

36 561

Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het bevorderen van zorgcontractering

Nr. 5

VERSLAG
Vastgesteld 9 juli 2024

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, belast met het voorbereidend onderzoek van voorliggend wetsvoorstel, heeft de eer als volgt verslag uit te brengen van haar bevindingen.

Onder het voorbehoud dat de in het verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende door de regering worden beantwoord, acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

Inhoudsopgave

1.	Algemeen	2
2.	Inhoud wetsvoorstel	3
2.1	Recht op zorg	8
2.2	Zorgplicht verzekeraars	8
2.3	Betaalbaarheid	8
2.4	Afspraken verzekeraars en aanbieders	9
2.5	Doel contractering	10
3.	Aanpak niet-gecontracteerde zorg Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging en Bestuurlijk akkoord ggz	10
4.	Aanpak niet-gecontracteerde zorg: Coalitieakkoord en IZA	10
4.1	Verbeteren contracteerproces	11
4.2	Samenwerking tussen zorgaanbieders	11
4.3	Vermindering omvang niet-gecontracteerde zorg	11
4.4	Randvoorwaardelijke afspraken	12
4.5	Monitoring ontwikkeling niet-gecontracteerde zorg	12
4.6	Bekostigingssystematiek	13
4.7	Wetgeving	13
5.	Vergoeding niet-gecontracteerde zorg	13
5.1	Wettelijk vastleggen vergoeding	14
5.2	Hoogte vergoeding	15
5.3	Invoeringstermijn	16
5.4	Hinderpaalcriterium	16
5.5	Codificatie	17
6.	Gevolgen	19

6.1	Effecten op rechtmatige zorg	19
6.2	Financiële gevolgen	19
7.	Advies en consultatie	19
7.1	Uitvoeringstoets ZN	19

1. Algemeen

De leden van de **PVV-fractie** hebben met teleurstelling kennisgenomen van de wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het bevorderen van zorgcontractering. Dit wetsvoorstel komt duidelijk uit de koker van de zorgverzekeraars, die af willen van het vergoeden van niet-gecontracteerde zorg. Genoemde leden maken zich ernstig zorgen over de consequenties van dit wetsvoorstel ten aanzien van de vrije artskenkeuze en hebben daarom de volgende kritische vragen en opmerkingen.

De leden van de **PVV-fractie** lezen dat dit wetsvoorstel voortvloeit uit het coalitieakkoord 2021–2025 «Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst». Er ligt nu echter een ander akkoord, genoemde leden zijn daarom van mening dat met het indienen van dit wetsvoorstel gewacht had moeten worden. Zij stellen dan ook voor om het wetsvoorstel te pauzeren tot de nieuwe regering zich erover buigt of het intrekt. Graag een reactie van de regering op dit punt.

De leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie** hebben het wetsvoorstel wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het bevorderen van zorgcontractering met interesse gelezen. Wel hebben zij nog flink wat vragen en opmerkingen.

De leden van de **VVD-fractie** hebben met interesse kennisgenomen van het wetsvoorstel wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het bevorderen van zorgcontractering. Immers, kunnen kiezen naar welk ziekenhuis, welke fysiotherapeut of welke wijkverpleegkundige iemand gaat, is van belang. Maar dan moet men wel kunnen rekenen op kwalitatief goede zorg en niet achteraf overvallen worden door een veel te hoge rekening. Wat de leden van de **VVD-fractie** betreft is keuzevrijheid gebaat bij een overzichtelijk aantal aanbieders waarvan zeker is dat de kwaliteit goed is.

De leden van de **NSC-fractie** hebben kennisgenomen van de wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het bevorderen van zorgcontractering. Deze leden hebben hierover nog een aantal vragen en opmerkingen aan de regering.

De leden van de **D66-fractie** hebben met interesse het wetsvoorstel wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het bevorderen van zorgcontractering bestudeerd en vinden het een goede zaak in te zetten op het bevorderen van de zorgcontractering, als onderdeel van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Deze leden beschouwen dit wetsvoorstel als een belangrijke stap om te komen tot passende zorg. Zij hebben nog wel enkele vragen en opmerkingen bij het wetsvoorstel.

De leden van de **BBB-fractie** hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het bevorderen van zorgcontractering. Genoemde leden hebben nog een aantal vragen over de memorie van toelichting.

De leden van de **CDA-fractie** hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het bevorderen van zorgcontractering. Dit wetsvoorstel is al vele jaren

onderwerp van een «verhit» politiek debat en wordt weer naar de Kamer gestuurd. Kan de regering eens toelichten waarom zij het nu opportuun vindt dit wetsvoorstel naar de Kamer te sturen? Wat maakt dit wetsvoorstel op dit moment noodzakelijk? Deze vraag vinden genoemde leden relevant gezien de reactie van de Afdeling advisering van de Raad van State over de vraag die zij opwerpen of deze wet bijdraagt aan het bevorderen van zorgcontractering. De Raad van State ziet dit verband niet.

Het indienen van een wet is het sluitstuk van eerdere maatregelen om zorgcontractering te bevorderen. De leden van de CDA-fractie begrijpen het zo dat de maatregelen die genomen zijn om het contracteerproces te verbeteren niet of niet goed genoeg geholpen hebben. Kan de regering toelichten welke maatregelen genomen zijn en waarom deze maatregelen niet geholpen hebben?

Vervolgens stelt de regering dat deze wet een uitwerking is van het Integraal Zorgakkoord (IZA) en er middels deze wet gekomen kan worden tot passende zorg. Maar het IZA loopt nog. Er is pas recent begonnen met de praktische uitwerking met de vele maatregelen in het IZA, zoals passende zorg. Heel veel organisaties zijn bezig een beweging naar passende zorg in samenwerking te maken. Welk effect heeft dit wetsvoorstel op het uitgangspunt dat het IZA juist meer samenwerking tussen partijen beoogt?

De leden van de **SGP-fractie** hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het bevorderen van zorgcontractering. Het wetsvoorstel wijzigt artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) met als doel zorgcontractering te bevorderen in het kader van het Integraal Zorgakkoord (IZA). De leden van de SGP-fractie steunen de inzet van de regering om zorgcontractering te bevorderen. Tegelijkertijd hechten zij aan de keuzevrijheid voor verzekeren en het hinderpaalcriterium dat dit beschermt. Met dit wetsvoorstel en de eventueel daarop te baseren lagere regelgeving wordt beoogd aan te duiden waar de balans ligt tussen de regierol van de zorgverzekeraar enerzijds en de vrije artskeuze van de verzekerde anderzijds. Het wetsvoorstel bevat de mogelijkheid voor de overheid om voor (deel)sectoren de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te bepalen. Dit zal ertoe leiden dat de verzekerde een deel van de rekening van zijn niet-gecontracteerde zorgaanbieder niet vergoed krijgt en dat deel dus zelf moet betalen. Hoewel de toelichting stelt dat dit met inachtneming van het hinderpaalcriterium zal gebeuren, roept dit bij de leden van de SGP-fractie toch de vraag op of hiermee niet uitholling van het hinderpaalcriterium dreigt. Zij stellen hierover graag een aantal vragen.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel tot wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het bevorderen van zorgcontractering. Deze leden zien het grote belang van zorgcontractering om samenwerking en «gelijk gerichtheid» te bedingen, maar hebben evenwel zorgen, bijvoorbeeld over de positie van kleine zorgaanbieders en de machtige positie van zorgverzekeraars. De leden van de ChristenUnie-fractie maken van de gelegenheid gebruik vragen te stellen over het wetsvoorstel.

2. Inhoud wetsvoorstel

De leden van de **PVV-fractie** staan niet afwijzend tegenover het voornemen om het hinderpaalcriterium expliciet in artikel 13 Zorgverzekeringswet (Zvw) te verankeren, maar om aanvullende regels te stellen over de wijze waarop de zorgverzekeraar de hoogte van de vergoeding met inachtneming van het hinderpaalcriterium berekent achten de leden niet nodig. De Hoge Raad bepaalde immers op 9 december 2022 dat de

maximale eigen bijdrage voor alle verzekerden gelijk moet zijn en gebaseerd moet worden op het gemiddeld modaal inkomen van de verzekerde. Dat lijkt deze leden een prima uitgangspunt en aanvullende regels zijn dan ook niet nodig.

