

Vergaderjaar 2012–2013

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**

Nr. 5

VERSLAG

Vastgesteld 18 februari 2013

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 minister worden beantwoord acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

De griffier van de commissie,
Teunissen

Inhoudsopgave	Blz.
ALGEMEEN	2
Inleiding	2
Doel wetsvoorstel: eenduidige en objectieve zorginkoop	5
Verbod, werking van de maatregel	9
Toezicht en handhaving	13
Onderzoek en overleg met de Europese Commissie	13
ARTIKELSGEWIJS	14

ALGEMEEN

Inleiding

De leden van de **VVD**-fractie hebben kennis genomen van de inhoud van voorliggend wetsvoorstel. Ze hebben echter nog een aantal vragen. De minister stelt dat, zolang het zorgstelsel nog in ontwikkeling is, de minister integratie van zorgverzekeraars met zorgaanbieders wil voorkomen. Deze leden willen graag weten wie en op basis van welke criteria bepaalt wanneer het zorgstelsel uitontwikkeld is. Komt er naar aanleiding van het regeerakkoord een nota van wijziging waarin staat dat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen een minderheidsbelang bij zorgaanbieders te verwerven?

De leden van de fractie van de **PvdA** hebben met belangstelling kennis genomen van voorliggend wetsvoorstel en hebben nog enkele vragen. Zij constateren dat de minister van mening is dat nog niet aan alle voorwaarden is voldaan voor een goed werkend stelsel. Kan aangegeven worden aan welke voorwaarden nog moet worden voldaan, en welke van deze voorwaarden van te voren, bij de start van het nieuwe stelsel, bekend waren? Op welke wijze kan in de toekomst aan deze voorwaarden worden voldaan? Welk tijdspad wordt hierbij gehanteerd? Hoe ziet de minister de rol van de patiënt/cliënt in het stelsel?

De leden van de fractie van de PvdA zijn het eens met de minister dat het risico dat zorgverzekeraars belangen van zorgvragers minder objectief en suboptimaal behartigen, als zij belangen hebben in een zorginstelling, moet worden voorkomen. Een wettelijke basis hiervoor lijkt deze leden van groot belang. De leden van de fractie van de PvdA vragen de minister een uitgebreide argumentatie te leveren over de opmerking van de Raad van State dat het toezichtkader (door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Nederlandsche Bank (DNB) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)) reeds toereikend is om een voorgenomen fusie te blokkeren, indien sprake is van een machtspositie van ofwel de zorgverzekeraar of de zorgaanbieder. De leden van de fractie van de PvdA zijn verheugd met het duidelijke signaal van de minister dat vergaande zeggenschap door zorgverzekeraars over zorgaanbieders ongewenst is. Zij zien de spanning tussen enerzijds de mogelijke voordelen van selectieve zorginkoop door verzekeraars, die gepaard kan gaan met enige zeggenschap t.a.v. de kwaliteit van de geboden zorg en anderzijds de keuzevrijheid van de verzekerde. Welke mogelijke positieve effecten zou verticale integratie kunnen bieden? Kan uitgebreid worden toegelicht waarom de NZa ook nu niet voldoende adequaat en effectief kan optreden? Zou dit ook mogelijk zijn met een lichtere wijziging dan voorliggend wetsvoorstel?

De leden van de fractie van de PvdA constateren dat de minister in reactie op de heren M. Varkevisser en E. Schut (Kamerstuknummer 2012D33840) aangeeft, dat de door hen geconstateerde bezwaren op mededingings-

rechtelijke gronden worden weggenomen door de opgenomen ontheffingsgronden. Deze leden vragen of de minister uitgebreider kan motiveren hoe deze ontheffingsgronden de bezwaren wegnemen. Vanuit welke motivatie is de minister van mening dat de integratie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de VS bij ketenzorgprogramma's in de Nederlandse situatie niet wenselijk is? Wordt het mogelijk geacht tot integrale zorg en regionale samenwerking te komen zonder verticale integratie?

De minister stelt dat nog niet aan alle voorwaarden voor een goed werkend zorgstelsel is voldaan. De leden van de **SP**-fractie willen van de minister weten op welke manier dit wetsvoorstel bijdraagt aan het verbeteren van het zorgstelsel, en welk probleem de minister met dit wetsvoorstel denkt op te lossen. Deze leden vragen de minister of zij met hen van mening is dat het inherent is aan het gekozen zorgstelsel dat het niet goed functioneert, en wat zij precies verstaat onder een goed werkend zorgstelsel. Deelt de minister de mening van deze leden dat het huidige zorgstelsel bureaucratisch is, de solidariteit ondermijnt en het draaien van «productie» in de hand werkt?

De minister stelt dat de rollen van zorgverzekeraar en zorgaanbieder niet samengaan. Zij wil zogenaamde «verticale integratie» voorkomen zolang het zorgsysteem nog in ontwikkeling is. De leden van de **SP**-fractie willen van de minister weten waarom dat volgens haar enkel niet wenselijk is zolang het zorgstelsel in ontwikkeling is. Is de minister het met deze leden eens dat dergelijke rolvermenging niet altijd onwenselijk is? Voorts willen zij weten wanneer het zorgstelsel volgens de minister uitontwikkeld is. Aan welke voorwaarden moet volgens de minister zijn voldaan wil het zorgstelsel in haar opinie uitontwikkeld zijn? Daarnaast willen zij weten of de minister met hen van mening is dat er nu al regelmatig sprake is van rolvermenging, bijvoorbeeld als het gaat om fusies van zorginstellingen, die vaak door zorgverzekeraars worden opgelegd, of doordat zorgverzekeraars vaak op de stoel van de arts gaan zitten.

De leden van de **PVV**-fractie hebben kennisgenomen van de wetswijzigingen, en zijn deels verheugd en deels teleurgesteld over de voorgestelde wijzigingen. Zij hebben daarom een aantal vragen waarop zij graag een uitgebreide toelichting ontvangen. Deze zijn in de loop van dit verslag opgenomen.

De leden van de **CDA**-fractie hebben kennisgenomen van voorliggend voorstel tot wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten. Zij ondersteunen het streven van de minister om de werking van het zorgsysteem te verbeteren. Daarbij is het van belang de patiënt centraal te stellen. Het stelsel van gezondheidszorg dient erop gericht te zijn optimale gezondheidswinst voor patiënten te bewerkstelligen. Verzekeraars hebben daarin een sturende en dienende rol. Verzekeraars behartigen, naar de mening van de leden van de **CDA**-fractie, allereerst de belangen van de patiënten zonder de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg uit het oog te verliezen. In het regeerakkoord is opgenomen dat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen een minderheidsbelang bij zorgaanbieders te verwerven. Hoe verhoudt dit onderdeel van het regeerakkoord zich tot dit wetsvoorstel?

De leden van de **D66**-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het wijzigingsvoornemen 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. Deze leden stellen vast dat daarmee een integraal verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders bewerkstelligd wordt. Deze leden hebben verscheidene vragen en

opmerkingen. Zij zetten vooral vraagtekens bij de mate waarin het voorliggende wetsvoorstel noodzakelijk dan wel proportioneel is. Zij willen waken voor een overhaaste extra wettelijke maatregel met negatieve consequenties voor een niet bestaand probleem. Zij wijzen er daarbij op dat er thans geen voorbeelden zijn van zorgverzekeraars die blijvend zeggenschap uitoefenen over zorgaanbieders. De enkele gevallen die er zijn, vallen verder onder de voorgenomen ontheffingsgronden van het wetsvoorstel betreffende de uitzonderingen «vernieuwing» of «het nemen van zeggenschap om aan de zorgplicht te kunnen voldoen». Verder merken de leden van de D66-fractie op dat het voorliggende wetsvoorstel wordt afgewezen door de Raad van State, de Commissie verticale integratie en verschillende andere publicaties. Waarom zijn deze adviezen grotendeels genegeerd?

De leden van de **ChristenUnie**-fractie hebben kennisgenomen van het voorstel tot wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarvan zij zelf zeggenschap hebben. Deze wijziging, die onder andere een verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders bewerkstelligt, is een uitwerking van het regeerakkoord. Deze wijziging bevat ook het aanpassen van artikel 13 van de Zvw. Deze leden hebben de nodige vragen over deze wijziging.

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen in de memorie van toelichting dat het samengaan van de rollen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders, waarmee verticale integratie gepaard gaat, niet past binnen het zorgsysteem. Kan er worden aangegeven hoe het komt dat er toch op veel plekken binnen het zorgstelsel verticale integratie plaatsvindt?

In 2011 sprak de Kamer zich in een motie negatief uit over de verticale integratieprojecten van zorgverzekeraar Menzis. Deze motie werd ook door de leden van de ChristenUnie-fractie gesteund. Een helder argument voor een verbod op verticale integratie is het wegnemen van het risico dat zorgverzekeraars de belangen van hun verzekerden minder objectief en minder optimaal behartigen. Zorgverzekeraars maken zich echter zorgen over dit verbod, omdat een verbod het onmogelijk maakt positieve effecten van verticale integratie te realiseren. Graag zien deze leden op dit punt een reactie van de minister. Welke positieve effecten kunnen niet meer gerealiseerd worden?

Deze leden vragen op welke situaties de minister doelt, waar verticale integratie niet voorkomen kan worden. Is er een verschil tussen verticale integratie in de eerste- en tweedelijnszorg? Als bestaande gevallen worden gecontinueerd, waarom is er dan toch een wet nodig?

Deze leden van de ChristenUnie-fractie ontvangen graag een internationale vergelijking. Hoe wordt er in andere Europese landen met verticale integratie omgegaan?

De leden van de **SGP**-fractie hebben kennis genomen van het voorliggende wetsvoorstel, waarmee niet alleen een verbod wordt ingesteld op verticale integratie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar ook een voorgestelde wijziging van artikel 13, die consequenties heeft voor de keuzevrijheid van verzekerden. Verticale integratie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars heeft volgens deze leden meerdere kanten. Enerzijds zijn er risico's van belangenverstremming als zorginkoop en zorgaanbod in dezelfde hand liggen. Anderzijds kan samenwerking in de zorg tussen verschillende partijen kansen bieden om te komen tot innovatieve zorgconcepten. De leden van de SGP-fractie gebruiken dit verslag om de minister enkele vragen voor te houden die in de loop van het verslag aan de orde worden gesteld.

