

Vergaderjaar 2014–2015

**33 362**

## **Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben**

**E**

### **VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT<sup>1</sup>**

Vastgesteld 4 november 2014

Het voorbereidend onderzoek van dit wetsvoorstel geeft de commissie aanleiding tot het maken van de volgende opmerkingen en het stellen van de volgende vragen.

#### **Inleiding**

De leden van de **VVD**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van dit wetsvoorstel en zij hebben daarover nog een aantal vragen.

De leden van de **PvdA**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van dit wetsvoorstel. Het wetsvoorstel verbiedt verticale integratie, tenzij sprake is van een van de in het wetsvoorstel geformuleerde uitzonderingen. Deze leden hebben nog enkele vragen betreffende het voorgestelde verbod. In de marge van dit wetsvoorstel is ook een voorstel tot wijziging van artikel 13 Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) opgenomen. Dit onderdeel van het wetsvoorstel heeft bij zorgverleners en patiënten onrust en onzekerheid opgeroepen. Deze leden hebben mede daarom nog een flink aantal vragen inzake de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw. Voorts hebben zij enkele vragen naar aanleiding van de voorlichting die de Raad van State bij brief van 22 oktober 2014 aan de leden van de Eerste Kamer heeft verstrekt met betrekking tot artikel 13 Zvw.<sup>2</sup>

De leden van de **CDA**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het voorstel tot wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg) c.a. Zij hebben vooral bij de onderdelen die zien op het

<sup>1</sup> Samenstelling:

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

<sup>2</sup> Kamerstukken I, 2014–15, 33 362, D.

verbod van verticale integratie, en op de verdere inperking van de vrijheid van artskeuze de nodige vragen. Daarbij zullen zij de voorlichting die de Raad van State aan de leden van de Eerste Kamer bij brief van 22 oktober 2014 heeft gegeven, betrekken.<sup>3</sup> Graag ontvangen zij, naast de hieronder verwoorde specifieke vragen, ook een algemene reactie van de regering op deze voorlichting. Ook het wetsvoorstel tot het vergroten van de investeringsmogelijkheden in medisch-specialistische zorg<sup>4</sup> betrekken deze leden in hun beschouwingen, omdat dat wetsvoorstel, net als het thans besprokene over het stelsel in de Volksgezondheid, en de positie van de verschillende spelers daarin handelt.

De leden van de **PVV**-fractie hebben kennisgenomen van de inhoud van het wetsvoorstel en hebben nog een aantal vragen.

De leden van de **SP**-fractie constateren dat met dit voorstel de Wet marktordening gezondheidszorg en enige andere wetten worden aangepast om te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten verlenen door zorgaanbieders, waarin zij zelf zeggenschap hebben (verticale integratie). Volgens de toelichting past het samengaan van de rollen van zorgverzekeraar en zorgaanbieder niet binnen het zorgsysteem, zolang dat nog in ontwikkeling is. Om die reden moeten constructies waarin een zorgverzekeraar overwegende zeggenschap krijgt over de activiteiten van een zorgaanbieder en constructies waarin een zorgverzekeraar als zorgaanbieder zelf zorg aanbiedt voorkomen worden. In de titel van het wetsvoorstel wordt niet vermeld dat het wetsvoorstel ook een wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet inhoudt, hetgeen voor deze leden verwonderlijk is, omdat juist deze wijziging geleid heeft tot maatschappelijke discussie. Deze wijziging behelst feitelijk een beperking van de keuzevrijheid van patiënten ten aanzien van artsen en andere zorgaanbieders, omdat het zorgverzekeraars is toegestaan selectief te contracteren en niet gecontracteerde zorg helemaal niet meer te vergoeden (tot nu toe geldt een ondergrens, de vergoeding mag niet zo laag zijn dat deze voor de verzekerde een hinderpaal vormt).

Tenslotte bevat dit wetsvoorstel de wettelijke basis voor een Zvw-pgb voor extramurale verpleging en verzorging, die met ingang van 1 januari 2015 onderdeel wordt van de zorgverzekering. Dit laatste is één van de redenen waarom het wetsvoorstel in 2014 afgehandeld zou moeten worden door de Eerste Kamer.

De leden van de fractie van de SP hebben in de Tweede Kamer tegen dit wetsvoorstel gestemd. Gehoord de discussie over het wetsvoorstel hebben ook de leden van de fractie van de SP in de Eerste Kamer een groot aantal vragen over de samenhang, noodzaak, uitvoerbaarheid, proportionaliteit en relevantie van het wetsvoorstel.

De leden van de fractie van **D66** hebben kennisgenomen van dit wetsvoorstel. Het voorziet enerzijds in een belangrijke wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg, zoals een verbod op verticale zeggenschap van zorgverzekeraars in zorgaanbieders behoudens ontheffing (op twee gronden), en anderzijds in een wijziging van de Zorgverzekeringswet waar het gaat om een beperking van de artskeuze. Deze leden hebben over beide onderwerpen een aantal vragen.

De leden van de fractie van **GroenLinks** hebben kennisgenomen van het voorstel dat verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaan-

---

<sup>3</sup> Kamerstukken I, 2014–15, 33 362, D.

<sup>4</sup> Kamerstukken I, 2013–14, 33 168, A.

bieders verbiedt, de vrije artskeuze in artikel 13 Zvw inperkt en een grondslag regelt voor de pgb.

De leden van de fractie van de **ChristenUnie** hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel Verbod verticale integratie. De leden van deze fractie hebben hierover de volgende vragen.

### **VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben moeite met de onheldere term «verticale integratie» die slaat op de situatie dat een zorgverzekeraar zeggenschap heeft over een zorgaanbieder, of zelf vanuit de eigen rechtspersoon zorg verleent (bijvoorbeeld een ziekenhuis overneemt, of een huisartsenpost inricht), maar ook met dit verbod op zich. Weliswaar zijn er ontheffingen: als de verzekeraar niet op andere wijze kan voldoen aan zijn zorgplicht en als verticale integratie essentieel is voor innovaties ten aanzien van beide ontheffingen. Zij vragen ten aanzien van beide ontheffingen hoe dat bewijs overtuigend wordt geleverd. Overigens vragen zij hoe overtuigend is te onderbouwen dat verticale integratie essentieel is voor innovaties. Graag krijgen de leden van de VVD-fractie antwoord op deze vragen. Dat huidige gevallen blijven bestaan zou volgens deze leden kunnen leiden tot een zekere mate van disbalans tussen instellingen. Hoe denkt de regering hierover? Dit wetsvoorstel ligt in lijn met eerdere uitspraken van de Minister, die al jaren aangeeft dat verticale integratie in haar ogen ongewenst is. Deze leden zijn daar minder zeker van. Is dit niet een motie van wantrouwen aan de ziektekostenverzekeraars? Zij horen graag hoe de regering hierover denkt. Ook vragen zij of de regering op de hoogte is van situaties zoals in de Verenigde Staten van Amerika, waar de Kaiser Foundation zelf zorg aanbiedt, maar dan wel met één cluster van eerste- tot derdelijnszorg ineens. Dat betekent dat er geen ongewenste doorschuivingen kunnen plaats vinden, omdat de ziektekostenverzekeraar op elk niveau opereert. Deze leden zien in dit voorbeeld dat het dus wel kan zonder perverse consequenties. Zodoende vinden zij het de vraag of we met dit deel van het wetsvoorstel echt iets opschieten. Gaarne ontvangen zij een reactie hierop van de regering.

Over de wijziging van artikel 13 Zvw is ongelooflijk veel consternatie ontstaan. Actiegroepen, artsen en patiëntenverenigingen; deze leden constateren dat velen in actie zijn gekomen. Deze leden zijn positief over deze wetswijziging, en zien hierin niet een «afschaffing van het recht op vrije artskeuze», in tegendeel. In Nederland bestaat inderdaad in principe een recht van vrije artskeuze. Bij dit recht hoort niet dat dit geen geld mag kosten. En dat is wat nu speelt. Het voorstel behelst namelijk een beperking van dit recht (alleen voor tweede- en derdelijnszorg, dus niet voor de huisarts en overige eerstelijnszorgaanbieders) voor het goedkoopste pakket. Dit is een gewoon pakket met alle voorzieningen die in de wet zijn voorgeschreven, maar alleen met uitkeringen in natura, en alleen met door de ziektekostenverzekeraars gecontracteerde zorgaanbieders. Wie vrije artskeuze wenst te ontvangen (het zal overigens meestal niet om individuele artskeuzen gaan, maar om afdelingen van ziekenhuizen), kan een restitutiepolis nemen, waarin de vrije artskeuze wel volop geldt. Maar dit is dan uiteraard duurder. Een vraag van deze leden is wel hoeveel duurder de goedkoopste restitutiepolis dan de goedkoopste naturapolis is. Ook vernemen zij graag hoe de regering het voor zich ziet hoe het in de praktijk zal gaan met de selectie door de ziektekostenverzekeraar van aanbieders. Gaat het om hele instellingen, of, zoals gesuggereerd is, om bepaalde afdelingen, en hoe zal dan het effect zijn op andere afdelingen, die samenwerken met die

afdelingen? Zij doelen bijvoorbeeld op samenwerking tussen groepen chirurgen en groepen internisten in een ziekenhuis.

Toch is de voorlopige conclusie dat de leden van de VVD-fractie niet in kunnen stemmen met het opvallend grote verzet in de samenleving. Zij ondersteunen hierin graag de regering op grond van tenminste de volgende twee argumenten. Allereerst blijft het basispakket voor de ziektekostenverzekering het meest uitgebreide ter wereld, ook bij een naturapolis. Nederland is daarnaast ongeveer het enige land dat volledige «natura»-voorzieningen biedt, waarbij dus alles wordt gedaan wat nodig is, op basis van verzekering, zonder betalingen vooraf. Natura-uitkeringen leiden wel altijd tot grotere vraag, en de kwestie van de kostenbeheersing is dan ook urgent en aan de orde. Dat zou kunnen door beperkingen van het pakket, maar deze lopen steeds vast op groot verzet in de Tweede Kamer. Ook eigen betalingen per gevraagde verrichting, met mogelijke (gedeeltelijke) vergoeding na declaratie worden in Nederland steeds afgewezen. Het ligt dan voor de hand dat er een andere manier van kostenbeheersing wordt gekozen. Deze nieuwe, goedkope, polis lijkt daartoe een uitstekend idee. Tenzij we natuurlijk het pakket verkleinen of eigen betalingen invoeren, dan valt er wat de leden van de VVD-fractie betreft te praten over het volledig terughalen van de vrije artsenukeuze.

Wel vragen de leden van de VVD-fractie of de ziektekostenverzekeraars met dit wetsvoorstel niet een nog steviger positie krijgen dan zij al hadden. Maar dit kan ook een voordeel zijn, als zij bij de inkoop vooral de positie van de verzekeringsnemers behartigen. Zij nodigen de regering daarom ook uit om commentaar te geven op de mate waarin dit wetsvoorstel de balans beïnvloedt tussen de diverse belangen van de verzekeraars, de zorgaanbieders en de zorgvragers.

Ook vragen deze leden tenslotte, hoe deze naturapolis, waarbij overigens de vrijheid bestaat om deze niet te nemen, zich verhoudt met een uitspraak van het Europese Hof van Justitie, over het recht op vrije keuze van een advocaat, ook bij een naturapolis.<sup>5</sup> Niet dat dit een volledig parallel lopende situatie is met de vrije artsenukeuze, maar toch vernemen deze leden graag de mening van de regering hierover in verband met dit wetsvoorstel.

### **PvdA-fractie**

De leden van de PvdA-fractie voeren aan dat als een voordeel van verticale integratie zou kunnen worden gezien dat de zorgverzekeraars tot inhoudelijke keuzes worden geprikkeld. Hoe voorkomt de regering dat verzekeraars in het huidige stelsel vooral financiële prikkels krijgen en te weinig inhoudelijke prikkels? Voorts vragen deze leden of door het verbod van verticale integratie in de toekomst reddingsoperaties als die van het streekziekenhuis in Oost-Groningen gehinderd of zelfs onmogelijk gemaakt zullen worden.

