

Vergaderjaar 2018–2019

**34 445**

## **Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met aanpassingen van de tarief- en prestatieregulering en het markttoezicht op het terrein van de gezondheidszorg**

**Nr. 14**

### **NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET TWEDE NADER VERSLAG**

Ontvangen 8 juli 2019

De nadere vragen die de leden van diverse Tweede Kamerfracties over bovengenoemd wetsvoorstel hebben gesteld, heb ik met grote belangstelling gelezen. Hieronder zal ik deze beantwoorden. Vooraf moet worden opgemerkt dat het huidige verbodsstelsel blijft bestaan. Dit betekent dat de omslag naar een gebodsstelsel wordt teruggedraaid. De derde nota van wijziging regelt het behoud van het verbodsstelsel. De instandhouding van het verbodsstelsel betekent dat het in rekening brengen van een tarief voor een prestatie door een zorgaanbieder in beginsel slechts mogelijk is, nadat de NZa een prestatiebeschrijving heeft vastgesteld. De derde nota van wijziging introduceert bovendien een nieuw instrument in het wetsvoorstel: de voorlopig vrije prestatie. Dit instrument maakt het mogelijk om meer en snel maatwerk en innovatie te leveren, conform een van de doelen van het oorspronkelijke wetsvoorstel.

In de beantwoording van de nadere vragen wordt rekening gehouden met de derde nota van wijziging welke gelijktijdig wordt ingediend. Tot slot volgt de beantwoording van de vragen zoveel mogelijk de volgorde van de vraagstelling in het verslag.

#### **1. Inleiding**

*De leden van de SP-fractie vragen de regering of zij de Kamer een overzicht kan verschaffen van de precieze wijzigingen in de eerste en tweede nota van wijziging.*

#### Eerste nota van wijziging

De eerste nota van wijziging betreft vijf onderdelen. In de eerste plaats wordt de begripsomschrijving van forensische zorg volledig in overeenstemming gebracht met die in het voorstel voor de Wet forensische zorg (32 398). De mogelijkheid om een deel van de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg) niet te laten gelden, wordt bij nader inzien voor forensische zorg gehandhaafd. De bepalingen van de Wmg die

naar hun aard onverenigbaar zijn of kunnen zijn met de bijzondere omstandigheden van forensische zorg gelden, kunnen buiten toepassing blijven.

De eerste nota van wijziging betreft in de tweede plaats in het voorgestelde artikel 126a van de Wmg de wijziging van de voorhangtermijn voor ministeriële regelingen van vier weken in dertig dagen. De termijn van dertig dagen is de huidige voorhangtermijn voor brieven met de zakelijke inhoud van voorgenomen aanwijzingen. De eerste nota van wijziging betreft in de derde plaats de samenloop met het bij koninklijke boodschap van 30 juni 2014 ingediende voorstel van wet houdende wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de verbetering van toezicht, opsporing, naleving en handhaving (hierna: Wetsvoorstel VTO Wmg).<sup>1</sup> Het onderhavige wetsvoorstel bevat door de eerste nota van wijziging ook de noodzakelijke regelingen voor de situatie dat het tot wet verheven Wetsvoorstel VTO Wmg later in werking treedt dan het tot wet verheven onderhavige wetsvoorstel. De redactie van het wetsvoorstel was gebaseerd op de veronderstelling dat het tot wet verheven Wetsvoorstel VTO Wmg eerder in werking zou treden. De eerste nota van wijziging betreft in de vierde plaats toe te voegen bepalingen voor de regeling van de samenloop met vier andere wetsvoorstellen en in de vijfde plaats technische correcties zoals het herstel van redactionele oneffenheden en van foutieve verwijzingen en de verduidelijking van de redactie van enige artikelen.

#### Tweede nota van wijziging

De tweede nota van wijziging past het wetsvoorstel aan in verband met de inwerkingtreding van vier tot wet verheven wetsvoorstellen. De uit die wetten voortvloeiende wijzigingen worden in de tekst van het wetsvoorstel aangebracht. De samenloopbepalingen met de vier wetsvoorstellen zijn vervallen omdat die tot wet verheven voorstellen reeds in werking zijn getreden. De tweede nota van wijziging zorgt verder voor handhaving van de vermelding van het CAK in de artikelen 24 tot en met 26 van de Wmg. Dit hangt samen met de overgang van de uitvoering burgerregelingen van de Zorgverzekeringswet van het Zorginstituut Nederland (ZiN) naar het CAK met ingang van 1 januari 2017. De tweede nota van wijziging bevat ten slotte een aantal wijzigingen van het wetsvoorstel van louter technische aard.

*De leden van de SP-fractie vragen om een reactie op de risico's die in de brieven die Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft gestuurd aan de commissieleden van de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport met betrekking tot het wetsvoorstel worden signaleerd, alsook door de NZa en ZiN.*

Als gezegd regelt de derde nota van wijziging in het wetsvoorstel de vervanging van het gebodstelsel door het huidige verbodstelsel. De door ZN in de brieven aangegeven risico's met betrekking tot het afschaffen van de prestatievereiste zijn daarmee niet langer actueel.

*De leden van de SP-fractie vragen de regering uiteen te zetten hoe waarschijnlijk zij het acht dat het macrobeheersinstrument in de toekomst wordt ingezet, aangezien dat tot nu toe nog niet eerder het geval is geweest.*

De vormen van zorg waarvoor thans het macrobeheersinstrumentarium geldt, zullen onder een macrobeheersheffing vallen. Het betreft:

- geneeskundige geestelijke gezondheidszorg;

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2013/14, 33 980, nrs. 1–2.

- medisch-specialistische zorg anders dan geneeskundige geestelijke gezondheidszorg;
- multidisciplinaire zorg;
- huisartsenzorg anders dan multidisciplinaire zorg;
- zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in art. 2.5a van het Besluit zorgverzekering (hierna: Bzv);
- geriatrische revalidatie als bedoeld in art. 2.5c van het Bzv;
- eerstelijns verblijf; en
- wijkverpleging.

Relevant is dat in de eerste plaats door inzet van verschillende maatregelen geprobeerd wordt om een overschrijding van de toepasselijke macrogrens zoveel mogelijk te voorkomen, zoals het afsluiten van hoofdlijnenakkoorden. Daarmee wordt de kans op het opleggen van een macrobeheersheffing zo klein mogelijk gemaakt. In het geval er onverhoopt toch een overschrijding is van een van tevoren aan de sector opgelegd macrokader kan de Minister van VWS besluiten tot toepassing van een macrobeheersheffing. Dit laat onverlet dat bij de besluitvorming over het redresseren van een overschrijding ook andere instrumenten kunnen worden overwogen dan het opleggen van een macrobeheersheffing.

*De leden van de SP-fractie vragen de regering duidelijk te maken in hoeverre macrobeheersheffing, wat effectief neerkomt op het terughalen van geld uit de sector wanneer te veel is uitgegeven, past bij het karakter van deregulering. Voorts vragen de leden of de regering erkent dat er sprake is van een tegengesteld signaal wanneer zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf de hoogte van tarieven mogen vaststellen, terwijl bij het bereiken van een bepaalde volumegroei geld uit de hele sector teruggehaald zal worden. Tot slot vragen de leden of de regering het met hen eens is dat het een denkbaar scenario is dat de hele sector opdraait voor de negatieve effecten van deregulering, als hierdoor de kosten omhoog worden gedreven.*

Vooropgesteld moet worden dat de Minister van VWS respectievelijk de Minister voor Medische Zorg ook bij het vrijgeven van tarieven en prestaties de verantwoordelijkheid houden voor de beheersing van de collectieve zorguitgaven, de macrobetaalbaarheid van zorg. Dit hangt samen met het toegankelijk en betaalbaar houden van de zorg. Het loslaten van prestaties en tarieven staat dan ook los van de hoogte van de betrokken kaders binnen het Uitgavenplafond Zorg (hierna: UpZ). De hoogte van de collectieve zorguitgaven heeft gevolgen voor de collectieve lasten en heeft via die weg mogelijke gevolgen voor andere publieke uitgaven. De opbrengsten uit eventuele macrobeheersheffingen dragen bij aan de beheersing van de collectieve lasten. Die opbrengsten worden gebruikt voor de vereveningbijdrage en leiden op basis van de zogenaamde 50/50-regel tot zowel een lagere nominale premie als een lagere inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringwet. Ik vind anders dan de leden van de SP-fractie niet dat sprake is van een tegengesteld signaal. De zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen bij het vrijgeven van prestaties, prestaties en tarieven overeenkomen binnen de desbetreffende kaders van het UpZ. De uitgaven voor zorg die behoort tot het te verzekeren basispakket voor de zorgverzekering of het verzekerde pakket van de Wet langdurige zorg, hebben gevolgen voor de collectieve lastendruk en kunnen andere publieke uitgaven beïnvloeden. Ik deel de mening van de leden van de SP-fractie niet dat het vrijlaten van de prestaties de zorgkosten omhoog drijft. Ik heb het vertrouwen dat de door mijn ambtgenoot voor Medische Zorg afgesloten hoofdlijnenakkoorden zullen bijdragen aan beheersing van de collectieve zorguitgaven.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering duidelijkheid kan verschaffen over wat precies de bedoeling van het differentiëren van de macrobeheersheffing is.*

In het geval van een generieke macrobeheersheffing betalen alle betrokken zorgaanbieders een gelijk percentage van hun omzet, ongeacht hun bijdrage aan de overschrijding van het desbetreffende kader binnen het UpZ. Een gedifferentieerde macrobeheersheffing houdt wel rekening met de bijdrage van een individuele zorgaanbieder aan de overschrijding. De zorgaanbieders die part noch deel aan de overschrijding hebben, hoeven bij een gedifferentieerde macrobeheersheffing anders dan bij een generieke macrobeheersheffing niet mee te betalen. Een gedifferentieerde heffing vereist wel een sluitende registratie en vaststelling van de individuele bijdrage van een zorgaanbieder aan de overschrijding.

