

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

G

NADER VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT¹

Vastgesteld 25 november 2014

De memorie van antwoord heeft de commissie aanleiding gegeven tot het maken van de volgende nadere opmerkingen en het stellen van de volgende nadere vragen. De commissie verzoekt de regering de nadere memorie van antwoord voor 28 november 2014, 16.00 uur, aan de Kamer toe te zenden.

Inleiding

De leden van de **PvdA**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de uitvoerige antwoorden van de regering. Zij hebben nog enkele nadere vragen.

De leden van de **CDA**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de antwoorden van de regering. Helaas hebben zij, net als bij wetsvoorstel 33168², moeten constateren dat niet al hun vragen adequaat zijn beantwoord. Daarnaast hebben zij een aantal aanvullende vragen.

De leden van de **SP**-fractie hebben na lezing van de memorie van antwoord nog behoefte om de regering nadere vragen voor te leggen

De leden van de **D66**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de memorie van antwoord. Zij danken de regering voor de uitvoerige antwoorden op hun vragen. Naar aanleiding daarvan willen zij graag nog twee punten met betrekking tot de voorgestelde wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) aan de regering voorleggen. Het eerste

¹ Samenstelling:

Holdijk (SGP), Dupuis (VVD) (*vice-voorzitter*), Linthorst (PvdA), Slagter-Roukema (SP) (*voorzitter*), Thissen (GL), Nagel (50PLUS), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), Quik-Schuijt (SP), Reuten (SP), De Vries-Leggedoor (CDA), Flierman (CDA), Barth (PvdA), Martens (CDA), vac. (CDA), Scholten (D66), Backer (D66), Ganzevoort (GL), De Lange (OSF), Ter Horst (PvdA), Beuving (PvdA), Frijters-Klijnen (PVV), Van Dijk (PVV), De Grave (VVD), Bröcker (VVD), Beckers (VVD), Van Beek (PVV), Bruijn (VVD), Koning (PvdA)

² Wet vergroten investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg.

punt heeft betrekking op het toezicht op het systeem. Het tweede gaat over de Europese Patiëntenrichtlijn.

De leden van de fractie van de **ChristenUnie** hebben met belangstelling kennisgenomen van de antwoorden van de regering. Naar aanleiding van de memorie van antwoord hebben zij nog enkele vragen.

PvdA-fractie

Op de vraag van de leden van de PvdA-fractie naar de te verwachten verschillen tussen de premies van naturapolissen en de premies van restitutiepolissen, heeft de regering geantwoord te verwachten dat het premieverschil zal gaan toenemen doordat naturaverzekeraars – in tegenstelling tot restitutieverzekeraars – door de wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) beter kunnen sturen op prijs, kwaliteit en doelmatigheid. Deze leden lezen in dit antwoord dat vooral een daling van de premies voor naturapolissen te verwachten is en niet zozeer een stijging van de premies voor restitutiepolissen. Zij vernemen graag van de regering of zij dit goed hebben begrepen. 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?

In verschillende grensregio's leven specifieke zorgen over de mogelijke gevolgen van de wijziging van artikel 13 Zvw. Zo vragen burgers uit Zeeuws-Vlaanderen zich af of zij straks nog gebruik kunnen maken van de academische ziekenhuizen net over de grens in België of dat zij aangevoerd zullen zijn op een academisch ziekenhuis in Nederland. In dat laatste geval ligt het meest nabije academische ziekenhuis (in Rotterdam) op 1,5 tot 2 uur reizen per auto en vele uren reizen per openbaar vervoer. Ook hebben de leden van deze fractie signalen ontvangen dat veel burgers in Vaals van jongs af aan gebruik maken van de Duitse gezondheidszorg, omdat de betreffende zorginstellingen aanzienlijk dichterbij liggen dan bijvoorbeeld het ziekenhuis in Heerlen. Zij vragen de regering 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.

CDA-fractie

Verticale integratie

Voor wat betreft de verticale integratie constateren de leden van de CDA-fractie dat de regering erkent dat er nog weinig ervaring is opgedaan. Er zijn ook geen evidente nadelen uit de praktijk bekend. In feite wil de regering met het voorliggende voorstel een verbod introduceren om een probleem te voorkomen dat zich nog niet heeft voorgedaan. Dat roept bij voornoemde leden wederom de vraag op waarin deze generieke wetgeving, die alle situaties van integratie (behoudens de twee in de wet opgenomen uitzonderingen) blokkeert, moet 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 tekortschiet om ongewenste gevallen van verticale integratie, met name 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?