Wat betreft artikel 13 Zvw wensen deze leden allereerst van de regering te vernemen of zij de vrees kan wegnemen dat de voorgestelde wijziging van dit artikel zal leiden tot een tweedeling in de zorg, waarbij keuzevrijheid alleen beschikbaar is voor hen die zich een restitutiepolis kunnen veroorloven. Hoeveel (procent van de) verzekerden hebben op dit moment een naturapolis, zo vragen zij de regering. Ook wensen deze leden te vernemen hoe groot naar verwachting van de regering onder de door dit wetsvoorstel voorgestelde regeling de verschillen zullen worden tussen de premies van naturapolissen en de premies van restitutiepo-

<sup>5</sup> Zie arrest van 28-09-2012: ECLI:NL:HR:2012:BW7507

lissen. Hoe groot mag volgens de regering het prijsverschil tussen natura- en restitutiepolissen maximaal worden? Voorts vragen deze leden de regering hoe zij straks gaat borgen dat ook een naturapolis de verzekerde voldoende keus biedt. Uit hoeveel artsen moet een verzekerde minimaal kunnen kiezen? Verschilt dat per medisch specialisme, per aandoening of per regio? Is het denkbaar dat patiënten in de loop van het jaar niet meer terecht kunnen bij (veel van de) zorgaanbieders met wie de verzekeraar contracten heeft afgesloten, omdat het omzetplafond van die zorgaanbieders is bereikt? Kan het inroepen van een second opinion straks alleen nog bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde arts? Hoe wordt geborgd dat elke verzekeraar voldoende hooggespecialiseerde (top-referente) zorg inkoop? Huisartsen (zo blijkt uit de *Position Paper*<sup>6</sup> van de Landelijke Huisartsenvereniging (hierna: LHV)) vrezen dat zij straks bij het doorverwijzen naar medisch specialisten onvoldoende maatwerk kunnen maken. Dat wil zeggen dat huisartsen onvoldoende rekening kunnen houden met de vakinhoudelijk en persoonlijke kwaliteiten die in het betreffende geval vereist zijn om de patiënt de benodigde zorg te verlenen. Is deze vrees van de huisartsen terecht? Zo nee, waarom niet? De LHV stelt dat zorgverzekeraars onvoldoende in staat zijn om kwaliteit te beoordelen en op basis hiervan in te kopen. De prijs van zorg zou bij de inkoop leidend zijn in plaats van de kwaliteit, aldus de LHV die daarbij verwijst naar de Monitor Zorginkoop.<sup>7</sup> Deze leden vragen de regering om een grondig beargumenteerde reactie op voornoemde stelling van de LHV. In hoeverre wordt door het wetsvoorstel continuïteit van zorg voor chronische patiënten (zoals psychiatrische patiënten, kankerpatiënten en kwetsbare ouderen) geborgd? Kan het zijn dat delen van ziekenhuiszorg gecontracteerd worden, waardoor de zorg voor een patiënt opgeknipt en verdeeld moet worden tussen verschillende ziekenhuizen? Zal het onder het gewijzigde artikel 13 Zvw de facto nog wel mogelijk zijn voor nieuwe zorgaanbieders om de markt te betreden?

In hun *Position Papers*<sup>8</sup> doen zowel de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (hierna: KNMG) als de LHV voorstellen om te grote marktmacht van zorgverzekeraar en het risico van misbruik daarvan tegen te gaan: een jaarlijkse rapportage van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) over de marktmacht van de zorgverzekeraars en strenger optreden van NZa tegen aanmerkelijke marktmacht van zorgverzekeraars. Deze leden verzoeken de regering te reageren op deze voorstellen. Voorts verzoeken zij de regering in te gaan op het pleidooi (van diverse zijden) voor tijdige bekendmaking door zorgverzekeraars van zowel inkoopcriteria als inkoopbeleid en inkoopprocedure.

In artikel 13aa Zvw wordt een groot deel van de eerstelijnszorg uitgezonderd van de werking van artikel 13 Zvw. Waarom geldt deze uitzondering niet voor de eerstelijns-psychologische zorg, terwijl juist ook daar de relatie tussen behandelaar en patiënt een grote rol speelt, zo vragen deze leden de regering.

Deze leden verzoeken de regering gemotiveerd uiteen te zetten of zij voornemens is de hierna aangehaalde suggestie van de Raad van State (hierna: Raad) over te nemen: *Voor zover is beoogd met dit voorstel de*

<sup>6</sup> Het *Position Paper* van de LHV is ter inzage gelegd bij de afdeling Inhoudelijke Ondersteuning onder griffinummer 1555453.05

<sup>7</sup> Monitor Zorginkoop, februari 2014, zie [http://www.nza.nl/104107/105773/953131/Monitor\\_Zorginkoop\\_en\\_beleidsbrief.pdf](http://www.nza.nl/104107/105773/953131/Monitor_Zorginkoop_en_beleidsbrief.pdf)

<sup>8</sup> Het *Position Paper* van de LHV is ter inzage gelegd bij de afdeling Inhoudelijke Ondersteuning onder griffinummer 155453.05

Het *Position Paper* van de KNMG is ter inzage gelegd bij de afdeling Inhoudelijke Ondersteuning onder griffinummer 155923.01

*richtlijn langs bovengenoemde lijnen te implementeren, zou om iedere twijfel weg te nemen, voor vergoeding van grensoverschrijdende intramurale planbare zorg bij naturapolissen van de mogelijkheid van een toestemmingsvereiste gebruik kunnen worden gemaakt.*<sup>9</sup> Ook verzoeken deze leden de regering inhoudelijk adequaat in te gaan op de volgende opmerking van de Raad: *Voorts is van belang dat de mogelijkheid van een toestemmingsvereiste ingevolge artikel 8, tweede lid, onder a, van richtlijn 2011/24/EU beperkt is tot intramurale zorg en tot zorg waarvoor zeer gespecialiseerde en kosten intensieve medische infrastructuur of apparatuur vereist is. Voor extramurale tweedelijnszorg kan een toestemmingsvereiste niet worden tegengeworpen. Voor zover beoogd is gebruik te maken van de in artikel 8 van de richtlijn geboden mogelijkheid van een toestemmingsvereiste, is onduidelijk hoe het voorgestelde stelsel aansluit op de richtlijn wat betreft de bedoelde extramurale zorg.*<sup>10</sup>

Voorts verzoeken deze leden de regering uitvoerig en volledig in te gaan op de opmerkingen die de Raad maakt over het belang van een goed functionerende zorgverzekeringsmarkt en zorg-inkoopmarkt en over de noodzaak van effectief toezicht op het functioneren van zorgverzekeringsmarkt en zorg-inkoopmarkt.<sup>11</sup>

## **CDA-fractie**

### *Algemeen*

Het bevreemdt de leden van de CDA-fractie overigens dat in één wetsvoorstel drie zeer ongelijksoortige, belangrijke onderwerpen worden geregeld. Heeft de regering overwogen deze onderdelen in aparte wetsvoorstellen aan het parlement voor te leggen? Graag vernemen zij welke mogelijkheid de regering ziet om eventueel op één of twee van die onderwerpen nog in dit kalenderjaar wel, en op andere niet tot een afronding te komen. Het is immers niet ondenkbaar dat de steun voor elk van de drie elementen niet even eenduidig is.

Voorts stellen de leden van de CDA-fractie vast dat het onderhavig wetsvoorstel geruime tijd in behandeling is geweest in de Tweede Kamer. Het voorstel is medio 2012 ingediend, terwijl de stemming in de Tweede Kamer ongeveer twee jaar later plaatsvond. De regering heeft begin 2014 de behandeling in de Tweede Kamer eigener beweging stop gezet, om het voorstel opnieuw te overwegen. Deze leden vragen wat eigenlijk de aanleiding tot die heroverweging was, en wat de uitkomst van deze heroverweging is. Zijn er de afgelopen twee jaren nieuwe inzichten tot stand gekomen, die tot aanpassing of heroverweging van de voorstellen zouden kunnen leiden? Zo ja, welke?

### *Verbod op verticale integratie*

In de eerste plaats vragen de leden van de CDA-fractie of er thans al situaties van verticale integratie bekend zijn, en zo ja hoe veel. Bestaande gevallen van verticale integratie worden op grond van het voorstel ongemoeid gelaten. Als er nu al gevallen van verticale integratie bekend zijn, wat zijn dan volgens de regering de nadelen of negatieve effecten daarvan? Heeft de door de regering gevreesde situatie, van een onjuiste afweging van belangen zich al voorgedaan? Of is in bestaande situaties naar de mening van de regering wel een kwalitatief goed en doelmatig

<sup>9</sup> Kamerstukken I, 2014–15, 33 362, D, pagina 8.

<sup>10</sup> Kamerstukken I, 2014–15, 33 362, D, pagina 8.

<sup>11</sup> Kamerstukken I, 2014–15, 33 362, D, pagina 7 en pagina's 8–10.

zorgaanbod gerealiseerd, waarbij de situatie ook nog voldoende transparant is? Zo niet, is er dan ingegrepen (en zo ja, hoe)? Zo nee, waarom niet?

Deze leden vragen ook of het verbieden van nieuwe, en het aanvaarden van bestaande gevallen van verticale integratie geen rechtsongelijkheid oplevert? Graag ook op dat punt de opinie van de regering.

De regering motiveert het verbod op verticale integratie vooral met de vrees dat een zorgaanbieder waarin een zorgverzekeraar doorslaggevende invloed heeft, in zijn beleid en bedrijfsvoering tot oneigenlijke afwegingen komt, waarbij niet de kwaliteit en doelmatigheid van het zorgaanbod, maar een bedrijfseconomische optimalisering voorop staat. Kan de regering duidelijk maken waarom deze vrees voor een onjuiste afweging van belangen wel reden is om een doorslaggevende zeggenschap voor een zorgverzekeraar te verbieden, maar niet de doorslaggevende zeggenschap van een private investeerder? Anders gezegd, waarom kunnen de mechanismen die moeten borgen dat een zorgaanbieder die in private handen is, en een verantwoord zorgaanbod blijft realiseren, niet gelden voor een aanbieder die in handen van een zorgverzekeraar is? Hoe goed zijn die borgingsmechanismen, als ze in het ene geval wel, en in het andere geval niet werkzaam zouden zijn? Hoe ziet de regering in dit kader de functie van het zorginhoudelijk toezicht op de professionals, via hun beroepsvereniging, het tuchtrecht en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), en de rol van de NZa? Is dat geheel onvoldoende waarborg tegen de gevreesde onjuiste belangenafweging? De leden van de CDA-fractie ontvangen graag een nadere beschouwing op dat punt.

Deze leden zijn overigens met de regering van mening dat een monopolie-positie, waarbij een zorgverzekeraar in een bepaalde regio bij alle zorgaanbieders of juist bij de enige aanbieder op zijn terrein een doorslaggevende zeggenschap heeft, ongewenst is. Hoe groot acht de regering de kans dat zich een dergelijke situatie aandient? Ziet de regering andere, eenvoudiger mogelijkheden om dergelijke extreme, maar ongewenste situaties te voorkomen, dan het thans voorgestelde verbod op verticale integratie voor alle nieuwe situaties? Zij stellen daarbij vast dat de Raad van State het voorgestelde verbod op verticale integratie een te zwaar middel vond. Hoe beoordeelt de regering inmiddels, twee jaar na indiening van het wetsvoorstel, deze opvatting? Is het denkbaar dat de Autoriteit Consument en Markt en de NZa samen bijvoorbeeld, met hun huidige instrumenten in staat zijn om te voorkomen dat er ongewenste gevallen van verticale integratie ontstaan, waarbij bijvoorbeeld één aanbieder en verzekeraar in een regio een dominante positie krijgen, of waarbij onvoldoende sprake van transparantie is.

Deze leden vragen welke bezwaren er zijn indien een zorgverzekeraar zelf, uiteraard transparant en herkenbaar, en niet verplichtend voor zijn verzekerden, een voorziening met zorgaanbod realiseert naast andere, concurrerende aanbieders.

Verticale integratie blijft tijdelijk wel mogelijk om innovatieve ontwikkelingen mogelijk te maken. Juist bij innovatieprojecten kunnen echter ook andere belangen (return on investment, voortzetten innovatie, en daarmee verbonden prestige) een rol spelen, waarmee het belang van een kwalitatief hoogwaardig zorgaanbod en dat van de patiënt in het gedrang kan komen. Kan de regering aangeven hoe ze in deze gevallen wil omgaan met de risico's die ze ziet? Hoe is een correcte belangenafweging in deze gevallen verzekerd?

Indien een dergelijke deelneming tot een succesvolle innovatie leidt, waarbij echter blijvende betrokkenheid van de verzekeraars noodzakelijk is, houdt een dergelijke ontwikkeling dan toch op? En indien verticale integratie nodig is om een zorgaanbod te continueren, wat is dan de positie als de termijnen zijn verlopen?

#### *Inperken keuzevrijheid (artikel 13 Zvw)*

De wijziging van artikel 13 Zvw (het schrappen van het «hinderpaal criterium») is door de regering als een wijziging van redactionele aard beschouwd. In het algemeen deel van de memorie van toelichting<sup>12</sup> is er geen aandacht aan besteed; in de nota naar aanleiding van het verslag<sup>13</sup> heeft de regering dit standpunt opnieuw ingenomen. De leden van de CDA-fractie vragen, of de regering de voorstellen op dit punt nog steeds als zodanig beschouwt, mede gelet op de reacties vanuit de samenleving?

