

Vergaderjaar 2013–2014

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. 10

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET NADER VERSLAG

Ontvangen 21 november 2013

INHOUDSOPGAVE

I. ALGEMEEN	1
II. ARTIKELSGEWIJS	27

I. ALGEMEEN

Het Nederlandse zorgstelsel is in verandering. Nog niet aan alle voorwaarden voor een goed werkend zorgstelsel is voldaan. Zonder nadere regulering kan de kwaliteit en toegankelijkheid voor de patiënt in het gedrang komen. Het is van belang dat de overgang geleidelijk en naadloos is. Een te snelle overgang zou het zorgstelsel kunnen schaden, waardoor de Nederlandse overheid de kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg niet meer aan iedere burger zou kunnen garanderen. Op verschillende punten is daarom specifieke regulering nodig. Eén van die aanvullende reguleringsaspecten betreft het verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars (zoals bedoeld in de Zorgverzekeringwet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) en zorgaanbieders.

Het kabinet is van mening dat het samengaan van de rollen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders waarmee verticale integratie gepaard gaat, niet past binnen het zorgstelsel.

Daarom wil het kabinet integratie van zorgverzekeraars met zorgaanbieders – dat wil zeggen constructies waarin een zorgverzekeraar zeggenschap verkrijgt over de activiteiten van een zorgaanbieder dan wel constructies waarin een zorgverzekeraar als zorgaanbieder zelf zorg aanbiedt – voorkomen. Zonder zo'n «verbod van verticale integratie» zou het risico ontstaan dat de zorgverzekeraars de belangen van hun verzekerden minder objectief en optimaal behartigen.

De nadere vragen die de leden van diverse Tweede Kamerfracties over bovengenoemd wetsvoorstel en naar aanleiding van de nota naar aanleiding van het verslag¹ en bijbehorende nota van wijziging² hebben gesteld, heb ik met grote belangstelling gelezen. In het hiernavolgende zal ik deze beantwoorden. Bij de beantwoording van de vragen uit het nader verslag³ houd ik zoveel mogelijk de volgorde van de vraagstelling in het verslag aan.

De leden van de fractie van de PvdA hebben kennis genomen van de nota van wijziging en hebben nog enkele opmerkingen en vragen. De leden van deze fractie zijn verheugd dat de mogelijkheid gecreëerd wordt om de zorgautoriteit een ontheffing te laten verlenen van het verbod op verticale integratie, indien de aanvrager het aannemelijk maakt zonder deze ontheffing niet tot vernieuwingen of innovatie in de zorg te kunnen komen. Innovatie en vernieuwing in de zorg zijn van groot belang voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg. Deze leden zijn dan ook verheugd dat ik, door de voorgestelde wijziging, de mogelijkheid laat bestaan om tot vernieuwingen en innovaties op dit specifieke punt te komen. De leden van deze fractie vragen hoe ik deze ontheffing in gevallen van innovatie concreet voor mij zie.

Concreet denk ik aan de mogelijkheid dat een zorgverzekeraar bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een verzoek indient om zeggenschap te verwerven over een zorgaanbieder om vernieuwing in het aanbod te bewerkstelligen. Daarbij kan gedacht worden aan nieuwe behandelvormen, vernieuwingen ten behoeve van verbetering van kwaliteit of ten behoeve van verbetering van doelmatigheid. Met vernieuwing wordt hier specifiek bedoeld op de implementatie of toepassing van een product of behandeling met betere prestatiekenmerken. Ook kan het gaan om een nieuwe of verbeterde dienst aan de patiënt. Het kan daarbij gaan om technologische en niet-technologische vernieuwing in de human resources, werkmethoden of combinaties van deze. Deze mogelijkheid bestaat voor zowel de restitutie­zorgverzekeraar als voor de naturazorgverzekeraar. De NZa zal vervolgens een dergelijk ontheffingsverzoek beoordelen. De NZa toetst daarbij of de zorgverzekeraar voldoende aannemelijk kan maken dat de verticale integratie nodig is om vernieuwing van aanbod van zorg teweeg te brengen. De zorgverzekeraar zal een dergelijk verzoek dus voldoende gemotiveerd moeten indienen. De ontheffing wordt specifiek voor de betreffende zorgverzekeraar (en het betreffende onderdeel daarvan) afgegeven en geldt dan uitsluitend voor de desbetreffende verticale integratie. Er worden dus geen generiek geldende ontheffingen afgegeven. De geldigheid van de ontheffing is maximaal vier jaar en de ontheffing kan eenmaal verlengd worden. Verlenging is mogelijk indien de zorgverzekeraar tegen het einde van de eerste periode aannemelijk kan maken dat verlenging nodig is om de beoogde vernieuwing te vervolmaken.

De leden van de PvdA-fractie vragen inzicht te krijgen in de eisen die verbonden zijn aan deze ontheffing, en hoe wordt voorkomen dat onder het mom van vernieuwing eventueel onterecht ontheffingen worden verleend aan zorgverzekeraars?

De NZa zal elke aanvraag individueel toetsen. De eisen die gesteld worden aan het verlenen van de ontheffing zijn strikt. Ten eerste zal er sprake moeten zijn van een vernieuwing in het zorgaanbod. Hoewel vernieuwing op verschillende manieren bereikt kan worden, bijvoorbeeld door de

¹ Kamerstuk 33 362, nr. 7.

² Kamerstuk 33 362, nr. 8.

³ Kamerstuk 33 362, nr. 9.

implementatie van nieuwe technologie of door de implementatie van nieuwe werkmethode, werkt dit criterium enorm beperkend. Alle verticale integratie die niet bedoeld is om vernieuwing te creëren valt daar immers mee af. Indien een zorgverzekeraar een ziekenhuis zou overnemen omdat dat goed in het model van de zorgverzekeraar past, dan kan dat niet onder deze ontheffingsmogelijkheid geschaard worden. Ten tweede zal de zorgverzekeraar voldoende aannemelijk moeten maken dat de verticale integratie nodig is om de vernieuwing te bewerkstelligen. Dat wil zeggen dat de vernieuwing bij afwezigheid van de verticale integratie niet tot stand zal komen. Dit is een strenge eis die uitsluit dat er onterecht een ontheffing zou worden verleend.

De leden van de PvdA-fractie hebben gevraagd of ik inzicht kan geven in het aantal mensen dat aanspraak maakt op vergoedingen voor spoedeisende hulp in het buitenland, en welk percentage van deze aanspraken uiteindelijk hoger uitvalt dan het Nederlandse marktconforme tarief.

Ik beschik niet over de informatie om deze vraag met exacte cijfers te kunnen beantwoorden. Op dit moment zijn de buitenlandse zorguitgaven onderdeel van een Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) en ik verwacht dat dit onderzoek na afronding meer inzicht geeft, ook cijfermatig. Onder buitenlandse zorguitgaven wordt verstaan kosten die gemaakt worden door Zvw-verzekerden die gebruik maken van de European Health Insurance Card (EHIC) binnen Europa⁴, en landen waar een verdrag mee is, evenals door verzekerden rechtstreeks bij de Nederlandse zorgverzekeraar gedeclareerde kosten voor buitenlandse zorg. In 2012 was het kostenbeslag van de EHIC in het kader van de Zvw op kasbasis ca. € 51 mln. Omdat het gebruik van de EHIC is geclausuleerd voor niet uitstelbare zorg, mag ervan worden uitgegaan dat het hier om spoedzorg gaat. Bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) is een aantal gevallen bekend van verzekerden die geconfronteerd zijn met kosten van spoedzorg buiten Europa die beduidend hoger waren dan het Nederlandse marktconforme tarief en die het daar niet mee eens waren. In die gevallen hadden betrokkenen de meerkosten kunnen voorkomen door een aanvullende (reis)verzekering af te sluiten.

Vanuit het standpunt dat spoedeisende hulp buiten elke vorm van marktwerking of selectieve contractering moet worden gehouden hebben de leden van de PVV-fractie een aantal vragen gesteld. De leden van deze fractie willen graag weten hoeveel hoger de kosten voor spoedeisende hulp in het buitenland liggen, welk bedrag hier jaarlijks mee gemoeid is, of er sprake is van een stijgende trend, welke verzekerden het hier betreft en of hierin specifieke bevolkingsgroepen te onderscheiden zijn? Voorts hebben deze leden gevraagd om een uitgebreide analyse van spoedzorg in het buitenland.

In mijn wetsvoorstel is spoedzorg van meet af aan één van de uitzonderingen geweest op de toepassing van artikel 13 voor wat betreft selectieve contractering. Aan de wens van de PVV om spoedzorg buiten de selectieve contractering te houden komt het wetsvoorstel dus tegemoet, zij het dat – zoals ook voor de op restitutiebasis verzekerde zorg geldt – niet meer zal worden vergoed dan het in Nederland gebruikelijke tarief. Wat de spoedzorg in het buitenland betreft vraagt de PVV om cijfermatig. Ik kan dat op dit moment niet leveren. Ik ga ervan uit dat dit verandert zodra het lopende IBO naar de buitenlandse zorguitgaven is afgerond. Voor de vraag naar de tariefverschillen in Nederland en het buitenland geldt dat door de hoeveelheid landen, verschillen in afreken-

⁴ Het betreft hier de landen van de Europese Unie, de landen van de Europese Economische Ruimte (IJsland, Liechtenstein, Noorwegen en Zwitserland), Macedonië en Australië.

systemen en behandelsituaties een zinvolle vergelijking niet goed is te maken. Voor een beoordeling van mijn wetsvoorstel, en in het bijzonder de nota van wijziging, is die informatie bovendien ook niet nodig.

Allereerst is het voor de zorg in het buitenland relevant een onderscheid te maken tussen Europa (inclusief de verdragslanden) en de rest van de wereld. In een groot deel van Europa hebben verzekerden altijd de mogelijkheid om met gebruikmaking van hun European Health Insurance Card (EHIC) een beroep te doen op spoedzorg in het buitenland in de omvang, onder de voorwaarden en tot het niveau van de tarieven van het wettelijk zorgstelsel van het land waar de zorg is verleend. De financiële afhandeling met de Nederlandse zorgverzekeraar en verzekerde vindt plaats via het CVZ.

In plaats van de EHIC te gebruiken kan de verzekerde ervoor kiezen de kosten rechtstreeks bij zijn Nederlandse zorgverzekeraar te (laten) declareren. In deze situatie geldt na mijn Nota van wijziging, dat de vergoeding ten laste van de zorgverzekering niet hoger kan zijn dan de vergoeding die daarvoor in Nederland gebruikelijk is te achten. Laatstbedoelde vergoedingsmogelijkheid geldt ook voor mensen die buiten Europa spoedzorg nodig hebben.

In de toelichting bij de nota van wijziging heb ik uiteengezet dat het wetsvoorstel daarmee overeenkomt met de situatie zoals die nu is, waarbij er al het maximale Nederlandse marktconform tarief wordt gehanteerd voor het vergoeden van spoedzorg in het buitenland. Ik heb ook beargumenteerd dat het vanuit het oogpunt van premie- en kostenbeheersing niet in de rede ligt de kosten, hoger dan het Nederlands marktconforme niveau, die vooral worden gemaakt door mensen die in het buitenland op vakantie gaan, voor rekening van het collectief te brengen.

Tenslotte heb ik – niet onbelangrijk – laten meewegen dat mensen zich voor de kosten die uitstijgen boven het Nederlands marktconform niveau (al dan niet als onderdeel van een reisverzekering) aanvullend kunnen verzekeren en dat dit van mensen die naar het buitenland gaan, ook kan worden gevraagd. Met de dubbele mogelijkheid die verzekerden hebben om in het buitenland ongehinderd een beroep te doen op spoedzorg – gebruik maken van de EHIC binnen Europa en/of een aanvullende (reis)verzekering binnen en buiten Europa – zal het presenteren van cijfermateriaal over tariefverschillen tussen buitenlandse en Nederlandse zorg mijns inziens niet wezenlijk bijdragen aan de te maken afwegingen bij mijn wetsvoorstel.

Ik ben mij ervan bewust dat door de nog bestaande werelddekking in de Zvw de duidelijkheid over de noodzaak van bijverzekeren in het buitenland niet optimaal is. Vanuit mijn ministerie zal ik in ieder geval in de voorlichting hierover duidelijk laten doorklinken dat een aanvullende verzekering van het risico van kosten als gevolg van in het buitenland genoten (spoed)zorg raadzaam is.

De leden van de SP-fractie vragen hoe de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) overtuigd kan worden dat verticale integratie nuttig is, en de patiënt ten goede komt, en dat zonder verticale integratie deze verbetering niet tot stand komt.

De NZa kan overtuigd worden door te bewijzen dat er sprake is van innovatie in de zin van het wetsvoorstel en door voldoende aannemelijk te maken dat verticale integratie nodig is om de innovatie teweeg te brengen. Er is sprake van innovatie of vernieuwing in het zorgaanbod indien er nieuwe behandelvormen, vernieuwingen ten behoeve van verbetering van kwaliteit of ten behoeve van verbetering van doelma-

tigheid plaats vinden. Met vernieuwing wordt hier specifiek bedoeld op de implementatie of toepassing van een product of behandeling met betere prestatiekenmerken. Hieronder begrepen is een nieuwe of verbeterde dienst aan de patiënt. Het kan daarbij gaan om technologische en niet-technologische vernieuwing in de human resources, werkmethoden of combinaties van deze. Het is wel van belang dat deze vernieuwing uiteindelijk de patiënt ten goede komt. Dit kan aannemelijk worden gemaakt met plannen van aanpak of door middel van wetenschappelijk onderzoek. Ook kan bijvoorbeeld verwezen worden naar buitenlands praktijkonderzoek indien er sprake is van vernieuwing in het zorgaanbod, die in het buitenland al van de grond is gekomen maar in Nederland nog niet. In dat geval zal het ook mogelijk zijn om iets over de effecten op patiëntniveau te zeggen aan de hand van de buitenlandse behandelresultaten.

Als er dan inderdaad sprake is van innovatie, dan zal vervolgens voldoende aannemelijk gemaakt moeten worden dat de verticale integratie nodig is om de vernieuwing teweeg te brengen. Dat betekent dat de vernieuwing zonder de verticale integratie niet tot stand kan worden gebracht. Voor een ontheffing ten aanzien van de zorgplicht geldt op soortgelijke wijze dat de zorgverzekeraar die de ontheffing aanvraagt aannemelijk zal moeten kunnen maken dat de verticale integratie noodzakelijk is om aan de zorgplicht te kunnen voldoen. Ook dit zal de zorgverzekeraar op basis van gegevens over de populatie, het zorgaanbod en investeringsplannen aannemelijk moeten maken.

De leden van de SP-fractie vragen aan welke voorwaarden moet zijn voldaan wil de NZa toestemming geven voor verticale integratie.

De NZa zal elke aanvraag individueel toetsen. Er zijn twee gronden waarop de ontheffing kan worden verleend. Allereerst moet de ontheffing worden verleend indien een zorgverzekeraar of AWBZ-zorgverzekeraar anders niet aan zijn zorgplicht kan voldoen. Daarnaast kan een ontheffing voor innovatie worden verleend. Daartoe zal allereerst moeten worden aangetoond dat het gaat om een vernieuwing in het zorgaanbod. Hoewel vernieuwing op verschillende manieren bereikt kan worden, bijvoorbeeld door de implementatie van nieuwe technologie of door de implementatie van nieuwe werkmethoden, werkt dit criterium enorm beperkend. Alle verticale integratie die niet bedoeld is om vernieuwing te creëren of om aan de zorgplicht te kunnen voldoen, valt daar immers mee af. Indien een zorgverzekeraar een ziekenhuis zou overnemen omdat dat goed in het model van de zorgverzekeraar past, dan valt dat niet onder deze ontheffingsmogelijkheid te scharen. Ten tweede zal de zorgverzekeraar voldoende aannemelijk moeten maken dat de verticale integratie nodig is om de vernieuwing te bewerkstelligen. Dat wil zeggen dat de vernieuwing bij afwezigheid van de verticale integratie niet tot stand zou komen, aannemelijk moet worden gemaakt.

De leden van de SP-fractie vragen of ik voorbeelden kan geven van situaties wanneer de toestemming wel, en wanneer die toestemming niet wordt gegeven ingeval van een verzoek tot ontheffing.

Een ontheffing in het geval waarin een zorgverzekeraar of AWBZ-zorgverzekeraar anders niet aan zijn zorgplicht kan voldoen, zal gegeven moeten worden indien de zorgverzekeraar aantoont dat de verzekerde zorg anders niet op redelijke termijn of op aanvaardbare afstand aan de verzekerde ter beschikking kan worden gesteld. Te denken valt aan een situatie waarin er in een regio slechts één zorgaanbieder is, die zonder aanzienlijke investeringen van de zorgverzekeraar(s) – investeringen die de in de regio dominante zorgverzekeraar zeggenschap opleveren – failliet dreigt te gaan.

Bij een voorbeeld waarin die toestemming wel wordt gegeven valt te denken aan participatie door een zorgverzekeraar in een aanbieder van innovatieve eHealth die wordt opgezet door een gezondheidscentrum. De investering die ermee gemoeid gaat kan dan bijvoorbeeld te groot en te risicovol zijn voor het gezondheidscentrum, een reden waarom die ervoor heeft gekozen deze in een aparte entiteit onder te brengen. Ik kan mij voorstellen dat een dergelijke risicovolle investering niet gefinancierd kan worden door middel van bankleningen (wegens het ontbreken van vastgoed in het genoemde voorbeeld is er ook geen hypotheek mogelijk) of dat deze door andere financiers als te risicovol wordt gezien in de opstartfase. Het kan echter zijn, dat de zorgverzekeraar het voor zijn verzekerden toch van belang acht dat een dergelijke voorziening er komt. Aangezien de zorgverzekeraar in dat geval risicovol investeert, kan ik mij voorstellen dat de zorgverzekeraar zeggenschap wil behouden over zijn investering, waardoor dit resulteert in gezamenlijke zeggenschap en dus in verticale integratie in de zin van dit wetsvoorstel. Indien het aanbod na enige tijd operationeel is geworden, kan de zorgverzekeraar de participatie afbouwen, waardoor na vier jaar er geen sprake meer is van verticale integratie. Voor andere kapitaalverschaffers is dan immers het risico verminderd, aangezien de opstartfase is afgerond.

Bij een voorbeeld waarin een ontheffing met het oog op innovatie niet gegeven zal worden, valt te denken aan de situatie waarin een zorgverzekeraar een ziekenhuis wil overnemen, opdat daar alle verzekerden van de zorgverzekeraar met een aantal specifieke aandoeningen behandeld kunnen worden, waarop dat ziekenhuis zich dan volledig richt. Hoewel dit in het Nederlandse zorglandschap zeker vernieuwend zou zijn, valt niet in te zien waarom de verticale integratie noodzakelijk is voor de vernieuwing van het zorgaanbod. Bovendien lijkt het in dit geval onwaarschijnlijk dat de zorgverzekeraar dit tijdelijk (voor een periode van maximaal vier jaar) beoogt te doen.