Voorts hebben de leden van de CDA-fractie in het voorlopig verslag gevraagd of c.q. waarom de regering vreest dat in de interne afwegingen van een *zorgaanbieder* oneigenlijke motieven een rol gaan spelen als deze aanbieder door een verzekeraar door middel van doorslaggevende zeggenschap wordt gecontroleerd, en waarom die vrees niet bestaat indien een private investeerder doorslaggevende zeggenschap in een aanbieder heeft. In de beantwoording gaat de regering in op de positie van de zorgverzekeraar, maar dat was de vraag niet. Graag krijgen deze leden alsnog een beschouwing van de regering over de afweging van de belangen en de borging van adequate zorg bij een *zorgaanbieder* waarbij sprake is van doorslaggevende zeggenschap van een private investeerder respectievelijk een zorgverzekeraar. Ziet de regering in de positie en de interne zeggenschap en invloed verschillen tussen beide situaties, en zo ja welke?

De memorie van antwoord lezend krijgen de leden van de CDA-fractie de indruk dat de regering ervan uitgaat dat een zorgverzekeraar uitsluitend op het belang van zijn verzekerden let. Andere belangen, van de eigen organisatie, of van de moederorganisatie bijvoorbeeld, spelen naar de regering lijkt te veronderstellen, geen rol in het beleid van de verzekeraar. Meent de regering echt 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 veronderstelt dat er op het moment van verticale integratie wel een oneigenlijk organisatiebelang bij de zorgverzekeraar gaat spelen. Kwalitatief goede zorg tegen een aanvaardbare prijs blijft dan toch ook een belang van de verzekeraar? Hoe ziet de regering dat? Indien er geen sprake is van een monopolie en de verzekerden keuze uit meerdere aanbieders hebben, dan zal de verzekeraar er juist naar willen streven dat «zijn» zorgaanbieder een optimale kwaliteit tegen een goede prijs levert. Waarom verwacht de regering dat dit niet zo zal werken? En waarom zouden patiënten die in zo'n geval door de verzekeraar worden verwezen naar zijn «eigen» aanbieder niet van verzekeraar veranderen, indien de kwaliteit van de aanbieder waarin de verzekeraar doorslaggevende zeggenschap heeft, tekort schiet? De regering gaat juist 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?

Artikel 13 Zvw

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 vormen op het aangaan van contracten. De leden van de CDA-fractie vernemen graag een reactie van de regering op de hiervoor genoemde aspecten van de positie van de kleine aanbieders. Welke mogelijkheden ziet de regering om hen een stevige, en ook vernieuwende rol in het stelsel te geven?

De leden van de CDA-fractie lezen dat de regering de uitzondering die voor de eerstelijns GGZ wordt gemaakt op het recht op een vrije keuze

enerzijds beargumenteert vanuit de afspraken met betrekking tot 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? Waarom is deze afspraak gemaakt? Bij andere eerstelijnszorg worden bij de naturapolis wel alle zorgaanbieders vergoed. Acht de regering deze uitzondering logisch? Waarom hebben de zorgverzekeraars een hoofdrol in de opbouw van de eerstelijns GGZ? Hoe ziet die rol er concreet uit en is daarbij sprake van een taakverdeling tussen zorgverzekeraars?

Voorts stellen de leden van de CDA-fractie vast dat de regering ook erkent dat verzekerden hun keuze voor een polis momenteel nog primair op basis van financiële motieven bepalen. Zij lijkt te vermoeden dat dit vooral aan een gebrek aan transparantie rondom de zorginkoop van de verzekeraars ligt. Verwacht de regering daadwerkelijk dat veel verzekerden bij een grotere transparantie in de toekomst op andere gronden dan de prijs, voor een verzekering kiezen?

Indien en voor zover de prijs en daaraan gerelateerde zaken (premie-korting, welkomstgeschenken e.d.) in belangrijke mate de keuze van verzekerden blijven bepalen, valt dan niet 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%? Graag krijgen deze leden hierop een reactie van de regering.

Op dit moment is het nog niet zo dat het overgrote deel van de zorg door verzekeraars daadwerkelijk op basis van kwaliteit wordt ingekocht. Hoe kan worden bepaald wanneer dat wel het geval is? Is daarvoor een ijkpunt bepaald? Hoe lang duurt het nog voordat die situatie is bereikt?

Tot slot komen de leden van de CDA-fractie nog terug op de Europees-rechtelijke aspecten van het schrappen van het hinderpaalcriterium in artikel 13. Als een verzekerde met een naturapolis planbare zorg gebruikt bij een buitenlandse aanbieder die niet is gecontracteerd, heeft deze verzekerde dan geen aanspraak op de vergoeding tot tenminste de prijs die voor de betreffende behandeling aan een onder de naturapolis gecontracteerde binnenlandse zorgaanbieder zou worden vergoed? In dit kader verwijzen zij ook naar de antwoorden van de Europese Commissie op vragen van de CDA-leden van het Europees parlement (april/oktober 2013) over deze kwestie. Graag ontvangen zij nog een reactie van de regering op dit punt.