Ten principale vragen zij of vanuit het grondwettelijk recht op gezondheidszorg niet moet worden afgeleid dat de burger het fundamentele recht heeft om zelf zijn zorgverlener te kiezen, waarbij zijn verplichte verzekering hem in ieder geval voor een groot deel in de (marktconforme) kosten daarvan schadeloos stelt. Ook de vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverlener, vaak onontbeerlijk voor een herstel van de patiënt, komt het beste tot zijn recht wanneer de patiënt zelf zijn of haar arts kiest. Mag uit de betekenis en de erkenning van de vertrouwensrelatie door de wetgever niet ook worden afgeleid dat er een recht op de eigen keuze van de arts is? Zij vernemen graag de opvatting van de regering in dezen.

In het wetsvoorstel wordt voor een aantal eerstelijns zorgverleners, zoals de huisarts, het recht op vrije keuze erkend. Betekent dit ook dat de verzekeraar straks in alle gevallen, of de zorgverlener nu door hem gecontracteerd is of niet, de kosten van behandeling vergoedt? Zo ja, wat is dan de betekenis van contracteren in deze gevallen nog? En wordt alle zorg die deze zorgverleners leveren, altijd vergoed?

Bij de zorgverleners in de eerste lijn, waarbij in beginsel de patiënt de vrije keuze behoudt, ontbreekt de eerstelijns of basis GGZ. Kan de regering toelichten waarom de patiënten van deze zorgverleners wel met de beoogde nieuwe werking van artikel 13 Zvw in aanraking mogen komen? Juist in de GGZ lijkt een vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverlener van groot belang, zodat in die sector een vrije keuze zeer wenselijk is. Graag ontvangen deze leden op dit punt een nadere toelichting. Kan de regering ook aangeven hoe patiënten die in hun keuze met name ook hun identiteit of religieuze achtergrond willen betrekken, tegemoet worden gekomen. Juist in de sfeer van de GGZ kan identiteit immers een belangrijke overweging in het bepalen van de keuze zijn.

Als verzekerden niet tevreden zijn met de keuze van de verzekeraar, kunnen zij overstappen. Naar het oordeel van de leden van de CDA-fractie bepalen burgers hun keuze in dit opzicht primair op basis van tarieven, pakketten en eventueel klantvriendelijkheid, en minder op basis van de daadwerkelijk gecontacteerde aanbieders. Voor wie gezond is, is het ook moeilijk om in zijn keuze voor een verzekeraar rekening te houden met voorkeuren ten aanzien van (al dan niet gecontracteerde) zorgaanbieders voor zorg waarvan nog niet vast staat of men hem nodig heeft. En voor wie al (langdurig) ziek is, is de overstap naar een andere verzekeraar in praktijk niet zo eenvoudig, zeker als ook een aanvullende verzekering moet worden afgesloten. Ook de verzekerde die (bijvoorbeeld in verband

<sup>12</sup> Kamerstukken II, 2011–12, 33 362, 3.

<sup>13</sup> Kamerstukken II, 2012–13, 33 362, 7.



met verschillende aandoeningen) een beroep wil doen op twee of meer zorgverleners van zijn voorkeur, waarvan de ene wel, en de andere niet is gecontracteerd, komt in een hele lastige positie. Graag zien deze leden een reactie van de regering op dergelijke situaties, gevallen kortom, waarin de ruimte om naar eigen wens een zorgverlener te kiezen op het moment dat dat aan de orde is, niet groot of afwezig is. Voornoemde leden vragen voorts, of de marktwerking niet zou worden versterkt, indien verzekerden vaker dan eens per jaar kunnen overstappen. Hoe ziet de regering dat?

Hoe ziet de regering in dit kader de verhouding tussen verzekerde en verzekeraar, en in het bijzonder op de manier waarop de verzekerde bij de verzekeraar reëel zijn voorkeuren voor een zorgaanbod tot gelding dient te brengen. Nu is de positie van de verzekerde ten opzichte van zijn verzekeraar niet bijzonder sterk. Kunnen verzekerden collectief hun verzekeraar ook dwingen of aansporen bepaalde zorgverleners te contracteren? Verzekeraars streven er weliswaar naar om rekening te houden met de wensen van hun klanten, maar op dat punt is weinig verplichtend geregeld. Hoe ziet de regering dit? In hoeverre is er nu daadwerkelijk sprake van de regie (en niet van een indirecte, vage invloed) van de patiënt, zo vragen deze leden. Is er onderzoek gedaan naar de motieven van verzekerden als zij overstappen naar een andere verzekeraar, en zo ja, tot welke conclusies heeft dat geleid?

Daar komt nog bij dat er in ons land een relatief beperkt aantal (groepen van) zorgverzekeraars tegenover een groot aantal en diverse zorgaanbieders staat. De Raad van State wijst hier in zijn voorlichting ook op.<sup>14</sup> In sommige delen van het land heeft één verzekeraar bovendien een dominante positie, waardoor hij sterk sturend kan optreden, zeker ook als het zorgkantoor in de regio aan deze verzekeraar is verbonden. Hoe weegt de regering in dergelijke gevallen de machtsverhoudingen, en de positie van de verzekeraar en de verzekerde? Naar het oordeel van deze leden blijft het van belang dat de cliënt zelf regie kan nemen, bijvoorbeeld via zijn keuze voor de zorgaanbieder, zonder dat hij daarbij beperkingen ten aanzien van de vergoeding vanuit zijn ziektekostenverzekering als een hinderpaal moet beschouwen. Graag krijgen zij nog een reactie op deze stellingname.

In het regeerakkoord, en ook in de notawisseling bij het wetsvoorstel is nog sprake van de afschaffing van de restitutiepolis. Hoe ziet de regering die polis nu? Blijft er ruimte voor een dergelijke polis, en dan met een tarief dat niet al te zeer afwijkt van de tarieven voor een naturapolis? Een restitutiepolis die aanmerkelijk duurder uitvalt dan een naturapolis, zal in de praktijk betekenen dat de keuzevrijheid die de regering via de verzekeraar voorziet, slechts voor hogere inkomens blijft bestaan. Acht de regering dat een wenselijke ontwikkeling, en zo nee, hoe is dat dan te voorkomen? Is het denkbaar dat een bandbreedte of een maximum tarief voor de restitutiepolis in basisvorm wordt geïntroduceerd?

Deze leden constateren dat de meningen over de vraag of de voorgestelde bepalingen in strijd met het Europees recht zijn, uiteen blijven lopen. De Raad van State lijkt de regering te volgen in haar opvatting dat er van strijdigheid geen sprake is, maar andere juristen betogen met grote

---

<sup>14</sup> Kamerstukken I, 2014–15, 33 362, D.

stelligheid dat er wel sprake is van strijdigheid.<sup>15</sup> Over het verbod op verticale integratie heeft de regering uitvoerig met de Europese Commissie overlegd, maar uit de stukken blijkt niet of dat ook ten aanzien van artikel 13 Zvw is gebeurd. Indien dat niet is gebeurd, waarom eigenlijk niet? Het is nu te verwachten dat kort na de eventuele aanvaarding van de wet een eerste proefproces (voor het Europees Hof) zal volgen. Hoe ziet de regering dat? Hoe wenselijk acht zij dit?

De Raad van State wijst in haar voorlichting nog op de specifieke situatie van grensoverschrijdende, planbare, extramurale zorg.<sup>16</sup> Valt daar ook naar het oordeel van de regering ook poliklinische zorg onder? Voor deze gevallen is de Raad niet overtuigd van de verenigbaarheid van de wet en de Europese regels. Kan de regering nog eens op dat punt haar zienswijze geven?

#### *Verhouding verzekeraar-aanbieder: het stelsel van volksgezondheid*

De discussie over het voorliggend wetsvoorstel, maar ook over het wetsvoorstel 33168, wordt mede bepaald door de visie op, en de werking van het stelsel in de gezondheidszorg, zoals dat momenteel bestaat of in ontwikkeling is. De leden van de CDA-fractie staan in algemene zin achter de hoofdlijnen van het stelsel, maar, zoals hiervoor al bleek, zijn zij bijzonder kritisch over de uitwerking ervan op een aantal onderdelen, en over de invulling van een aantal in hun ogen noodzakelijke randvoorwaarden. Zij stellen vast dat ook de Raad van State in zijn voorlichting op dit punt de nodige zorg uit. De Raad beklemtoont meermaals dat de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoop-markt wel moeten functioneren zoals beoogd. Is dat nu al het geval naar het oordeel van de regering?

Ook wijst de Raad van State er op dat voor een goede werking aan een aantal voorwaarden moet worden voldaan: aan die voorwaarden wordt echter volgens de Raad «niet zonder meer voldaan». Ook hier is de vraag hoe de regering dat ziet.

De Raad van State schetst de verhouding tussen verzekerde, zorgverzekeraar en zorgaanbieder in ons stelsel als een driehoek. Dat klopt in zoverre er tussen elk van de partijen een relatie is. Echter, de verzekeraar is in het stelsel in wezen «slechts» een intermediair tussen verzekerde/cliënt en aanbieder. De voornaamste relatie is die tussen aanbieder en cliënt. De andere relaties zijn er in functie van deze relatie. Deelt de regering deze zienswijze? In dat kader, zo stelt ook de regering, zal de verzekeraar steeds het belang van de verzekerde voorop moeten stellen. In hoeverre verwacht de regering dat dat ook daadwerkelijk zal gebeuren? Zorgverzekeraars kunnen, als grote organisaties, en als deel van nog grotere concerns, ook eigen belangen ontwikkelen. In de organisatiekunde wordt het bestaan/ontstaan van die eigen dynamiek van organisaties algemeen erkend. Hoe ziet de regering dat en hoe kan worden voorkomen dat deze dynamiek gaat prevaleren boven het belang van de verzekerde/cliënt?

Direct toezicht op het functioneren van de zorgverzekeraar en het zorgkantoor is vanuit het perspectief van de cliënt die naar het oordeel

<sup>15</sup> Zie bijvoorbeeld:

*Article 13 of the proposed Dutch health insurance law: compatibility with European Union law*, G. Davies (VU) en J. Sijmonds (Universiteit Utrecht), 26-09-2014, onderzoek in opdracht van de St. Handhaving Vrije Artsenkeuze & Grensoverschrijdend patiëntenverkeer in de Zorgverzekeringwet: is de voorgenomen wijziging van artikel 13 Europeesrechtelijk houdbaar?, J.W. van de Gronden (Radboud Universiteit), Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2013, 37 (1), pagina's 4-17.

<sup>16</sup> Kamerstukken I, 2014-15, 33 362, D.

van de regering centraal behoort te staan, niet bijzonder sterk geregeld. Weliswaar moeten verzekeraars daar in hun statuten plaats voor inruimen, maar dat is verder vorm vrij. Terecht vraagt de Raad van State voorts of de verzekerden wel in staat zullen zijn deze grote verzekeraars «scherp te houden». Hoe ziet de regering dat?

De Raad van State wijst er in zijn voorlichting ook op dat een gering aantal grote verzekeraars bijna de gehele verzekeringsmarkt in handen heeft, tegenover een veel groter aantal kleinere en grotere aanbieders. Daarmee kan van aanmerkelijke marktmacht sprake zijn. Kan de regering aangeven welk percentage van de verzekeringsmarkt in handen is van de vier grootste conglomeraten van zorgverzekeraars? Deelt de regering de zorg van de Raad van State, en zo ja, wat kan worden gedaan om tot een machtsevenwicht tussen verzekeraars en aanbieders te komen?

Deze leden merken vervolgens op dat de positie van de ziektekostenverzekeraars ten opzichte van zorgaanbieders in veel sterkere mate dan via een eventuele verticale integratie, bepaald wordt door de contractuele relatie ten aanzien van inkoop van zorg. Deze leden vragen of de positie van de zorgverzekeraars juist in het kader van die contractuele relatie niet te sterk is geworden, zeker als daar ook nog eens het zorgkantoor als verlengstuk van de zorgverzekeraars bij komt. De aansturing van deze zorgkantoren is in het geheel niet transparant. Hoe ziet de regering dat? Kan zij daarbij nog eens apart ingaan op de aansturing van, en het toezicht op de zorgkantoren. Juist in de contractuele relatie kunnen ook bedrijfseconomische- en organisatiebelangen van de verzekeraars een grote rol gaan spelen, naast of tegenover het belang van de verzekerden. Is de NZa daadwerkelijk in staat ook de concrete keuzes in de contractuele verhoudingen te toetsen en te bewaken? Zal toezicht van de NZa zich niet eerder op stelselniveau, en minder op concrete keuzes richten?

Deze leden zien ook een zekere tegenstrijdigheid in de beoordeling van de rol van de zorgverzekeraar door de regering. De zorgverzekeraar krijgt niet de ruimte om zelf een zorgaanbod te realiseren omdat dat onder andere niet transparant voor de cliënt is, terwijl de zorgverzekeraar wel een vergaande bevoegdheid tot contractering van het zorgaanbod krijgt, terwijl de cliënt daarop slechts indirect zicht heeft: één keer per jaar kan hij van verzekeraar wisselen, maar in hoeverre hij op dat moment werkelijk zicht heeft op het aanbod en zijn keuzemogelijkheden moet worden betwijfeld. Zij ontvangen graag een reactie van de regering hierop. In dit kader is het deze leden ook opgevallen dat de regering bij de toelichting op de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw één en andermaal benadrukt dat de zorgverzekeraar het belang van de patiënt voorop dient te stellen. Vertrouwen in die opstelling is daarbij het uitgangspunt, zo lijkt het. Waarop baseert de regering dit vertrouwen, als ze tegelijkertijd vreest dat verzekeraars die beslissende invloed in een zorginstelling hebben, andere belangen dan die van de patiënt laten meespelen en zelfs prevaleren?

Een vergelijkbare tegenstrijdigheid lijkt aan de orde als de regering waar het gaat om zorgaanbieders aan private investeerders wel doorslaggevende zeggenschap (en daarmee recht op winstuitkering) wil toekennen, maar aan zorgverzekeraars niet. Zoals hiervoor al opgemerkt lijkt de regering in het eerste geval meer vertrouwen te hebben in de «checks and balances» bij de zorgaanbieder, waarmee onjuiste belangenafwegingen en beslissingen worden voorkomen, dan in het tweede geval. Zien deze leden dat goed, en zo niet, hoe ziet de regering dit dan?

In relatie tot de voorstellen inzake artikel 13 Zvw en het verbod op verticale integratie zouden de leden van de CDA-fractie ook graag

vernemen hoe de regering de omgekeerde situatie beoordeelt, namelijk één waar integratie (uiteraard onder beperkende voorwaarden ten aanzien van monopolie-positie en transparantie) wel is toegestaan, en de cliënt tegelijkertijd de huidige ruimte om zelf een arts te kiezen behoudt. Welke voor- en nadelen voorziet de regering in een dergelijke situatie?

### **PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie merken op dat het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg<sup>17</sup> uitgaat van het opheffen van vrije artskeuze en van transparante, evenwichtige en objectieve contracteer-criteria met gelijke kansen voor gelijke aanbieders. De regering heeft in eerste termijn gezegd dat ook kleine aanbieders gecontracteerd moeten worden.<sup>18</sup> Hoe gaat zij hierop toezien, nu de afspraken in het Hoofdlijnenakkoord niet zijn nagekomen en er niets geregeld is over gelijke aanbieders met gelijke kansen?

Er zijn minstens 120 klinieken die drie of minder overeenkomsten hebben met zorgverzekeraars. Deze klinieken zullen helemaal geen verwijzingen meer ontvangen van huisartsen. De ervaring heeft aangetoond dat huisartsen alleen verwijzen als de patiënten terugkomen omdat ze vanwege het ontbreken van een overeenkomst niet geholpen kunnen worden. Daarvoor was het huidige artikel 13 Zvw een uitkomst. Op welke wijze is de toezegging van de regering in eerste termijn van het debat in de Tweede Kamer hard, dat deze klinieken alsnog in aanmerking kunnen komen voor een overeenkomst en hoe wordt dat veranderd? Als deze 120 klinieken moeten sluiten vanwege een wijziging van de wet, houdt de regering dan rekening met een claim tot schadecompensatie in verband met ontneming van vermogen en inkomen? Zo ja, hoe en zo nee, waarom niet? Zie bijvoorbeeld de nertsenfokkers en de varkensmesters, waar er bij de wetwijziging wel rekening mee is gehouden.

Door het opheffen van de vrije artskeuze zullen alle aanbieders zonder overeenkomst verdwijnen volgens deze leden. Het marktaandeel van de verzekeraars met een restitutiepolis is dusdanig laag dat ze verdwijnen. Dan zijn er alleen nog gecontracteerde zorgaanbieders. Vanaf dat moment hebben de vier zorgverzekeraars alle macht over de zorgverleners en is er niets meer te kiezen. Ook de restitutieverzekeraars zullen verdwijnen en de macht van de «Big 4» zal toenemen. Onderschrijft de regering dit scenario? Zo nee, welke garanties kan de regering geven dat deze ontwikkeling naar een absolute machtspositie van de «Big 4» wordt tegengehouden? Zo ja, zijn we dan niet met een onverantwoorde ingreep in de zorgmarkt bezig?

Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer heeft de regering laten blijken dat niet gecontracteerde zorgverleners slechte zorgverleners zijn, zo constateren deze leden. Kan de regering deze stelling onderbouwen? Zijn zorgverleners, waar de zorgverzekeraars geen enkel contact mee hebben gehad omdat ze domweg niet willen, ook slechte zorgverleners? Zo nee, moet het contracteerbeleid dan niet eerst transparant, relevant en objectief geformuleerd worden alvorens we de vrije artskeuze voor het grootste deel van de bevolking afschaffen? Moet dit beleid dan ook niet wettelijk worden geregeld?

---

<sup>17</sup> Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017, 16 juli 2013. Zie: <http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/rapporten/2013/07/16/onderhandelaarsresultaat-medisch-specialistische-zorg-2014-t-m-2017/onderhandelaarsresultaat-medisch-specialistische-zorg-2014-t-m-2017.pdf>

<sup>18</sup> Kamerstukken II, 2012–13, 33 362, 7, pagina 66–67.

## **SP-fractie**

De leden van de SP-fractie merken op dat het wetsvoorstel met name een wijziging van de Wmg betreft. Dit wetsvoorstel werd in 2006 aangenomen door de leden van de Eerste Kamer. Kan de regering een overzicht geven van de wijzigingen in de Wmg die sindsdien zijn doorgevoerd en wat daarvoor de reden was? Welke (aanvullende) AmvB's en ministeriële regelingen zijn sindsdien van kracht geworden? Waar is een integraal overzicht te vinden? Is er een (globale) evaluatie beschikbaar die aangeeft hoe de Wmg in de praktijk voldoet?

De leden van de SP-fractie stellen deze vraag ook omdat zij van mening zijn dat er nogal wat (voor de burger en overigens ook voor menig senator) onnavolgbare wetgevingstrajecten door het Ministerie van VWS worden bewandeld. Te denken valt bijvoorbeeld aan de ontwikkelingen rondom de Wet cliëntenrechten zorg, waarin aanvankelijk zoveel zaken bij elkaar waren geveegd dat er geen overzicht en geen samenhang meer was te ontdekken. Reden waarom het oorspronkelijke wetsvoorstel vervolgens in vijf delen werd opgeknipt, waarmee het niet overzichtelijker is geworden, maar het wel mogelijk werd de delen afzonderlijk van elkaar te beoordelen. Ook het voorliggende wetsvoorstel wekt in ieder geval de schijn dat verschillende zaken die au fond niet zoveel met elkaar te maken hebben toch samen zijn gebracht. Deze leden zijn van mening dat daardoor een inhoudelijke discussie over de verschillende onderdelen bij voorbaat onmogelijk wordt gemaakt. Waarom zijn in dit wetsvoorstel het verbod op verticale integratie, het schrappen van het recht op keuzevrijheid van patiënten ten aanzien van artsen en andere zorgaanbieders en de wettelijke basis voor een Zvw-Pgb als een package-deal bij elkaar gezet? Het wordt de volksvertegenwoordigers op deze manier onmogelijk gemaakt elk deel afzonderlijk op zijn merites te beoordelen en al of niet te aanvaarden of te verwerpen. Deze leden ontvangen graag een reactie van de regering hierover.

Het verbod op verticale integratie hing al een tijdje boven de markt, het lag zelfs een tijdje op de plank. Welke doorslaggevende argumenten zijn er om het wetsvoorstel nu daarvan af te halen? Het is bekend dat onder andere de Raad van State twijfelde aan de proportionaliteit, daarbij wijzend op de mogelijkheden die er nu ook al zijn om verticale integratie van zorgverzekeraar en zorgaanbieder tegen te gaan. Deze leden vernemen graag welke situaties, waarin verticale integratie op dit moment bestaat, er bekend zijn. Om hoeveel gevallen gaat dat en wat zijn de ervaringen van de verticaal geïntegreerden en de verzekerden daarmee?

Deze leden hebben begrepen dat deze verbanden voorlopig mogen blijven bestaan dan wel worden gedoogd. Voor hoelang geldt de dispensatie die door de NZa is toegekend en hoe moeten zorgverzekeraar en zorgaanbieder aantonen dat de integratie op dit moment de beste oplossing is voor een bestaand probleem, namelijk dat er anders geen zorg op een bepaald gebied beschikbaar is? Wordt daarin onderscheid gemaakt in soorten van zorg? Kan het signaal dat er gebrek is aan een bepaald type zorg in een bepaald gebied zowel komen van cliënten/verzekerden, als zorgverzekeraars als van aanbieders van een bepaald type zorg? Anders gesteld, gaat het vooral om een probleem dat zorgverzekeraars moeten oplossen of zijn er ook andere belanghebbenden die aan de bel kunnen trekken?

De leden van de SP-fractie vernemen graag wat de rol is van de IGZ in gevallen waarin verticale integratie wel/niet (tijdelijk) wordt toegestaan? Hoe werken NZa en IGZ hierin samen en zijn daar rapportages over

beschikbaar? Is er iets te zeggen over wat de doorslag geeft bij het al dan niet toestaan van de integratie, kostenbeheersing of kwaliteit van de zorg?

De NZa zal aan de hand van signalen actief onderzoeken of er sprake is van verboden verticale integratie. Zij zal daarbij gebruik maken van de informatie die zij ontvangt van zorgaanbieders en zorgverzekeraars in hun jaarverslagen. Het lijkt de leden van de fractie van de SP een hele klus om al die jaarverslagen op signalen te onderzoeken. Graag ontvangen zij een toelichting hoe dat in zijn werk gaat. Ook kan de NZa putten uit informatie die met behulp van de tip-lijn verworven is. Wat is dat voor lijn? Hoe is deze lijn te bereiken en wie neemt de telefoon op? Voor wie is deze lijn bedoeld? Worden anonieme meldingen ook aangenomen? Tot slot kan de NZa ook gebruik maken van signalen verworven uit ander onderzoek. Graag ontvangen deze leden een toelichting hoe dat in zijn werk gaat. De NZa doet, naar deze leden aannemen, toch niet in het wilde weg maar gericht, onderzoek? Op wat voor soort onderzoek wordt gedoeld?

Eén van de uitzonderingsgevallen waarin verticale integratie wel (tijdelijk) is toegestaan zijn die situaties waarbij van de integratie een meerwaarde in de vorm van vernieuwing van de zorg wordt verwacht («objectieve verbetering voor de patiënt»). Hoe gaat dat in zijn werk? Wie stelt (met wie?) een plan op en hoe beoordeelt de NZa de aanvraag? Zijn hiervoor objectieve criteria te ontwerpen? En als de aanvrager (s) het niet eens zijn met het besluit van de NZa waar kunnen ze dan beroep aantekenen?

Omdat het wetsvoorstel door het verbod op verticale integratie (en overigens ook door het schrappen van de keuzevrijheid van patiënten ten aanzien van artsen of andere zorgaanbieders) een beperking behelst van vrij verkeer van diensten, kapitaal en vestiging staat het op gespannen voet met het Europese recht. De Europese Commissie heeft dat ook met zoveel woorden aangegeven en was tevens van mening dat het verbod gemakkelijk is te omzeilen. Rechtvaardiging wordt volgens de regering gevonden in het toegankelijk en betaalbaar houden van de zorg. Hoewel de ingreep in de vrijheid van (de private) zorgverzekeraars aanzienlijk is, beoordeelt de regering die toch als noodzakelijk, omdat de werking van het zorgstelsel er mede vanaf hangt. Graag ontvangen deze leden nogmaals een duidelijke toelichting waarom de regering van mening is dat het verbod op verticale integratie Europeesrechtelijk wel haalbaar is. Hoe groot acht de regering de kans dat een zorgverzekeraar beroep aantekent juist op dit punt en ook gelijk krijgt?

Is het ook denkbaar dat een zorgverzekeraar, werkend in een ander land dan ons land zou willen streven naar verticale integratie met Nederlandse zorgaanbieders? Denkbaar is bijvoorbeeld overname van een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (hierna: ZBC). Kan dit door de NZa worden tegengehouden?

Zoals hierboven vermeld vormt een ander onderdeel van dit wetsvoorstel, namelijk de in de memorie van toelichting vermelde redactionele wijziging van artikel 13 Zvw van de Zorgverzekeringswet, punt van brede maatschappelijke onrust. Alom wordt deze wijziging gekwalificeerd als het beperken van de keuzevrijheid van patiënten ten aanzien van artsen en andere zorgaanbieders, een fundamenteel burgerrecht. De leden van de Eerste Kamer hebben, mede in het licht van deze onrust en ook gezien het feit dat de Raad van State er in zijn advies op het wetsvoorstel niet over spreekt, de Raad alsnog om een voorlichting met betrekking tot verschillende aspecten van deze wijziging gevraagd. Nu deze voorlichting op 22 oktober is verschenen wensen de leden van de fractie van de SP een reactie van de regering op deze voorlichting.

De conclusie van de Raad dat «Bezien vanuit de opzet van het zorgverzekeringsstelsel en de doelstellingen ervan de voorgestelde aanpassing van artikel 13 Zvw op zichzelf logisch is» kunnen deze leden nog wel volgen, toch verzoeken zij de regering in te gaan op een aantal onwenselijke gevolgen en tevens aandacht te besteden aan de noodzakelijke randvoorwaarden (zoals een gelijk speelveld over aanmerkelijke marktmacht ten opzichte van kleine partijen, adequaat toezicht<sup>19</sup>). De wijziging zal de beoogde marktwerking in de zorg mogelijk versterken maar tegelijk de positie van de burger verzwakken, zo concluderen deze leden. Daarnaast merken zij op dat de Raad een aantal spanningen benoemt tussen de wetswijziging en de EU-richtlijn betreffende de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.<sup>20</sup>

Door de wijziging behoeven zorgverzekeraars de zorg uit het basispakket niet meer te vergoeden als die geleverd wordt door zorgverleners waarmee zij geen contract hebben als de verzekerde een naturapolis heeft afgesloten. Als toelichting geeft de regering dat deze maatregel bedoeld is om de zorg betaalbaar te houden. Naar de mening van de leden van de SP-fractie ontbreekt een adequate onderbouwing van deze argumentatie. Er is gewezen op de beperkte omvang van de problematiek. In de discussie worden twee getallen genoemd, die iets zeggen over winst en verlies. Het eerste getal is één miljard euro die te winnen zou zijn als zorgverzekeraars alleen gecontracteerde zorg hoeven te vergoeden, het tweede getal is de 62 miljoen euro, die zorgverzekeraars nu kwijt zouden zijn aan betalingen voor niet-gecontracteerde zorg. Kan de regering werkelijk aantonen dat bij handhaven van het huidige artikel 13 Zvw het financiële evenwicht wordt aangetast en het stelsel wordt bedreigd? Wat is nu de werkelijke materiële winst van het invoeren van deze wijziging naast het immateriële verlies van het vertrouwen van mensen in de politiek?

Het is voor deze leden opvallend dat in een wetsvoorstel dat verticale integratie verbiedt met als argument «dat voorkomen moet worden dat zorgverzekeraars overwegende zeggenschap krijgen over de activiteiten van de zorgaanbieder» er tegelijk een wijziging van (artikel 13 van) de Zvw wordt gepresenteerd waarbij zorgverzekeraars grote invloed op de activiteiten van zorgaanbieders krijgen met als pressiemiddel het niet afsluiten van een contract. Volgens deze leden is het één niet met het ander te rijmen. Zij vernemen graag hoe de regering hierover denkt.

Er zullen door de wijziging van artikel 13 Zvw nog meer verschillende polissen op de markt komen, naast de al bekende natura en restitutiepolissen ook nog de budgetpolis. Graag ontvangen deze leden een toelichting op de verschillen, hoe is de verdeling tussen de verschillende vormen van verzekeren nu en hoe zal die in de toekomst zijn? Wat mag naar het oordeel van de regering het maximale prijsverschil tussen de verschillende polissen zijn?

Het is van belang dat iedere verzekerde, voor welke polis hij/zij ook kiest toegang heeft tot goede, veilige en betaalbare zorg. De leden van de fractie van de SP nemen aan dat de regering deze stelling onderschrijft. Toch roept een positief antwoord op deze stelling de volgende nadere vragen op:

In hoeverre kunnen verzekerden echt kiezen? Zeker degenen die in de groep van de wanbetalers vallen (inmiddels 800.000?) en daardoor vaak in een regeling vallen dan wel uitsluitend met de zorgverzekeraar geregeld,

<sup>19</sup> Kamerstukken I, 2014–15, 33 362, D, pagina 9.

<sup>20</sup> Zie bijvoorbeeld de voorlichting met betrekking tot het toestemmingsvereiste: Kamerstukken I, 2014–15, 33 362, D, pagina 8.

dan wel vallend onder een regeling met het Zorginstituut Nederland, dan wel doordat de gemeente afspraken heeft met de zorgverzekeraar in de vorm van collectieve polissen voor bijstandsgerechtigden, zullen weinig andere keus hebben dan te kiezen voor de goedkoopste variant, de budgetpolis, met een beperktere keus van zorgverleners. Dit leidt tot een verdere tweedeling in de zorg, waarbij keuzevrijheid alleen beschikbaar is voor hen die zich een restitutiepolis kunnen veroorloven. Volledige keuzevrijheid voor zorg (aanbieders) in het binnenland en bij grensoverschrijdende zorg wordt gekoppeld aan extra betalingen, omdat restitutiepolissen extra duur zijn. Recht op zorg in het buitenland is een verplichting ten behoeve van EU burgers uit de EU verdragen. Deze leden ontvangen graag een reactie van de regering.

Naast de onmogelijkheid om te kunnen kiezen voor hen die zich een dure polis niet kunnen veroorloven is er ook nog de onmogelijkheid om te kiezen eenvoudigweg omdat niemand weet wat voor kwalen en ellende hem/haar nog te wachten staat. Welke mogelijkheden zijn er om zich bij te verzekeren direct nadat zich een bepaalde kwaal met een bepaalde behandeling door een bepaalde (door de verzekerde gewenste maar niet in zijn polis opgenomen gecontracteerde) zorgverlener heeft geopenbaard? Hoe wenselijk is dat? Zo vragen deze leden aan de regering.

De voorgestelde wijziging beperkt de keuzemogelijkheden en gaat daardoor ten koste van de kwaliteit van de zorg. Kan een gevolg van de wijziging ook zijn dat slechts delen van ziekenhuiszorg worden gecontracteerd, waardoor bijvoorbeeld intercollegiale verwijzingen bemoeilijkt worden? Of bepaalde maatschappen in ziekenhuizen niet meer levensvatbaar zijn, dan wel bepaalde specialisten binnen een maatschap niet meer actief kunnen zijn (want geen contract)? Mat andere woorden op welk niveau verwacht de regering dat selectief gecontracteerd gaat worden?

Het voorstel zal vooral, verwachten deze leden, desastreus zijn voor de éénpitters in de zorg. Te denken valt bijvoorbeeld aan vrijgevestigde psychiaters/psychotherapeuten. Het valt niet te verwachten dat zorgverzekeraars bereid zijn (en er de tijd voor vrijmaken) om met al deze kleine zelfstandigen apart te onderhandelen. Voor hen zal het slikken of stikken worden. Graag ontvangen zij een reactie van de regering hierover.

Deze leden vragen wat de reden is dat in artikel 13aa, lid 1 Zvw de meeste eerstelijnszorg wordt uitgezonderd van het gestelde in het nieuwe artikel 13 Zvw maar niet de zorg verleend door eerstelijns psychologen? Juist (ook) in de eerstelijns gezondheidszorg is de vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en cliënt van groot belang, het vergroot de effectiviteit van de behandeling en ook dat de GGZ-zorg in de buurt moet zijn. Zij ontvangen graag een reactie van de regering omtrent dit punt.

Ten aanzien van de uitwerking van deze verandering zijn er duidelijke waarborgen nodig, zodat ook de aangepaste naturapolis voldoende keus biedt en de restitutiepolis een reëel alternatief. Hoe gaat de regering dat regelen? Er moeten duidelijke afspraken worden gemaakt, zowel qua inhoud van de polis als wat betreft de prijs van de polis, zodat arts en verzekerde weten waar ze aan toe zijn. Uit hoeveel artsen moet iedere verzekerde minimaal kunnen kiezen? Verschilt dat per medisch specialisme, per aandoening of wellicht per regio? Kan het consulteren van een collega of een second opinion alleen nog bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde arts?

Deze leden vragen ook in hoeverre de continuïteit van zorg voor chronische patiënten (psychiatrische patiënten, kankerpatiënten,



kwetsbare ouderen etc.) gewaarborgd zal blijven. Hierbij ook aangetekend dat in deze groepen relatief veel mensen met een lage sociaal economische status zitten, die dus zoals gezegd niet zoveel keus hebben en zeker niet voor de duurere restitutiepolis zullen kunnen kiezen.

Hoe zal het gaan met al die collectiviteiten die nu gezamenlijk een naturapolis hebben, vallen die straks uiteen omdat de verschillende leden verschillend gaan kiezen, wat is de verwachting?

Zorgverleners worden dagelijks met de realiteit geconfronteerd dat de inkoop van zorg uitsluitend op basis van de prijs en niet op basis van de kwaliteit wordt gedaan. De NZa heeft dit in februari 2014 nog eens bevestigd in de Monitor Zorginkoop.<sup>21</sup> In hoeverre zijn zorgverzekeraars in staat de kwaliteit van de aangeboden zorg te beoordelen?

Een gelijk speelveld is een punt van aandacht voor deze leden. Zorgaanbieders moeten niet volledig afhankelijk worden van zorgverzekeraars maar ze moeten in staat blijven hun werk als professionals voldoende uit te kunnen oefenen. Welke maatregelen kan de regering nemen als blijkt dat door de wijziging van artikel 13 Zvw de marktmacht van de zorgverzekeraar nog verder toeneemt?

Op welke termijn verwacht de regering dat het hele traject van onderhandelen, contracteren, opstellen van polissen, keuzes voorleggen aan de verzekerden, overstappen en afsluiten van polissen gereed zal zijn? Is daar een tijdspad voor en zo ja, kan dit worden gedeeld met deze leden? Wat voor eisen worden er aan de communicatie gesteld?

Het nieuwe artikel 13aa Zvw vermeldt dat de verzekerden voor zorg, zoals huisartsen en verloskundigen et cetera die plegen te bieden, recht hebben op een door de verzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakt kosten. De leden van de fractie van de SP hebben daar nog de volgende vragen over:

Betekent dit dat verzekerden recht hebben op vergoeding van deze zorg ongeacht of daaraan een contract met de zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt?

Betekent dit dat de zorgverzekeraar weliswaar zelf de hoogte van de vergoeding kan bepalen, doch wel is gehouden aan het hinderpaalcriterium van minimaal 75–80% vergoeding?

In de Wmg en de daaruit voortvloeiende NZa-beleidsregels is vastgelegd dat voor declaratie van (huisartsen) zorg, met uitzondering van de inschrijf- en consulttarieven, een contract met minimaal één zorgverzekeraar is vereist. Hoe zijn het gestelde in artikel 13aa Zvw en deze bepaling uit de Wmg met elkaar te rijmen?

Bezien vanuit een huisarts die geen contract met een zorgverzekeraar heeft stellen deze leden nog de volgende vragen. In de eerste plaats: Dient de zorgverzekeraar de door de huisarts geleverde zorg, waarvoor volgens de NZa-beleidsregels een contract vereist is, op grond van artikel 13aa Zvw te vergoeden? Zo ja, betekent dit dat artikel 13aa Zvw prevaleert boven het contractvereiste, zoals neergelegd in de NZa-beleidsregels? In de tweede plaats: Betreft de verplichting van de zorgverzekeraar om zorg die een huisarts levert (gedeeltelijk) te vergoeden alle vormen van zorg of zijn er onderdelen van huisartsenzorg, die hiervan worden uitgesloten?

<sup>21</sup> Monitor Zorginkoop, februari 2014, zie [http://www.nza.nl/104107/105773/953131/Monitor\\_Zorginkoop\\_en\\_beleidsbrief.pdf](http://www.nza.nl/104107/105773/953131/Monitor_Zorginkoop_en_beleidsbrief.pdf)

Bezien vanuit de door huisartsen gevormde zorggroepen (ketenzorg DM, COPD, CVRM, ouderen) is de volgende vraag relevant: Indien een zorggroep geen contract heeft met een zorgverzekeraar, kan die groep dan als zorgverlener naar analogie van de huisarts (zonder contract) aanspraak maken op (gedeeltelijke) vergoeding van de geleverde zorg? Dezelfde vraag doet zich voor met betrekking tot diensten, geleverd door een Huisartsenpost: Geen contract, wel (gedeeltelijke) vergoeding?

Het voorstel om het persoonsgebonden budget (hierna: pgb) in de Zvw op te nemen is per tweede nota van wijziging<sup>22</sup> in het voorliggende wetsvoorstel opgenomen, na bestuurlijke afspraken tussen ZN, per Saldo en de Minister van VWS. Op verzoek (zoals de toelichting luidt) van de leden van de Tweede Kamer in verband met de overheveling verpleging en verzorging vanuit de AWBZ naar de Zvw. Graag ontvangen deze leden een toelichting waarom het juist bij dit voorstel is ondergebracht, logischer zou het, naar de mening van de leden van de fractie van de SP, zijn geweest om dit onder te brengen bij de Wlz.

In de polissen van de zorgverzekeraars komt – onder voorwaarden – de mogelijkheid van een Zvw-pgb voor de aanspraak verpleging en verzorging. Deze leden vragen hoe dit verder wordt uitgewerkt. Via een ministeriële regeling? Hoe wordt de doelgroep afgebakend? En op welke manier voldoet de zorgvraag aan bepaalde (welke?) criteria? Moet de mogelijkheid van een pgb-Zvw in alle soorten polissen (onderdeel basiszorg?) worden opgenomen? Graag vernemen zij een reactie.

Voor de aanvraag en toekenning is een budgetplan nodig, hoe gaat dat in zijn werk? Houdt dat ook in dat de aanvrager weer een heel traject zal moeten doorlopen van formulieren invullen en bewijsstukken overleggen, zoals ook nodig was bij een eerdere aanvraag pgb toen nog onder de AWBZ vallend?

Daarnaast moeten er overgangsafspraken worden gemaakt, maar tussen wie? Het pgb blijft behouden in 2015 en kan conform nieuwe voorwaarden voortgezet worden. Is bij benadering te zeggen over hoeveel gevallen dit zal gaan? Hoe zullen eventuele verschillende pgb'en op elkaar kunnen aansluiten? Iemand die een pgb-Zvw wenst heeft waarschijnlijk ook zorg nodig vallend onder de Wmo. Op welk niveau wordt daarvoor samengewerkt of betekent het dat de aanvrager verschillende loketten en verschillende bureaucratieën moet overwinnen?

Bij de mate van vergoeding wordt vermeld dat het in eerste instantie alleen benut zal worden voor een «mantelzorg» tarief. Wat houdt dat in? En wordt dit pgb uitgekeerd net als de andere pgb'en door de Sociale Verzekeringsbank, waarbij het aan dezelfde voorwaarden moet voldoen of door de zorgverzekeraar?

Kunnen de private zorgverzekeraars concurreren op de uurtarieven voor een pgb-Zvw of worden deze door de NZa vastgesteld? Deze leden kunnen zich voorstellen dat een pgb-Zvw voor verpleging en verzorging geen winstgevend product is, gezien de doelgroep (houdt zorgverzekeraar liever buiten de deur) en gezien de extra kosten en administratie die het ongetwijfeld met zich mee zal brengen.

Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij de verantwoordelijkheid voor de wijkverpleging als een groot financieel risico zien. Met name verzekeraars met een populatie van mensen die veel zorg (waaronder wijkverpleging) consumeren hebben aangegeven deze transitie met zorg

<sup>22</sup> Kamerstukken II, 2013–14, 33 362, 12.

tegemeet te zien. Deze leden vernemen graag de stand van zaken met betrekking tot het overleg tussen de Minister van VWS en Zorgverzekeraars Nederland over deze materie. Er is met name gevraagd om een adequaat vereveningmodel. Graag ontvangen zij een toelichting hierop.

### **D66-fractie**

#### *Onderling verband van de voorstellen in het wetsvoorstel*

Het verbod op verticale zeggenschap wordt onderbouwd met een beroep op vergroting van keuzevrijheid. De wijziging van artikel 13 Zvw gaat over het beperken van de vergoedingsplicht van de zorgverzekeraar aan de verzekerde voor aan de verzekerde geleverde zorg. Dit beperkt de keuzevrijheid. Dit lijkt een tegengestelde doelstelling. Toch zijn beide onderwerpen in één wetsvoorstel vormgegeven. De leden van de D66-fractie vragen welke de samenhang is tussen de beide voorstellen. Kan de regering het in haar ogen kennelijk bestaande verband verduidelijken?

#### *Verloop van de behandeling van het wetsvoorstel*

Het wetsvoorstel staat op de lijst van spoedeisende wetsvoorstellen waarvan de behandeling gelet op de beoogde datum van inwerking-treding per 1 januari 2016 vóór 1 januari 2015 moet zijn afgerond. De zorgverzekeraars moeten voldoende tijd hebben om zich op het sluiten van de noodzakelijke contracten met de zorgaanbieder gelet op de daaraan verbonden eisen van transparantie te kunnen voorbereiden, zo is aan de leden van de Eerste Kamer meegedeeld. De behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer heeft evenwel vrij lang geduurd. Het wetsvoorstel, afkomstig uit het regeer- en gedoogakkoord van het kabinet Rutte I, is ingediend in september 2012. De stemming ervan in de Tweede Kamer was op 24 juni 2014, een kleine twee jaar later.<sup>23</sup> Kan de regering de reden van de lange duur van de behandeling toelichten?

De Afdeling advisering van de Raad van State heeft aan het verbod op de verticale integratie uitvoerig aandacht besteed en de regering geadviseerd om het wetsvoorstel nader te overwegen. Over de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw heeft de Raad niets gezegd. Deze voorlichting hebben de leden van de Eerste Kamer onlangs alsnog gevraagd. De leden van de fractie van D66 zijn verheugd dat deze voorlichting door de spoedige afgifte ervan bij de behandeling van dit wetsvoorstel kan worden betrokken.

#### *Noodzaak van verbod op verticale zeggenschap*

Het samengaan van de rollen van zorgverzekeraar en zorgaanbieder past niet binnen het zorgsysteem zolang dat nog in ontwikkeling is. De belangen van de verzekerde zouden niet in alle gevallen optimaal kunnen worden gewaarborgd, aldus – kort samengevat – de doelstelling van het wetsvoorstel. Deze leden hebben gezocht naar voorbeelden in de praktijk die uitwijzen dat dit samengaan inderdaad niet bevorderlijk is voor de kwaliteit van de zorgverlening door zorgaanbieders aan verzekerden, hetgeen volgens de leden een belangrijk criterium moet zijn om het verbod te schragen. De memorie van toelichting geeft echter en helaas geen voorbeelden van verticale verbindingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, sterker nog, de memorie van toelichting zegt er niets over, behalve dat de problematiek beperkt in omvang is. De leden van de fractie van D66 vragen of er bij het ontbreken van voorbeelden werkelijk

<sup>23</sup> Handelingen II, 2013–14, nr. 97, item 20.

een probleem is waarvoor het in het wetsvoorstel geregelde verbod een oplossing zou moeten bieden. Zij vragen de regering of deze constructie voorkomt en zo ja hoe vaak en in welke onderdelen van de zorg? Kan de regering daarover duidelijkheid verschaffen? En als deze organisatorische verbindingen bestaan, welke nadeel levert dit in de praktijk op voor de verzekerde? Kan de regering dat aan de hand van voorbeelden toelichten?

En is het voorgekomen dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg is ingeschakeld vanwege kennelijke kwaliteitsproblematiek bij de gestelde concentraties en zo ja met welke uitkomst? Ook daarop horen de leden graag het antwoord van de regering.

Het is de leden bekend dat de Tweede Kamer eind 2008 de motie-Schippers (toen Kamerlid) aannam om het samengaan van zorgverzekeraars en zorgaanbieders wettelijk te verbieden.<sup>24</sup> Vergroten van de keuzevrijheid van de patiënt was toen het belangrijkste argument. Deze motie is uitgewerkt in het regeer- en gedoogakkoord Rutte I. De Raad van State heeft in zijn advies het standpunt geuit dat, gelet op de beperkte omvang van de problematiek volgens de memorie van toelichting, een minder ingrijpend middel zou kunnen worden ingezet, bijvoorbeeld door de Nederlandse Zorgautoriteit een verticaal fusiebesluit te laten toetsen.<sup>25</sup> Ook de Commissie verticale integratie heeft in haar eindrapport van mei 2009 negatief geadviseerd.<sup>26</sup> Deze commissie concludeerde dat er geen reden is om aan te nemen dat het huidige toezichtkader niet toereikend is of niet adequaat wordt toegepast om de effecten van verticale integratie, waaronder de effecten op kwaliteit, bereikbaarheid en betaalbaarheid van de zorg af te wegen. Ook achtte de commissie het verbod op verticale integratie onhaalbaar wegens strijd met het Unierecht, in het bijzonder waar het gaat om de bepalingen ten aanzien van vrij verkeer van kapitaal en van diensten, vrijheid van vestiging en schadeverzekeringsrichtlijnen. Deze conclusies zijn naar het oordeel van de leden van de D66-fractie bepaald helder en wijzen niet in de richting van een groot risico ten aanzien van een nadelige positie van de verzekerde ten aanzien van de kwaliteit en toegankelijkheid van de te leveren zorg. De regering heeft de adviezen van de Raad en van voornoemde Commissie – ondanks de door haarzelf benoemde beperkte problematiek – niet overgenomen. Deze leden verzoeken de regering toe te lichten waarom zij de adviezen van de Raad en van de Commissie zo anders heeft geïnterpreteerd, dat voor de regering het verbod op verticale integratie zoals dat thans voorligt de enige oplossing is voor een kennelijk bestaand probleem.

Daarnaast vragen deze leden of de regering bekend is met de voorbeelden van concentraties in de zorg in het buitenland, die een positief effect hebben op de kwaliteit en toegankelijkheid, zoals Kaiser Permanente in de Verenigde Staten, die grote doelmatigheidswinst heeft opgeleverd?<sup>27</sup>

### *Ontheffingsmogelijkheden*

Bij nota van wijziging<sup>28</sup> is de mogelijkheid van het verkrijgen van ontheffing op het verbod van verticale integratie ten behoeve van vernieuwing in de zorg nader ingevuld. Ontheffing is bijvoorbeeld mogelijk indien de aanvrager jegens de NZa aannemelijk heeft gemaakt

<sup>24</sup> Kamerstukken II, 2008–09, 29 689, 236.

<sup>25</sup> Kamerstukken II, 2011–12, 33 362, 4, pagina 7–8.

<sup>26</sup> Eindrapport Commissie verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders van 29 mei 2009. Zie: [http://www.seo.nl/uploads/media/2009-81\\_Eindrapport\\_commissie\\_verticale\\_integratie\\_tussen\\_zorgverzekeraars\\_en\\_zorgaanbieders.pdf](http://www.seo.nl/uploads/media/2009-81_Eindrapport_commissie_verticale_integratie_tussen_zorgverzekeraars_en_zorgaanbieders.pdf)

<sup>27</sup> *Eindelijk marktwerking in de zorg?*, M. Pomp, Tijdschrift voor Openbare Financien 2010 (42), pagina's 239–245.

<sup>28</sup> Kamerstukken II, 2012–13, 33 362, 8.

dat zonder de in de aanvraag genoemde vorm van verticale integratie een voor het zorgaanbod of het zorgproces wenselijke, de verzekerde ten goede komende vernieuwing niet tot stand kan komen. Kan de regering voorbeelden geven van gevallen van vernieuwing in de zorg die voor een dergelijke ontheffing in aanmerking zouden kunnen komen?

#### *Artikel 13 Zvw*

Artikel 13 Zvw waarborgt de vrije artskeuze. De reden van wijziging ervan is de kostenbesparing voor zorgverzekeraars. Deze besparing is vastgelegd in het Hoofdlijnenakkoord 2011 en het aanvullende Zorgakkoord van 2013. Met artikel 13 Zvw in de huidige vorm dienen de zorgverzekeraars alle zorg die volgens het basispakket geleverd moet worden voor 80% te vergoeden. Dit is onlangs bevestigd door de Hoge Raad in het arrest van 11 juli 2014.<sup>29</sup>

In het Zorgakkoord van juli 2013<sup>30</sup> is als doelstelling een bezuiniging op de zorgkosten afgesproken van € één miljard door – kort gezegd – beperking van volumegroei. De meeste spelers in de zorg, zoals ziekenhuizen, de medisch-specialisten, zorgverzekeraars, huisartsen- en patiëntenorganisaties zijn partij bij dit akkoord. Daarnaast is er onder zorgaanbieders, waaronder huisartsen, de GGZ, de Nederlandse vereniging van vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (verenigd in de NVvP) en zelfstandige behandelcombinaties onrust ontstaan over de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw. Zij vrezen dat de keuzevrijheid van hun patiënten sterk wordt beknot, waardoor de kwaliteit van hun werk in gevaar komt. Kan de regering de zorgen van deze partijen wegnemen?

Deze leden zijn geïnteresseerd in het geldelijk belang. Welk bedrag is met toepassing van artikel 13 Zvw in de afgelopen jaren gemoed is geweest? Kan de regering dit bedrag toelichten? Het verzoek heeft betrekking op de jaren voorafgaande aan de indiening van dit wetsvoorstel, dus in de jaren 2006 tot en met 2011. Ook in de cijfers over de sindsdien verstreken jaren zijn deze leden geïnteresseerd.

Uit de stukken van wetsbehandeling blijkt dat de vergoedingen die de zorgverzekeraars onder artikel 13 Zvw moeten betalen voornamelijk wordt toegerekend aan kwalitatief ondermaatse of dubieuze zorgaanbieders.<sup>31</sup> In dat verband rijst de vraag hoe de zorgverzekeraars de kwaliteitsnorm van de zorgaanbieder bepalen? Op grond van welke criteria worden zorgaanbieders ondermaats of dubieus genoemd? En waarom kunnen deze zorgaanbieders niet aan de hand van het huidige handhavingsinstrumentarium of op andere wijze, bijvoorbeeld door onderzoek door IGZ en NZa worden aangepakt. Kan de regering hierop ingaan?

#### *Natura- versus restitutiepolis*

De huidige regeling voorziet in een natura- en een restitutiepolis.<sup>32</sup> Kan de regering toelichten hoe het polissenbestand onder de huidige wetgeving is verdeeld? Wat is de procentuele verhouding tussen beide? Zijn daarin jaarlijkse verschuivingen en zo ja met welke percentages? Zijn er cijfers beschikbaar over de aanvullende verzekeringen? En kan gezegd worden dat de koppeling van de aanvullende verzekering met de basisverzekering en de risicoselectie voor de aanvullende verzekering een remmend effect heeft op de keuzevrijheid van de verzekerde om over te stappen?

<sup>29</sup> Zie: arrest van 11-07-2014: ECLI:NL:HR:2014:1646.

<sup>30</sup> Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017, 16 juli 2013

<sup>31</sup> Kamerstukken II, 2012–13, 7, pagina 33.

<sup>32</sup> Artikel 11, lid 1 Zvw

Is het juist dat de verzekerde die de vrije artskeuze wil behouden is aangewezen op een restitutiepolis? Zijn er al aanwijzingen in de zorgverzekeringsmarkt omtrent de prijsstelling van de beide polissen per 1 januari 2015? En kan een houder van een restitutiepolis belemmeringen verwachten als de zorgaanbieder van zijn/haar keuze de betreffende zorg niet met de zorgverzekeraar heeft gecontracteerd? Mag bijvoorbeeld het ziekenhuis in dat geval, zoals thans onder het huidige artikel 13 Zvw, het zogenaamde «passantentarief» blijven doorberekenen aan de zorgverzekeraar?

Een van de redenen van onrust omtrent het wetsvoorstel, zo blijkt uit de vele over dit wetsvoorstel ontvangen mails, is dat als gevolg van de naar verwachting hogere prijs voor een restitutiepolis deze polis minder dan voorheen zal worden aangekocht. De polishouder zal moeten afwegen of hij de hogere prijs voor een restitutiepolis wil betalen. Kan de regering hier iets over zeggen? Zullen er naar verwachting voldoende restitutiepolissen worden gesloten om de zorgaanbieder die geen contract met de verzekeraar heeft bestaanszekerheid te bieden? Het valt immers niet uit te sluiten dat een van de gevolgen van het wetsvoorstel zal zijn dat zorgaanbieders die geen contract kunnen sluiten van de markt zullen verdwijnen. Als dat scenario uitkomt welk belang heeft de houder van een restitutiepolis dan nog bij een dergelijke polis? De vraag is of dit een reëel scenario is en zo ja of de keuzevrijheid tussen een natura- en een restitutiepolis wel een werkelijke keuzevrijheid zal blijken te zijn? Deelt de regering deze zienswijze?

#### *Europese patiënten richtlijn 2011/24/EU*

De regering heeft in de memorie van toelichting betoogd dat artikel 7 van genoemde EU-Richtlijn zich niet tegen het voorgestelde stelsel verzet.<sup>33</sup> Volgens artikel 7 worden de kosten van grensoverschrijdende zorg in beginsel terugbetaald, indien de zorg ontvangen in een andere lidstaat tot het verzekerde pakket behoort. Artikel 8 staat met de introductie van het systeem van voorafgaande toestemming toe dat daarvan wordt afgeweken in het geval van intramurale zorg of van zeer gespecialiseerde en kosten intensieve zorg. De richtlijn lijkt uit te gaan van zorgverzekeringsstelsels die publiek georganiseerd zijn. In het Nederlandse stelsel is echter sprake van een privaatrechtelijke systeem met publieke randvoorwaarden. Dit levert voor verzekerden met een naturapolis waarin uitsluitend Nederlandse zorgaanbieders zijn gecontracteerd de feitelijke onmogelijkheid op om een vergoeding te krijgen voor in het Europese buitenland ondergane zorg. De grenzen voor naturapolis verzekerden worden aldus hermetisch gesloten, behoudens de uitzonderingen in de artikelen 13, lid 2 en 13aa Zvw. Volgens de Raad van State roept dit verschil in opzet tussen richtlijn 2011/24/EU en het voorgestelde stelsel spanning op. De Raad van State rechtvaardigt in zijn voorlichting dit verschil omdat de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt in hun private context dienen te functioneren en de verzekerde vrij is te kiezen voor een restitutiepolis die genoemde belemmering niet kent. De vraag is of deze conclusie voldoende richtlijn-proof is. Want waarom zou een publiekrechtelijk stelsel wel en een privaatrechtelijk stelsel niet aan de richtlijn dienen te voldoen? En welke risico's loopt de regering indien blijkt dat het voorgestelde stelsel niet aan de richtlijn voldoet? De leden van de D66-fractie nodigen de regering uit op deze vraag te reflecteren. De leden verzoeken de regering bij deze reflectie ook het artikel Grensover-

<sup>33</sup> Kamerstukken II, 2011–12, 3.

schrijdend patiëntenverkeer in de Zorgverzekeringswet te betrekken: is de voorgenomen wijziging van artikel 13 Zvw Europeesrechtelijk houdbaar?<sup>34</sup>

Verder wijzen deze leden er op dat de Raad van State in zijn voorlichting<sup>35</sup> lijkt te suggereren dat het toestemmingsvereiste voor intramurale en zeer gespecialiseerde complexe zorg van artikel 8 van de richtlijn dat in het voorgestelde stelsel niet is opgenomen zou moeten worden geïntroduceerd om het stelsel zekerheidshalve aan de richtlijn te laten voldoen. De vraag is hoe de regering over deze suggestie denkt en of de regering deze suggestie wil oppakken.

#### *Uitvoerbaarheid van het wetsvoorstel*

Bij nota van wijziging<sup>36</sup> is in artikel 13, lid 2, onder b, Zvw een uitzondering opgenomen voor de vergoeding van acute zorg. Deze is in het betreffende artikel gedefinieerd als de zorg of andere dienst die niet op redelijke termijn of afstand beschikbaar is. De regering heeft desgevraagd toegelicht dat de vraag «wanneer er sprake is van zorg» die niet op redelijke termijn of afstand beschikbaar is, moet worden beoordeeld aan de hand van de omstandigheden van het geval. Dit is begrijpelijk vanuit het gezichtspunt van de wetgever die niet op de stoel van de wetstoe-passer gaat zitten. Maar met een dergelijke open norm kan het risico van onduidelijk en tegenstrijdige uitleg van deze bepaling niet worden uitgesloten. Kan de regering alsnog nadere criteria ontwikkelen hoe acute zorg moet worden beoordeeld?

Een van de zorgen van de medisch-specialisten bij de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw is de verkaveling van de zorg. Daarvan is sprake als de zorgverzekeraar de zorgaanbieder niet op alle zorg die hij/zij biedt contracteert maar op kavels ervan. In een ziekenhuis is bijvoorbeeld de radiologie, waaronder het maken van een mammografie, wel gecontracteerd maar is de vervolghandeling, waaronder het nemen van een biopsie, niet gecontracteerd. Door deze verkaveling wordt de behandeling gefragmenteerd. De verzekerde zal zich voor een vervolghandeling tot een andere zorgaanbieder moeten wenden. Dit zal de behandeling vertragen en kan tot kwaliteitsverlies leiden. Kan de regering de zorgen van deze medisch-specialisten wegnemen?

In het verlengde daarvan ligt de zorg van de huisarts bij de voorgestelde wetswijziging. Hij zal bij doorverwijzing naar de 2<sup>e</sup> lijns-zorg moeten weten of het betreffende specialisme onder de vergoedingsplicht van de zorgverzekeraar van zijn patiënt valt en dus of de betreffende 2<sup>e</sup> lijns-specialist een contract heeft met de zorgverzekeraar van de patiënt. Welk instrumentarium wordt hem geboden om dit te kunnen onderzoeken? En hoe ver gaat zijn onderzoeksplicht?

Het wetsvoorstel is ingegeven door de gedachte dat de zorgplicht van zorgverzekeraars beter kan worden ingevuld wanneer de zorgverzekeraar de zorg op kwaliteit kan inkopen en niet langer gehouden is tot vergoeding van alle soorten kwalitatief ondermaatse zorg. De artikelen 40a, 40b en 40c Wvrg geven nadere invulling aan de eisen waaraan de zorgverzekeraar bij de zorginkoop moeten voldoen met het oog op een groot mogelijke duidelijkheid voor de zorgaanbieder en voor de verzekerde. Deze eisen hebben onder meer betrekking op het openbaar maken

<sup>34</sup> *Grensoverschrijdend patiëntenverkeer in de Zorgverzekeringswet: is de voorgenomen wijziging van artikel 13 Europeesrechtelijk houdbaar?*, J.W. van de Gronden (Radboud Universiteit), Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2013, 37 (1), pagina's 4–17.

<sup>35</sup> Kamerstukken I, 2014–15, 33 362, D.

<sup>36</sup> Kamerstukken II, 2012–13, 8.

van informatie over de wijze van contracteren en hoe de zorgverzekeraars hun kwaliteitsbeleid bij de zorginkoop hanteren. De vraag is hoe de zorgverzekeraar de kwaliteit van de zorgaanbieder beoordeelt? Worden daarvoor in het kader van de vrije marktwerking objectieve kwaliteitscriteria aangelegd, zodat de zorgaanbieder weet aan welke criteria hij dient te voldoen? En welke beroepsmogelijkheden heeft de zorgaanbieder die ondanks dat hij voldoet aan de openbaar gemaakte kwaliteitseisen toch geen contract krijgt met de zorgverzekeraar? Heeft de NZa daarin een rol?

#### *Handhaving door NZa*

Hoe worden de eisen die in de artikelen 40a tot en met 40c aan de zorgverzekeraars worden gesteld gehandhaafd? Hoe is het handhaving-instrumentarium van de NZa uitgerust? Is de aanwijzingsbevoegdheid als bedoeld in artikel 76 Wmg ook gericht tegen de zorgverzekeraar? Wat houdt deze aanwijzingsbevoegdheid in? Kunnen daaronder ook sancties worden begrepen en zo ja welke?

Met het amendement Bouwmeester<sup>37</sup> is een evaluatie van het wetsvoorstel bepaald. Dit zal reeds na twee jaar gebeuren (artikel V, lid 3). Elementen waarmee bij de evaluatie rekening moet worden gehouden zijn in de toelichting op het amendement opgenomen. De meeste daarvan zijn vrij open omschreven en zonder dat concrete uitgangspunten zijn bepaald. Deze leden vragen daarom hoe de regering verwacht de evaluatie te kunnen uitvoeren. Hoe zal de nulmeting van de diverse elementen worden bepaald? Kan de regering hierover meer duidelijkheid verschaffen?

### **GroenLinks-fractie**

#### *Algemeen*

De leden van de GroenLinks-fractie betreuren het dat er veel ongelijksoortige elementen<sup>38</sup> in één wetsvoorstel zijn samengebracht omdat het finale oordeel over de verschillende onderdelen geheel anders zou kunnen uitvallen en het de leden van de Eerste Kamer hiermee onmogelijk wordt gemaakt elk onderdeel op de eigen merites te beoordelen. Zij vragen de regering inhoudelijk te beargumenteren waarom deze verschillende voorstellen van wetgeving zijn samengevoegd tot een wetsvoorstel. Is de regering bereid om – mochten de leden van de Eerste Kamer tot een verschillend oordeel komen over de onderscheiden onderdelen – het wetsvoorstel op te knippen?