Evenmin is de algemene maatregel van bestuur nodig om een(deel)sector van de zorg aan te wijzen en te regelen wat de hoogte van de vergoeding is die zorgverzekeraars aan hun verzekerden dienen te betalen voor zorg die ontvangen is van niet-gecontracteerde zorgaanbieders in die(deel-)sector. Waarom is niet ingezet op het vereenvoudigen van vergoeding van niet-gecontracteerde zorg?

Wel noodzakelijk achten genoemde leden de vergoeding die de verzekerde ontvangt voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder indien er sprake is van het niet nakomen van de zorgplicht van een zorgverzekeraar. De vergoeding die de verzekerde dan ontvangt is gelijk aan de vergoeding op basis van een restitutiepolis. Dit juichen deze leden toe.

De leden van de PVV-fractie vragen of er ten aanzien van de sturing van zorgverzekeraars ook gedacht is aan het uitzonderen van het eigen risico bij gecontracteerde zorgaanbieders. Waarom wordt dit niet als sturingsinstrument ingezet zo willen deze leden graag weten. Genoemde leden willen voorts weten waarom sturing via de contractering belangrijk is om de zorg met het schaarse personeel voor iedereen toegankelijk te houden. Schaars personeel is een feit, we hebben dus ook niet-gecontracteerde zorgverleners nodig, is de regering het hier mee eens? Waaruit blijkt verder dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders niet of minder goed aanspreekbaar zijn om (de transitie naar) passende zorg daadwerkelijk voor elkaar te krijgen?

De leden van de PVV-fractie vinden verder dat de regering weinig rekening houdt met achterliggende redenen waarom patiënten voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder kiezen. Dit kan immers een heel bewuste keuze zijn omdat er een wachtlijst is, of omdat patiënten speciale expertise willen bij een zeldzame ziekte. Waarom wil de regering deze vrije keuze voor een bepaalde arts inperken? Erkent de regering dat het belangrijk is dat patiënten bewust kunnen blijven kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgverlener?

De leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie** lezen dat de regering schrijft dat «de keuzevrijheid van de een mag niet ten koste gaan van de beschikbaarheid van zorg voor een ander». Genoemde leden vinden het ook belangrijk dat de zorg met het oog op de schaarste van personeel voor iedereen toegankelijk blijft, maar hechten ook zeer aan het belang van vrije artskeuze. Kan de regering ingaan hoe voorliggend wetsvoorstel zich verhoudt ten opzichte van de vrije artskeuze? Is de regering van mening dat de vrije artskeuze hierdoor wordt ingeperkt? Zo ja, op welke manier heeft de regering beide belangen afgewogen en met welke argumentatie is zij tot een oordeel gekomen? Zo nee, kan de regering uitleggen waarom dit wetsvoorstel niet de vrije artskeuze zou inperken?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat is geconstateerd dat het voor sommige aanbieders te gemakkelijk of aantrekkelijk is om ervoor te kiezen niet te contracteren met zorgverzekeraars. Is de regering het met deze leden eens dat dit ook andersom het geval is? Dat zorgverzekeraars ondanks wachtlijsten in bijvoorbeeld de ggz, geen nieuwe contracten afsluiten omdat «al voldoende zorgaanbieders zijn gecontracteerd»? Herkent de regering dit ook? De Consumentenbond heeft zelfs een handhavingsverzoek ingediend bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), omdat uit hun onderzoek¹ blijkt dat eind januari 2024 duizenden psychologen en psychiaters geen contract hadden met 1 of meerdere zorgverzekeraars. Dit ondanks 100.000 wachtenden op een ggz-behandeling. Hoe

¹ Toezichthouder moet ingrijpen bij wachtlijsten GGZ | Consumentenbond

kijkt de regering naar deze praktijk? Klopt het dat er meer aanbod is dan zorgverzekeraars contracteren? Op welke manier wordt dit meegenomen in het wetsvoorstel? Deelt de regering de mening dat het moeilijk te begrijpen is dat verzekeraars ondanks de lange wachtlijsten soms maar de helft van de beschikbare zorgaanbieders contracteren? Vaak is er ook nog sprake van een omzetplafond. Kan de regering uitleggen hoe het kan dat op verschillende manieren toegankelijkheid van ggz-zorg op deze manier wordt belemmerd, terwijl er lange wachtlijsten zijn? Zijn de zorgverzekeraars niet verplicht uiterste inspanning te leveren om contracten af te sluiten die passend zijn bij de zorgvraag. Bijvoorbeeld in de wijkverpleging, waar personeelskrapte is, te zorgen dat er zoveel mogelijk gecontracteerd wordt om alle zorg te leveren die mensen nodig hebben. Daarnaast vrezen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie dat deze nieuwe regelgeving leidt tot een grotere afhankelijkheid van zorgverleners bij zorgverzekeraars. Hoe kijkt de regering hier tegenaan? Leidt deze contractafhankelijkheid er niet toe dat zorgverzekeraars zorgverleners meer onder druk kunnen zetten? En bijvoorbeeld het aantal behandelingen te beperken terwijl dit niet in het belang van de patiënt is?

Dat de druk op de arbeidsmarkt de komende jaren niet zal afnemen is niet nieuw. Deze druk zal zelfs toenemen en de leden van de **VVD-fractie** hebben daarom eerder gevraagd naar de mogelijkheden om in de contractering afspraken te maken die bij kunnen dragen aan behoud van schaars zorgpersoneel, zeggenschap, inzet op productiviteitsverbetering (arbeidsbesparende innovaties), roosterzekerheid en doorgroeimogelijkheden. Genoemde leden zien dit niet terug in het wetsvoorstel en vragen in hoeverre zorgverzekeraars en zorgaanbieders hierover afspraken hebben gemaakt in hun contracten. Verder vragen genoemde leden of inmiddels al een enigszins goed beeld kan worden gegeven over in hoeverre de IZA-afspraken rondom impactvolle transformaties effect (gaan) hebben op de arbeidsmarktproblematiek.

De leden van de VVD-fractie lezen dat voorafgaand aan de totstandkoming van het Integraal Zorgakkoord (IZA) ook alternatieven zijn verkend, zoals een eigen bijdrage, maar dat deze alternatieven om verschillende redenen het voorstel niet hebben gehaald. Kan nader worden toegelicht wat de inhoudelijke redenen zijn dat deze alternatieven het voorstel niet hebben gehaald?

De leden van de VVD-fractie lezen in het advies van de Raad van State dat de effectiviteit van het voorstel wordt beperkt door de bekostigingsregels voor de wijkverpleging en de ggz die een prikkel bevatten tot het leveren van meer zorg. Hoe kijkt de regering hiernaar? In hoeverre wordt in het bekostigingssysteem ook gekeken naar het terugdringen van onwenselijke volume- of productieprikkels?

In de memorie van toelichting wordt meermaals gesproken over een algemene maatregel van bestuur (amvb) maar het is voor de leden van de VVD-fractie niet duidelijk of deze ook middels een voorhangprocedure aan de Kamers worden aangeboden. Kan de regering per amvb aangeven of daar sprake zal zijn van een voorhangprocedure en zo ja, welke vorm van voorhang dan is voorzien?

De leden van de **NSC-fractie** lezen dat de wet beoogt in zijn algemeenheid zorgcontractering te bevorderen door de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg voor verzekerden met een naturapolis te verlagen. Deze leden vragen hoe een lagere vergoeding zich verhoudt tot het arrest van het Europese Hof van Justitie in de zaak Müller-Fauré, waarin werd bepaald dat verzekerden extramurale zorg kunnen krijgen van niet-gecontracteerde aanbieders in andere EU-lidstaten onder dezelfde voorwaarden als in Nederland. Wat is de argumentatie van de regering dat de kosten met dit wetsvoorstel lager zullen zijn, gezien het hinderpaalcriterium al in acht wordt genomen in de huidige situatie?

Deze leden van de NSC-fractie merken op dat deze maatregel tot doel heeft om de verschuiving naar gepaste zorg te bevorderen. Hoe sluit deze wet aan bij het advies van de speciale gezant passende zorg, de heer Kremer?