Stelsel

In de memorie van antwoord verwijst de regering naar verschillende rapporten en studies over de werking van het huidige stelsel in de gezondheidszorg. Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie nog een totaaloverzicht van de meest recente studies op dit gebied. Wanneer is de regering voornemens zelf een geïntegreerde tussenbalans over de werking van het stelsel op te maken?

De regering merkt op dat zij vooral een disbalans in de machtsverhoudingen ziet tussen enkele grote aanbieders, die te sterk zijn, en de zorgverzekeraars die daar niet tegenop zouden kunnen. Deze situatie doet zich ongetwijfeld in delen van het land voor; in andere delen echter is sprake van een disbalans tussen één of enkele zorgverzekeraars en relatief kleine zorgaanbieders, zowel in de eerste als tweede lijn. Hoe beoordeelt

de regering die situatie? Zou een meer gedifferentieerde aanpak, waarin wordt gestreefd naar een situatie waarin beide vormen van disbalans worden voorkomen, niet te verkiezen zijn? Hoe ziet de regering dat?

SP-fractie

Verbod verticale integratie

In de memorie van antwoord wordt op meerdere plaatsen gesproken over «patiënten» en/of «verzekerden». De leden van de SP-fractie vernemen graag wat het verschil is tussen beide. Op pagina 37 van de memorie van antwoord staat vervolgens: «patiënten en verzekerden moeten kunnen vertrouwen op de onafhankelijkheid van de zorgaanbieders. Zelfs de loutere mogelijkheid dat zij, indien zij onder zeggenschap van een zorgverzekeraar staan, in opdracht van die zorgverzekeraar de patiënt mindere of slechtere zorg geven dan waar die patiënt anders recht op zou hebben gehad, vormt voor de regering een voldoende reden voor het verbod van verticale integratie». De mogelijkheid bestaat toch ook dat die zorg juist anders en beter is? Het is zelfs één van de redenen (innovatie) om ontheffing te verlenen van dit verbod. Graag krijgen deze leden een nadere uitleg. De regering stelt dat dit voor haar voldoende reden is voor het verbod van verticale integratie. Naar aanleiding hiervan merken de leden van de SP-fractie het volgende op. Het feit dat zorgverzekeraars zorgaanbieders selectief kunnen contracteren (en geen contract geen vergoeding) betekent dat zorgaanbieders onder zeggenschap van een zorgverzekeraar kunnen komen te staan, en daarbij gedwongen kunnen worden om mindere of slechtere zorg te geven, omdat de zorgverzekeraar eisen kan/mag stellen aan de geleverde zorg. Gaat de te contracteren zorgaanbieder niet in op de voorwaarden, gesteld door de zorgverzekeraar dan loopt hij/zij de kans geen contract te krijgen. Kan de regering hier nader op ingaan?

In de memorie van antwoord wordt gesproken van verticale integratie en verticale relaties. Is de regering van mening dat beide vormen haarscherp van elkaar te onderscheiden zijn? En zo ja, op grond van welke criteria? «De meeste deelnames en samenwerkingsverbanden hebben tot doel de eerste lijn te versterken, innovatie te financieren of preventie te bevorderen» zo valt op meerdere plaatsen in de memorie van antwoord te lezen. Onder welke noemer vallen sponsoring door zorgverzekeraars van sportclubs, patiëntenverenigingen et cetera? Of vallen dergelijke verticale relaties tussen zorgverzekeraars en verzekerden buiten dit wetsvoorstel?

In de memorie van antwoord staat dat een ontheffing voor innovatie kan worden verleend. Op pagina 39 staat: «Daartoe zal allereerst moeten worden aangetoond dat het gaat om een vernieuwing in het zorgaanbod. Hoewel vernieuwing op verschillende manieren bereikt kan worden [...] werkt dit criterium *enorm* beperkend.» Wordt hiermee 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? Waarom is er dan een verbod nodig?

Zorgvernieuwing is in de ogen van de leden van deze fractie minstens zoveel corebusiness van zorgaanbieders als van zorgverzekeraars. Soms hebben ze elkaar daarbij wel nodig. Zou het verbod zorgvernieuwing ook kunnen bemoeilijken? Hoe wenselijk is dat?

Op pagina 42 staat vermeld dat de Europese Commissie bij brief van 30 november 2011 heeft bevestigd dat een verbod op verticale integratie kan vallen onder situaties waarin een belemmering voor de interne markt

gerechtvaardigd is. Ondanks verwoede pogingen is het niet gelukt de bedoelde brief op te sporen. De leden van de SP-fractie zouden de brief graag in willen zien en verzoeken de regering deze openbaar te maken.

