecontracteerd door de naturazorgverzekeraar, zodat hij aan zijn zorgplicht kan voldoen. De NZa heeft in zijn Toezichtkader Zorgplicht Zorgverzekeraars<sup>24</sup> aangegeven op welke wijze zorgverzekeraars invulling moeten geven aan hun zorgplicht.

De NZa heeft daarnaast meerdere middelen tot haar beschikking om de door de leden van ChristenUnie-fractie bedoelde vitaliteit in stand te houden, dan wel te stimuleren. Eén van de doelstellingen van de NZa is het ontwikkelen van markten<sup>25</sup>. De markttoezichthouders NZa en ACM houden toezicht op de zorgmarkten. In de zorgmarkten bestaat een aantal mogelijke vormen van marktfalen, zoals het ontstaan van marktmacht. Marktmacht kan de ontwikkeling van concurrentie en de vrije markt beperken en is daarom onwenselijk. Bij marktfalen kan overheidsingrijpen noodzakelijk zijn, zolang dit ingrijpen proportioneel is ten opzichte van het nagestreefde doel. Op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) heeft de NZa onder meer de mogelijkheid om het instrumentarium aanmerkelijke marktmacht (AMM) in te zetten. Daarbij kan de NZa zorgaanbieders of zorgverzekeraars met aanmerkelijke marktmacht

<sup>24</sup> NZa, «Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-009)», december 2013, te raadplegen via [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

<sup>25</sup> Memorie van toelichting Wet marktordening gezondheidszorg, pagina 5.

verplichtingen opleggen, waaronder een contracteerplicht of een prijsplafond.

In aanvulling op dit sectorspecifieke toezicht is het generiek mededingingstoezicht van toepassing. Zodra er sprake is van een onderneming onder de Mededingingswet (hierna: Mw) heeft de ACM een toezichthoudende rol. De ACM grijpt in op grond van de Mw indien gedragingen van en tussen ondernemingen de concurrentie en de keuzevrijheid voor patiënten of verzekerden belemmeren. Dit betreft overtreding van het kartelverbod, misbruik van economische machtspositie of een significante beperking van de mededinging als gevolg van concentraties.

In de recente evaluatie van de Wmg en de NZa is door AEF vastgesteld dat de NZa ten aanzien van aanmerkelijke marktmacht het standpunt inneemt dat verkoopmacht (marktmacht van zorgaanbieders) schadelijker is dan inkoopmacht (marktmacht van zorgverzekeraars), met name omdat inkoopmacht van zorgverzekeraars ten goede komt aan de consument. Klachten over inkoopmacht worden door de NZa vrijwel standaard afgewezen. Dit beleidsuitgangspunt is naar het oordeel van AEF echter gestoeld op aannames die op dit moment niet allemaal meer van toepassing zijn, onder andere door de toegenomen risicodragendheid van verzekeraars en selectief contracteren. Gezien de ingrijpendheid van het AMM-instrumentarium is de NZa naar de sector toe verplicht haar beleidsuitgangspunten voortdurend te blijven monitoren en bij te stellen wanneer wetgeving of marktomstandigheden veranderen. Gelet op deze aanbeveling van AEF zal de NZa haar beleidsuitgangspunt tegen het licht houden en waar nodig bijstellen dan wel haar keuze beter toelichten.

*Daarnaast vragen de leden van de ChristenUnie-fractie waar zorgaanbieders in het verweer kunnen komen tegen een oneerlijke of ongelijke behandeling door zorgverzekeraars.*

De onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden begrensd door de eisen van het verbintenissenrecht en de Mededingingswet (Mw). De onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder bevinden zich derhalve in het private domein. De rechtspraak gaat er vanuit dat de zorgverzekeraar in principe contractsvrijheid heeft, die wordt begrensd voor zover de Mw, de Zorgverzekeringswet (Zvw) of daaraan gerelateerde regelgeving aan die vrijheid grenzen stelt. Voorbeelden daarvan betreffen minimumeisen als de zorgplicht. Voor zorgaanbieders die niet (langer) gecontracteerd worden door een zorgverzekeraar, staat de weg naar de civiele rechter open. De rechter zal dit individuele geval toetsen aan de normen van het algemene verbintenissenrecht en van het mededingingsrecht. Overigens hoeft een zorgverzekeraar niet meer zorg in te kopen dan nodig voor zijn verzekerden. Er bestaat geen contracteerplicht, die is sinds de inwerkingtreding van de Zvw in 2006 afgeschaft.