*De leden van de SP-fractie vragen of voor de regering reeds duidelijk is wat de effecten zullen zijn van een gedifferentieerde macrobeheersheffing.*

Er zijn in het verleden verschillende onderzoeken gedaan naar de vormgeving en eventuele effecten van een gedifferentieerde macrobeheersheffing. De Tweede Kamer is daarover ook geïnformeerd.<sup>2</sup>

## **2. Regulering**

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe de regering omgaat met de spanning die kan bestaan tussen budgettaire doelstellingen en andere doelstellingen van de tarief- en prestatie-regulering, met name de kwaliteit van zorg.*

In dit wetsvoorstel wordt de voor het stelsel essentiële marktreguleringsfunctie gewaarborgd door bij de overheveling van (markt)regulerende taken van de NZa naar de Minister van VWS een onderscheid te maken tussen het opstellen van de reguleringskaders en de uitvoering en besluitvorming in individuele gevallen. Juist waar markten ontwikkeld worden, vergt de uitvoering in individuele gevallen een autoriteit met gezag, die onafhankelijk en slagvaardig is. De NZa voert de door de Minister van VWS vastgestelde reguleringskaders in individuele gevallen uit. Hiermee wordt geborgd dat niet de Minister, maar de rechter de besluiten van de NZa in individuele gevallen toetst. Met het voorgestelde artikel 7 van de Wmg wordt vastgelegd dat de Minister van VWS zich onthoudt van instructies aan de NZa die op een individuele zaak betrekking hebben.

Net als nu bepaalt de Minister van VWS de hoogte van het UpZ. Het is vaste rechtspraak dat gegeven de bestuurlijke en politieke bevoegdheid van de Minister het uitsluitend aan hem is om met betrekking tot het financiële makro-kader beleidsmatige keuzes te maken. In diezelfde rechtspraak geeft het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) echter ook aan dat de ondergrens steeds is gelegen in de kwaliteit van de zorg. Het betreft de goede zorg die de zorgaanbieder moet leveren waarbij wordt gehandeld in overeenstemming met de geldende professionele

<sup>2</sup> Adviescommissie Baarsma van 5 juni 2012 over het macrobeheersinstrument, Kamerstukken II 2012/13, 29 248, nr. 256, bijlage;

Advies Triple A van 20 december 2013, Kamerstukken II 2013/14, 32 620, nr. 114, bijlage; Zorgkeuzes in Kaart van het Centraal Planbureau, Kamerstukken II 2014/15, 29 689, nr. 596, bijlage 2015D11725;

Beleidsopties voor het stimuleren van gunstige zorgcontracten onder restrictie van een macrobudget, iBMG en AKD, Kamerstukken II 2016/17, 31 765, nr. 271.

standaard(en) en kwaliteitsstandaarden.<sup>3</sup> In zoverre is de ruimte om de hoogte van het UpZ te bepalen begrensd en de kwaliteit van zorg gewaarborgd.

### **3. Meer ruimte voor innovatie en maatwerk**

*De leden van de D66-fractie vragen een reflectie op de bestaande mogelijkheden voor innovatie op het gebied van uitkomstbekostiging waar volgens de zorgverzekeraars al volop gebruik van wordt gemaakt.*

Zoals in de nota naar aanleiding van het nader verslag aangegeven onderschrijft de regering het belang van uitkomstmeting, patiënt gerapporteerde uitkomsten en uitkomstinformatie. In het rapport Ontwikkeling Uitkomstgerichte Zorg 2018–2022 is uw Kamer hierover geïnformeerd.<sup>4</sup> Een van de vier ontwikkellijnen bij deze aanpak is dat de organisatie en het betalen van zorg meer is gericht op de uitkomst. In dit kader vinden onder meer inventarisatie en bezoeken plaats van initiatieven in het veld waarin uitkomsten een belangrijke rol spelen bij zowel de contractering als de organisatie van zorg. Goede voorbeelden kunnen worden gedeeld zodat deze ook landelijk verspreid kunnen worden. Ook is in de aanpak aangegeven dat mocht er sprake zijn van belemmeringen in de bekostiging, een experiment kan worden gestart.

De aanpak is erop gericht het aantal uitkomstdefinities voor 50% van de ziektelasten te realiseren. In het regeerakkoord zijn intensiveringsmiddelen afgesproken die onder meer kunnen worden ingezet binnen de ontwikkellijn naar meer uitkomstgericht organiseren en betalen. Tot slot is binnen de bestaande kaders al veel mogelijk om uitkomstgericht te contracteren.

*De leden van de D66-fractie vragen om een onderbouwing waarom het afschaffen van de prestatievereiste noodzakelijk is en tot meer innovatie kan leiden.*

Ik ben bij nader inzien van mening dat afschaffing van de prestatieregulering niet noodzakelijk is voor het realiseren van meer maatwerk en innovatie. De huidige Wmg biedt al een aantal instrumenten ter bevordering van innovatie zorg. Met de derde nota van wijziging introduceer ik bovendien nog een instrument dat maatwerk en innovatie bevordert: de voorlopig vrije prestatie.

De gereedschapskist van de Wmg bevat momenteel de mogelijkheid van een experiment (huidige artikel 58 van de Wmg) of de mogelijkheid van het vaststellen van een facultatieve prestatie. Deze instrumenten hebben ook hun beperkingen. De beperkingen bestaan in een aantal gevallen uit het vereiste dat een door de zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar overeengekomen prestatiebeschrijving binnen een door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijving moet passen. De beperkingen bestaan in andere gevallen uit het vereiste dat de NZa in veel gevallen op aanvraag van de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar de overeengekomen prestatie moet vaststellen. Om met behoud van prestatiebeschrijvingen snel en op een laagdrempelige wijze door partijen overeengekomen innovaties mogelijk te maken, wil ik met de derde nota van wijziging een nieuw instrument, de voorlopig vrije prestatie in het wetsvoorstel introduceren. Door middel van deze voorlopig vrije prestatie kunnen innovatieve projecten snel starten. Vormen van zorg waarvoor het afspreken van een voorlopig vrije prestatie mogelijk wordt gemaakt,

<sup>3</sup> Zie artikel 2 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.

<sup>4</sup> Bijlage bij Kamerstukken II 2017/18, 31 476, nr. 21.

worden vooraf in een ministeriële regeling opgenomen. Bij de NZa geldt voor het mogen declareren van een overeengekomen voorlopig vrije prestatie slechts een meldplicht.

*De leden van de D66-fractie vragen in hoeverre aan knelpunten, zoals naar voren komt uit het hoofdlijnenakkoord Huisartsenzorg, op het gebied van privacy, btw en declaratie van prestaties wordt tegemoetgekomen in dit wetsvoorstel.*

De kern van de genoemde knelpunten zit niet in de wijze van bekostigen maar in het antwoord op de vraag of ondersteunende activiteiten die nodig zijn voor huisartsenzorg rechtstreeks (dus zonder formele tussenkomst van de betrokken huisartsen) ten laste van de zorgverzekering bij de zorgverzekeraars in rekening kunnen worden gebracht. U wordt daar te gelegener tijd separaat over bericht.

*De leden van de D66-fractie vragen of de regering kan ingaan op de rol van de prestatievereiste bij de risicoverevening en hoe dit zich verhoudt tot meer gedifferentieerde prestaties.*

Gebruik van de prestaties vormt een onderdeel van de berekening van de normbedragen van de risicoverevening. Als de prestatiebeschrijvingen meer zijn gedifferentieerd (in de zin van meer prestaties), is dat voor risicoverevening in principe geen probleem; zolang de prestaties op punten maar uniform en vergelijkbaar zijn. Omdat het voorstel is de huidige prestatiebeschrijvingen te behouden, zijn mogelijke implicaties voor de risicoverevening niet meer aan de orde. Voordat een vorm van zorg voor een voorlopig vrije prestatie in aanmerking komt (en dus wordt opgenomen in de ministeriële regeling), wordt bovendien ook gezien wat de mogelijke gevolgen zijn voor de risicoverevening.

*De leden van de D66-fractie vragen of de regering kan ingaan op de zorgen met betrekking tot een toename van administratieve lasten als gevolg van deregulering.*

Zoals in de inleiding van deze nota opgemerkt blijft het verbodsstelsel bestaan. De voorlopig vrije prestatie wordt uitgewerkt in ministeriële regelingen waarbij steeds aandacht wordt besteed aan het effect op de administratieve lasten.

*De leden van de D66-fractie vragen in hoeverre de kwaliteitsmeting en de vergelijking van uitkomsten van de zorg mogelijk blijft, wanneer prestatiebeschrijvingen gedifferentieerd zijn en minder makkelijk met elkaar te vergelijken zijn.*

De derde nota van wijziging regelt in het wetsvoorstel de vervanging van het gebodsstelsel door het huidige verbodsstelsel. De kwaliteitsmeting en de vergelijking van uitkomsten in de zorg blijft dus mogelijk. De vaste prestatiebeschrijvingen blijven immers bestaan. Met betrekking tot het nieuwe instrument van de voorlopig vrije prestatie kunnen prestatiebeschrijvingen voor de betreffende vorm van zorg zoals opgenomen in de ministeriële regeling, tijdens de looptijd van de voorlopig vrije prestatie wat meer gedifferentieerd raken. Een aantal randvoorwaarden neem ik bij het opstellen van de ministeriële regeling echter mee.