Uit het antwoord op de vraag van de leden van de SP-fractie of het is toegestaan dat zorgverzekeraars uit andere lidstaten zeggenschap verwerven in een Nederlands ziekenhuis of een zelfstandige behandelcentrum (zbc) concluderen zij dat dat inderdaad is toegestaan. Klopt dat? Is het daarnaast toegestaan dat een zorgverzekeraar met een andere lidstaat als thuisbasis, een belang heeft in een Nederlandse zorgverzekeraar? Zo ja, hoe wordt dan omgegaan met de situatie dat dezelfde buitenlandse zorgverzekeraar een belang heeft én in een Nederlands ziekenhuis én in een Nederlandse zorgverzekeraar? Met andere woorden, hoe dichtgetimmerd is het verbod op verticale integratie eigenlijk? En welke rol spelen de Autoriteit Consument en Mark (ACM) en de Europese Commissie in deze gevallen?

Artikel 13 Zvw

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat de regering de vragen met betrekking tot de wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet onvoldoende heeft beantwoord en ondernemen daarom een nieuwe poging. Zij leggen de regering daarom nog de volgende vragen voor, daarin ondersteund door veel burgers die zich grote zorgen maken.

De regering stelt dat de huidige tekst van artikel 13 een belemmering vormt voor het goed functioneren van het huidige zorgstelsel. Het staat zorgverzekeraars echter vrij om nu al selectief in te kopen. Verzekerden die geen gebruik maken van gecontracteerde aanbieders ontvangen een vergoeding die ligt op circa 75% van hetgeen de gecontracteerde aanbieders ontvangen. Is de regering het eens 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. Indien de regering denkt dat er nog meer kan worden bespaard, hoe verhoudt zich die besparing tot de door de regering beoogde kwaliteitsverbetering? Bestaat er dan geen risico op een lagere kwaliteit? Er worden voor het komend jaar ook al selectieve polissen gepresenteerd door zorgverzekeraars waarbij een lagere vergoeding dan het hinderpaalcriterium wordt geboden (50% in plaats van 75%), als de verzekerde verkiest zich ergens anders onder behandeling te stellen. Is dat in overeenstemming met huidige wet- en regelgeving?

De regering stelt in de memorie van antwoord over de disbalans tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders onder meer dat zorgverzekeraars niet altijd een goede onderhandelingspositie hebben. Is de regering van mening dat dit meestal wél het geval is? Zo nee, waarom gebruikt de regering dan de woorden «niet altijd»?

In de memorie van antwoord stelt de regering ter onderbouwing van haar betoog dat artikel 13 moet worden gewijzigd het volgende: «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. Waarom treden ACM en NZa niet nu al op tegen de genoemde zorgaanbieders, als blijkbaar sprake is van een disbalans? Is 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?

Tegenstanders van de beoogde wijziging van artikel 13 stellen onder meer dat zorgverzekeraars na die wijziging minder transparant hoeven te zijn rondom hun inkoopbeleid dan thans het geval is. Zij stellen – kort gezegd – dat in de huidige situatie verzekerden nog in discussie gaan met de zorgverzekeraar als zij horen dat ze slechts een deel (circa 75%) vergoed krijgen indien zij kiezen voor niet-gecontracteerde zorg. Deze aanbieders blijken vaak genoeg te nemen met een lagere vergoeding, namelijk het bedrag dat de verzekerde van de zorgverzekeraar ontvangt. Als zorgverzekeraars aan deze verzekerden niets meer hoeven te vergoeden, zoals met de wijziging van artikel 13 wordt beoogd, zullen de verzekerden de keuze voor een andere aanbieder niet meer kunnen maken: die zorgaanbieders kunnen de zorg niet voor niets verlenen, terwijl de verzekerde elders wel de volledige behandeling vergoed krijgt. Bovendien zal (daardoor) de niet-gecontracteerde zorgaanbieder op deze manier snel van de markt verdwijnen. Volgens de tegenstanders hoeft de zorgverzekeraar zijn inkoopbeleid zo nauwelijks uit te leggen en er zou geen of althans veel minder «countervailing power» zijn. Deelt de regering de zorg 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?

Enkele grote zorgverzekeraars gebruiken een zogenaamde «digitaal contracteerportaal» om kleinere zorgaanbieders te contracteren. Is de regering hiermee bekend? 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 zorgaanbieders? Zullen 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 verduidelijken over de kwaliteit van zijn zorgaanbod?

De regering stelt in de memorie van antwoord dat de vrije artskenkeuze niet in het geding is. Zij stelt dat verzekerden door de keuze voor de zorgverzekering feitelijk het recht behouden ten allen tijde de eigen zorgverlener te kunnen kiezen. Hecht de regering aan het behoud van de vrije artskenkeuze voor alle inwoners in Nederland? Zo nee, waarom niet?