*De leden van de Christen Unie fractie vragen of naar de mening van de regering keuzevrijheid blijft bestaan, indien de premies voor de restitutieverzekering zullen stijgen tot ver boven het premieniveau van de naturaverzekeringen?*

De regering ziet de wijziging van artikel 13 Zvw niet als een beperking van de vrije artskeuze. Verzekeraars krijgen de mogelijkheid meer te differentiëren in polissen waardoor de keuzevrijheid juist toe neemt. Het is aan de verzekerde om te bepalen welke polis hij sluit. Ook als de premies van de restitutieverzekering en de naturaverzekering uiteen gaan lopen, blijft de regering van mening dat keuzevrijheid blijft bestaan. Deze premies zullen meer uiteen gaan lopen door de doelmatigheid als gevolg van van de selectieve inkoop in plaats van een niet onderbouwde stijging van de restitutiepolis. Verzekerden met een inkomen onder een bepaald

niveau hebben recht op zorgtoeslag. Deze is gebaseerd op het gemiddelde van de nominale premie (en het gemiddelde eigen risico). Als restitutieverzekeringen duurder worden dan naturaverzekeringen wordt dit dus meegewogen in de hoogte van de zorgtoeslag, aangezien wordt uitgegaan van het gemiddelde van de nominale premie.

*De leden van de Christen Unie vragen of de veronderstelling juist is dat zorgverzekeraars niet verplicht zijn een restitutiepolis aan te bieden? Acht de regering het mogelijk dat aanbod van de restitutiepolis op lange termijn kan verdwijnen als gevolg van dit wetsvoorstel? Is de regering van mening dat het aanbod van restitutiepolissen moet blijven bestaan? Welke middelen kan zij inzetten dat te bewerkstelligen mocht dit nodig zijn?*

Zorgverzekeraars zijn inderdaad niet verplicht om een restitutiepolis aan te bieden. Conform artikel lid 11 van de Zorgverzekeringswet kunnen zij hun zorgplicht vervullen via zorg in natura of via restitutie, danwel een combinatie hiervan. 25% van de verzekerden heeft in 2014 een restitutiepolis. Zolang er vraag is van verzekerden naar een restitutiepolis zal de restitutiepolis blijven bestaan. Het is van belang dat zorgverzekeraars hun zorgplicht nakomen, zolang dit het geval is maakt het in feite niet uit of zij dit invullen via zorg in natura of via restitutie. De regering kan op basis van de huidige wet- en regelgeving niet afdwingen dat verzekeraars een restitutiepolis aanbieden. Wel kan de NZa ingrijpen indien zij hun zorgplicht niet nakomen. Overigens kennen wij in Nederland ook verzekeraars die alleen restitutieverzekeringen hebben. Het is dus zeer onwaarschijnlijk dat die van de markt verdwijnen.

*De leden van de Christen Unie vragen hoe ervoor kan worden gezorgd dat, in het geval een verzekerde met een naturapolis niet meer terecht kan bij een gecontracteerde zorgaanbieder omdat het omzetplafond is bereikt, de vervangende behandeling voor de verzekerde geen meerkosten met zich meebrengt?*

Het is mogelijk dat een (natura)verzekerde in de loop van het jaar niet meer terecht kan bij een gecontracteerde zorgaanbieder omdat het omzetplafond is bereikt. De verzekeraar moet dat vooraf al in de polisvoorwaarden hebben aangegeven. De zorgverzekeraar zal op grond van zijn zorgplicht de verzekerde dan moeten bemiddelen naar een andere zorgaanbieder tegen volledige vergoeding of aanvullende afspraken moeten maken met de zorgaanbieder over extra volume. Indien de verzekerde zich moet wenden naar een niet-gecontracteerde aanbieder omdat de verzekeraar niet aan zijn zorgplicht kan voldoen, heeft de verzekerde recht op een volledige vergoeding van kosten (art 13 lid 2 sub b Zvw). Hiernaast heeft een verzekerde die reeds een behandelovereenkomst met een zorgaanbieder heeft gesloten, recht op het voortzetten van de behandeling ook wanneer een eventueel omzetplafond is bereikt. Daarbij wordt de voortgezette behandeling volledig vergoed (art 13 lid 2 sub c Zvw). Acute zorg dient altijd verleend te worden ongeacht of er sprake is van een omzetplafond.