De leden van de SP-fractie hebben naar aanleiding van de nota van wijziging waarmee de vergoeding van in het buitenland gemaakte kosten van spoedzorg terug wordt gebracht van «volledig» naar «vergoeding tot aan Nederlands marktconform niveau» gevraagd hoe hoog de verzekeringsgraad is van mensen die het buitenland bezoeken. Ook hebben deze leden gevraagd in hoeveel van de gevallen dat er door Nederlanders in het buitenland van spoedzorg gebruik moet worden gemaakt, de kosten daarvan hoger liggen dan in Nederland. Voorts hebben ze gevraagd hoeveel dit meer is dan het in Nederland geldende marktconforme niveau. Gevraagd is daarbij om een aantal voorbeelden van spoedzorg die illustreren hoe deze beleidswijziging nu concreet uitpakt, met daarbij de vergelijking hoe de vergoeding was en hoe deze dan wordt. Deze leden hebben tevens gevraagd of deze kosten voor mensen te dragen zijn en of het kan voorkomen dat mensen, nadat zij in het buitenland gebruik hebben gemaakt van spoedzorg, met onaanvaardbare hoge kosten worden geconfronteerd waarvan de rekening door een individuele patiënt niet is op te brengen en of ik dat aanvaardbaar vind. Tot slot hebben deze leden gevraagd hoe groot het risico is dat mensen – mocht de wetswijziging doorgaan – onvoldoende verzekerd raken en daardoor gezondheidsschade oplopen.

Zoals ik in het antwoord op een vraag van de PVV heb uiteengezet, hebben Nederlanders binnen Europa in ieder geval de mogelijkheid om hun European Health Insurance Card te gebruiken. Ze krijgen dan zorg in de omvang, onder de voorwaarden en tot het niveau van de tarieven van het wettelijk zorgstelsel van het land waar de zorg is verleend. Verzekerden kunnen, in plaats van gebruik te maken van de EHIC, de kosten van hun zorg ook rechtstreeks bij hun Nederlandse zorgverzekeraar (laten)

declareren. Deze situatie is dan vergelijkbaar met spoedzorg buiten Europa. Daarvoor geldt nu en ook straks dat de vergoeding ten laste van de zorgverzekering niet hoger kan zijn dan de vergoeding die daarvoor in Nederland gebruikelijk is te achten.

In de toelichting bij de Nota van wijziging heb ik uiteengezet dat het vanuit het oogpunt van premie- en kostenbeheersing niet in de rede ligt de kosten, die hoger dan het Nederlands marktconforme niveau zijn en die vooral worden gemaakt door mensen die in het buitenland op vakantie gaan, voor rekening van het collectief te brengen. Ik heb daarbij laten meewegen dat mensen zich voor de kosten die uitstijgen boven het Nederlands marktconform niveau (al dan niet als onderdeel van een reisverzekering) eenvoudig aanvullend kunnen verzekeren en dat dit van mensen die naar het buitenland gaan, ook kan worden gevraagd. Voor minder dan een euro per maand kan men zich in een doorlopende reisverzekering verzekeren tegen buitenlandse medische kosten die uitgaan boven wat de Zvw dekt. Hoeveel mensen die naar het buitenland gaan zich aanvullend voor medische kosten hebben verzekerd is mij niet bekend. Wat de voorbeelden betreft die duidelijk maken hoe de nota van wijziging uitpakt in gevallen van spoedzorg is mijn antwoord dat de huidige praktijk die voorbeelden verschaft, omdat met de nota van wijziging de huidige praktijk wordt voortgezet. Zoals ik ook in antwoord op de vraag van de PvdA heb uiteengezet is bij het SKGZ een aantal gevallen bekend van verzekerden die geconfronteerd zijn met kosten van spoedzorg buiten Europa die beduidend hoger waren dan het Nederlandse marktconforme tarief en die het daar niet mee eens waren. In die gevallen hadden betrokkenen de meerkosten kunnen voorkomen door een aanvullende (reis)verzekering af te sluiten. Het is relevant te vermelden dat betrokkenen in deze specifieke gevallen voor de meerkosten geen aanvullende verzekering hadden afgesloten. De mogelijkheden voor het afsluiten van zo'n verzekering en de mogelijkheid voor het gebruik van de EHIC veranderen door deze wetswijziging niet. Er is dus geen sprake van een groter risico van onvoldoende verzekerd raken – en als gevolg daarvan het oplopen van gezondheidsschade – wanneer deze wetswijziging doorgaat.

De SP fractie is van mening dat met de stap om niet-gecontracteerde zorg niet meer te vergoeden, het wetsvoorstel de verkeerde weg op gaat. De leden van de SP-fractie stellen dat deze wijziging de keuzevrijheid van mensen die een «verkeerde» polis hebben afgesloten belemmerd en ook grote risico's op de zorgaanbieders legt. Zij vragen uit te leggen welke bank nog zal investeren in de nieuwbouw van een zorgaanbieder, wanneer per jaar het mogen verlenen van zorg onzekerder wordt. Zij vragen ook of ik erken dat dit zal leiden tot een enorme opslag op bijvoorbeeld de rentes die betaald moeten worden voor leningen en of ik dat acceptabel vindt.

De kern van het ingediende wetsvoorstel is dat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen polissen aan te bieden voor in natura verzekerde zorg waarin is geregeld dat wanneer men gebruik maakt van niet gecontracteerde zorg, er een lagere dan het marktconforme niveau wordt vergoed of zelfs geen vergoeding wordt gegeven. Dat is iets anders dan dat de stap wordt gezet om niet gecontracteerde zorg niet meer te vergoeden, zoals in de vraagstelling wordt gesteld. Het is aan de zorgverzekeraars om te kiezen in welke mate en voor welke zorg ze de mogelijkheid willen benutten. Ze zullen zich daarbij laten leiden door de wensen van hun verzekerden en niet zonder het gevaar van klantverlies de vergoeding voor een groot aantal aanbieders op nul kunnen zetten.

Dat het bieden van deze mogelijkheid aan zorgverzekeraars de keuzevrijheid belemmert van mensen met de verkeerde polis, is mijns inziens geen juiste voorstelling van zaken. Een belangrijk onderdeel van het wetsvoorstel is er immers op gericht dat verzekerden op het moment waarop ze hun polis kiezen over de informatie kunnen beschikken die juist voorkomt dat ze de verkeerde polis kiezen. Immers, de zorgverzekeraars zullen uiterlijk zes weken voor het nieuwe verzekeringsjaar bekend moeten maken wie zij gecontracteerd hebben. Daarmee wordt de keuzevrijheid juist in die zin groter, dat de verzekerde vooraf kan weten van welke zorgaanbieders de zorg volledig vergoed wordt en dat hij op basis daarvan kan besluiten of hij de desbetreffende zorgverzekering wenst te sluiten of liever naar een andere overstapt. Het belang van de verzekerden staat bij mij voorop. Wat de zorgaanbieders betreft, die zullen door het wetsvoorstel extra worden geprikkeld om goede zorg te leveren, want ondermaatse niet-gecontracteerde zorg hoeven zorgverzekeraars niet meer te vergoeden. Dat ze geen contracten meer krijgen zoals de SP stelt en als gevolg daarvan een enorme opslag op de rente krijgen, vind ik een te gemakkelijke premisse. Zoals hierboven al gesteld: zorgverzekeraars moeten nog steeds aan hun zorgplicht voldoen en zullen dus voldoende zorg in moeten kopen. De NZa houdt toezicht op naleving van de zorgplicht door de zorgverzekeraars.

Daarnaast wijs ik er op dat de niet-gecontracteerde zorg juist geen zekerheid geeft voor zorgaanbieders. Het vergroten van de mogelijkheden van zorgverzekeraars om verzekerden te stimuleren naar gecontracteerde aanbieders te gaan verkleint het risico van de zorgaanbieder juist. Desalniettemin geef ik toe dat de risico's voor zorgaanbieders sinds de introductie van het zorgstelsel zoals we dat nu kennen zijn toegenomen. Dat komt zowel door de inherent aan het zorgstelsel verbonden risico's voor zorgaanbieders als door omstandigheden die niet konden worden voorzien, zoals de internationale kredietcrisis. Verschillende studies hebben aangetoond dat de solvabiliteit – de mate waarin zorgaanbieders zelf in staat zijn om risico's op te vangen – van veel zorgaanbieders nog wat moet toenemen. Als de solvabiliteit op orde is en de zorgaanbieder is verder financieel gezond en de kwaliteit is op orde, dan zal het doorgaans ook mogelijk zijn om het benodigde kapitaal extern aan te trekken. Het voorliggende wetsvoorstel doet daar niets aan af. Het lijkt mij dus ook niet aannemelijk dat dit wetsvoorstel zal leiden tot een enorme opslag op rentes.

De leden van de SP-fractie vragen of het juist is dat er een situatie ontstaat waarbij zorgverzekeraars een machtige positie krijgen, terwijl deze leden weten dat zij er alles aan doen om hun eigen vermogenspositie te vergroten, en niet bereid zijn dit terug te geven aan de premiebetaler via het verlagen van de zorgverzekeringspremie?

De Zvw gaat ervan uit dat naturazorgverzekeraars door middel van selectieve zorginkoop de curatieve zorg toegankelijk, van goede kwaliteit en betaalbaar houden. Dit systeem kan niet goed werken indien zij ook (een aanzienlijk deel van) de zorg van niet gecontracteerde zorgaanbieders moeten vergoeden. De wijziging van artikel 13 Zvw beoogt dit op te heffen. Aan de andere kant dienen de zorgverzekeraars wel uiterlijk zes weken voor het nieuwe verzekeringsjaar bekend te maken welke zorgaanbieders zij gecontracteerd hebben. Een te mager aanbod zal ertoe leiden dat de verzekerden overstappen. Dat betekent dat zorgverzekeraars belang hebben bij het tijdig sluiten van de zorgcontracten met de zorgaanbieders.

De opbouw van de vermogenspositie is noodzakelijk omdat zorgverzekeraars moeten voldoen aan de solvabiliteitseisen van de De Nederlandsche Bank (DNB). Bovendien dienen zorgverzekeraars in hun solvabiliteits-

beleid ook toekomstige ontwikkelingen te verdisconteren, zoals de komst van de Europese Richtlijn «Solvency II» en overhevelingen uit de AWBZ. Daarnaast hebben zorgverzekeraars er in recente jaren alles aan gedaan om een invulling te geven aan hun rol van zorginkopers. Juist de resultaten van deze inspanningen hebben ertoe bijgedragen dat er financiële meevallers zijn ontstaan (met name bij de farmaceutische zorg). Gezien de maatschappelijke discussie en de toegenomen prijsgevoeligheid, zal het zorgverzekeraars duidelijk zijn dat een deel van de huidige vermogenspositie moet bijdragen aan het verlagen van de premie. Het is mijn stellige indruk dat een aantal zorgverzekeraars dit in 2013 al heeft gedaan en dat een nog groter aantal dat in 2014 zal gaan doen.

De leden van de SP-fractie hebben mij een integrale reactie gevraagd op de zorgen en opmerkingen die de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst (KNMG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) hebben geuit naar aanleiding van het ingediende wetsvoorstel voor aanpassing van artikel 13.

De KNMG onderschrijft de wijziging van artikel 13 van de Zvw inclusief de daarbij afgesproken spelregels in de recent gesloten bestuurlijke akkoorden. Op twee punten zou de KNMG verder willen gaan. Allereerst wil de KNMG de zorgplicht van de zorgverzekeraars zo definiëren dat de verzekerden voor elke zorgvorm ten minste kunnen kiezen uit drie zorgaanbieders die binnen redelijke afstand en termijn bereikbaar en beschikbaar zijn. De KNMG doet deze suggestie in reactie op mijn antwoord in de nota naar aanleiding van het verslag «dat het in de praktijk uitgesloten is dat een naturazorgverzekeraar aan zijn zorgplicht voldoet als hij per zorgvorm voor heel Nederland slechts één zorgaanbieder contracteert». Op zichzelf waardeer ik de suggestie dat iedere verzekerde uit een minimumaantal van drie aanbieders zou moeten kunnen kiezen als garantie voor voldoende keuzevrijheid. Ik zie echter ook praktische bezwaren. Het wettelijk criterium waarop de zorgverzekeraar wordt afgerekend is of hij zijn zorgplicht nakomt. Zoals ik in de nota naar aanleiding van het verslag heb gesteld is niet in het algemeen te zeggen hoeveel zorgaanbieders een naturaverzekerde moet hebben gecontracteerd, wil hij aan zijn zorgplicht (voor in natura verzekerde zorg) hebben voldaan.

Dit hangt af van de grootte van de regio, het aanwezige zorgaanbod, de vorm van zorg waar het om gaat en het aantal, spreiding en waarschijnlijke zorgbehoefte van de verzekerden in die regio. Als het gaat om bereikbaarheid en tijdigheid stelt de NZa in zijn Toezichtkader Zorgplicht Zorgverzekeraars ook gedifferentieerde eisen aan de verschillende vormen van zorg. Een keuze uit drie aanbieders voor een longtransplantatie is van een totaal andere orde dan kiezen uit drie huisartsen of dermatologen. Ik denk dat het voor het beschikbare keuzepalet aan zorgpolissen te verstarrend zou werken om nu van zorgverzekeraars te eisen dat voor iedere verzekerde voor iedere zorgvorm minimaal drie aanbieders moeten zijn gecontracteerd. Het lijkt mij verstandiger voor de ontwikkeling van diversiteit in de polissen de verzekerden te laten spreken. Zij zijn uiteindelijk degenen die de afweging maken tussen mate van keuzevrijheid en premiehoogte. Bovendien houdt de NZa toezicht op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars

Het tweede punt dat de KNMG maakt is dat de zorginkoop criteria ten minste zes weken voor de aanvang van het nieuwe verzekeringsjaar bekend moeten zijn bij zowel verzekerden als bij zorgaanbieders. Ik ben van mening dat deze suggestie niet erg effectief zal zijn voor de aanbieders van zorg. Zes weken voor de aanvang van het nieuwe verzekeringsjaar is het uiterste moment waarop zorgverzekeraars hun

polissen bekend moeten maken inclusief – dat wordt in voorliggend wetsvoorstel nu expliciet geregeld – het overzicht met welke zorgaanbieders contracten zijn afgesloten. Het contracteren zelf is lang daarvoor al gestart. Willen aanbieders van de inkoopcriteria gebruik maken, dan is de genoemde termijn van zes weken voor hen niet zinvol. Ik deel het belang van het tijdig publiek maken aan zorgaanbieders van heldere inkoopcriteria die door de zorgverzekeraar worden gehanteerd. Ook voor verzekerden kan het raadplegen van het gecontracteerd aanbod en van de criteria die de zorgverzekeraar heeft gehanteerd nuttig zijn bij het kiezen van de polissen. De vraag is of de suggestie van de KNMG (eventueel met een aanpassing van de termijn voor de zorgaanbieders) in de wet moet worden vastgelegd zoals de KNMG lijkt te bedoelen. Ik geef er de voorkeur aan dat vooralsnog niet te doen. Van enkele zorgverzekeraars heb ik dit voorjaar publiek gemaakte inkoopcriteria voor 2014 gezien voor medische specialistische zorg. April lijkt mij zo bezien een redelijk moment voor de uiterlijke bekendmaking van de inkoopcriteria voor de zorg van het daaropvolgende jaar. In plaats van dit wettelijk te verankeren lijkt het mij meer geëigend aan de NZa over te laten of en hoe dit in het toezicht op basis van de Wmg een plek moet krijgen.

De LHV heeft in haar reactie een groot aantal zaken naar voren gebracht. Om te beginnen wijst de LHV mij op het feit dat iedere Nederlander bij een huisarts ingeschreven staat en stelt daarbij dat de patiënt zich niet zou moeten hoeven bekommeren om de vraag of zijn zorgverzekeraar wel een contract met zijn huisarts heeft omdat de beleidsregel van de NZa ervoor zorgt dat huisartsen hun inschrijftarief ook kunnen declareren als er geen contract is. In dit verband vraagt de LHV of het inschrijftarief en de genoemde beleidsregel niet in stand moeten blijven. In het onderhandelingsresultaat van het bestuurlijk akkoord met de huisartsen is overeengekomen dat er met ingang van 2015 een nieuw bekostigingssysteem wordt ingevoerd waarin plaats is voor populatiegebonden kenmerken en gezondheidsuitkomsten. Een bekostigingssysteem dat ook macro kostenbeheersing door substitutie faciliteert. Tevens is afgesproken dat ik de inschrijving op naam zal continueren en zal onderzoeken of wettelijke borging daarvan mogelijk is. Gezien de huidige hoge contracteergraad van huisartsenzorg verwacht ik niet dat de rol van het inschrijftarief in het contracteerproces van huisartsenzorg sterk zal veranderen.

Overigens is het, in de huidige situatie, niet zo dat door de beleidsregel van de NZa de patiënt/verzekerde zich nooit hoeft te bekommeren om de vraag of zijn zorgverzekeraar wel een contract met zijn huisarts heeft. Weliswaar kunnen het inschrijftarief en het consulttarief ook gedeclareerd worden als er geen contract tussen zorgverzekeraar en huisarts is, maar als de verzekerde voor de huisartsenzorg in natura verzekerd is, bestaat de mogelijkheid dat de zorgverzekeraar in de polis een lagere vergoeding heeft opgenomen in het geval een niet gecontracteerde huisarts wordt bezocht.

In het verlengde van bovenstaande vraagt de LHV of ik niet met haar van mening ben dat de polis keuze van de patiënt of een wijziging in het contract tussen een huisarts en diens zorgverzekeraar nimmer tot gevolg mag hebben dat de patiënt zich om financiële redenen gedwongen voelt van huisarts te wisselen. Zij stellen deze vraag tegen de achtergrond van hun opvatting dat het ingeschreven staan bij een huisarts gelijkgesteld zou moeten zijn aan het onder behandeling zijn van deze huisarts en vragen daarover mijn mening. Mijn reactie daarop is de volgende. Patiënten kiezen zelf hun polis. Mocht die keuze in een uitzonderlijk geval betekenen dat zij van huisarts zouden moeten wisselen, dan is dat een consequentie van hun keuze. Overigens denk ik dat het in de praktijk niet zo'n vaart zal lopen, aangezien het al jaren gebruikelijk is dat nagenoeg

alle huisartsen door zorgverzekerders worden gecontracteerd. Bovendien hebben verzekerden ook altijd nog de mogelijkheid om een andere zorgverzekeraar of polis te nemen waardoor ze wel bij de door hen gewenste huisarts kunnen blijven.

Wat het ingeschreven staan bij een huisarts betreft; dat zie ik als iets anders dan het onder behandeling zijn bij deze huisarts. Gelijksstelling zou mijns inziens dan ook niet wettelijk geregeld moeten worden. Onder een behandeling versta ik de noodzakelijke medische handelingen die een zieke patiënt moet ondergaan om beter te worden. Afhankelijk van de aandoening en de situatie van de patiënt kan het argument van continuïteit van zorgverlener hier relevant zijn. Vandaar ook dat in Artikel 13 de bepaling is opgenomen dat een verzekerde recht heeft op vergoeding van de kosten van een zorgaanbieder bij wie hij in behandeling was voor het moment waarop zijn zorgverzekeraar het contract met deze zorgaanbieder verbrak. Voor het louter ingeschreven staan bij een huisarts gaat deze bepaling in mijn ogen niet op. Er zijn legio gevallen van mensen die de huisarts bij wie ze ingeschreven staan, lange tijd niet zien. Daarvan kan niet gesteld worden dat zij onder behandeling van de huisarts zijn.

De LHV voorziet dat zich in de spreekkamer van de huisarts bij doorverwijzingen keuzevraagstukken gaan aandienen die zijn ingestoken door financiële afwegingen van de patiënt en vraagt in dat verband welke oplossingen ik zie voor de rompslomp en tijdverlies die ertoe leiden dat er minder tijd overblijft voor echte zorgverlening. Dit brengt de LHV tevens tot de vraag of zorgverzekerders niet verplicht kunnen worden per categorie per zorgverlener gelijklopende vergoedingspercentages te hanteren.