De regering stelt dat het voor chronisch patiënten mogelijk is wel over te stappen naar een andere zorgverzekeraar voor de basisverzekering, en de aanvullende verzekering bij de huidige zorgverzekeraar aan te houden, indien de verzekerde dat wenst. Is de regering op de hoogte van het feit dat sommige zorgverzekeraars in dat geval een premieopslag berekenen voor de aanvullende zorgverzekering? Hoe verhoudt deze premieopslag zich volgens de regering tot de vrijheid die verzekerden hebben om over te stappen? Is de regering voornemens iets aan de werkwijze van deze zorgverzekeraars te doen?

In antwoord op vragen over de relatie tussen de «vrije advocaatkeuze» en de «vrije artsenkeuze» stelt de regering dat er geen Europese richtlijn is die een recht op vrije artsenkeuze bij ziektekostenverzekeringen garandeert. De vraag was echter of het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie wordt geschonden. Er is, net als bij de keuze van een advocaat, ook bij de keuze van een zorgverlener sprake van inmenging van het recht op respect voor het privéleven als die keuze niet vrij is. Een privaatrechtelijk stelsel doet hier 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. Is de regering van mening dat sprake is van een «pressing social need», zodat daadwerkelijk inbreuk kan worden gepleegd op het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie? Zo ja, wat is deze «pressing social need», waaruit bestaat die?

In een brief van 17 juni 2014 aan de Tweede Kamer heeft Zorgverzekeraars Nederland namens de zorgverzekeraars onder meer aandacht gevraagd voor het amendement³ waarmee van zorgverzekeraars verlangd wordt dat zij bij zorginkoop rekening houden met de godsdienstige gezindheid van hun verzekerden: zorgverzekeraars vinden dit principieel onjuist en praktisch onuitvoerbaar. Wat vindt de regering van deze uitspraak, juist in het licht van het feit dat de zorgverzekeraars degenen zijn die de gewijzigde wet moeten uitvoeren? Hoe borgt de regering dat dit, voor het verkrijgen van een meerderheid in de Tweede Kamer voor de voorliggende aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet zo belangrijke, amendement ordentelijk wordt uitgevoerd, terwijl de partijen die het moeten uitvoeren, zeggen dat dit niet mogelijk is?

Na de beoogde wijziging van artikel 13 ontstaat een geheel nieuwe situatie op de zorgmarkt. Tot nu toe kunnen nieuwe aanbieders zonder contract toch toetreden, mits zij in staat zijn tegen een lagere vergoeding te werken. Deze aanbieders kunnen in de toekomst slechts dan toetreden als zij er zeker van zijn dat zij voor langere termijn een overeenkomst met zorgverzekeraars kunnen sluiten. Anders zullen zij immers geen financiering kunnen krijgen voor de noodzakelijke investeringen. De facto bepalen dus zorgverzekeraars of toetreding mogelijk is. (Zie ook de vragen uit de eerste alinea onder het kopje Verbod verticale integratie.) Hoe verhoudt dit toekomstbeeld zich met het door de regering beoogde verbod op verticale integratie? Is het niet zo dat hierdoor de zorgverzekeraars juist alle zeggenschap kunnen claimen over dergelijke aanbieders, zonder dat zij feitelijk eigenaar zijn van de aanbieder? Deelt de regering de zorg van critici dat innovatie in de zorg door de wetwijziging 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?

Is de regering bekend 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?

In het programma Zembla van 6 november 2014 is onder meer aandacht besteed aan de effecten voor de kwaliteit en de kosten van de zorgverlening aan een chronisch zieke patiënt, die wordt geconfronteerd met de keuze van een zorgverzekeraar om met een bepaalde zorgaanbieder geen contract meer af te sluiten. Deelt de regering de zorg van veel critici dat het onwenselijk is dat chronisch zieken worden geconfronteerd met het

³ Amendement-Van der Staaij; Kamerstukken II, 2013/14, 33 362, nr. 18.

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?

De beantwoording van de tijdens het voorbereidend onderzoek gestelde vragen met betrekking tot de vergoeding van door huisartsen geleverde zorg, is onvolledig en raakt niet alle punten waar zorg over is. Daarom leggen de leden van de SP-fractie nog de volgende aanvullende vragen voor. Ten eerste, ook als een huisarts geen contract heeft met een bepaalde zorgverzekeraar kan basiszorg geleverd worden aan een bij die zorgverzekeraar verzekerde; voor de verleende zorg krijgt de verzekerde een vergoeding waarop het hinderpaalcriterium van toepassing is (75–80% van de rekening), de rest dient de verzekerde zelf aan te vullen. Is deze conclusie juist? Ten tweede: 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? Tot slot: 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?