De leden van de NSC-fractie merken op dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nadere regels gesteld kunnen worden over de wijze waarop de zorgverzekeraar de vergoeding berekent. Kan de regering verder verduidelijken welke aanvullende regels mogelijk van toepassing kunnen zijn? Hoe kan de verzekerde tijdig en transparant geïnformeerd worden over de specifieke regels van artikel 5, met bijzondere aandacht voor de kosten van niet-verzekerde zorg, voordat zij een zorgverzekering afsluiten? Tevens kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen ter bescherming van het algemeen belang. Hoe worden verzekerden op een transparante wijze geïnformeerd over deze aanvullende regels van artikel 6?

De leden van de NSC-fractie willen verder van de regering weten wie vaststelt dat de tekortkoming niet aan de zorgverzekeraar kan worden toegerekend. Hoe wordt de verzekerde op de hoogte gesteld indien de zorgverzekeraar niet aan zijn zorgplicht kan voldoen? Tevens vragen genoemde leden hoe bij wachtlijsten vastgesteld wordt dat de zorgverzekeraar niet kan voldoen aan de zorgplicht. En hoe wordt vastgesteld dat bij tekorten aan medicijnen niet aan de zorgplicht kan worden voldaan?

De leden van de NSC-fractie lezen dat de wet onder andere nodig is vanwege de wachtlijsten. Kan de regering aan deze leden uitleggen waarom de wachtlijsten met deze wet en de beoogde nieuwe contractering korter zullen worden in vergelijking met de huidige situatie?

Genoemde leden menen dat met deze wet de vrije artskeuze in de knel raakt. Hoe ziet de regering deze wet in relatie tot de vrije artskeuze?

De leden van de NSC-fractie constateren dat de wet aansluit bij het IZA en tot doel heeft de transparantie te verbeteren. Deze leden vragen de regering om duidelijk te argumenteren hoe deze wet ervoor zorgt dat een verzekerde die onbewust gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg, eerder en transparanter wordt geïnformeerd over welke zorg wel of niet gecontracteerd is.

De leden van de NSC-fractie stellen dat in het onderzoek van Significant Public uit 2022 wordt aanbevolen om grondig te onderzoeken welke obstakels leiden tot niet-contractering. Hoe gaat de regering om met deze aanbeveling? Zijn er aanwijzingen dat het contracteringsproces voor kleine aanbieders te langdurig is? En wat vinden kleine zorgaanbieders van het voorstel in de wet om gezamenlijk te kunnen onderhandelen over zorgcontractering?

De leden van de **D66-fractie** zien, zoals ook in het voorstel wordt aangegeven, dat de vraag naar zorg sneller stijgt dan het aanbod. Hiertoe is er noodzaak om de zorg anders te organiseren. Kan de regering kort toelichten hoe een adequaat contracteerproces en de mogelijkheid om te kunnen sturen via contractering hieraan bijdragen, zo vragen deze leden.

Tot slot stellen de leden van de **BBB-fractie** de volgende vragen. Kleine niet-gecontracteerde zorgaanbieders in de regio willen vaak wel onderhandelen met zorgverzekeraars, maar zijn bang dat ze hun zelfstandigheid zullen verliezen of zullen worden overtroefd door grote aanbieders. Op welke manier heeft dit wetsvoorstel gevolgen voor kleine niet-gecontracteerde zorgaanbieders? En hoe wordt voorkomen dat zij door dit wetsvoorstel worden gedwongen tot zorgcontractering?

Ook willen de leden van de BBB-fractie hun zorgen uiten over de mogelijke situatie die kan ontstaan waarin zorgverzekeraars niet-gecontracteerde zorgaanbieders vanuit een machtspositie een financieel onaantrekkelijk contract aanbieden. Deze kleine zorgaanbieders zijn vervolgens genooddaakt om dit te accepteren omdat zij door dit

wetsvoorstel al een lagere vergoeding ontvangen. Onderkent de regering deze zorgen en ziet zij dit ook als een mogelijk probleem? En hoe zit het met de wenselijkheid van een breed aanbod, is dit wel een wenselijke situatie vanuit een positie van de markt?

De leden van de **SGP-fractie** lezen in de memorie van toelichting dat het wetsvoorstel zoals dat nu voorligt, in hoge mate overeenkomt met het voorstel genoemd in een brief aan de Tweede Kamer van 13 oktober 2020 (Kamerstukken 2020/21, 23 235, nr. 213). Het wetsvoorstel is geactualiseerd, maar in de kern hetzelfde gebleven. In genoemde kamerbrief werd aangegeven dat vooralsnog niet overgegaan zou worden tot indiening van dat wetsvoorstel omdat nieuwe cijfers over het aandeel niet-gecontracteerde zorg en andere ontwikkelingen en inspanningen, onder andere voor nieuwe bekostigingsmodellen, de noodzaak van dat wetsvoorstel hebben verkleind. De leden van de SGP-fractie vragen de regering te verduidelijken waarom er op dit moment wel noodzaak bestaat om het wetsvoorstel in te dienen. Is de regering van mening dat de inspanningen van de afgelopen jaren om zorgcontractering te bevorderen te weinig heeft opgeleverd?

De leden van de SGP-fractie vragen de regering hierbij ook in te gaan op de andere maatregelen die vanuit het IZA worden genomen om gecontracteerde zorg te bevorderen. Volgens de Afdeling advisering van de Raad van State (de Afdeling) is het de vraag of het wetsvoorstel effectief zal zijn gelet op het beoogde doel, namelijk meer zorgcontractering. Alternatieven zouden daarom overwogen moeten worden. In het nader rapport naar aanleiding van het advies van de Afdeling geeft de regering aan dat de doeltreffendheid van het wetsvoorstel niet op zichzelf moet worden gezien, maar in samenhang met de andere maatregelen vanuit het IZA. Deze maatregelen worden in paragraaf 2.1 en 4.2 van de memorie van toelichting nader toegelicht. De leden van de SGP-fractie vragen waarom de regering niet afwacht wat de andere IZA-maatregelen opleveren alvorens te besluiten of zij dit wetsvoorstel verder in behandeling wil nemen, mede gelet op de gevoeligheid van het wijzigen van artikel 13 Zvw.

De Afdeling advisering van de Raad van State adviseert in de toelichting nader in te gaan op de effectiviteit van het wetsvoorstel, gelet op het beoogde doel en daarbij ook mogelijke alternatieven te betrekken. In verband met deze opmerkingen is aanpassing van de toelichting en het wetsvoorstel wenselijk. De leden van de SGP-fractie constateren dat de regering het voorstel niet heeft aangepast. Ook constateren zij dat alternatieven die zijn overwogen niet nader zijn toegelicht. Zij vragen de regering dit alsnog te doen.

Specifiek vragen de leden van de SGP-fractie reflectie op het feit dat het wetsvoorstel geen instrumenten bevat gericht op het bevorderen van zorgcontractering. Het voorstel doet eigenlijk het tegenovergestelde, namelijk het onaantrekkelijker maken van niet-gecontracteerde zorg. Kan de regering onderbouwen waarom dat zou leiden tot meer gecontracteerde zorg?

Dit wetsvoorstel is een uitwerking van een deel van het IZA om een brede beweging te maken naar passende zorg, zo lezen de leden van de **ChristenUnie-fractie** in de memorie van toelichting. Een adequaat contracteerproces inclusief contractafspraken hoort daarbij. In het IZA zijn hiervoor diverse afspraken gemaakt om het contracteerproces te verbeteren. Deze afspraken hangen nauw met elkaar samen. Dit wetsvoorstel is maar één van de onderdelen van deze afspraken. Genoemde leden vragen de regering of zij op alle onderdelen aangaande een adequater contracteerproces de voortgang kan schetsen. De leden van de ChristenUnie-fractie zien de gemaakte afspraken als totaalpakket en achten het kwetsbaar dat één onderdeel (middels dit wetsvoorstel) in

werking treedt, terwijl de andere onderdelen (nog) niet gerealiseerd zijn (bijvoorbeeld tijdige informatie over gecontracteerde partijen of groepsgewijs contracteren voor kleine aanbieders). Hoe beoordeelt de regering deze zorg? Op welke termijn kan volledige realisatie van de gemaakte afspraken verwacht worden? En in hoeverre is voor inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel noodzakelijk dat ook de andere onderdelen van de gemaakte afspraken gerealiseerd zijn?

2.1 Recht op zorg

De leden van de **PVV-fractie** krijgen graag nadere uitleg waarom contractering van belang is om het recht op zorg te waarborgen.