#### *Verticale integratie*

Ten aanzien van het voorstel dat verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders verbiedt, constateren de leden van de GroenLinks-fractie dat de regering hiermee vooral mogelijke toekomstige risico's wil wegnemen. Hoewel deze leden in het algemeen waardering hebben voor een vooruitziende blik, vragen zij met het oog op de noodzakelijkheid van wetgeving een concretere beschrijving van de problemen die moeten worden voorkomen. Welke gevallen van verticale integratie hebben zich tot nu toe voorgedaan en welke problemen ontstonden daardoor?

<sup>37</sup> Kamerstukken II, 2013–14, 33 362, 17.

<sup>38</sup> Het voorstel verbiedt verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, de vrije artskeuze wordt in artikel 13 Zvw ingeperkt en er wordt een grondslag geregeld voor de pgb.



Deze leden constateren dat tot in de schriftelijke behandeling en in de stukken van de regering zelf tegenstrijdige antwoorden worden gegeven op de noodzaak en proportionaliteit van dit voorstel en de balans tussen mogelijke positieve en negatieve effecten van verticale integratie. Klopt het dat de regering ook zelf ambivalent staat tegenover het fenomeen van verticale integratie? Als de risico's als serieus worden ingeschat maar er ook positieve effecten mogelijk zijn, is dan een zo fundamenteel verbod niet als disproportioneel te beschouwen? Waarom heeft de regering niet – vooralsnog – voor een lichtere maatregel gekozen? Zijn de belangrijkste risico's niet de facto al door andere wetgeving afgedekt?

Als de regering al van mening is dat verticale integratie altijd moet worden voorkomen – uitzondering omwille van zorgcontinuïteit en innovatie daargelaten – waarom worden dan alle bestaande gevallen ontzien? Is er dan niet veel voor te zeggen dat die gevallen juist moeten worden ontkoppeld als het simpele feit van hun bestaan de reden is voor een verbod?

#### *Artikel 13 Zorgverzekeringswet*

Ten aanzien van de inperking van de vrije artskenkeuze door het laten vervallen van het hinderpaalcriterium in artikel 13 Zvw constateren deze leden dat dit voorstel tot grote onzekerheid en weerstand heeft geleid. Mede daarom is een belangrijk deel van de eerstelijnszorg uitgezonderd van dit voorstel. Toch zijn daarmee de praktische en principiële vragen niet weggenomen.

Principieel zijn er vele vragen gesteld bij de rechtmatigheid van deze inperking waar het gaat om grensoverschrijdende zorg. Hoe taxeert de regering het gegeven dat haar juridische argumentatie op dit punt fundamenteel wordt weersproken door deskundigen? Erkent de regering dat de nationale invulling van het stelsel niet in de plaats komt van de Europese patiënten richtlijn maar slechts invulling kan geven aan die richtlijn? Hoe groot is de kans dat dit voorstel – als het tot wet geworden is – door de (Europese) rechter zal worden ontkracht?

Nog principiëler is de vraag of de redenen om tot inperking van de vrije artskenkeuze over te gaan voldoende zwaarwegend zijn. Erkent de regering dat de vrije artskenkeuze op zichzelf genomen voortvloeit uit grondrechtelijk overwegingen als vervat in de Grondwet en Mensenrechtenverdragen? Erkent de regering dat derhalve een inperking van dit recht aan de zwaarste proportionaliteitstoets gebonden dient te zijn? Erkent de regering dat het aanspraak kunnen maken op deze grondrechtelijke vrije artskenkeuze niet afhankelijk kan worden gemaakt van de financiële draagkracht van burgers?

Bij de invoering van de Zvw werd gesteld dat de keuzevrijheid voor patiënten een belangrijke reden was voor de stelselwijziging. Op welke wijze wordt deze keuzevrijheid gerespecteerd of vergroot door het voorliggende wetsvoorstel? Is dit voorstel er niet juist op gericht de machtspositie van zorgverzekeraars te vergroten en zo de balans in het stelsel te verleggen? Is er wel sprake van keuzevrijheid als de patiënt eenmaal per jaar een polis kan kiezen, vooraf op de websites van de verzekeraars moet kijken of de gewenste zorgaanbieders wel gecontracteerd zijn, en in het geval zorg van verschillende zorgaanbieders nodig of gewenst is (bijvoorbeeld vanwege meervoudige problematiek) dat voor een combinatie van zorgaanbieders moet uitpuzzelen?

Wil de regering ingaan op mogelijke incompatibiliteit van dit voorstel met de considerans van de Wet marktordening gezondheidszorg,<sup>39</sup> artikel 2 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen, waarin het respecteren van de voorkeur van de patiënt wordt geïmpliceerd<sup>40</sup> en artikel 3, lid 2 van het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie?<sup>41</sup> Immers, hoe vrij is de toestemming van de betrokkene, zoals in dit artikel van het Handvest van de Grondrechten van de EU staat, wanneer hij afhankelijk is van de betaalbaarheid van een verzekeringspolis?

Een belangrijke factor in de zorg is het vertrouwen van de patiënt in de zorgverlener. Op welke wijze is de betrouwbaarheid van soms langdurige behandelrelaties geborgd wanneer de zorgverzekeraar besluit om een zorgaanbieder niet langer te contracteren? Dit klemmt in het bijzonder bij psychologische en psychotherapeutische zorg. Waarom is deze niet uitgezonderd analoog aan andere eerstelijnszorg? Wat gebeurt er wanneer patiënten na een onderbreking weer willen terugkeren naar een behandelaar (in welke discipline ook) en constateert dat die zorgaanbieder (om welke reden ook) niet langer gecontracteerd is? Op welke wijze zijn patiëntenvoorkeuren op het punt van gender en seksuele, religieuze en culturele sensitiviteit geborgd in dit voorstel?

De vooronderstelling van dit voorstel is dat de zorgverzekeraar in staat is op basis van kwaliteit en doelmatigheid zorg in te kopen. Welke objectieve criteria voor kwaliteit hanteren zorgverzekeraars daarbij? Welke objectieve criteria voor doelmatigheid hanteren zorgverzekeraars daarbij? Zijn deze criteria dermate *evidence based* en zijn de verschillen tussen de wel en niet te contracteren zorgaanbieders dermate groot dat dat de inperking van het recht op vrije artskeuze legitimeert? Of neemt dit wetsvoorstel een voorschot op de hoop dat dit kwaliteits- en doelmatigheidsonderscheid in de toekomst gemaakt zal kunnen worden?

Welke rechten hebben zorgaanbieders om zich te verweren als een zorgverzekeraar hen niet (langer) wil contracteren? Welke rechten hebben zorgaanbieders die bezwaren hebben tegen de voortgaande marktwerking en de dominantie van zorgverzekeraars en omwille van hun vaste zorgrelatie met patiënten en omwille van hun visie op goede zorg bereid zijn de lagere vergoeding te accepteren? Deelt de regering de mening van deze leden dat het niet terecht is hen enkel om deze reden van vergoeding uit te sluiten voor die patiënten die een naturapolis hebben?

Ten aanzien van de uitvoerbaarheid vragen deze leden om een reactie van de regering op de vragen die onder meer door de KNMG zijn gesteld: Uit hoeveel artsen moet iedere verzekerde minimaal kunnen kiezen? Verschilt dat per medisch specialisme, per aandoening of per regio? Kan het consulteren van een collega of een second opinion straks alleen nog bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde arts? In hoeverre wordt continuïteit van zorg voor chronische patiënten (psychiatrische patiënten, kankerpatiënten, kwetsbare ouderen, enzovoorts) geborgd? Hoe uitgebreid moet de zorgverzekeraar verzekerden informeren over beperkingen van de vrije artskeuze? Hoe groot mag het prijsverschil tussen de natura- en restitutiepolis maximaal worden? Op welke wijze wordt over

<sup>39</sup> de wet beoogt «de positie van de consument te beschermen en te bevorderen»

<sup>40</sup> «De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt...»

<sup>41</sup> «In het kader van de geneeskunde en de biologie moeten met name worden nageleefd: –de vrije en geïnformeerde toestemming van de betrokkene, volgens de bij de wet bepaalde regels...»

deze uitvoeringsregels gesproken met kwetsbare groepen patiënten, artsen en andere betrokkenen?

### **ChristenUnie-fractie**

Kan de regering aan de leden van de ChristenUnie-fractie toelichten in welke toekomstvisie op de zorgverzekering en de Zorgverzekeringswet dit wetsvoorstel, in de vorm zoals zij geamendeerd naar de Eerste Kamer is gezonden, past? Hoe ziet zij de verhouding tussen markt en overheid met betrekking tot de zorgverzekeringen?

Hoe wil de regering met dit wetsvoorstel op de lange termijn de toegankelijkheid van goede basisverzekeringen waarborgen?

Begrijpen de leden van de fractie van de ChristenUnie het wetsvoorstel goed als zij menen dat daarvan het gevolg is dat het hinderpaalcriterium, zoals dat in de jurisprudentie is ontwikkeld, blijft bestaan voor alle in het nieuwe artikel 13aa Zvw genoemde vormen van eerstelijns zorg?

Deze leden hebben vernomen dat uit het veld kritiek klinkt op het feit dat er geen uniforme standaarden bestaan voor kwaliteitstoetsen. Hoe beoordeelt de regering deze kritiek?

Hoe gaat de toezichthouder straks controleren of zorgverzekeraars een juiste en evenwichtige afweging hebben gemaakt in de selectie van zorgaanbieders bij de contractering?

Hoe wordt het aanbod van zorg van kleine zorgaanbieders, bijvoorbeeld met een levensbeschouwelijke grondslag, gewaarborgd in de wet? Hoe wordt toezicht gehouden op de in het wetsvoorstel opgenomen bepaling dat de zorgverzekeraars rekenschap geven ten aanzien van de door hen gehanteerde procedure en de wijze waarop rekening is gehouden met godsdienstige gezindheid, levensovertuiging en culturele achtergrond van de verzekerden?

Hoe wordt voorkomen dat bij doorverwijzing door een huisarts naar een bepaalde specialist de patiënt op hoge eigen kosten stuit, omdat zijn verzekeraar geen contract met deze specialist heeft? Welke verantwoordelijkheid heeft de arts bij doorverwijzing in dit opzicht?

Hoe verhoudt zich de in de brief van de regering<sup>42</sup> uitgesproken verwachting over het ontstaan van verschillende vormen van naturapolissen en de in het huidige wetsvoorstel vastgelegde systematiek, tot de in het regeerakkoord voorgenomen plannen om restitutiepolissen strikt voor aanvullende verzekeringen te laten gelden? Is dit voornemen met dit wetsvoorstel uitgevoerd of is de regering voornemens met nadere wetgeving te komen?

Deelt de regering de analyse van de leden van de ChristenUnie-fractie dat een grotere rol van zorgverzekeraars in de sturing van de kwaliteit en kosten van de verzekerde zorg, gepaard moet gaan met versterking van de invloed van de verzekerde op het beleid van zijn of haar zorgverzekeraar? Zo ja, hoe draagt dit wetsvoorstel eraan bij dat zorgverzekeraars transparanter gaan werken en de invloed van verzekerden op het beleid van hun zorgverzekeraar wordt versterkt? Hoe denkt de regering in dit verband uitvoering te gaan geven aan de motie-Slob c.s.<sup>43</sup>

<sup>42</sup> Kamerstukken II, 2013–14, 33 362, 22.

<sup>43</sup> Kamerstukken II, 2013–14, 33 362, 35.

De voorlichting van de Raad van State<sup>44</sup> over dit wetsvoorstel wijst de stelling van de hand dat de in het voorgestelde artikel 13 Zvw geïmpli- ceerde mogelijkheid van het op nul stellen van de vergoeding voor behandeling bij niet-gecontracteerde instellingen in een andere lidstaat in strijd is met het Europees recht. Vanuit de rechtswetenschap is er door een enkeling op gewezen dat de enkele doelstelling van doelmatigheid, anders dan de Raad van State lijkt te veronderstellen, niet per definitie voldoende is om aan de voorwaarden van artikel 7, zevende lid, van richtlijn 2011/24/EU te voldoen. Kan de regering hierop reageren?

De leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport zien de antwoorden van de regering met belangstelling tegemoet en ontvangen deze graag uiterlijk 7 november 2014.

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

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

---

<sup>44</sup> Kamerstukken I, 2014–15, 33 362, D.