

Vergaderjaar 2012–2013

33 362

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

Nr. 9

NADER VERSLAG

Vastgesteld 2 september 2013

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, belast met het voorbereidend onderzoek van voorliggend wetsvoorstel, heeft naar aanleiding van de op 2 juli 2013 ontvangen nota naar aanleiding van het verslag (Kamerstuk 33 362, nr. 7) en de daarbij gevoegde nota van wijziging (33 362, nr. 8) besloten tot het uitbrengen van een nader verslag over het wetsvoorstel. De commissie heeft de eer als volgt verslag uit te brengen van haar bevindingen.

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

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

De griffier van de commissie,
Teunissen

ALGEMEEN

De leden van de fractie van de **PvdA** hebben kennis genomen van de nota van wijziging en hebben nog enkele opmerkingen en vragen. Zij zijn verheugd dat de Minister het mogelijk maakt de zorgautoriteit een ontheffing te laten verlenen van het verbod op verticale integratie, indien de aanvrager het aannemelijk maakt zonder deze ontheffing niet tot vernieuwingen of innovatie in de zorg te kunnen komen. Innovatie en vernieuwing in de zorg zijn van groot belang voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg. Deze leden zijn dan ook verheugd dat de Minister, door de voorgestelde wijziging, de mogelijkheid laat bestaan om tot vernieuwingen en innovaties op dit specifieke punt te komen. Wel vragen zij hoe de Minister deze ontheffing concreet voor zich ziet. Kan de Minister inzicht geven in de eisen die verbonden zijn aan deze ontheffing, en hoe wordt voorkomen dat onder het mom van vernieuwing eventueel onterecht ontheffingen worden verleend aan zorgverzekeraars?

De leden van de fractie van de PvdA nemen kennis van het voornemen van de Minister om geen veranderingen aan te brengen in de vergoeding betreffende spoedeisende hulp in het buitenland. Wel vragen deze leden of de Minister inzicht kan geven in het aantal mensen dat aanspraak maakt op vergoedingen voor spoedeisende hulp in het buitenland, en welk percentage van deze aanspraken uiteindelijk hoger uitvalt dan het Nederlandse marktconforme tarief.

De leden van de **PVV**-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de nota van wijziging. Deze leden zijn blij dat de Minister het met hen eens is dat de ontheffingsmogelijkheid van het verbod op verticale integratie te ruim geformuleerd was, en dat de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) daarop wordt aangepast. Genoemde leden zijn echter allermindst blij met het voornemen om de kosten voor niet-gecontracteerde spoedzorg terug te brengen tot aan Nederlands marktconform niveau, en hebben daarover de volgende vragen.

De leden van de PVV-fractie zijn van mening dat spoedeisende hulp buiten elke vorm van marktwerking of selectieve contractering moet worden gehouden. Deze leden vinden dat de overheid ervoor moet zorgen dat spoedzorg voor iedereen, waar of wanneer dan ook, altijd toegankelijk is. Een ongeval of ander spoedeisend incident kan iedereen overkomen. Niemand kiest ervoor en niemand zal bij spoedzorg eerst zijn verzekering gaan checken bij welke zorgaanbieder hij of zij spoedzorg mag afnemen. Als dus het noodlot toeslaat kunnen verzekerden voor onverwacht hoge kosten komen te staan, volkomen buiten hun schuld om. Met de voorgestelde wijziging hebben deze leden dan ook grote moeite. De leden van de PVV-fractie zijn benieuwd naar cijfers ten aanzien van spoedzorg in het buitenland. Hoeveel hoger liggen deze kosten, welk bedrag gaat hier jaarlijks in om, is er sprake een stijgende trend, welke verzekerden betreft het, en zijn hierin bevolkingsgroepen te onderscheiden? Deze leden ontvangen van de Minister graag een uitgebreide analyse van spoedzorg in het buitenland.

De leden van de **SP**-fractie hebben de nota van wijziging met belangstelling gelezen. Zij hebben nog wel enkele vragen. De Minister beperkt de mogelijkheid om een ontheffing te krijgen voor verticale integratie. Genoemde leden vragen de Minister hoe de Nederlandse Zorgautoriteit

(NZa) overtuigd kan worden dat verticale integratie nuttig is, en de patiënt ten goede komt, en dat zonder verticale integratie deze verbetering niet tot stand komt. Aan welke voorwaarden moet zijn voldaan wil de NZa toestemming geven voor verticale integratie? Kan de Minister enkele voorbeelden geven wanneer die toestemming wel, en wanneer die toestemming niet wordt gegeven?

De leden van de SP-fractie lezen dat de Minister de vergoeding van in het buitenland gemaakte kosten van spoedzorg terug brengt van «volledig» naar «vergoeding tot aan Nederlands marktconform niveau». Hierbij laat de Minister meewegen dat mensen die op reis zijn in het buitenland zich kunnen bijverzekeren. Derhalve is zij van mening dat dit risico voor rekening van de verzekerde moet komen. De leden van de SP-fractie vragen naar aanleiding hiervan hoe hoog de verzekeringsgraad is van mensen die het buitenland bezoeken. Ook vragen zij de Minister in hoeveel van de gevallen dat er door Nederlanders in het buitenland van spoedzorg gebruik moet worden gemaakt de kosten daarvan hoger liggen dan in Nederland. Voorts vragen zij hoeveel dit meer is dan het in Nederland geldende marktconforme niveau. Kan de Minister een aantal voorbeelden van spoedzorg geven hoe deze beleidswijziging nu concreet uitpakt, met daarbij de vergelijking hoe de vergoeding was en hoe deze dan wordt. Deze leden vragen de Minister of deze kosten voor mensen te dragen zijn. Kan het voorkomen dat mensen, nadat zij in het buitenland gebruik hebben gemaakt van spoedzorg, met onaanvaardbare hoge kosten worden geconfronteerd waarvan de rekening door een individuele patiënt niet is op te brengen? Vindt de Minister dat aanvaardbaar? Hoe groot is het risico dat mensen – mocht deze wijziging doorgaan – onvoldoende verzekerd raken en gezondheidsschade oplopen daardoor?

De leden van de SP vinden de stap om niet gecontracteerde zorg niet meer te vergoeden een verkeerde weg. Dit belemmert de keuzevrijheid van mensen die een «verkeerde» polis hebben afgesloten, maar legt ook grote risico's op de zorgaanbieders. Kan de Minister uitleggen welke bank nog zal investeren in de nieuwbouw van een zorgaanbieder, wanneer per jaar het mogen verlenen van zorg onzekerder wordt. Erkent de Minister dat dit zal leiden tot een enorme opslag op bijvoorbeeld de rentes die betaald moeten worden voor leningen? Vindt zij dat acceptabel? Is het juist dat de zorgverzekeraars deze machtige positie krijgen, terwijl deze leden weten dat zij er alles aan doen om hun eigen vermogenspositie te vergroten, en niet bereid zijn dit terug te geven aan de premiebetaler via verlagen van de zorgverzekeringspremie?

De leden van de SP-fractie willen graag dat de Minister integraal reageert op de zorgen en opmerkingen van de LHV en de KNMG ten aanzien van het voorliggende wetsvoorstel, die bij de Minister als bekend worden verondersteld.

Zo niet, dan kan voor toezending worden gezorgd.

De leden van de **CDA**-fractie danken de Minister voor de uitgebreide beantwoording in de nota naar aanleiding van verslag. Zij hebben op enkele onderdelen nog wel vragen.

De Minister benadrukt dat, zolang het zorgsysteem nog in ontwikkeling is het kabinet de integratie van zorgverzekeraars met zorgaanbieders – dat wil zeggen constructies waarin een zorgverzekeraar zeggenschap verkrijgt over activiteiten van een zorgaanbieder, dan wel constructies waarin een zorgverzekeraar als zorgaanbieder zelf zorg aanbiedt – wil voorkomen. Betekent dit dat de Minister verwacht dat dit wetsvoorstel tijdelijk van kracht is?

De Minister spreekt in haar beantwoording van een voldoende en tijdige kwaliteitstransparantie van de aangeboden zorg. De leden van de

CDA-fractie vragen wat de Minister bedoelt met het begrip «kwaliteits-transparantie». Doelt de Minister erop dat de zorgverzekeraar zowel inzicht geeft in de kwaliteit van de ingekochte zorg, als in de transparantie van wat ingekocht is?

De Minister licht het begrip «zeggenschap» verder toe indien een zorgverzekeraar een meerderheid van de aandelen (met stemrecht) heeft, of indien zij meer dan de helft van de bestuursleden heeft aangewezen. Is er wel of geen sprake van zeggenschap als de zorgverzekeraar wel de zorgaanbieder compleet financiert (geen nv of bv, maar stichting) maar niet zitting neemt in het bestuur? De Minister heeft het in de nota naar aanleiding van het verslag steeds over juridische rechtspersonen die met aandelen werken, maar het is ook vrij gebruikelijk om een zorginstelling de juridische rechtsvorm van een stichting te geven. Dit roept bij de leden van het CDA-fractie de vraag op wanneer er sprake is van zeggenschap in een stichting.

De Minister benadrukt meerdere keren dat zij het mogelijk acht dat, als gevolg van verticale integratie, publieke belangen worden aangetast zonder dat er sprake is van een beperking van de horizontale mededinging of andere gebrekkige werking op horizontaal niveau. Het valt de leden van de CDA-fractie op dat de uitleg van «publieke belangen» in de nota naar aanleiding van verslag verschillende inkleuringen krijgt. Zij verzoeken de Minister nogmaals uitputtend aan te geven welke publieke belangen zij voor ogen heeft.

De Minister is van mening dat zij organisaties die op de inwerkingtreedingsdatum van het verbod op verticale integratie al verticaal geïntegreerd zijn, niet tot ontmanteling moet verplichten. Reden hiervoor is, dat gezien artikel 1 van het Eerste Protocol bij het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden mogelijke schade-looskwesties kunnen gaan spelen. Welke concrete voorbeelden heeft de Minister dat dergelijke schadelooskwesties bijvoorbeeld in het buitenland of in een andere economische sector gespeeld hebben?

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

Daarnaast vragen deze leden of het toch niet wenselijk is een overzicht te hebben van de bestaande situaties van verticale integratie. Dit voorkomt ook eventuele disputen of een situatie van verticale integratie wel of niet voor de inwerking van het wetsvoorstel opgetreden is. Gezien het beperkte aantal zorgverzekeraars in Nederland kan de Minister toch een oproep doen om de bestaande situaties van verticale integratie al bij haar Ministerie te melden, zodat een compleet overzicht van de uitgangssituatie bestaat, en om te voorkomen dat zorgverzekeraars de bestaande situaties van verticale integratie ongemerkt gaan uitbreiden (vooruitlopend op de inwerkingtreding van artikel 40, vierde lid Wmg).

In artikel 40, vierde lid Wmg worden zorgverzekeraars, AWBZ-verzekeraars en zorgkantoren opgedragen bij welke zorgaanbieders zij direct en in welke mate invloed hebben op het bestuur van een zorgaanbieder, en bij welke zorgaanbieders zij direct en in welke mate financiële belangen hebben. Welke sanctie staat erop als zorgverzekeraars, AWBZ-verzekeraars dan wel zorgkantoren dit niet of onvoldoende doen?

Sommige zorgverzekeraars hebben contracten met zorginstellingen in het buitenland. Zij vergoeden dan ook de kosten van die zorg als hun verzekerden de behandeling in het buitenland ondergaan. Geldt het verbod van verticale integratie ook voor de zorginstelling die zorgverzekeraars in het buitenland gecontracteerd hebben? Zorgverzekeraars kunnen

in het buitenland ook zeggenschap over zorginstellingen hebben. Ook vragen deze leden of verticale integratie ook verboden is voor zorg, die onder de aanvullende verzekering valt.

De Minister geeft aan dat patiënten en gehandicaptenorganisaties een belangrijke signalerende rol hebben. Zij melden zorgverzekeraars welke informatie verzekerden nodig hebben om een goed oordeel te kunnen vormen over het inkoopbeleid van een verzekeraar. Hoe gaat dat concreet in de praktijk vorm krijgen?

Het wetsvoorstel regelt dat, als een zorgverzekeraar zes weken voor de ingangsdatum van het nieuwe verzekeringsjaar nog onvoldoende zorgaanbieders gecontracteerd heeft om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen, de verzekerde dan recht heeft op de volledige vergoeding van de gemaakte kosten. Indien de zorgverzekeraar en de verzekerde van mening verschillen of voldoende gecontracteerd is, bij wie moet de verzekerde dan aankloppen om zijn gelijk te kunnen krijgen, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

In de nota naar aanleiding van het verslag wordt aangegeven dat het wetsvoorstel een (conglomeraat van) zorgaanbieder(s) niet direct verbiedt een zorgverzekeraar op te richten. De Minister stelt wel dat dit indirect onmogelijk wordt gemaakt, omdat een persoon die direct of indirect zeggenschap heeft over een zorgverzekeraar niet zelf zorg mag verlenen. Bedoelt de Minister met persoon een rechtspersoon of een individu? Als drie zorgaanbieders met een aandeel van 30%, 30% en 40% een zorgverzekeraar oprichten, en zij benoemen niet de bestuurders van de zorgverzekeraar (zij zorgen alleen voor de financiering), kan die constructie dan op basis van dit wetsvoorstel?

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

Deze argumentatie is voor de leden van de CDA-fractie nog niet helemaal duidelijk. Het wetsvoorstel gaat uit van het criterium «zeggenschap» als toetsingscriterium. Een zorgverzekeraar, AWBZ-verzekeraar en zorgkantoor mag in beginsel geen zeggenschap over een zorgaanbieder hebben. Het kan ook voorkomen dat een gemeente niet via aanbesteding hoeft in te kopen. Wat gebeurt er als een gemeente bepaalde zorg op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning niet via aanbesteding hoeft te doen? Mag de gemeente dan wel zeggenschap in een zorginstelling hebben?

De Minister onderbouwt dat er kort gezegd twee manieren zijn om zeggenschap te verwerven over een zorgaanbieder. Dat kan op grond van juridische omstandigheden of op grond van feitelijke omstandigheden. Hierbij kan sprake zijn in geval van een samenstel van factoren, zoals het hebben van een langdurig exclusief inkoopcontract in combinatie met structurele banden. De Minister geeft in haar antwoord op de vraag van de CDA-fractie dat een gemeente dus wel zeggenschap over een zorgaanbieder mag hebben. Klopt dat? Wat is het onderscheidend criterium dat een gemeente dit wel mag? Gemeenten zullen toch vaak een langdurig exclusief inkoopcontract met bijvoorbeeld een lokale thuiszorgaanbieder hebben.

Op basis van de *aanbestedingsprocedure* kan de gemeente een zorginstelling inkopen waar zij zeggenschap over heeft. Klopt deze stelling? Waarom levert dit volgens de Minister geen probleem op?

Graag zouden de leden van de CDA-fractie nog nadere uitleg willen hebben hoe de keuzevrijheid voor een verzekeraar zich verhoudt tot de keuzevrijheid voor een behandelend arts in verband met de arts-patiëntrelatie.

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

In de nota van wijziging wordt geregeld dat een verzekerde die voor spoedhulp naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is gegaan, slechts de rekening vergoed moet krijgen tot aan wat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is. De leden van de CDA-fractie hebben nog enkele vragen over dit voorstel. Een deel van de rekening wordt niet vergoed. Wanneer is het aan een natura zorgverzekeraar te wijten dat een naturaverzekerde zich tot een niet gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland wendt? Hoe weet een verzekerde of een prijs van spoedzorg in het buitenland marktconform is? Bij spoedzorg zal er weinig tijd en gelegenheid zijn om uitgebreid prijzen te vergelijken. Tevens is het ook lastig te voorspellen of iemand in een spoedzorg situatie terecht komt. Het is namelijk mogelijk dat een naturaverzekerde buiten bewustzijn in een ziekenhuis terecht komt. Hierbij kan gedacht worden aan de situatie dat iemand op een berghelling ten val komt. Welke mogelijkheden heeft een naturaverzekerde om in het buitenland genoten spoedhulp, voor zover uitgaand boven het Nederlands marktconform tarief, aanvullend te verzekeren? Welke verschillen zijn er tussen een in het buitenland genoten spoedhulp als het om vakantie of om werkzaamheden gaat?

De leden van de **D66**-fractie hebben met interesse kennis genomen van de Nota naar aanleiding van het verslag en de Nota van wijziging bij het wetsvoorstel, dat beoogt te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben. Deze leden hebben voorts nog enkele vragen en opmerkingen.

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

De leden van de D66-fractie hebben met enige zorg kennisgenomen van het voornemen van de Minister om de ontheffingsmogelijkheid van het verbod op verticale integratie in geval van innovatie aan te scherpen. Deze leden verwachten dat dit een onnodige extra barrière voor zorgver-nieuwing kan opwerpen. Kan de Minister toelichten waarom zij deze extra regel dan toch wil invoeren? Bovendien werkt dit extra administratieve lasten voor innovatieve zorgverzekeraars in de hand, zo verwachten deze leden. Kan de Minister aangeven hoeveel extra lasten met een gemoti-
veerde innovatie-ontheffingsaanvraag gepaard gaan? De hier aan het woord zijnde leden vragen de Minister voorts op basis van welke criteria de NZa bepaalt of de zorgverzekeraar aannemelijk heeft gemaakt dat de voorgenomen vorm van verticale integratie noodzakelijk is om tot innovatie te komen.

De leden van de fractie van de **ChristenUnie** hebben kennisgenomen van de 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. Zij hebben hierover enkele vragen.

Deze leden vragen of de Minister van plan is de beleidsregel van de NZa in stand te houden, opdat de patiënt de vrijheid houdt de huisarts van zijn keuze te nemen, zonder zich te hoeven bekommeren of die huisarts een contract heeft met een verzekeraar en ongeacht de vraag over welke polis de patiënt heeft.

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen of verduidelijkt kan worden waarom niet in de wet wordt vastgelegd dat het gecontracteerde zorgaanbod en de inkoopcriteria zes weken voorafgaand aan het begin van het verzekeringsjaar transparant zijn voor verzekerden en voor zorgverleners?

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen de Minister te reageren op het voorstel om de NZa een aanwijzing te geven om misbruik van marktmacht door zorgverzekeraars in de context van artikel 13 actief op te sporen en te sanctioneren, en hierover aan de Kamer te rapporteren. De leden van de fractie van de ChristenUnie merken op dat het element «redelijke afstand» is toegevoegd aan subonderdeel 2 in het voorgestelde artikel 13. Zij lezen dat wat een «redelijke afstand» is, afhangt van de omstandigheden van het geval, waaronder de vorm van zorg waar het om gaat. Welk orgaan bepaalt wat een redelijke afstand is? Wordt er ook rekening gehouden met persoonlijke omstandigheden van een cliënt?

De leden van de **SGP**-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de antwoorden van de Minister in de Nota naar aanleiding van het verslag. Deze leden maken graag gebruik van de mogelijkheid om een aantal aanvullende vragen te stellen.

ARTIKELSGEWIJS

Artikel 13 Zorgverzekeringswet

De leden van de fractie van de **PvdA** nemen met instemming kennis van de uitbreiding van artikel 13 Zorgverzekeringswet (Zvw), tweede lid, onderdeel b, betreffende de toevoeging van het begrip redelijke afstand.

De leden van de **CDA**-fractie hebben nog enkele verduidelijkende vragen over de antwoorden op de wijziging van artikel 13 Zvw. Bedoeling van de wijziging van artikel 13 is, dat de vergoedingshoogte van niet-gecontracteerde zorg na inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel nihil kan zijn. De Minister geeft aan dat deze wijziging Europeesrechtelijk houdbaar is. Er kan immers gekozen worden voor een naturapolis of een restitutiepolis.

De laatste alinea in antwoord op de vragen vanuit het Europees Parlement luidt als volgt:

Zorgverzekeraars mogen de toegang tot grensoverschrijdende gezondheidszorg niet beperken en terugbetaling niet weigeren op grond van het feit dat zij geen contract hebben met een bepaalde zorgaanbieder in een andere lidstaat van de EU. Ook is discriminatie met betrekking tot de hoogte van de vergoeding verboden; die mag daarom niet van de status van de zorgaanbieder afhankelijk zijn. Een wetsvoorstel zoals dat in de vraag wordt beschreven, zou niet met de rechtspraak van het Hof van Justitie en Richtlijn (EU) nr 2011/24 in overeenstemming zijn.

De Minister verwijst naar contractvormen (natura en restitutie), terwijl de richtlijn en het antwoord van de Europese Commissie toch ziet of de toegang tot zorg niet beperkt mag worden. Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie uitleg op dit punt.

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

De Minister geeft aan dat voor het buitenland ook geldt dat er binnen redelijke afstand en binnen redelijke termijn toegang tot gecontracteerde zorg moet zijn. De leden van de CDA-fractie zouden graag een reactie willen hebben op de onderstaande afzonderlijke voorbeelden.

Voorbeeld 1: Indien een vakantieganger onwel raakt in Frankrijk, en dan bij het dichtstbijzijnde ziekenhuis terecht wil, hoe groot mag de afstand dan maximaal zijn? Op welke afstand moet er eerstelijnszorg gecontracteerd zijn, bijv. als bepaalde geneesmiddelen noodzakelijk zijn?

Voorbeeld 2: Iemand maakt een treinreis met de Transsiberië express. Hij heeft oogletsel en heeft een ziekenhuisopname nodig om het oogletsel te laten behandelen. De trein is halverwege Moskou en Vladivostok. Wat is dan een redelijke afstand waarop Achmea de ziekenhuiszorg gecontracteerd moet hebben? Op welke afstand moet er eerstelijnszorg in Mongolië gecontracteerd zijn?

Vanuit het zorgveld komt het geluid dat het loslaten van het hinderpaalcriterium ertoe gaat leiden dat nieuwe (innoverende) zorgaanbieders minder kansen hebben tot toegang tot de zorgmarkt. Zorgverzekeraars gaan het liefste met vertrouwde partners in zee. Daarnaast is het natuurlijk ook lastig om kwaliteit te laten zien als je geen patiënten hebt, omdat je nog niet gecontracteerd bent. Wat is de mening van de Minister over deze zorgen vanuit het veld, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

De Minister geeft aan dat het in de praktijk uitgesloten is dat een zorgverzekeraar aan zijn zorgplicht kan voldoen door slechts één zorgaanbieder per zorgvorm te contracteren. Daarop formuleert de Minister de uitzondering dat de benodigde zorg zo gespecialiseerd is dat deze slechts door één aanbieder aangeboden wordt. De leden van de CDA-fractie verzoeken de Minister enkele concrete voorbeelden hiervan aan te dragen.

Indien een individuele naturaverzekerde ten gevolge van een beperking van het gecontracteerde aanbod niet meer binnen redelijke termijn of afstand de zorg kan verkrijgen die hij nodig heeft, dan kan hij naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaan. Wat moet een individueel verzekerde doen als achteraf blijkt dat de zorgverzekeraar van mening hierover verschilt? Ligt de bewijsplicht bij de zorgverzekeraar of de verzekerde?

In artikel 13 Zvw wordt de maatregel voorgesteld dat de volledige kosten worden vergoed als een verzekerde zes weken voor het einde van het jaar niet had kunnen weten dat een door hem ingeroepen zorgaanbieder niet gecontracteerd was. Vervalt een beroep op deze mogelijkheid als de zorgverzekeraar zes weken voor het einde van het jaar al enkele zorgaanbieders gepubliceerd heeft, zo vragen de leden van de CDA-fractie. Of zijn er nog andere mogelijkheden waarop een verzekerde niet had kunnen weten dat een door hem ingeroepen zorgaanbieder niet gecontracteerd was; bijvoorbeeld een mondelinge toezegging door de verzekeraar?

De leden van de CDA-fractie vragen of zorgverzekeraars straks ook delen van een behandeling kunnen contracteren en een deel van de behandeling niet, zodat voor dit laatste deel de verzekerde wel moet betalen.

Graag ontvangen zij een reactie van de Minister op dit punt. Hoe verhoudt de contractering zich tot de inkoop van ketenzorg? Is het mogelijk dat een verzekeraar voortaan maar een deel van de ketenzorg inkoop?

De leden van de **D66**-fractie stellen vast dat de Minister voornemens is de vergoeding van niet gecontracteerde spoedzorg voor naturaverzekerden terug te brengen naar de kosten van de rekening voor zover deze niet hoger zijn dan hetgeen in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Deze leden stellen vast dat daarmee wordt aangesloten bij wat geldt voor mensen die een restitutiepolis hebben. De hier aan het woord zijnde leden vragen de Minister een inschatting te geven van de extra kosten die dit in het uiterste geval voor een verzekerde met zich mee kan brengen. Deze leden vragen voorts hoeveel mogelijkheden verzekerden op dit moment hebben om de kosten van spoedzorg uitgaand boven het Nederlands marktconform tarief aanvullend te verzekeren.

De leden van de D66-fractie constateren dat de Minister het mogelijk wil maken dat een naturaverzekerde recht krijgt op een volledige vergoeding van de rekening, indien de (verzekerde) zorg die hij nodig heeft niet binnen een redelijke afstand in gecontracteerde vorm beschikbaar was. De hier aan het woord zijnde leden vragen de Minister nader te beargumenteren wanneer er sprake is van het ontbreken van een «redelijke afstand». Voorts vragen deze leden wie bepaalt of er sprake is van een «redelijke afstand».

Naar aanleiding van antwoorden op vragen van de leden van de fracties van het CDA en de SGP naar aanleiding van een artikel van prof. mr. Van de Gronden beargumenteert de Minister dat de voorgestelde wijziging van artikel 13 volgens haar in overeenstemming is met de Europese Richtlijn patiëntenrechten grensoverschrijdende zorg.¹ Deze leden hebben daar nog een aantal aanvullende vragen over. In de eerste plaats willen deze leden graag weten in hoeverre de Minister rekening heeft gehouden met de vaste rechtspraak van het Hof, waarin gesteld wordt dat een binnenlandse verzekeraar vooral binnenlandse aanbieders contracteert en veel minder vaak aanbieders uit andere EU-Lidstaten en dat de drempel om naar een aanbieder in een andere lidstaat te gaan hierdoor hoger is dan om naar een binnenlandse aanbieder te gaan. Hoe beoordeelt de Minister de voorgestelde wijziging in het licht van dat het Hof dit ziet als een beperking van het vrije verkeer (zie bijvoorbeeld rechtsoverweging 43 van Müller-Fauré, rechtsoverwegingen 65 en 66 van Smits-Peerbooms en rechtsoverweging 40 van zaak C-490/09, Commissie t. Luxemburg, Jur. 2011, p. I-247)? Hoe weegt de Minister hierin mee dat een verzekerde bij een restitutiepolis weliswaar wel vrije keuze heeft, maar dat een restitutiepolis meestal duurder is dan een naturapolis en dat daardoor het punt overeind blijft staan dat het in het algemeen goedkoper is om zorg in Nederland te ontvangen dan in een andere Lidstaat van de EU? De leden van de SGP-fractie vragen hoe de Minister meeweegt dat de kans aanwezig is dat het Hof naar dit eindresultaat zal kijken en minder geneigd zal zijn om mee te gaan in het onderscheid tussen gecontracteerde zorg en niet gecontracteerde zorg.

In de tweede plaats vragen de leden van de SGP-fractie waarom de Minister alleen naar artikel 7 lid 4 van de Richtlijn verwijst. Artikel 7 lid 11 van de Richtlijn stelt namelijk dat een nationale regeling voor terugbetaling niet mag leiden tot willekeurige discriminatie of ongerechtvaardigde belemmeringen van het vrije verkeer. Leidt de voorgestelde regeling daar niet toe, gelet op de constatering dat het in de praktijk

¹ Richtlijn 2011/24/EU.

eenvoudiger is om de zorgkosten van binnenlandse aanbieders vergoed te krijgen dan van aanbieders uit andere lidstaten?

De leden van de SGP-fractie vragen de Minister ook in te gaan op de argumenten die mr. K. van der Touw noemt in het hoofdstuk «De patiëntenrichtlijn: dreigt de wetgever bij implementatie de plank mis te slaan» uit het boek *De Zorgverzekering (deel 11 ACIS-serie, p. 86–97)*. Kan de Minister reageren op elk van de genoemde tegenwerpingen tegen de door het kabinet genoemde aannames, die genoemd worden op pagina 92–94? Hoe reageert de Minister op de conclusie van deze jurist dat op grond van de genoemde argumenten «de stelling van de wetgever dat het arrest *Muller-Fauré en Van Riet* van het Hof van Justitie achterhaald is, niet overtuigt»?

Kan de Minister ingaan hoe zij reageert op de overweging van het Hof te 's-Hertogenbosch (uitspraak van 9 juli jl.), waarin het Hof – onder meer op basis van argumenten ontleend aan de voorgaande publicaties – stelt dat het «aan gerede twijfel onderhevig is of artikel 7 lid 4 en lid 11 van de Richtlijn, waarop CZ zich heeft beroepen en die inhouden dat de vergoeding van grensoverschrijdende zorg niet lager mag zijn dan die voor zorg ontvangen op het eigen grondgebied, en dat een nationale terugbetalingsregeling niet mag leiden tot willekeurige discriminatie of ongerechtvaardigde belemmering van het vrije verkeer, dat toelaten. Er zijn kennelijk ook argumenten aan de Richtlijn te ontleen dat op grond daarvan juist geen onderscheid mag worden gemaakt tussen de verlening van zorg door een gecontracteerde, dan wel een niet-gecontracteerde zorgaanbieder (vgl. het artikel van prof. mr. J.W. van de Gronden in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2013 (37) en mr. K. van der Touw, *De Zorgverzekering (deel 11 ACIS-serie, p. 86–97)*»?

Een belangrijk doel van het selectief inkopen van zorg is ervoor te zorgen dat patiënten geen zorg krijgen van aanbieders die geen kwalitatief goede zorg verlenen. Door de voorgestelde wijziging bestaat echter ook het risico dat zorgverzekeraars met kwalitatief goede aanbieders die zorg kunnen leveren voor een reële prijs – om uiteenlopende redenen – geen contract aanbieden. Dit kan grote gevolgen hebben voor de diversiteit van het zorglandschap en de aanbieders. Welke mogelijkheden zijn er om aanbieders die zorg leveren waarvan de kwaliteit onder de maat is, met andere instrumenten aan te pakken, zodat zorgverzekeraars deze zorg niet meer hoeven te vergoeden? Deze leden denken bijvoorbeeld aan de versterking van de Wtzi, een strenge handhaving van de nieuwe Wet kwaliteit klachten en geschillen, meer werken met professionele standaarden, zorgaanbieders verplichten transparant te zijn over de geleverde kwaliteit en het beter informeren van verzekerden over de kwaliteit van zorg. Vervalt of vermindert daarmee de noodzaak van de voorgestelde wijziging van artikel 13 volgens de Minister?

De leden van de SGP-fractie constateren dat verzekeraars nu al ten opzichte van aanbieders beschikken over een sterke economische machtspositie. Deze positie wordt door de voorgestelde wijziging van artikel 13 nog verder versterkt. Hoe beoordeelt de Minister het risico dat door de voorgestelde wijziging van artikel 13 heel gemakkelijk een situatie ontstaat van aanmerkelijke marktmacht van zorgverzekeraars ten opzichte van aanbieders, zoals bedoeld in art. 24 Mededingingswet (Mw) en art. 47 en 48 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)? Hoe wordt voorkomen dat zorgverzekeraars de ontwikkeling van daadwerkelijke concurrentie op de Nederlandse markt of een deel daarvan belemmeren door de mogelijkheid zich in belangrijke mate onafhankelijk te gedragen (art. 47 Wmg)? Wanneer ontstaat in de door de Minister voorgestelde situatie de verplichting om onder redelijke voorwaarden te voldoen aan

elk redelijk verzoek van een zorgaanbieder of ziektekostenverzekeraar tot het sluiten van een overeenkomst op of ten behoeve van de zorginkoopmarkt, zoals beschreven is in artikel 48, eerste lid sub e Wmg?

In antwoord op vragen van de leden van de CDA-fractie stelt de Minister dat zij niet verwacht dat de voorgestelde wijziging van artikel 13 tot gedwongen winkelnering leidt in gebieden waar één grote zorgverzekeraar dominant is. Zij wijst daarbij op het feit dat de marktleider in verreweg de meeste regio's nauwelijks meer dan 50% marktaandeel heeft. Maar is het niet zo, dat echter ook regio's zijn (o.m. Friesland en Zeeland), waar het marktaandeel op concernniveau groter is, tot boven de 80%? Los daarvan vragen de leden van de SGP-fractie de Minister daarom naar een nadere onderbouwing van deze uitspraak. Hoe groot schat de Minister bijvoorbeeld de kans van overleving van een willekeurige organisatie in als van het één op andere moment 50% of meer van de omzet wegvalt? Wat zegt deze uitgangssituatie volgens de Minister over de onderhandelingspositie van de individuele aanbieder ten opzichte van de verzekeraar?

De Minister stelt dat de keuzevrijheid van verzekerden meer inhoud krijgt omdat de verzekeraar 6 weken voor het einde van de overstapperiode moet aangeven met welke aanbieders contracten zijn afgesloten. De leden van de SGP-fractie vragen de Minister of de genoemde termijn niet juist een verminderde prikkel zal inhouden voor verzekeraars om contracten met nieuwe aanbieders af te sluiten gedurende het lopende verzekeringsjaar. Daarnaast vragen deze leden de Minister nader in te gaan op de vraag of de genoemde termijn van 6 weken geen enorme druk zal leggen op aanbieders om contracten te accepteren, omdat zij anders helemaal geen inkomsten hebben van een zorgverzekeraar.

In antwoord op vragen van de leden van de PvdA-fractie geeft de Minister aan dat zij niet inziet waarom zorgverzekeraars geen zorg zouden inkopen bij kleine (GGZ-)aanbieders die goede kwaliteit tegen een redelijke prijs aanbieden. De leden van de SGP-fractie zien dat wel als een reële mogelijkheid, aangezien het voor verzekeraars veel minder inspanning vraagt om een paar contracten te sluiten met grote aanbieders in een bepaalde regio dan met heel veel kleine aanbieders. Hoe schat de Minister dat risico in?

De Minister stelt – in toelichting bij de tabel op pagina 71 van de nota naar aanleiding van het verslag – dat het overgrote deel van de verzekerde zorg (ca. 60%) op dit moment is afgedekt met contracten. De leden van de SGP-fractie wensen hierop een nadere toelichting te ontvangen. Wat valt er te zeggen over de overige 40% van de verzekerde zorg die niet is afgedekt met contracten? Hoeveel procent van die zorg wordt op dit moment betaald door de mensen zelf, en hoeveel procent valt (deels) onder de verzekeraar? Welk deel van de 40% valt onder de restitutieoptie van de naturapolis? Hoeveel zorgaanbieders vallen er onder de resterende 40%? Kan de Minister een inschatting maken van de gevolgen voor aanbieders die vallen onder de 40% vallen?

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

De leden van de SGP-fractie vestigen nogmaals de aandacht op de impact van de wijziging van artikel 13 op de keuzevrijheid voor cliënten die nu nog zorg ontvangen uit de AWBZ. Waarom is de Minister slechts bereid in het kader van de vormgeving van het *overgangsrecht* na te gaan of het

verstandig is te regelen dat de huidige AWBZ-verzekerden zorg kunnen blijven ontvangen van hun huidige aanbieder? Waarom zou de keuzevrijheid om te kiezen voor een aanbieder die bij hen past niet ook moeten gelden voor nieuwe cliënten die zorg nodig hebben? Hoe verhoudt zich dat met de uitspraken van de Staatssecretaris van VWS dat zeggenschap over de ondersteuning en zorg van groot belang is, waaronder de keuzevrijheid voor een aanbieder, bijvoorbeeld op levensbeschouwelijke of religieuze gronden?