2.2 Zorgplicht verzekeraars

De leden van de **PVV-fractie** missen maatregelen om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars voldoende zorg inkopen. Gezien de wachtlijsten in de ggz wordt er te weinig zorg ingekocht door zorgverzekeraars aldus meerdere partijen waaronder MIND. Kan de regering hierop reflecteren.

De leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie** zijn bekend met de zorgplicht van verzekeraars. Genoemde leden zijn ook van mening dat niet altijd aan deze zorgplicht wordt voldaan, een voorbeeld hiervan zijn de al jarenlange wachtlijsten in de ggz, die ruim de treeknormen overstijgen. Deelt de regering de mening dat verzekeraars zich hier niet houden aan de zorgplicht? Zo ja, deelt de regering de mening dat de NZa hier beter op zou moeten handhaven? Welke rol ziet de regering hier voor zichzelf weggelegd als systeemverantwoordelijke? Is de regering het met deze leden eens dat het moeilijk aan ggz-wachtenden uit te leggen is dat dit wetsvoorstel wel de vergoedingen en vrije artskeuze aanpakt, maar er tegelijk onvoldoende gebeurt om de wachtlijsten en het stelsel aan te pakken? Wie draagt verantwoordelijkheid voor de zorgplicht van niet-verzekerden? Kan in de memorie van toelichting nog worden beschreven hoe de zorgplicht jegens niet-verzekerden geregeld wordt, zodat duidelijk is wat wel en niet onder deze wet valt.

2.3 Betaalbaarheid

De leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie** lezen dat uit rapportages van Vektis over (niet-) gecontracteerde wijkverpleging en (niet-) gecontracteerde ggz blijkt dat de kosten van niet-gecontracteerde zorg onnodig hoog zijn. Uit die rapportages komt naar voren dat niet-gecontracteerde aanbieders te veel uren in rekening brengen. Is het waar dat in de ggz veel van deze niet-gecontracteerde specialistische behandelingen aanbieden voor bijvoorbeeld meervoudige problematiek? En klopt het ook dat juist deze zorgaanbieders lang niet altijd een contract kunnen krijgen of zelf niet willen omdat ze onvoldoende vergoed krijgen voor deze intensieve behandelingen? In een rapport van de Algemene Rekenkamer uit 2020 bleek al dat terwijl de wachtlijsten voor mensen met complexe problematiek het langst is, voor behandelaars van deze patiënten de standaardafspraken financieel het meest nadelig zijn. Kan de regering hierop reflecteren en ook deze context meenemen in dit wetsvoorstel? Is zij het met deze leden eens dat het juist deze groep patiënten is die vaak zijn aangewezen op gecontracteerde zorg? Wat gaat dit wetsvoorstel doen voor mensen met meervoudige en complexe ggz-problematiek? Kunnen aanbieders van dit soort zorg deze zorg nog voldoende bieden en hier financieel van rond komen? Kunnen patiënten met deze problematiek nog de juiste zorg ontvangen en betalen? Deelt de regering de mening dat dit wetsvoorstel niet mag leiden tot een tweedeling tussen patiënten, waarbij de patiënten met zwaardere zorg (die al vaak grotere problemen hebben)

meer moeten betalen voor hun zorg? Zal dit niet tot leiden tot zorgmijding?

2.4 Afspraken verzekeraars en aanbieders

De leden van de **NSC-fractie** merken op dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders soms meer zorguren leveren dan nodig, wat leidt tot hogere kosten en mogelijk hogere premies. Deze leden vragen de regering om recente cijfers van 2022 en 2023 over het gebruik en de kosten van niet-gecontracteerde zorg in de ggz en de wijkverpleging vergeleken met de gecontracteerde zorg. Kloppen de lagere kosten voor niet-gecontracteerde zorg in de ggz? Zo ja, hoe verklaart de regering dit? Wat zijn de percentages van niet-gecontracteerde zorg in andere sectoren, en heeft de regering vermoedens dat dit elders ook tot hogere kosten leidt? Tevens willen de leden weten welke consequenties deze wet heeft voor ggz-patiënten met een complexe zorgvraag waar nauwelijks aanbod beschikbaar is?

De regering stelt dat het aandeel niet-gecontracteerde zorg de laatste jaren gegroeid is, zo lezen de leden van de **CDA-fractie** in de memorie van toelichting. Kan de regering dit met cijfers onderbouwen? Het vorige wetsvoorstel is namelijk niet ingediend omdat de ongecontracteerde zorg afnam waardoor het wetsvoorstel overbodig was.

Kan de regering eens toelichten hoeveel kleine zorgaanbieders of «eenpitters» in de ggz of wijkverpleging een contract van een zorgverzekeraar hebben gekregen of krijgen? Kan de regering vervolgens aangeven hoeveel dat er meer of minder zijn dan 2 jaar geleden?

De leden van de CDA-fractie zijn een grote voorstander van gecontracteerde zorg maar vinden ook dat dan kleine aanbieders een contract moeten kunnen krijgen en kunnen onderhandelen, desnoods met meerdere kleine partijen.

In de brief «Zorg specifiek Markttoezicht» is gekeken naar verruiming bagatelbepaling. Naar aanleiding van de motie van de leden Van den Berg en Tielen, waarmee de ruimte om gezamenlijk te onderhandelen kan worden vergroot en de positie van kleine zorgaanbieders wordt versterkt. De regering stelt dat dit niet kan vanwege Europese regelgeving. De regering vindt het ook niet wenselijk maar ziet de machtsonbalans wel en brandbrieven vanuit sectoren met veel kleine zorgaanbieders, zoals van het Paramedisch Platform Nederland worden serieus genomen. Vervolgens stelt de regering dat ze denken aan sturing op een meer proactieve rol van de zorgverzekeraar in het verlengde van het NZa document «de zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars». Tot slot kan gedacht worden aan de inzet van het AMM-instrumentarium wanneer het probleem wordt veroorzaakt door marktmacht van de inkomende partij. Kan de regering toelichten waarom de genoemde maatregelen niet eerder uitgetoetst zijn en wat de regering precies bedoelt met een meer proactieve rol van zorgverzekeraars? Hoe duidt de regering bovengenoemd voorstel in relatie tot de onderhavige wet?

De leden van de CDA-fractie vinden de opstelling van de regering om te sturen op een meer proactieve rol van zorgverzekeraars wat mager. Is de regering niet bang dat kleine zorgaanbieders of «eenpitters» zullen stoppen als gevolg van het aannemen van dit wetsvoorstel? Genoemde leden hebben hier zorgen over omdat ze een groot tekort in de zorgmedewerkers hebben en dat tekort de komende jaren fors zal oplopen. Vervolgens vragen deze leden ook hoe onderhavige wetsvoorstel zich verhoudt tot het voorstel in de budgettaire doorrekening van de nieuwe coalitie om voor de niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging een onafhankelijke indicatiestelling in te stellen.

De leden van de CDA-fractie kunnen zich hier wat bij voorstellen omdat het aantal uren dat bij niet-gecontracteerde zorg verstrekt wordt vaak

meer is dan bij zorg in natura, maar vragen vervolgens wat dan de noodzaak is van dit wetsvoorstel.

2.5 Doel contractering

De leden van de **NSC-fractie** constateren dat er aanzienlijke praktijkvariatie bestaat. Kan de regering cijfers geven over praktijkvariatie tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders? Zijn er andere manieren om deze variatie aan te pakken?

3. Aanpak niet-gecontracteerde zorg Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging en Bestuurlijk akkoord ggz

Dat de rekening niet onnodig moet oplopen en zeker ook kloppend moet zijn, delen de leden van de **VVD-fractie**. Dat het aandeel niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging weer licht is gestegen na een aanvankelijke daling baart deze leden zorgen. De wijkverpleging is namelijk ook de sector waar vaker fraude wordt signaleerd. Wat zijn de cijfers van fraudemeldingen in zowel de wijkverpleging als de ggz van de afgelopen vijf jaar? En hoe is dat in vergelijking met andere sectoren in de zorg? Kunnen deze cijfers worden uitgesplitst naar gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg?

De leden van de **D66-fractie** constateren dat de grote hoeveelheid aan zorgaanbieders binnen de ggz niet de facto heeft geleid tot het oplossen van de wachtlijsten binnen de ggz. Deze leden zien dat dit ook komt omdat veel ggz-zorgaanbieders zorg leveren aan patiënten met laag-complexe aandoeningen. Hierdoor is het voor mensen met een ernstige psychische aandoening lastig om tijdig toegang te hebben tot passende zorg. Herkent de regering deze redenatie en kan de regering toelichten op welke wijze dit wetsvoorstel eraan bijdraagt om dit op te lossen, zo vragen genoemde leden.