Het doorverwijsgedrag in de spreekkamer is in mijn ogen een cruciale schakel in de zorgverlening. Ik vind het tot de normale taakuitoefening van de huisarts behoren om met de keuze van wel of niet doorverwijzen om te gaan en daarbij adequaat te werk te gaan. Adequaat betekent verwijzen waar nodig en niet verwijzen waar dat niet nodig is. Het uitgangspunt daarbij is om terughoudend te zijn met doorverwijzen. De veronderstelde rompslomp en tijdverlies bij doorverwijzingen slaan vermoedelijk op de situatie dat de huisarts kan kiezen uit verschillende specialisten waarvan hij niet weet of die door de zorgverzekeraar van de patiënt zijn gecontracteerd en zo nee, op welk vergoeding de polis aanspraak geeft. Ik heb er begrip voor dat huisartsen in dit geval niet belast willen worden met de financiële afweging van hun patiënten. Mijns inziens moeten er praktische manieren zijn om hiermee om te gaan. De medische beoordeling moet voor de huisarts bij een doorverwijsadvies voorop staan en niet de financiële overwegingen van de patiënt. De huisarts kan dus zeggen wat zijn verwijsadvies is met de waarschuwing dat de patiënt zelf bij de zorgverzekeraar moet informeren hoe het met contractering en vergoeding zit. Mogelijk kan hier ook een rol weggelegd zijn voor de praktijkassistentie.

Op deze wijze handelend behoeft de doorverwijzing niet zodanig belastend te zijn dat deze ten koste gaat van de zorgverlening. Wat betreft de mogelijkheid van zorgverzekerders om binnen een vorm van zorg toch verschillende vergoedingspercentages voor niet gecontracteerde zorg te hanteren: daarin wordt met het wetsvoorstel geen verandering voorgesteld. Het aanbieden van verzekeringspolissen en het selectief contracteren van zorg is iets dat zorgverzekerders in onderlinge concurrentie doen en dat brengt met zich mee dat zorgverzekerders in het geval van in natura verzekerde zorg onderling verschillende vergoedingshoogtes kunnen hanteren als de verzekerde naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat. Die vergoedingshoogtes kunnen ook inhouden dat men

bij oogheekkundige zorg van een (niet gecontracteerd) ziekenhuis A 90% vergoedt krijgt en van een ziekenhuis B 75%. Dat is nu ook onder het huidige artikel 13 al het geval. Ik zie geen reden om de vrijheid die partijen hebben te beknotten. Daarmee zou ik een cruciaal sturingsinstrument in ons zorgstelsel aantasten.

In zijn reactie toont de LHV zich tevens bezorgd over de problemen die veel patiënten hebben met het verwerken van informatie. In dat verband vraagt de LHV mij om een de opsomming van de minimaal aan verzekeren te verstrekken informatie en of ik die opsomming wil opnemen in de wet.

In antwoord hierop kan ik melden dat de gevraagde minimumeisen al bestaan. In de Beleidsregel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2012 (TH/BR-007) heeft de NZa beschreven aan welke eisen de informatie van zorgverzekeraars dient te voldoen opdat verzekeren kunnen kiezen uit het aanbod van polissen. Een substantieel onderdeel daarvan is de informatie over de gecontracteerde zorg en de hoogte van de vergoedingen. Deze beleidsregel zal ook gelden na de wijziging van artikel 13, mogelijk met aanvullende eisen over het te verstrekken overzicht van gecontracteerde zorg. In antwoord op de vervolgvraag van de LHV of zorgverzekeraars deze informatie gemeenschappelijk verstrekken dan wel of dit een zaak is van zorgverzekeraars afzonderlijk is mijn antwoord dat dit iets is van de zorgverzekeraars afzonderlijk. Het aanbieden van verzekeringspolissen en het selectief contracteren van zorg is immers iets dat zorgverzekeraars in onderlinge concurrentie doen. Ik ga er dus van uit dat elke zorgverzekeraar voor zijn eigen polissen de voorlichting verzorgt. De websites van zorgverzekeraars zullen daarin een belangrijke rol spelen. De wereld van informatie en communicatie is zo dynamisch dat het te verstarrend zou werken als de hieraan te stellen eisen in de wet zouden moeten worden opgenomen.

De genoemde beleidsregel van de NZa is de geëigende plaats om dat te doen. Een niet onbelangrijk aspect hierbij is dat zorgverzekeraars belang hebben bij het verstrekken van begrijpelijke informatie. Een polis wordt aantrekkelijker naarmate toegankelijkheid van de inhoud beter is, zeker als het overzicht van de gecontracteerde zorg hiervan een onderdeel uitmaakt. Dat is tevens een deel van het antwoord op de vraag hoe ik voor me zie dat patiënten erin slagen om polissen te vergelijken die als appels en peren kunnen worden gezien. Het andere deel van het antwoord is dat de beleidsregel van de NZa uniforme eisen aan de informatieverstrekking stelt die ervoor zorgen dat het beeld van appels en peren niet opgaat. Tot slot moet nog worden opgemerkt dat de zoekende verzekerde/patiënt het niet alleen hoeft te doen maar hulp krijgt uit de hoek van consumentenorganisaties en vergelijkingsites.

Een ander thema dat de LHV aanroert mondt uit in de vraag wanneer de inkoopcriteria van zorgverzekeraars aan patiënten kenbaar moet worden gemaakt. In dit verband vraagt de vereniging of ik het met haar eens ben dat deze criteria niet ook voor de zorgverleners zodanig van belang zijn dat zij hierover in januari moeten kunnen beschikken, dit met het oog op het contracteringsproces verder in het jaar. Wat dit betreft verwijs ik u naar hetgeen ik hierover in antwoord op de suggestie van KNMG heb verwoord.

Ik deel overigens de opvatting dat de transparantie van de inkoopcriteria voor zorgverleners van belang is. Zoals ik in de Nota naar aanleiding van het verslag heb geschreven is er jurisprudentie die stelt dat het inkoopbeleid van een zorgverzekeraar verifieerbaar, transparant en non-discriminatoir dient te zijn en dat de aangelegde normen bovendien

niet onredelijk mogen zijn. Ook heb ik de BW jurisprudentie over de precontractuele fase genoemd op basis waarvan het niet zo is, dat een zorgverzekeraar geheel willekeurig kan bepalen met welke zorgaanbieders hij een zorgcontract sluit en met welke niet. Zodra partijen bij een overeenkomst met elkaar in contact treden met het oog op een mogelijk te sluiten overeenkomst, moeten zij handelen conform maatstaven van redelijkheid en billijkheid en in hun opstelling mede rekening houden met de belangen van de wederpartij. Dit laat echter onverlet dat zorgverzekeraar de mogelijkheid houdt om selectief te contracteren en niet meer hoeft te contracteren dan nodig is. Denkbaar is dat een zorgverzekeraar een aanbieder niet contracteert omdat hij in de nabijheid al voldoende andere zorgaanbieders heeft gecontracteerd, die ook goede kwaliteit tegen lage kosten leveren.

De LHV toont zich ook bezorgd over de marktmacht van zorgverzekeraars. Het wetsvoorstel zou volgens de LHV de zorgverzekeraars een hefboom geven waarmee ze prijzen kunnen drukken en/of méér prestaties voor dezelfde vergoeding kunnen afdwingen. Tegen die achtergrond vraagt de LHV of ik bereid ben de NZa een aanwijzing te geven om misbruik van marktmacht door zorgverzekeraars in de context van artikel 13 actief op te sporen en te sanctioneren en over de uitvoering van deze taak jaarlijks te laten rapporteren.

Het is onjuist te stellen dat zorgverzekeraars marktmacht ten nadele van de patiënt of verzekerde krijgen als gevolg van dit wetsvoorstel. Dit wetsvoorstel geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid hun polisaanbod verder te differentiëren en meer keuzes te bieden aan de verzekerde. Na introductie van artikel 13 ontstaat er immers een veelheid aan transparante polissen: volledig natura polis (indien er is gecontracteerd), een mix natura / restitutie polis (met vooraf helderheid over vergoeding buiten natura) en volledig restitutiepolis. De verzekerde zal dus meer nog dan nu kunnen kiezen uit verschillende opties. Wel is het zo dat zorgverzekeraars scherp onderhandelen. Zolang dit echter de verzekerde en patiënt en dus het zorgstelsel als geheel ten goede komt, vind ik dit niet problematisch. Het wetsvoorstel voorkomt dat zorgverzekeraars de daadwerkelijke concurrentie tussen zorgaanbieders of de ontwikkeling daarvan kunnen beperken door middel van verticale integratie. Als er eventueel marktmacht zou worden aangewend waarbij de verzekerde en patiënt tekort gedaan wordt, dan is er mijns inziens reden om op te treden op basis van de aangehaalde artikelen uit de Mw en Wmg. Zowel de ACM en de NZa zijn op dit punt waakzaam. Daaronder horen mijn inziens ook de situaties in de context van artikel 13. Voor zover de NZa die signaleert rapporteert de NZa daarover in het uitvoeringsverslag van de Zvw dat reeds jaarlijks wordt uitgebracht.

De LHV vraagt voorts wettelijk te regelen dat de verzekerde/patiënt per categorie zorgverlening ten minste kan kiezen uit drie afzonderlijke zorgverleners. Zoals ik op de gelijkkluidende suggestie van de KNMG heb aangegeven wil ik het keuzepalet aan naturapolissen niet op voorhand belemmeren met een minimumnorm van drie zorgaanbieders per categorie. De zorg is niet één dienst. Een hoogcomplexere operatie is bijvoorbeeld niet te vergelijken met veel voorkomend zorgaanbod. Voor zover er vanwege de zekerstelling dat er voldoende aanbieders zijn gecontracteerd om aan de zorgplicht te voldoen nadere regulering nodig is, zijn de beleidsregels van de NZa daarvoor het aangewezen instrument.

Als laatste thema snijdt de LHV het punt van de administratieve lasten aan. Vanuit de veronderstelling dat de processen van zorgcontractering en doorverwijzing tot een verzwaring van die lasten zullen leiden vraagt de LHV het onafhankelijke adviescollege Actal opdracht te geven in kaart te

brengen of, en zo ja in hoeverre, een toename van de administratieve lasten is te verwachten. Van de Verenigde Eerstelijns Organisaties (VELO) heb ik een brief ontvangen over de mogelijkheden die de sector ziet om administratieve lasten te verminderen. VELO suggereert onder meer Actal onderzoek te laten doen. VELO is uitgenodigd voor een overleg op mijn ministerie om te bespreken hoe we dit kunnen aanpakken.

De leden van de CDA-fractie wijzen erop dat ik in mijn antwoorden heb aangegeven dat, zolang het zorgsysteem nog in ontwikkeling is, het kabinet de integratie van zorgverzekeraars met zorgaanbieders – dat wil zeggen constructies waarin een zorgverzekeraar zeggenschap verkrijgt over activiteiten van een zorgaanbieder, dan wel constructies waarin een zorgverzekeraar als zorgaanbieder zelf zorg aanbiedt – wil voorkomen. De leden van de CDA-fractie vragen of dit betekent dat dit wetsvoorstel tijdelijk van kracht is?

Het Nederlandse zorgstelsel komt uit een aanbodgeruleerd tijdperk en bevindt zich in geleidelijke transitie, waarvan het einde nog niet direct in zicht is. In die zin is het wetsvoorstel dus niet tijdelijk, maar ik acht het wel van belang dat het voorstel periodiek zorgvuldig wordt geëvalueerd. Ik hecht hier temeer waarde aan, daar de noodzaak van het verbod op verticale integratie steeds goed moet kunnen worden uitgelegd in Brussel. Als deze niet meer noodzakelijk is, kan deze immers in strijd komen met het Europees recht.

In de nota naar aanleiding van het verslag noem ik het begrip «kwaliteits-transparantie». De leden van de CDA-fractie vragen of ik hiermee bedoel dat de zorgverzekeraar zowel inzicht geeft in de kwaliteit van de ingekochte zorg, als in de transparantie van wat ingekocht is.

Met kwaliteitstransparantie bedoel ik de mate waarin kwaliteit inzichtelijk is. Die inzichtelijkheid is er nu nog niet genoeg. Naarmate de transparantie ten aanzien van kwaliteit, vooral voor de patiënt en verzekerde, maar ook voor de zorgverzekeraar toeneemt, is de noodzaak voor een verbod op verticale integratie minder. Dat geldt eveneens voor de transparantie die zorgverzekeraars kunnen geven over de inkoopcriteria richting zorgaanbieders.

Overigens wordt er hard gewerkt aan het verbeteren van de transparantie, maar het zal nog wel enige tijd duren voordat deze transparantie voldoende effectief is. Sinds 1 januari 2013 is het (toekomstige) Kwaliteitsinstituut bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) voorzichtig gestart met het stimuleren van het veld, om afspraken te maken over wat goede zorg is en hoe deze gemeten kan worden. Zorgaanbieders worden uiteindelijk verplicht om gegevens over kwaliteit te leveren. Door deze gegevens te publiceren via een nieuwe versie van www.KiesBeter.nl, zal het Kwaliteitsinstituut bijdragen aan betere keuze-informatie voor patiënten en cliënten, maar ook voor verzekeraars. Het Kwaliteitsinstituut zal daarnaast ook bijdragen aan betere informatie over behandelmogelijkheden door lekenversies van professionele richtlijnen te publiceren.

De leden van de CDA-fractie willen weten of er sprake is van zeggenschap als de zorgverzekeraar wel de zorgaanbieder compleet financiert (geen nv of bv, maar stichting) maar geen zitting neemt in het bestuur van die zorgaanbieder.

Indien de zorgverzekeraar de zorgaanbieder compleet financiert, kan er sprake zijn van zeggenschap, ook al neemt zij geen zitting in het bestuur. Of er daadwerkelijk sprake is van zeggenschap hangt af van de omstandigheden van het geval. Van belang voor zeggenschap is of de zorgverze-

keraar op grond van feitelijke of juridische omstandigheden een beslissende invloed uit kan oefenen op de zorgaanbieder, bijvoorbeeld door bepalingen in de statuten of via de Raad van Toezicht. Als de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft belangrijke strategische beslissingen met betrekking tot die zorgaanbieder te kunnen nemen, dan is er sprake van zeggenschap.

De leden van de CDA-fractie vragen vervolgens wanneer er sprake is van zeggenschap in een stichting.

In onderhavig wetsvoorstel wordt gesproken van verticale integratie indien een zorgverzekeraar zeggenschap heeft over een zorgaanbieder of zelf vanuit de eigen rechtspersoon zorg verleent. Deze formulering is onafhankelijk van de rechtsvorm van de zorgaanbieder. Ook voor stichtingen is het uitgangpunt dat zorgverzekeraars geen juridische of feitelijke zeggenschap dienen te krijgen over deze zorgaanbieder, waarbij zeggenschap op dezelfde wijze dient te worden uitgelegd als bij overige rechtsvormen. Zeggenschap in een stichting dient daarom in de zin van artikel 26 van de Mededingingswet te worden uitgelegd: van belang is of de zorgverzekeraar op grond van feitelijke of juridische omstandigheden een beslissende invloed uit kan oefenen op de zorgaanbieder. Deze zeggenschap kan bijvoorbeeld aanwezig zijn indien de zorgverzekeraar belangrijke strategische beslissingen met betrekking tot die zorgaanbieder kan nemen, bijvoorbeeld door het wijzigen van de statuten van de stichting of het benoemen van het merendeel van de bestuursleden.

De leden van de CDA-fractie ontwaren in de nota naar aanleiding van het verslag verschillende inkleuringen met betrekking tot de met dit wetsvoorstel te borgen publieke belangen. De leden van deze fractie vragen mij om nog eens uitputtend aan te geven welke publieke belangen ik wil borgen met het wetsvoorstel tot een verbod op verticale integratie.

Met dit wetsvoorstel wil ik de specifieke publieke belangen in de zorg veiligstellen, die niet noodzakelijkerwijs door mededingingstoezicht worden behartigd. Het gaat hier om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Als een zorgverzekeraar zeggenschap verwerft in een (belangrijke) zorgaanbieder in een bepaald gebied of regio, dan zou er een neiging kunnen zijn de eigen verzekerden zoveel mogelijk naar deze eigen zorgverlener te sturen. Ik ben van mening dat de zorgverzekeraar zorg moet contracteren omdat deze van goede kwaliteit en doelmatig is, niet omdat hij er een bedrijfseconomisch belang bij heeft dat er voldoende productie wordt gehaald door de zorgaanbieder waarin hij zeggenschap heeft.

Door verticale integratie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder binnen het Nederlandse zorgstelsel, zoals dat op dit moment feitelijk functioneert, ontstaat een risico dat zorgverzekeraars de belangen van zorgvragers minder objectief en optimaal behartigen. In het zorgstelsel hebben zorgverzekeraars een belangrijke rol als inkoper van zorg en behartigen zij als inkoper de belangen van hun verzekerden, hun patiënten. Het kabinet is van mening dat de zorgverlening en de zorginkoop objectief en eenduidig moeten zijn, zonder directe inmenging bij het reilen en zeilen van zorgaanbieders in de vorm van zeggenschap. De zorginkoop door zorgverzekeraars moet uitsluitend en objectieverbaar gericht zijn op kwalitatief goede en doelmatige zorg voor de verzekerden en patiënten. Zorgverzekeraars moeten daarbij alle (potentiële) zorgaanbieders een eerlijke kans geven. Dat is in het belang van de verzekerden en patiënten. Die afweging kan worden verstoord als een zorgverzekeraar directe andere belangen heeft bij een zorgaanbieder dan een inkooprelatie. Dit leidt immers tot het risico dat bij de zorginkoop het belang van het

geïntegreerde bedrijf (continuïteit/rentabiliteit) boven het belang van de patiënt wordt gesteld (kwaliteit, vernieuwing, bejegening, prijs).

Als de zorgverzekeraar belang krijgt bij het (financiële) resultaat van een zorgaanbieder waarover hij tevens zeggenschap heeft, dreigt een spanning te ontstaan. Het bereiken van transparantie en het waarborgen van patiëntenpreferenties kan schijnbaar of daadwerkelijk op gespannen voet komen te staan met de financiële verwevenheid van zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Daarmee kan ook een schijnbare of daadwerkelijke spanning ontstaan tussen medisch inhoudelijke gronden en andere gronden. Dit kan de patiënt tegenover een verticaal geïntegreerde zorgverzekeraar en zorgaanbieder kwetsbaar maken. Dit brengt een risico met zich: het is niet goed mogelijk te objectiveren dat de zorgverzekeraar of de zorgaanbieder in alle gevallen het belang van de zorgvrager voorop stelt. Het bestaande gebrek aan transparantie over de kosten en de kwaliteit van zorg jaagt dit effect nog verder aan.

Dit leidt er bovendien toe, dat verticaal geïntegreerde zorgverzekeraars/zorgaanbieders in mindere mate worden aangezet om mee te werken aan meer transparantie, terwijl het tot stand komen van die transparantie wel noodzakelijk is voor de werking van het zorgstelsel. Indien een zorgaanbieder gecontroleerd wordt door een zorgverzekeraar, zodanig dat die zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft om op grond van feitelijke of juridische omstandigheden een beslissende invloed uit te oefenen op de activiteiten van een zorgaanbieder, bestaat het risico dat de zorgverzekeraar keuzes afdwingt bij de zorgaanbieder die niet in het belang zijn van de patiënt.

Patiënten en verzekerden moeten kunnen vertrouwen op de onafhankelijkheid van zorgverzekeraars. In het zorgstelsel zouden zorgverzekeraars immers in de eerste plaats het belang van de patiënt moeten vertegenwoordigen en niet het belang van de zorgaanbieder. Verzekerden en patiënten moeten bovendien meer en meer wennen aan het idee dat zorgverzekeraars bepaalde zorgaanbieders wel en andere zorgaanbieders niet contracteren. De verzekerde en patiënt moeten er van uit kunnen gaan dat deze selectieve contractering plaatsvindt op de juiste gronden. Daarbij kan slechts de schijn van een belangenverstrengeling tussen een verticaal geïntegreerde zorgverzekeraar / zorgaanbieder al afbreuk doen aan de werking van het zorgstelsel. Immers, van belang is dat de verzekerde en patiënt meer vertrouwen moeten krijgen in de werking van dit zorgstelsel. Patiënten moeten ervan uit kunnen gaan dat de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders hun rol invullen op een wijze die voor de patiënt eenduidig en transparant is. Daarbij past het niet dat de mogelijkheid bestaat dat de zorgverzekeraar de schijn zou wekken een belang te hebben patiënten naar de eigen zorgaanbieder te sturen om redenen anders dan patiëntenbelang. Het is onwenselijk dat een zorgverzekeraar de eigen zorgaanbieder zou voortrekken bij de zorginkoop dan wel een andere zorgaanbieder achter zou stellen bij deze inkoop. Ten slotte moet voorkomen worden dat patiënten, door de mogelijke schijn van belangenverstrengeling, zorgaanbieders waarin zorgverzekeraars zeggenschap hebben, vermijden. Dat zou de werking van het zorgstelsel afbreuk doen.

Dit alles laat onverlet dat verticale integratie vanwege vernieuwing wel mogelijk blijft. Ik ben van mening dat we daarmee innovatie nog steeds mogelijk maken, maar ongewenste ontwikkelingen die afleiden van het primaire belang van het aanbieden van goede, betaalbare en toegankelijke zorg, voorkomen.

De leden van de CDA-fractie vragen om voorbeelden van gevallen waarin Nederland of de overheid van een andere land een schadeloosstelling moest betalen omdat beleid in strijd was met artikel 1 van het Eerste Protocol bij het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM).

Een recent voorbeeld betreft de afschaffing van de Wet werk en inkomen kunstenaars (Wwik), een wet die kunstenaars met een laag inkomen gedurende maximaal 48 maanden in een periode van tien jaar aanspraak gaf op een aan het bijstandsniveau gekoppelde uitkering, en op een aantal andere voordelen. Per 1 januari 2012 werd deze wet zonder overgangsrecht afgeschaft⁵. Dat betekende dat ook kunstenaars die voor die datum recht op een Wwik-uitkering hadden verkregen en hun rechten nog niet hadden verbruikt, deze met ingang van die datum zouden verliezen. De Rechtbank 's-Gravenhage vond echter, getuige haar uitspraak van 3 januari 2012, dat voor dergelijke «bestaande gevallen» sprake was van ontneming van eigendom⁶.

Nu niet voorzien was in een redelijke overgangstermijn, achtte zij de intrekking van de Wwik voor deze uitkeringsgerechtigden in strijd met artikel 1 van het Eerste Protocol bij het EVRM. De rechtbank droeg de Staat op om alsnog te voorzien in een overgangsregime. Dat is gebeurd met de Tijdelijke regeling uitkering aan voormalige Wwik-gerechtigden⁷, waarmee bestaande gevallen tot 1 juli 2012 recht kregen op continuering van hun uitkering en andere voordelen. De verlenging van de uitkering en de overige voordelen voor de bestaande gevallen met een half jaar, is te zien als schadeloosstelling voor het intrekken van de Wwik. Het gerechtshof 's-Gravenhage sprak overigens op 5 juni 2012 uit dat het de overgangstermijn van een half jaar ten algemene niet ontoereikend vond, maar merkte daarbij wel op dat niet uitgesloten was dat een rechter in gevallen waarin een individuele kunstenaar aannemelijk zou kunnen maken dat het halve jaar overgangsrecht in zijn geval te kort was, zou kunnen besluiten dat ook na dat halve jaar nog recht zou moeten bestaan op overgangsvoordelen⁸.

Ook kan verwezen worden naar een vergelijkbare uitspraak die de Centrale Raad van Beroep op 18 juni 2004 deed⁹. Bij de invoering van de Wet sociale zekerheidsrechten gedetineerden per 1 mei 2000, had de overheid gedetineerden met een WAO-uitkering een termijn van langer dan een maand moeten geven alvorens deze uitkering werd stopgezet. De Centrale Raad gaf daarbij aan een overgangstermijn van een half jaar wél in overeenstemming met artikel 1 van het Eerste Protocol bij het EVRM te vinden. In zijn uitspraak van 21 juli 2006, stelt het Gerechtshof 's-Gravenhage wegens strijd met artikel 1 van het Eerste Protocol bij het EVRM een aanslag voor de vennootschapsbelasting op een lager bedrag vast dan de belastingdienst had gedaan¹⁰.

Ten slotte wijs ik op de uitspraak van de Hoge Raad van 16 november 2011 inzake de varkensrechten¹¹, waarin deze in rechtsoverweging 6.2.3 weliswaar niet vaststelt dat er in de desbetreffende zaak sprake *is* van strijd met artikel 1 van het Eerste Protocol, maar dat daarvan in een individueel geval wel sprake zou *kunnen* zijn, in welk geval schadevergoeding aangewezen zou zijn. Voor de duizenden zaken over schending

⁵ Staatsblad 2011, 645

⁶ Deze uitspraak is te vinden op www.rechtspraak.nl onder nummer ECLI:NL:RBSGR:2012:BU9921

⁷ Staatscourant 2012, 1436

⁸ ECLI:NL:GHSGR:2012:BW7457

⁹ ECLI:NL:CRVB:2004:AP4680

¹⁰ ECLI:NL:GHSGR:2006:AY8969

¹¹ ECLI:NL:HR:2001:AD5493

van artikel 1 van het Eerste Protocol van het EVRM die in het buitenland hebben gespeeld, verwijs ik deze leden graag naar de website van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens¹².

De leden van de CDA-fractie vragen of het niet logischer is bestaande situaties van verticale integratie aan te pakken, indien deze situaties zijn ontstaan na het indienen van dit wetsvoorstel bij de Kamer. Op dat moment konden zorgverzekeraars kennis nemen van het voornemen om tot een verbod op verticale integratie te komen. De leden van deze fractie vragen hoe ik tegen deze suggestie aankijk.

De leden van de CDA fractie vragen of het niet logischer is om nieuwe gevallen van verticale integratie te verbieden, wanneer deze ontstaan zijn na de indiening van dit wetsvoorstel op 10 september 2012. Zoals ik in de nota naar aanleiding van het verslag heb aangegeven, is de regering van mening dat zij organisaties die op de inwerkingtredingdatum van het verbod op verticale integratie al verticaal geïntegreerd zijn, niet tot ontmanteling moet verplichten. Dit geldt dus ook voor gevallen van verticale integratie die zijn ontstaan na het indienen van het wetsvoorstel. Het verbod is immers pas geldig wanneer dit wettelijk in werking treedt. Een en ander laat uiteraard onverlet, dat bestaande situaties van verticale integratie wel kunnen worden aangepakt indien daar vanuit het mededingingsrecht aanleiding toe bestaat of sprake zou zijn van situaties van aanmerkelijke marktmacht.

Daarnaast vragen de leden van de CDA-fractie of het toch niet wenselijk is een overzicht te hebben van de bestaande situaties van verticale integratie. Dit voorkomt ook eventuele disputen of een situatie van verticale integratie wel of niet voor de inwerking van het wetsvoorstel opgetreden is. Deze leden vragen of ik – gezien het beperkte aantal zorgverzekeraars in Nederland – niet een oproep kan doen aan zorgverzekeraars om vrijwillig de bestaande situaties van verticale integratie aan mij te melden, zodat een compleet overzicht van de uitgangssituatie bestaat, en om te voorkomen dat zorgverzekeraars de bestaande situaties van verticale integratie ongemerkt gaan uitbreiden (vooruitlopend op de inwerkingtreding van artikel 40, vierde lid Wmg).

De voorgestelde toevoegingen in artikel. 40 Wmg schrijven voor dat zorgverzekeraars, AWBZ-zorgverzekeraars en rechtspersonen als bedoeld in artikel 40 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten de belangen die zij hebben in zorgaanbieders openbaar maken, zulks ten behoeve van de inzichtelijkheid, voor verzekerden. Het gaat hierbij om de volgende informatie:

- a) bij welke zorgaanbieders zij direct invloed hebben op de samenstelling van het bestuur, wat die invloed inhoudt en hoe groot die invloed is;
- b) in welke zorgaanbieders zij direct financiële belangen hebben, wat die belangen inhouden en in welke mate die belangen hen in staat stellen het beleid van de zorgaanbieder te bepalen.

Op deze wijze zal er dus een uitgangssituatie in kaart worden gebracht, waarbij inzichtelijk wordt gemaakt welke belangen en invloed zorgverzekeraars, AWBZ-zorgverzekeraars en rechtspersonen, als bedoeld in artikel 40 van de AWBZ, hebben in zorgaanbieders, inclusief die gevallen waarbij er sprake is van verticale integratie.

De leden van de CDA-fractie willen weten welke sancties zullen kunnen worden opgelegd aan zorgverzekeraars, AWBZ-zorgverzekeraars of zorgkantoren die het nieuwe artikel 40, vierde lid, Wmg, overtreden.

¹² <http://hudoc.echr.coe.int>

Zorgverzekeraars, AWBZ-zorgverzekeraars of zorgkantoren die niet openbaar maken welke bestuurlijke en financiële belangen zij in zorgaanbieders hebben, kunnen geconfronteerd worden met een aanwijzing, een last onder bestuursdwang, een last onder dwangsom of met een bestuurlijke boete van maximaal € 500 000,- of, als dat meer is, tien procent van hun omzet. De NZa kan deze sancties opleggen. Een en ander hoeft in voorliggend wetsvoorstel niet afzonderlijk geregeld te worden, aangezien de sancties op overtreding van ieder lid van artikel 40 Wmg (dus ook van het nieuwe vierde lid), al in de artikelen 76, 82 en 85 van de Wmg geregeld zijn.

Sommige zorgverzekeraars hebben contracten met zorginstellingen in het buitenland. Zij vergoeden dan ook de kosten van die zorg als hun verzekerden de behandeling in het buitenland ondergaan. De leden van de CDA-fractie vragen of het verbod van verticale integratie ook voor de zorginstelling die zorgverzekeraars in het buitenland gecontracteerd hebben geldt.

Het verbod op verticale integratie richt zich tot en geldt daarom ook voor zorgverzekeraars die zorgverzekeringen aanbieden in Nederland en die zeggenschap willen verwerven over zorgaanbieders in het buitenland.

Wordt verticale integratie ook verboden voor zorg die onder de aanvullende verzekering valt, zo willen deze leden weten.

Voorliggend wetsvoorstel verbiedt het een zorgverzekeraar, een AWBZ-zorgverzekeraar of een zorgkantoor niet om zelf zorg aan te bieden die buiten de dekking van de zorgverzekering of de AWBZ valt (en dus, indien daar markt voor is, onder een aanvullende verzekering zou kunnen vallen). Evenzo kan zo'n zorgverzekeraar of zorgkantoor zeggenschap verwerven in een aanbieder die louter dergelijke zorg aanbiedt. Overigens merk ik hier direct op, dat de Wet op het financieel toezicht (Wft) wél beperkingen stelt aan de mate waarin een zorgverzekeraar dergelijke zorg zelf mag aanbieden: dat mag hij namelijk alleen doen in het kader van een aanvullende naturaverzekering, en dan alleen aan zijn eigen aanvullend verzekerden. Het zelf aanbieden van onverzekerde zorg of van zorg aan anderen dan zijn eigen verzekerden, levert namelijk strijd op met het in de Wft neergelegde verbod van nevenactiviteiten. Daarmee is het onwaarschijnlijk dat een zorgverzekeraar ook werkelijk overgaat tot het zelf aanbieden van niet onder de dekking van de zorgverzekering of de AWBZ vallende zorg. Ook AWBZ-zorgverzekeraars en zorgkantoren zullen daar naar mijn verwachting niet toe over gaan.

De CDA-leden hebben gevraagd hoe de signalerende rol van patiënten en gehandicaptenorganisaties vorm gaat krijgen, waarvan ik in de Nota naar aanleiding van het verslag het belang heb benoemd.

Ik heb die opmerking niet gemaakt vanuit de intentie hiervoor vanuit de overheid concrete actie te ondernemen. De signalerende rol waarvan ik het belang heb benoemd, krijgt vorm en heeft al vorm gekregen in contacten die organisaties van patiënten en gehandicapten met zorgverzekeraars hebben. Zij melden zorgverzekeraars welke informatie verzekerden nodig hebben om een goed oordeel te kunnen vormen over het inkoopbeleid van een zorgverzekeraar.

De leden van de CDA-fractie hebben begrepen dat het wetsvoorstel regelt dat als een zorgverzekeraar zes weken voor de ingangsdatum van het nieuwe verzekeringsjaar nog onvoldoende zorgaanbieders gecontracteerd heeft om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen, de verzekerde recht heeft op de volledige vergoeding van de gemaakte kosten. De leden van de

CDA-fractie vragen bij wie de verzekerde moet aankloppen indien de zorgverzekeraar en de verzekerde van mening verschillen of voldoende gecontracteerd is.

Een zorgverzekeraar dient ervoor te zorgen dat in natura verzekerde zorg voor een verzekerde beschikbaar is binnen redelijke termijn vanaf het moment waarop deze daar behoefte aan heeft gekregen en op redelijke afstand van waar de verzekerde woont. Dit wordt wel de «zorgplicht» van de naturazorgverzekeraar genoemd. Kan de zorgverzekeraar de zorg niet op deze voorwaarden laten leveren (of, indien hij een ontheffing van de NZa heeft, zelf leveren), dan komt die zorgverzekeraar zijn zorgplicht jegens zijn verzekerde niet na. In dat geval zal de verzekerde die voor die zorg naar een niet door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder is gegaan op grond van het voorgestelde artikel 13, tweede lid, onderdeel b, en derde lid, Zvw recht hebben op volledige vergoeding van de rekening.

Of zijn zorgverzekeraar uiterlijk zes weken voor de start van het verzekeringsjaar voldoende zorgaanbieders had gecontracteerd, is daarbij niet van belang: gekeken wordt naar de vraag of de zorgverzekeraar *op het moment waarop zijn verzekerde zorg nodig heeft*, voldoende zorg heeft gecontracteerd om hem die zorg binnen redelijke termijn en op redelijke afstand te laten leveren (dan wel, indien sprake is van een daartoe strekkende ontheffing van het verbod op verticale integratie, of de zorgverzekeraar hem die zorg zelf binnen deze redelijke termijn en afstand kan leveren). Een verzekerde die van mening is dat dit niet zo is, doet er natuurlijk verstandig aan om niet zomaar naar een niet gecontracteerde aanbieder te gaan en zo mogelijk eerst bij zijn zorgverzekeraar te checken of deze werkelijk niet aan zijn zorgplicht kan voldoen. Ontstaat desalniettemin achteraf een verschil van mening over de vraag of een zorgverzekeraar de rekening van een niet gecontracteerde aanbieder volledig moet vergoeden omdat hij niet aan zijn zorgplicht kon voldoen, dan zal de verzekerde dit meningsverschil eerst aan zijn zorgverzekeraar en vervolgens aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of aan de civiele rechter kunnen voorleggen.

De bepaling waar de leden van de CDA-fractie aan refereren – het nieuwe artikel 13, tweede lid, onderdeel d, Zvw – regelt niet dat de naturazorgverzekeraar op straffe van de verplichting de rekening altijd volledig te vergoeden, ten minste zes weken voor het nieuwe verzekeringsjaar voldoende zorgaanbieders moet hebben gecontracteerd, maar dat hij uiterlijk op die dag bekend moet maken *welke* zorgaanbieders hij heeft gecontracteerd. In de praktijk zal dat er echter wel degelijk toe leiden dat hij uiterlijk op die dag *voldoende* gecontracteerd aanbod bekend zal maken. Heeft hij op die dag namelijk een lijst met een schamel aantal gecontracteerde aanbieders bekend gemaakt, dan kan hij verwachten dat veel van zijn verzekerden overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

In de nota naar aanleiding van het verslag heb ik opgemerkt dat het verbod op verticale integratie zich in voorliggend wetsvoorstel richt op de zorgverzekeraars en niet op de zorgaanbieders, maar dat de wijze waarop het verbod is geformuleerd met zich zal brengen dat (conglomeraten van) zorgaanbieders geen zorgverzekeraar op zullen kunnen richten. Immers, ook personen die direct of indirect zeggenschap over zorgverzekeraars hebben wordt het krachtens het in artikel 49, eerste lid, Wmg neer te leggen verbod op verticale integratie verboden om zelf zorg aan te bieden. Een zorgaanbieder die een zorgverzekeraar zou oprichten en daar zeggenschap in zou behouden, zou daarmee automatisch geen zorg meer mogen aanbieden, en daarmee geen zorgaanbieder meer zijn. De leden

van de CDA-fractie vragen of ik met «personen die zeggenschap over een zorgverzekeraar kunnen verwerven» rechtspersonen bedoel of individuen.

Zoals gebruikelijk is in wetgeving, vallen in onder het in artikel 49, eerste lid, Wmg gebruikte begrip «personen» zowel natuurlijke personen (individuen) als rechtspersonen. Noch een huisarts of fysiotherapeut, noch een stichting die een ziekenhuis in stand houdt, zal dus, indien hij daarnaast zorg willen blijven verlenen, zeggenschap in een zorgverzekeraar kunnen verwerven.

De leden van de CDA-fractie willen weten of een constructie waarbij drie zorgaanbieders met een aandeel van 30%, 30% en 40% een zorgverzekeraar oprichten, en zij benoemen niet de bestuurders van de zorgverzekeraar (zij zorgen alleen voor de financiering) is toegestaan op basis van dit wetsvoorstel.

Op basis van dit wetsvoorstel wordt verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders verboden. Zo zal een zorgverzekeraar op basis van het nieuwe artikel 49, eerste lid, Wmg, zelf geen zorg meer mogen verlenen of zeggenschap verwerven in een zorgaanbieder. Andersom zal een zorgaanbieder geen zeggenschap kunnen verwerven over een zorgverzekeraar. Voor de uitleg van het begrip zeggenschap verwijst dit wetsvoorstel naar de mededingingswet. In het nationale en internationale mededingingsrecht wordt het begrip verticale integratie namelijk al lange tijd aan de hand van het zeggenschaps criterium gedefinieerd. Hierin is een ruime toepassingspraktijk met uitgebreide jurisprudentie. Zeggenschap behelst daarin uitsluitende zeggenschap en gezamenlijke zeggenschap. Van uitsluitende zeggenschap is sprake indien een onderneming (in dit geval dus een zorgverzekeraar) alleen het strategische gedrag van een andere onderneming (in dit geval dus een zorgaanbieder) kan bepalen, of indien een onderneming in staat is het strategische gedrag van een andere onderneming te blokkeren (negatieve zeggenschap). Van gezamenlijke zeggenschap is sprake indien twee of meer ondernemingen in staat zijn om beslissende invloed uit te oefenen.

In genoemd voorbeeld is er vanwege de aandelenverhouding sprake van gezamenlijke zeggenschap in de zorgverzekeraar: immers, de zorgaanbieders moeten gezamenlijk overeenstemming bereiken om beslissende invloed uit te kunnen oefenen op de activiteiten van de zorgverzekeraar. Dit zou in dit geval slechts dan anders zijn indien zij contractueel, statutair of anderszins regelen dat zij geen gezamenlijke zeggenschap hebben. Oordelend puur op de aandelenverhouding zoals die in de vraag is geschetst lijkt er in het geschetste voorbeeld sprake van gezamenlijke zeggenschap. Ik wijs er op dat het uiteindelijk aan de toezichthouder en rechter is om in individuele gevallen te bepalen of er sprake is van verticale integratie, mocht daarover in een individueel geval onduidelijkheid bestaan.

Op vragen van de leden van de CDA-fractie over de positie van gemeenten en dit wetsvoorstel heb ik geantwoord dat het wetsvoorstel niet voor gemeenten geldt. Als gemeenten op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning welzijnsdiensten willen inkopen, dan dienen zij een aanbestedingsprocedure te starten. Dat zou voorkomen dat zij om oneigenlijke redenen inkopen bij welzijnsinstellingen waar zij zeggenschap over hebben.

De leden van de CDA-fractie vragen om verduidelijking van deze argumentatie. Het wetsvoorstel gaat uit van het criterium «zeggenschap» als toetsingscriterium. Een zorgverzekeraar, AWBZ-zorgverzekeraar en zorgkantoor mag in beginsel geen zeggenschap over een zorgaanbieder hebben. Het kan ook voorkomen dat een gemeente niet via aanbesteding hoeft in te kopen. De leden van de CDA-fractie vragen wat er gebeurt als

een gemeente bepaalde zorg op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) niet via aanbesteding hoeft te doen en of de gemeente zeggenschap in een zorginstelling mag hebben?

Het verbod op verticale integratie richt zich op zorgverzekeraars, AWBZ-zorgverzekeraars, zorgkantoren en hun (groot)moeders. Gemeenten vallen niet onder deze categorieën en daarom geldt dit wetsvoorstel niet voor gemeenten. Het wetsvoorstel verbiedt het gemeenten derhalve niet om zeggenschap te hebben of verwerven over zorgaanbieders die zorg verlenen die op grond van de zorgverzekering of de AWBZ verzekerd is. Overigens zullen gemeenten Wmo-diensten doorgaans wel degelijk moeten aanbesteden, al zal het soms niet om een openbare aanbesteding gaan. Ik zou de leden van de CDA-fractie willen voorstellen om over de vraag of we het gemeenten moeten verbieden om zeggenschap te verwerven in Wmo-aanbieders, te discussiëren in verband van het wetsvoorstel voor de nieuwe Wmo, dat Uw Kamer naar verwachting binnenkort zal bereiken.

De leden van de CDA-fractie vragen of een gemeente zeggenschap over een zorgaanbieder mag hebben. Zij vragen voorts wat het onderscheidend criterium is dat gemeenten wel «verticaal geïntegreerd» mogen zijn met zorginstellingen? Gemeenten zullen toch vaak een langdurig exclusief inkoopcontract met bijvoorbeeld een lokale thuiszorgaanbieder hebben.

Bij het antwoord op deze vraag ga ik ervan uit dat de leden van de CDA-fractie bedoelen te vragen waarom niet in dit wetsvoorstel wordt verboden dat gemeenten zeggenschap verwerven in instellingen die (louter of mede) Wmo-diensten leveren. Alleen daar kan immers in theorie het probleem spelen dat een gemeente er belang bij kan hebben om op andere gronden dan het cliëntbelang zijn inwoners naar de eigen zorgaanbieder te sturen. Doorgaans zullen gemeenten welzijnsdiensten inkopen via aanbestedingsprocedures en wordt aldus voorkomen dat zij op verkeerde gronden Wmo-diensten inkopen. Ik stel voor om de discussie over de vraag of het gemeenten desondanks ook nog moet worden verboden om zeggenschap te verwerven in aanbieders van Wmo-zorg, te voeren tijdens de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel voor de nieuwe Wmo. In dat verband wil ik hier wel al opmerken, dat de positie van de gemeente (een deel van de democratisch gecontroleerde overheid) een andere is dan die van de zorgverzekeraar (een private onderneming die winst oogmerk kan hebben).

De leden van de CDA-fractie stellen dat een gemeente via een aanbestedingsprocedure zorg kan inkopen bij een zorginstelling waar zij zeggenschap over heeft en zij willen weten waarom dit geen probleem oplevert

Indien een gemeente via een aanbestedingsprocedure inkoop, wordt gegarandeerd dat er een transparant en eerlijk inkoopproces plaatsvindt. Een aanbestedingsprocedure is bij uitstek bedoeld om ervoor te zorgen dat burgers er op kunnen vertrouwen dat de overheid geen partijen op verkeerde gronden bevoordeelt. Aan de aanbestedingsprocedure nemen doorgaans meerdere partijen deel, en de gunningcriteria zijn duidelijk en kenbaar. Het is dan voor een gemeente niet mogelijk om ongemerkt de eigen verticaal geïntegreerde Wmo-aanbieder te bevoordelen.

De leden van het CDA hebben gevraagd of ik nadere uitleg kan geven over hoe de keuzevrijheid voor een verzekeraar zich verhoudt tot de keuzevrijheid voor een behandelend arts in verband met de arts/patiëntrelatie.

In het zorgstelsel waar we voor hebben gekozen verloopt de toegang tot de zorg via de zorgverzekering. Iedere inwoner is verplicht die af te sluiten. De acceptatieplicht waarborgt vervolgens dat iedereen door elke zorgverzekeraar geaccepteerd moet worden. De vrijheid om voor zorgaanbieders te kiezen kan dus niet los worden gezien van de keuze van de zorgverzekering. Iemand die altijd en voor alles vrij wil zijn in de keuze van zijn arts/ziekenhuis/therapeut, kan kiezen voor een polis die de zorg verzekert op basis van vergoeding van kosten (restitutie). Deze verzekering vergoedt de kosten tot het Nederlandse marktconforme niveau. Bij polissen die de zorg verzekeren op basis van de levering van zorg (natura) is de vrijheid van keuze van zorgverlener niet onbegrensd maar afhankelijk van welke zorgaanbieders de zorgverzekeraar heeft gecontracteerd en van de hoogte van de vergoeding die de zorgverzekeraar in de polis heeft bepaald wanneer men naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat. Daartegenover staat premiereductie. Het is aan de verzekerde om de ene of de andere polis te kiezen.

Het wetsvoorstel regelt dat een zorgverzekeraar maximaal acht jaar een ontheffing voor innovatie krijgt. Wat gebeurt er als in die periode een andere zorgverzekeraar ook een zorginstelling voor precies dezelfde innovatie wil oprichten? Kan dit dan?

Het wetsvoorstel regelt dat een zorgverzekeraar maximaal vier jaar een ontheffing verkrijgt voor verticale integratie die nodig is om vernieuwing in het zorgaanbod teweeg te brengen. Deze ontheffing kan eenmaal met vier jaar verlengd worden. Indien dezelfde of een andere zorgverzekeraar binnen deze periode aannemelijk kan maken dat nog een verticale integratie nodig is om een zelfde soort innovatie in het aanbod teweeg te brengen, is dat in principe mogelijk. Echter, ook die tweede zorgverzekeraar zal opnieuw en specifiek voor zijn situatie aannemelijk moeten maken dat de verticale integratie noodzakelijk is om de beoogde vernieuwing van het zorgaanbod te bewerkstelligen. Dit is anders indien het gaat om een sterk regionale vernieuwing. Ik denk dan bijvoorbeeld aan een heel nieuwe vorm van zorg in de buurt. Ik kan me voorstellen dat in dat geval de ene zorgverzekeraar een zorgaanbieder in de ene regio wil oprichten, en een andere zorgverzekeraar voor dezelfde vernieuwing een zorgaanbieder in de andere regio wil oprichten. Ik kan me voorstellen dat er dan aannemelijk gemaakt kan worden dat er meerdere tijdelijke verticale integraties nodig zijn om vernieuwing van het zorgaanbod teweeg te brengen.

Naar aanleiding van de nota van wijziging hebben de leden van het CDA gevraagd wanneer het aan een natura zorgverzekeraar te wijten is dat een naturaverzekerde zich tot een niet gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland wendt en hoe een verzekerde weet of een prijs van spoedzorg in het buitenland marktconform is. Ook vragen zij welke mogelijkheden een naturaverzekerde heeft om in het buitenland genoten spoedhulp, voor zover die uitgaat boven het Nederlands marktconform tarief, aanvullend te verzekeren. Ook wilden zij antwoord op de vraag welke verschillen er zijn er tussen in het buitenland genoten spoedhulp tijdens een vakantie of tijdens het verrichten van werkzaamheden.

Om te beginnen wil ik benadrukken dat met de nota van wijziging de bestaande situatie wordt gecontinueerd. De in de vraag naar voren gebrachte casuïstiek kan zich dus ook nu voordoen, met de hieronder beschreven uitkomsten. Van Nederlandse zorgverzekeraars kan in redelijkheid niet worden verwacht dat hun verzekerden overal in het buitenland kunnen rekenen op gecontracteerde zorg. In een spoedgeval kan een naturazorgverzekeraar dus ook niet in redelijkheid worden verweten dat een verzekerde naar een niet-gecontracteerde aanbieder

moest gaan. De verzekerde zal in het geval van spoedzorg zeer waarschijnlijk ook niet kunnen weten hoe de prijs van de buitenlandse zorg zich verhoudt tot wat in Nederland gebruikelijk is, niet alleen omdat er te weinig tijd en gelegenheid is om prijzen te vergelijken, maar ook omdat die informatie niet voor alle specifieke situaties voorhanden is. De aangewezen weg om met de onzekerheid in de buitenlandse situatie om te gaan is het afsluiten van een aanvullende (reis)verzekering. De mogelijkheden hiervoor zijn legio. Mensen kunnen niet voorzien wat ze overkomt als ze in het buitenland zijn – of dat nu voor vakantie is of voor werkzaamheden – ze kunnen wel voorzien wanneer ze in het buitenland zijn en kunnen tijdig voor een aanvullende (reis)verzekering zorgen.

De leden van de D66-fractie constateren dat het voorliggende voorstel leidt tot een toename van de administratieve lasten. Zorgverzekeraars moeten onder meer nagaan in hoeverre zij voldoen aan de verbodsbe-paling uit deze wet. Daarnaast zal een ontheffingsaanvraag extra lasten voor verzekeraars met zich meebrengen. Bovendien zullen zij de nieuwe transparantieplichting moeten naleven. De hier aan het woord zijnde leden vragen of ik bereid ben het onafhankelijke adviescollege Actal te laten toetsen in welke mate er als gevolg van het voorliggende wetsvoorstel een toename van de administratieve lasten en regeldruk zal plaatsvinden.

Er is inderdaad sprake van een stijging van de administratieve lasten. Berekend in overeenstemming met de rekenmethode van Actal komt deze stijging van administratieve lasten in totaal neer op € 40.000,- per jaar. De nalevinglasten van het wetsvoorstel zijn minimaal. Omdat het begrip zeggenschap is gelijkgeschakeld met het begrip zeggenschap uit de nationale en Europese mededingingsregels is er met betrekking tot het nagaan of er sprake is van verticale integratie in de vorm van het verwerven of hebben van zeggenschap nagenoeg geen toegenomen nalevinglast als gevolg van dit wetsvoorstel. Daarnaast zal het een zorgverzekeraar weinig moeite kosten om na te gaan of hij zijn verze-kerden zelf zorg verleent: dat zal immers algemeen bij hem bekend zijn. Ook het transparant maken van deelnemingen in zorgaanbieders leert nauwelijks extra nalevinglasten op. Dat moet immers al worden nagegaan ten behoeve van het opmaken van het jaarverslag en het document maatschappelijke verantwoording. De berekeningen met betrekking tot de administratieve lasten en het hanteren van de definities administratieve lasten en nalevinglasten zijn geheel in overeenstemming met de definities en rekenmethoden van Actal. Ik zie daarom ook geen meerwaarde dit voor te leggen aan Actal.

De leden van de D66-fractie hebben met enige zorg kennisgenomen van mijn voornemen om de ontheffingsmogelijkheid van het verbod op verticale integratie in geval van innovatie aan te scherpen. Deze leden verwachten dat dit een onnodige extra barrière voor zorgvernieuwing kan opwerpen. Zij vragen om een toelichting waarom ik deze extra regel dan toch wil invoeren.

Ik vind het van belang dat er geen oneigenlijk gebruik gemaakt wordt van de ontheffingsmogelijkheid. Daarom hecht ik er aan dat de NZa deze ontheffing uitsluitend afgeeft indien de zorgverzekeraar aannemelijk maakt dat de verticale integratie nodig is om deze vernieuwing te bereiken. Zou de zorgverzekeraar geen verband tussen de verticale integratie en de noodzaak voor de vernieuwing aannemelijk kunnen maken, dan zouden er verticale integraties onder het mom van vernieuwing plaats kunnen vinden. Dat heb ik nu door middel van de nota van wijziging geregeld. Ik geloof niet dat dit een extra barrière is die wordt opgeworpen voor vernieuwing. Indien de verticale integratie echt bedoeld

is om vernieuwing te bereiken, dan zal deze verticale integratie ook nodig zijn om dat doel te bereiken. Het aannemelijk maken daarvan is dan zeker geen onoverkomelijke horde.

Deze leden verwachten bovendien, dat deze aanscherping zal leiden tot extra administratieve lasten voor innovatieve zorgverzekeraars en vragen of ik kan aangeven hoeveel extra lasten met een gemotiveerde innovatie ontheffingsaanvraag gepaard gaan?

De administratieve lasten van het voorstel zijn als volgt becijferd. De regering gaat uit van niet meer dan vijf gevallen per jaar. Dit is gebaseerd op de gevallen uit het verleden die voor een ontheffingsaanvraag in aanmerking zouden zijn gekomen. De kosten voor het opstellen van een ontheffingsaanvraag en het indienen ervan bij de NZa – uitgaande van ongeveer vier weken arbeid voor een hoger opgeleide medewerker – worden geraamd op ongeveer € 8.000,- per ontheffing. Hiermee is dus jaarlijks in totaal € 40.000,- gemoeid. De verhoging van de administratieve lastendruk ten gevolge van dit wetsvoorstel bedraagt op macro-niveau derhalve € 40.000,- per jaar.

De hier aan het woord zijnde leden vragen mij voorts op basis van welke criteria de NZa bepaalt of de zorgverzekeraar aannemelijk heeft gemaakt dat de voorgenomen vorm van verticale integratie noodzakelijk is om tot innovatie te komen.

De NZa zal elke aanvraag individueel toetsen en zal dus elke naar voren gebrachte argumentatie op de eigen merites beoordelen. Om te beoordelen of de verticale integratie noodzakelijk is om tot innovatie te komen zal de NZa twee voorwaarden beoordelen. Ten eerste zal er sprake moeten zijn van een vernieuwing in het zorgaanbod. Ten tweede zal de zorgverzekeraar voldoende aannemelijk moeten maken dat de verticale integratie nodig is om de vernieuwing te bewerkstelligen. Dat wil zeggen dat aannemelijk moet worden gemaakt dat de vernieuwing bij afwezigheid van de verticale integratie niet tot stand zou komen.

Een criterium dat de NZa zal hanteren om te beoordelen of er sprake is van innovatie of vernieuwing in het zorgaanbod is onder andere of nieuwe behandelvormen, vernieuwingen ten behoeve van verbetering van kwaliteit of ten behoeve van verbetering van doelmatigheid plaats vinden. Met vernieuwing wordt hier specifiek bedoeld op de implementatie of toepassing van een product of behandeling met betere prestatiekenmerken. Hieronder begrepen is een objectief nieuwe of verbeterde dienst aan de patiënt. Het kan daarbij gaan om technologische en niet-technologische vernieuwing in de human resources, werkmethoden of combinaties van deze. Het is wel van belang dat deze vernieuwing uiteindelijk de patiënt ten goede komt. Dit kan bewezen worden met plannen van aanpak of door middel van wetenschappelijk onderzoek. Ook kan bijvoorbeeld verwezen worden naar buitenlands praktijkonderzoek indien er sprake is van vernieuwing in het zorgaanbod, die in het buitenland al van de grond is gekomen maar in Nederland nog niet. In dat geval zal het ook mogelijk zijn om iets over de effecten op patiëntniveau te zeggen aan de hand van de in het buitenland behaalde resultaten. Een tweede criterium is de noodzaak van de verticale integratie om vernieuwing te bereiken. Dit betekent dat de vernieuwing zonder de verticale integratie niet tot stand zou komen.

De leden van de fractie van de ChristenUnie hebben gevraagd of ik van plan ben de beleidsregel van de NZa in stand te houden, waarmee de patiënt de vrijheid houdt de huisarts van zijn keuze te nemen, zonder zich

te hoeven bekommeren of die huisarts een contract heeft met een zorgverzekeraar en ongeacht de vraag welke polis de patiënt heeft.

In het onderhandelingsresultaat van het bestuurlijk akkoord met de huisartsen is overeengekomen dat er met ingang van 2015 een nieuw bekostigingssysteem wordt ingevoerd waarin plaats is voor populatiegebonden kenmerken en gezondheidsuitkomsten. Een bekostigingssysteem dat daarnaast macro kostenbeheersing door substitutie faciliteert. Tevens is afgesproken dat ik de inschrijving op naam zal continueren en zal onderzoeken of wettelijke borging daarvan mogelijk is. Gezien de huidige hoge contracteergraad van huisartsenzorg verwacht ik niet dat de rol van het inschrijftarief in het contracteerproces van huisartsenzorg sterk zal veranderen.

Overigens is het, in de huidige situatie, niet zo dat door de beleidsregel van de NZa de patiënt/verzekerde zich nooit hoeft te bekommeren om de vraag of zijn zorgverzekeraar wel een contract met zijn huisarts heeft. Weliswaar kunnen het inschrijftarief en het consulttarief ook gedeclareerd worden als er geen contract tussen zorgverzekeraar en huisarts is, maar als de verzekerde voor de huisartszorg in natura verzekerd is, bestaat de mogelijkheid dat de zorgverzekeraar in de polis een lagere vergoeding heeft opgenomen in het geval een niet gecontracteerde huisarts wordt bezocht.

De leden van de fractie van de ChristenUnie hebben eveneens gevraagd waarom niet in de wet wordt vastgelegd dat het gecontracteerde zorgaanbod en de inkoopcriteria zes weken voorafgaand aan het begin van het verzekeringsjaar transparant moeten zijn voor verzekerden en voor zorgverleners.

Wat de transparantie voor zorgverleners betreft, zal het niet erg effectief zijn als zij de zorginkoopcriteria zes weken voor de aanvang van het nieuwe verzekeringsjaar kennen. Zes weken voor de aanvang van het nieuwe zorgverzekeringsjaar moeten zorgverzekeraars hun polissen bekend maken inclusief – althans voor de in natura verzekerde zorg – het overzicht met welke zorgaanbieders contracten zijn afgesloten. Het contracteren zelf moet lang daarvoor al zijn gestart. Willen zorgverleners profijt hebben van de inkoopcriteria dan zullen ze daar al in het jaar dat voorafgaat aan het nieuwe verzekeringsjaar kunnen beschikken.

Voor verzekerden kan het raadplegen van de criteria die de zorgverzekeraar heeft gehanteerd nuttig zijn bij het kiezen van de polissen. De vraag is of de beschikbaarheid per deze datum wettelijk moet worden vastgelegd. Enkele zorgverzekeraars hebben dit voorjaar uit eigen beweging de inkoopcriteria voor 2014 voor medische specialistische zorg bekend gemaakt. Als dat straks gemeengoed is, is de informatie automatisch ook voor verzekerden beschikbaar ver voor de gevraagde datum.

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen mij te reageren op het voorstel om de NZa een aanwijzing te geven om misbruik van marktmacht door zorgverzekeraars in de context van artikel 13 actief op te sporen en te sanctioneren, en hierover aan de Kamer te rapporteren.

De Autoriteit Consument en Markt (ACM) houdt toezicht op misbruik van een economische machtspositie. Indien daartoe aanleiding is, zal de ACM een onderzoek instellen naar eventueel misbruik van een economische machtspositie van een of meerdere zorgverzekeraars. De ACM bepaalt eigenstandig op basis van opsporingscriteria of zij een onderzoek instelt naar eventueel misbruik van een economische machtspositie. De NZa houdt geen toezicht op misbruik van marktmacht. De NZa kan bepaalde

maatregelen opleggen aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars met aanmerkelijke marktmacht. Op het moment heeft de NZa geen reden om maatregelen op te leggen aan zorgverzekeraars en zie ik ook geen aanleiding om een aanwijzing te geven. Mocht daar wel aanleiding toe zijn – in de context van artikel 13 of anderszins – dan zal de NZa ook zonder aanwijzing van mij overgaan tot het opleggen van maatregelen aan partijen met aanmerkelijke marktmacht. De NZa rapporteert daarover in het uitvoeringsverslag van de Zvw, dat reeds jaarlijks wordt uitgebracht.

In de nota van wijziging van onderhavig wetsvoorstel is toegevoegd dat in natura verzekerde zorg moet worden vergoed, indien deze niet op redelijke afstand van de verzekerde die daar behoefte aan heeft, beschikbaar is. De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen welk orgaan bepaalt wat een redelijke afstand is en of dat orgaan ook rekening houdt met de persoonlijke omstandigheden van een verzekerde.

Indien een verzekerde en zijn zorgverzekeraar van mening verschillen over de vraag wat een redelijke afstand is waarop de zorg die een verzekerde nodig heeft, geleverd kan worden, kan de verzekerde – nadat hij eerst zijn zorgverzekeraar gevraagd heeft er nogmaals naar te kijken – voorleggen aan de SKGZ of aan de civiele rechter.

Zoals de leden van de fractie van de ChristenUnie terecht opmerken, hangt wat een redelijke afstand is, af van de omstandigheden van het geval en in ieder geval van de soort zorg die iemand nodig heeft. Zo zal eerste hulp, zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en zorg van apothekers dicht bij de woning van een verzekerde beschikbaar moeten zijn dan electieve, gespecialiseerde of hoog complexe zorg. De mate waarin bij de bepaling van wat een redelijke afstand is, rekening moet worden gehouden met de persoonlijke omstandigheden anders dan de inhoud van de zorgvraag van de verzekerde, zal in de praktijk en in de uitspraken van de SKGZ en de civiele rechter moeten worden bepaald.

II. ARTIKELSGEWIJS

Artikel 13 Zorgverzekeringswet

De leden van de CDA-fractie geven aan dat ik verwijs naar contractvormen (natura en restitutie), terwijl de richtlijn en het antwoord van de Europese Commissie er op zien dat de toegang tot zorg niet beperkt mag worden. Graag ontvangen deze leden uitleg op dit punt in het licht van vragen vanuit het Europese Parlement. Daarbij roepen deze leden in herinnering dat de laatste alinea in het antwoord van de Europese Commissie op de vragen vanuit het Europees Parlement als volgt luidt: «Zorgverzekeraars mogen de toegang tot grensoverschrijdende gezondheidszorg niet beperken en terugbetaling niet weigeren op grond van het feit dat zij geen contract hebben met een bepaalde zorgaanbieder in een andere lidstaat van de EU. Ook is discriminatie met betrekking tot de hoogte van de vergoeding verboden; die mag daarom niet van de status van de zorgaanbieder afhankelijk zijn. Een wetsvoorstel zoals dat in de vraag wordt beschreven, zou niet met de rechtspraak van het Hof van Justitie en Richtlijn (EU) nr. 2011/24 in overeenstemming zijn.»

Vanuit het Europees Parlement is de vraag gesteld of een wetsvoorstel, waarbij de zorgverzekeraar de mogelijkheid krijgt om zorg die is ingeroepen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder niet te vergoeden, strijd oplevert met Europees recht. Daarbij is niet vermeld dat Nederlands verzekerden elk jaar kunnen kiezen uit een naturapolis, een restitutiepolis of een mengvorm daarvan en dat dit wetsvoorstel slechts ziet op de

mogelijkheid de vergoeding te beperken bij een verzekerde die een naturapolis afsluit en niettemin besluit om naar een niet door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. De Europese Commissie heeft daardoor in haar beantwoording niet alle relevante aspecten van dit wetsvoorstel in aanmerking kunnen nemen. Haar antwoord is onder meer gebaseerd op jurisprudentie, zo geeft de Commissie aan. In de betreffende zaken, zoals bijvoorbeeld Watts¹³ maar ook de Nederlandse zaken Müller-Fauré en Van Riet¹⁴, was er sprake van lidstaten met een zuiver naturazorgstelsel, die de vergoeding van zorg in een andere EU-lidstaat onder meer weigerden op grond van het feit dat met de betreffende zorgaanbieder geen contract was gesloten. Tegen die achtergrond is het antwoord van de Europese Commissie begrijpelijk, maar het houdt derhalve geen rekening met de specifieke Nederlandse situatie, waarbij een verzekerde die kiest voor een naturapolis en de daaraan verbonden consequenties, door zijn zorgverzekeraar aan die keuze kan worden gehouden.

Zoals de Commissie zelf in haar antwoord aangeeft, bepaalt de EU-Richtlijn patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg dat een in het buitenland ontvangen behandeling wordt vergoed tot het bedrag dat zou worden vergoed indien de behandeling in de lidstaat van verzekering was verleend.

De voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw doet daar niet aan af. Immers, in het geval de verzekerde heeft gekozen voor een naturaverzekering, zal de vergoeding voor zorg genoten bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland op grond van de modelovereenkomst even hoog zijn als bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland. Er is daarom geen sprake van ongelijke behandeling. Die ongelijke behandeling zou wel ontstaan indien de vergoeding van zorg die is ingeroepen bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland gelijk moet zijn aan de vergoeding van zorg bij een gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland.

Met betrekking tot het beperken van de toegang tot zorg in het buitenland wordt opgemerkt dat deze in zoverre wordt beperkt, dat de mogelijkheden voor naturaverzekerden om zorg te genieten bij niet gecontracteerde zorgaanbieders door de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw inderdaad worden verminderd. Gezien het bovenstaande blijf ik van oordeel dat deze wijziging in overeenstemming is met Europees recht.

Tevens wordt in de nota naar aanleiding van verslag opgemerkt dat in de vraagstelling vanuit het Europees Parlement niet wordt ingegaan op deze keuzemogelijkheid voor de verzekerde, en de omstandigheid dat dit wetsvoorstel alleen betrekking heeft op verzekerden met een naturapolis die niettemin gebruik maken van zorgverlening door een niet gecontracteerde aanbieder. De leden van de CDA-fractie vragen waarom ik de Europese Commissie niet een reactie op deze constatering vraag, zodat bestaande onduidelijkheden opgelost worden?

In aanvulling op het antwoord op de hiervoor vermelde vraag, kunnen nog de volgende opmerkingen worden gemaakt. De Europese Commissie geeft met enige regelmaat op verzoek haar zienswijze over de Europees-rechtelijke aspecten van nieuw beleid. Die zienswijze gaat altijd vergezeld van de mededeling dat het de zienswijze van de Commissie betreft en dat een uiteindelijk oordeel over de verenigbaarheid van nationale wetgeving met het Europees recht aan het Hof van Justitie is voorbehouden. Gezien het feit dat de regering van mening is dat de voorgestelde wijziging in

¹³ Arrest van het Hof van 16 mei 2006, nr. C-372/04 (Watts).

¹⁴ Arrest van het Hof van 13c mei 2003, nr. C-385/99 (Müller-Fauré en Van Riet).

overeenstemming is met het Europees recht en de zienswijze van de Commissie geen definitief uitsluitel kan geven, acht de regering het stellen van nadere vragen aan de Commissie in dit verband niet opportuun.

Naar aanleiding van mijn gemaakte opmerking dat voor het buitenland ook geldt dat er binnen redelijke afstand en binnen redelijke termijn toegang tot gecontracteerde zorg moet zijn vragen de leden van de CDA-fractie een reactie op voorbeelden van reizigers in Frankrijk en in Siberië.

De gemaakte opmerking dat ook voor het buitenland geldt dat er binnen redelijke afstand en binnen redelijke termijn toegang tot gecontracteerde zorg moet zijn, moet gelezen worden in de context van reguliere zorg van in Nederland verblijvende verzekerden. Voorbeeld: voor in Brabant woonachtige verzekerden met een naturopolis geldt de bereikbaarheids eis voor een gecontracteerd ziekenhuis in Eindhoven in dezelfde mate als voor een gecontracteerd ziekenhuis in Antwerpen. De aangedragen voorbeelden over spoedzorg voor reizigers in Rusland en Frankrijk zijn hierop niet van toepassing. Zoals ik eerder heb geantwoord kan van Nederlandse zorgverzekeraars in redelijkheid niet worden verwacht dat hun verzekerden in het geval van spoed overal in het buitenland kunnen rekenen op gecontracteerde zorg.

De CDA-fractie heeft mijn mening gevraagd over de zorgen vanuit het veld dat de door mij voorgestelde wijziging van artikel 13 ertoe gaat leiden dat nieuwe (innoverende) zorgaanbieders minder kansen hebben tot toegang tot de zorgmarkt. De daaraan ten grondslag liggende veronderstelling is dat zorgverzekeraars het liefste met vertrouwde partners in zee gaan en het lastig is om kwaliteit te laten zien als je geen patiënten hebt, omdat je nog niet gecontracteerd bent.

Deze vraag legt het beleidsdilemma bloot met betrekking tot nieuwe toetreders. Aan de ene kant willen we nieuwe toetreding niet in de weg staan om de dynamiek van innovatie en kwaliteitsverbetering in ons systeem levend te houden. Tegelijkertijd wordt er naar de overheid gekeken om via toelatingseisen en vergunningen te waarborgen dat alleen kwalitatief goede zorgaanbieders kunnen toetreden. De in de vraag terecht verwoorde constatering dat het lastig is om kwaliteit te laten zien als je geen patiënten hebt, omdat je nog niet gecontracteerd bent, doet zich ook bij een toelatingsinstrument voor. De oplossing die ik voorsta, is daarom tweeledig. Vanuit de overheid wil ik dat nieuwe zorgaanbieders kort na hun toetreding meer systematisch en geïntensiveerd aan kwaliteitstoezicht worden onderworpen. Tegelijkertijd – ook omdat toezichtcapaciteit altijd beperkt is – wil ik dat de zorgverzekeraars als kritische inkopers van zorg het instrument hebben om geen zorg te vergoeden die ondermaats of dubieus is. Daarin voorziet de door mij voorgestelde aanpassing van artikel 13. Ik begrijp de zorgen vanuit het veld dat nieuwe aanbieders extra hun best moeten doen om zich te bewijzen, maar dat geldt evenzo in andere sectoren. Het verbod op verticale integratie geeft nieuwkomers in ieder geval meer kans op een contract.

Naar aanleiding van mijn opmerking dat het in de praktijk uitgesloten is dat een zorgverzekeraar aan zijn zorgplicht kan voldoen door slechts één zorgaanbieder per zorgvorm te contracteren, behoudens in de uitzonderlijke gevallen van zeer gespecialiseerde zorg, heeft de CDA fractie mij gevraagd enkele concrete voorbeelden van die uitzondering te noemen.

Concrete voorbeelden van dergelijke zorg zijn bijvoorbeeld het oogziekenhuis of het kinderoncologisch centrum waar vanaf 2015 alle kinderoncologische zorg behoudens de nazorg geleverd wordt, alsmede de drie brandwondencentra.

Stel dat een verzekerde voor in natura verzekerde zorg naar een niet door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder is gegaan, omdat hij ervan uitging dat gecontracteerde zorg niet binnen redelijke termijn en afstand voor hem beschikbaar was. Wat moet hij dan doen als achteraf blijkt dat zijn zorgverzekeraar vindt dat gecontracteerde zorg wél tijdig en binnen redelijke afstand beschikbaar was, zo vragen de leden van de CDA-fractie. En ligt de bewijsplicht in dat geval bij de zorgverzekeraar of de verzekerde?

Ik wil voorop stellen dat een verzekerde die voor in natura verzekerde zorg toch naar een niet door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder wil gaan, er verstandig aan doet hierover vooraf contact op te nemen met zijn zorgverzekeraar. Dan kan de zorgverzekeraar samen met hem nagaan of er echt niet een geschikte gecontracteerde aanbieder is, die de zorg tijdig kan leveren. Indien dit echter niet is gebeurd en er achteraf een conflict ontstaat over de vraag in hoeverre de zorgverzekeraar de rekening van de niet gecontracteerde zorgaanbieder die de zorg heeft verleend moet vergoeden, zal de verzekerde de hier bedoelde vraag nadat een verzoek tot heroverweging door zijn zorgverzekeraar niet tot het door hem gewenste resultaat heeft geleid, kunnen voorleggen aan de SKGZ of de civiele rechter. Het zal daarbij aan de verzekerde zijn om aannemelijk te maken dat gecontracteerde zorg niet op redelijke termijn en afstand beschikbaar was.

In artikel 13 Zvw wordt de maatregel voorgesteld dat de volledige kosten worden vergoed als een verzekerde zes weken voor het einde van het jaar niet had kunnen weten dat een door hem ingeroepen zorgaanbieder niet gecontracteerd was. De leden van de CDA-fractie vragen of een beroep op deze mogelijkheid vervalt als de zorgverzekeraar zes weken voor het einde van het jaar al enkele zorgaanbieders gepubliceerd heeft.

Indien de zorgverzekeraar niet zes weken voor het nieuwe verzekeringsjaar bekend heeft gemaakt welke zorgaanbieders hij voor in natura verzekerde zorg gecontracteerd heeft, kan de verzekerde op grond van het nieuwe artikel 13, tweede lid, onderdeel d juncto het derde lid, Zvw, voor die zorg voor rekening van zijn zorgverzekeraar naar alle zorgaanbieders. Heeft de zorgverzekeraar wel tijdig bekend gemaakt welke zorgaanbieders hij heeft gecontracteerd, maar gaat het daarbij slechts om een schamel aantal, dan loopt hij het risico dat zijn verzekerden voor het nieuwe verzekeringsjaar overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Overigens kan het een bewuste keuze van de zorgverzekeraar zijn om een goedkope of specifieke verzekering aan te bieden met een beperkt aantal gecontracteerde zorgaanbieders.

Verzekerden die desondanks bij zo'n zorgverzekeraar blijven, kunnen niet met een beroep op artikel 13, tweede lid, onderdeel d juncto het derde lid, van hun zorgverzekeraar eisen dat ze in het nieuwe verzekeringsjaar voor diens rekening naar iedere zorgaanbieder kunnen gaan. Zij zijn immers door niet over te stappen in wezen akkoord gegaan met het beperkte aantal gecontracteerde zorgaanbieders. Hebben zij in het nieuwe verzekeringsjaar in natura verzekerde zorg nodig, dan zal hun zorgverzekeraar op dat moment aan zijn zorgplicht moeten voldoen. Dat wil zeggen dat hij ervoor moet zorgen dat de zorg binnen redelijke termijn nadat de behoefte aan zorg is ontstaan en op redelijke afstand van de woning van de verzekerde beschikbaar is. Het kan in dat geval zijn dat de verzekerde

de zorg alsnog bij een gecontracteerde zorgaanbieder kan afnemen, bijvoorbeeld omdat zijn zorgverzekeraar inmiddels het aantal gecontracteerde zorgaanbieders heeft uitgebreid. Is gecontracteerde zorg op het moment waarop de verzekerde de zorg nodig heeft, niet binnen redelijke termijn en afstand beschikbaar, dan zal hij alsnog voor rekening van zijn zorgverzekeraar naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder kunnen gaan. De juridische basis daarvoor ligt dan echter niet in artikel 13, tweede lid, onderdeel d, maar in artikel 13, tweede lid, onderdeel b, Zvw.

Voorts willen de leden van de CDA-fractie weten of er nog andere mogelijkheden zijn waarop een verzekerde niet had kunnen weten dat een door hem ingeroepen zorgaanbieder niet gecontracteerd was; bijvoorbeeld een mondelinge toezegging door de zorgverzekeraar?

Ik neem aan dat de leden van de CDA-fractie hier doelen op de situatie waarin een zorgverzekeraar een verzekerde desgevraagd eerst heeft medegedeeld dat de zorgaanbieder waar deze naartoe wilde gaan gecontracteerd was, om daar nadat de verzekerde daadwerkelijk zorg van die zorgaanbieder heeft gehad weer op terug te komen en hem te vragen om de rekening geheel of gedeeltelijk zelf te betalen. In dat geval is het gezien het vertrouwen dat de zorgverzekeraar bij de verzekerde heeft gewekt, natuurlijk niet redelijk dat hij de verzekerde alsnog (een deel van) de rekening presenteert. Uit artikel 6:248 van het Burgerlijk Wetboek (BW) volgt dan ook, dat de zorgverzekeraar in dit geval de rekening geheel (op eventuele eigen bijdragen of eigen risico na) zal moeten betalen. Wel is het daarbij uiteraard van belang, dat de verzekerde aan kan tonen dat die toezegging er daadwerkelijk is geweest.

De leden van de CDA-fractie hebben mij gevraagd of zorgverzekeraars straks ook delen van een behandeling kunnen contracteren en een deel van de behandeling niet, zodat voor dit laatste deel de verzekerde wel moet betalen. Ook hebben zij gevraagd hoe de contractering van ketenzorg in dit verband moet worden gezien.

Wat wel en niet mogelijk is bij de inkoop van dbc's is vastgelegd in beleidsregels van de NZa. Het voorstel tot wijziging van artikel 13 van de Zvw heeft geen invloed op de bekostigingssystematiek van diagnose behandelcombinaties (dbc's), of dat nu de dbc's voor medisch specialistische zorg, voor de geestelijke gezondheidszorg of ketendbc's zijn.

De leden van de D66-fractie hebben kennis genomen van mijn voornemen de vergoeding van niet gecontracteerde spoedzorg voor naturaverzekerden terug te brengen naar de kosten van de rekening, voor zover deze niet hoger zijn dan hetgeen in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Deze leden stellen vast dat daarmee wordt aangesloten bij wat geldt voor mensen die een restitutiepolis hebben. De leden van deze fractie hebben mij naar aanleiding hiervan gevraagd een inschatting te geven van de extra kosten die de beperking tot Nederlands marktconform niveau van de vergoeding van genoten spoedzorg voor verzekerden met zich mee kan brengen.

Voor een genuanceerde beantwoording van de vraag dient een onderscheid te worden gemaakt tussen spoedzorg in Nederland en spoedzorg in het buitenland. Zoals ik in de toelichting bij de nota van wijziging heb uiteengezet zal er in de Nederlandse situatie nauwelijks of geen sprake zijn van extra kosten omdat (nagenoeg) alle ziekenhuiszorg is gecontracteerd. Voor wat betreft het in kaart brengen van tariefverschillen tussen het Nederlandse marktconforme tarief en de kosten in het buitenland moet ik, net als op gelijklopende vragen van de PVV-fractie, antwoorden dat er zoveel landen, verschillen in afreksystemen en behandelingsitu-

aties zijn dat een zinvolle vergelijking niet goed te maken is. Door het grote aantal landen en medische interventies is de mogelijke casuïstiek eenvoudigweg te breed. Wel zijn er in de praktijk gevallen geweest en kunnen er in de praktijk gevallen zijn waarbij de extra kosten (voor zowel verzekerden met een naturapolis als verzekerden met een restitutiepolis) fors kunnen zijn. Zodanig fors dat een ieder die zich naar het buitenland begeeft serieus moet overwegen een aanvullende (reis)verzekering voor zorg in het buitenland af te sluiten.

Deze leden vragen voorts hoeveel mogelijkheden verzekerden op dit moment hebben om de kosten van spoedzorg uitgaand boven het Nederlands marktconform tarief aanvullend te verzekeren.

De mogelijkheden om bij te verzekeren zijn legio. Bijna alle reisverzekeringen hebben een module voor medische kosten voor zover die uitgaan boven wat de basisverzekering vergoedt. Ook zijn er aanvullende verzekeringen voor medische kosten gemaakt in het buitenland.

De leden van de fractie van D66 vragen wanneer zorg niet op «redelijke afstand» beschikbaar is en wie bepaalt wat een «redelijke afstand» is.

Zoals in de nota naar aanleiding van het verslag is aangegeven, is het niet mogelijk om in het algemeen aan te geven wat een redelijke afstand is tussen de woning van de verzekerde en de plaats waar hij de verzekerde zorg kan verkrijgen. Dit hangt af van de omstandigheden van het geval en vooral van de soort zorg die een verzekerde nodig heeft. Eerste hulp, huisartsenzorg en zorg van apothekers zal bijvoorbeeld dichterbij de woning beschikbaar moeten zijn dan electieve, gespecialiseerde zorg. Conflicten over de vraag wat in een individueel geval een «redelijke afstand» is, kunnen worden voorgelegd aan de SKGZ of de civiele rechter.

De leden van de fracties van het CDA en de SGP geven aan dat ik in de beantwoording van hun vragen naar aanleiding van een artikel van prof. mr. Van de Gronden beargumenteert dat de voorgestelde wijziging van artikel 13 in overeenstemming is met de EU-Richtlijn patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg. Deze leden willen graag weten in hoeverre ik rekening heb gehouden met de vaste rechtspraak van het Hof, waarin gesteld wordt dat een binnenlandse zorgverzekeraar vooral binnenlandse aanbieders contracteert en veel minder vaak aanbieders uit andere EU-Lidstaten en dat de drempel om naar een aanbieder in een andere lidstaat te gaan hierdoor hoger is dan om naar een binnenlandse aanbieder te gaan.

Ook vragen deze leden hoe ik de voorgestelde wijziging beoordeel, in het licht van dat het Hof dit ziet als een beperking van het vrije verkeer¹⁵.

Bij het ontwerp van deze wetswijziging is vanzelfsprekend aandacht besteed aan de Europeesrechtelijke aspecten, waaronder de rechtspraak van het Hof en de EU-Richtlijn Patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg. De stelling van het Hof in de genoemde arresten dat er meer zorgaanbieders in eigen land worden gecontracteerd dan daarbuiten, kan ik onderschrijven. Er is echter ook een logische verklaring voor. In zijn algemeenheid geldt dat naarmate de afstand tot een aangeboden product of dienst toeneemt, de drempel om voor het aangeboden te kiezen hoger is. Dit is de reden dat er voor Nederlandse verzekerden overwegend Nederlandse zorg wordt gecontracteerd en dat als er buitenlandse zorg wordt gecontracteerd dat vaker Belgische en Duitse zorg is dan zorg uit

¹⁵ Zie bijvoorbeeld rechtsoverweging 43 van Müller-Fauré, rechtsoverwegingen 65 en 66 van Smits-Peerbooms en rechtsoverweging 40 van zaak C-490/09, Commissie t. Luxemburg, Jur. 2011, p. I-247.

niet-buurlanden. Me dunkt dat deze logische verklaring in redelijkheid niet als een onderbouwing kan worden gezien van een belemmering van het vrije verkeer. Het Hof merkt overigens op, dat het vooral de buitenlandse zorgaanbieders zijn die geen interesse zouden hebben om gecontracteerd te worden. Het lijkt curieus om een afhoudende opstelling van buitenlandse zorgaanbieders tegen te werpen aan lidstaten die grensoverschrijdende zorg mogelijk willen maken, maar daar wel graag een overeenkomst aan ten grondslag zien liggen. Gezien de toename van grensoverschrijdende zorg in de laatste jaren, is het overigens de vraag of buitenlandse zorgaanbieders inmiddels niet meer interesse zouden hebben voor dergelijke overeenkomsten. Een belangrijker constatering is echter dat de genoemde arresten gewezen zijn in zaken waar sprake was van volledige naturazorgstelsels. Daarbij werkt weinig contractering van buitenlandse zorgaanbieders sneller belemmerend dan in het Nederlandse zorgstelsel, waar verzekerden kunnen kiezen voor een naturapolis, een restitutiepolis of een mengvorm.

De leden van de SGP fractie hebben mij gevraagd hoe ik meeweeg dat een verzekerde bij een restitutiepolis weliswaar een vrije keuze heeft, maar dat een restitutiepolis meestal duurder is dan een naturapolis en dat het daardoor in het algemeen goedkoper is om zorg in Nederland te ontvangen dan in een andere Lidstaat van de EU. Voorts hebben deze leden gevraagd hoe ik inschat dat het Hof dit zal meewegen.

Voor restitutiepolissen is het vergoedingsniveau van in het buitenland en in Nederland genoten zorg vastgesteld op het niveau dat in Nederland voor deze zorg redelijk is te achten. Voor naturapolissen krijgen zorgverzekeraars in mijn voorstel de mogelijkheid om een lagere vergoeding te geven dan dit Nederlands marktconforme niveau, wanneer een verzekerde naar een niet-gecontracteerde (binnenlandse of buitenlandse) zorgaanbieder gaat. Maar in het geval van spoedzorg heeft ook de naturaverzekerde recht op vergoeding op Nederlands marktconform niveau. Dat er in het algemeen een hoger prijskaartje kan hangen aan restitutiepolissen dan aan naturapolissen vind ik volstrekt normaal en acceptabel; normaal omdat zorgverzekeraars in het restitutiegeval minder invloed op de kosten hebben en acceptabel omdat het de vrije keuze van een verzekerde is om voor de ene of de andere polis te kiezen. Overigens merk ik op dat de premies van naturapolissen in het algemeen weliswaar lager zijn dan die van restitutiepolissen, maar dat er ook restitutiepolissen zijn die goedkoper zijn dan bepaalde naturapolissen. Ik ga ervan uit dat het Hof het premieverschil tussen een restitutiepolis en een naturapolis niet als doorslaggevend criterium zal hanteren in de toetsing aan de Europese regelgeving. Ik ga er daarentegen van uit dat het Hof wel zwaar zal meewegen dat a) het Nederlandse stelsel de mogelijkheid aan verzekerden biedt om in vrijheid voor natura of restitutie te kiezen en dat het in die context redelijk is dat zorgverzekeraars in het algemeen voor restitutiepolissen een hogere premie vragen en b) dat het bieden van deze mogelijkheid aan private partijen niet kan worden gezien als een Nederlandse belemmering van het vrije verkeer.

De leden van de SGP-fractie vragen hoe ik meeweeg dat de kans aanwezig is dat het Hof naar dit eindresultaat zal kijken en minder geneigd zal zijn om mee te gaan in het onderscheid tussen gecontracteerde zorg en niet gecontracteerde zorg.

Indien dit wetsvoorstel tot wet verheven wordt en er een procedure wordt gestart die uitmondt in vragen aan het Europees Hof van Justitie over de verenigbaarheid van die wet met het Europees recht, dan is het aan het Hof om te bepalen of die wet de Europeesrechtelijke toets kan doorstaan. Daarbij is de kans altijd aanwezig dat het Hof tot het oordeel komt dat de

Nederlandse handelwijze in strijd is met Europees recht, maar ik vertrouw erop dat het Hof met mij van oordeel zal zijn dat dit niet het geval is.

In de tweede plaats vragen de leden van de SGP-fractie waarom ik alleen naar artikel 7 lid 4 van de Richtlijn verwijs. Artikel 7 lid 11 van de Richtlijn stelt namelijk dat een nationale regeling voor terugbetaling niet mag leiden tot willekeurige discriminatie of ongerechtvaardigde belemmeringen van het vrije verkeer. Leidt de voorgestelde regeling daar niet toe, gelet op de constatering dat het in de praktijk eenvoudiger is om de zorgkosten van binnenlandse aanbieders vergoed te krijgen dan van aanbieders uit andere lidstaten?

Het vierde lid van artikel 7 van de richtlijn bevat de hoofdregel voor de vergoeding van grensoverschrijdende zorg, namelijk vergoeding tot aan het bedrag dat zou worden gegeven indien de zorg in eigen land zou zijn genoten. Het elfde lid van artikel 7 bepaalt dat een eventuele belemmering van de terugbetalingsregeling niet mag leiden tot willekeurige discriminatie of ongerechtvaardigde belemmeringen van het vrij verkeer. Daarvan is hier geen sprake. Willekeurige discriminatie wordt voorkomen, doordat de voorgestelde wijziging geen onderscheid maakt tussen niet-gecontracteerde zorgaanbieders in het buitenland en in Nederland. Van ongerechtvaardigde belemmeringen van het vrij verkeer is evenmin sprake. De toegang tot zorg in het buitenland wordt in zoverre beperkt, dat de mogelijkheden voor naturaverzekerden om zorg te genieten bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders door de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw inderdaad worden verminderd. Dit is echter een gevolg van hun eigen poliskeuze en tegenover deze belemmering staat een sterke prikkel voor de zorgverzekeraar om zes weken voor het einde van het kalenderjaar bekend maken met welke zorgaanbieders zij een contract hebben afgesloten. Op basis van deze informatie kunnen verzekerden voorafgaand aan het jaar goed geïnformeerd hun keuze voor een zorgverzekering maken. Met dit wetsvoorstel wordt aan de keuze voor een – doorgaans goedkopere – naturaverzekering het gevolg verbonden dat de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg fors lager kan zijn. Daarmee komt een einde aan de naar het oordeel van regering onwenselijke situatie, waarbij men ervoor kan kiezen een naturaverzekering af te sluiten en vervolgens zonder aanmerkelijke consequenties toch gebruik kan maken van zorgaanbieders waarmee de zorgverzekeraar geen afspraken heeft gemaakt. Deze situatie ondermijnt selectieve inkoop.

De leden van de SGP-fractie vragen mij ook in te gaan op de argumenten die mr. K. van der Touw noemt in het hoofdstuk «De Europese Patiëntenrichtlijn: dreigt de wetgever bij implementatie de plank mis te slaan?» uit het boek «De Zorgverzekering»¹⁶. Zij vragen mij te reageren op elk van de genoemde tegenwerpingen tegen de door het kabinet genoemde aannames, die genoemd worden op pagina 92 – 94.

Mr. K. van der Touw geeft allereerst aan dat de richtlijn niet een bepaling bevat die aangeeft dat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in het buitenland gelijk mag worden gesteld aan de vergoeding die daarvoor in Nederland zou worden gegeven. Zoals eerder aangegeven is de regering van mening dat dit volgt uit artikel 7, vierde lid, van de richtlijn en overweging 4 bij de richtlijn. Artikel 7, vierde lid, van de richtlijn bepaalt dat de zorg moet worden vergoed tot aan het bedrag dat zou zijn gegeven indien de zorg in eigen land zou zijn genoten. In overweging 4 staat dat implementatie van de richtlijn er niet toe mag leiden dat verzekerden worden aangemoedigd om zich in het buitenland te laten behandelen. Daar zou sprake van zijn indien de vergoeding van zorg bij

¹⁶ Deel 11 ACIS-serie, p. 86–97.

een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland hoger zou zijn dan bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland. Deze overweging weerspiegelt overigens niet alleen het standpunt van de indiener van het daartoe strekkende amendement (het Comité van Vrouwenrechten en Gendergelijkheid), zoals mr. Van der Touw aangeeft, maar wel degelijk ook het standpunt van de lidstaten in de onderhandelingen en de vaste jurisprudentie van het Hof dat er niet meer vergoed hoeft te worden dan er in eigen land vergoed zou zijn, indien men de zorg daar had genoten.

Vervolgens haalt mr. Van der Touw het arrest Stamatelaki¹⁷ aan. Hierin heeft het Hof bepaald dat een Griekse wettelijke regeling waarbij zorg in een buitenlandse privékliniek niet werd vergoed, in strijd is met het vrij verkeer. Zij stelt dat het onderscheid tussen een gecontracteerde en een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergelijkbaar is met het in het arrest Stamatelaki gemaakte onderscheid tussen een privékliniek en een zorgaanbieder die werkt in het kader van het sociale ziektekostenstelsel. Deze vergelijking gaat naar mijn mening niet op. Het zorgverzekeringspakket maakt in de dekking geen onderscheid naar type zorgaanbieder. Het verschil zit in de hoogte van de vergoeding. Deze is bij een zuivere restitutiepolis maximaal het Nederlandse tarief en kan, met de voorgestelde wijziging, bij een zuivere naturapolis met gebruik van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder variëren tussen nihil en de volledige rekening.

Ook de vergelijking met de Wet AWBZ-zorg buitenland gaat niet op. Waar het systeem van de Zvw gericht is op keuzevrijheid voor de verzekerde en de mogelijkheid om de verzekerde zorg waar dan ook in te roepen, is de Wet AWBZ-zorg buitenland nu juist bedoeld om de in de AWBZ verzekerde zorg zoveel mogelijk te beperken tot het oorspronkelijke doel, namelijk de langdurige zorg in Nederland. Het is dan ook niet mogelijk of zinvol om de in dat kader gebruikte argumenten één-op-één toe te passen op dit wetsvoorstel.

Geconstateerd kan worden dat mr. K. van der Touw de EU-Richtlijn Patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg en de daaraan ten grondslag liggende jurisprudentie anders interpreteert dan de regering, vooral met betrekking tot de vraag of een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland vergelijkbaar is met een gecontracteerde dan wel met een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland.

De leden van de D66-fractie vragen mij om te reageren op de conclusie van mr. Van der Touw dat op grond van de genoemde argumenten «de stelling van de wetgever dat het arrest Muller-Fauré en Van Riet van het Hof van Justitie achterhaald is, niet overtuigt».

Het arrest Müller-Fauré en Van Riet is, net als de verdere jurisprudentie van het Hof, noodzakelijkerwijs een antwoord van het Hof in een concrete casus geweest. Uit deze jurisprudentie is echter wel een lijn te destilleren en de Europese Commissie en de lidstaten hebben deze algemene lijn in een langdurig onderhandelingsproces neergelegd in de EU-Richtlijn Patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg, die is aangenomen door het Europees Parlement en de Raad. Hoewel het arrest Müller-Fauré en Van Riet niet is achterhaald in de zin dat het Hof in een later arrest een 180-graden draai heeft gemaakt, is de individuele casusoplossing in dat arrest wel veralgemeniseerd in de richtlijn. Het is langs de meetlat van die richtlijn dat de nationale wetgevingen in de toekomst zullen worden gelegd.

¹⁷ Arrest van het Hof van 11 januari 2007, nr. C-444/05 (Stamatelaki).

De SGP-fractie heeft gevraagd of ik kan ingaan op de overweging in de uitspraak van het Hof te 's-Hertogenbosch op 9 juli jl. waarin het Hof – onder meer op basis van argumenten ontleend aan de voorgaande publicaties – stelt dat het aan gerede twijfel onderhevig is of artikel 7 van de Richtlijn patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg kan worden geïnterpreteerd zoals ik in de Nota naar aanleiding van het eindverslag heb gedaan.

Op de validiteit van de argumentatie in de genoemde publicaties (van prof. Dr. J.W. van de Gronden en mr. K. van der Touw) ben ik in de nota naar aanleiding van het verslag en in deze nota al uitvoerig ingegaan. Ik wil me onthouden van commentaar op de betekenis die het gerechtshof te 's-Hertogenbosch aan deze publicaties heeft toegekend in zijn uitspraak in de zaak Zorgverzekeraar CZ versus Momentum GGZ op 9 juli jl. Belangrijkste reden daarvoor is dat deze zaak nog onder de rechter is omdat Zorgverzekeraar CZ tegen de uitspraak van het gerechtshof in cassatie is gegaan. Ik acht het niet opportuun om uitspraken te doen over procedures die nog onder de rechter zijn.

Welke mogelijkheden, zo vragen de leden van de SGP-fractie, zijn er om aanbieders die zorg leveren waarvan de kwaliteit onder de maat is, met andere instrumenten aan te pakken, zodat zorgverzekeraars deze zorg niet meer hoeven te vergoeden? Deze leden denken bijvoorbeeld aan de versterking van de Wet Toelating Zorginstellingen (Wtzi), een strenge handhaving van de nieuwe Wet kwaliteit klachten en geschillen, meer werken met professionele standaarden, zorgaanbieders verplichten transparant te zijn over de geleverde kwaliteit en het beter informeren van verzekerden over de kwaliteit van zorg. Vervalt of vermindert daarmee de noodzaak van de voorgestelde wijziging van artikel 13?

De in de vraag genoemde suggesties om te zorgen dat matige zorg geen kans krijgt heb ik verkend. Ik ben tot de conclusie gekomen dat ze niet de noodzaak van de voorgestelde wijziging van artikel 13 kunnen vervangen. Van de Wtzi heb ik al eerder de beperking aangegeven dat het puur chronologisch gezien niet mogelijk is een nieuwe toetreders te weigeren op grond van slechte kwaliteit. Men heeft de vergunning nodig om te kunnen starten (bijvoorbeeld voor het rond krijgen van de financiering) en de kwaliteit van de geleverde zorg kan pas worden beoordeeld als men in bedrijf is. Wel heb ik uw Kamer inmiddels toegezegd dat recent gestarte zorgaanbieders, eerder dan nu gebeurt, door de IGZ onder de loep zullen worden genomen.

Voor bestaande aanbieders waarbij de kwaliteit onder de maat is kan de IGZ haar reguliere handhavinginstrumentarium inzetten, zoals het eisen van een plan van aanpak ter verbetering, een aanwijzing of bevel. Deze bestuursrechtelijke maatregelen zijn gericht op herstellen van een situatie van ondermaatse zorg naar een situatie waarin verantwoorde zorg wordt geleverd. De ervaring van de IGZ is dat het in de praktijk erg bewerkelijk blijkt en er lange tijd mee gemoeid is om aanbieders waarvan de IGZ van mening is dat er weinig zicht is op verbetering definitief van de markt te weren. In die gevallen is het veel effectiever als een zorgverzekeraar een contract met de desbetreffende aanbieder beëindigt of een korting aanbrengt op de vergoeding aan de desbetreffende aanbieder.

Ook de route via informatie over kwaliteit aan de verzekerden zal een lange tijd met zich meebrengen om een aanbieder definitief van de markt te weren. Kwaliteitsindicatoren komen pas een tijd na afloop van een jaar beschikbaar en vervolgens moeten verzekerden nog consequenties trekken uit de informatie door geen gebruik meer te maken van de diensten van de desbetreffende aanbieder.

Kortom, wijziging van artikel 13 zal ervoor zorgen dat aanbieders die matige zorg bieden sneller met hun activiteiten stoppen.