Doel wetsvoorstel: eenduidige en objectieve zorginkoop

De minister geeft aan dat, indien een zorgverzekeraar zeggenschap heeft over een zorgaanbieder, gesproken wordt over verticale integratie, zo constateren de leden van de **VVD**-fractie. In het regeerakkoord staat dat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen een minderheidsbelang te verwerven bij zorgaanbieders. Roept dat niet de schijn op dat een zorgverzekeraar een belang kan hebben patiënten naar de zorgaanbieder te sturen waarbij hij een belang heeft? Kan een verzekerde en een patiënt er van uit gaan dat, in het geval een zorgverzekeraar een aandeel heeft bij een zorgaanbieder, contractering plaatsvindt op de juiste gronden? Hoe beoordeelt de minister het denkbeeldige geval dat een zorgaanbieder in financiële nood raakt en een zorgverzekeraar de betreffende zorgaanbieder financieel te hulp schiet, en in ruil voor die hulp zeggenschap wil in de Raad van Bestuur of Raad van Toezicht van de betreffende zorgaanbieder? Of dat de zorgverzekeraar een bindende verklaring van de Raad van Bestuur of Raad van Toezicht vraagt? Als de minister dit denkbeeldige geval als ongewenst betitelt, wil ze dit dan verbieden? Zo ja, hoe?

De leden van de fractie van de **PvdA** zijn met de minister van mening dat de overheid over een adequaat instrumentarium moet beschikken om in te grijpen als het mis gaat. In hoeverre is dat instrumentarium er nu? Kan een overzicht gegeven worden van de voorgenomen wijzigingen in het kaderstellend instrumentarium van de overheid?

De leden van de fractie van de PvdA vragen een overzicht van het aantal verzekerden dat jaarlijks overstapt tussen zorgverzekeraars (in de periode 2006–2013). Deze leden hebben de indruk dat in de huidige situatie, het aantal verzekerden dat overstapt dusdanig laag is dat zorgverzekeraars via deze weg onvoldoende worden gestimuleerd zorg in te kopen conform de wensen van de verzekerden door de concurrentieverhoudingen op de zorgverzekeringsmarkt. Zij vragen de minister naar een uitgebreidere argumentatie ter onderbouwing van de stelling dat zorgverzekeraars met elkaar concurreren en hierbij het risico lopen dat verzekerden van zorgverzekeraar wisselen? Hoe wordt in dit verband de uitvoering van de motie van der Veen (32620, nr. 24) ter hand genomen?

De leden van de fractie van de PvdA zijn het met de minister eens dat de zorginkoop door zorgverzekeraars uitsluitend en objectiveerbaar moet zijn gericht op kwalitatief goede en doelmatige zorg voor verzekerden en patiënten. Tevens zijn deze leden het met de minister eens dat een gebrek aan transparantie over de kosten en kwaliteit van zorg het risico met zich meebrengt dat niet in alle gevallen het belang van de zorgvrager vooropstaat. Deze leden constateren echter dat de zorginkoop door zorgverzekeraars op dit moment niet transparant is, en zien dat Zorgverzekeraars Nederland aanbiedt om inzichtelijk te maken bij welke zorgaanbieders zij direct invloed hebben op het bestuur en in welke mate zij directe financiële belangen bij zorgaanbieders hebben gegenereerd. Hoe verwacht de minister de zorginkoop door zorgverzekeraars te objectiveren en de transparantie te realiseren? Welk tijdspad heeft de minister hierbij op het oog?

De leden van de fractie van de PvdA delen de overtuiging van de minister dat moet worden voorkomen dat de zorgverzekeraar keuzes afdwingt bij de zorgaanbieder die niet in het belang zijn van de patiënt. Zij vragen de minister of er op dit moment signalen zijn die erop wijzen dat dergelijke verticale integratie op grote schaal zijn intrede zal doen.

De minister stelt dat de overheid over een adequaat instrumentarium moet beschikken om in te kunnen grijpen als er imperfecties optreden in het zelfregulerende systeem. Zij stelt dat zij moet kunnen ingrijpen wanneer bepaalde publieke gezondheidsbelangen onvoldoende gewaarborgd worden. De leden van de **SP**-fractie willen weten wat de minister

precies verstaat onder die publieke gezondheidsbelangen, en welke imperfecties zij ziet. Genoemde leden willen weten of het hier misschien gaat om het steeds verder verschromelende zorgaanbod. De leden van de SP-fractie zouden zeer verheugd zijn als de minister hiermee bedoelt dat zij gaat ingrijpen wanneer fusies het zorgaanbod verschromelen. Ook zouden zij zeer verheugd zijn wanneer de minister bedoelt dat zij de marktwerking gaat terugdringen omdat die imperfecties inherent zijn aan de marktwerking in de zorg. Volgens de minister worden zorgverzekeraars door de concurrentieverhoudingen op de zorgverzekeringmarkt gestimuleerd om de zorg in te kopen conform de wensen van de verzekerden. Ontevreden klanten van zorgverzekeraars kunnen volgens de minister altijd van zorgverzekeraar wisselen. De leden van de SP-fractie vragen de minister hoe het dan toch kan gebeuren dat verzekerden, nadat zij een verzekering hebben gekozen, worden geconfronteerd met het feit dat een zorgverzekering geen contract blijkt af te sluiten met de zorgaanbieder waar zij altijd gebruik van maakten. Genoemde leden willen van de minister weten of zij dat schaarst onder «zorg inkopen conform de wensen van de verzekerden». Ook willen deze leden weten of de minister van mening is dat klanten die hiermee geconfronteerd worden alsnog zouden moeten kunnen wisselen van zorgverzekeraar. De leden van de SP-fractie zijn het met de minister eens dat een direct belang en een directe inmenging van een private zorgverzekeraar in een zorginstelling onwenselijk is. De minister voegt daar aan toe dat het onwenselijk is als een zorgverzekeraar door feitelijke of juridische omstandigheden een beslissende invloed uit kan oefenen op de activiteiten van een zorgaanbieder omdat dat niet in het belang is van de patiënt. De leden van de SP-fractie zijn dat roerend met de minister eens. Zij willen van de minister weten of zij het ermee eens is dat deze ongewenste inmenging bijvoorbeeld zichtbaar is bij ziekenhuisfusies. Zij willen voorts weten hoe de minister deze inmenging in de toekomst zal doen stoppen. De minister stelt ook dat het onwenselijk is als zorgverzekeraars belang hebben bij het (financiële) resultaat van een zorgaanbieder. Deze leden willen van de minister weten of genoemde fusies niet juist vaak zijn ingegeven door juist het (vermeende) financiële belang van de zorgverzekeraar. Hoe denkt de minister aan deze inmenging definitief een einde te maken? Voorts willen deze leden weten of de minister of zorgverzekeraars met dit wetsvoorstel ook geen plek meer kan/kunnen opeisen in de Raad van Bestuur van een ziekenhuis. Dat doet zich op dit moment voor bij het Rode Kruisziekenhuis in Beverwijk waar de zorgverzekeraar een plek heeft opgeëist in de Raad van Bestuur omdat er schulden uitstaan bij de zorgverzekeraar. De leden van de SP-fractie willen weten of er meer ziekenhuizen zijn waar zorgverzekeraars een plek in de Raad van Bestuur hebben opgeëist. Zij willen per geval weten welke reden de zorgverzekeraar hiervoor heeft, en per geval weten of dit wetsvoorstel dat onmogelijk maakt. Kan de minister dit uitgebreid toelichten? Volgens de minister wisselen verzekerden op dit moment vooral van zorgverzekeraar op basis van premieverschillen. Die conclusie onderschrijven de leden van de SP-fractie. Daar voegt de minister aan toe dat verzekerden dat niet doen op basis van (niet goed waar te nemen) kwaliteitsverschillen tussen ingekochte zorg. Wederom een conclusie die de leden van de SP-fractie onderschrijven. Zij willen van de minister weten of het klopt dat bij de introductie van dit zorgstelsel dit juist één van de pijlers was onder het zorgstelsel. Hoe kan het dat zeven jaar na de introductie van dit zorgstelsel deze pijler nog steeds niet staat? Op welke termijn is het wel zover is dat patiënten hun zorgverzekeraar kiezen op basis van kwaliteitsverschillen tussen ingekochte zorg? Genoemde leden komen tot de conclusie dat het nooit zover zal komen, omdat zorg geen product is en dat patiënten de zorg daarom nooit op deze manier gaan benaderen. Is de conclusie dat de marktwerking in de zorg is mislukt om deze reden niet gerechtvaardigd? Volgens de minister is het van belang dat verzekerde en patiënt vertrouwen krijgen in de werking van dit zorgstelsel. De leden van

de SP-fractie vinden het van realiteitszin getuigen dat de minister concludeert dat dit vertrouwen er bij verzekerde en patiënt niet is. Is de minister het met genoemde leden eens is dat dit vertrouwen er hoogstwaarschijnlijk nooit zal komen, omdat verzekerde en patiënt de marktwerking in de zorg afwijzen? Mocht de minister het met de leden van de SP-fractie oneens zijn, kan zij dan een termijn aangeven waarbinnen dit vertrouwen er volgens haar wel is?

De minister heeft op meerdere momenten aangegeven dat zij terughoudend wil omgaan met extra regelgeving in de zorg. De leden van de **CDA**-fractie vragen hoe groot het probleem van verticale integratie op dit moment is. Hoeveel gevallen van verticale integratie binnen de Zvw en de AWBZ zijn er bekend? Waarom heeft de minister ervoor gekozen om ook de AWBZ onder dit verbod te laten vallen? Binnen de AWBZ is geen sprake van gereguleerde marktwerking. De commissie-Baarsma stelt hierover ook dat qua sturing en risicoverdeling de AWBZ-zorg dermate anders is dat het concept verticale integratie daar voor verzekeraars niet dezelfde logische stap is zoals die dat in sommige gevallen onder de Zvw wel kan zijn.

Daarnaast stelt de commissie-Baarsma dat een verbod op verticale integratie zonder een verbod op horizontale fusies als het paard achter de wagen spannen is. Als er oorzaken voor gebrekkige marktwerking zouden liggen op horizontaal niveau, dan ligt het meer voor de hand om op dat niveau in te grijpen in plaats van verticale integratie af te remmen/te verbieden. De vraag is, aldus de commissie Baarsma, of een verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders de onderliggende problemen aanpakt. Deze onderliggende problemen op de zorgmarkt liggen op het gebied van transparantie en in sommige gevallen mogelijk ook op het gebied van gebrekkige horizontale concurrentie. Hoe ziet de minister dit?

In de memorie van toelichting wordt uitgebreid gemotiveerd waarom een verbod van verticale integratie de aangewezen weg is. De Raad van State geeft echter aan dat de NZa met een instrument dat minder ver gaat dan het voorgestelde verbod ook voldoende adequaat en effectief zou kunnen optreden. Deze leden willen graag nog een keer de achterliggende redenen weten waarom de NZa niet met een minder vergaand instrumentarium tot hetzelfde resultaat zou kunnen komen (bijvoorbeeld een casuïstisch stelsel, zie rapport Baarsma, blz. 58).

Opvallend zijn ook de uitspraken van de bestuursvoorzitter van de NZa. Op basis van dit wetsvoorstel is hij straks verantwoordelijk voor de uitvoering en de handhaving van de wet. De bestuursvoorzitter geeft namelijk in een interview van 25 oktober jl. in Zorgvisie aan dat hij tegen een verbod op verticale integratie is. Hij vindt dat zorgverzekeraars en ziekenhuizen met elkaar mogen afspreken wat ze willen. Graag ontvangen deze leden een reactie van de minister op deze uitspraken.

Daarnaast is Zorgverzekeraars Nederland ook tegen een verbod op verticale integratie. Zij stellen onder meer dat een verbod op verticale integratie onmogelijk maakt de positieve effecten van verticale integratie te realiseren. De commissie-Baarsma stelt ook dat bij voldoende concurrentie verticale integratie de nodige baten kan opleveren. 1. Door stroomlijning van belangen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders kan een betere zorgverlening tot stand komen. 2. Ook vermindert verticale integratie het informatieprobleem tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder, en kunnen de transactiekosten afnemen. 3. Daarbij komt nog dat een zorgverzekeraar beter kan onderhandelen met zorgaanbieders als hij de optie heeft zelf een zorgaanbieder over te nemen of op te richten. 4. Een verbod op verticale integratie tast aldus volgens deze leden de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars op de zorginkoopmarkt aan. 5. Verticale integratie kan in krimpgebieden ervoor zorgen dat zorgaanbod in een bepaalde regio in stand blijft. Graag ontvangen deze leden op deze

afzonderlijke punten een reactie van de minister waarom op andere manieren deze voordelen beter te realiseren zijn. Zorgverzekeraars investeren in bepaalde gevallen ook in preventie. De investeringen kunnen gericht zijn op het laten bewegen van kinderen met overgewicht. Dan is het mogelijk dat een zorgverzekeraar zijn eigen programma opzet. Hoe moeten dergelijke investeringen in het kader van verticale integratie gezien worden? Is dit voortaan ook verboden? Het verbod op verticale integratie ziet op het verbieden van deelneming van een zorgverzekeraar in een zorgaanbieder. Theoretisch zou het mogelijk kunnen zijn dat een grote zorgaanbieder of een conglomeraat van zorgaanbieders hun eigen zorgpolis/zorgverzekeraar oprichten, zo merken de leden van de CDA-fractie op. Zou een dergelijke omgekeerde verticale integratie kunnen?

Deze leden vragen ook hoe een verbod tot verticale integratie zich verhoudt tot de gezondheidszorg van het ministerie van Defensie. De Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht is belast met de uitvoering van de ziektekostenverzekering. De stichting is een zelfstandig bestuursorgaan waar het bestuur bestaat uit vertegenwoordigers van het ministerie van Defensie en vertegenwoordigers van de werknemersorganisatie. Het ministerie van Defensie voert zelf de gezondheidszorg uit. De commissie-Baarsma stelt dat het moeilijk is een verbod waterdicht te maken. Indien marktpartijen in de zorgkolom willen samenwerken om hun gezamenlijke marktmacht te gebruiken zal een verbod op verticale integratie hen daar niet van weerhouden. Wat is het oordeel van de minister over dit standpunt?

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de minister oordeelt over zeggenschap van gemeenten in welzijnsinstellingen in het kader van dit wetsvoorstel.

De leden van de **D66**-fractie vragen de minister hoeveel gevallen van verticale integratie bekend zijn dan wel verwacht worden, waar de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor patiënten op het spel komen te staan. Kan de minister toelichten op basis van welke rapporten en onderzoeken zij verwacht dat verticale integratie in de (nabije) toekomst een probleem gaat opleveren voor de transparantie van en vertrouwen in het zorgverzekeringssysteem? Waarop baseert de minister voorts de veronderstelling dat verticale integratie zo goed als onomkeerbaar is?

De minister is van mening dat het bestaande gebrek aan transparantie over de kosten en de kwaliteit van zorg de veronderstelde nadelen van verticale integratie versterken. Patiënten zijn nu nog niet goed in staat de kwaliteit van de aangeboden zorg te beoordelen. Eventuele ontevredenheid over de zorg als gevolg van verticale integratie zal daardoor niet meteen leiden tot verandering van de zorgverzekeraar. De leden van de D66-fractie delen de zorgen van de minister over het gebrek aan inzicht in de kwaliteit van zorg. Deze leden kijken daarom uit naar de komst van het Kwaliteitsinstituut dat nu zo snel mogelijk van start moet gaan.

De leden van de **ChristenUnie**-fractie begrijpen dat er veranderingen nodig zijn om meer prikkels in te bouwen voor zorgaanbieders om te komen tot kwalitatief hoogstaande, vernieuwende, doelmatige en vraaggerichte zorg. Deze leden vragen of het aanpassen van artikel 13 Zvw een verstandige keuze is, en of dit werkelijk nodig is om de gewenste verandering te bewerkstelligen.

Zoals in het advies van de Raad van State ook wordt opmerkt, was bij de invoering van de Zvw de keuzevrijheid van de individuele verzekerde een belangrijk aspect. Deze leden vragen in hoeverre «keuzevrijheid» nog steeds een belangrijk aspect is als het gaat om de hervormingen binnen het zorgstelsel. Op welke manier wordt er met deze wetswijziging invulling gegeven aan een belangrijke kernwaarde binnen ons stelsel:

keuzevrijheid voor cliënten om van die zorg gebruik te maken die zij zelf willen? Deze leden vragen op dit punt nadere toelichting.

Verbod, werking van de maatregel

De leden van de **VVD**-fractie ontvangen graag antwoord op de volgende vraag.

Hoe en op basis van welke criteria is vast te stellen of er sprake is van feitelijke omstandigheden waaronder een zorgverzekeraar een beslissende invloed uitoefent op de activiteiten van een zorgaanbieder?

Na indiening van dit wetsvoorstel is een nieuw regeerakkoord verschenen. Daarin staat dat een zorgaanbieder een minderheidsaandeel mag nemen in een zorgaanbieder. Kan een zorgverzekeraar hiermee beslissende invloed uitoefenen op de activiteiten van een zorgaanbieder? Hoe beoordeelt de minister het theoretische geval dat twee zorgverzekeraars beiden een 49% belang hebben in één zorgaanbieder, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

De leden van de VVD-fractie vragen hoe precies in de evaluatie wordt aangegeven welke voor de zorg waardevolle initiatieven niet van de grond zijn gekomen als gevolg van het verbod op integratie.

Zij vragen of het mogelijk is een experimenteerartikel aan de wet toe te voegen, zodat het mogelijk is op afgebakende gebieden te experimenteren met verticale integratie en de resultaten van dit type experiment mee te nemen in de evaluatie.

De leden van de fractie van de **PvdA** maken zich zorgen over het ontbreken van een definitie van het begrip «vernieuwing» in een separaat artikel van het wetsvoorstel. In overeenstemming met de Raad van State menen zij dat moet worden voorkomen dat een ruim begrip zal worden gebezigd. Deze leden vragen op welke wijze in de wet wordt voorkomen dat partijen door het ontbreken van deze definitie onterecht een ontheffing zeggenschap kunnen ontvangen.

De leden van de fractie van de PvdA constateren dat, volgens het wetsvoorstel, een (tijdelijke) ontheffing op een fusieverbod kan worden aangevraagd op grond van de zorgplicht van de zorgverzekeraar en vernieuwing door de zorgverzekeraar. Echter, de definitie van «vernieuwing» is zo breed dat zorgverzekeraars naar verwachting weinig moeite zullen hebben aan deze eis te voldoen en aannemelijk te maken dat, bijvoorbeeld door middel van financiering, een ontheffing zeggenschap gewenst is. Zij vragen of de minister kan toelichten welke criteria worden gehanteerd voor de beoordeling op de aannemelijkheid dat ontheffing zeggenschap nodig is,

De leden van de fractie van de PvdA vragen de minister naar mogelijke (praktijk)voorbeelden van zorgverzekeraars die het bestaande zorgaanbod willen innoveren door het zelf in de markt zetten van tijdelijk aanbod. Zij vragen ook een meer uitgebreide motivatie en definitie van de notie «objectieve nieuwe of verbeterde dienst aan de patiënt».

De leden van de fractie van de PvdA delen de mening van de minister dat een uitzondering op het verbod op verticale integratie kan worden toegekend in geval dit noodzakelijk is voor vernieuwing, maar zetten vraagtekens bij de praktische uitvoerbaarheid van het door de zorgverzekeraar aannemelijk maken bij de NZa dat zeggenschap nodig is om deze vernieuwing te bereiken. Kan de minister praktische voorbeelden aandragen van de wijze waarop zorgverzekeraars aannemelijk kunnen maken dat zeggenschap nodig is om deze vernieuwing te bereiken? Aan welke concrete eisen moet het verzoek van de zorgverzekeraar voldoen om voor de ontheffing in aanmerking te komen?

De leden van de fractie van de PvdA vragen de minister welke criteria worden gehanteerd bij het maken van een analyse van de transparantie van het aanbod en het keuzegedrag van de verzekerde op de zorgverzeke-

ringsmarkt. Hoe worden de in het voorliggende wetsvoorstel genoemde transparantie van het aanbod, het keuzegedrag van de verzekerde op de zorgverzekeringsmarkt, en de mate waarin de verzekerde/patiënt vertrouwen heeft in de inkoop gemeten? Wat beschouwt de minister als een «waardevol initiatief»?

De leden van de fractie van de PvdA constateren dat de minister de NMa «niet geëquipeerd» acht op basis van het mededingingsrecht de verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders tegen te houden op andere gronden dan beperking van de mededinging. Kan de minister een volledig overzicht geven van het huidige instrumentarium van zowel de NZa als de NMa? Aan welke onvolkomenheden in dit instrumentarium komt voorliggend wetsvoorstel tegemoet?

De leden van de fractie van de PvdA constateren dat de NZa de beschikking krijgt over een zorgspecifieke fusietoets. Deze leden benadrukken het belang van het in de wet vastleggen dat bij een fusie de lokale bevolking, patiënten en medewerkers moeten worden gehoord. De inspraakmogelijkheden moeten worden vergroot, en de besluitvorming moet transparant verlopen. Onderschrijft de minister het belang van deze toevoeging?

De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe de minister het begrip «gezamenlijke zeggenschap» definieert. Een wetsartikel met deze definitie ontbreekt en in de memorie van toelichting wordt gesproken over een «beslissende invloed» van één of meerdere zorgverzekeraars. Zij vragen wat de minister verstaat onder een «beslissende invloed».

De leden van de fractie van de PvdA vragen de minister voorts of de verhouding tussen de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om een minderheidsbelang bij zorgaanbieders te verwerven en het voorliggende wetsvoorstel uitgebreider kan worden toegelicht.

Een uitzondering op het verbod op verticale integratie wil de minister maken voor een periode van vier jaar in het geval de private zorgverzekeraar anders niet aan de zorgplicht kan voldoen. De leden van de **SP**-fractie willen weten hoe de minister kan garanderen dat de door de minister zelf genoemde nadelen van rolvermenging die verticale integratie met zich meebrengt zich niet voor zullen doen. Mocht de minister dit niet kunnen garanderen, waarom heeft zij er toch voor gekozen verticale integratie toe te staan? De leden van de SP-fractie zijn van mening dat de minister de zorgverzekeraars in de huidige private omgeving, waarbij vier grote verzekeraars vrijwel de gehele zorg domineren, hiermee teveel macht geeft. De groeiende macht van de zorgverzekeraars baart deze leden zorgen. Zij willen van de minister weten waarom zij ervoor kiest deze macht steeds verder te laten groeien, en waarom de overheid in een dergelijk geval de zorgplicht niet overneemt, zodat verticale integratie wordt voorkomen. De leden van de SP-fractie hebben ook bezwaar tegen het verlenen van een ontheffing van vier jaar (met een mogelijkheid tot verlenging van nog eens vier jaar), met als doel het verbeteren van de behandeling. Zij zien ook hier dat de macht van de zorgverzekeraars groeit. Genoemde leden willen dat de minister uitgebreid beargumenteert waarom de nadelen van verticale integratie hier niet van toepassing zijn. Voorts willen zij weten of de minister het met hen eens is dat een periode van maximaal acht jaar eigenlijk permanent genoemd kan worden, helemaal omdat de minister stelt dat verticale integratie zo goed als onomkeerbaar is.

De leden van de **PVV**-fractie hebben moeite met de twee toegestane uitzonderingen op het verbod van verticale integratie. Indien een zorgverzekeraar niet aan zijn zorgplicht kan voldoen, dienen eerst alle alternatieven onderzocht worden, voordat de NZa een ontheffing afgeeft. Dat een zorgverzekeraar geen alternatieven ziet is geen garantie dat er

geen alternatieven zijn. Graag ontvangen deze leden hierop een reactie van de minister.

De leden van de PVV-fractie zijn van mening dat het nooit wenselijk is dat een zorgverzekeraar een zorgaanbieder financieel overeind houdt. De ontheffing zou in deze gevallen dan ook niet van toepassing moeten zijn. Zij vragen de minister dan ook deze uitzondering te heroverwegen, en vervolgens te schrappen.

De leden van de PVV-fractie zijn voorts van mening dat ontheffing ten behoeve van vernieuwing evenmin wenselijk is. Er wordt gesproken over technologische en niet-technologise vernieuwingen, zoals behandel-, proces- en organisatievernieuwing. Deze leden denken dat deze uitzondering zo ruim te interpreteren is dat deze makkelijk misbruikt kan worden. Zij vinden dat deze uitzondering geschrapt moet worden.

De leden van de PVV-fractie kunnen zich niet vinden in een eenmalige verlengingsperiode van de ontheffing met nog eens vier jaar, en vragen de minister te onderbouwen waarom en wanneer een verlengingsperiode noodzakelijk zal zijn, en op basis van welke criteria de NZa deze verlenging zal verlenen. Aansluitend hierop willen deze leden weten of er gedurende de ontheffingsperiode extra gecontroleerd wordt door de NZa, en op welke gronden de ontheffing kan worden ingetrokken.

Op het verbod van verticale integratie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder zullen twee uitzonderingen worden toegestaan, zo constateren de leden van de **D66**-fractie. Daarbij gaat het ten eerste om een ontheffing om aan de zorgplicht te kunnen voldoen, bijvoorbeeld als een belangrijke zorgaanbieder omvalt. Ten tweede is er een ontheffing ten behoeve van vernieuwing. Dit laatste heeft betrekking op het verzoek van een zorgaanbieder om het bestaande zorgaanbod te innoveren door het zelf in de markt zetten van tijdelijk aanbod. De leden van de D66-fractie hechten veel waarde aan deze positieve prikkel voor innovatie. Zij verwachten dat het vragen om een ontheffing een rem kan zetten op innovatie, omdat voor zorgverzekeraars een extra drempel wordt opgeworpen. Is de minister met de D66-fractie van mening dat deze extra hindernis voor innovatie kan leiden tot een afname van innovatie in de zorgsector? In navolging van de Raad van State vragen de hier aan het woord zijnde leden of het begrip «vernieuwing» niet nader gedefinieerd zou moeten worden. Is de minister bereid dit op te nemen in de voorziene evaluatie van het voorliggende wetsvoorstel? De reeds genoemde ontheffingen worden volgens het voorliggende voorstel voor een termijn van maximaal vier jaar afgegeven. Deze ontheffing kan slechts eenmaal met een maximumduur van vier jaar worden verlengd. Kan de minister toelichten waarom wordt gekozen voor een maximale termijn? De leden van de D66-fractie achten het voorstelbaar dat om redenen van «vernieuwing» langere termijnen worden gehanteerd. De termijn waarbinnen de NZa op een verzoek tot ontheffing of verlenging moet reageren bedraagt acht weken. De leden van de D66-fractie achten dit onwenselijk in geval er sprake is van een ontheffing om aan de zorgplicht te kunnen voldoen. Is de minister bereid deze termijn in die gevallen te verkorten?

De leden van de D66-fractie stellen vast dat de minister voornemens is het verbod op verticale integratie tijdelijk in te voeren. Om die reden zal het verbod op verticale integratie telkens na vijf jaar geëvalueerd worden met expliciete aandacht voor noodzaak en wenselijkheid. Waarom is voor een termijn van 5 jaar gekozen? Kan de minister vooraf een inschatting maken hoe lang het voorgenomen verbod zal gaan duren? Hoe lang verwacht de minister dat een algeheel verbod noodzakelijk zal zijn? De voorgenomen evaluatie zal een analyse bevatten van de transparantie van het aanbod, het keuzegedrag van de verzekerde op de zorgverzekeringsmarkt, het patiëntenvertrouwen in de objectieve en eenduidige inkoop van de zorgverzekeraar en de rem op innovatie. Genoemde leden vernemen

graag op basis van welke indicatoren deze waarden gemeten zullen worden. Kan de minister kwantificeren wat de huidige stand van zaken is op de reeds genoemde evaluatiepunten? Zij vernemen in het bijzonder hoe het momenteel staat met het patiëntenvertrouwen in de objectieve en eenduidige inkoop van de zorgverzekeraar. In welke mate dient dit vertrouwen volgens de minister toe te nemen om het verbod op verticale integratie op te heffen?

De leden van de D66-fractie vrezen dat het voorliggende wetsvoorstel verzekeraars en aanbieders de verantwoordelijkheid ontnemt om tot goede innovatieve oplossingen te komen die kwaliteit en doelmatigheid verbeteren. Zij geloven in de kracht van keuze en concurrentie en zien vooralsnog geen redenen aan te nemen dat zorgverzekeraars hun reputatie te grabbel zouden gooien of zorgverleners suboptimale kwaliteit zouden bieden, zeker niet in het licht van de waarborgen die het huidige toezichtkader met DNB, NMa, NZa en de IGZ biedt. Deze leden vragen de minister daarom om in ieder geval minder verstrekkende opties te overwegen, waarmee de objectieve zorginkoop en transparante keuzemogelijkheden voor patiënten kunnen worden gerealiseerd. De leden van de D66-fractie vragen de minister een meer uitgebreide toelichting te geven op het alternatieve voorstel van de Raad van State om de NZa toestemming te laten verlenen in die gevallen waar verticale integratie beoogd is. Deze leden hebben de indruk dat het aangemerkte probleem slechts van beperkte omvang is en dat dit voorstel dan een meer passend instrument is en ruimte biedt voor maatwerk.

De leden van de D66-fractie vernemen graag of er in andere landen sprake is van een vergelijkbaar verbod op verticale integratie. Indien dit niet het geval is, vragen deze leden of er in het buitenland negatieve praktijken bekend zijn als gevolg van het ontbreken van een verbod op verticale integratie. Zij hebben vernomen dat verticale integratie in onder meer de Verenigde Staten positieve gevolgen heeft voor bijvoorbeeld programma's van ketenzorg voor chronisch zieken. De leden van de D66-fractie ontvangen hierop graag een reactie van de minister. Maakt de minister hieruit op dat verticale integratie wel degelijk positief kan uitpakken voor patiënten, en waarom wordt dan toch voor een verbod gekozen?

De leden van de **SGP**-fractie vragen de minister in te gaan op de kritiek van verschillende zijden dat er met een verbod op verticale integratie te zwaar wordt ingegrepen, aangezien er reeds voldoende instrumenten voorhanden zijn om verticale integratie tegen te gaan, wanneer deze maatschappelijk niet gewenst is. Kan de minister de mogelijkheden die op dit moment al bestaan om in te grijpen uitwerken? Op basis van welke argumenten legt de minister het advies van de Raad van State naast zich neer dat de keuze van een verbod te ingrijpend en te zwaar is?

De leden van de SGP-fractie vragen de minister hoe, gegeven de opmerkingen van de Raad van State daarover, de brief van 30 november 2011 van de Europees Commissaris moet worden beschouwd. Heeft Europa met bedoelde brief toestemming gegeven voor het afkondigen van een wettelijk verbod op verticale integratie?

Er worden twee uitzonderingen geformuleerd waarin verticale integratie tijdelijk voor een periode van maximaal vier jaar mogelijk wordt. Waarom heeft de minister gekozen voor de maximale periode van vier jaar voor situaties waarin een zorgverzekeraar niet op een andere wijze aan zijn zorgplicht kan voldoen? Kan de minister zich situaties voorstellen dat een langduriger betrokkenheid van verzekeraars nodig is, omdat zich geen private marktpartijen melden die interesse hebben de zorgactiviteiten over te nemen? Hoe wordt daarmee omgegaan?

De minister merkt op dat bestaande vormen van verticale integratie kunnen blijven bestaan. De leden van de SGP-fractie vragen waarom de

minister hiervoor heeft gekozen. Waarom is niet gekozen voor een afbouwperiode, zoals ook bij de uitzonderingen is geformuleerd? Hoe moeten de leden van de SGP-fractie het regeerakkoord lezen waar het gaat om de formulering dat in krimpgebieden alle vormen van samenwerking mogelijk moeten zijn? Geldt deze toegestane samenwerking volgens de minister ook voor verticale integratie van zorgverzekeraars met aanbieders?

Toezicht en handhaving

De leden van de fractie van de **PvdA** steunen de minister in haar wens de handhaving van het verbod op verticale integratie op een robuuste wijze vorm te geven, maar maken zich zorgen over de effectiviteit van handhaving als duidelijke definities uitblijven. Kan de minister uitgebreider argumenteren aan de hand van welke signalen de NZa effectief kan onderzoeken of er sprake is van verboden integratie? Van welk «ander onderzoek» kan de NZa nog meer gebruik maken?

De NZa zal aan de hand van signalen actief onderzoeken of er sprake is van verboden verticale integratie. De leden van de **CDA**-fractie vragen wat voor een soort tiplijn de NZa heeft. Daarnaast willen zij graag duidelijkheid over de rol van de accountant. De accountant stelt het jaarverslag van de zorgverzekeraar vast. Is de accountant ook verantwoordelijk voor het vaststellen of er sprake is van verboden verticale integratie en heeft deze een meldingsplicht richting de NZa? Deze leden vragen of dit niet onderdeel van zijn toetsingskader zou kunnen zijn. De NZa speelt een rol bij het doorgeven van signalen die zij ontvangt, maar is niet belast met opsporing en bestraffing van strafbare feiten. Het Openbaar Ministerie is daarvoor toegerust. Deze leden vragen of het Openbaar Ministerie een handhavingsrichtlijn op het verbod op verticale integratie opstelt. Daarnaast willen deze leden ook graag weten welke capaciteit het Openbaar Ministerie voor deze taak heeft.

De leden van de **D66**-fractie constateren dat de NZa in het voorliggende voorstel actief gaat onderzoeken of er sprake is van verboden verticale integratie. Voor dit toezicht moeten zorgverzekeraars de door de NZa gewenste informatie aanleveren. Kan de minister toelichten hoeveel extra administratieve lasten dit met zich meebrengt? Voorts vragen deze leden hoeveel extra werknemers bij de NZa zullen worden aangesteld? De NZa kan verschillende instrumenten inzetten om toezicht te houden en te handhaven. Deze lopen uiteen van een boete, een last onder dwangsom tot een aanwijzing. Kan de minister toelichten bij welke overtredingen aan welk middel wordt gedacht?

Onderzoek en overleg met de Europese Commissie

Uit het voorlopige standpunt van de Eurocommissaris blijkt niet dat het voorgestelde verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieder voldoet aan de proportionaliteitsvereiste, zo constateren de leden van de **VVD**-fractie. Hoe zeker is de minister ervan dat dit verbod Europees rechterlijk stand houdt bij een eventuele gang naar de rechter? De leden van de VVD-fractie waarderen het dat de minister uitvoerig ingaat op reeds verschenen kritiek op een verbod op verticale integratie. Kan de minister aangeven of zij het voordeel onderkent dat, als één organisatie zowel medisch als financieel geheel verantwoordelijk zou zijn voor het verlenen van zorg, er sterke prikkels zouden kunnen ontstaan om vermijdbare complicaties, het verlenen van onnodige (dure)zorg en een slechte afstemming op een volgende schakels in zorgverlening te voorkomen, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

De leden van de **CDA**-fractie merken op dat de Raad van State aangeeft dat de Europees Commissaris voor de Interne markt in zijn brief van 30 november 2011 een voorlopig standpunt heeft afgegeven. Is er al een definitief standpunt van de Europese Commissie? Kan uit de brief van de Europese Commissie afgeleid worden dat een wettelijk verbod op verticale integratie gerechtvaardigd is?

De leden van de **D66**-fractie stellen vast dat er onduidelijkheid bestaat over het standpunt van de Europese Commissie inzake het verbod op verticale integratie. Uit een brief van 30 november 2011 van de Commissaris voor de Interne Markt blijkt volgens de Raad van State niet dat het voorgestelde verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voldoet aan het proportionaliteitsvereiste. Deelt de minister die mening?

ARTIKELSGEWIJS

Artikel I (wijziging Wmg)

Onderdeel B (art. 40 Wmg)

De leden van de fractie van de **PvdA** steunen de minister in haar wens de transparantie van informatie van zorgverzekeraars te vergroten, maar vraagt de minister explicieter te zijn in voorliggend wetsvoorstel. Zij vragen de minister hoe wordt bepaald wanneer zorgverzekeraars, AWBZ-verzekeraars en zorgkantoren direct invloed hebben op het bestuur van zorgaanbieders. Hoe definieert de minister deze «directe invloed»? De leden van de fractie van de PvdA spreken hun zorg uit dat het voorliggende wetsvoorstel niet voorkomt dat zorgverzekeraars hun invloed laten gelden in de besturing van zorgaanbieders op informele en indirecte wijze. Zij betwijfelen of formeel stemrecht de enige wijze is waarop zorgverzekeraars invloed kunnen uitoefenen op zorgaanbieders. Immers, bij het merendeel van de zorgaanbieders draagt een enkele zorgverzekeraar bij aan een significant deel van de omzet, en kan de zorgverzekeraar haar inkoopmacht misbruiken door dreiging tot opzegging van het contract tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Hoe ondervangt de minister de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om op informele en indirecte wijze invloed uit te oefenen op zorgaanbieders, en daarmee het verbod op verticale integratie kunnen omzeilen?

In de memorie van toelichting staat dat de verzekeraar of het zorgkantoor dient aan te geven, in welke mate hij invloed op de samenstelling van het bestuur heeft. De leden van de **CDA**-fractie vragen of een bestuurder van een zorgverzekeraar wel of niet in de Raad van Toezicht van een zorgaanbieder mag plaatsnemen.

Onderdeel D (art. 49 Wmg)

Artikel 49, eerste lid, Wmg

De leden van de fractie van de **PvdA** spreken hun zorg uit over het slechts beperken van het verbod op verticale integratie tot zeggenschap. Zij zijn van mening dat, wanneer zorgverzekeraars, AWBZ-verzekeraars, zorgkantoren of hun (groot)moeders significante bestuurlijke of financiële belangen hebben in een zorgaanbieder, deze belangen kunnen leiden tot indirecte zeggenschap over de zorgaanbieder. Daarbij verbazen deze leden zich over het uitsluiten van hun (groot)moeders bij het openbaren van dergelijke belangen. Hoe ondervangt de minister het risico dat zorgverzekeraars, AWBZ-verzekeraars, zorgkantoren of hun (groot)moeders indirecte zeggenschap uitoefenen op zorgaanbieders, zonder dit

te melden? Hoe beschouwt de minister in deze context de dominante positie van De Friesland Zorgverzekeraar in de regio Friesland? Op welke wijze zou actief voorlichting gegeven kunnen worden aan verzekerden over de manier waarop (zorg) verzekeraars met elkaar verbonden zijn?

Artikel 49, tweede lid, Wmg

De leden van de fractie van de **PvdA** vragen de minister voorbeelden te geven van denkbare situaties waarin een naturazorgverzekeraar slechts aan zijn zorgplicht kan voldoen door zelf zorg te verlenen.

Artikel 49, derde lid, Wmg

De leden van de fractie van de **PvdA** vrezen dat de ontheffingsmogelijkheid voor een zorgverzekeraar, AWBZ-verzekeraar of een zorgkantoor zo groot is dat het verbod op verticale integratie gemakkelijk kan worden omzeild. Deze leden vragen de minister tegen welke criteria wordt getoetst of vernieuwingen in de levering van zorg bijdragen aan verbeteringen in de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg. Bij welke drempelwaarden of resultaten acht de minister voldoende aangetoond dat vernieuwingen bijdragen aan de kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg dat verzekeraars of zorgkantoren voor een ontheffing in aanmerking komen?

De leden van de fractie van de PvdA vragen de minister waarom is gekozen de ontheffingsduur te stellen op maximaal vier jaar. Zij vragen de minister waarom er niet voor is gekozen de ontheffingsduur te stellen op de duur van één jaar, met de mogelijkheid tot viermaal verlenging van de ontheffingsduur.

Onderdeel A

Artikel II (wijziging Zvw)

Onderdeel B, art. 13 Zvw

De leden van de **VVD**-fractie vragen of er naar aanleiding van de passage in het Regeerakkoord over artikel 13 over de naturapolis een nota van wijziging komt?

De leden van de fractie van de **PvdA** constateren dat de minister voornemens is om het mogelijk te maken dat verzekeraars alleen gecontracteerde zorg geheel vergoeden, en zelf een vergoeding kunnen vaststellen voor niet gecontracteerde zorg. Zij zien nu vier uitzonderingen: acute zorg, te weinig contracten, beëindiging van een contract tijdens behandeling en te laat afgesloten contracten. Voor welk percentage van de verzekerden zouden deze uitzonderingen naar de inschatting van de minister nu gelden?

De leden van de fractie van de PvdA dachten dat het bij invoering van het stelsel de bedoeling was dat verzekerden zelf voor hun zorgaanbieder zouden kunnen kiezen en dat dit mede een prikkel zou vormen voor verzekeraars om scherp in te kopen. Zij vragen een reactie van de minister.

Zij menen te begrijpen dat de wens van de minister om tot wijziging van artikel 13 over te gaan gelegen is in de veronderstelling dat het niet meer vergoeden van niet gecontracteerde zorg kostenbesparend zal werken. Deze leden vragen deze beoogde kostenbesparing te kwantificeren. Zij vragen of er naast kostenbesparing nog andere argumenten bestaan voor deze maatregel. Zou kostenbesparing even zo goed tot stand kunnen komen als verzekeraars de ingediende nota's eerder en beter controleren?

Zou daarmee de kostenbesparing behaald kunnen worden zonder dat de vrije artskeuze wordt aangetast? De leden van de fractie van de PvdA constateren dat met deze maatregel de keuzevrijheid van verzekerden wordt ingeperkt. Zij vragen of de minister kan aantonen dat de beoogde kostenbesparing opweegt tegen de beperking van de keuzevrijheid van patiënten.

De leden van de fractie van de PvdA maken zich zorgen over de keuzevrijheid van patiënten op het moment van onderbrengen van de restitutiepolis in de aanvullende verzekering. Hoeveel procent van de verzekerden heeft een aanvullende verzekering, en kunnen dus gebruik blijven maken van de restitutiepolis?

Patiënten lijken vanwege de lage overstapcijfers nog onvoldoende invloed te kunnen uitoefenen op het contracteerbeleid van de zorgverzekeraar, en lijken weinig keuzemogelijkheid te hebben doordat zorgverzekeraars nog niet voorafgaand aan het nieuwe polisjaar publiek maken welke zorg zij hebben gecontracteerd. Deze leden vragen hoe de minister aan deze bezwaren tegemoet kan komen. Zij vragen voorts in hoeverre verzekerden op dit moment in staat zijn inzicht te verkrijgen in de zorginkoop door verzekeraars en de kwaliteit van die door de verzekeraars ingekochte zorg. Voorwaarde om kwaliteit te meten is inzicht en transparantie. Weke ambitie heeft de minister hierin? Wanneer is er voldoende inzicht dat legitimeert dat er selectief wordt ingekocht op basis van kwaliteit? Hoe kan de inkoopoverweging en daarmee de macht transparant worden gemaakt? Op basis waarvan worden keuzen gemaakt? Deze leden wijzen op het voorbeeld van kleine aanbieders o.a. ggz, die bang zijn dat ze massaal niet ingekocht worden. In hoeverre is deze angst terecht? Hoe is wettelijk verankerd dat er nog voldoende keuze overblijft qua aanbieders gedurende het jaar? Is dit vastgelegd, zijn er normen, is het meetbaar, en waar liggen de grenzen? Als de zorgverzekeraar gedurende het loopjaar de polisvoorwaarden wijzigt, mag een verzekerde dan overstappen naar een andere verzekeraar?

Indien een zorgverzekeraar gedurende het jaar het verzekerd aanbod wijzigt, welke rechtspositie en klacht/ bezwaar mogelijkheid heeft een patiënt dan?

Is geëvalueerd wat het effect is van de invloed van de ledenraad van de zorgverzekeraar? Hoe zijn inspraak en zeggenschap voldoende geregeld? De leden van de fractie van de PvdA constateren dat contracten tussen verzekeraars en zorgaanbieders pas laat worden afgerond. Zij wijzen op het recente voorbeeld van het Slotervaartziekenhuis, waarbij patiënten pas in februari te horen kregen dat er geen contract tot stand zou komen. Zij vragen vanuit welke overweging de minister het nog niet te vroeg acht om artikel 13 van de Zvw te wijzigen? Kan een overzicht gegeven worden van de data waarop zorgverzekeraars in de afgelopen jaren alle contracten hadden afgesloten? De leden van de fractie van de PvdA vragen of zij zich vergissen als zij de indruk hebben dat geen van de verzekeraars alle contracten 6 weken voor het einde van het jaar hadden afgesloten. Betekent dit dat als deze situatie zich zou voortzetten dat alle verzekerden alle zorg binnen het basispakket geheel vergoed blijven krijgen? Als dit het geval is wat is dan nog de waarde van deze maatregel? Waarop is de veronderstelling gebaseerd dat verzekeraars wel in staat zijn alle contracten op tijd af te sluiten?

De leden van de **SP**-fractie schrikken van het feit dat de minister ervoor kiest de naturazorgverzekeraar vrij te laten in de keuze of, en zo ja hoeveel vergoeding deze verzekeraar biedt in het geval een patiënt kiest voor een niet gecontracteerde zorgaanbieder. Deze leden zijn mening dat dit de toegang tot de zorg ernstig inperkt en de macht van de zorgverzekeraar vergroot. Zij kunnen hier absoluut geen steun aan verlenen. Zij willen van de minister weten hoe zij dit rijmt met de door haar altijd geroemde keuzevrijheid van de patiënt. Daarnaast willen deze leden weten waarom

de minister de restitutiepolis wil afschaffen. De leden van de SP-fractie constateren dat ook dit niet strookt met de keuzevrijheid die de minister propageert. Hoeveel mensen hebben gekozen voor een restitutiepolis? Welke problemen zijn te verwachten nu de minister voornemens is de restitutiepolis af te schaffen en tegelijkertijd de naturazorgverzekeraar vrij te laten of zorg bij een niet gecontracteerde nog voor vergoeding in aanmerking komt? Wat bedoelt de minister met de verplichting van zorgverzekeraars om binnen een redelijke termijn zorg te bieden aan de verzekerde? Wat verstaat zij onder een redelijke termijn? Binnen welke termijn komt de patiënt in aanmerking voor behandeling bij een zorginstelling waar de zorgverzekeraar geen contract mee heeft afgesloten? Wat verstaat de minister onder toerekenbare schade als gevolg van het niet nakomen van de zorgplicht door de zorgverzekeraar? Welke criteria hanteert zij daarvoor? De leden van de SP-fractie willen weten of de minister kan garanderen dat zorgverzekeraars ruim voor het begin van het nieuwe kalenderjaar duidelijk kunnen maken met welke zorginstellingen zij een contract hebben afgesloten. De komende jaren gaat de minister kijken of verzekerden voldoende gebruik maken van gecontracteerde zorg. Zou blijken dat dit niet het geval is, dan overweegt zij nadere maatregelen. Welke criteria hanteert zij hiervoor, en welke maatregelen overweegt zij? Overweegt de minister in dat geval deze beslissing terug te draaien?

De leden van de **PVV**-fractie zijn het niet eens met de voorgestelde wijzigingen van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. Het recht van de burger om zijn eigen arts te kiezen komt hiermee in het geding. In plaats van de mondige burger centraal te stellen, zet de minister met deze wetswijziging de burger in de ijskast. Deze leden zijn daarbij van mening dat zorgverzekeraars genoeg andere middelen ter beschikking staan om hun verzekerden naar een gecontracteerde zorgaanbieder te sturen. Is de minister het met deze leden eens dat zorgverzekeraars al diverse sturingsmiddelen hebben?

De leden van de **PVV**-fractie staan verder op het standpunt dat selectieve inkoop niet via verboden en inperkingen van burgers tot stand moet komen, maar door positieve prikkels, zoals inzicht in kwaliteit en kosten. Graag ontvangen zij hierop een reactie.

De leden van de **CDA**-fractie zijn niet te spreken over het voorstel en de wijze van presentatie van de voorstellen onder onderdeel B. De minister spreekt hier van het opnieuw redigeren van artikel 13 Zvw. Volgens het woordenboek betekent redigeren het aanpassen van de tekst, zonder dat de inhoud wordt gewijzigd. De minister wijzigt de inhoud wel degelijk. Naar de mening van deze leden was het netter geweest als de minister in het algemene deel van de toelichting melding van deze wijziging had gemaakt, naar goed parlementair gebruik. Dit is een majeure wijziging, die verstrekende gevolgen kan hebben voor de keuzevrijheid van de patiënt. Met de voorgestelde wijziging kan de verzekeraar er zelfs voor kiezen om in het geheel geen vergoeding meer te geven als een verzekerde naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat. Deze leden vragen hoe dit zich verhoudt tot de vrije artskeuze. Het verbod op verticale integratie is bedoeld om de patiënt zijn keuzevrijheid te waarborgen. Maar deze wijziging leidt feitelijk tot een inperking van de keuzevrijheid van patiënten. Graag ontvangen zij een reactie op deze stelling. Daarnaast stelt de commissie-Baarsma ook dat horizontale concentratie de grootste bedreiging voor de keuzevrijheid en de werking van het systeem is. Nog groter dan verticale integratie. De fusiedrift in combinatie met deze wijziging van artikel 13 Zvw zorgt ervoor dat de vrijheid van de patiënt om zijn arts te kiezen verkleind wordt tot de keus voor een zorgverzekeraar. Hoe kan de minister ervoor zorgen dat patiënten in krimpregio's nog voldoende pluriform zorgaanbod hebben?

Deze leden vragen of de minister ook het risico ziet dat in gebieden waar één grote verzekeraar dominant is, dat het afschaffen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg tot gedwongen winkelnering leidt. Dit zal zeker het geval zijn als de verzekeraar geen restitutiepolis aanbiedt. Wat is het oordeel van de minister hierover? Welke gevolgen zal deze maatregel voor het zorglandschap hebben? Deze leden maken zich zorgen dat zorgverzekeraars met deze wijziging druk kunnen uitoefenen op individuele zorgverleners en zzp-ers om zich in grotere verbanden te organiseren om gecontracteerd te worden. Patiënten zullen namelijk niet langer kiezen voor een fysiotherapeut die niet gecontracteerd is. Dan gaat het wijzigen van artikel 13 Zvw als breekijzer dienen.

Hoe verhoudt deze maatregel van de minister zich tot diverse onderzoeken van Nivel en MarketResponse, waaruit blijkt dat Nederlanders zelf willen bepalen door wie zij behandeld worden. De onderzoeken bevestigen het beeld dat verzekerden vrijheid van keuze voor een zorgaanbieder erg belangrijk vinden. Meer dan de helft van de respondenten in de onderzoeken geeft aan liever langer te wachten als zij dan worden behandeld door de door hun gewenste zorgaanbieder. Waarom gaat de minister zo lijnrecht in tegen de wens van verzekerden om hun arts te kunnen kiezen?

Prof. mr. J.W. van de Gronden, hoogleraar Europees recht aan de Radboud Universiteit Nijmegen, heeft in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2013 een artikel geschreven over grensoverschrijdend patiëntenverkeer in de Zorgverzekeringswet: *«is de voorgenomen wijziging van artikel 13 Europeesrechtelijk houdbaar?»* Hij beargumenteert dat de vergoeding om niet-gecontracteerde zorg op nul procent te stellen niet vanzelfsprekend in overeenstemming met de richtlijn 2011/24/EU is. De Europese richtlijn heeft juist als doel de toegang tot veilige en hoogwaardige grensoverschrijdende zorg te verbeteren. De richtlijn stelt dat de verzekerde in het buitenland recht heeft op dezelfde vergoeding als in Nederland. Daaruit kan worden afgeleid dat de zorgverzekeraar de vergoeding voor in Nederland geleverde zorg niet op nihil mag stellen. De minister daarentegen onderbouwt de wijziging van artikel 13 Zvw echter wel op deze richtlijn. Dat roept bij deze leden de vraag op of de minister de richtlijn wel op de juiste wijze implementeert. Graag ontvangen zij een reactie van de minister.

De Consumentenbond verzet zich ook hevig tegen de wijziging van artikel 13 Zvw. Zij geeft aan dat opvallend is dat het wetsvoorstel uitgaat van bepaalde elementen die niet zo vanzelfsprekend als verondersteld zijn. Dit betreft de transparantie over de kwaliteit van zorg, de transparantie over het inkoopbeleid van de verzekeraar en de tijdige – dat wil zeggen voordat de verzekering moet worden aangegaan – contractering en communicatie hierover richting de consument. Wat de Consumentenbond betreft zijn de voorwaarden waaraan voldaan moet worden – voor gesproken kan worden over wijziging in de vergoedingsfeer – nog niet dusdanig ingevuld, waarmee dit niet het moment is om deze wijziging door te voeren. Graag willen de leden van de CDA-fractie een reactie van de minister op de terechte gevoelens van de Consumentenbond.

De minister spreekt over de drie reeds bestaande uitzonderingen. Deze leden willen graag weten waar in welke onderliggende regelgeving of jurisprudentie de desbetreffende uitzonderingen reeds te vinden zijn. In het tweede lid van dit gewijzigde artikel staat dat een naturaverzekerde, die naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is gegaan, recht heeft op volledige vergoeding indien niet uiterlijk zes weken voor 1 januari van het kalenderjaar waarin hij die zorg genoten heeft, bekend was met welke zorgaanbieder zijn zorgverzekeraar een zorgcontract had gesloten. Wat gebeurt er in de situatie als de contractering nog niet rond was met alle ziekenhuizen in een regio, maar wel bij 1 van de 3. Heeft dit tot gevolg dat de naturaverzekerde geen vergoeding voor zijn zorg krijgt? Gaat dit principe bijvoorbeeld ook op voor apothekers en fysiotherapeuten? Dan

hoeft de zorgverzekeraar slechts telkens één zorgaanbieder te contracteren, en dan heeft de zorgverzekeraar aan zijn wettelijke plicht voldaan. Deze leden vragen welke gevolgen de deadline van half november voor de contractering heeft voor de werkzaamheden van de minister. Op welke wijze kan de minister garanderen dat er op tijd (bijvoorbeeld voor de zomer) duidelijkheid is over de relevante regelgeving voor het nieuwe jaar?

De leden van de **D66**-fractie achten het een goede ontwikkeling dat artikel 13, eerste lid, wordt aangepast, zodanig dat de naturazorgverzekeraar zelf kan bepalen of hij bij niet gecontracteerde zorgaanbieders genoten zorg vergoedt, en zo ja tot welke hoogte. Zij verwachten dat dit de concurrentie en de daarbij behorende kwaliteits- en doelmatigheidswinst in de Zvw zullen stimuleren. De hier aan het woord zijnde leden stellen vast dat daarbij de volgende uitzonderingen genoemd worden: (1) de zorg was acuut nodig, (2) de naturaverzekeraars konden niet binnen een redelijke termijn aan de zorgplicht voldoen (3) een zorginkoopcontract eindigde op het moment waarop een naturaverzekerde reeds bij die aanbieder in behandeling was en (4) vooraf was onvoldoende duidelijk welke zorgaanbieders door de naturaverzekeraar waren gecontracteerd. Kan de minister bij punt (2) toelichten welke termijn hier redelijk wordt geacht? Kan de minister bij punt (4) aangeven in hoeverre dat momenteel al realistisch is? Genoemde leden willen hier benadrukken dat het voor verzekerden bij het afsluiten van hun verzekering duidelijk moet zijn dat er sprake is van een natura- of restitutiepolis, en dat klip en klaar is bij welke zorgaanbieders zij dat jaar terecht kunnen. Wat doet de minister om dit te bevorderen? De leden van de D66-fractie vragen verder waarom de vergoeding in de uitzonderingsgevallen is verhoogd tot de volledige zorgkosten die de verzekerde gemaakt heeft. Zij vragen hier een nadere toelichting. Zij vragen de minister bij de voorgenoemde evaluatie mee te nemen in welke mate naturaverzekeraars gebruik maken van de ruimte die het nieuwe artikel 13 hen biedt, en of verzekerden meer gebruik gaan maken van louter gecontracteerde zorg. Tot slot merken zij in het kader van het aanpassen van artikel 13 op dat de minister tevens voornemens is in de toekomst de basisverzekering te beperken tot naturapolissen. De hier aan het woord zijnde leden willen benadrukken dat zij veel waarde hechten aan de keuzevrijheid van de patiënt voor arts en verzekeraar. Het schrappen van de restitutiepolis in de basisverzekering beperkt echter de vrije artskeuze, beperkt de differentiatie van zorgverzekeraars, en kan het vertrouwen van patiënten in verzekeraars schaden. Bovendien is er het risico dat de betrokkenheid van patiënten bij de zorg wordt ondermijnd, wat een opdrijvende werking voor de zorgkosten kan betekenen. De hier aan het woord zijnde leden achten dit alles uiterst onwenselijk. Deze leden vragen zich dan ook in ernstige mate af of het schrappen van de restitutiepolis een verstandige maatregel is. Zij vragen de minister dit toe te lichten, en willen tevens weten welke financiële besparing de minister van deze maatregel verwacht.

De leden van de D66-fractie zijn van mening dat het onwenselijk is de vrijheid van bedrijfsvoering te beperken, zonder dat daar voldoende aanleiding toe is. Naar hun mening moet een overheid in eerste instantie uitgaan van vertrouwen, los durven laten en moet overbodige regelgeving te allen tijde voorkomen worden. Deze leden kijken uit naar de beantwoording van de minister en vragen daarbij met de hier geformuleerde uitgangspunten rekening te houden.

De leden van de **ChristenUnie**-fractie merken op dat het aanpassen van één artikel grote gevolgen heeft. In de memorie van toelichting wordt, als het gaat om «keuzevrijheid», vooral ingegaan op de vraag of cliënten wel de juiste informatie hebben om te kunnen kiezen voor de juiste zorgverzekeraar. Deze leden merken echter op dat «keuzevrijheid» niet alleen

betrekking heeft op het kunnen kiezen van de juiste verzekering. Keuzevrijheid heeft ook betrekking op het kunnen kiezen van de gewenste zorgaanbieder. Met het veranderen van artikel 13 wordt deze keuze ingeperkt. Deze leden begrijpen daarom deze keuze niet. Graag ontvangen zij op dit punt nadere toelichting.

Ook merken deze leden op dat, wanneer er een verplichte naturapolis wordt ingevoerd, de keuzevrijheid van cliënten nog verder wordt ingeperkt. In hoeverre blijft de vrije artsenuitvoering overeind staan? Deze leden ontvangen van de minister graag nadere toelichting op het veranderen van artikel 13 in combinatie met het beleidsvoornemen om de restitutiepolis af te schaffen.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen waarom wordt er zo summier in de memorie van toelichting wordt ingegaan op de gevolgen van het aanpassen van artikel 13. Begrijpen deze leden het goed dat er is bepaald dat er in sommige omstandigheden niet geweigerd kan worden om niet-gecontracteerde zorg te vergoeden? Het zou dan gaan om de volgende uitzonderingen:

- Indien er sprake is van acute zorg;
- Als de zorg niet op redelijke termijn beschikbaar is;
- Als de overeenkomst tussen een aanbieder en een verzekeraar pas is beëindigd na aanvraag van de behandeling van de patiënt;
- Wanneer er niet op tijd aangekondigd is dat de aanbieder, tot wie de patiënt in kwestie zich heeft gewend, geen contract meer zou krijgen van de verzekeraar.

Aan de drie reeds bestaande, maar nu geëxpliciteerde uitzonderingen is dus nog een vierde toegevoegd. Een belangrijke voorwaarde is, dat voor de verzekerde op het moment dat hij een besluit neemt over de vraag of hij een bepaalde naturazorgverzekering wil sluiten of verlengen, het duidelijk is welke zorgaanbieder wel of niet zijn gecontracteerd. Dit is voor de leden van de ChristenUnie-fractie een belangrijk aspect, aangezien dit niet de huidige praktijk is. In hoeverre komt hier op korte termijn verandering in? Graag ontvangen deze leden ook achterliggende informatie waarop de minister haar opvatting baseert.

Is de minister het met deze leden eens dat er onvoldoende vanuit het cliëntperspectief is nagedacht? Zo is het momenteel al merkbaar dat verzekerden door sommige zorgaanbieder worden geweerd, omdat zij bij een bepaalde zorgverzekeraar verzekerd zijn. Deze leden vragen of dit wenselijk is. Hoe kan er voorkomen worden dat patiënten geconfronteerd worden met gedwongen wisselovergang?

De leden van de ChristenUnie-fractie merken op dat de mogelijkheid om apart een aanvullende verzekering af te sluiten in de praktijk vele beperkingen kent, in die zin dat premies voor de aanvullende verzekering bij een andere verzekeraar aanmerkelijk hoger zijn, dan voor de combinatie basispakket en aanvullende verzekering. Deze leden zouden graag zien dat deze beperkingen weggenomen worden. Zij ontvangen op dit punt graag een reactie.

Genoemde leden vragen de minister in te gaan op de Europeesrechtelijke kritiek op het wetsvoorstel ten aanzien van de keuzevrijheid van de patiënt.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de minister ten slotte in te gaan op de situatie rondom de contractering van het Slotervaartziekenhuis door zorgverzekeraar Achmea. Kan de minister het scenario schetsen voor het Slotervaartziekenhuis en de zorgverzekeraar indien artikel 13 eerder aangepast zou zijn?

De leden van de **SGP**-fractie hebben veel vragen bij de herziening van artikel 13 van de Zvw, waarmee verzekeraars vrij worden in de zorgverzekeringsovereenkomst (en daarmee automatisch ook in de individuele zorgpolis) te bepalen of zij in hun polis voor in natura verzekerde zorg een vergoeding geven als een verzekerde zorg inroept die niet door de

zorgverzekeraar is gecontracteerd, en zo ja hoe hoog deze vergoeding is. Die hoogte kan derhalve lager zijn dan de feitelijke hinderpaalvergoeding. De zorgverzekeraar kan er zelfs voor kiezen helemaal niets meer te vergoeden. Deze leden vrezen dat daarmee de keuzevrijheid van heel veel cliënten in gevaar komt om te kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Ziet de minister in dat de positie van de patiënt – die in het huidige stelsel van de Zvw toch al het zwakst is in vergelijking met de zorgverzekeraars en de aanbieders – met dit wetsvoorstel verder wordt verzwakt? Vindt zij dat wenselijk?

De leden van de SGP-fractie vragen de minister welke andere mogelijkheden zij ziet om het beoogde doel, namelijk het meer ruimte bieden om selectief zorg te contracteren, niet op een andere manier bereikt kan worden. Waarom wacht de minister bijvoorbeeld niet eerst de effecten van de toegenomen risicodragendheid van zorgverzekeraars af, waardoor zij er een groter belang bij hebben gekregen dat hun naturaverzekerden zoveel mogelijk naar gecontracteerde zorgaanbieders gaan?

Op het moment van indiening van dit wetsvoorstel was de minister nog niet voornemens de restitutiepolis in zijn geheel te schrappen. Inmiddels is bekend dat dit voornemen wel in het regeerakkoord VVD-PvdA is opgenomen. Erkent de minister dat de keuzevrijheid van de cliënt door de combinatie van deze twee maatregelen enorm onder druk kan komen te staan? Zo ja, waarop wil de minister het voor de patiënt veel moeilijker maken om naar de zorgverlener te gaan in wie de patiënt vertrouwen stelt, en die verantwoorde zorg biedt voor een redelijk prijs? Waarom is het voornemen de restitutiepolis te schrappen voor de minister geen reden geweest om de wijziging van artikel 13 in te trekken? Erkent de minister dat de mogelijkheid voor verzekerden om te kunnen wisselen van zorgverzekeraar onvoldoende uitkomst biedt om de keuzevrijheid te garanderen, aangezien dit slechts geldt voor voorzienbare zorg, en niet voor niet-voorzienbare zorg? Erkent de minister dat er bij een te lage vergoeding voor een niet-voorzienbare zorgvraag een enorme financiële drempel kan worden opgeworpen om te kiezen voor een zorgaanbieder die bij iemand past, als de zorgvraag in de loop van het jaar ontstaat?

Kan de minister de leden van de SGP-fractie inzicht geven in het aandeel zorg dat vanuit een naturapolis geleverd wordt door niet-gecontracteerde aanbieders? Kan de minister op basis van (wetenschappelijke) studies onderbouwen waarom de patiënten, ondanks de extra eigen betalingen, alsnog voor een niet-gecontracteerde aanbieder kiezen? Welke zorgvormen betreft dat met name? Welk deel van de zorg die afgenomen wordt bij niet-gecontracteerde aanbieders wordt (mede) veroorzaakt doordat (sommige) zorgverzekeraars te weinig rekening houden met de preferenties van hun verzekerden?

Een bijkomend probleem signaleren de leden van de SGP-fractie bij verzekerden die op meerdere zorgterreinen een zorgvraag hebben. Erkent de minister dat er door de voorgestelde wijziging een incentive ontstaat voor verzekeraars om over de gehele linie gemiddeld goede kwaliteit te bieden, maar dat dit lang niet altijd in het belang hoeft te zijn van de cliënt, die op bepaalde deeltherreinen juist excellente zorg wil hebben? Ter illustratie hiervan dient het volgende voorbeeld. Zorgverzekeraar A, die uitmuntende zorg wil bieden op het gebied van neonatologie, koopt daar de beste zorg voor in. Deze verzekeraar zet echter iets minder in op het gebied van de ggz, waarvoor hij precies de zorg inkoop waarmee wordt voldaan aan de zorgplicht, maar ook niet meer. Echter, zorgverzekeraar B stelt er juist weer eer in om daar excellente zorg voor in te kopen. Hoe is voor een verzekerde die een zorgvraag heeft op beide zorgterreinen de keuzevrijheid om te kiezen voor de beste zorgaanbieder op elk van de zorgterreinen geregeld?

Kan de minister ingaan op de kritiek dat de voorgestelde wijziging van artikel 13 strijdig is met de richtlijn 2011/24/EU over grensoverschrijdende zorg? De leden van de SGP-fractie verwijzen hiervoor naar het artikel van

prof. mr. J.W. van de Gronden in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2013 (37) 1. Klopt het dat de richtlijn stelt dat de verzekerde in het buitenland recht heeft op dezelfde vergoeding als in Nederland, en dat hieruit vanzelfsprekend volgt dat de zorgverzekeraar de vergoeding voor in Nederland geleverde zorg niet op nihil mag stellen?

De leden van de SGP-fractie vestigen ook de aandacht op het gelijktijdig bekend zijn van de contracten met de zorgaanbieders en de polisvoorwaarden van de verzekerden (artikel 13, tweede lid, onder d., niet ten minste zes weken voorafgaande aan het kalenderjaar waarin de verzekerde de zorg of andere dienst genoot, op voor verzekeringplichtigen eenvoudige wijze kenbaar was van welke gecontracteerde zorgaanbieders een verzekerde de zorg of dienst zou kunnen betrekken. Deze leden vragen de minister in te gaan op de ervaringen van apothekers in 2011 en 2012. De eerste contractvoorstellen van verreweg de meeste zorgverzekeraars werden pas in december ontvangen, en zijn verreweg de meeste overeenkomsten pas in 2013 gesloten. Patiënten wisten bij de keuze van hun zorgpolis in december dus niet waar ze aan toe waren wat betreft farmaceutische zorg. Is een dergelijke situatie ook te verwachten voor andere vormen van zorg? Welke garanties zijn er dat deze randvoorwaarden in toekomst wel geborgd zijn?

De leden van de SGP-fractie vragen of de macht van de verzekeraars met dit voorstel niet te groot wordt. Ziet de minister het risico dat verzekeraars ongebreideld eisen kunnen stellen aan zorgaanbieders, die feitelijk niet anders kunnen dan deze eisen inwilligen, omdat geen contract met de zorgverzekeraar bij een restitutietarief van 0% betekent dat er feitelijk geen verzekerde zorg kan worden geleverd? Erkent de minister dat de onderhandelingspositie van zorgaanbieders daarmee ernstig verzwakt zal worden? Hoe wordt voorkomen dat zij slechts kunnen tekenen bij het kruisje? Kan de minister aangeven hoe zij aankijkt tegen de machtspositie van zorgaanbieders die één zorgverzekeraar hebben waar ze volledig van afhankelijk zijn?

De leden van de SGP-fractie constateren dat zorgverzekeraars in het stelsel een zorgplicht hebben bij de door hen verkochte naturapolissen. Wie ziet na het doorvoeren van deze wijziging toe op de invulling van de zorgplicht door verzekeraars? Kan de minister ingaan op het risico van de verminderde noodzaak om voor een brede doelgroep contracten af te sluiten, die precies aansluiten bij de preferenties van een gevarieerde populatie cliënten? Hoe weegt de minister hierin mee dat zorgverzekeraars niet altijd transparante en objectieve contracteercriteria kennen, waardoor er sprake kan zijn van een zekere willekeur in de contractering? Vindt de minister dat in het licht van dit wetsvoorstel wenselijk als de kwaliteit van de niet-gecontracteerde verzekeraar op orde is, en de prijs waarvoor geleverd wordt lager of gelijk is aan de gecontracteerde aanbieders?

Kan de minister de consequenties van de voorgestelde wijziging nader toelichten voor de aanbieders die op dit moment niet-gecontracteerd zijn? In welke (deel)sectoren blijft het aantal afgesloten contracten achter en waarom? Wat gebeurt er als verzekeraars de vergoeding beëindigen? In het regeerakkoord worden diverse functies die nu nog in de AWBZ zitten, zoals de verpleging, overgeheveld naar de Zvw. De leden van de SGP-fractie vragen naar de impact van de wijziging van artikel 13 op de keuzevrijheid van cliënten om te kiezen voor een aanbieder die bij hen past. Klopt de analyse van deze leden dat de keuzevrijheid ook voor de over te hevelen functies uit de AWBZ beperkt kan worden door zorgverzekeraars? Vindt de minister dat wenselijk?