4. Aanpak niet-gecontracteerde zorg: Coalitieakkoord en IZA

De leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie** lezen dat in het Coalitieakkoord is opgenomen dat de aanpak op niet-gecontracteerde zorg wordt verstevigd. Aangezien er inmiddels een nieuw kabinet is aangetreden zijn genoemde leden benieuwd of deze aanpak wordt voortgezet of hier inmiddels anders naar wordt gekeken?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat zorgverzekeraars de mogelijkheid hebben om de vergoedingen voor een persoonsgebonden budget (pgb) evenredig te verlagen aan de vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg. Hebben zij deze mogelijkheid al of ontstaat die door dit wetsvoorstel? Deze leden lezen dat momenteel circa 70% van de zorg binnen het Zvw-pgb ingezet wordt via informele zorg. Wat gaat dit wetsvoorstel hiervoor betekenen?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen dat als de verplichte kwaliteitsregistratie en onafhankelijke indicatiestelling niet voldoende effectief is gebleken er wordt gekeken naar een geringe eigen bijdrage of een verlaging van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Zijn de verplichte kwaliteitsregistratie en onafhankelijke indicatiestelling ineffectief gebleken? Zo nee, waarom zijn deze dan niet uitgevoerd? Zo ja, waarom is er gekozen voor een verlaging van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg en niet voor een geringe eigen bijdrage?

4.1 Verbeteren contracteerproces

De leden van de **VVD-fractie** merken op dat er veel zorgverleners zijn die graag een contract zouden willen afsluiten met een verzekeraar, maar omdat ze te klein zijn lukt dat vaak niet. Zij zouden graag zien dat er ook met kleinere aanbieders afspraken gemaakt kunnen worden maar zien dit nog onvoldoende terug in het wetsvoorstel. Kan nader worden toegelicht welke stappen worden gezet om het voor kleinere aanbieders makkelijker te maken om (in gezamenlijkheid bijvoorbeeld) een contract af te sluiten met een zorgverzekeraar.

4.2 Samenwerking tussen zorgaanbieders

De leden van de **VVD-fractie** begrijpen dat elke sector zijn eigen problemen kent en per sector om een andere oplossing vragen. Toch is samenwerking tussen domeinen ook onderdeel van de oplossing van problemen. Genoemde leden vragen dan ook in hoeverre dit wetsvoorstel zich verhoudt tot de IZA-afspraken met betrekking tot de noodzaak voor samenwerking binnen de eerstelijnszorg en de eerste- en tweedelijnszorg.

4.3 Vermindering omvang niet-gecontracteerde zorg

De leden van de **NSC-fractie** constateren dat de Afdeling advisering van de Raad van State vraagtekens zet bij de effectiviteit van dit wetsvoorstel in verhouding tot het beoogde doel. Dit roept de vraag op of er alternatieven zijn overwogen om het aandeel niet-gecontracteerde zorg te verminderen. Deze vraag is echter nog niet beantwoord. Daarom willen deze leden weten welke alternatieven zijn overwogen om het aandeel niet-gecontracteerde zorg te verminderen? Daarnaast willen deze leden van de regering weten wat zij verwachten ten aanzien van de effectiviteit van het wetsvoorstel. Wat levert deze wet precies op voor de verzekerde? Wat zijn de oorzaken van de toename van niet-gecontracteerde zorg, en is hier recent onderzoek naar gedaan?

De leden van de **NSC-fractie** willen graag van de regering een toelichting op de consequenties van deze wet voor pgb-houders. Klopt het dat pgb-houders minder vergoeding zullen ontvangen bij de invoering van deze wet in vergelijking met de huidige situatie? Kunt u drie rekenvoorbeelden geven waarin dit het geval is?

De leden van de **CDA-fractie** lezen in de memorie van toelichting dat verzekerden met een indicatie voor wijkverpleging de mogelijkheid hebben om met een pgb zorg te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De Afdeling advisering van de Raad van State heeft gevraagd op dit punt het onderhavige wetsvoorstel te verduidelijken. De regering stelt vervolgens dat de effectiviteit van het voorliggende wetsvoorstel naar verwachting niet wordt ondergraven doordat meer verzekerden die wijkverpleging nodig hebben voor het pgb zullen kiezen. Dit omdat zorgverzekeraars de mogelijkheid hebben om de vergoedingen voor het pgb evenredig te verlagen aan de vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg. Moeten genoemde leden de opmerking van de regering zo begrijpen dat zij het pgb geen volwaardig alternatief vinden naast zorg in natura? Sommige burgers voelen zich gedwongen voor een pgb te kiezen omdat zorg op maat middels het pgb noodzakelijk is. Denk bijvoorbeeld aan de intensieve kindzorg of aan nachtzorg. Hoe verhoudt dit wetsvoorstel zich tot het feit dat bepaalde doelgroepen zich noodgedwongen tot het pgb wenden omdat de zorg in natura de zorg niet levert? Bij het pgb is ook vaak sprake van een combinatie van informele zorg en formele zorg. De leden van de **CDA-fractie** vinden dat de regering hier te makkelijk aan voorbij gaat en wil graag een uitgebreide reactie van de regering op dit punt.

4.4 Randvoorwaardelijke afspraken

De leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie** lezen dat de regering met dit wetsvoorstel de transparantie voor verzekerden wil vergroten. Genoemde leden zijn het daar zeer mee eens, want te vaak vindt de contractering tussen zorgverlener en zorgverzekeraar na 12 november plaats en soms zelfs na het overstapseizoen. Hierdoor heeft de verzekerde beperkte informatie en wordt het de verzekerde onmogelijk gemaakt om een weloverwogen keuze te maken betreft een polis. Hoe kijkt de regering tegen dit probleem aan? Waarom is er gekozen voor een intentieverklaring waarbij partijen zich maximaal moeten inzetten om het inkoopproces jaarlijks voor 12 november af te ronden en wordt het niet gewoon verplicht dat partijen dit voor 12 november afgerond hebben? Op welke manier wordt gecontroleerd dat zorgverzekeraars op een heldere manier, in begrijpelijke taal op hun website hebben staan welke zorg wel of niet gecontracteerd is en wat de gevolgen zijn voor de verzekerde bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorg? Wordt dit ook proactief naar buiten gebracht? Want niet elke verzekerde is in staat dit zelf op te zoeken of begrijpt waar naar te zoeken? Op welke manier helpen de verzekeraars mensen die zelf mogelijk het verschil tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg begrijpen? Uit de brief «herziening zorgstelsel»² van de Minister blijkt dat 7,4 procent van de verzekerden afgelopen overstapseizoen zijn overgestapt. Verwacht u dat dit percentage omhoog gaat met dit nieuwe wetsvoorstel? Verwacht u dat het polis aanbod met deze wetgeving onderscheidend en overzichtelijk genoeg wordt zodat verzekerden een weloverwogen keuze kunnen maken? Wat is het streefpercentage van de regering?

Op pagina 16 van de memorie van toelichting lezen de leden van de GroenLinks-PvdA dat er gerefereerd wordt aan de brief van 10 maart betreft de bekostiging van de wijkverpleging het experiment met cliëntprofielen op basis waarvan alleen gecontracteerde aanbieders (die deelnemen aan het experiment) kunnen declareren. Op 1 juli is een nieuwe brief verstuurd, Kan de paragraaf in de memorie van toelichting herschreven worden op basis van de meest nieuwe stand van zaken? Hoe zal de tekst dan luiden?

De leden van de **NSC-fractie** lezen dat «partijen zich maximaal inzetten om hun inkoopproces jaarlijks voor 12 november af te ronden, waarbij meer inzicht wordt gegeven in de kwaliteit van de gecontracteerde zorg». Tot nu toe is de contractering voor verzekerden pas laat in december duidelijk. Hoe gaat de regering ervoor zorgen dat verzekeraars spoedig na 12 november aan verzekerden laten zien welke zorg wel en niet gecontracteerd is? En kan de regering uitleggen hoe zij zal omgaan met de gestapelde kosten van verzekerden die gebruik maken van verschillende zorgaanbieders die niet-gecontracteerde zorg leveren?