De leden van deze fractie hebben voorts nog een specifieke vraag over de Nederlandse gemeente Vaals in een van de grensregio's. Het is een unieke plaats, niet alleen vanwege de ligging ten opzichte van Duitsland (het is min of meer een voorstad van het Duitse Aken en ongeveer 1/3 deel van de inwoners heeft de Duitse nationaliteit), maar ook vanwege de armoede (volgens CBS-cijfers heeft 13,7% van de huishoudens een laag inkomen). De gemeente kampt met een toenemend aantal problemen, samenhangend met bevolkingskrimp en vergrijzing. Niet alleen de Duitse bewoners, maar ook veel andere inwoners van Vaals maken van jongs af aan gebruik van de Duitse gezondheidszorg, omdat de instellingen vlakbij liggen. De financiering hiervan wordt tot nu toe mogelijk gemaakt door goede afspraken tussen de Nederlandse Zorgverzekeraar CZ en de Duitse Krankenkasse AOK. Door de wijziging van artikel 13 Zorgverzekeringswet dreigen beide groepen (zowel die met een Duitse als die met een Nederlandse nationaliteit) niet alleen hun vertrouwde artsen/specialisten, maar ook hun medicatie kwijt te raken, tenzij ze kiezen voor een restitutiepolis, die echter voor lage inkomens onbetaalbaar zal zijn. Graag krijgen de leden van de SP-fractie commentaar op deze situatie. Zijn afspraken zoals in Vaals tussen een Nederlandse en een Duitse zorgverzekeraar in de toekomst ook nog mogelijk?

Zvw-pgb

De leden van de SP-fractie hebben tot slot nog vragen ten aanzien van het derde onderdeel van het voorliggende wetsvoorstel, daarin opgenomen met de tweede nota van wijziging, namelijk de mogelijkheid van een Zvw-pgb.

In de memorie van antwoord (pagina 53) staat dat de regering geen reden ziet om de introductie van het Zvw-pgb afhankelijk te laten zijn van de parlementaire afronding van het wetsvoorstel Wet langdurige zorg (Wlz). Een merkwaardige opmerking naar de mening van de leden van deze fractie omdat de afronding van dat wetsvoorstel naar het zich laat aanzien eerder zijn beslag zal krijgen dan de afronding van het voorliggend wetsvoorstel. Graag krijgen zij hierop een toelichting. Het wordt nu afhankelijk gemaakt van de afronding van wetsvoorstel Verbod verticale

integratie. Daarin is het een vreemde eend in de bijt, waardoor verze-kerden er mogelijk moeilijker kennis van kunnen nemen.

Dat heeft consequenties voor de communicatie richting de burgers. Op welke manier wordt juist dit specifieke punt, dat van belang is voor verze-kerden die nu nog AWBZ gefinancierd zorg ontvangen en die al met veel veranderingen in het kader van de Wlz te maken hebben, onder de aandacht van betrokkenen gebracht. Wiens taak is dat?

Verpleegkundigen en Verzorgende Nederland (VenVN) heeft een indicatie-instrument ontwikkeld dat gebruikt kan worden bij het vaststellen van de zorg en de zorgtoewijzing van de prestatie wijkverpleging. Dit instrument zal ook gelden voor de toegang tot het Zvw-pgb. Uit bestudering van het zogenaamde normenkader dat door VenVN is vastgesteld met het oog op de indicering en de eisen die worden gesteld aan de deskundigheid van de verplegenden die de extramurale verpleging gaan indiceren en organiseren⁴ blijkt dat er weinig gezegd wordt over het eerstelijnsnetwerk waarin de verpleegkundige dient te functioneren. Op welke manier wordt die samenwerking met onder anderen huisartsen vormgegeven?

In de memorie van antwoord staat vermeld (pagina 55) dat de pgb's in de verschillende domeinen zoveel mogelijk op elkaar aan moeten sluiten. Daarin zijn de leden van de SP-fractie het met de regering eens. De wens is de vader van de gedachte, maar wat gebeurt er als die wens niet uitkomt? De zorg van de leden van de SP-fractie gaan uit naar die mensen waarbij dit het geval is, want wie helpt hen dan een weg te vinden in de bureaucratieën die samenhangen met de verschillende vormen van pgb's?

Tot slot vernemen de leden van de SP-fractie graag hoe de contractering van de wijkverpleging tot nu toe verloopt. Wat zijn de meest recente cijfers, zowel ten aanzien van het aantal gecontracteerde zorgaanbieders/ thuiszorginstellingen als ten aanzien van overeengekomen tarieven (kortingen)?

D66-fractie

Toezicht

Volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) houdt de NZa toezicht op de zorgverzekeringsmarkt. Naar het de leden van de fractie van D66 voorkomt, zal dit toezicht moeten worden versterkt nu met diverse amendementen het wetsvoorstel is aangepast. Eisen aan de zorgverzekeraar ten aanzien van de transparantie van inkoop van zorg zijn verscherpt, de inkoop moet non-discriminatoir zijn en de zorgverzekeraars moeten de procedures rond hun inkoopbeleid duidelijk maken. Bij dit alles dient de verzekeraar ook ruimte te bieden voor innovatie van de zorg. Het toezicht op al deze aan de zorgverzekeraar opgelegde eisen is opgedragen aan de NZa. De NZa heeft handhavingsmogelijkheden met de artikelen 76, 82 en 85 Wmg, aldus de toelichting op de diverse amendementen en de reactie van de regering in de memorie van antwoord. De toezichtrol van de NZa en de wijze waarop de NZa deze uitoefent, is voor een efficiënte uitvoering van de wet dus van groot belang. De vraag is of dit wettelijk instrumentarium voldoende is. De artikelen 76, 82 en 85 gaan over de sancties die de NZa tot haar beschikking heeft, maar zeggen niets over de wijze waarop dit toezicht wordt uitgeoefend en de criteria die gehanteerd moeten worden om de transparantie-eisen, waaraan de zorgverzekeraars moeten gaan voldoen, te kunnen toetsen. Is de NZa voldoende toegerust

⁴ Zie: <http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=Bl1B77okwdM%3d&tabid=1454>

op deze uitbreiding van taken? Hoe ziet de regering de feitelijke handhaving? Hoe kan de NZa voornoemde eisen van transparantie concreet onderzoeken? Hoe weten de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder die de zorgverzekeringsmarkt willen betreden aan welke eisen moet worden voldaan? Welke criteria worden daarvoor ontwikkeld? Dienen, gelet op deze uitbreiding van toezichtstaken, de door de NZa gehanteerde richtlijnen op het gebied van transparantie niet te worden aangepast en uitgebreid? Heeft de NZa voor deze uitbreiding van taken extra budget gevraagd en zo ja, hoe gaat de regering daarmee om? Is de regering voornemens extra budget aan de NZa ter beschikking te stellen?

Een andere vraag betreft de rol van de overheid in de zorgmarkt. Recent is aan de Erasmus Universiteit door Prof. dr. B. Boer gepleit voor het versterken van de rol van de overheid bij het beheer van het basispakket.⁵ Hij pleit voor wettelijke criteria ten behoeve van de keuze voor vergoeding van zorg; hij pleit er ook voor dat toelating van zorginnovaties tot het basispakket op een betere manier wordt geregeld. Kan de regering hierop een eerste reactie geven?

Europese Patiëntenrichtlijn

De leden van de D66-fractie willen de discussie over de juiste implementatie van de richtlijn in deze schriftelijk ronde graag voortzetten. Zij zijn er vooralsnog niet van overtuigd dat het voorgestelde artikel 13 de Europeesrechtelijke toets kan doorstaan. De leden van deze fractie zijn verheugd over het antwoord van de regering, waarin zij stelt dat voor de verzekerde die heeft gekozen voor een naturaverzekering de vergoeding voor zorg genoten bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland op grond van de modelovereenkomst even hoog zal zijn als bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland en dat het voorgestelde artikel 13 Zvw zich daartegen niet verzet. Uit het antwoord van de regering leiden deze leden af dat zij zich lijkt te concentreren op de hoogte van de vergoeding, die niet hoger mag zijn dan het marktconforme tarief in Nederland. De regering motiveert dit met het argument dat de verzekerde anders zou worden aangemoedigd zich in het buitenland te laten behandelen. Dat argument lijkt de leden van de D66-fractie minder van belang – duurdere zorg is niet per definitie betere zorg – dan het argument dat de verzekerde de beste kwaliteit van zorg zoekt, terwijl deze mogelijk in specifieke en complexe gevallen – anders dan in Nederland – in het buitenland beschikbaar is. Ook kan de regering er niet omheen dat de richtlijn beperkingen als voorgesteld in artikel 13 Zvw weliswaar onder omstandigheden aanvaardt (artikel 7, lid 9 van de richtlijn), maar dat toepassing ervan weer niet mag leiden tot willekeurige discriminatie of ongerechtvaardigde belemmeringen van het vrije verkeer (artikel 7, lid 11 van de richtlijn). In dit verband is het van belang om onderscheid te maken tussen extramurale en intramurale zorg. Artikel 8 van de richtlijn maakt dit onderscheid. Het antwoord van de regering op de vraag waarom zij niet bereid is dit onderscheid te maken en het in artikel 8 van de richtlijn genoemde toestemmingsvereiste in te voeren, is daarom teleurstellend. De leden van de fractie van D66 vragen de regering nogmaals waarom zij niet bereid is dit toestemmingsvereiste ten aanzien van intramurale planbare zorg in de wettekst op te nemen. Zou de discussie rondom dit thema niet simpelweg kunnen worden opgelost met het alsnog invoeren van het toestemmingsvereiste, zoals bedoeld en omschreven in artikel 8 van de richtlijn? Ook de Raad van State heeft dit probleem gesignaleerd en gewezen op de mogelijkheid elk risico uit te sluiten door het toestemmingsvereiste bij grensoverschrijdende intramurale zorg in de wettekst op te nemen. Welke (financiële) risico's vreest

⁵ Prof. dr. B. Boer, oratie EUR 14 nov. 2014 «Keuzen in de zorg».

de regering indien zij hiertoe – bij novelle of reparatiewetgeving – zou besluiten?

De leden van de D66-fractie vragen in dit verband ten behoeve van een goede wetsuitleg ook 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» dezelfde termijn bedoeld? Zo ja, ligt het dan niet voor de hand om de wet in deze zin te wijzigen?

In het kader van een goede wetsuitleg is ook van belang de vraag wat de regering exact bedoelt met de woorden in het voorgestelde artikel 13: «in een door de zorgverzekeraar te bepalen mate...» Met de letterlijke uitleg van deze woorden 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. Dit eenrichtingsverkeer behoeft nadere duiding. Kan de regering ingaan op de grenzen die de verzekeraar hierbij in acht dient te nemen? Moet volgens de regering de uitleg in HR 11-07-2014⁶ leidend worden geacht?

De leden van de D66-fractie wijzen er ook op dat de zorg van verzekerden in de grensstreek in het kader van deze wetswijziging extra aandacht behoeft. Als voorbeeld wijzen de leden op het stadje Vaals in Zuid-Limburg dat voor zorg grotendeels is aangewezen op Aken in Duitsland. Is het juist dat de inwoners hiervan zijn aangewezen op een duurdere restitutiepolis, als zij de zorg die zij gewend zijn in Aken te krijgen, willen behouden? Daarbij dient in aanmerking te worden genomen dat Vaals niet de enige grensplaats is, waar uit pure noodzaak de zorgvraag over de grens heen wordt opgelost.

ChristenUnie-fractie

De regering wijst er in haar beantwoording op dat zorgverzekeraars transparantieplichtingen opgelegd krijgen om duidelijk te maken hoe zij rekening houden met de diverse achtergronden van hun verzekerden. Wanneer is er voor een zorgverzekeraar sprake van een representatief contracteerbeleid ten opzichte van haar verzekerden, zo vragen de leden van de fractie van de ChristenUnie. En hoe zal invulling worden gegeven aan de criteria die hiertoe tijdens de behandeling in de Tweede Kamer zijn afgesproken?

De regering spreekt uit scherpe onderhandelingen te verwachten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Welke gevolgen zal dit naar verwachting van de regering hebben voor het aantal zorgaanbieders? Is er volgens de regering een minimum aantal zorgaanbieders nodig in een bepaalde regio voor een vitale werking van ons zorgverzekeringsstelsel aldaar? Wat zijn de middelen van de NZa om hieromtrent de bedoelde vitaliteit in stand te houden? En wat kunnen de zorgaanbieders doen, zo vragen deze leden, om bezwaar te maken of in het verweer te komen tegen een in hun ogen oneerlijke of ongelijke behandeling door zorgverzekeraars?

De regering zegt wegens compensatie via de zorgtoeslag geen gevolgen te verwachten van de mogelijke divergentie tussen premies voor naturapolissen en restitutiepolissen wat betreft keuzevrijheid. Uit door zorgverzekeraars gepresenteerde premies blijkt nu al dat de premies van genoemde polissen inderdaad divergeren, soms zelfs in grote mate. Blijft

⁶ ECLI:NL:HR:2014:1646

naar de mening van de regering keuzevrijheid bestaan, indien de premies voor de restitutieverzekering zullen stijgen tot ver boven het premieniveau van de naturaverzekeringen?

Is de veronderstelling van de leden van de fractie van de ChristenUnie juist dat zorgverzekeraars niet verplicht zijn een restitutiepolis aan te bieden? Aant 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 om dat te bewerkstelligen mocht dit nodig zijn?

De regering stelt dat de mogelijkheid bestaat dat in de loop van het jaar een verzekerde met een naturapolis niet meer terecht kan bij een gecontracteerde zorgaanbieder omdat het omzetplafond is bereikt. Hoe kan ervoor worden gezorgd dat in dat geval de vervangende behandeling voor de verzekerde geen meerkosten met zich meebrengt?

De leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport zien de antwoorden van de regering met belangstelling tegemoet.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Slagter-Roukema

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
De Boer