De leden van de SGP-fractie constateren dat zorgverzekeraars nu al ten opzichte van aanbieders beschikken over een sterke economische machtspositie. Deze positie wordt door de voorgestelde wijziging van artikel 13 nog verder versterkt. Deze leden vragen hoe ik het risico inschat, dat door de voorgestelde wijziging van artikel 13 heel gemakkelijk een situatie kan ontstaan van aanmerkelijke marktmacht van zorgverzekeraars ten opzichte van aanbieders, zoals bedoeld in art. 24 Mededingingswet (Mw) en art. 47 en 48 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

Het is onjuist te stellen dat zorgverzekeraars een economische machtspositie (artikel 24 Mw) of aanmerkelijke marktmacht (artikel 47 en 48 Wmg) op de polismarkt krijgen als gevolg van dit wetsvoorstel. Dit wetsvoorstel geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid hun polisaanbod verder te differentiëren en meer keuzes te bieden aan de verzekerde. Na introductie van artikel 13 ontstaat er een veelheid aan transparante polissen: volledig natura polis (indien er is gecontracteerd), een mix natura / restitutie polis (met vooraf helderheid over vergoeding buiten natura) en volledig restitutiepolis. De verzekerde zal dus meer nog dan nu kunnen kiezen uit verschillende opties. Wel is het zo dat zorgverzekeraars scherp onderhandelen. Zolang dit echter de verzekerde en patiënt en dus het zorgstelsel als geheel ten goede komt, vind ik dit niet problematisch. Als er eventueel marktmacht zou worden aangewend waarbij de verzekerde en patiënt tekort gedaan wordt, dan is er mijns inziens reden om op te treden op basis van de aangehaalde artikelen uit de Mw en Wmg. Zowel de ACM en de NZa zijn op dit punt waakzaam.

De leden van de SGP-fractie vragen hoe voorkomen wordt dat zorgverzekeraars de ontwikkeling van daadwerkelijke concurrentie op de Nederlandse markt of een deel daarvan belemmeren door in belangrijke mate onafhankelijk te gedragen (art. 47 Wmg).

Het wetsvoorstel heeft als effect dat wordt voorkomen dat zorgverzekeraars de daadwerkelijke concurrentie tussen zorgaanbieders of de ontwikkeling daarvan kunnen beperken door middel van verticale integratie. Daarnaast zijn zowel de ACM als de NZa waakzaam ten aanzien van respectievelijk misbruik van de economische machtspositie en de ontwikkeling van de concurrentie. Als er aanleiding is om op te treden, dan zullen deze toezichthouders dat doen.

De leden van de SGP-fractie willen graag weten wanneer de verplichting zal ontstaan om onder redelijke voorwaarden te voldoen aan elk redelijk verzoek van een zorgaanbieder of ziektekostenverzekeraar tot het sluiten van een overeenkomst op of ten behoeve van de zorginkoopmarkt, zoals beschreven is in artikel 48, eerste lid sub e Wmg?

Deze situatie ontstaat indien de NZa van oordeel is dat er een of meer zorgaanbieders of een of meer ziektekostenverzekeraars alleen dan wel gezamenlijk beschikt onderscheidenlijk beschikken over aanmerkelijke marktmacht en deze situatie verholpen dient te worden door de verplichting op te leggen om onder redelijke voorwaarden te voldoen aan elk redelijk verzoek van een zorgaanbieder of ziektekostenverzekeraar tot het sluiten van een overeenkomst op of ten behoeve van de zorginkoopmarkt. De NZa heeft de uitwerking en toepassing van dit instrument vastgelegd in de beleidsregel aanmerkelijke marktmacht in de zorg (kenmerk AL/BR-0001) en de toelichting op deze beleidsregel.

Op grond van deze verplichting moet bijvoorbeeld een zorgaanbieder die exclusieve levering met een ziektekostenverzekeraar is overeengekomen onder redelijke voorwaarden voldoen aan een redelijk verzoek van een andere zorgverzekeraar. Ook valt te denken aan het medegebruik door nieuwe markttoetreders van bepaalde kostbare apparatuur. Ook het als apotheker weigeren van het sluiten van een contract met een zorgverzekeraar kan leiden tot een situatie zoals beschreven in artikel 48 WMG. Hiervan was sprake in de zaak «Menzis – Apotheek van Dalen». In februari 2010 legde de NZa de apotheker na een onderzoek de verplichting op om onder redelijke voorwaarden contracten te sluiten met zorgverzekeraars. Omdat de apotheker marktmacht had en contracten weigerde, konden zorgverzekeraars niet voldoen aan hun zorgplicht in de regio Breskens¹⁸. Verplichte toegangverlening kan de drempel voor markttoetreding verlagen in het belang van de totstandkoming van marktwerking.

De leden van de CDA-fractie hebben in de nota naar aanleiding van het verslag gelezen dat ik niet verwacht dat de voorgestelde wijziging van artikel 13 tot gedwongen winkelnering leidt in gebieden waar één grote zorgverzekeraar dominant is. De marktleider heeft in verreweg de meeste regio's immers nauwelijks meer dan 50% marktaandeel. Maar is het niet zo, dat er ook regio's zijn (o.m. Friesland en Zeeland), waar het marktaandeel op concernniveau groter is, tot boven de 80%? Los daarvan vragen de leden van de SGP-fractie daarom naar een nadere onderbouwing van mijn eerdere uitspraak. Ook vragen zij hoe groot ik de kans van overleving van een willekeurige organisatie inschat als van het ene op het andere moment 50% of meer van de omzet wegvalt? Deze leden vragen zich af hoe ik in deze uitgangssituatie denk over de onderhandelingspositie van de individuele aanbieder ten opzichte van de verzekeraar.

Marktaandelen per regio zijn niet alleszeggend. Een verzekerde in een regio waar een zorgverzekeraar een hoog marktaandeel heeft, kan uit andere landelijk werkende zorgverzekeraars kiezen. Dan is het niet waarschijnlijk dat zorgverzekeraars zich onafhankelijk van hun concurrenten of verzekerden kunnen gedragen. De verzekerden hebben immers alternatieven. Na introductie van artikel 13 ontstaat er een veelheid aan transparante polissen: volledig natura polis (indien er is gecontracteerd), een mix natura / restitutie polis (met vooraf helderheid over vergoeding buiten natura) en volledig restitutiepolis. Het is niet de verwachting dat dit de mogelijkheden van zorgverzekeraars om zich onafhankelijk te gedragen op de polismarkt verandert. Indien er desalniettemin een zorgverzekeraar is die misbruik maakt van een economische machtspositie of die de ontwikkeling van de concurrentie zou kunnen belemmeren door aanmerkelijke marktmacht, al dan niet in relatie tot artikel 13 Zvw, dan zullen de verantwoordelijke toezichthouders optreden.

Het is voor mij niet mogelijk om in te gaan op een scenario waarin plotseling 50% van de omzet wegvalt, zonder de details van de specifieke casus te kennen. In het algemeen kan ik er over zeggen dat het belangrijk is om voor ogen te houden dat we niet primair het belang van individuele zorgaanbieders moeten beschermen, maar het belang van de patiënt. Los van het feit dat de kwaliteit van (het bestuur van) de organisatie van doorslaggevend belang is, acht ik de situatie dat de omzet van het ene moment op het andere moment halveert niet erg realistisch. Zorgverzekeraars en aanbieders zijn met elkaar in gesprek en een aanbieder ziet normaal gesproken aankomen dat het steeds moeilijker wordt om aan de eisen van een zorgverzekeraar te voldoen. Juist in deze meer realistische

¹⁸ Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Besluit «Menzis – Apotheek Van Dalen», kenmerk: 11D0005151, 22-02-2011.

praktijksituatie maakt de kwaliteit van (het bestuur van) de organisatie het verschil.

In de nota naar aanleiding van het verslag heb ik aangegeven dat keuzevrijheid van verzekerden meer inhoud krijgt, omdat de zorgverzekeraar 6 weken voor het einde van de overstapperiode moet aangeven met welke aanbieders contracten zijn afgesloten. De leden van de SGP-fractie vragen of de genoemde termijn niet juist een verminderde prikkel zal inhouden voor zorgverzekeraars om contracten met nieuwe aanbieders af te sluiten gedurende het lopende verzekeringsjaar.

Naar verwacht zal artikel 13 Zvw ertoe leiden dat de zorgcontracten eerder, en wel zo mogelijk uiterlijk zes weken voor het nieuwe verzekeringsjaar, tot stand komen. Dat is een beoogd effect van het artikel. Niet alleen leidt het tot meer en serieuzere keuzemogelijkheden voor de verzekerde, ook zal het artikel eerder tot duidelijkheid leiden voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Als ik het goed begriip vrezen de leden van de SGP-fractie nu, dat zorgaanbieders die gedurende een verzekeringsjaar voor het eerst zorg willen gaan aanbieden, buiten de boot zullen vallen omdat een zorgverzekeraar minder bereid zal zijn om gedurende het verzekeringsjaar nog nieuwe zorgcontracten te sluiten. Wat dit betreft het volgende. Allereerst zal het oprichten van een zorgaanbieder vaak enige tijd kosten. Een zorgaanbieder die in verzekeringsjaar t voor het eerst zorg wil gaan verlenen, kan zijn aanloopfase zo plannen, dat hij wel al zodanig vroeg in t-1 zijn zorgofferte bij de zorgverzekeraars uitbrengt, dat hij kan meedoen bij de jaarlijkse contracteringsronde. Daarnaast wordt het een zorgverzekeraar niet verboden om gedurende het verzekeringsjaar nog voor dat jaar geldend zorgaanbod bij te contracteren. Een nieuwe zorgaanbieder die in het verzekeringsjaar voor rekening van de naturazorgverzekeraar zorg wil aanbieden maar zijn offerte daarvoor pas na half november van t-1 aan de zorgverzekeraar stuurt, kan dus op zich nog wel in aanmerking komen voor een zorgcontract. Hij zal de zorgverzekeraar daartoe wel van de wenselijkheid daarvan dienen te overtuigen (bijvoorbeeld door aan te tonen dat hij zich in positieve zin onderscheidt van het al gecontracteerde aanbod).

Daarnaast hebben deze leden mij gevraagd nader in te gaan op de vraag of de genoemde termijn van 6 weken geen enorme druk zal leggen op aanbieders om contracten te accepteren, omdat zij anders helemaal geen inkomsten hebben van een zorgverzekeraar.

De in het wetsvoorstel genoemde termijn van zes weken voor het einde van het verzekeringsjaar betekent ten opzichte van nu weliswaar een versnelling van het contracteerproces, maar vergroot voor zorgaanbieders niet wezenlijk de druk op het binnenhalen van een overeenkomst. Ook na het verstrijken van de 19 november deadline blijft het mogelijk om overeenkomsten te sluiten. Wat de druk op zorgaanbieders wel verhoogt, is de mogelijkheid die zorgverzekeraars krijgen om zorg die matig is en daarom niet gecontracteerd, niet meer te vergoeden als een verzekerde er toch gebruik van maakt. Deze druk is wezenlijk voor de werking van ons zorgstelsel, omdat het zorgaanbieders prikkelt tot het leveren van goede zorg voor een goede prijs. Voor zorgverzekeraars leidt de versnelling overigens wel tot een vergroting van de druk, omdat onvoldoende gecontracteerde zorg de polis onaantrekkelijk maakt en onvoldoende gecontracteerde zorg kan leiden tot de verplichting van het vergoeden van alle kosten.

In antwoord op vragen van de leden van de PvdA-fractie heb ik in de nota naar aanleiding van het verslag aangegeven dat ik geen reden zie waarom zorgverzekeraars geen zorg zouden inkopen bij kleine (GGZ) aanbieders

die goede kwaliteit tegen een redelijke prijs aanbieden. De leden van de SGP-fractie zien dat wel als een reële mogelijkheid, aangezien het voor zorgverzekeraars veel minder inspanning vraagt om een paar contracten te sluiten met grote aanbieders in een bepaalde regio dan met heel veel kleine aanbieders. Zij vragen hoe ik dat risico inschat.

Zoals ik in de nota naar aanleiding van het verslag naar voren heb gebracht, staat uiteindelijk het belang van de verzekerde patiënten voorop en niet de bescherming van zorgaanbieders. Vanuit de wens om de transactiekosten te beperken lijkt het plausibel te veronderstellen dat zorgverzekeraars eerder geneigd zijn zorg in te kopen bij enkele grotere aanbieders dan bij vele kleine. Maar transactiekosten zijn zeker niet de enige overweging die hierbij een rol speelt. Zoals ik recent heb geantwoord op vragen uit uw Kamer over het hanteren van een minimum omzetgrens die een zorgverzekeraar hanteert bij de zorginkoop, spelen ook specifieke kwaliteitsaspecten mee. Zeer geliefde, kleinere zorgaanbieders die goede kwaliteit leveren zijn aantrekkelijk om te contracteren, omdat patiënten die gaan kiezen voor een polis erop letten of deze instellingen zijn gecontracteerd.

De essentie van het zorgstelsel waar we voor hebben gekozen is dat we deze inkoopafweging laten maken door partijen die erop worden afgerekend door hun klanten. Dit alles betekent niet dat de zorgverzekeraar geen inkoopspelregels in acht hoeft te nemen. In antwoord op eerdere vragen heb ik het toezicht door de NZa op misbruik van aanmerkelijke marktmacht gememoreerd evenals de jurisprudentie die stelt dat het inkoopbeleid van een zorgverzekeraar verifieerbaar, transparant en non-discriminatoir dient te zijn en dat de aangelegde normen bovendien niet onredelijk mogen zijn. Tot slot is er de BW-jurisprudentie over de precontractuele fase genoemd die zorgaanbieders bescherming biedt tegen willekeur en onredelijkheid van de kant van de zorgverzekeraar.

Naar aanleiding van mijn antwoord, in de nota naar aanleiding van het verslag, dat ca 60% van de verzekerde zorg is afgedekt met contracten hebben de leden van de SGP mij gevraagd wat er te zeggen valt over de overige 40% die niet is afgedekt met contracten. Hoeveel procent van die zorg wordt op dit moment betaald door de mensen zelf, en hoeveel procent (deels) door de verzekeraar? Welk deel daarvan valt onder de restitutieoptie van de naturapolis? Ook vroegen zij hoeveel zorgaanbieders er onder die 40% vallen en welke gevolgen (de wijziging van artikel 13) voor deze aanbieders heeft.

De door mij gegeven percentages zijn ontleend aan de NZa Marktscan zorgverzekeringmarkt 2012. Het percentage geeft aan hoeveel verzekerden een polis hebben waarmee de verzekerde zorg is afgedekt met contractering. Ik weet niet in welke mate deze mensen een beroep op hun verzekering hebben gedaan en in welke mate dat is gedaan door van een niet gecontracteerde aanbieder gebruik te maken. Ik kan dan ook niet zeggen hoeveel van die 40% door de mensen zelf betaald is. De restitutieoptie van de naturapolis kan door verzekerden worden benut bij alle niet gecontracteerde zorgaanbieders. Dat betekent dat de volledige 40% niet gecontracteerde zorg voor deze optie in aanmerking komt.

De vraag naar het aantal zorgaanbieders dat onder de 40% valt is niet eenduidig te beantwoorden. Dat kunnen aanbieders zijn die met geen enkele zorgverzekeraar een contract hebben, maar het kunnen ook aanbieders zijn die bij de ene zorgverzekeraar wel een contract hebben en bij de andere niet. Zoals ook elders is uiteengezet, is de meest wezenlijke verandering van de wijziging van artikel 13 voor de aanbieders zonder contract dat zorgverzekeraars in hun polis een lage (of geen) vergoeding

voor deze aanbieders kunnen opnemen. In welke mate ze daarvan gebruik maken zal vooral afhangen van de voorkeuren van de verzekerden en van geleverde kwaliteit en aangeboden prijs van de zorgaanbieders.

In aanvulling merk ik nog op dat de genoemde ca 60% van de verzekerden een polis heeft met gecontracteerde zorg een behoudende benadering was. Niet daarin meegerekend waren de combinatiepolissen en restitutiepolissen met gedeeltelijke contractering. Worden die wel meegenomen dan is het resterende percentage van verzekerde zorg dat niet is afgedekt met contracten beduidend lager dan 40%. Inmiddels is de NZa Marktscan 2013 gepubliceerd met een geactualiseerde tabel, waarin ook het jaar 2013 is opgenomen. Zie onderstaande tabel ter informatie.

Soort polis	Contractering zorg	2009	2010	2011	2012	2013
Combinatie	Deels gecontracteerd	8%	28%	8%	21%	20%
	Gecontracteerd	27%	10%	27%	13%	4%
	Subtotaal	36%	39%	36%	34%	25%
Natura	Gecontracteerd	40%	37%	37%	39%	52%
	Subtotaal	40%	37%	37%	39%	52%
Restitutie	Deels gecontracteerd	1%	3%	8%	7%	9%
	Gecontracteerd	1%	1%	6%	6%	5%
	Niet-gecontracteerd	22%	20%	13%	13%	9%
	Subtotaal	25%	24%	27%	27%	24%
Totaal		100%	100%	100%	100%	100%

De leden van de SGP-fractie zouden graag een concreet antwoord (in percentages) ontvangen op de vraag van de leden van de fractie van D66 in hoeverre zorgverzekeraars momenteel (dus voor dit verzekeringsjaar) al zes weken voor het nieuwe verzekeringsjaar hun gecontracteerde zorgaanbieders bekend konden maken.

Mede door de afspraken in het hoofdlijnenakkoord is het percentage van de in totaal ingekochte zorg voor 2013 die zorgverzekeraars zes weken voor het einde van 2012 bekend hadden kunnen maken, vrijwel zeker hoger geweest dan ze eind 2011 hadden kunnen doen voor het jaar 2012. Ik beschik echter niet over informatie om dat in percentages uit te kunnen drukken. Op dit moment hebben alle zorgverzekeraars de ambitie de contractering voor 2014 uiterlijk half november dit jaar rond te hebben en bekend te maken.

De leden van de SGP-fractie vragen waarom ik slechts bereid ben in het kader van de vormgeving van het overgangsrecht na te gaan of het verstandig is te regelen dat de huidige AWBZ-verzekerden zorg kunnen blijven ontvangen van hun huidige aanbieder. In dat verband heeft de SGP-fractie mij gevraagd waarom de keuzevrijheid om te kiezen voor een aanbieder die bij hen past niet ook zou moeten gelden voor nieuwe cliënten die zorg nodig hebben? Hoe verhoudt zich dat met de uitspraken van de Staatssecretaris van VWS dat zeggenschap over de ondersteuning en zorg van groot belang is, waaronder de keuzevrijheid voor een aanbieder, bijvoorbeeld op levensbeschouwelijke of religieuze gronden?

Zoals in de nota naar aanleiding van het verslag is aangegeven, zal in kader van de overheveling van AWBZ-zorg naar de Zvw, nagegaan worden of en in welke mate geregeld kan worden dat verzekerden na de overheveling de zorgaanbieders kunnen behouden die zij reeds voor de overheveling hadden. Het gaat hierbij per definitie over een overgangsrechtelijke kwestie. Voor nieuwe cliënten die zorg nodig hebben vind ik het redelijk dat die zich voegen naar de systematiek van de Zvw binnen

welke de keuze van aanbieder niet los kan worden gezien van de keuze van de verzekeringspolis. Dat biedt naar mijn mening voldoende mogelijkheden om te kiezen voor een aanbieder met een levensbeschouwelijke of religieuze signatuur (er is bijvoorbeeld de mogelijkheid een pro-life verzekeringspolis af te sluiten). Wat de zorg betreft acht ik de opmerking van de Staatssecretaris hiermee in lijn. Voor de ondersteuning waarover hij sprak verwijs ik naar de nog komende stukken over de WMO omdat dit buiten het bestek van dit wetsvoorstel valt.