4.5 Monitoring ontwikkeling niet-gecontracteerde zorg

Het wetsvoorstel kent geen evaluatiebepaling, zo begrijpen de leden van de **VVD-fractie**. Wat is de reden dat het wetsvoorstel niet geëvalueerd wordt? Wel wordt er monitoring uitgevoerd en de leden vragen of in deze monitoring specifiek aandacht besteed kan worden aan de ontwikkeling van kleine zorgaanbieders. Daarnaast vragen genoemde leden in hoeverre in de monitoring aandacht besteed zal gaan worden aan de wachtlijsten in de gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg.

² Herziening Zorgstelsel | Tweede Kamer der Staten-Generaal

De leden van de **NSC-fractie** lezen dat er een monitor komt voor niet-gecontracteerde zorg. Komt deze monitor er ook als deze wet niet ingaat?

4.6 Bekostigingssystematiek

De leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie** zijn benieuwd hoe het gaat sinds de invoering van het zorgprestatieproces? Het zorgprestatieproces zou een eerlijker onderscheid maken tussen zwaardere en lichtere zorg. Wordt dit doel gehaald? Kan de regering hier cijfers over geven?

De leden van de **NSC-fractie** constateren dat het zorgprestatieproces in de ggz bijdraagt aan de vermindering van administratieve lasten voor behandelaars en ondersteunende afdelingen, een begrijpelijke facturatie voor patiënten en eerlijke tarieven voor verleende zorg. Is het mogelijk om vanuit de wijkverpleging ook een heldere facturatie voor patiënten te realiseren, zodat de gedeclareerde kosten transparant zijn?

4.7 Wetgeving

De leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie** lezen dat niet-gecontracteerde zorg vooral voorkomt in de wijkverpleging en (delen van de) ggz. Er wordt ook gesteld dat er in andere sectoren voortsnog geen signalen zijn over een problematisch aandeel van niet-gecontracteerde zorg. Waarom overweegt de regering niet om alleen voor deze sectoren het wetsvoorstel te laten gelden? Waarom kiest de regering er niet voor om de effectiviteit van de maatregelen in deze sectoren af te wachten voordat de maatregelen sector overstijgend worden ingevoerd? Waarom wordt de vrije artskeuze beperkt in sectoren waar geen problematisch aandeel van niet-gecontracteerde is?

Uit de memorie van toelichting blijkt dat overwogen wordt de hoogte van de vergoeding wettelijk te regelen voor de wijkverpleging en (delen van de) ggz. De leden van de **SGP-fractie** vragen of de regering de algemene maatregel van bestuur (amvb) die hiervoor zal worden opgesteld met de Kamer kan delen.

Of een wettelijke regeling aan de orde is, hangt volgens de memorie van toelichting af van de effecten van de andere maatregelen om zorgcontractering te bevorderen. De leden van de SGP-fractie vragen de regering inzichtelijk te maken welke criteria er zullen worden gehanteerd om over te gaan tot wettelijke regeling van de hoogte van de vergoeding. Wanneer is volgens de regering het percentage niet-gecontracteerde zorg te hoog?

5. Vergoeding niet-gecontracteerde zorg

De leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie** lezen in de memorie van toelichting dat door dit wetsvoorstel er bij of krachtens een algemene maatregel van bestuur nadere regels kunnen worden gesteld over de wijze waarop de zorgverzekeraar de vergoeding berekent. Deze leden vinden het van belang dat de Kamer hier ook een mening over kan geven, zal deze amvb via een voorhangprocedure aan de Kamer worden voorgelegd? Is er aan gedacht om in artikel 13, lid 5 en 6 een voorhangprocedure toe te voegen? Deze leden lezen dat deze regelgevende bevoegdheid zal worden ingezet indien bijvoorbeeld uit de monitoring blijkt dat het aandeel niet-gecontracteerde zorg in een bepaalde (deel) sector zo groot wordt, dat afbreuk wordt gedaan aan de kwaliteit, toegankelijkheid of betaalbaarheid van de desbetreffende vorm van zorg of dat deze passende zorg in de weg staat. Genoemde leden vinden deze criteria nog wat vaag. Kan de regering meer duiding of inkleuring geven wanneer dit het geval zou zijn?

5.1 Wettelijk vastleggen vergoeding

De leden van de **SGP-fractie** vragen of een amvb om de hoogte van de vergoeding te maximeren per definitie voor een tijdelijke periode bedoeld is, aangezien het bedoeld is voor de situatie waarbij het percentage niet-gecontracteerde zorg in een bepaalde zorgsector naar het oordeel van de regering te hoog is geworden. Klopt het dat als dit percentage weer zou dalen, dit dan op termijn leidt tot het intrekken van de amvb omdat deze dan niet meer nodig is?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** zijn benieuwd naar cijfermatige duiding achter het wetsvoorstel. Hoe groot is het probleem van niet-gecontracteerde zorg exact, kan de regering hierin voorzien? Welke doelstelling is op dit punt aan dit wetsvoorstel gekoppeld? De leden van de ChristenUnie-fractie vragen ook in welke deelsectoren de grootste omvang van niet-gecontracteerde aanbieders zitten. Hoe zijn deze cijfers over de afgelopen veranderd? Kan de regering nader motiveren in hoeverre voorliggend wetsvoorstel op de juiste manier de meest prominente problemen aanpakt?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering ook of er een beoogde doelstelling (procentueel) is omtrent de bekendmaking van contracten rond 1 november zodat verzekerden een gewogen keuze kunnen maken voor het nieuwe jaar. Hoe is dit cijfer momenteel?

De Afdeling advisering van de Raad van State is kritisch op voorliggend wetsvoorstel. De Raad van State heeft twijfels over de verwachte effectiviteit van het wetsvoorstel ten opzichte van het beoogde doel. De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat de Raad van State adviseerde om alternatieven voor voorliggend wetsvoorstel te onderzoeken en dit op te nemen in de toelichting. De regering heeft hier summier op gereageerd en heeft niet gemotiveerd waarom de overwogen alternatieven (een eigen bijdrage voor niet-gecontracteerde zorg, een verbod voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders om de korting op de vergoeding voor eigen rekening te nemen, en het afschaffen van artikel 13 Zvw) geen goed alternatief waren. Genoemde leden vragen de regering dit alsnog te doen en specifiek over de verschillende alternatieven. Zij vragen om een weging van de proportionaliteit en subsidiariteit van de verschillende varianten.

De Raad van State geeft in haar advies ook aan dat de effectiviteit van het voorstel wordt beperkt door bekostigingsregels voor de wijkverplichting en de ggz die volumeprikkels bevatten. In de memorie van toelichting lezen de leden van de ChristenUnie-fractie dat het ingewikkeld is om een bekostigingssysteem te ontwikkelen dat hanteerbaar is en ontdaan is van prikkels om het volume aan zorgverlening op te drijven. Genoemde leden delen de analyse van deze problematiek. Evenwel vragen deze leden of er, in lijn met het advies van de Raad van State, alsnog gekeken wordt naar een bekostigingssysteem met minder volumeprikkels, in het bijzonder voor wijkverpleging en de ggz.

Zorgaanbieders met een beperkte onderhandelingspositie (kleine praktijken van psychologen bijvoorbeeld) zien de afgelopen jaren dat zorgverzekeraars steeds hogere afslagen hanteren ten opzichte van de NZa-tarieven. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering allereerst of zij deze ontwikkeling erkend. Deze zorgaanbieders zijn bezorgd over de effecten van voorliggend wetsvoorstel omdat het de onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars vergroot (met potentieel nog grotere afslagen op de NZa-tarieven) zonder dat de onderhandelingspositie van (kleine) zorgaanbieders (door andere afspraken uit het IZA) verbeterd is. Herkent de regering deze zorg? Hoe reageert de regering op deze zorg, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie. Welke gevolgen heeft dit effect voor de toegankelijkheid van het zorgaanbod?

Kan de regering deze zorgen wegnemen? Zo ja, op welke wijze en zo nee, met welke gevolgen rekent de regering?