*De leden van de GroenLinks-fractie stellen dat het van belang is de uitvoerbaarheid van reguleringscriteria te toetsen voordat de mogelijkheid tot deregulering wordt gecreëerd en vragen of deze criteria zijn meegenomen in de uitvoerbaarheidstoets. Voorts vragen de leden waarom de marktscans van de NZa niet zijn meegenomen in de overweging om de*

*mogelijkheid tot deregulering in de wet vast te leggen. Daarnaast vragen de leden van de GroenLinks-fractie bij welke vormen van zorg de regering de tarief- en prestatieregulering in stand wil houden en waarom de sectoranalyses niet afgewacht worden om te beslissen welke sectoren zich lenen voor experimenten met vrije tarieven.*

Als gezegd wordt met de derde nota van wijziging de omslag van een verbodsstelsel naar een gebodsstelsel in het wetsvoorstel losgelaten. Wel wordt meer ruimte voor maatwerk en innovatie gecreëerd. In geval voor een vorm van zorg een voorlopig vrije prestatie tot de mogelijkheden behoort, wordt dit opgenomen in een ministeriële regeling. Hieraan voorafgaand wordt gezien of een bepaalde vorm van zorg daar klaar voor is, onder andere door te kijken naar het gedrag van zorgaanbieders op de zorgverleningsmarkt, het gedrag van ziektekostenverzekeraars en cliënten/patiënten op de zorginkoopmarkt en de beperking van negatieve externe effecten. Hierbij wordt bijvoorbeeld getoetst of de transparantie voor patiënten en cliënten, zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars is geborgd. Ook wordt gezien of bij de voorlopige vrijstelling de publieke randvoorwaarden, zoals opsporing en handhaving door ketenpartners als het Openbaar Ministerie, mogelijk blijft in het kader van de fraudebestrijding en of de risicoverevening en het eigen risico kunnen worden uitgevoerd. Daarnaast wordt de NZa gevraagd om bij de concept ministeriële regeling een uitvoerbaarheids- en handhaafbaarheidstoets uit te voeren. Overigens heeft de NZa reeds aangeboden vanuit haar marktexpertise te adviseren omtrent de vraag welke zorgvormen in aanmerking kunnen komen voor een voorlopig vrije prestatie. Het gaat kortom niet om reguleringscriteria maar om criteria voor het (tijdelijk) vrijgeven van bepaalde zorgvormen.<sup>5</sup>

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen of tarief- en prestatieregulering juist niet tot meer zekerheid kan leiden, duidelijkheid schept en op deze manier juist innovatie kan bevorderen.*

Ik ben bij nader inzien van mening dat de combinatie van de huidige prestatie- en tariefregulering en van het instrument van de voorlopig vrije prestatie ook de innovatie kan bevorderen. Die combinatie wordt met derde nota van wijziging in het wetsvoorstel opgenomen.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen van welke veldpartijen de regering signalen ontvangt dat het huidige systeem de innovatie afremt.*

De regering heeft signalen ontvangen via het rapport van Adviesbureau Andersson Elffers Felix (AEF). In het evaluatierapport van AEF van de NZa over 2009–2014 komt naar voren dat de tarief- en prestatieregulering een negatief effect kan hebben op de dynamiek en innovatie van het zorgaanbod.<sup>6</sup> Het evaluatierapport van de NZa over 2014–2017 van AEF laat zien dat een aantal partijen heeft aangegeven dat het te lang duurt om wijzigingen in prestaties van de grond te krijgen.<sup>7</sup> Ook wordt gesignaleerd dat de instrumenten voor het aanjagen van innovatie niet het gehoopte effect hebben en dat innovaties daardoor onvoldoende van de grond komen. Een aantal partijen vindt dat de aanvraagprocedure voor

<sup>5</sup> Uitvoerbaarheids- en handhaafbaarheidstoets NZa voorlopig vrije prestatie, d.d. 27 maart 2019.

<sup>6</sup> Andersson Elffers Felix, Ordening en toezicht in de zorg, Evaluatie Wet Marktordering Gezondheidszorg en Nederlandse Zorgautoriteit, 2 september 2014.

<sup>7</sup> Andersson Elffers Felix, Evaluatie van de Nederlandse Zorgautoriteit, Evaluatie 2014–2017, 21 december 2018. De NZa heeft aangegeven dat het haar ambitie is om het proces te versnellen en te vergemakkelijken, zie Aanhangsel Handelingen II, 2018/19, nr. 2429 (antwoorden op de Kamervragen van het Kamerlid Dijkstra (D66) over het gevaar dat het goede werk dat Nierteam aan Huis voor nierpatiënten verricht, mogelijk moet worden stopgezet vanwege lange beoordelingstermijnen bij de Nederlandse Zorgautoriteit).

kleinschalige experimenten een te lange doorlooptijd heeft en te veeleisend is voor de indieners. De voorlopig vrije prestatie kan hier een snellere oplossing voor bieden.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen of er alternatieven zijn onderzocht om innovatie te stimuleren.*

De huidige Wmg kent de mogelijkheid van een experiment en daarnaast de mogelijkheid van het vaststellen van een facultatieve prestatie. Met de introductie van de voorlopig vrije prestatie wordt een extra instrument toegevoegd om innovatie en maatwerk te bevorderen. Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars zijn hierdoor, onder voorwaarden, gezamenlijk in staat om via een laagdrempelige procedure snel nieuwe zorginnovaties van de grond te krijgen en/of maatwerk te leveren. De voorgestelde regeling van de voorlopig vrije prestaties biedt voor de zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars van de cliënten en patiënten een mogelijkheid om maatwerk en innovatie overeen te komen zonder de bestaande beperkingen. De overeengekomen voorlopig vrije prestatie hoeft namelijk in de eerste plaats niet te passen binnen reeds door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen. De zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar hoeven in de tweede plaats geen procedure bij de NZa te doorlopen: een enkele melding van de overeengekomen prestatiebeschrijving aan de NZa volstaat. De zorgaanbieders kunnen direct na de melding van start en de overeengekomen prestatiebeschrijving hanteren.

*De leden van de GroenLinks-fractie waarom wordt verwacht dat het loslaten van de tarief- en prestatieregulering een positief effect zal hebben op innovatie, als deze tarief- en prestatieregulering in haar huidige vorm slechts in beperkte mate een rol speelt bij zorginkoop en contractering.*

De rol die tarief- en prestatieregulering speelt bij zorginkoop en contractering, varieert per sector. Toch kan prestatieregulering knellend werken, zeker wanneer de drempels hoog zijn om te starten met een innovatief project, bijvoorbeeld door lange doorlooptijden bij de prestatieaanvraag. Zoals in de inleiding van deze nota aangegeven regelt de derde nota van wijziging het behoud van de prestatie- en tariefregulering. Daarnaast wordt het instrument van de voorlopig vrije prestatie geïntroduceerd, waarmee een nieuwe mogelijkheid voor meer maatwerk en innovatie binnen het huidige stelsel wordt beoogd.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen of er andere beperkingen zijn die een grotere rol spelen in het vertragen of bemoeilijken van innovatie.*

De huidige regels voor experimenten en daarnaast de mogelijkheid van het vaststellen van een facultatieve prestatie bieden weliswaar ook mogelijkheden voor de bekostiging van maatwerk en innovatie. Deze instrumenten blijven beschikbaar. Daarnaast hebben deze instrumenten in een aantal gevallen ook hun beperkingen. Deze beperkingen doen zich bijvoorbeeld voor wanneer de prestaties bij de facultatieve prestaties en experimenten moeten passen binnen vooraf door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen of nog door haar als prestatiebeschrijvingen moeten worden vastgesteld. De voorlopig vrije prestatie is een nieuw instrument in de Wmg die ook voorziet in de mogelijkheid van innovatie en maatwerk, via een laagdrempelige en snelle procedure. Het evaluatie-rapport van de NZa over 2014–2017 van AEF laat zien dat een aantal partijen hebben aangegeven dat het te lang duurt om wijzigingen in prestaties van de grond te krijgen.<sup>8</sup> Ook wordt gesignaleerd dat de instrumenten voor het aanjagen van innovatie niet het gehoopte effect

<sup>8</sup> Zie voetnoot 7.



hebben en dat innovaties daardoor onvoldoende van de grond komen. Een aantal partijen vindt dat de aanvraagprocedure voor kleinschalige experimenten een te lange doorlooptijd heeft en te veeleisend is voor de indieners.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen op welke wijze geborgd wordt dat door het vrijstellen van tarieven daadwerkelijk zal worden gekozen voor innovatieve contracten en experimenten.*

Met de derde nota van wijziging blijft de reguliere prestatie- en tariefregulering in stand. Wanneer de huidige prestatie- en tariefregulering innovatieve zorg en maatwerk belemmert, kan naast andere reeds bestaande prestaties worden gekozen voor de voorlopig vrije prestatie in geval een zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar overeenstemming hebben over een innovatieve prestatie die daadwerkelijk inhoudelijk afwijkt van de reguliere prestatiebeschrijvingen (en mits de zorgvorm is opgenomen in de ministeriële regeling). De ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder sluiten dan een overeenkomst over de te leveren zorg.

*De leden van de GroenLinks fractie vragen welke criteria zullen gelden om wel of niet een volledig dekkende beschikbaarheidsbijdrage te krijgen.*

Bij de keuze om een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen die volledig of gedeeltelijk kostendekkend is, wordt gekeken in hoeverre de zorg kan worden bekostigd met de al geldende tarieven. In bepaalde gevallen is het niet mogelijk een actueel beeld te krijgen van wat het niveau is van een vergoeding voor een redelijke exploitatie van de zorgaanbieder. Niet alle kosten hoeven te worden gedekt door een beschikbaarheidsbijdrage. Het gaat dan om kosten voor bepaalde voorzieningen, werkzaamheden of functies, met inbegrip van overige opbrengsten of inkomsten die hieraan zijn verbonden. De regering vindt dat dit afhangt van het soort en de aard van de voorzieningen, de werkzaamheden of de functies. Hierbij speelt de praktische uitvoerbaarheid van het bepalen van kostendekkendheid en de beschikbaarheid van historisch cijfermateriaal een rol waardoor het mogelijk wordt om te bepalen welke bijdrage toereikend is voor een redelijke exploitatie van de zorgaanbieder.

*De leden van de GroenLinks fractie vragen wat het gevolg zal zijn als de zorgaanbieder zelf door middel van een kostenonderzoek aantoont dat de kosten daadwerkelijk hoger zijn.*

Als een zorgaanbieder van mening is dat de beschikbaarheidsbijdrage onvoldoende is om de betreffende voorzieningen, werkzaamheden of functie beschikbaar te houden, kan deze zorgaanbieder dit aanvoeren bij de aanvraag. De NZa neemt vervolgens een besluit waartegen eventueel rechtsmiddelen kunnen worden aangewend. Indien er een deugdelijk kostenonderzoek van de zorgaanbieder voorligt, kan de NZa dit kostenonderzoek mogelijk gebruiken bij een herijking van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage.

*De leden van de GroenLinks fractie vragen wanneer het voldoende aannemelijk is dat er geen ondercompensatie plaatsvindt.*

De NZa herijkt periodiek de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage door middel van een kostenonderzoek. Dit verkleint het risico op ondercompensatie. Bij de herijking wordt afstemming gezocht met de betrokken partijen over de actualiteiten en ontwikkelingen sinds de laatste herijking. Er kunnen kosten bij zijn gekomen, maar ook kosten zijn vervallen door bijvoorbeeld een efficiëntere manier van werken. In het kader van de Europese staatssteunregels moet vaststaan dat er geen sprake is van

overcompensatie. Overcompensatie moet worden terugbetaald. De hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage komt tot stand via een zorgvuldige procedure waar partijen zelf bij betrokken zijn. Het is daarom aannemelijk dat noch sprake is van ondercompensatie, noch van overcompensatie. Zoals eerder beschreven kunnen partijen ervoor kiezen om een eigen kostenonderzoek uit te voeren dat mogelijk kan aantonen dat de beschikbaarheidsbijdrage in hun geval mogelijk niet kostendekkend is.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering kan ingaan op de zorgen van de NZa, ZN en ZiN over hoe zorgverzekeraars en zorgkantoren de rechtmatigheid van verzekerde zorg kunnen blijven vaststellen.*

Als gezegd regelt de derde nota van wijziging in het wetsvoorstel de vervanging van het gebodstelsel door het huidige verbodstelsel. De door de NZa, ZN en ZiN aangegeven zorgen met betrekking tot het afschaffen van de prestatievereiste zijn daarmee niet langer actueel.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering kan ingaan op de zorg van ZN dat de invulling van de terugvalprestatie niet helder is en niet bekend is hoe een terugvalprestatie de nadelige effecten van prestatieregulering weg zal nemen.*

Het wetsvoorstel regelt met de derde nota van wijziging geen separate terugvalprestaties meer. De voorgestelde handhaving van het verbodstelsel betekent dat de zorgaanbieder de toepasselijke prestatiebeschrijvingen van de NZa moet gebruiken. De voorgestelde regeling van de voorlopig vrije prestatie bevat het vereiste van een overeenkomst van de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar.

De derde nota van wijziging regelt ook de mogelijkheid om via het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer WMG (Bub WMG) een vorm van zorg voor onbepaalde tijd vrij te stellen van prestatie- en tariefregulering. Het Bub WMG kan op basis van het voorgestelde tweede lid van artikel 2 van de Wmg wel een overeenkomst met een ziektekostenverzekeraar als voorwaarde stellen voor de vrijstelling van de prestatie- en tariefregulering van de Wmg. De vrijstelling van de prestatie- en tariefregulering geldt niet zonder overeenkomst met een ziektekostenverzekeraar. De zorgaanbieder moet dan de prestatiebeschrijvingen van de NZa hanteren en valt dus terug op de reguliere prestatie- en tariefregulering. De hiervoor genoemde wijzigingen van het wetsvoorstel nemen deze zorg van ZN weg.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering de implicaties van het wetsvoorstel voor de rechtmatigheid van zorg en functioneren van de risicoverevening uiteen kan zetten.*

Als gezegd regelt de derde nota van wijziging in het wetsvoorstel de vervanging van het gebodstelsel door het huidige verbodstelsel. De implicaties met betrekking tot de risicoverevening zijn daarmee niet langer actueel.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering kan aangeven wat de status is van het schottenoverstijgend experiment dat de voormalige Minister is gestart om de effecten van de wetswijziging in kaart te brengen.*

In de nota naar aanleiding van het verslag bij het wetsvoorstel heeft mijn ambtsvoorganger aangegeven dat zij voornemens was om een of enkele experimenten met vrije prestaties te starten om partijen meer ruimte te

bieden in de bekostiging<sup>9</sup>. Deze toezegging was gesteld in het kader van de omslag naar het gebodstelsel. Nu met de derde nota van wijziging deze omslag ongedaan wordt gemaakt, komt deze toezegging te vervallen. Daarnaast is door mijn ambtsvoorganger een nader onderzoek naar de mogelijkheden en toegevoegde waarde van een schottenoverstijgend experiment toegezegd<sup>10</sup>. De introductie van de voorlopig vrije prestatie in de derde nota van wijziging biedt ook de mogelijkheid om – onder voorwaarden – zorg over de schotten heen te leveren; ook deze toezegging komt daarmee te vervallen.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering erkent dat de zorginkoop op dit moment voornamelijk wordt bepaald door marktmacht en andere prikkels zoals prijs, maar dat kwaliteit geen rol speelt.*

Kwaliteit speelt wel degelijk een rol in de praktijk bij de zorginkoop. Ziektekostenverzekeraars zijn verantwoordelijk voor zorginkoop van zorg die betaalbaar en van goede kwaliteit is. De regering draagt daarvoor ook verantwoordelijkheid. Deze verantwoordelijkheid neemt de regering door het scheppen van (wettelijke) randvoorwaarden ten aanzien van onder meer goed bestuur, verantwoorde zorg, bekostiging en de zorgplicht. Daarnaast is voorzien in actief toezicht op de zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars door de NZa en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Zorginkoop is een factor die bijdraagt aan goede en betaalbare zorg in Nederland.

*De leden van de SP-fractie vragen of het dereguleren van tarieven een toename van de willekeur bij zorginkoop betekent.*

Het vrijgeven van de tarieven vindt ook onder de huidige Wmg plaats door vaststelling van de tariefsoort vrij tarief. De vigerende tariefregulering bestaat vrijwel uitsluitend uit maximumtarieven die tariefruimte creëren. De zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar kunnen bij een tariefsoort maximumtarief geen hoger tarief maar wel een lager tarief overeenkomen. Ik heb geen aanwijzingen dat het vrijlaten van tarieven een toename van de willekeur bij zorginkoop tot gevolg heeft.

*De leden van de SP-fractie vragen naar het draagvlak van het wetsvoorstel gezien de conclusie uit de uitvoeringstoets van de NZa, dat het draagvlak voor experimenten met vrije prestaties in de zorg beperkt is en zorgaanbieders en consumentenorganisaties vooral nadelen en uitvoeringsproblemen zien.*

Ik verwacht dat de wijzigingen in de derde nota van wijziging voor meer draagvlak zullen zorgen voor het wetsvoorstel, aangezien hiermee wordt vastgehouden aan het huidige systeem van prestatieregulering terwijl toch ruimte voor sneller maatwerk en innovatie wordt gecreëerd.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering kan ingaan op de conclusie uit de uitvoeringstoets dat de prestaties die de NZa vaststelt door partijen veelal niet als knellend voor innovatie worden ervaren.*

De huidige regels voor experimenten en daarnaast de mogelijkheid van het vaststellen van een facultatieve prestatie bieden weliswaar mogelijkheden voor de bekostiging van maatwerk en innovatie, maar kennen in een aantal gevallen ook hun beperkingen. Deze beperkingen doen zich bijvoorbeeld voor wanneer de prestaties bij de facultatieve prestaties en experimenten moeten passen binnen vooraf door de NZa vastgestelde

<sup>9</sup> Kamerstukken II 2016/17, 34 445, nr. 6.

<sup>10</sup> Kamerstukken II 2016/17, 31 765, nr. 243.

prestatiebeschrijvingen of nog door haar als prestatiebeschrijvingen moeten worden vastgesteld. De voorlopig vrije prestatie is echter een nieuw instrument in de Wmg en dit instrument voorziet ook in de mogelijkheid van innovatie en maatwerk, via een laagdrempelige en snelle procedure.

*De leden van de SP-fractie vragen waarom na de conclusies uit de uitvoeringstoets van de NZa alsnog is overgegaan tot massale deregulering, of de regering tussentijds met partijen heeft gesproken en welke specifieke knelpunten met deze wetswijziging worden opgelost. Voort vragen de leden naar de toegevoegde waarde van de deregulering in het licht van lopende experimenten, of het hanteren van de status quo niet effectiever is en of de noodzaak tot deregulering kan worden toegelicht. Ook vragen de leden van de SP-fractie of uitgebreid met zorgaanbieders en patiënten wordt gesproken alvorens over te gaan tot deregulering en hoe patiënt, zorgaanbieder en zorgverzekeraar worden meegenomen in deze beslissing. Tevens vragen deze leden de regering of, in het geval van verdeeldheid onder de belanghebbenden, via de rechter kan worden afgedwongen dat deregulatie in een bepaalde sector moet plaatsvinden. Daarnaast vragen de leden om een toelichting op de juridische waarde van het uitgangspunt van de wet, waarin wat betreft deregulering het «nee, tenzij»-principe plaats heeft gemaakt voor «ja, mits».*

Op basis van gesprekken met en signalen uit zowel de Tweede Kamer als van veldpartijen is de omslag naar een gebodstelsel heroverwogen en wordt voorgesteld vast te houden aan het huidige verbodstelsel. De beantwoording van de bovenbedoelde vragen is daarmee niet meer actueel.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering kan reageren op de uitvoeringstoets van de NZa waarin wordt vastgesteld dat voor zover er wel knelpunten zijn ten aanzien van passende prestaties voor innovaties, deze liggen op het terrein van samenwerking over de financieringsschotten heen.*

Met de derde nota van wijziging kan een oplossing worden geboden voor samenwerking over financieringsschotten van de Zvw en de Wlz heen door middel van de voorlopig vrije prestatie, mits deze zorgvormen zijn opgenomen in een ministeriële regeling en, bij financiering over de domeinen heen, de cliënt over een Wlz-indicatie beschikt. Vervolgens moeten de betrokken zorgverzekeraar en de Wlz-uitvoerder afspraken maken over de bekostiging en de financiering van de voorlopig vrije prestatie. De NZa kan hierbij verplichten om op de declaratie aan te geven welk deel voor wiens rekening komt (het voorgestelde artikel 50, lid 10, sub e en artikel 54 van de Wmg). Bij het opstellen van een ministeriële regeling zullen deze (on)mogelijkheden worden onderzocht.

*De leden van de SP-fractie vragen hoe de regering ervoor gaat zorgen dat de in de uitvoeringstoets opgebrachte knelpunten wel worden aangepakt. Tevens vragen zij hoe de regering gaat zorgen dat substitutie en samenwerking bereikt wordt via het vrijgeven van tarieven en prestaties.*

Van het vrijgeven van prestaties en tarieven is door het terugdraaien van de omslag naar het gebodstelsel niet langer sprake. Met de komst van de voorlopige vrije prestatie wordt wel een extra innovatie- en maatwerkinstrument gerealiseerd. Dit instrument kan bovendien bijdragen aan samenwerking tussen de domeinen (Zvw en Wlz, mits de cliënt over een Wlz-indicatie beschikt). Daarnaast kan de voorlopig vrije prestatie een bijdrage leveren aan substitutie (Juiste Zorg op de Juiste Plek»), omdat het instrument nieuwe innovatieve zorg kan faciliteren. Tot slot geldt in

meer algemene zin voor de voorlopig vrije prestatie dat deze alleen tot stand komt wanneer ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders samenwerken.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering concrete voorbeelden kan geven van vormen van zorginnovatie waar zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars recent zijn aangelopen tegen de belemmering van vaste tarieven.*

Er zijn geen concrete voorbeelden wat betreft de belemmering van vaste tarieven. Aangegeven wordt dat de problemen ook niet zozeer worden ervaren in de vaste tarieven, maar eerder in de prestatiebeschrijvingen. Als eerder opgemerkt: naast de vaststelling van de tariefsoort vrij tarief bestaat de vigerende tariefregulering bovendien vrijwel uitsluitend uit maximumtarieven.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering kan reageren op de uitvoeringstoets waarin wordt gesteld dat de zorgverzekeraars aangeven dat het praktisch niet haalbaar is om bij verschillende zorgaanbieders te onderhandelen over verschillende prestaties.*

Met de introductie van de voorlopig vrije prestatie blijft de onderhandeling beperkt tot een onderhandeling over alleen de (nieuwe) voorlopig vrije prestatie. Voor het overige blijven de door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen en tarieven bestaan. De zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar hoeven hier dus niet over te onderhandelen.

*De leden van de SP-fractie vragen wat de invloed is van het gedeeltelijk dereguleren van de zorg op het toezicht van de NZa.*

In antwoord op eerdere vragen is reeds aangegeven dat de derde nota van wijziging voorziet in de vervanging in het onderhavige wetsvoorstel van het gebodstelsel door het huidige verbodstelsel. De derde nota van wijziging introduceert een regeling voor de voorlopig vrije prestaties in het wetsvoorstel. De NZa heeft voor wat betreft de regeling van de voorlopig vrije prestaties een separate uitvoerbaarheids- en handhaafbaarheidstoets uitgevoerd. Voor de toelichting op deze toets wordt verwezen naar de toelichting bij de derde nota van wijziging. Daarnaast zal de NZa bij een concept ministeriële regeling voor de voorlopig vrije prestatie worden gevraagd om een uitvoerbaarheids- en handhaafbaarheidstoets uit te voeren.

*De leden van de SP-fractie vragen of de verschuiving van toezicht richting transparantieverplichtingen reeds ingezet worden.*

Er zijn de afgelopen jaren belangrijke stappen gezet op het vlak van transparantie. Bijvoorbeeld de transparantieverplichtingen rondom wachttijden, de regeling over transparantie van het contracteerproces en toezichtactiviteiten rondom de overstapperiode.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering nader uiteen kan zetten op welke wijze de zorgverzekeraars de risico's beheersen omtrent (volume)prikkels en financiën bij deelname aan een experiment.*

De risicodragers van een experiment zijn de zorgverzekeraars zelf. Hoe daarmee wordt omgegaan, is aan de zorgverzekeraars.

*De leden van de SP-fractie vragen hoe zeker kan worden vastgesteld of aan de voorwaarden voor het dereguleren van markten, te weten de contracteergraad en voldoende evenwicht tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, is voldaan.*

Ik stel in de derde nota van wijziging voor om vast te houden aan het huidige verbodsstelsel. Dit betekent dat het in rekening brengen van een tarief voor een prestatie door een zorgaanbieder in beginsel slechts mogelijk blijft, nadat de NZa een prestatiebeschrijving en tarief heeft vastgesteld. In de derde nota van wijziging introduceer ik daarnaast een nieuw instrument; de voorlopig vrije prestatie. Dit instrument maakt ruimte voor zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars om via een laagdrempelige procedure meer en snel maatwerk en innovatieve zorg te leveren aan de cliënt of patiënt. De ministeriële regeling regelt voor welke vormen van zorg een voorlopig vrije prestatie geldt.

*De leden van de SP-fractie vragen naar een uiteenzetting over wat de toename van niet-gecontracteerde zorgmedewerkers zegt over het huidige machtsevenwicht tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Deze leden stellen dat in bepaalde sectoren de macht van zorgverzekeraars zo groot is dat zorgverleners ervoor kiezen ongecontracteerd te gaan werken en vragen wat dit zegt over de machtsbalans tussen zorgverleners en zorgaanbieders.*

Contractering is het vehikel voor ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders om afspraken te maken over doelmatigheid, kwaliteit, prijs, innovatie, organiserend vermogen en de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Dat maakt contractering een complex proces waarbij het machtsevenwicht sterk kan verschillen per sector. In de brief aan de Tweede Kamer van 9 november 2018 wordt geconstateerd dat in het huidige contracteerproces nog vaak onvoldoende contact en onvoldoende begrip is tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.<sup>11</sup> Voor de verdere stappen die door partijen worden gezet om deze problematiek aan te pakken wordt verwezen naar de genoemde Kamerbrief en de daaropvolgende monitor zorginkoop wijkverpleging 2019<sup>12</sup> en monitor contractering ggz 2019.<sup>13</sup>

*De leden van de SP-fractie menen dat een actieve rol van de overheid nodig is om evenwicht tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars te bewerkstelligen en vragen of dit niet lijnrecht ingaat tegen deregulering.*

Als eerder opgemerkt is van het vrijgeven van prestaties en tarieven niet langer sprake nu het uitgangspunt blijft dat er pas een tarief voor een prestatie in rekening kan worden gebracht, nadat de NZa een prestatiebeschrijving heeft vastgesteld (verbodsstelsel). De overheid behoudt dus een actieve rol bij het continueren van een evenwicht tussen zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars.

*De leden van de SP-fractie vragen hoe contractering in een gedereguleerde sector met vrije tarieven en prestaties precies zal gaan werken tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder en hoe de patiënt betrokken wordt.*

Als gezegd maakt de voorlopig vrije prestatie ruimte voor zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars om via een laagdrempelige procedure meer en snel maatwerk en innovatieve zorg te realiseren voor de cliënt of patiënt. Onder voorwaarden kunnen ziektekostenverzekeraars en

<sup>11</sup> Kamerstukken II 2018/19, 29 689 nr. 941.

<sup>12</sup> Bijlage bij Kamerstukken II 2018/19, 29 689, nr. 984.

<sup>13</sup> Bijlage bij Kamerstukken II 2018/19, 25 424, nr. 462.

zorgaanbieders binnen het stelsel onderhandelen over een voorlopig vrije prestatie.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering de stelling van het adviesbureau AEF, die aangeeft dat prestaties nu amper een rol spelen bij contractering, nader kan toelichten.*

Ziektekostenverzekeraars zorgen voor de inkoop en dus de contractering. In bepaalde sectoren spelen de prestaties een grote rol in de contractering, in andere sectoren minder. Hier hebben ziektekostenverzekeraars vrijheid in, zolang de zorgaanbieder bij de declaraties de toepasselijke door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen hanteren.<sup>14</sup> Ziektekostenverzekeraars moeten prijzen afspreken met zorgaanbieders voor de overeengekomen te leveren prestaties.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering kan ingaan op de bedoeling van het gebruik van prestaties.*

De bedoeling van prestatiebeschrijvingen is onder meer herkenbare en duidelijke (declaratie-) eenheden binnen de zorg of van het traject van zorg die een cliënt heeft ontvangen. Deze prestatiebeschrijvingen hebben als doel uniformiteit en vergelijkbaarheid. Het is dan duidelijk voor de cliënt of patiënt wat hij of zij krijgt, voor de zorgaanbieder wat zij moet leveren en daarnaast ook wat moet worden betaald. Prestatiebeschrijvingen kunnen soms ook zijn bedoeld om bijvoorbeeld kwaliteit, toegankelijkheid, doelmatigheid en betaalbaarheid of innovatie te bevorderen.

*De leden van de SP-fractie vragen of gedifferentieerd kan worden in regulering per sector omdat deregulering mogelijk verschillend uit kan pakken per beroepsgroep. Voorts vragen zij hoe binnen een sector gedeeltelijk gedereguleerd en gedeeltelijk gereguleerd wordt en wat de gevolgen zijn van een gedeeltelijke deregulering.*

De voorgestelde continuering van het huidige verbodsstelsel betekent dat een zorgaanbieder in beginsel slechts een tarief in rekening kan brengen voor een prestatie nadat de NZa daarvoor een prestatiebeschrijving heeft vastgesteld. Het nieuwe instrument van de voorlopig vrije prestatie stelt de zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars in staat om meer en snel maatwerk en innovatieve zorg te realiseren voor cliënt of patiënt. De voorlopig vrije prestatie kan overigens wel per sector, dan wel vorm van zorg, ingevoerd worden in verschillende ministeriële regelingen waarin ruimte is voor differentiatie. De vrijstelling van de prestatie- en tariefregulering voor onbepaalde tijd via het Bub WMG, biedt ook ruimte voor differentiatie. De derde nota van wijziging voegt in het wetsvoorstel de mogelijkheid toe om aan een vrijstelling de voorwaarde te stellen van een overeenkomst van de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar. Het vrijgeven van prestaties betekent dat de prestatieregulering van de NZa en daarmee ook de tariefregulering niet van toepassing is op de betrokken prestaties.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering het wenselijk acht dat er een wildgroei ontstaat aan verschillende soorten bekostiging en hoe de regering dit gaat voorkomen.*

De handhaving van het huidige verbodsstelsel heeft tot gevolg dat de zorgaanbieder de door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen moet hanteren bij het in rekening brengen van een tarief. Een voorlopig vrije

<sup>14</sup> Zie het huidige artikel 35, eerste lid, onderdelen c en d van de Wmg.

prestatie houdt een vrijstelling van de prestatieregulering in voor een bepaalde periode, na melding aan de NZa. Indien de voorlopig vrije prestatie in de praktijk succesvol werkt, kan de NZa besluiten deze prestatie als prestatiebeschrijving vaststellen. De prestatie maakt daarmee weer deel uit van de reguliere prestatieregulering. Daardoor wordt wildgroei van verschillende soorten bekostiging voorkomen.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering meer duidelijkheid kan geven over de wijze waarop de NZa de terugvalprestatie vaststelt en welke voorwaarden daaraan zijn verbonden. Tevens vragen zij of de terugvalprestatie voor de hele sector geldt of dat deze per aanbieder wordt vastgesteld. Zij vragen of iedere aanbieder zich op de terugvalprestatie kan beroepen en of een zorgverzekeraar verplicht is een contract aan te gaan op basis van terugvalvoorwaarden.*

Het wetsvoorstel regelt met de derde nota van wijziging geen separate terugvalprestaties meer. De beantwoording van de bovenbedoelde vragen heeft dan ook haar belang verloren.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering specifiek kan ingaan op hoe het vrijgeven van de tarieven bij tandartsen is verlopen. Voorts vragen zij of de regering erkent dat in de mondzorg de tarieven snel stegen toen ze werden vrijgegeven en wat de oorzaak was van het stijgen van de tarieven.*

Het desbetreffende experiment voor de mondzorg betrof vrije tarieven en niet vrije prestaties. De aanbieders van mondzorg moesten in het experiment de door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen hanteren bij het in rekening brengen van een tarief. Mijn ambtsvoorganger heeft in twee kamerbrieven een toelichting gegeven op de stijging van de tarieven en de marktscans van de NZa.<sup>15</sup> Ik verwijs dan ook voor de verdere beantwoording van de bovenbedoelde vragen naar die brieven.

*De leden van de SP-fractie vragen hoe de regering gaat voorkomen dat de tarieven snel stijgen wanneer de tarieven worden vrijgelaten.*

Bij een beslissing over het loslaten van de prestatie- en tariefregulering wordt gezien of de desbetreffende vorm van zorg daar klaar voor is. Het gedrag van zorgaanbieders op de zorgverleningsmarkt en het gedrag van ziektekostenverzekeraars en cliënten/patiënten op de zorginkoopmarkt vormen daarbij belangrijke aandachtspunten. Een te verwachten buitensporige stijging van de tarieven kan tot de conclusie leiden dat de desbetreffende vorm van zorg (nog) niet in aanmerking komt voor een voorlopig vrije prestatie.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering kan ingaan op de huidige situatie van fysiotherapeuten, waar de vrije tarieven hebben geleid tot te lage tarieven.*

De Minister voor Medische Zorg heeft bij brief van 17 april 2019 de NZa-monitor «Paramedische zorg, overzicht van de ontwikkelingen 2012–2018» aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal aangeboden.<sup>16</sup> De monitor schetst een gedifferentieerd beeld. De paramedische sector is de afgelopen jaren in omvang (zowel patiënten als zorgkosten) toegenomen. Tarieven zijn ook gestegen, echter minder dan de sectorbrede indexatiecijfers die de NZa hanteert. Op 16 mei 2019 heeft de Minister voor Medische Zorg de Tweede Kamer geïnformeerd over het onderhande-

<sup>15</sup> Kamerstukken II 2011/12, 32 620, nr. 66 en Kamerstukken II 2013/14, 32 620, nr. 112.

<sup>16</sup> Kamerstukken II 2018/19, 33 578, nr. 62 met bijlage.



laarsakkoord voor de bestuurlijke afspraken paramedische zorg voor de periode 2019–2022.<sup>17</sup>

*De leden van de SP-fractie vragen wie garandeert dat de vrije tarieven kostendekkend zijn. Voorts vragen de leden of de regering vreest dat de tarieven minder vaak kostendekkend zullen zijn wanneer de hoogte van de tarieven aan de markt worden overgelaten.*

De zorgaanbieders en de ziektekostenverzekeraars onderhandelen bij gecontracteerde zorg over de tarieven. Dit is zowel bij vrije tarieven als bij (de meeste) gereguleerde tarieven het geval. Eerder is aangegeven dat de vigerende tariefregulering vrijwel uitsluitend uit maximumtarieven bestaat. De zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar kunnen bij een tariefsoort maximumtarief geen hoger tarief maar wel een lager tarief overeenkomen. Een zorgaanbieder zal niet structureel verlieslatend zorg kunnen en willen leveren. Bij een beslissing tot het vrijgeven van prestaties en tarieven wordt bezien of de desbetreffende vorm van zorg daar klaar voor is. Ik heb dan ook geen aanwijzingen dat bij de tariefsoort vrij tarief de overeengekomen tarieven minder vaak kostendekkend zullen zijn.

*De leden van de SP-fractie vragen of het vrijlaten van tarieven een verschillend effect zal hebben voor mensen met een restitutie- of naturapolis en hoe de tarieven van ongecontracteerde zorgaanbieders worden vastgesteld als de tarieven worden vrijgelaten. Tevens vragen deze leden wat het effect van deregulering op de DBC/DOT-systematiek zal zijn en welke partij zal toezien op de «redelijkheid van tarieven».*

Voor een deel van de prestaties onder DBC/DOT-systematiek geldt de tariefsoort maximumtarief en voor het andere deel de tariefsoort vrij tarief. Het wetsvoorstel heeft met het behoud van het huidige verbodsstelsel geen gevolgen voor de DBC/DOT-systematiek. De NZa blijft derhalve DBC's/DOT's als prestatiebeschrijvingen vaststellen. De derde nota van wijziging regelt de handhaving van het huidige verbodsstelsel en introduceert de regeling van de voorlopig vrije prestaties in het onderhavige wetsvoorstel. Voor de voorlopig vrije prestatie is een overeenkomst tussen ziektekostenverzekeraar en zorgaanbieder nodig. Het ligt voor de hand dat de voorlopig vrije prestatie om deze reden wordt toegepast door zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars die contracteren in het kader van de naturapolis.<sup>18</sup> Ongecontracteerde zorgaanbieders kunnen dan ook geen gebruik maken van de voorlopig vrije prestatie: voor hen gelden de door de NZa vastgestelde reguliere prestaties en tarieven. Pas wanneer een eerdere voorlopige vrije prestatie via de gangbare wegen in de reguliere tarief- en prestatieregulering terecht komt, kunnen ongecontracteerde zorgaanbieders op basis van de nieuwe prestatie declareren.

*De leden van de SP-fractie vragen of er volgens de regering een link is tussen het gebrek aan bereidheid om de tarieven in de verpleeghuiszorg op dit moment te verhogen en de deregulering van de tarieven in de zorg.*

De door de leden van de SP-fractie veronderstelde link bestaat niet. Ik heb bij brief van 21 mei 2019 de tweede voortgangsrapportage voor het programma «Thuis in het verpleeghuis» aangeboden.<sup>19</sup> Ik ga daarin op de

<sup>17</sup> Kamerstukken II 2018/19, 33 578, nr. 64 met bijlage.

<sup>18</sup> Ook bij restitutiepolicen/restitutie-aanspraken kan sprake zijn van contractering tussen ziektekostenverzekeraar en zorgaanbieder.

<sup>19</sup> Kamerstukken II 2018/19, 31 765, nr. 411.

ingroei van de extra middelen voor de verpleeghuiszorg in de tarieven.<sup>20</sup> De daarbij gegeven toelichting maakt duidelijk dat de prestaties en de tarieven voor verpleeghuiszorg gereguleerd blijven.

*De leden van de SP-fractie vragen om een reactie op hun vrees dat deregulering van tarieven tot schaalvergroting leidt, omdat zorgaanbieders hun macht willen vergroten ten opzichte van de zorgverzekeraar.*

Met de derde nota van wijziging wordt de omslag van een verbodsstelsel naar een gebodsstelsel teruggedraaid in het onderhavige wetsvoorstel. De introductie van de voorlopig vrije prestatie biedt toch ruimte voor meer en snel maatwerk en innovatie. Een vereiste voor het gebruik van de voorlopig vrije prestatie is dat een zorgaanbieder en zorgverzekeraar samen een nieuwe prestatie overeenkomen. Zonder overeenkomst met een ziektekostenverzekeraar kan een zorgaanbieder de desbetreffende vorm van zorg leveren met hantering van de toepasselijke door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen. Bovendien zal, alvorens een vorm van zorg vrij te geven voor het gebruik van de voorlopig vrije prestatie per ministeriële regeling, worden bezien of een vorm van zorg hiervoor in aanmerking komt. Het aantal zorgaanbieders speelt een belangrijke rol bij de beslissing om een vorm van zorg al dan niet aan te wijzen voor de toepassing van de regeling voor de voorlopig vrije prestatie. Ik heb dan ook geen aanwijzingen dat de voorlopig vrije prestatie tot schaalvergroting zal leiden.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering het aannemelijk acht dat deregulering tot eenzelfde situatie kan leiden als in de Verenigde Staten waarin de grootste en machtigste zorgaanbieders totaalpakketten ontwikkelen en wat dit scenario zou betekenen voor machtsposities in de zorg.*

De handhaving van het huidige verbodsstelsel maakt dat het door de leden van de SP-fractie geschetste scenario zich niet zal voordoen.

*De leden van de SP-fractie vragen welke partij erop toe ziet dat er ondercompensatie noch overcompensatie plaatsvindt en wie controleert of deze beschikbaarheidsbijdrage uiteindelijk kostendekkend is.*

De NZa herijkt periodiek de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage door middel van een kostenonderzoek. Dit verkleint het risico op ondercompensatie. Bij de herijking wordt afstemming gezocht met de betrokken partijen over de actualiteiten en ontwikkelingen sinds de laatste herijking. Er kunnen kosten bij zijn gekomen, maar ook kosten zijn vervallen door bijvoorbeeld een efficiëntere manier van werken. In het kader van de Europese staatssteunregels moet vaststaan dat er geen sprake is van overcompensatie. Overcompensatie moet worden terugbetaald. De hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage komt tot stand via een zorgvuldige procedure waar partijen zelf bij betrokken zijn, daarom is het aannemelijk dat noch sprake is van ondercompensatie noch van overcompensatie. Zoals eerder beschreven kunnen partijen ervoor kiezen om een eigen kostenonderzoek uit te voeren dat mogelijk kan aantonen dat de beschikbaarheidsbijdrage in hun geval mogelijk niet kostendekkend is.

---

<sup>20</sup> Kamerstukken II 2018/19, 31 765, nr. 411, p. 9–11.

#### 4. Markttoezicht

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe het in de praktijk zal worden verzekerd dat de stem van de patiënt of cliënt als zwaarst zal wegen in de vrije afspraken tussen ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders.*

Het nieuwe voorgestelde instrument van de voorlopig vrije prestaties maakt het mogelijk meer en snel maatwerk en innovatieve zorg te realiseren voor de cliënt of patiënt. Het uitgangspunt is dat de patiënt of cliënt daarbij gebaat is. Bovendien kunnen verzekerden op verschillende manieren inspraak leveren op het (inkoop)beleid van de verzekeraar. Het bij koninklijke boodschap van 19 juni 2018 ingediende voorstel van wet tot wijziging van de Zorgverzekeringwet in verband met versterking van de invloed van verzekerden op de zorgverzekeraar (verzekerdeninvloed Zvw) (Kamerstukken 34 971) bestendigt deze invloed.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen wat de gevolgen zijn als blijkt dat het vrijstellen van tarieven een negatief effect heeft op bijvoorbeeld de toegankelijkheid van de zorg voor patiënten en hoe wordt voorkomen dat te hoge tarieven voor niet-gecontracteerde zorg worden gevraagd. Voorts vragen zij wat de mogelijke negatieve gevolgen kunnen zijn van het ontbreken van bestuurlijke handhavingsinstrumenten wanneer prestaties niet geleverd worden en of het klopt dat cliënten en patiënten afhankelijker worden van het optreden van de zorgverzekeraar wanneer de geleverde zorg niet voldoet aan de afgesproken prestaties.*

De door de leden van de GroenLinks-fractie genoemde risico's zullen zich als gevolg van de handhaving van het huidige verbodsstelsel niet niet meer voltrekken. De zorgaanbieders en de ziektekostenverzekeraars kunnen met het nieuwe instrument van de voorlopig vrije prestatie sneller en meer maatwerk en innovatie realiseren voor de cliënt of de patiënt. Inherent aan de voorlopig vrije prestatie is een vrij tarief. Verder is een voorwaarde voor de voorlopig vrije prestatie dat deze inhoudelijk afwijkt van de reguliere prestaties. In de praktijk betekent dit dat de voorlopig vrije prestatie dus innovatieve zorg en maatwerk faciliteert. De voorlopig vrije prestaties is niet van invloed op de toegang tot de bestaande prestaties; deze blijven behouden. Tot slot regelt de ministeriële regeling voor welke zorgvorm(en) de voorlopige vrije prestatie geldt. Zo kan, in samenwerking met het parlement via de voorhangprocedure, ruimte worden gecreëerd voor innovatieve zorg en maatwerk op de terreinen waar de overheid dit nodig vindt.

*De leden van de SP-fractie vragen wanneer fusies wenselijk zijn en of bepaalde sectoren worden afgebakend, of er kwaliteitscriteria zijn waaraan voldaan moet worden en of er een maximale schaal is.*

Fusies zijn wenselijk wanneer deze leiden tot een verbetering in de positie van patiënten en verzekerden, bijvoorbeeld als gevolg van lagere zorgkosten of betere kwaliteit van zorg. Het bestaande wettelijke instrumentarium in de Mededingingswet is erop gericht om fusies tegen te houden die tot een significante beperking van de mededinging leiden met als mogelijk gevolg een verslechtering van kwaliteit of een hogere prijs. In het fusietoezicht wordt gekeken naar de relevante sectoren, te weten de relevante geografische- en productmarkten, die daarvoor worden afgebakend. Naast het generieke concentratietoezicht zijn in de zorgspecifieke fusietoets enkele aanvullende criteria neergelegd. Zo worden voorgenomen zorgfusies getoetst op de continuïteit van cruciale zorg en de zorgvuldige betrokkenheid van cliënten, medewerkers en andere stakeholders.

In de brief aan de Tweede Kamer van 22 oktober 2018 heb ik een reactie gegeven op de inventarisatie van beleidssuggesties van de ACM, die zijn gedaan in afstemming met de NZa en de IGJ, voor inhoudelijke aanscherping van het fusietoezicht in de zorgsector.<sup>21</sup> Een van de door de toezichthouders geschetste beleidssuggesties was om fusies boven een bepaalde schaalgrootte te verbieden, tenzij er substantiële voordelen tegenover de fusie staan. Daarbij gaf de ACM aan dat voor een dergelijke toets wel objectieve en praktisch toepasbare criteria van schaalgrootte nodig zijn, die rekening houden met de verwevenheid van verschillende vormen van (complexe) zorg en ontwikkelingen in technologie, wetenschappelijke inzichten of demografie. Bij afwezigheid daarvan is er volgens de ACM geen objectieve grond voor een dergelijke toets. De regering is van mening dat het stellen van een algemene grens aan de grootte van zorginstellingen te veel nadruk legt op schaalgrootte ten opzichte van de publieke belangen inzake de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Daarnaast gaat het stellen van een generieke norm voorbij aan de complexiteit en de dynamische omstandigheden waarin zorginstellingen opereren.

*Voorts vragen de leden van de SP-fractie of de regering erkent dat bij de beoordeling van fusies meer criteria nodig zijn dan het handhaven van de regels van de markt en dat toegevoegde waarde voor de samenleving, ofwel het publieke belang, uiteindelijk de doorslaggevende factor moet zijn bij de beoordeling van fusies in de zorg.*

In het huidige fusietoezicht in de zorg wordt, in het kader van de zorgspecifieke fusietoets, getoetst op de continuïteit van cruciale zorg en de zorgvuldige betrokkenheid van stakeholders en, op grond van de Mededingingswet wordt getoetst op de mededinging, ofwel of er na een concentratie voldoende keuzemogelijkheden overblijven. Het fusietoezicht beoogt daarmee de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg te borgen. Het voorliggende wetsvoorstel laat ruimte om aanvullende eisen te stellen in de zorgspecifieke fusietoets met het oog op de publieke belangen in de zorg. Een inhoudelijke invulling van de zorgspecifieke fusietoets is gepast indien hiermee aanvullende waarborgen worden gecreëerd voor de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Tegelijkertijd dient het fusietoezicht ruimte te laten voor fusies die de belangen van patiënten en verzekerden dienen, bijvoorbeeld omdat zij kwaliteits- of kostenvoordelen met zich mee brengen of essentieel zijn bij het waarborgen van de continuïteit van zorg. Daarnaast moet het fusietoezicht praktisch en werkbaar zijn voor zowel partijen als toezichthouders. Dat vereist tevens dat objectieve, uitvoerbare en handhaafbare criteria worden gehanteerd. Zoals ook in de memorie van toelichting is opgemerkt, heeft ook de Afdeling advisering van de Raad van State eerder benadrukt dat een voorafgaande toetsing op bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg niet uitvoerbaar is bij het ontbreken van zinvolle beoordelingscriteria. Ik onderzoek momenteel de mogelijkheden om het fusietoezicht in de zorg aan te scherpen. Ik streef ernaar de Tweede Kamer in het najaar over de uitkomsten te informeren.

*De leden van de SP-fractie vragen waar de grens van zeven miljoen euro omzet en ten minste 500.000 euro omzet van één van de fusiepartners op is gebaseerd.*

Zoals in hoofdstuk 4.3.2 en 4.3.3 van het algemeen deel van de memorie van toelichting bij dit wetsvoorstel is toegelicht, blijkt dat de huidige drempel van vijftig personen die zorg verlenen in de praktijk discussie oplevert over hoeveel mensen daadwerkelijk zorg verlenen. Daarom is

<sup>21</sup> Kamerstukken II 2018/19, 34 445, nr. 13.

gekeken naar omzetrempels waarbij is getracht de feitelijke reikwijdte van het huidige artikel 49a van de Wmg niet substantieel te wijzigen. Uit een analyse van de NZa is gebleken dat de huidige drempel van vijftig personen afhankelijk van het type zorg correspondeert met sterk variërende omzetbedragen, waarbij de gemiddelde omzet circa € 7 miljoen vormt. Tevens is niet aannemelijk dat bij een omzetrempel van € 7 miljoen het aantal meldingen dat tot nu toe in het kader van de zorgspecifieke fusietoets is gedaan, substantieel wijzigt. Met het tweede drempelbedrag van € 500.000,- wordt beoogd zeer kleine transacties uit te zonderen van het zorgspecifieke concentratietoezicht, bijvoorbeeld de overname van een eenmanspraktijk. Deze wijziging draagt bij aan het beperken van de regeldruk en de efficiëntie van de toezichthouder.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering erkent dat fusies in de eerstelijnszorg hiermee onder de radar blijven en vragen om een argumentatie waarom dit wetsvoorstel niet is aangegrepen om de reikwijdte van het fusieverbod te vergroten.*

Zoals in het antwoord op de vorige vraag is beschreven, benaderen de voorgestelde omzetrempels voor de zorgspecifieke fusietoets de feitelijke reikwijdte van de oorspronkelijke drempel van vijftig werknemers die zorg verlenen. Deze drempelbedragen hebben als doel om relatief kleine concentraties in de zorg uit te zonderen zodat administratieve lasten voor partijen in de zorg en toezichtlasten bij de overheid worden beperkt. De reden voor het handhaven van de oorspronkelijke drempel is dat de lasten die de toets voor kleinere organisaties met zich zou meebrengen niet in verhouding zou staan tot het doel van de zorgspecifieke fusietoets. Bij de oorspronkelijke drempel van vijftig medewerkers is verondersteld dat er bij fusies waar die drempel niet gehaald werd voldoende contact is tussen het bestuur, de werkvloer en de cliënten, waardoor geborgd is dat hun belangen mee worden genomen in een concentratievoornemen. Ook het risico dat de bereikbaarheid van de cruciale zorgverlening »bij een concentratie met zo'n relatief kleine instelling in gevaar komt is dan minimaal. Ik zie daarom geen aanleiding voor uitbreiding van de reikwijdte van de zorgspecifieke fusietoets.

*De leden van de SP-fractie vragen om een inschatting van het aantal zorgaanbieders dat extra onder de fusietoets zal vallen nu de fusietoets ook gaat gelden voor ondernemingen die direct of indirect omzet uit de zorg halen.*

Dit betreft geen uitbreiding van de reikwijdte maar een verduidelijking die met name is bedoeld om te expliciteren dat ook een rechtspersoon die niet feitelijk zelf zorg verleent, maar die zeggenschap heeft over de zorgaanbieder die dat wel doet, onder het concentratietoezicht valt. Dit is gedaan vanwege het gebruik van de holdingstructuur bij grotere organisaties, waarbij een holdingvennootschap of een moederstichting direct of indirect zeggenschap heeft over dochtermaatschappijen waarin de zorgverlening plaatsvindt. Aangezien deze zorgaanbieders reeds onder de fusietoets vielen (behoudens de drempel uit het huidige artikel 49a van de Wmg) is de verwachting dat het aantal zorgaanbieders dat onder de fusietoets valt niet substantieel zal wijzigen.

*De leden van de SP-fractie verwelkomen de verplichting om in de concentratie-effectrapportage te motiveren welke alternatieven voor een fusie zijn afgewogen, maar vragen hoe de ACM vervolgens gaat beoordelen of deze afweging de juiste is en in hoeverre een onafhankelijke instantie nader onderzoek gaat doen naar mogelijke alternatieven voor een fusie.*

De verplichting om in de concentratie-effectrapportage te motiveren welke alternatieven voor een fusie zijn afgewogen heeft als doel te verzekeren dat partijen zich vooraf expliciet de vraag stellen of hun doelstellingen niet kunnen worden bereikt met minder vergaande vormen van samenwerking. De daadwerkelijke afweging tussen een fusie en alternatieven blijft bij de partijen zelf en het is dus niet de taak van de ACM om in haar toezicht de mogelijke alternatieven voor een fusie inhoudelijk te beoordelen.

*De leden van de SP-fractie vragen of de regering zich ervan bewust is dat veel zorginstellingen vrezen dat zij door samenwerking of afspraken kartelregels overtreden. Voorts vragen de leden wat de regering gaat doen om alternatieven voor fusies, zoals samenwerking actief te stimuleren.*

Het kabinet heeft er oog voor dat vrees voor overtreding van de Mededingingswet belemmerend kan werken bij de totstandkoming van samenwerking in de zorg. Daarom is ook in het Regeerakkoord het belang benadrukt dat het mededingingstoezicht daar rekening mee houdt. Dat gebeurt ook in de praktijk. Bij de ACM is de afgelopen jaren aanzienlijk geïnvesteerd in de verdere opbouw van kennis en capaciteit op het gebied van zorg en in voorlichting over de randvoorwaarden voor samenwerking. «Gezonde samenwerking in de zorg» was een van de zes hoofdthema's van de ACM Agenda 2016–2017. De ACM verschaft met algemene «Richtsnoeren voor de zorgsector» en met aanvullende voorlichting voor verschillende zorgsectoren inzicht in de wijze van toezicht. Zo heeft de ACM, juist ook om onnodige terughoudendheid voor samenwerking die in het belang is van patiënten en verzekerden te voorkomen, specifieke voorlichting geven voor de eerstelijnszorg («Uitgangspunten toezicht ACM op zorgaanbieders in de eerste lijn») en voor samenwerking bij de inkoop van geneesmiddelen («Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen medisch specialistische zorg»). Voor de ACM staat voorop dat wanneer partijen bij een samenwerking de belangen van patiënten en verzekerden centraal stellen, in veel gevallen de voordelen voor patiënten en verzekerden inderdaad zullen opwegen tegen de nadelen en de samenwerking dus niet in strijd is met de Mededingingswet. Het stimuleren van samenwerking op andere manieren dan door fusies gebeurt onder meer door de hierboven genoemde voorgestelde verplichting om in de concentratie-effectrapportage te motiveren welke alternatieven voor een fusie zijn afgewogen, zodat partijen zich vooraf expliciet de vraag stellen of hun doelstellingen ook kunnen worden bereikt met minder vergaande vormen van samenwerking. Daarnaast zal de ACM mede vanwege ontwikkelingen zoals «Juiste Zorg op de Juiste Plek» in het najaar een leidraad over samenwerking bij regionale herschikking publiceren.

*De leden van de SP-fractie vrezen op basis van hetgeen er in de memorie van toelichting staat dat er geen gebruik zal worden gemaakt van de mogelijkheid om bij ministeriële regeling nadere eisen te stellen bij de fusietoets en vragen om een reactie van de regering.*

Zoals toegelicht in een brief aan de Tweede Kamer van 22 oktober 2018 over ontwikkelingen in het fusietoezicht in de zorg, worden momenteel twee beleidssuggesties van de ACM, die zijn gedaan in afstemming met de NZa en de IGJ, onderzocht om tot afgewogen beleidsconclusies te komen over de wenselijkheid en haalbaarheid van mogelijke aanscherpingen van het fusietoezicht in de zorg.<sup>22</sup> Het kabinet streeft ernaar de Tweede Kamer medio 2019 over de uitkomsten en de conclusies te informeren.

<sup>22</sup> Kamerstukken II 2018/19, 34 445, nr. 13.

*De leden van de SP-fractie vragen de regering of zij erkent dat reeds is gebleken dat het reguliere fusietoezicht tekortschiet om de publieke belangen in de zorg te borgen, getuige de uitlatingen van de NZa en de ACM dat er bij het beoordelen van fusies meer naar de patiënt en inhoudelijk naar de kwaliteit van zorg gekeken moet worden. Voorts vragen de leden of de regering nader uiteen kan zetten op welke wijze publieke belangen in de beoordeling van een fusie kunnen worden meegewogen, of hier reeds indicatoren voor zijn ontwikkeld en wat de regering gaat doen om bij te dragen aan een goede borging van publieke belangen in de fusietoets.*

In het huidige fusietoezicht in de zorg wordt, in het kader van de zorgspecifieke fusietoets, getoetst op de continuïteit van cruciale zorg en de zorgvuldige betrokkenheid van stakeholders en, op grond van de Mededingingswet, wordt getoetst op de mededinging, ofwel of er na een fusie voldoende keuzemogelijkheden overblijven. Het fusietoezicht beoogt daarmee de publieke belangen inzake de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg te waarborgen. In de brief aan de Tweede Kamer van 22 oktober 2018 is toegelicht dat momenteel verschillende stappen worden gezet om het fusietoezicht te versterken.<sup>23</sup> Zo wordt met voorliggend wetsvoorstel geregeld dat de ACM integraal verantwoordelijk wordt voor het fusietoezicht in de zorg en worden partijen expliciet verplicht om in de concentratie-effectrapportage van de zorgspecifieke fusietoets te motiveren welke alternatieven voor een fusie zijn afgewogen. Daarnaast heeft de ACM op basis van haar onderzoeken aangekondigd binnen het fusietoezicht op grond van de Mededingingswet de aandacht voor concurrentierisico's van ziekenhuisfusies te verscherpen. Ten slotte onderzoekt het kabinet, zoals hierboven beschreven, twee beleidssuggesties van de ACM, die zijn gedaan in afstemming met de NZa en de IGJ, om het fusietoezicht te verscherpen waarbij voldoende ruimte blijft voor fusies die voordelen met zich meebrengen. Het kabinet streeft ernaar de Tweede Kamer in het najaar te informeren over de conclusies.

## **5. Regeldrukaspecten**

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe de regering tot de conclusie komt dat deregulering de potentie heeft om een grote verlichting van de lasten te zijn en welke partijen geconsulteerd zijn om tot deze conclusie te komen.*

De doorrekeningen van het effect van het wetsvoorstel op de administratieve lasten is gebaseerd op het rapport «Regeldruktoets wijziging Wmg» dat is uitgevoerd door SIRA consulting.<sup>24</sup> Door af te zien van de omslag naar een gebodsstelsel komen de regeldrukeffecten uit paragraaf 5.1.3 van de memorie van toelichting bij het onderhavige wetsvoorstel te vervallen.

## **6. Adviezen en consultaties**

*De leden van de GroenLinks-fractie lezen in de internetconsultatie dat er veel zorgen leven omtrent de volledige contracteerafhankelijkheid van zorgverleners wanneer verdere deregulering wordt nagestreefd. Deze leden delen de angst dat zorgverleners gedwongen zullen zijn de prioriteiten van de verzekeraar boven die van de zorg over de patiënt te stellen. De leden vragen of de regering erkent dat dit wetsvoorstel de marktmacht van zorgverzekeraars verder kan versterken.*

<sup>23</sup> Kamerstukken II 2018/19, 34 445, nr. 13.

<sup>24</sup> SIRA Consulting B.V. 13 juli 2015.

Dit wetsvoorstel versterkt de marktmacht van zorgverzekeraars niet. Om te beginnen is een vereiste voor het gebruik van de voorlopig vrije prestatie dat een zorgaanbieder en zorgverzekeraar sámen een nieuwe prestatie overeenkomen. Dit is geheel vrijblijvend, zonder overeenkomst kunnen de gangbare prestatiebeschrijvingen gehanteerd worden. Bovendien zal, alvorens een vorm van zorg vrij te geven voor het gebruik van de voorlopig vrije prestatie per ministeriële regeling, worden gezien of een vorm van zorg hiervoor in aanmerking komt. Hierbij wordt onder meer gekeken naar verschillende omstandigheden, waaronder bijvoorbeeld het aantal aanbieders.

*De leden van de fractie van GroenLinks vragen op welke wijze en op basis van welke criteria de ACM zal toetsen of zorgverzekeraars of zorgaanbieders zich in belangrijke mate onafhankelijk gedragen van elkaar of hun consumenten.*

De beoordeling of een partij zich in belangrijke mate onafhankelijk kan gedragen van concurrenten, leveranciers of afnemers is van belang bij het vaststellen van een economische machtspositie (op grond van de Mededingingswet) en van aanmerkelijke marktmacht (op grond van de Wmg). Een eerste aanknopingspunt voor het vaststellen van een economische machtspositie is om te kijken naar het marktaandeel van een marktpartij en de beschikbaarheid van alternatieven op die markt. Ook wordt er gekeken naar diverse andere factoren, zoals naar toetredingsdrempels en de onderlinge verhoudingen tussen bijvoorbeeld zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
H.M. de Jonge