Voor specifieke patiëntengroepen, bijvoorbeeld in de ggz, is er maar een select aanbod van geschikte zorgaanbieders beschikbaar. Veel van deze zorg is momenteel niet-gecontracteerd. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de regering deze zorg herkend. Vraag en aanbod is, gezien de grote wachtlijsten in de ggz, niet met elkaar in evenwicht. In hoeverre is de positie van deze patiënten gewaarborgd met voorliggend wetsvoorstel? Dient vraag en aanbod niet meer met elkaar in overeenstemming te zijn voordat voorliggend wetsvoorstel van kracht kan worden?

5.2 Hoogte vergoeding

De leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie** lezen dat een zorgverzekeraar op basis van de zorgplicht voldoende zorgaanbieders moet contracteren waaruit de verzekerde een keuze kan maken. Iemand die nog meer keuzevrijheid wil ten aanzien van zorgaanbieders, zowel gecontracteerd als niet-gecontracteerd, kan een restitutieverzekering afsluiten. Genoemde leden constateren dat dit laatste steeds minder wordt aangeboden. Uit de antwoorden³ op Kamervragen van de leden Westerveld en Bushoff van dit jaar blijkt dat het aantal aangeboden restitutiepolissen in de afgelopen jaren enorm is afgenomen. In 2024 waren er nog maar vier. Deelt de regering de mening dat het dus niet zo is dat er nog enorm veel mogelijkheid is voor een verzekerde om voor meer keuzevrijheid te kiezen? Waarom is dit aspect niet meegenomen of toegelicht in het wetsvoorstel? Het aantal combinatiepolissen groeit wel, maar daarbij geldt niet een volledige vergoeding voor ggz en wijkzorg. Gaat de regering iets doen aan het steeds verder dalend aantal restitutiepolissen?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie vinden het goed dat het hinderpaalcriterium in de wet worden verankerd. Echter wordt het hinderpaalcriterium daarentegen wel verzwakt in de nieuwe wet, doordat de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg lager mag uitvallen en dat dit zelfs gestimuleerd wordt. Hoe kijkt de regering tegen deze tegenstelling aan? Ondanks dat het hinderpaalcriterium stelt dat een lagere vergoeding niet dusdanig laag mag zijn dat het een feitelijke hinder veroorzaakt voor verzekerden. Echter dit geldt voor de modale zorgverzekeraar. De leden maken zich zorgen dat vooral mensen met een kleinere beurs een minder vrije keuze krijgen. Hoe kijkt de regering hier tegen aan? Hoe voorkomt de regering dat er tweedeling ontstaat waarbij vrije artskeuze alleen is weggelegd voor financieel welgestelden?

De leden van GroenLinks-PvdA krijgen regelmatig signalen van mensen met ggz-zorg die elk jaar van verzekeraar moeten wisselen omdat de restitutiepolis wordt afgeschaft. Dit leidt tot veel onrust bij deze mensen, omdat zij daardoor soms niet bij dezelfde behandelaar kunnen blijven. Ziet de regering ook dat stabiliteit in behandeling en behandelaar juist voor deze mensen cruciaal is? Deelt de regering de mening dat vrije artskeuze of het blijven bestaan van een restitutiepolis van groot belang is voor deze groep? En dat juist deze groep mensen niet altijd in staat is om het hele verzekeraarsveld door te werken op zoek naar de juiste verzekeraar die een specifieke behandelaar of behandeling wel of niet vergoed? Ziet de regering ook in dat het wetsvoorstel mogelijk voor een tweedeling zorgt tussen mensen met een smalle beurs die minder mogelijkheden hebben om zelf te kiezen voor een behandelaar dan mensen met meer financiële ruimte?

³ Antwoord op vragen van de leden Westerveld en Bushoff over de afname van het aantal restitutiepolissen | Tweede Kamer der Staten-Generaal

De leden van de **SGP-fractie** vragen de regering zo precies mogelijk uit te leggen hoe wordt bepaald dat een eigen bijdrage geen «feitelijke verhindering» betekent, maar de verzekerde wel «merkbaar hindert», zodat deze een bewuste keuze moet maken al dan niet gebruik te maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Hoe draagt deze wetswijziging bij aan duidelijkheid over dit onderscheid? Erkent de regering dat als de wetswijziging daarover onvoldoende duidelijkheid biedt dit opnieuw zal leiden tot lange juridische processen?

Verder vragen genoemde leden of de regering het risico onderkent dat door dit wetsvoorstel mensen met een laag inkomen minder aanspraak zullen maken op gecontracteerde zorg dan mensen met een hoog inkomen. Hoe wil de regering dit risico ondervangen?

De leden van de SGP-fractie vragen of de regering zicht heeft op vormen van zorg die niet of nauwelijks door zorgverzekeraars gecontracteerd zijn en waarbij patiënten dus aangewezen zijn op (vrijwel) uitsluitend niet-gecontracteerde zorgverleners. Zou het kunnen zijn dat de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van bepaalde vormen van zorg onder druk komt te staan door dit wetsvoorstel?

5.3 Invoeringstermijn

De leden van de **ChristenUnie-fractie** lezen in de memorie van toelichting dat indien de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders bij wettelijk voorschrift wordt geregeld, door met name zorgverzekeraars en zorgaanbieders de nodige voorlichting verstrekt moeten worden en een invoeringstermijn in acht genomen moeten worden. Kan de regering nader uiteen zetten aan welke voorwaarden de voorlichting en invoeringstermijn moet voldoen en welke verplichtingen de zorgverzekeraar heeft om de cliënt eventueel van een andere zorgaanbieder te voorzien? Genoemde leden lezen dat de invoeringstermijn kan verschillen per zorgsector. Kan de regering dit nader duiden?

5.4 Hinderpaalcriterium

De leden van de **D66-fractie** constateren dat het wetsvoorstel grotendeels overeenstemt met de interpretatie van het hinderpaalcriterium zoals deze in de loop der tijd met de rechtspraak en bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) is ontwikkeld. Deze leden vragen of de regering kan aangeven op welke punten het wetsvoorstel afwijkt van de rechtspraak of SKGZ bij de ontwikkeling of codificatie van het hinderpaalcriterium. Kan voorts worden aangegeven op welke punten is aangevuld.

De wetgever heeft dit hinderpaalcriterium niet expliciet vastgelegd in de wet maar wel tot uitdrukking gebracht bij de totstandkoming van de Zvw. De leden van de **SGP-fractie** vragen de regering toe te lichten waarom het hinderpaalcriterium destijds niet in de wet is vastgelegd. Wat was de argumentatie om dit niet te doen?

De leden van de SGP-fractie vragen of de regering ook het risico ziet dat met deze wetswijziging het hinderpaalcriterium dan wel wettelijk wordt verankerd, maar in de praktijk uitgehold zou kunnen worden. Hoe kan een verzekerde op basis van deze wet aantonen dat niet voldaan wordt aan het hinderpaalcriterium als een lage vergoeding wordt verstrekt?

Is in de Zvw (of andere wetgeving) er op enige wijze sprake van een hardheidsclausule op het moment dat de verzekerde niet kan aantonen dat het hinderpaalcriterium wordt geschaad, maar hij toch financieel in de problemen komt vanwege de kosten voor de zorg die hij nodig heeft?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** constateren dat in de praktijk zorgverzekeraars zich zeer weinig gelegen laten liggen aan het hinderpaalcriterium en de uitspraken van de Hoge Raad. Genoemde leden achten het verstandig dat het hinderpaalcriterium nu wettelijk wordt verankerd. Hierover hebben zij nog wel veel vragen. Allereerst vragen deze leden welke punten niet zijn overgenomen uit de rechtspraak en de SKGZ bij de codificatie van het hinderpaalcriterium. Op welke onderdelen is afgeweken van de uitspraken? Kan de regering dit nader toelichten? Voorts vragen de leden van de ChristenUnie-fractie of en in hoeverre de Raad voor de Rechtspraak betrokken is geweest bij de codificatie van het hinderpaalcriterium en/of zij bij de consultatieronde een reactie hebben opgesteld op dit punt.

Ook hebben de leden van de ChristenUnie-fractie vragen bij de vrijheid die zorgverzekeraars krijgen om de exacte hoogte en de wijze van berekening van de vergoeding te bepalen. Kan de regering nader toelichten waarom hiervoor gekozen is? Genoemde leden lezen dat er een mogelijkheid is gecreëerd om in nadere regelgeving de kaders voor het hinderpaalcriterium te kunnen uitwerken. Kan de regering nader toelichten welke kaders hierin worden opgenomen?

Per algemene maatregel van bestuur kan voor een aangewezen (deel)sector de hoogte van de vergoeding worden bepaald. Deze regelgevende bevoegdheid zal worden ingezet indien blijkt dat het aandeel niet-gecontracteerde zorg te groot wordt. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering nader uit te leggen hoe deze mogelijkheid in de praktijk precies in zijn werk zal gaan, aan welke voorwaarden moet worden voldaan voordat van deze mogelijkheid gebruik gemaakt kan worden en welke wettelijke waarborgen hiervoor worden verankerd. Hoeveel ruimte biedt het hinderpaalcriterium tot verlaging van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering ook of zij verwacht dat er een algemene maatregel van bestuur zal volgen waarin bepaalde deelsectoren zullen worden aangewezen. Zo ja, voor welke sectoren verwacht zij dat en op welke termijn?

In de tekst van de memorie van toelichting ontbreekt een duidelijke uitspraak of de amvb's worden voorgehangen bij beide Kamers. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen om per amvb aan te geven of is voorzien in een voorhangprocedure. Zo ja, welke vorm van voorhang is daarbij voorzien en waarom is deze keuze gemaakt?

5.5 Codificatie

De leden van **GroenLinks-PvdA-fractie** lezen dat als blijkt dat de zorgverzekeraar tekortschiet in zijn zorgplicht en dat aan de zorgverzekeraar kan worden toegerekend, een korting niet aan de orde is wanneer een verzekerde gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wat betekent de zin «en dat aan de zorgverzekeraar kan worden toegerekend»? Wanneer is dit wel en niet het geval en gaan de zorgverzekeraars zich niet beroepen op overmacht? Waarom is er geen afwegingskader opgenomen om te bepalen of een zorgverzekeraar wel of niet aan de zorgplicht voldoet en wanneer er sprake is van overmacht? Deelt de regering de mening dat er op dit moment door de lange wachtlijsten in de ggz niet aan de zorgplicht wordt voldaan? Hoe moeten verzekerden zelf aantonen dat er niet aan de zorgplicht is voldaan? Kunnen verzekerden dit zelf? Niet alle verzekerden zijn daartoe in staat. Waar moeten en kunnen zij terecht? Wat is de rol van de NZa hierin?

De leden van de **VVD-fractie** lezen dat van de uitspraak van de Hoge Raad in beperkte mate wordt afgeweken of op aangevuld. Kan de regering toelichten op welke onderdelen van de uitspraak wordt afgeweken dan wel aangevuld?

De Afdeling advisering van de Raad van State was kritisch op het effect van de codificatie op het beoogde doel van meer zorgcontractering. Kan de regering nader toelichten wat het doel en het effect van de codificatie is op meer zorgcontractering?

De leden van de **D66-fractie** vragen of de regering nader in zou kunnen gaan op de verwachte effectiviteit rondom de beoogde en verwachte toename van gecontracteerde zorg. Voorts vragen deze leden of de regering de beoogde doelstelling (procentueel) omtrent de bekendmaking van contracten rond 1 november van het kalenderjaar zou kunnen delen, zodat verzekerden een gewogen keuze kunnen maken ten aanzien van haar af te sluiten zorgpolis voor het nieuwe jaar.

De leden van de **D66-fractie** vragen of de regering een duidelijke optekening kan geven of de amvb's worden voorgehangen bij beide Kamers en of de regering per amvb kan aangeven of er voorzien wordt in een voorhangprocedure en zo ja, welke vorm.

De leden van de **BBB-fractie** lezen dat de hoogte van de vergoeding een verzekerde niet mag verhinderen om de zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Toch beoogt dit wetsvoorstel om zorgcontractering te bevorderen door het mogelijk te maken om de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg voor verzekerden met een naturapolis zodanig te verlagen, dat dit voor hen een stimulans is om gebruik te maken van gecontracteerde zorg en voor zorgaanbieders om contracten aan te gaan met zorgverzekeraars voor de verlening van zorg. De leden vragen of je hierdoor niet mensen beperkt in hun keuzevrijheid van zorg.

De regering geeft aan dat zij eventuele complicaties voorkomt door de mogelijkheid te creëren om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nadere regels te stellen over de wijze waarop de zorgverzekeraar de vergoeding berekent. Genoemde leden lezen dat deze regelgevende bevoegdheid niet bedoeld is om de hoogte van de vergoeding exact vast te leggen. Is deze veronderstelling juist?

De leden van de **BBB-fractie** vinden dat de Minister mogelijk niet krachtig genoeg kan handelen tegen zorgverzekeraars vanwege de beperkte regelgevende bevoegdheden. Wat is de visie van de regering hierop, en als zij het hier niet mee eens is, hoe denkt zij dan wel krachtig te kunnen optreden als zorgverzekeraars een te lage vergoeding vaststellen om zorgcontractering af te dwingen?

De leden van de **CDA-fractie** delen het punt met de Afdeling advisering van de Raad van State dat het wetsvoorstel een nuttige bijdrage aan de praktijk is door de codificatie en verduidelijkingen die het biedt, maar een afbakening zal toch altijd tot nieuwe discussies leiden. Kan de regering hier op reflecteren?

Met dit wetsvoorstel wordt ook geregeld dat een verzekerde met een naturapolis, die heeft besloten zorg te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, toch recht heeft op een volledige vergoeding van die zorg als de zorgverzekeraar toerekenbaar tekort is geschoten in zijn zorgplicht. De leden van de **CDA-fractie** begrijpen de gedachtegang van de regering maar denken dat dit in praktijk lastig is vast te stellen. Zeker met het arbeidsmarkttekort in de zorg, hoe kan een verzekerde vaststellen dat zorgverzekeraars hun zorgplicht niet zijn nakomen? Want wie bepaalt dan vervolgens wat passende zorg is?

De leden van de **SGP-fractie** vragen de regering toe te lichten waarom in het IZA is afgesproken een uitzondering te maken voor de huisartsenzorg en voor hoogcomplexere derdelijnszorg die geleverd wordt in Universitair Medische Centra (umc's).

6 Gevolgen

6.1 Effecten op rechtmatige zorg

Zoals eerder aangegeven maken de leden van de **VVD-fractie** zich zorgen om fraude met name in de wijkverpleging en ggz. Dat zorgverzekeraars bij deze aanbieders geen mogelijkheid hebben om vooraf, bij het sluiten van contracten, te sturen op risicopreventie. Genoemde leden lezen dat met dit wetsvoorstel het risico op fouten en fraude kleiner wordt. Kan de regering toelichten in hoeverre het wetsvoorstel hier effect op zal hebben? Hoe wordt geborgd dat dit effect ook daadwerkelijk gerealiseerd wordt? Wat is nodig voor preventie, opsporing, handhaving en sanctiëring bij fraude?

Het is voor frauderende zorgbedrijfjes makkelijk om na het beëindigen van een bedrijf, vrij snel weer een ander zorgbedrijf op te richten om vervolgens op oude voet verder te gaan. De leden van de **VVD-fractie** vinden dit zeer onwenselijk. Welke stappen worden ondernomen om dit soort praktijken tegen te gaan? In hoeverre zijn beroeps- of sectorverboden overwogen en wat wordt gedaan om dit verder uit te werken?

6.2 Financiële gevolgen

De leden van de **SGP-fractie** vragen de regering of berekend is wat dit wetsvoorstel zou opleveren vanwege te verwachten lagere zorgkosten.

7. Advies en consultatie

Voorliggend wetsvoorstel voorziet in een codificatie van het hinderpaalcriterium. De leden van de **ChristenUnie-fractie** vragen of er bij de consultatieronde opmerkingen zijn gemaakt over de wijze van codificatie en in hoeverre deze zijn verwerkt in het wetsvoorstel.

7.1 Uitvoeringstoets ZN

De leden van de **D66-fractie** vragen of de regering nader kan ingaan op mogelijke gevolgen wegens het beoogde risico op een onduidelijke scheidslijn tussen «feitelijk gehinderd» en «merkbaar gehinderd». Kan de regering een reactie geven op de suggestie om een rekenregel in te stellen waarin het verschil duidelijk tot uiting wordt gebracht. Voorts vragen deze leden of de regering kan toelichten welke andere opmerkingen van Zorgverzekeraars Nederland niet zijn overgenomen en waarom niet.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Eerdmans

De adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp