

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. 7

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 3 juli 2013

INHOUDSOPGAVE		blz.
I.	ALGEMEEN	1
1.	Inleiding	2
2.	Doel wetvoorstel: eenduidige en objectieve zorginkoop	18
3.	Verbod, werking van de maatregel	34
4.	Toezicht en handhaving	53
5.	Onderzoek en overleg met de Europese Commissie	56
II.	ARTIKELSGEWIJS	58

I. ALGEMEEN

Het Nederlandse zorgstelsel is in verandering. Het is van belang dat de overgang van een aanbodgestuurd naar een vraaggestuurd zorgstelsel geleidelijk en naadloos is. Een te snelle overgang zou het zorgstelsel kunnen schaden, waardoor de Nederlandse overheid de kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg niet meer aan iedere burger zou kunnen garanderen. Op verschillende punten is daarom een specifieke regulering nodig. Eén van die aanvullende reguleringsaspecten betreft het verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars (zoals bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)) en zorgaanbieders.

Het kabinet is van mening dat het samengaan van de rollen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders waarmee verticale integratie gepaard gaat, niet past binnen het zorgsysteem zolang dat nog in ontwikkeling is. Zolang dit het geval is, wil het kabinet integratie van zorgverzekeraars met zorgaanbieders – dat wil zeggen constructies waarin een zorgverzekeraar zeggenschap verkrijgt over de activiteiten van een zorgaanbieder dan wel constructies waarin een zorgverzekeraar als zorgaanbieder zelf zorg aanbiedt – voorkomen. Zonder een dergelijk «verbod van verticale integratie» zou het risico ontstaan dat de zorgverzekeraars de belangen

van hun verzekerden minder objectief en optimaal behartigen. Het verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders kan worden beschouwd als een uitwerking van het Regeerakkoord. Op pagina 22 van het Regeerakkoord¹ staat namelijk dat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen een minderheidsbelang bij zorgaanbieders te verwerven. A contrario kan hier uit worden afgeleid dat het verwerven van een meerderheidsbelang (in de termen van het wetsvoorstel: het verwerven van zeggenschap) niet zal zijn toegestaan.

De vragen die de leden van diverse Tweede Kamerfracties over bovengenoemd wetsvoorstel hebben gesteld, heb ik met grote belangstelling gelezen. In het hiernavolgende zal ik deze beantwoorden. Bij de beantwoording van de vragen uit het verslag houd ik zo veel mogelijk de volgorde van de vraagstelling in het verslag aan.

Bij deze nota naar aanleiding van het verslag ontvangt u een nota van wijziging. Daarin worden allereerst, mede naar aanleiding van vragen van een aantal fracties, de voorwaarden waaronder een innovatie-ontheffing van het verbod van verticale integratie kan worden verkregen, verduidelijkt: deze zal alleen kunnen worden verkregen indien de aanvrager aannemelijk maakt dat de voorgenomen vorm van verticale integratie noodzakelijk is om tot innovatie te komen. Daarnaast worden het tweede en derde lid van het voorgestelde artikel 13 Zvw nog op een tweetal kleine punten gewijzigd. Enerzijds wordt in het tweede lid, onderdeel b, geëxpliciteerd dat een naturazorgverzekeraar er in het kader van zijn zorgplicht ook voor moet zorgen dat de verzekerde zorg op redelijke afstand van zijn verzekerden beschikbaar is. Anderzijds wordt de vergoeding bij niet gecontracteerde zorgaanbieders genoten spoedzorg teruggebracht naar 100% van de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten (ook wel het «Nederlandse marktconforme tarief» genoemd). Daarmee sluit deze vergoeding beter aan bij de huidige vergoedingshoogte.

1. Inleiding

De leden van de VVD-fractie hebben kennis genomen van de inhoud van voorliggend wetsvoorstel. Ze hebben echter nog een aantal vragen. Zolang het zorgstelsel nog in ontwikkeling is, wil de Minister integratie van zorgverzekeraars met zorgaanbieders voorkomen, zo hebben deze leden begrepen. Deze leden willen graag weten wie op basis van welke criteria bepaalt wanneer het zorgstelsel uitontwikkeld is.

Bij de keuze voor het sturingsmodel van gereguleerde concurrentie voor de curatieve zorg is van meet af aan duidelijk geweest dat de werking ervan in belangrijke mate afhankelijk zou zijn van voldoende risicodragendheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars en van voldoende en tijdige kwaliteitstransparantie van de aangeboden zorg. De politieke inschatting van de regering bij de indiening van het onderhavige wetsvoorstel is geweest dat het beleid om in deze randvoorwaarden te voorzien, weliswaar stevig is ingezet maar op dit moment nog niet voldoende is geïmplementeerd. Het parlement is nu in de gelegenheid om zich uit te spreken over de validiteit van deze inschatting van de regering. Als op enig moment in de toekomst een heroverweging van de beperking van de mogelijkheden van verticale integratie aan de orde is, zullen regering en parlement wederom een politieke inschatting moeten maken of aan de genoemde hoofdvoorwaarden is voldaan.

¹ Kamerstukken II 2012/13, 33 410, nr. 15.

In het Regeerakkoord staat dat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen om een minderheidsbelang bij zorgaanbieders te verwerven². De leden van de VVD-fractie vragen of dit in een nota van wijziging op voorliggend wetsvoorstel zal worden geregeld.

Dit hoeft niet bij nota van wijziging op voorliggend wetsvoorstel te worden geregeld, omdat het wetsvoorstel de zorgverzekeraars al de mogelijkheid geeft om een minderheidsbelang in zorgaanbieders te verwerven. Het voorgestelde artikel 49, eerste lid, onderdeel b, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) bepaalt namelijk dat zorgverzekeraars geen *zeggenschap* over aanbieders van zorg als bedoeld in de Zvw of AWBZ mogen verwerven. Daarvan is bijvoorbeeld sprake indien zij een meerderheid van de aandelen (met stemrecht) hebben of indien zij meer dan de helft van de bestuursleden hebben aangewezen. Minderheidsbelangen leveren geen zeggenschap op, en zijn dus wèl toegestaan.

De leden van de fractie van de PvdA hebben in de memorie van toelichting gelezen dat nog niet aan alle voorwaarden voor een goed werkend stelsel is voldaan. «Kan aangegeven worden aan welke voorwaarden nog moet worden voldaan, en welke van deze voorwaarden van te voren, bij de start van het nieuwe stelsel, bekend waren?», zo vragen deze leden. Voorts willen zij graag weten op welke wijze in de toekomst aan die voorwaarden kan worden voldaan en welk tijdpad hierbij zal worden gehanteerd.

Zoals ik ook op de eerste vraag van de leden van de VVD-fractie heb geantwoord, is bij de keuze voor het sturingsmodel van gereguleerde concurrentie voor de curatieve zorg van meet af aan duidelijk geweest dat de werking ervan in belangrijke mate afhankelijk zou zijn van voldoende risicodragendheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars en van voldoende en tijdige kwaliteitstransparantie van de aangeboden zorg. De politieke inschatting van de regering bij de indiening van het onderhavige wetsvoorstel is geweest dat het beleid om in deze randvoorwaarden te voorzien, weliswaar stevig is ingezet maar op dit moment nog niet voldoende is geïmplementeerd. Het parlement is nu in de gelegenheid om zich uit te spreken over de validiteit van deze inschatting van de regering. Als op enig moment in de toekomst een heroverweging van de beperking van de mogelijkheden van verticale integratie aan de orde is, zullen regering en parlement wederom een politieke inschatting moeten maken of aan de genoemde hoofdvoorwaarden is voldaan.

In tal van brieven over de bekostiging van ziekenhuizen en van andere zorgaanbieders, over de risicoverevening voor zorgverzekeraars en over het beleid om de kwaliteit van de zorg en de inzichtelijkheid in de kwaliteit voor het publiek te vergroten, is het parlement geïnformeerd over de beleidsinspanningen van de regering om de randvoorwaarden voor een goede werking van het stelsel optimaal te laten zijn. Als we deze beleidskoers vasthouden, zal uiteindelijk in voldoende mate aan deze voorwaarden worden voldaan.

Wat betreft de vraag naar het tijdpad: de hervorming van ons stelsel is een geleidelijk ontwikkelingstraject. Een exact tijdstip waarop de randvoorwaarden optimaal zullen zijn, is niet te geven.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe ik de rol van de patiënt/cliënt in het stelsel zie.

² Kamerstukken II 2012/13, 33 410, nr. 15, p. 22.

De hedendaagse cliënt wil het liefst zo lang mogelijk zelf de regie over het eigen zorgproces, ouderen willen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen, mensen willen weten hoe ze zelf een bijdrage kunnen leveren aan hun gezondheid, wat hun mogelijkheden zijn om ziekte of verergering van een ziekte te voorkomen. Ze willen weten welke keuzes ze hebben als het gaat om screening, om behandelen of juist niet behandelen. Om zo veelmogelijk regie te houden, ook als ze ouder worden of een beperking hebben, moeten cliënten meer eigen verantwoordelijkheid kunnen nemen voor de gezondheid en het zorggebruik. Mensen kunnen veel meer zelf dan er nu vaak gedacht wordt. Participatie, meedoen in de samenleving, moet een meer prominente plaats hebben in ons beleid en in de praktijk. De Staatssecretaris en ik willen dit ook ondersteunen.

Dat cliënten steeds meer eigen verantwoordelijkheid nemen, blijkt onder meer uit het feit dat steeds meer cliënten zoeken naar informatie over hun gezondheid, ziekte en zorg. Die informatie wordt ook steeds meer ontsloten. Maar hoe meer we weten over de kwaliteit van de zorg – van het ziekenhuis, het verpleeghuis en van de arts en de verpleegkundige – hoe meer duidelijk wordt dat er goede artsen en minder goede zijn, dat er goede verpleeghuizen en minder goede zijn. Hier speelt de *informatieparadox*. Het vertrouwen in de zorg kan hierdoor worden aangetast: dacht iedereen, mede door gebrek aan informatie, dat ieder ziekenhuis in Nederland goed en van dezelfde kwaliteit was, steeds meer zal blijken dat er grote verschillen tussen de ziekenhuizen zijn. Dat kan leiden tot een afnemend vertrouwen en onzekerheid bij cliënten. Tegelijkertijd is meer openheid en transparantie heel belangrijk voor de verbetering van de zorg en voor het bewust kunnen kiezen van de cliënt, een aspect van eigen regie en verantwoordelijkheid.

Onder andere door de in voorliggend wetsvoorstel opgenomen wijziging van artikel 13 Zvw, positioneren wij de naturazorgverzekeraar sterker in zijn rol als zorginkoper namens de verzekerden. Daarbij is het belangrijk dat naturaverzekeraars tenminste zes weken voor de aanvang van het verzekeringsjaar inzicht geven in de zorgaanbieders die in het komende verzekeringsjaar gecontracteerd zullen zijn. Aldus kan de verzekeringsplichtige een bewuste keuze maken tussen de zorgverzekeraars en tussen verschillende polissen.

Daarbij is het belangrijk dat er geen enkele twijfel kan bestaan over de onafhankelijkheid van de verzekeraar als zorginkoper ten opzichte van de zorgaanbieders. Alleen op die manier kan de verzekeraar niet alleen namens de verzekerden goede en doelmatige zorg inkopen, maar kan de verzekeraar ook de verzekerde goed ondersteunen in het uitvoeren van zijn rol als bewust kiezende zorggebruiker.

De Staatssecretaris en ik streven naar een betere positie voor de cliënt in de zorg. Wij denken dat het in het belang van de cliënt is als:

- patiënten- en gehandicaptenorganisaties meer één geluid laten horen namens de cliënt;
- het cliëntperspectief beter wordt meegenomen in professionele standaarden
- kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders transparanter worden;
- cliënten via hun polis kunnen kiezen voor de behandeling en aanbieder die het beste bij ze past;
- de zorgverzekeraar bij zijn contractering goed onderscheid maakt tussen kwalitatief goede en transparante zorg (die hij contracteert) en de kwalitatief mindere en intransparante zorg (die hij niet contracteert).
- cliënten makkelijker kunnen klagen, en klagen dan ook effect heeft;
- de inspectie sneller optreedt bij ernstige klachten van de meest kwetsbare cliënten.

En voorts vinden wij het, zoals hiervoor al aangegeven, van belang dat verzekeringplichtigen al half november van het jaar voorafgaande aan het verzekeringsjaar weten welke zorgaanbieders door naturaverzekeraars zijn gecontracteerd, zodat zij een geïnformeerde keuze tussen zorgverzekeringspolissen kunnen maken. Op al deze onderwerpen wordt actie ondernomen.

Patiënten- en gehandicaptenorganisaties dragen daarbij bij aan een betere dynamiek in de zorg. Zij helpen de cliënt om het eigen leven met de beperking zo goed mogelijk in te richten; zij maken de cliënt bewust van verschillen in zorg en behandeling en helpen met het maken van keuzes; hun ervaringskennis kan worden ingezet voor betere zorg, ondersteuning en maatschappelijke participatie.

Het verheugt mij dat de leden van de PvdA-fractie het met mij eens zijn dat het risico dat zorgverzekeraars belangen van zorgvragers minder objectief en suboptimaal behartigen als zij belangen hebben in een zorginstelling, moet worden voorkomen. Deze leden hebben gevraagd een uitgebreide argumentatie te leveren over de opmerking van de Raad van State dat het toezichtkader van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (inmiddels: Autoriteit Consument & Markt; ACM), van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), van de Nederlandsche Bank (DNB) en van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) al toereikend is om een voorgenomen fusie te blokkeren, indien sprake is van een machtspositie van ofwel de zorgverzekeraar of de zorgaanbieder. Hierna volgt die argumentatie.

ACM

Ik ben het eens met de Raad van State dat de ACM een voorgenomen fusie of overname kan blokkeren indien sprake is van een machtspositie als gevolg waarvan de mededinging significant zou kunnen belemmeren. De ACM is echter op basis van het mededingingsrecht niet geëquipeerd om verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders om andere redenen dan beperking van de mededinging tegen te houden, zoals in casu de reden dat verticale integratie het risico in zich bergt dat verticaal integrerende zorgverzekeraars bij de zorginkoop de belangen van hun verzekerden minder objectief en suboptimaal behartigen. – De mededingingsrechtelijke toets met betrekking tot verticale integratie heeft uiteindelijk ten doel te voorkomen dat de economische nadelen van een fusie of een overname de efficiëntievoordelen overtreffen.

Binnen het mededingingsrechtelijk kader is de kans dat verticale integratie de daadwerkelijke mededinging op significante wijze belemmert, doorgaans kleiner dan bij horizontale fusies. Zo dient er bij de beoordeling van verticale integratie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar sprake te zijn van significante marktmacht bij de zorgaanbieder of bij de zorgverzekeraar. Indien dit het geval is, dient de geïntegreerde entiteit, wil de voorgenomen verticale integratie door de ACM verboden worden, niet alleen de mogelijkheid te hebben om de markt in hoge mate af te schermen, maar dient voorts een dergelijke afschermingstrategie de concurrentie ook daadwerkelijk te kunnen schaden.

Het tegengaan van concentraties (verticaal of horizontaal) is in het mededingingsrecht ook geen doel op zich. Het doel van het mededingingsrecht is het voorkomen van significante beperkingen van de mededinging. Echter, niet iedere aantasting van het publieke belang is een direct gevolg van beperking van de mededinging. Het kabinet acht het mogelijk dat als gevolg van verticale integratie publieke belangen worden aangetast zonder dat er sprake is van een beperking van de mededinging.

Het kabinet denkt hierbij aan de situatie waarin zorgverzekeraars andere belangen dan die van de verzekerde voorop stellen, bijvoorbeeld de (schijn van) belangenverstrengeling waarbij een zorgverzekeraar verzekerden naar de eigen zorgaanbieder stuurt om redenen anders dan patiëntenbelang.

NZa

De NZa heeft momenteel geen bevoegdheid om vooraf op te treden tegen voorgenomen verticale integratie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De NZa kan de ACM bij voorgenomen fusies adviseren over de verwachte gevolgen voor de kwaliteit of de bereikbaarheid, waarbij zij voorts is gebonden aan de uitleg die de ACM aan een aantal relevante wettelijke bepalingen geeft³, alsook aan de uiteindelijke mededingingsrechtelijke beoordeling van de voorgenomen fusie.

Uit het oogpunt van zorgvuldige belangenafweging ten aanzien van kwaliteit en bereikbaarheid, voorafgaand aan concentraties in de zorg, zal de NZa een zorgspecifieke fusietoets moeten gaan verrichten voor concentraties waarbij tenminste één zorgaanbieder betrokken is waar tenminste vijftig mensen zorg verlenen⁴. De NZa, kort samengevat, toetst of cliënten, personeel en andere betrokkenen door de partijen met een fusievoornemen zorgvuldig zijn betrokken bij het fusieproces. Onder zorgvuldig moet in ieder geval worden verstaan: tijdig en op begrijpelijke wijze. De NZa zal hierbij expliciet inzoomen op de aandacht die door partijen met een concentratievoornemen is besteed aan het betrekken van cliënten en personeel. Daarnaast zal de NZa bezien of op grond van de voorgenomen fusie de continuïteit van cruciale zorg in gevaar komt. Echter, de NZa zou met dat instrument de voorgenomen verticale integratie slechts kunnen verbieden indien de cliënten, het personeel en andere belanghebbenden onvoldoende (serieus) bij het voornemen tot concentratie zouden zijn betrokken, indien ten gevolge van de concentratie de continuïteit van de zorg in gevaar zou komen of indien in de rapportage onvoldoende aandacht zou zijn besteed aan de overige hiervoor opgesomde punten. Een concentratie van een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder zou niet kunnen worden tegengehouden vanwege het risico van een minder objectieve en suboptimale belangenbehartiging, door de zorgverzekeraar, van de zorginkoop ten behoeve van zijn verzekerden. Daarnaast zouden concentraties tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders met minder dan vijftig hulpverleners überhaupt niet kunnen worden verboden omdat de zorgspecifieke fusietoets niet voor kleine zorgaanbieders geldt.

De NZa kan – nadat verticale integratie heeft plaatsgevonden – ook eventueel optreden wanneer een partij op de zorgmarkt aanmerkelijke marktmacht heeft.⁵ Optreden bij aanmerkelijke marktmacht kan zelfs voordat er misbruik van de aanmerkelijke marktmachtpositie plaatsvindt, waarbij de NZa voorts is gebonden aan de uitleg die ACM aan een aantal relevante wettelijke bepalingen geeft⁶, alsook aan de uiteindelijke mededingingsrechtelijke beoordeling van de voorgenomen fusie. Het kabinet acht het echter, zoals hiervoor ook al werd aangegeven, mogelijk dat als gevolg van verticale integratie publieke belangen worden aangetast zonder dat er sprake is van een (al dan niet potentiële) beperking van de mededinging. Daarbij valt vooral te denken aan het risico dat de zorgverzekeraar bij de zorginkoop ten gevolge van de

³ Artikel 18, vierde lid, Wmg.

⁴ Kamerstukken I 2012/13, 33 253, A.

⁵ Artikel 48 Wet marktordening gezondheidszorg.

⁶ Artikel 18 lid 4 Wet marktordening gezondheidszorg.

verticale integratie de belangen van zijn verzekerden onvoldoende objectief of optimaal behartigt.

IGZ

De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit van de geleverde zorg: die moet verantwoord zijn.⁷ De IGZ ziet dus niet specifiek op verticale integratie. De IGZ kan ingrijpen indien de kwaliteit bij een zorgaanbieder niet voldoende is. Ook hier is sprake van ex post toezicht.⁸ Objectief kwaliteitstoezicht is niet goed ex-ante uitvoerbaar, de kwaliteit van de geleverde zorg is daarvoor van te veel op elkaar ingrijpende factoren afhankelijk. Ook de IGZ kan op basis van haar wettelijk instrumentarium niet optreden indien een zorgverzekeraar bij de zorginkoop de belangen van zijn verzekerden onvoldoende objectief of optimaal behartigt.

DNB

DNB is belast met het prudentieel toezicht op financiële instellingen. Zorgverzekeraars vallen daar ook onder. Echter het toezicht van DNB beperkt zich in dit opzicht tot de vraag of de zorgverzekeraars financieel gezond zijn, dat wil zeggen aan hun zorgverzekeringsverplichtingen zullen kunnen voldoen indien de verzekerde risico's zich voordoen. De vraag of het verkrijgen van zeggenschap van een zorgverzekeraar in een zorgaanbieder bij de zorginkoop leidt tot een minder objectieve en suboptimale belangenbehartiging van verzekerden, valt niet onder het prudentiële toezicht, en DNB kan dus niet optreden als dat het geval is.

De leden van de fractie van de PvdA zijn verheugd met het duidelijke signaal van de Minister dat vergaande zeggenschap door zorgverzekeraars over zorgaanbieders ongewenst is. Zij zien de spanning tussen enerzijds de mogelijke voordelen van selectieve zorginkoop door verzekeraars, die gepaard kan gaan met enige zeggenschap t.a.v. de kwaliteit van de geboden zorg en anderzijds de keuzevrijheid van de verzekerde. Welke mogelijke positieve effecten zou verticale integratie kunnen bieden?

Verticale integratie zou kunnen zorgen voor een doelmatige sturing van de zorgaanbieder en het voorkomen van een dubbele marge. Zodra één organisatie zowel medisch als financieel geheel verantwoordelijk zou zijn voor het verlenen van zorg, zouden sterke prikkels ontstaan om vermijdbare complicaties, het verlenen van onnodige zorg en een slechte afstemming van opeenvolgende schakels in de zorgverlening te voorkomen. In de Verenigde Staten (VS) zijn diverse Health Maintenance Organizations (HMO's) actief, waarin de functies van verzekeraar en zorgaanbieder sterk geïntegreerd zijn. Volgens sommige onderzoekers zijn deze HMO's koplopers als het gaat om het aanbieden van ketenzorgprogramma's voor chronisch zieken (diabetes, hartfalen, COPD).⁹ Dit geldt bijvoorbeeld voor organisaties als Kaiser Permanente, dat een goede reputatie heeft ontwikkeld op dat gebied. Echter, dit geldt zeker niet voor alle HMO's in de VS (meer hierover in een volgend antwoord) en voor

⁷ Artikel 8 jo. 2 Kwaliteitswet zorginstellingen.

⁸ De regering is voornemens de IGZ de bevoegdheid te geven zorgaanbieders te verplichten op te splitsen. Het gaat hier om een zeer ingrijpend middel – een ultimatum remedium – uit het oogpunt van kwaliteitsbewaking. Het instrument is dus als zodanig niet geschikt om de door de regering onwenselijk geachte verticale integratie in de zin van deze wet te voorkomen.

⁹ Enthoven, A.C. (2006), Consumer choice of health plan: connecting insurers and providers in systems: keynote address for the VGE-conference «Consumer choice in health care: the right choice?», Vereniging voor Gezondheidseconomie (VGE) / Erasmus University Rotterdam; Ho, K. (2009), «Barriers to entry of a vertically integrated health insurer: an analysis of welfare and entry costs», Journal of Economics & Management Strategy, 18(2): 487–545.

ketenzorg is verticale integratie niet noodzakelijk. De meest recente trend in de VS betreft de ontwikkeling van Accountable Care Organisations (ACO's), samenwerkingsverbanden tussen zorgaanbieders die worden gefinancierd op basis van uitkomsten van behandeling¹⁰. De zorgmarkt in de VS is echter fundamenteel anders georganiseerd dan die in Nederland en potentiële voor- of nadelen zijn niet zonder meer te vertalen naar Nederland. De markt in de VS is competitiever, en voor de hervormingen van de Regering Obama was er veelal geen sprake van een acceptatieplicht en verzekeringsplicht, een beperkte zorgplicht en verschillende beperkende voorwaarden. Er zijn ook forse verschillen in zorgsystemen en bevolkingssamenstelling tussen de staten onderling, en mede daardoor ook grote variaties in zorgvraag en verzekerdenpopulaties. De praktijk van «managed care» en «disease management» laat ook zien dat voordelen van integrale zorg ook zonder verticale integratie tot stand kunnen komen via nauwere samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

De leden van de PvdA-fractie vragen of uitgebreid kan worden toegelicht waarom de NZa ook nu niet voldoende adequaat en effectief kan optreden. Zou dit ook mogelijk zijn met een lichtere wijziging dan voorliggend wetsvoorstel?

De NZa heeft momenteel geen bevoegdheid om vooraf op te treden tegen voorgenomen verticale integratie door zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De NZa kan de ACM bij voorgenomen fusies adviseren over de verwachte gevolgen voor de kwaliteit en bereikbaarheid, waarbij zij gebonden is aan de uitleg die de ACM aan een aantal relevante wettelijke bepalingen¹¹ geeft, alsook aan de uiteindelijke mededingingsrechtelijke beoordeling van de voorgenomen fusie.

Uit het oogpunt van zorgvuldige belangenafweging ten aanzien van kwaliteit en bereikbaarheid, voorafgaand aan concentraties in de zorg, zal de NZa een zorgspecifieke fusietoets moeten gaan verrichten¹². De NZa, kort samengevat, zal toetsen of betrokkenen, waaronder in ieder geval de cliëntenraad en de ondernemingsraad, door de partijen met een concentratievoornemen tijdig zijn betrokken bij het concentratieproces. Ook zal de NZa kijken of de inbreng van betrokkenen voldoende is meegewogen. Dit onderdeel van de toets is zuiver procedureel van aard. Naast het onderdeel van de zorgspecifieke fusietoets dat betrekking heeft op de inbreng van betrokkenen, zal de NZa ook bezien of als gevolg van de concentratie de continuïteit van cruciale zorg in gevaar komt. Echter, de NZa kan op basis van het instrument van de zorgspecifieke fusietoets niet specifiek tegen verticale integratie optreden.

De NZa kan – nadat verticale integratie heeft plaatsgevonden – ook eventueel optreden wanneer een partij op de zorgmarkt aanmerkelijke marktmacht heeft.¹³ Optreden bij aanmerkelijke marktmacht kan zelfs voordat er misbruik van deze aanmerkelijke marktmachtspositie plaatsvindt. Het kabinet acht het echter, zoals ten aanzien van het concentratietoezicht van de ACM ook al werd aangegeven, mogelijk dat als gevolg van verticale integratie publieke belangen worden aangetast zonder dat er sprake is van een (al dan niet potentiële) beperking van de mededinging. Te denken valt daarbij bijvoorbeeld aan het risico dat de zorgverzekeraar bij de zorginkoop de belangen van zijn verzekerden niet objectief en optimaal behartigt.

¹⁰ Devers, Kelly & Robert Berenson, Can accountable care organizations improve the value of health care by solving the cost and quality quandaries?, Robert Wood Johnson Foundation, October 2009.

¹¹ Artikel 18, lid 4, Wet marktordening gezondheidszorg.

¹² Kamerstukken I 2012/13, 33 253, A.

¹³ Artikel 48 Wet marktordening gezondheidszorg.

De NZa kan dus wel optreden bij aanmerkelijke marktmacht, maar het kabinet acht het mogelijk dat als gevolg van verticale integratie publieke belangen worden aangetast zonder dat van aanmerkelijke marktmacht sprake is. Te denken valt daarbij bijvoorbeeld aan bovengenoemd risico. Andere, minder verstrekende opties om zorginkoop op objectieve en eenduidige gronden te borgen en ontransparante keuzemogelijkheden voor patiënten te voorkomen, zijn niet voorhanden.

De leden van de fractie van de PvdA constateren dat de Minister in reactie op de heren M. Varkevisser en E. Schut (Kamerstuknummer 2012D33840) aangeeft, dat de door hen geconstateerde bezwaren op mededingingsrechtelijke gronden worden weggenomen door de opgenomen ontheffingsgronden. Deze leden vragen uitgebreider te motiveren hoe deze ontheffingsgronden de bezwaren wegnemen.

In het artikel stellen de heren Varkevisser en Schut dat het verbod onverstandig zou zijn, omdat fusies van zorgverzekeraars en zorgaanbieders grote zorginhoudelijke voordelen met zich kunnen brengen. De schrijvers stellen dat een verbod op verticale integratie de positieve effecten van verticale deelname en samenwerking onnodig zou hinderen. Zodra één organisatie zowel medisch als financieel geheel verantwoordelijk zou zijn voor het verlenen van zorg, zouden sterke prikkels ontstaan om vermijdbare complicaties, het verlenen van onnodige zorg en een slechte afstemming van opeenvolgende schakels in de zorgverlening te voorkomen. De schrijvers wijzen daarbij bijvoorbeeld op ketenzorg programma's voor chronisch zieken (diabetes, hartfalen, COPD). De schrijvers nemen als vertrekpunt van hun beoordeling een mededingingsrechtelijke analyse. Zij stellen dat verticale integratie alleen de keuzevrijheid van patiënten op het spel zet, als één van beide partijen voorafgaand aan de fusie een machtspositie heeft. Het kabinet acht het mogelijk dat als gevolg van verticale integratie publieke belangen worden aangetast zonder dat er sprake is van een machtspositie of andere (al dan niet potentiële) beperking van de mededinging. Te denken valt daarbij bijvoorbeeld aan het risico dat de verzekeraar bij de zorginkoop de belangen van zijn verzekerden niet objectief of optimaal behartigt. Het verbod op verticale integratie is dan ook niet bedoeld als extra mededingingsrechtelijke regulering. Het verbod op verticale integratie beoogt te borgen dat zorgverzekeraars op eenduidige en objectieve gronden zorg inkopen en dat hun verzekerden daarop ook kunnen vertrouwen. Daarbij hoort niet dat er intransparante keuzemogelijkheden zijn of dat de zorgverzekeraar in zekere zin afhankelijk is van de resultaten van het ziekenhuis.

Voordelen met geïntegreerde zorg via het opzetten van ketenprogramma's kunnen ook tot stand komen zonder een vergaande vorm van samenwerking als verticale integratie. Voor die gevallen waarin verticale integratie echt nodig is om de positieve effecten ervan te bewerkstelligen (zoals bij innovaties en het vervullen van de zorgplicht) staat de ontheffingsmogelijkheid bij de NZa open. Deze ontheffingsmogelijkheden kunnen bijvoorbeeld toegepast worden indien een nieuwe vorm van ketenzorg slechts tot stand zal komen als de zorgverzekeraar een initieel meerderheidsbelang neemt. In dat geval kan hij er dus voor zorgen om door tijdelijke verticale integratie de voordelen van die verticale integratie te bereiken. Maar als er andere manieren open staan om die voordelen van ketenzorg te bereiken, door een minder vergaande manier van samenwerking dan door verticale integratie, dan zal de zorgverzekeraar die manier moeten kiezen.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom de integratie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de Verenigde Staten bij ketenzorg programma's in de Nederlandse situatie niet wenselijk is.

De wetenschappelijke literatuur over ervaringen met verticale samenwerking in de gezondheidszorg is weliswaar omvangrijk, maar is kwalitatief beperkt wanneer het gaat om de voor- en nadelen van verticale integratie¹⁴. Verticale integratie tussen zorgverzekeraars/ financiers van zorg en zorgaanbieders, waarbij er sprake is van zeggenschap of beslissende invloed van een zorgverzekeraar op het beleid van de zorgaanbieder, komt vooral in de VS voor.

De ervaringen in de VS laten een gemengd beeld zien. Al in de jaren '70 zijn daar verticaal geïntegreerde *Health Maintenance Organizations (HMO)* gevormd, waarbinnen financiering/ verzekering van zorg werd samengebracht met zorgaanbod. Met uitzondering van enkele succesvolle voorbeelden¹⁵ zijn deze vaak niet heel succesvol gebleken en was er sprake van grote verschillen qua opzet, structuur en werkwijze. De meer succesvolle organisaties zijn gedurende een langere tijdperiode gevormd (Kaiser Permanente is al tijdens de Tweede Wereldoorlog gevormd) met een focus op samenwerking en kwaliteit van zorg en daarmee indirect bijdragend tot grotere efficiency. Dit soort organisaties tracht zich te onderscheiden ten opzichte van concurrenten door kwalitatief goed te scoren op specifieke aspecten van zorg, bijvoorbeeld preventieve zorg. Echter, het merendeel van de verticaal geïntegreerde zorgverzekeraars in de gezondheidszorg in de VS heeft slechts beperkte meerwaarde gehad ten opzichte van los gecontracteerde samenwerkingsverbanden. In sommige gevallen was er sprake van een positief resultaat op kostenbeheersing, maar niet significant beter op kwaliteit van zorg. Een verklaring hiervoor is onder meer dat verticaal geïntegreerde verzekeraars weliswaar direct invloed uitoefenen op de zorgaanbieder, maar dat zij de capaciteit van hun eigen zorgaanbieders ook optimaal willen benutten, waardoor de aanbieder verzekerd is van zorgvraag en daarmee wellicht minder prikkels tot het verhogen van kwaliteit voelt. De tevredenheid en het vertrouwen van verzekerden liet in veel gevallen een negatief resultaat zien, niet in de laatste plaats door de beperking van keuzemogelijkheden (vanwege doorverwijzing binnen de eigen kolom, de zgn. «locking in») en door risicoselectie¹⁶. Verticale integratie die vooral gericht is op groei en organisatieverandering, verbetering van coördinatie of het vergroten van inkoopmacht levert dus vaak geen duidelijk voordeel op. In de laatste jaren neemt het aantal HMO's in de VS af en is er een verschuiving zichtbaar naar zgn. *Preferred Provider Organisations (PPO)* en *Accountable Care Organisations (ACO)*, waarbij zorgaanbieders worden gestimuleerd om samen te werken, integrale (keten) zorg te leveren en een vergoeding ontvangen op basis van de uitkomsten van zorg in plaats van volume. De discussie over deze vormen van organisatie van de zorg is echter nog volop gaande¹⁷.

¹⁴ Armitage, Gail et al., Health systems integration: state of the evidence, Article in: *International Journal of Integrated Care*, Vol. 9, 17 June 2009, ISSN 1568-4156.

¹⁵ Bijvoorbeeld: Kaiser Permanente, Group Health Association in Washington, Health Insurance Plan of New York; Bron: David Strang, «Health Maintenance Organizations.», pp. 163-82 in G.R. Carroll and M.T. Hannan, eds., *Organizations in Industry: Strategy, Structure, and Selection*, Oxford University Press, 1995.

¹⁶ Miller, Robert & Harold Luft, «HMO Plan Performance Update: An analysis of the literature, 1997-2001», artikel in «Health Affairs», Vol. 21, no. 4 (2002), page 63-86, Maryland; Ho, K. (2009), «Barriers to entry of a vertically integrated health insurer: an analysis of welfare and entry costs», *Journal of Economics & Management Strategy*, 18(2): 487-545. NHS Confederation, «Building Integrated Care – Lessons from the UK and elsewhere», The NHS Confederation, UK, 2006.

¹⁷ Devers, Kelly & Robert Berenson, Can accountable care organizations improve the value of health care by solving the cost and quality quandaries?, Robert Wood Johnson Foundation, October 2009.

De zorgmarkt in de VS is overigens fundamenteel anders georganiseerd dan die in Nederland en potentiële voor- of nadelen zijn niet zonder meer te vertalen naar Nederland. De markt in de VS is competitiever, en voor de hervormingen van de Regering Obama was er veelal geen sprake van een acceptatieplicht en verzekeringsplicht, een beperkte zorgplicht en verschillende beperkende voorwaarden (bijvoorbeeld «caps» op uitgaven per individuele verzekerde). Er zijn ook forse verschillen in zorgsystemen en bevolkingssamenstelling tussen de staten onderling, en mede daardoor ook grote variaties in zorgvraag en verzekerdenpopulaties. In de Nederlandse situatie is te veel dynamiek of te veel aanbod niet het probleem, eerder het omgekeerde. Nog grotere klontering is niet de oplossing van de Nederlandse problemen.

De ervaringen met verticale integratie zijn dus niet zonder meer positief. Tegelijkertijd is er geen bewijs dat voordelen van integrale zorg niet ook zonder verticale integratie tot stand kunnen komen via nauwere samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Ten slotte is het van belang dat dit wetsvoorstel verticale integratie voorkomt in die gevallen waarbij er sprake zou zijn van zeggenschap of beslissende invloed. Het wetsvoorstel belemmert niet dat – naast contracteren – samenwerking ook versterkt kan worden via het nemen van (wederzijdse) minderheidsbelangen.

De leden van de PvdA-fractie vragen of integrale zorg en regionale samenwerking zonder verticale integratie tot stand kunnen komen.

Ik ben van mening dat formele zeggenschap van een zorgverzekeraar in een of meerdere zorgaanbieders niet noodzakelijk is voor het aanbieden van kwalitatief hoogwaardige, integrale zorg op regionaal niveau.

De leden van de SP-fractie willen weten op welke manier dit wetsvoorstel bijdraagt aan het verbeteren van het zorgstelsel, en welk probleem met dit wetsvoorstel wordt opgelost.

Zoals in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel is beschreven, is dit wetsvoorstel preventief bedoeld. Het strekt ertoe in de transitiefase naar een daadwerkelijk vraaggestuurd zorgstelsel het risico te beteugelen dat de zorgverzekeraars bij de zorginkoop de belangen van hun verzekerden niet objectief of optimaal behartigen. Ook is het gebrek aan dynamiek eerder een probleem dan het teveel aan zorgaanbieders. Klontering in de zorg zorgt er voor dat de keuzevrijheid onder druk komt te staan.

De leden van de SP-fractie vragen of ik met hen van mening ben dat het inherent is aan het gekozen zorgstelsel dat het niet goed functioneert, en wat ik precies versta onder een goed werkend zorgstelsel. Tevens willen zij weten of ik, net als deze leden, van mening ben dat het huidige zorgstelsel bureaucratisch is, de solidariteit ondermijnt en het draaien van «productie» in de hand werkt.

Onder een goed werkend zorgstelsel versta ik een betaalbaar zorgstelsel dat iedereen toegang geeft tot tijdige en kwalitatief goede zorg. Ons zorgstelsel komt daar in hoge mate aan tegemoet, zoals ook regelmatig blijkt uit internationale vergelijkingen van zorgstelsels. Ik deel dan ook niet de mening dat het huidige zorgstelsel bureaucratisch is en de solidariteit ondermijnt. Met het meer risicodragend maken van de ziekenhuizen (door middel van de invoering van prestatiebekostiging) hebben de ziekenhuizen inderdaad een prikkel gekregen om meer productie te draaien. Nu de prijzen van de ziekenhuisprestaties voor een groot deel vrij zijn gegeven zien we, mede onder invloed van het hoofdlijnenakkoord, in

toenemende mate aanneemsomachtige contracten tussen verzekeraars en ziekenhuizen die de volume prikkel afzwakken. Een ontwikkeling die deze prikkel nog verder zal gaan afzwakken, is het koppelen van kwaliteitscriteria aan de geleverde volumeprestaties, waardoor de financiering van ziekenhuizen geleidelijk aan steeds meer afhankelijk wordt gemaakt van gezondheidsuitkomsten.

De leden van de SP-fractie vragen of de rolvermenging van zorgverzekeraar en zorgaanbieder via verticale integratie niet altijd per definitie ongewenst is, dus ongeacht de vraag of het zorgstelsel nog in ontwikkeling is.

Ik acht het op dit moment in de ontwikkeling van het zorgstelsel niet opportuun dat verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de zorg wordt toegestaan. De transparantie van het zorgstelsel wat betreft concurrentie, kosten en kwaliteit, en het vertrouwen van verzekerden in het systeem, zijn nog onvoldoende ontwikkeld om verticale integratie toe te staan. Zoals verschillende consumentenpanels van bijvoorbeeld het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) laten zien, baseren verzekerden hun keuze voor een zorgverzekering nog vooral op de prijs van de polis en niet op het gecontracteerde zorgaanbod of de kwaliteit daarvan. Veel verzekerden weten niet welk zorgaanbod gecontracteerd wordt en welke criteria de zorgverzekeraar daarbij hanteert. De komende jaren zal de transparantie rondom de zorginkoop van verzekeraars daarom sterk moeten verbeteren.

In de toekomst zal deze wet geëvalueerd worden, waarbij de waarborging van publieke belangen als kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid steeds voorop zullen staan. Zolang de transparantie en het vertrouwen in de zorg onvoldoende ontwikkeld is, blijf ik voorstander van dit verbod.

Voorts willen de leden van de SP-fractie weten wanneer het zorgstelsel volgens de Minister uitontwikkeld is. Aan welke voorwaarden moet volgens de Minister zijn voldaan wil het zorgstelsel in haar opinie uitontwikkeld zijn?

Zoals ik ook op de eerste vraag van de leden van de VVD-fractie en de derde en vierde vraag van de leden van de PvdA fractie heb geantwoord, is bij de keuze voor het sturingsmodel van geregleerde concurrentie voor de curatieve zorg van meet af aan duidelijk geweest dat de werking ervan in belangrijke mate afhankelijk zou zijn van voldoende risicodragendheid van zorgaanbieders en zorgverzekeraars en van voldoende en tijdige kwaliteitstransparantie van de aangeboden zorg. De politieke inschatting van de regering bij de indiening van het onderhavige wetsvoorstel is geweest dat het beleid om in deze randvoorwaarden te voorzien, weliswaar stevig is ingezet maar op dit moment nog niet voldoende is geïmplementeerd. Het parlement is nu in de gelegenheid om zich uit te spreken over de validiteit van deze inschatting van de regering. Als op enig moment in de toekomst een heroverweging van de beperking van de mogelijkheden van verticale integratie aan de orde is, zullen regering en parlement wederom een politieke inschatting moeten maken of aan de genoemde hoofdrandvoorwaarden is voldaan.

In tal van brieven over de bekostiging van ziekenhuizen en van andere zorgaanbieders, over de risicoverevening voor zorgverzekeraars en over het beleid om de kwaliteit van de zorg en de inzichtelijkheid in de kwaliteit voor het publiek te vergroten, is het parlement geïnformeerd over de beleidsinspanningen van de regering om de randvoorwaarden voor een goede werking van het stelsel optimaal te laten zijn. Als we deze beleids-

koers vasthouden, zal uiteindelijk in voldoende mate aan deze voorwaarden worden voldaan.

De leden van de SP-fractie vragen tevens of ik met hen van mening ben dat er nu ook al regelmatig sprake is van rolvermenging, bijvoorbeeld als het gaat om fusies van zorginstellingen, die vaak door zorgverzekeraars worden opgelegd, of doordat zorgverzekeraars vaak op de stoel van de arts gaan zitten.

De NZa inventariseert periodiek welke vormen van verticale relaties er bestaan tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Hierbij is het van belang onderscheid te blijven maken tussen verticale samenwerking, waarbij er bijvoorbeeld sprake is van contractuele afspraken over onderlinge afname en levering van zorg, en verticale integratie, waarbij een zorgverzekeraar zeggenschap krijgt in het beleid van een zorgaanbieder. In een aanvullend rapport op de monitor zorgverzekeringsmarkt 2009¹⁸ gaf de NZa al aan dat drie van de vier grote groepen zorgverzekeraars activiteiten in de vorm van verticale samenwerking en/of integratie ontplooiën, vooral gericht op de eerstelijnszorg en apothekers.

In haar rapportage uit 2009, was volgens de NZa op basis van de toenmalig beschikbare gegevens over het relatief beperkte aantal casussen, het zelf zorg verlenen door een zorgverzekeraar – een van de vormen van verticale integratie – daarbij niet de meest voorkomende vorm van samenwerking. Een rechtstreekse of middellijke financiële deelname van een zorgverzekeraar in een zorgaanbieder was gebruikelijker. In sommige gevallen participeren zorgverzekeraars in zorgaanbieders omdat er een tekort aan zorgaanbod dreigt. Het wetsvoorstel laat daarvoor ook ruimte. De monitor zorgverzekeringsmarkt 2012 laat een aantal nieuwe initiatieven tot verticale samenwerking zien. Ook daarbij is er mogelijk niet in alle gevallen sprake van verticale integratie.

Onder «op de stoel van de arts gaan zitten» versta ik het beïnvloeden van de professionele autonomie waarmee artsen in de spreek- en behandelkamers hun werk doen. Ik heb geen signalen dat zorgverzekeraars zich hier aan schuldig maken, laat staan dat ze dit vaak doen. Wat zorgverzekeraars in toenemende mate wel doen is de naleving van de door de medische professionals zelf opgestelde richtlijnen onderwerp maken van de zorgcontractering. Dit zie ik echter niet als «het op de stoel van de arts gaan zitten». Hetzelfde geldt voor verzekeraars die op basis van internationaal wetenschappelijk onderzoek eisen stellen aan de kwaliteit van de ingekochte zorg die uitgaan boven wat op dit moment als gangbare minimumnorm geldt.

De leden van de CDA-fractie willen graag vernemen hoe het in het Regeerakkoord opgenomen beleid, dat zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen om een minderheidsbelang bij zorgaanbieders te verwerven¹⁹, zich tot voorliggend wetsvoorstel verhoudt.

Zoals ik ook op een gelijklopende vraag van de leden van de VVD-fractie heb geantwoord, geeft voorliggend wetsvoorstel de zorgverzekeraars al de mogelijkheid om een minderheidsbelang in zorgaanbieders te verwerven. Het voorgestelde artikel 49, eerste lid, onderdeel b, Wmg bepaalt namelijk dat zorgverzekeraars geen zeggenschap mogen hebben

¹⁸ Nederlandse Zorgautoriteit, Monitor zorgverzekeringsmarkt – Antwoorden op vragen van het Ministerie van VWS over toetreding, verticale integratie en koppelingen aanvullende verzekering – basisverzekering, Versie 1, november 2009; bijlage bij Kamerstukken II 2010/2011, 29 689, nr. 289.

¹⁹ Kamerstukken II 2012/13, 33 410, nr. 15, p. 22.

in aanbieders van Zvw- of AWBZ-zorg. Dit betekent dat zij wel aandelen of andere belangen in dergelijke zorgaanbieders mogen hebben, zolang deze hen maar geen zeggenschap opleveren, dat wil zeggen hen niet de bevoegdheid geven om het beleid van die zorgaanbieders te bepalen.

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

Het kabinet heeft de adviezen van de Raad van State, het rapport van de Commissie verticale integratie en verschillende andere publicaties zeer nauwkeurig bestudeerd. In het zorgstelsel moeten zorgverzekeraars in de eerste plaats het belang van hun verzekerde patiënten vertegenwoordigen en niet het belang van de zorgaanbieder of van een geïntegreerd consortium. Verzekerden en patiënten moeten bovendien meer en meer wennen aan het idee dat zorgverzekeraars bepaalde zorgaanbieders wel en andere zorgaanbieders niet contracteren. De verzekerde patiënt moet ervan uit kunnen gaan dat zijn verzekeraar bij de zorginkoop zijn belangen objectief en optimaal behartigt en dat selectieve contractering plaatsvindt op de juiste gronden en niet op bedrijfseconomische overwegingen die binnen een verticaal geïntegreerde zorgverzekeraar/zorgaanbieder gemaakt zouden worden. Patiënten moeten er op kunnen vertrouwen dat de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders hun rol invullen op een wijze die voor de patiënt eenduidig en transparant is. Zelfs de schijn van een belang om patiënten naar de eigen zorgaanbieder te sturen, is ongewenst. Ook past het niet dat een zorgverzekeraar de eigen zorgaanbieder zou voortrekken bij de zorginkoop dan wel een andere zorgverzekeraar achter te stellen bij deze inkoop, door de eigen zorgaanbieder daartoe te instrueren.

De Raad van State merkt op dat niet duidelijk is in welke mate thans «de niet-transparante inkoopmogelijkheden» een probleem zijn voor consumenten. Het kabinet is van mening dat deze overweging niet de kern raakt. Het gaat om de vraag wat er zou gebeuren indien een zorgverzekeraar verticaal zou integreren met bijvoorbeeld een ziekenhuis. Het kabinet is van mening dat dit onwenselijk is, aangezien de zorgverzekeraar zich zou kunnen laten leiden door andere overwegingen dan het patiëntbelang, in een situatie waarin dit voor de patiënt niet duidelijk is aangezien er een niet transparante koop/verkoop situatie is. Dat is in de memorie van toelichting op het wetsvoorstel ook duidelijk gemotiveerd. Daarnaast is de kans dat nieuw aanbod zich vestigt en nieuwe innovatieve zorgaanbieders opstaan, aanmerkelijk minder als de zorgverzekeraar financieel afhankelijk is van het financiële resultaat van een eigen ziekenhuis. Zijn animo om concurrenten van het eigen ziekenhuis te contracteren is logischerwijze een stuk minder dan als hij ongebonden contracteert.

Volgens de Raad van State kan verticale integratie voorts ook positieve effecten hebben, zoals ook het kabinet in de toelichting aangeeft. Door het voorgestelde verbod worden volgens de Afdeling ook de voordelen van

verticale integratie geblokkeerd. Dit doet volgens de Raad van State de vraag rijzen of de keuze voor het verbod op verticale integratie in deze situatie het meest aangewezen instrument is. De Raad van State is er vooral niet van overtuigd dat de NZa niet adequaat en voldoende effectief zou kunnen optreden met een instrument dat minder ver gaat dan het voorgestelde verbod: de toestemmingsconstructie. Deze zou inhouden dat verticale integratie slechts toegestaan is met voorafgaande toestemming van de NZa. Bij de verlening van de toestemmingsbeschikking zou de NZa voorschriften en beperkingen kunnen opleggen, zoals ook in het geldende artikel 48 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) met betrekking tot de aanmerkelijke marktmacht is voorzien. Op deze wijze kan volgens de Raad een specifieke situatie aan de hand van kenbare criteria worden beoordeeld. Daarbij kan worden afgewogen of er, ondanks een voorgestelde verticale integratie, sprake zal zijn van een voldoende transparant inkoopproces, alsook of de voordelen van de integratie voor de verzekerden/patiënten groter zijn dan de nadelen daarvan. Uit de memorie van toelichting komt volgens de Raad van State onvoldoende naar voren waarom het niet mogelijk zou zijn aan de NZa de hiervoor bedoelde bevoegdheid toe te kennen, met de daarbij behorende handhavingsmiddelen en rechtsmiddelen voor belanghebbenden.

Kernpunt van het rapport van de Commissie verticale integratie is, dat er voldoende alternatieve instrumenten voorhanden zijn om negatieve markteffecten van verticale integratie tegen te gaan. Indien de negatieve effecten van verticale integratie zich uitsluitend zouden manifesteren als gevolg van een beperking in de mededinging of een gebrekkige marktwerking, zouden de instrumenten van de ACM en de NZa op het gebied van fusietoezicht, regulering en mededingingstoezicht inderdaad volstaan. Het verbod op verticale integratie is – anders dan waar de Commissie Baarsma van uitgaat – niet ingegeven door een gebrekkige marktwerking of een lacune in het mededingingstoezicht. Het kabinet acht het namelijk mogelijk dat als gevolg van verticale integratie publieke belangen worden aangetast zonder dat er sprake is van een beperking van de horizontale mededinging of een andere gebrekkige werking op horizontaal niveau. Te denken valt daarbij bijvoorbeeld aan (de schijn van) belangenverstrengeling. Andere, minder verstrekkende opties om zorginkoop op objectieve en eenduidige gronden te borgen en intransparante keuzemogelijkheden voor patiënten te voorkomen, zoals onder meer voorgesteld door de Raad van State, zijn naar mijn mening onvoldoende robuust.

Het kabinet heeft overwogen om verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders van geval tot geval te doen beoordelen door een onafhankelijke toezichthouder. Het kabinet acht echter uit het oogpunt van het vertrouwen in het stelsel dat bij de verzekerde en patiënt moet ontstaan en van de wens om het risico of zelfs maar de schijn te voorkomen dat de verzekeraar bij de zorginkoop eigenbelang laat voorgaan op het belang van zijn verzekerden, elke vorm van verticale integratie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder op dit moment onwenselijk, tenzij het een van de in deze wet geformuleerde uitzonderingen betreft. Daarnaast is dynamiek in het Nederlandse stelsel niet het probleem, eerder het gebrek er aan (wel fusies zorgverzekeraars, geen nieuwe toetreders).

Overigens worden eventuele voordelen in de literatuur wel onderkend, maar er is geen bewijs dat dergelijke voordelen niet op een andere manier dan door middel van verticale integratie bereikt zouden kunnen worden. Bovendien bevindt het zorgstelsel zich op het moment in een kwetsbare fase van overgang waardoor juist verticale integratie tot onwenselijke effecten zou kunnen leiden. Om deze redenen heeft het kabinet uiteindelijk niet gekozen voor het maken van een afweging tussen voordelen en

nadelen van geval tot geval. De memorie van toelichting is in overeenstemming met het advies van de Afdeling op dit punt aangepast. Het kabinet blijft echter, ook na wat de Raad van State het kabinet in overweging heeft gegeven en ook na bestudering van het rapport van de Commissie verticale integratie en verschillende andere publicaties van mening dat het noodzakelijk is dat de rol van zorgverzekeraars helder is en dat het verbod met de ontheffingsmogelijkheden uit het wetsvoorstel op dit moment de enige proportionele maatregel is.

De fractie van de ChristenUnie vraagt hoe het komt dat er toch op veel plekken binnen het zorgstelsel verticale integratie plaatsvindt?

Zoals de informatie van de NZa²⁰ met betrekking tot verticale samenwerking binnen de gezondheidszorg aangeeft, is het aantal voorkomende gevallen van verticale samenwerking naar verhouding beperkt, en komt verticale integratie – voor zover bekend – nog weinig voor. Zoals ik al naar aanleiding van een vraag van de leden van de PvdA-fractie uitvoerig heb betoogd, volstaan de huidige instrumenten van de ACM, NZa, IGZ of DNB niet om alle vormen van verticale integratie tegen te gaan. Daarom is het op dit moment inderdaad mogelijk dat verticale integratie voorkomt. Juist om die reden stel ik met voorliggend wetsvoorstel voor een wettelijk verbod op verticale integratie in de Wmg op te nemen.

«Welke positieve effecten van verticale integratie zullen niet meer gerealiseerd worden?», zo vragen de leden van de fractie van de Christen Unie naar aanleiding van opmerkingen van zorgverzekeraars.

Verticale integratie zou kunnen zorgen voor een doelmatige sturing van de zorgaanbieder en het voorkomen van een dubbele marge. Zodra één organisatie zowel medisch als financieel geheel verantwoordelijk zou zijn voor het verlenen van zorg, zouden sterke prikkels ontstaan om vermijdbare complicaties, het verlenen van onnodige zorg en een slechte afstemming van opeenvolgende schakels in de zorgverlening te voorkomen. In de VS zijn diverse HMO's actief, waarin de functies van verzekeraar en zorgaanbieder sterk geïntegreerd zijn. Volgens sommige onderzoekers zijn deze HMO's koplopers als het gaat om het aanbieden van ketenzorg programma's voor chronisch zieken (diabetes, hartfalen, COPD).²¹ Een vaakgenoemd voorbeeld betreft de Kaiser Permanente groep. Aan de andere kant heeft in de VS het merendeel van de HMO's slechts een beperkte meerwaarde gehad ten opzichte van situaties waarin de verzekeraars de aanbieders hadden gecontracteerd. De zorgmarkt in de VS is overigens fundamenteel anders georganiseerd dan die in Nederland en potentiële voor- of nadelen zijn niet zonder meer te vertalen naar Nederland.

Het staat, zoals ook uit de resultaten in de VS blijkt, bovendien niet vast dat dergelijke positieve effecten niet ook bereikt kunnen worden op andere wijzen dan via verticale integratie. Door bijvoorbeeld goede inkoop en nauwere samenwerking kunnen ook goede ketenprogramma's georganiseerd worden ten behoeve van de patiënt, zonder dat op die manier de schijn van belangenverstrengeling wordt gewekt.

²⁰ Nederlandse Zorgautoriteit, Monitor zorgverzekeringsmarkt – Antwoorden op vragen van het Ministerie van VWS over toetreding, verticale integratie en koppelingen aanvullende verzekering – basisverzekering, Versie 1, november 2009; bijlage bij Kamerstukken II 2010/2011, 29 689, nr. 289.

²¹ Enthoven, A.C. (2006), Consumer choice of health plan: connecting insurers and providers in systems: keynote address for the VGE-conference «Consumer choice in health care: the right choice?», Vereniging voor Gezondheidseconomie (VGE) / Erasmus University Rotterdam; Ho, K. (2009), «Barriers to entry of a vertically integrated health insurer: an analysis of welfare and entry costs», Journal of Economics & Management Strategy, 18(2): 487–545.

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen in welke situaties verticale integratie niet voorkomen kan worden. Is er een verschil tussen verticale integratie in de eerste- en tweedelijnszorg? Als bestaande gevallen worden gecontinueerd, waarom is er dan toch een wet nodig?

Het verbod op verticale integratie geldt voor de integratie tussen zorgverzekeraars met zorgaanbieders in zowel de eerste- als in de tweedelijnszorg. Overigens is er op dit moment slechts in beperkte mate sprake van verticale integratie. Verticale integratie met de eerstelijnszorg is waarschijnlijk vaker ingegeven door de noodzaak van preventie en het bereiken van substitutie (van bijvoorbeeld tweedelijnszorg door eerstelijnszorg), terwijl verticale integratie met tweedelijnszorg mogelijk vaker tot doel heeft om de planbare zorgvraag en zorgaanbod beter op elkaar af te stemmen.

De regering is van mening dat zij organisaties die op de inwerkingtredingsdatum van het verbod op verticale integratie al verticaal geïntegreerd zijn, niet tot ontmanteling moet verplichten. Aangezien het verbod op verticale integratie in zulke gevallen niet zal hebben bestaan op het moment waarop verticaal geïntegreerd werd, zou zij daarmee immers minder betrouwbaar over komen. Bovendien zouden hierbij, gezien artikel 1 van het Eerste Protocol bij het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden (EVRM) mogelijk schadeloosstellingskwesties gaan spelen. Een en ander laat uiteraard onverlet, dat bestaande situaties van verticale integratie wel kunnen worden aangepakt indien daar vanuit het mededingingsrecht aanleiding toe bestaat of sprake zou zijn van situaties van aanmerkelijke marktmacht.

Nieuwe gevallen van verticale integratie zijn straks op basis van dit vooraf kenbare wetsvoorstel verboden, tenzij er grond is voor ontheffing. Dat is enerzijds in het geval wanneer een zorgverzekeraar binnen het bestaande zorgaanbod niet kan voldoen aan zijn zorgplicht en verticale integratie daar wel in kan voorzien, en anderzijds wanneer een zorgverzekeraar en zorgaanbieders een gezamenlijk initiatief voor vernieuwing in de praktijk willen brengen. Dat die verticale integratie later weer afgebouwd moet worden is dan ook in de ontheffing al kenbaar. Daarom is er geen conflict met het eigendomsrecht.

Wat betreft bestaande gevallen, voorziet het wetsvoorstel overigens in een aanscherping van de transparantievereisten. Dit wordt geregeld door toevoeging van een nieuw vierde lid aan artikel 40 Wmg, waarin het zorgverzekeraars, AWBZ-verzekeraars en zorgkantoren wordt opgedragen om openbaar te maken bij welke zorgaanbieders zij direct en in welke mate invloed hebben op het bestuur van een zorgaanbieder en in welke zorgaanbieders zij direct en in welke mate financiële belangen hebben. Deze verplichting zal het voor verzekerden inzichtelijk maken in welke mate zijn verzekeraar invloed uitoefent of kan uitoefenen op het beleid van een zorgaanbieder waar hij (mogelijk) voor zijn zorg naar toe wil gaan.

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen om een internationale vergelijking van hoe er in andere Europese landen met verticale integratie wordt omgegaan.

De organisatie van de gezondheidszorg verschilt sterk tussen Europese landen. Informatie over karakteristieken van het zorgstelsel, vooral ook met betrekking tot aspecten als verticale integratie in andere EU landen is beperkt voorhanden, waardoor vergelijkingen niet eenvoudig te maken zijn. Ten behoeve van deze nota naar aanleiding van het verslag is er een informatieverzoek uitgestuurd naar de EU partners waarin specifiek

gevraagd is naar regelgeving en/ of ervaringen met verticale integratie. Van de landen die aan deze oproep gehoor hebben gegeven, geven enkelen aan dat er in hun land sprake is van (deels) geprivatiseerd zorgaanbod. In het merendeel van deze landen is de zorgverzekering echter een publieke taak (ziekenfondsen). Verschillende EU landen kijken naar de ervaringen in de Nederlandse zorgmarkt. Zo is Ierland bezig het stelsel van gezondheidszorg te veranderen, waarbij er ook meer ruimte komt voor private verzekeraars die verantwoordelijk worden voor zorginkoop. Verticale integratie wordt daarbij verboden, omdat het adequate concurrentie verstoort. De Ieren hebben hierover overlegd met de Europese Commissie en een soortgelijke afspraak gemaakt als Nederland. In Polen is de bekostiging van de gezondheidszorg in handen van een nationaal ziekenfonds. Verticale integratie tussen private verzekeraars en zorgaanbieders komt alleen voor in een beperkt deel van de gezondheidszorg waar private aanbieders en verzekeraars actief zijn, en dan vooral in de eerstelijnszorg. Het gaat hier om aanvullend, niet-regulier verzekerde zorg. In dat laatste geval worden verticaal geïntegreerde organisaties door de overheid enkel als zorgaanbieder aangemerkt. De Poolse overheid probeert marktwerking te stimuleren gericht op kwaliteit en acht vermenging van de betaalfunctie en het zorgaanbod onwenselijk.

Letland heeft een gemengd gezondheidszorgsysteem. Het grootste deel van het zorgaanbod wordt door publieke zorgaanbieders verzorgd, terwijl de zorgverzekeraars vrijwel allemaal private organisaties zijn. Het zorgaanbod wordt door middel van contractering aanbesteed. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn onafhankelijke, zelfstandige organisaties en verticale integratie komt niet voor. In Duitsland valt 90% van de gezondheidszorg onder de publiek geregelde zorg. De meeste zorgverzekeraars zijn publiekrechtelijke instellingen zonder winstoogmerk die bovendien aan een minimale solvabiliteit dienen te voldoen. Circa 10% van de zorg wordt aangeboden op de private markt aan – veelal – welgestelde patiënten. Artsen in de private sector kunnen zowel publieke als private zorg leveren. Er zijn voorbeelden bekend waarbij publiekrechtelijke zorgverzekeraars (zgn. «Krankenkasse») een farmaceutisch bedrijf contracteert voor specifieke medicijnen. Patiënten die een medicijn willen kopen van een ander merk krijgen in dat geval een vergelijkbaar medicijn geleverd van de gecontracteerde farmaceutische firma.

2. Doel wetsvoorstel: eenduidige en objectieve zorginkoop

De leden van de fractie van de VVD vragen zich af of niet ook een zorgverzekeraar met een minderheidsbelang in een zorgaanbieder de schijn tegen kan hebben, dat hij zijn verzekerden om oneigenlijke redenen naar die aanbieder stuurt. Kan een verzekerde/patiënt er, indien zijn verzekeraar een minderheidsbelang in een zorgaanbieder heeft, van uitgaan dat zijn zorgverzekeraar die zorgaanbieder op de juiste gronden heeft gecontracteerd?

Ook een zorgverzekeraar met een minderheidsbelang in een zorgaanbieder kan zijn verzekerden om oneigenlijke redenen naar die aanbieder sturen. De kans dat dit gebeurt is echter kleiner dan wanneer de zorgverzekeraar zeggenschap (een meerderheidsbelang) in een dergelijke zorgaanbieder heeft. Anders dan een zorgverzekeraar met zeggenschap, kan een zorgverzekeraar met een minderheidsbelang namelijk niet eigenstandig het beleid van een zorgaanbieder bepalen. Dat betekent bijvoorbeeld, dat hij niet in zijn eentje kan bepalen dat de winst van een zorgaanbieder aan de aandeelhouders – waarvan hij er dan een zou zijn – kan worden uitkeerd. Daarmee heeft een zorgverzekeraar met een

minderheidsbelang minder de schijn tegen, dat hij zijn verzekerden om oneigenlijke redenen naar die zorgverzekeraar stuurt. Er is overigens nog een andere reden om het een zorgverzekeraar niet te verbieden een minderheidsbelang in een zorgaanbieder te nemen. Deze hangt samen met het feit dat een dergelijk verbod slechts zin heeft indien het ook aan de (groot)moeders van een verzekeraar wordt opgelegd. Anders kan het te gemakkelijk ontdoken worden (moeder van verzekeraar neemt belang in zorgaanbieder en draagt de zorgverzekeraar op zijn verzekerden naar die zorgaanbieder te zenden). Om die redenen wordt het in het wetsvoorstel ook aan (groot)moeders van zorgverzekeraars verboden om zeggenschap in zorgaanbieders te verwerven. Zou een dergelijk verbod zich ook uitstrekken tot het nemen van een minderheidsbelang in een zorgaanbieder, dan zou dat de facto betekenen dat de eigenaar van een zorgverzekeraar geen enkel belang mag hebben in een zorgaanbieder. Zou bijvoorbeeld een bank derhalve de moedermaatschappij van een verzekeraar zijn, dan zou deze bank niet in een zorgaanbieder mogen investeren. Niet alleen zou dit waarschijnlijk in strijd komen met het vrij verkeer van kapitaal, maar ook zouden bijvoorbeeld ziekenhuizen, die op dit moment meer eigen vermogen nodig hebben, lastiger aan dergelijk vermogen kunnen komen. Belangrijk is dat in dit wetsvoorstel nu wel is geregeld dat het helder wordt voor iedereen wie waarin een belang heeft. Dit moet namelijk op basis van dit wetsvoorstel openbaar gemaakt worden.

Wat zal er gebeuren als een zorgaanbieder in financiële nood raakt en een zorgverzekeraar de betreffende zorgaanbieder financieel te hulp wil schieten in ruil voor zeggenschap in de Raad van Bestuur of Raad van Toezicht van de betreffende zorgaanbieder? Of als de zorgverzekeraar een bindende verklaring van de Raad van Bestuur of Raad van Toezicht vraagt? De leden van de VVD-fractie vragen of ik dat onwenselijk zou vinden en zo ja, hoe ik dat dan wil verbieden.

Indien een zorgverzekeraar een zorgaanbieder financieel te hulp schiet en daarbij zeggenschap verwerft in de zin van dit wetsvoorstel, valt die transactie onder het verbod op verticale integratie. Een dergelijke transactie zal de zorgverzekeraar dus alleen kunnen doen indien hij een ontheffing aanvraagt bij de NZa en deze vervolgens verkrijgt omdat hij aannemelijk kan maken dat het verwerven van zeggenschap noodzakelijk is om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen. Overigens geeft het mogen benoemen van een lid van de Raad van Bestuur of lid van de Raad van Toezicht of het vragen van een bindende verklaring niet automatisch zeggenschap over de zorgaanbieder. Zeggenschap in de zin van dit wetsvoorstel ontstaat indien de zorgverzekeraar doorslaggevende invloed kan uitoefenen over de activiteiten van de zorgaanbieder zodanig dat een enkele economische eenheid ontstaat. Indien een zorgverzekeraar slechts voorwaarden bedingt om zijn financiële belangen te beschermen zonder zeggenschap over de zorgverzekeraar te verkrijgen, valt die transactie niet onder het verbod op verticale integratie²². De grenzen van deze reikwijdte zijn ook duidelijk omschreven in Europese regelgeving en worden ook nu al door de zorgverzekeraars toegepast.²³

De leden van de fractie van de PvdA zijn het met mij eens dat de overheid over een adequaat instrumentarium moet beschikken om in te grijpen als het mis gaat. «In hoeverre is dat instrumentarium er nu?», zo vragen zij.

²² PB L 15, 21.1.2003, p. 15; Case No COMP/M.2389 – Shell/DEA, 20.12.2001.

²³ PB C 95/1, 16.4.2008; Geconsolideerde mededeling van de Commissie over bevoegdheidskwesties op grond van Verordening (EG) nr. 139/2004 betreffende de controle op concentraties van ondernemingen.

Kan een overzicht gegeven worden van de voorgenomen wijzigingen in het kaderstellend instrumentarium van de overheid?

Met de invoering van de Zvw is het mogelijk geworden voor zorgverzekeraars om deelneming in een zorgaanbieder te verwerven, ook indien deze deelneming leidt tot zeggenschap. De verschillende toezichthouders op de gezondheidszorgmarkt hebben een aantal instrumenten ter beschikking met betrekking tot de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, waaronder het «aanmerkelijke marktmacht»-instrument van de NZa, dat de mogelijkheid biedt een onderzoek te starten naar een zorgaanbieder of zorgverzekeraar wanneer deze partijen beschikken over aanmerkelijke marktmacht, en de instrumenten rondom mededinging van de ACM. Het betreft in deze gevallen echter vooral instrumenten ter toetsing op beperking van de economische mededinging en niet op verticale integratie indien deze niet zal leiden tot aanmerkelijke marktmacht of een beperking van de mededinging. Met het in het wetsvoorstel opgenomen nieuwe artikel 49 Wmg zal verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, behalve in de in dat artikel beschreven ontheffingsgevallen, altijd verboden worden. Overtreding van dat verbod kan ingevolge het wetsvoorstel tot een aanwijzing, een openbare kennisgeving indien de aanwijzing niet tijdig wordt opgevolgd, een last onder dwangsom dan wel onder bestuursdwang of een bestuurlijke boete van de NZa leiden. Het nieuw toe te voegen art. 49 Wmg dat het verbod op verticale integratie met mogelijkheid tot ontheffing vanwege zorgplicht of vernieuwing regelt, is de enige wijziging in het kaderstellend toezichtinstrumentarium.

De leden van de fractie van de PvdA vragen een overzicht van het aantal verzekerden dat jaarlijks overstapt tussen zorgverzekeraars (in de periode 2006–2013). Deze leden hebben de indruk dat in de huidige situatie, het aantal verzekerden dat overstapt dusdanig laag is dat zorgverzekeraars via deze weg onvoldoende worden gestimuleerd zorg in te kopen conform de wensen van de verzekerden door de concurrentieverhoudingen op de zorgverzekeringmarkt. Zij vragen de Minister naar een uitgebreidere argumentatie ter onderbouwing van de stelling dat zorgverzekeraars met elkaar concurreren en hierbij het risico lopen dat verzekerden van zorgverzekeraar wisselen. Hoe wordt in dit verband de uitvoering van de motie van der Veen (32 620, nr. 24) ter hand genomen?

De marktscans van de NZa geven het volgende overzicht van de overstappercentages in de periode 2006–2013.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Overstappercentage	17,8%	4,4%	3,6%	3,6%	4,3%	5,5%	6,0%	7,2% ¹

¹ Vektis Zorgthermometer, april 2013

Na een stormachtig eerste overgangsjaar is het switchgedrag aanvankelijk teruggevallen naar het niveau ten tijde van de Ziekenfondswet. Vanaf 2009 is echter een geleidelijke toename van de mobiliteit zichtbaar, uitmondend in ruim een miljoen overgestapte verzekerden per 1 januari 2013. Ik concludeer hieruit dat verzekeraars niet alleen het risico lopen dat verzekerden van verzekeraar wisselen maar dat het ook feitelijk gebeurt. Overigens heb ik in antwoord op vorige vragen uit het parlement over deze materie steeds opgemerkt dat het overstappercentage op zich geen absolute maatstaf is voor de mate van concurrentie. Ook bij een relatief laag overstappercentage kan de dreiging van het overstappen voldoende zijn voor een gezond concurrentieklimaat en die dreiging is er, dankzij de

acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie, van meet af aan geweest.

In reactie op de door de leden van de PvdA-fractie aangehaalde motie van de leden Van der Veen en Gerbrands, waarin gevraagd wordt een zorgspecifieke fusietoets voor zorgverzekeraars in het leven te roepen (Kamerstukken II 2011/12, 32 620, nr. 24) heb ik de Tweede Kamer – in overleg met het Ministerie van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie – geïnformeerd te onderzoeken op welke wijze aan deze motie uitvoering gegeven kan worden en of het mogelijk is een beleidsregel op te stellen met betrekking tot de uitoefening van de taken door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (inmiddels de ACM; Kamerstukken II 2011/12, 32 620, nr. 31). Voor de zomer van 2012 heb ik u gemeld dat het resultaat van dit overleg is dat de huidige op de Mededingingswet gebaseerde beleidsregel voor concentraties tussen zorgaanbieders zal worden uitgebreid met regels over concentraties tussen zorgverzekeraars, en dat deze ook inhoudelijk zal worden aangepast (Tweede Kamer, 2011/12, 29 248, nr. 234). Dit zal ertoe strekken dat de ACM bij besluiten over fusies van zorgverzekeraars nader zal moeten toelichten waarom de beoordeling op een bepaald behandelings- en/of geografisch niveau plaatsvindt en waarom niet wordt gekozen voor een andere afbakening, bijvoorbeeld enger of ruimer. In het verlengde daarvan zal uitdrukkelijke aandacht moeten worden besteed aan de wijze waarop regionale concentraties op de polismarkt, alsook de rol van kleinere zorgverzekeraars van invloed zijn geweest op het oordeel van de ACM. Ik kan u thans melden dat het de bedoeling is dat de aangepaste beleidsregel per 1 juli 2013 in werking treedt.

De leden van de fractie van de PvdA zijn het met mij eens dat de zorginkoop door zorgverzekeraars uitsluitend en objectiveerbaar moet zijn gericht op kwalitatief goede en doelmatige zorg voor verzekerden en patiënten. Tevens delen deze leden mijn mening dat een gebrek aan transparantie over de kosten en kwaliteit van zorg het risico met zich meebrengt dat niet in alle gevallen het belang van de zorgvrager vooropstaat. Deze leden constateren echter dat de zorginkoop door zorgverzekeraars op dit moment niet transparant is, en zien dat Zorgverzekeraars Nederland aanbiedt om inzichtelijk te maken bij welke zorgaanbieders zij direct invloed hebben op het bestuur en in welke mate zij directe financiële belangen bij zorgaanbieders hebben gegenereerd. Hoe zal de zorginkoop door zorgverzekeraars worden geobjectiveerd en de transparantie worden gerealiseerd? En welk tijdsplan zal hiervoor gehanteerd worden?

De transparantie rondom de zorginkoop door zorgverzekeraars en de criteria die zij daarbij hanteren, zijn volgens diverse onderzoeken waar ik elders in deze nota aan heb gerefereerd, nog onvoldoende duidelijk voor de verzekerde. Dit wetsvoorstel regelt dat zorgverzekeraars, AWBZ-verzekeraars en zorgkantoren openbaar dienen te maken bij welke zorgaanbieders zij direct invloed hebben op de samenstelling van het bestuur, wat die invloed inhoudt en hoe groot die invloed is, en in welke zorgaanbieders zij direct financiële belangen hebben, wat die belangen inhouden en in welke mate die belangen hen in staat stellen, het beleid van de zorgaanbieder te bepalen. Deze verplichting biedt verzekerden meer mogelijkheden om te beoordelen wat de aard van de relatie is tussen een zorgverzekeraar en een specifieke zorgaanbieder. Om het vertrouwen in het zorgstelsel en vooral ook in de rol van zorgverzekeraars te vergroten, hebben zorgverzekeraars er ook zelf belang bij dat de keuzes rondom zorginkoop voor de verzekerden inzichtelijker wordt gemaakt. Daarnaast is sinds 1 januari 2013 het (toekomstige) Kwaliteitsinstituut bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) gestart met het stimuleren van

het veld om afspraken te maken over wat goede zorg is en hoe deze gemeten kan worden. Zorgaanbieders worden verplicht om gegevens over kwaliteit te leveren. Door deze gegevens te publiceren via een nieuwe versie van www.KiesBeter.nl, zal het Kwaliteitsinstituut bijdragen aan betere keuze-informatie voor patiënten en cliënten, maar ook voor verzekeraars. Het Kwaliteitsinstituut zal daarnaast ook bijdragen aan betere informatie over behandelmogelijkheden door lekenversies van professionele richtlijnen te publiceren.

Ook voor zorgaanbieders is beter inzicht in de contractering van belang. Verzekeraars moeten daarom tijdig en helder publiek maken op welke criteria ze inkopen, zodat zorgaanbieders vooraf beter weten waar zij aan toe zijn. Transparant zijn over de inkoopcontractering hoort bij een transparant stelsel. Het is belangrijk dat de zorgverzekeraar daar op inzet. Ten slotte spelen patiënten en gehandicaptenorganisaties een belangrijke signalerende rol: zij melden zorgverzekeraars welke informatie verzekeren nodig hebben om een goed oordeel te kunnen vormen over het inkoopbeleid van een verzekeraar.

Het systeem is volop in ontwikkeling en op dit moment is het niet te zeggen wanneer de gewenste transparantie volledig gerealiseerd zal zijn.

De leden van de fractie van de PvdA vragen of er op dit moment signalen zijn die er op wijzen dat verticale integratie in de nabije toekomst op grote schaal haar intrede zal doen.

Het is niet goed mogelijk om in te schatten op welke schaal zorgverzekeraars verticaal zouden integreren met zorgaanbieders indien dit niet verboden zou worden. Echter, in de deelrapportage Monitor verzekeringsmarkt van de NZa uit 2009, die specifiek inging op vragen rondom verticale integratie, concludeerde de NZa op basis van de door de zorgverzekeraars aangeleverde informatie, dat in ieder geval drie van de vier grote groepen van zorgverzekeraars activiteiten in de vorm van verticale samenwerking ontplooiden. Het gaat hier in het merendeel van de gevallen echter niet om verticale integratie. De marktscan zorgverzekeringsmarkt van 2012 waarin meldingen van verticale samenwerking over het jaar 2010 opgenomen zijn, laat zien dat het activiteitsniveau niet is afgenomen. Een overzicht over het jaar 2011 komt later dit jaar beschikbaar in de marktscan zorgverzekeringsmarkt 2013.

De leden van de SP-fractie vragen aan te geven wat wordt verstaan onder publieke gezondheidsbelangen en wat voor imperfecties er mogelijk kunnen optreden in het zelfregulerende systeem. Deze leden vragen zich af of dit betekent dat ik zal ingrijpen indien de fusies het zorgaanbod verschromen en of ik de marktwerking ga terugdraaien.

Zoals volgt uit de Zvw en de Wmg, heeft de overheid de systeemverantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg en dient zij de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg te garanderen. Het huidige stelsel in de gezondheidszorg gaat uit van gereguleerde concurrentie. De marktwerking wordt gekenmerkt door drie deelmarkten, die onderling verbonden zijn: een zorgverzekeringsmarkt tussen zorgverzekeraars en verzekeringsplichtigen, een zorgverleningmarkt tussen zorgaanbieders en verzekerden en een zorginkoopmarkt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De zorgverzekeraar treedt bij de zorginkoop mede op namens de verzekerde en heeft ten opzichte van die laatste een zorgplicht. Het huidige zorgstelsel is nog volop in ontwikkeling.

De positie van verzekerden in deze markt van gereguleerde concurrentie dient versterkt te worden. Dit onder meer met behulp van de maatregelen die zijn voorgesteld als vervolg op het oorspronkelijke voorstel van de Wet

cliëntenrechten zorg, en door de kwaliteitswet, waarmee – op termijn – verzekerden een betere afweging kunnen maken tussen de prijs/kwaliteit verhouding van een zorgverzekering en het daaraan verbonden gecontracteerde zorgaanbod. Er is nog sprake van een imperfecte zorgmarkt, waarbij verzekerden een informatieachterstand hebben op zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. Dat uit zich in specifiek gedrag rondom het afsluiten van polissen (voor het overgrote deel gebaseerd op prijs en niet op kwaliteit) en (nog) op een gebrek vertrouwen in de rol van de zorgverzekeraar als «vertegenwoordiger» van de verzekerde richting zorgaanbieders. Die rol dient in de komende jaren versterkt te worden, onder meer door het vergroten van transparantie rondom de zorginkoop door zorgverzekeraars en door het inzichtelijk maken van kwaliteitscriteria die daarbij gehanteerd worden. Op die wijze dient het nog broze vertrouwen in deze nieuwe rol van zorgverzekeraars te groeien. Om te voorkomen dat zorgverzekeraars andere belangen dan die van de verzekerde voorop stellen bij zorginkoop en om de schijn van belangenverstremgeling tegen te gaan, stel ik het in het wetsvoorstel opgenomen verbod op verticale integratie voor.

Wat betreft de vraag over fusies verwijs ik de leden van de SP-fractie graag naar het wetsvoorstel tot wijziging van de Wmg dat onlangs door de Kamer is behandeld, en dat een concentratie-effectrapportage introduceert²⁴.

De leden van de SP fractie vragen hoe het kan gebeuren dat verzekerden, nadat zij een verzekering hebben gekozen, worden geconfronteerd met het feit dat een zorgverzekeraar geen contract af blijkt te hebben gesloten met de zorgaanbieder waar zij altijd gebruik van maakten. De filosofie achter de Zvw is toch dat de zorgverzekeraars door de concurrentieverhoudingen gestimuleerd worden om zorg in te kopen conform de wensen van de verzekerden, en ontevreden klanten zouden toch van zorgverzekeraar kunnen wisselen? Genoemde leden willen voorts weten of iets dergelijks «zorg inkopen conform de wensen van de verzekerden» is. Ook willen deze leden weten of klanten die hiermee geconfronteerd worden alsnog zouden moeten kunnen wisselen van zorgverzekeraar.

Ik deel de mening dat het wenselijk is dat verzekerden, op het moment waarop zij hun zorgverzekeraar kiezen, duidelijkheid hebben over welke zorgaanbieders de verzekeraar gecontracteerd heeft. Ook om die reden heb ik onderhavig wetsvoorstel ingediend. Eén van de voorgestelde wijzigingen is dat zorgverzekeraars uiterlijk zes weken voor het einde van het jaar aangeven welke zorgaanbieders voor het nieuwe jaar gecontracteerd zijn. Een verzekeringsplichtige die vindt dat zijn verzekeraar voor een bepaalde vorm van zorg te weinig zorgaanbieders heeft gecontracteerd, niet de zorgaanbieder heeft gecontracteerd waar hij graag naar toe zou willen indien hij ziek wordt of die vindt dat de gecontracteerde zorg(aanbieders) anderszins niet aan zijn wensen voldoet, kan besluiten per 1 januari van het nieuwe verzekeringsjaar over te stappen naar een zorgverzekeraar met een zorginkoopbeleid dat hem beter ligt. Heeft een zorgverzekeraar zes weken voor de ingangsdatum van het nieuwe verzekeringsjaar nog onvoldoende zorgaanbieders gecontracteerd om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen en gaat een verzekerde, die desondanks bij hem verzekerd is gebleven, in het verzekeringsjaar naar een niet gecontracteerde aanbieder, dan heeft hij recht op de volledige vergoeding van de gemaakte zorgkosten. Dat volgt uit het in dit wetsvoorstel opgenomen nieuwe artikel 13 Zvw. Dit artikel geeft de zorgverzekeraar een prikkel om uiterlijk zes weken voor het begin van een nieuw verzekeringsjaar in ieder geval zoveel zorgaanbieders gecontracteerd te hebben,

²⁴ Kamerstukken II 2011/12, 33 253, nrs. 1–3 e.v.

dat hij aan zijn zorgplicht zal kunnen voldoen en bovendien om uiterlijk op dat moment bekend te maken wie gecontracteerd is. Bovendien zal hij een prikkel ervaren om niet alleen tijdig voldoende zorg te hebben ingekocht, maar ook zorg die voldoet aan de wensen van zijn verzekerden. Als dit wetsvoorstel dit jaar wordt aangenomen en het wordt 1 januari 2014 van kracht, dan kan het zijn werking hebben voor de polissen voor het jaar 2015.

Het verheugt mij dat ook de leden van de SP-fractie van mening zijn dat zorgverzekeraars geen zeggenschap over ziekenhuizen dienen te verkrijgen. Zij willen weten of ongewenste inmenging van zorgverzekeraars bijvoorbeeld zichtbaar is bij ziekenhuisfusies.

De leden van de SP-fractie uiten hun zorgen over ongewenste inmenging van zorgverzekeraars bij fusies tussen ziekenhuizen onderling. Hoewel ik begrijp dat zorgverzekeraars op dit moment soms een mening hebben over een fusie tussen twee of meer ziekenhuizen, vormt het hebben of uitdragen van een dergelijke mening op zich geen zeggenschap in de zin van het wetsvoorstel. Zorgaanbieders zijn zelf verantwoordelijk voor besluiten over samenwerking en besluiten over fusies. Mij is momenteel niet bekend dat zorgverzekeraars zeggenschap zouden uitoefenen over ziekenhuizen en over ziekenhuisfusies, wel dat zij over fusies worden geconsulteerd door de ACM in het kader van haar fusieonderzoeken op basis van de Mededingingswet. Dat zorgverzekeraars hun mening kenbaar maken over fusies tussen ziekenhuizen, vind ik positief. Zorgverzekeraars zijn immers – net als alle andere belanghebbenden van het ziekenhuis – belangrijke stakeholders van het ziekenhuis. Ik vind het van belang dat een bestuur van een ziekenhuis, voordat het een fusie met een ander ziekenhuis overweegt, alle merites en belangen zorgvuldig beoordeelt en afweegt²⁵.

De leden van de SP-fractie willen voorts weten hoe deze inmenging in de toekomst zal worden tegengegaan.

Het wetsvoorstel verbiedt inmenging in die zin dat zorgverzekeraars geen zeggenschap kunnen verkrijgen over zorgaanbieders. Dat betekent vervolgens weer dat een zorgaanverzekeraar een ziekenhuis niet zal kunnen opdragen om met een ander ziekenhuis te fuseren. Het bestuur van het ziekenhuis is dus zelf verantwoordelijk voor een eventueel besluit ten aanzien van een fusie met een ander ziekenhuis.

De leden van de SP-fractie willen van de Minister weten of genoemde fusies niet juist vaak zijn ingegeven door juist het (vermeende) financiële belang van de zorgverzekeraar. Hoe denkt de Minister aan deze inmenging definitief een einde te maken?

Zoals ik op een eerdere vraag van deze leden heb geantwoord, is mij niet bekend dat zorgverzekeraars momenteel zeggenschap hebben over ziekenhuizen, laat staan dat zij deze tot fusies met andere ziekenhuizen bewegen. Afgezien daarvan geldt het volgende. Fusies tussen ziekenhuizen kunnen worden ingegeven door allerlei redenen. Het kan zijn dat de kwaliteit gediend is bij een grotere schaal voor een aantal complexe behandelingen. Andere redenen om te fuseren kunnen – onder andere – zijn een bundeling van focus en krachten, de noodzaak om capaciteit af te

²⁵ Zie ook het voorgestelde art. 49b Wmg in het wetsvoorstel tot Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg, de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten in verband met het tijdig signaleren van risico's voor de continuïteit van zorg alsmede in verband met het aanscherpen van procedures met het oog op de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg (Kamerstukken II 2011/12, 33 253, nrs. 1–3 en verder).

bouwen of het organiseren van meer onderhandelingsmacht tegenover verzekeraars. Het is niet aannemelijk dat een zorgverzekeraar met belangen in een ziekenhuis uit financieel oogpunt altijd gebaat zou zijn bij ziekenhuisfusies. Het wetsvoorstel verbiedt verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dat betekent dat zorgverzekeraars geen zeggenschap kunnen hebben over zorgaanbieders. Het bestuur van het ziekenhuis is en blijft dus zelf verantwoordelijk voor een eventueel besluit ten aanzien van een fusie.

Voorts willen de leden van de SP-fractie weten of (een) zorgverzekeraar(s) na inwerkingtreding van dit wetsvoorstel ook geen plek meer kan/kunnen opeisen in de Raad van Bestuur van een ziekenhuis. Dat doet zich volgens deze leden namelijk op dit moment voor bij het Rode Kruisziekenhuis in Beverwijk, waar de zorgverzekeraar een plek heeft opgeëist in de Raad van Bestuur omdat er schulden uitstaan bij de zorgverzekeraar.

Zorgverzekeraars kunnen slechts een plek in de Raad van Bestuur van een zorgaanbieder opeisen als dat niet leidt tot zeggenschap over de zorgaanbieder. Van «zeggenschap» is sprake als de zorgverzekeraar – op grond van feitelijke of juridische omstandigheden – een beslissende invloed kan uitoefenen op de activiteiten van een zorgaanbieder. Hieronder vallen dus alle situaties waarbij een zorgverzekeraar direct of indirect zeggenschap krijgt over een zorgaanbieder, ook als dat plaatsvindt door de benoeming van een bestuurder in de Raad van Bestuur. Of benoeming van een dergelijk lid daadwerkelijk tot zeggenschap leidt, hangt af van de omstandigheden van het geval. Telt de Raad van Bestuur drie leden wier stem even zwaar telt, dan zal het benoemen van één lid van de Raad van Bestuur op zich niet tot zeggenschap leiden, en benoeming van twee leden wel.

De leden van de fractie van de SP willen weten of er meer ziekenhuizen zijn waar zorgverzekeraars een plek in de Raad van Bestuur hebben opgeëist. Zij willen per geval weten welke reden de zorgverzekeraar hiervoor heeft, en per geval weten of dit wetsvoorstel dat onmogelijk maakt. Kan de Minister dit uitgebreid toelichten?

Ik heb geen overzicht van de Raden van Bestuur van zorgaanbieders of de van de benoemingen in die Raden van Bestuur. Zorgverzekeraars kunnen geen plek in de Raad van Bestuur van een zorgaanbieder opeisen als zij daardoor zeggenschap verwerven over de zorgaanbieder. Voor het overige verwijs ik deze leden naar het antwoord op hun vorige vragen.

De leden van de SP-fractie willen weten of het klopt dat één van de pijlers onder het zorgstelsel is, dat verzekerden van zorgverzekeraar wisselen op grond van het verschil in kwaliteit van de ingekochte zorg. Hoe kan het dat deze pijler zeven jaar na de introductie van het zorgstelsel nog steeds niet staat? Op welke termijn is het wel zover is dat patiënten hun zorgverzekeraar kiezen op basis van kwaliteitsverschillen tussen ingekochte zorg? Is de conclusie dat de marktwerking in de zorg is mislukt om deze reden niet gerechtvaardigd?

Het zichtbaar maken van kwaliteitsverschillen in de gezondheidszorg en het op basis daarvan kunnen kiezen en sturen is in alle gezondheidszorgstelsels een moeilijk en tijdvergend gebleken vraagstuk. Ook in het Nederlandse stelsel was keuze-informatie nauwelijks beschikbaar, en wist de patiënt dus ook niet uit welke mogelijkheden hij kon kiezen. Alles moest dus nog helemaal worden opgebouwd. Het gaat hier om een ontwikkelingstraject waarvoor een cultuurverandering nodig is en waarop in kleine stappen vooruitgang kan worden geboekt. Dit is de belangrijkste verklaring voor het feit dat we hier na zeven jaar zorgstelsel nog steeds

mee bezig zijn. Tegelijkertijd constateer ik dat er op het gebied van cultuurverandering en het zetten van kleine stappen heel veel gaande is. Vanuit de overheid stimuleren we dit proces met het Kwaliteitsinstituut (in oprichting; i.o.) en tegelijkertijd zien we ook partijen in het veld belangrijke stappen zetten. Recent nog heb ik de Tweede Kamer het rapport «Doelmatigheid in de zorginkoop» van het advies- en onderzoeksbureau Significant gestuurd waaruit blijkt hoe actief verzekeraars zijn.

De leden van de fractie van de SP vragen mij om een termijn waarbinnen de verzekeringsplichtigen/verzekerden vertrouwen zullen hebben in de werking van het zorgstelsel.

Voor de werking van het stelsel is het belangrijk dat de verzekeringsplichtigen/verzekerden voldoende vertrouwen hebben in de rol van de zorgverzekeraar, niet alleen als de partij die de schade dekt maar ook als de belangenbehartiger in geval men zorg nodig heeft. Vooral in die laatste rol kan het vertrouwen beter. Heel belangrijk daarvoor is naar mijn opvatting dat we erin slagen om de transparantie in de kwaliteit van de geleverde zorg te vergroten. Alleen als de zorgverzekeraar kan beargumenteren waarom bepaalde gecontracteerde zorg goed is en de verzekerde/patiënt dit kan verifiëren, ontstaat er een situatie waarin het genoemde vertrouwen kan toenemen. Vanuit de overheid werken we met het Kwaliteitsinstituut (i.o.) en toezichthouder NZa aan zowel het verbeteren van de kwaliteitsnormen en indicatoren als aan de te verstrekken informatie daarover. Zoals een bekend gezegde luidt, komt vertrouwen te voet en gaat het te paard. Dit geeft ook aan dat het winnen aan vertrouwen een proces van lange adem is. Ik kan op dit moment niet met een jaartal aangeven wanneer het vertrouwen «er is».

De leden van de CDA-fractie vragen hoe groot het probleem van verticale integratie in de zorg op dit moment is, hoeveel gevallen van verticale integratie binnen de Zvw en de AWBZ bekend zijn. Dit omdat zij zich afvragen of een verbod op verticale integratie wel past binnen het streven naar terughoudendheid met extra regelgeving binnen de zorg.

Het precieze aantal gevallen van verticale integratie is niet bekend. De NZa rapporteerde in de speciale rapportage 2009 en in 2012 (gegevens over 2010) over bekende gevallen zoals vermeld in jaarverslagen en uitvoeringsverslagen van verzekeraars en zorgaanbieders over voorgaande jaren. Het ging daarbij om 10–25 transacties waarbij zorgverzekeraars verticaal zijn gaan samenwerken met zorgaanbieders. Het gaat hierbij overigens niet altijd om verticale integratie. In sommige gevallen hebben zorgverzekeraars deelgenomen in meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd. Uit de rapportages van de NZa kan tevens worden opgemaakt dat het merendeel van de zorgverzekeraars activiteiten in de vorm van verticale samenwerking ontplooit. De bedoeling van dit wetsvoorstel is om verticale integratie tussen ((groot)moeders of (klein)dochters van) zorgverzekeraars en zorgaanbieders te verbieden, behalve indien ontheffing is verleend door de NZa. Het wetsvoorstel staat samenwerking tussen ((groot)moeders of (klein)dochters van) zorgverzekeraars en zorgaanbieders anders dan verticale integratie, niet in de weg. Ik acht het echter van belang om – in de bredere context van aanpalende wetgeving op dit gebied – een duidelijke begrenzing te stellen aan overnames in de gezondheidszorg en dan vooral daar waar zich mogelijk onwenselijke, maar moeilijk achteraf te herstellen problemen kunnen voordoen.

De leden van de fractie van het CDA vragen waarom ook de AWBZ onder dit verbod valt.

Zou het verbod op verticale integratie niet gaan gelden voor de AWBZ-zorg, dan zouden de zorgverzekeraars, AWBZ-verzekeraars of zorgkantoren de komende jaren zeggenschap kunnen verwerven in AWBZ-aanbieders. Ook binnen de AWBZ moeten cliënten er op kunnen vertrouwen dat het door hun verzekeraar aangewezen zorgkantoor bij de zorginkoop hun belangen objectief en optimaal behartigt. In de brief over de hervorming van de langdurige zorg die Staatssecretaris van VWS op 25 april 2013²⁶ aan Uw Kamer heeft gezonden, staat dat de uitvoering van de kern-AWBZ die per 2015 zal zijn ontstaan, op langere termijn mogelijk (deels) in handen van risciodragende verzekeraars zal worden gelegd. Zoals ook in die brief is aangegeven, ligt het in dat geval het meest voor de hand de zorg die eerder in de kern-AWBZ is gebleven, in de Zvw onder te brengen. Vooralsnog is er dus reden om huidige AWBZ-zorg op dit punt gelijk te behandelen als ziekenhuiszorg.

De leden van de CDA-fractie merken op dat het volgens de Commissie Baarsma meer voor de hand ligt om in te grijpen in de het gebrek aan transparantie en in de gebrekkige marktwerking op horizontaal niveau, in plaats van verticale integratie af te remmen/te verbieden. De leden van de CDA-fractie vragen hoe ik dit zie.

Indien de negatieve effecten van verticale integratie zich uitsluitend zouden manifesteren als gevolg van een beperking in de mededinging of een gebrekkige marktwerking, zouden de instrumenten van de ACM en de NZa op het gebied van fusietoezicht, regulering en mededingingstoezicht inderdaad volstaan. Het verbod op verticale integratie is – anders dan waar de Commissie Baarsma van uitgaat – niet ingegeven door een gebrekkige marktwerking of een lacune in het mededingingstoezicht. Het kabinet acht het namelijk mogelijk dat als gevolg van verticale integratie publieke belangen worden aangetast zonder dat er sprake is van een beperking van de horizontale mededinging of een andere gebrekkige werking op horizontaal niveau. Te denken valt daarbij bijvoorbeeld aan (de schijn van) belangenverstrengeling. Andere, minder verstrekkende opties om zorginkoop op objectieve en eenduidige gronden te borgen en intransparante keuzemogelijkheden voor patiënten te voorkomen, zoals onder meer voorgesteld door de Raad van State, zijn naar mijn mening onvoldoende robuust.

Overigens laat dit onverlet dat ik, zoals de Commissie Baarsma vraagt, stappen heb ondernomen om de transparantie voor de verzekeringsplichtigen te vergroten. Ten eerste krijgt de zorgverzekeraar met het in voorliggend wetsvoorstel opgenomen nieuwe artikel 13 Zvw een sterkere prikkel om tijdig – dat wil zeggen uiterlijk zes weken voor het nieuwe verzekeringsjaar – bekend te maken welke zorgaanbieders voor dat jaar heeft gecontracteerd. Op grond van dat overzicht kan een verzekerde besluiten bij hem te blijven of over te stappen naar een andere zorgverzekeraar met een – volgens hem – beter gecontracteerd zorgaanbod. Daarnaast werkt het Kwaliteitsinstituut i.o. aan verbetering van de kwaliteitsgegevens van de zorgaanbieders. Deze zullen op een nieuwe versie van www.KiesBeter.nl gepubliceerd worden. In de toekomst zullen verzekerden daarom gemakkelijker kunnen nagaan welke kwaliteit de zorgaanbieders leveren die zijn verzekeraar voor het komende verzekeringsjaar heeft gecontracteerd, en deze informatie kunnen laten meespelen bij hun beslissing over het al dan niet overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

²⁶ Kamerstukken II 2012/13, 30 597, nr. 296, 25 april 2013.

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

Zoals ik eerder in antwoord op een vraag van de leden van de PvdA-fractie heb betoogd, heeft de NZa momenteel vaak geen bevoegdheid om vooraf op te treden tegen voorgenomen verticale integratie door zorgverzekeraars en zorgaanbieders, waarbij zij voorts is gebonden aan de uitleg die de ACM aan een aantal relevante wettelijke bepalingen²⁷ geeft, alsook aan de uiteindelijke mededingingsrechtelijke beoordeling van de voorgenomen fusie.

De NZa kan – nadat verticale integratie heeft plaatsgevonden – eventueel optreden wanneer een partij op de zorgmarkt aanmerkelijke marktmacht heeft.²⁸ Daarnaast zal de NZa, nadat het wetsvoorstel tot «Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg, de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten in verband met het tijdig signaleren van risico's voor de continuïteit van zorg almede in verband met het aanscherpen van procedures met het oog op de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg²⁹» in werking zal zijn getreden een concentratie tussen een zorgaanbieder waar in de regel vijftig of meer personen werken en een andere rechtspersoon, kunnen tegenhouden (door daaraan geen goedkeuring te verlenen). Dit zal echter slechts op beperkte gronden kunnen.

Het kabinet acht het echter, zoals ten aanzien van het concentratietoezicht van de ACM ook al werd aangegeven, mogelijk dat als gevolg van verticale integratie tussen een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar publieke belangen worden aangetast zonder dat er sprake is van een (al dan niet potentiële) beperking van de mededinging of het niet voldoen aan de voorwaarden van voornoemd wetsvoorstel. Te denken valt daarbij bijvoorbeeld aan het risico dat een geïntegreerde zorgverzekeraar bij de zorginkoop de belangen van zijn verzekerden niet objectief en optimaal behartigt oftewel aan het risico van de (schijn van) belangenverstremgeling. Aangezien de regering de (schijn van) belangenverstremgeling die kan voortvloeien uit een verticale integratie tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder te allen tijde wil voorkomen, acht zij een algemeen verbod op dergelijke verticale integratie (met een ontheffingsmogelijkheid in twee welomschreven gevallen) aangewezen.

Uitgaande van deze wens, zou een casuïstische benadering, indien consequent toegepast, vervolgens geen ander resultaat opleveren dan de huidige benadering van een verbod met beperkte ontheffingsmogelijkheden. Wel zou dit meer administratieve lasten opleveren, aangezien in dat geval iedere verticale integratie eigenlijk vooraf door de NZa zou moeten worden beoordeeld.³⁰ Ten aanzien van het Nederlandse stelsel is bovendien het gebrek aan nieuwe dynamiek eerder een probleem, dan een gebrek aan fusies. Aan de zijde van verzekeraars is nauwelijks tot geen sprake van nieuwe toetreders.

²⁷ Artikel 18, lid 4, Wet marktordening gezondheidszorg.

²⁸ Artikel 48 Wet marktordening gezondheidszorg.

²⁹ Kamerstukken II 2011/12, 33 253, nrs. 1–3 e.v.

³⁰ De commissie Baarsma lijkt er voorstander van te zijn dat de NZa (en de ACM) in hun casuïstische toezicht vormen van verticale integratie beoordelen. Gezien bovengenoemde wens van de regering, zou dat echter betekenen dat dergelijke vormen veelal na totstandkoming weer ontbonden zouden moeten worden. Dan is het beter om betrokkenen vooraf toestemming te laten vragen.

De leden van de CDA-fractie vragen om een reactie op de uitspraken van de bestuursvoorzitter van de Nederlandse Zorgautoriteit, die tijdens een interview in oktober 2012 geeft aangegeven dat de NZa tegen een verbod op verticale integratie is.

In het bewuste artikel reflecteert de bestuursvoorzitter van de NZa over recente ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt. Hij geeft onder meer aan dat de NZa de Wmg uitvoert en informeert over de speelruimte die de wet biedt aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om bijvoorbeeld te komen tot prijsafspraken en onderlinge contractering. De bestuursvoorzitter legt uit dat de NZa de wettelijke reguleringsstaken uitvoert die haar zijn opgedragen. De bestuursvoorzitter spreekt zich niet uit tegen het onderhavige voorstel voor een verbod, maar geeft aan dat de NZa momenteel niet tegen verticale integratie is, gezien het feit dat dit wettelijk tot de mogelijkheden behoort. Wanneer het verbod op verticale integratie van kracht is, zal de NZa de wet uitvoeren en waar nodig handhaven.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe, na het verbod op verticale integratie, enkele door de Commissie Baarsma genoemde voordelen van verticale integratie alsnog – en beter – gerealiseerd kunnen worden. Het gaat hier om specifiek om:

- 1. Het tot stand komen van betere zorgverlening door stroomlijning van de belangen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders;*
- 2. De vermindering van het informatieprobleem tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder als gevolg van verticale integratie;*
- 3. De versterking van de onderhandelingspositie van een zorgverzekeraar als hij de optie heeft zelf een zorgaanbieder over te nemen of op te richten;*
- 4. Het in stand houden van zorgaanbod in een bepaalde regio in krimpgebieden.*

Het rapport van de Commissie Baarsma waar de leden van de CDA fractie naar verwijzen, bespreekt enkele potentiële voor- en nadelen van verticale integratie. De Commissie geeft in het rapport zelf aan dat sommige van de bovengenoemde, potentiële voordelen van verticale integratie ook met minder verdergaande samenwerkingsverbanden te realiseren zijn.

Het stroomlijnen van belangen kan een positieve bijdrage leveren aan zorgverlening, terwijl een efficiëntere informatie-uitwisseling mogelijk efficiëntere planning en daarmee kostenvoordeel kan opleveren. Op zich is het inderdaad zo dat een zorgverzekeraar die de mogelijkheid heeft om een zorgaanbieder over te nemen of op te richten, onder bepaalde omstandigheden jegens andere zorgaanbieders een sterkere onderhandelingspositie zal hebben. De regering acht de daaraan verbonden nadelen – namelijk onder andere het risico dat de zorgverzekeraar zijn verzekerden vooral naar zijn eigen zorgaanbieder verwijst – echter groter dan de voordelen. Ook kunnen de verzekeraars deze informatie krijgen door mensen aan te nemen met kennis van zorgaanbod.

Ten slotte kan het in stand houden van zorgaanbod in krimpgebieden ook plaatsvinden door nauwe samenwerking tussen relevante partijen op de zorgmarkt, of kunnen de verzekeraars, om het aanbod in stand te houden, hogere prijzen bieden. In die gevallen waarin desondanks een tekort aan zorg zou ontstaan en de zorgverzekeraar dientengevolge binnen een regio niet aan zijn zorgplicht zou kunnen voldoen, kan volgens het voorgestelde artikel 49 Wmg ontheffing verleend worden aan de zorgverzekeraar voor een periode van maximaal vier jaar, waardoor er tijdelijk door middel van verticale integratie in voldoende zorgaanbod kan worden voorzien. Doorgaans zal een dergelijke termijn voldoende moeten zijn om een nieuw evenwicht tussen zorgvraag en zorgaanbod te vinden.

Ten slotte is het van belang de vermeende voordelen van verticale integratie niet te overschatten. Zoals eerder aangegeven, zijn de ervaringen in bijvoorbeeld de VS niet altijd onverdeeld positief gebleken. Juist op het punt van de keuzemogelijkheid, de tevredenheid en het vertrouwen van de patiënt dat de regering in het Nederlandse zorgstelsel probeert te versterken, liet verticale integratie in de VS te wensen over. Op dit moment waarin er een transformatie plaatsvindt van een aanbod gestuurd zorgstelsel naar een stelsel met gereguleerde concurrentie, wegen voordelen van verticale integratie daarom naar mijn mening niet op tegen de mogelijke nadelige gevolgen van verticale integratie. Ik wijs daarbij nog eens op een mogelijk onwenselijke situatie waarbij specifieke organisatiebelangen van verticaal geïntegreerde structuren in de zorg (rentabiliteit/continuïteit) niet overeenkomen met het belang van de verzekerde/patiënt.

De leden van de CDA-fractie merken op dat zorgverzekeraars in bepaalde gevallen ook in preventie investeren. Die investeringen kunnen gericht zijn op het laten bewegen van kinderen met overgewicht. Dan is het mogelijk dat een zorgverzekeraar zijn eigen programma opzet. De leden van de CDA fractie vragen hoe dergelijke investeringen in het kader van verticale integratie gezien worden en of die voortaan ook verboden zijn?

Voor zover preventie geen onderdeel is van de op grond van een zorgverzekering te verzekeren zorg – en dat is op dit moment voor de meeste vormen van preventie, waaronder de preventie van aan obesitas gerelateerde ziekten bij kinderen, het geval – zullen de zorgverzekeraars vrij blijven om te investeren. Ook mogen ze zelf programma's opzetten. Behoort het preventieprogramma wèl tot het te verzekeren pakket (zoals met name stoppen met roken), dan gelden de regels zoals deze in het wetsvoorstel zijn neergelegd. Dat wil zeggen dat een verzekeraar dergelijke programma's niet zelf mag verzorgen en ook geen zeggenschap over aanbieders van dergelijke programma's mag verwerven. Een verzekeraar mag wel in dergelijke programma's investeren voor zover hem dat geen zeggenschap oplevert.

De leden van de CDA-fractie constateren dat het wetsvoorstel zorgverzekeraars verbiedt om zeggenschap te verwerven in een zorgaanbieder. Zal het omgekeerde, te weten een zorgaanbieder of conglomeraat van zorgaanbieders die of dat een zorgverzekeraar opricht, wel zijn toegestaan?

Het wetsvoorstel verbiedt een (conglomeraat van) zorgaanbieder(s) inderdaad niet direct om een zorgverzekeraar op te richten. Echter, indirect wordt dit wel onmogelijk gemaakt. In het voorgestelde artikel 49, eerste lid, Wmg staat namelijk – naast het aan een zorgverzekeraar gerichte verbod om zelf zorg te verlenen of zeggenschap te verwerven in een zorgaanbieder – onder meer ook dat een persoon die direct of indirect zeggenschap heeft over een zorgverzekeraar, niet zelf zorg mag verlenen. Daarom zal een zorgaanbieder die een zorgverzekeraar opricht en daar zeggenschap in behoudt zelf geen zorg meer mogen verlenen en daarmee zijn status van zorgaanbieder verliezen.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe het verbod tot verticale integratie zich verhoudt tot de gezondheidszorg van het Ministerie van Defensie.

Militairen in werkelijke dienst zijn verplicht verzekerd via de Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht (SZVK). Deze stichting, die zoals de leden van de CDA-fractie constateren inderdaad een zelfstandig bestuursorgaan is, is door de Minister van Defensie belast met de uitvoering van de Ziektekostenverzekering Krijgsmacht. De verzekering wordt uitgevoerd

door Univé, maar op een andere wijze dan de zorgverzekeringen worden uitgevoerd. Zo dienen militairen in werkelijk dienst die zorg nodig hebben, zich daarvoor te wenden tot de Militair Geneeskundige Diensten, (die behoren tot het Ministerie van Defensie. De SZVK of Univé koopt dan ook geen zorg van Militair Geneeskundige Diensten in, maar vergoedt slechts de door de Militair Geneeskundige Diensten geleverde zorg. Anders dan in het zorgstelsel, is er bij de gezondheidszorg voor militairen daarom geen sprake van een verzekeringsstelsel van private, met elkaar concurrerende zorgverzekeraars die zorg inkopen bij private, met elkaar concurrerende zorgaanbieders. Van een schijn dat de SZVK (of in haar opdracht Univé) om oneigenlijke redenen in zou kopen bij de Militair Geneeskundige Diensten is geen sprake, nu van inkoop geen sprake is en het zorgsysteem voor militairen in werkelijke dienst er juist expliciet op gericht is, dat de zorg slechts door Militair Geneeskundige Diensten wordt geleverd. De beide zorg(verzekering)systemen zijn daarom niet vergelijkbaar. Ander personeel van Defensie valt overigens gewoon onder het systeem van de Zvw. Dat wil zeggen dat zij een zorgverzekering dienen te sluiten en voor de verzekerde zorg niet naar de Militair Geneeskundige Diensten hoeven.

De leden van de CDA-fractie merken op dat de Commissie Baarsma stelt dat het moeilijk is een verbod waterdicht te maken. Indien marktpartijen in de zorgkolom willen samenwerken om hun gezamenlijke marktmacht te gebruiken zal een verbod op verticale integratie hen daar niet van weerhouden. De leden van de CDA-fractie vragen mijn oordeel over dit standpunt.

Het verbod op verticale integratie zoals dat is geformuleerd in het wetsvoorstel, is goed te handhaven. Zorgverzekeraars mogen geen zeggenschap verwerven in een zorgaanbieder. Zeggenschap wordt gedefinieerd aan de hand van wettelijke criteria die al geruime tijd in het Europese en nationale mededingingsrecht toegepast en gehandhaafd worden. Er is al een ruime (Europese) beschikkingenpraktijk voorhanden. De zorgverzekeraars zullen deze norm relatief eenvoudig kunnen hanteren en ook voor de NZa zijn deze regels praktisch uitvoerbaar.

Ik realiseer mij dat het verbod op verticale integratie niet zal volstaan om alle vormen van samenwerking die zijn gericht op het creëren van gezamenlijke marktmacht te voorkomen, maar daarvoor zijn andere instrumenten voorhanden. De Mededingingswet bevat instrumenten om misbruik van economische machtspositie en kartels aan te pakken en de Wmg bevat een instrumentarium waarmee de NZa aanmerkelijke marktmacht kan aanpakken. Samenwerking gericht op het patiëntbelang, kwaliteit van zorg en betere dienstverlening is nog steeds conform de wet toegestaan en zal juist gestimuleerd worden.

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

Het voorgestelde artikel 49 Wmg verbiedt zorgverzekeraars, AWBZ-verzekeraars, en zorgkantoren en hun (groot)moeders om verticaal te integreren met zorgaanbieders. Gemeenten vallen niet onder een van deze categorieën en daarom geldt dit wetsvoorstel niet voor gemeenten. Dat hoeft naar mijn mening ook niet. Gemeenten zijn aanbestedende diensten. Als zij op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) welzijnsdiensten willen inkopen, dienen zij een aanbestedingsprocedure te starten. Aldus wordt voorkomen dat zij dergelijke diensten om oneigenlijke redenen inkopen bij welzijnsinstellingen waar zij zeggenschap over hebben.

De leden van de fractie van D66 vragen hoeveel gevallen van verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders bekend zijn en verwacht worden. Daarnaast vragen zij om een inschatting van het aantal te verwachten gevallen waarbij de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor patiënten op het spel komen te staan.

Het precieze aantal gevallen van verticale integratie is niet bekend. De NZa rapporteerde in 2009 (speciale rapportage) en in 2012 (gegevens over 2010) over bekende gevallen zoals gerapporteerd in jaarverslagen en uitvoeringsverslagen van verzekeraars en zorgaanbieders over voorgaande jaren. Het ging daarbij om 10–25 transacties waarbij zorgverzekeraars verticaal zijn gaan samenwerken met zorgaanbieders. In sommige gevallen hebben zorgverzekeraars deelgenomen in meerdere zorgaanbieders tegelijkertijd. Zo geeft de marktscan zorgverzekeringsmarkt 2012 aan dat op basis van de gegevens over 2010 vier zorgverzekeraars met in totaal 15 zorgaanbieders verticale samenwerking zijn aangegaan. Overigens gaat het hierbij niet in alle gevallen om verticale integratie. Er is geen inschatting te geven over het aantal te verwachten gevallen van verticale integratie, maar de bedoeling van dit wetsvoorstel is om verticale integratie te verbieden behalve in die situaties waarbij een van beide ontheffingsgronden gelden. Ik ga er dan ook van uit dat er geen sprake zal zijn van gevallen van verticale integratie waarbij de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg voor patiënten op het spel zal komen te staan.

De leden van de fractie van D66 willen graag weten op basis van welke rapporten wordt verwacht dat verticale integratie in de (nabije) toekomst een probleem zal opleveren voor de transparantie van en vertrouwen in het zorgverzekeringsstelsel.

Er is een beperkt aantal landen dat ervaring heeft opgedaan met verticale samenwerking tussen financiers/ zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dit is bijvoorbeeld het geval in de VS en het VK en daarbij is er sprake van wisselende uitkomsten³¹. In de VS gaat het vooral om verticale integratie, terwijl in het VK eerder sprake is van verticale samenwerking en het samengaan van zorgaanbieders in de eerste en tweede lijn. Het Nederlandse zorgstelsel, met gereguleerde concurrentie, zit tussen deze twee gezondheidsstelsels in. De ervaringen in de VS hebben enkele succesvolle voorbeelden van verticale integratie voortgebracht (o.a. Kaiser Permanente), maar ook een flink aantal minder succesvolle voorbeelden waarbij verticale integratie weliswaar heeft bijgedragen aan (iets) lagere kosten, maar er in veel gevallen geen sprake was van significante invloed op de kwaliteit van zorg. Wel was er, zoals ik ook in een eerder antwoord op een vraag van de leden van de fractie van de PvdA heb aangegeven, vaak sprake van een negatief effect op de tevredenheid van verzekerden en de toegankelijkheid van zorg (o.a. keuzevrijheid)³².

³¹ Miller, Robert & Harold Luft, «HMO Plan Performance Update: An analysis of the literature, 1997–2001», artikel in «Health Affairs, Vol. 21, no. 4 (2002), page 63–86, Maryland; Bijlsma, Michiel & Arno Meijer & Victoria Shestalova, «Vertical relationships between health insurers and healthcare providers», CPB Document no. 167, 2008; Ho, Katherine, «Barriers to entry of a Vertically Integrated Health Insurer: An analysis of Welfare en Entry Costs», 7 August 2008, Columbia University; NHS Confederation, «Building Integrated Care – Lessons from the UK and elsewhere», The NHS Confederation, UK, 2006; Armitage, Gail et al., Health systems integration: state of the evidence, Article in: International Journal of Integrated Care, Vol. 9, 17 June 2009, ISSN 1568–4156.

³² Miller, Robert & Harold Luft, «HMO Plan Performance Update: An analysis of the literature, 1997–2001», artikel in «Health Affairs, Vol. 21, no. 4 (2002), p. 78, Maryland; NHS Confederation, «Building Integrated Care – Lessons from the UK and elsewhere», The NHS Confederation, UK, 2006; Ho, K. (2009), «Barriers to entry of a vertically integrated health insurer: an analysis of welfare and entry costs», Journal of Economics & Management Strategy, 18(2): 487–545.

Gezien de wijze waarop het Nederlandse zorgstelsel is georganiseerd, het aantal zorgverzekeraars dat activiteiten op dit vlak wenst te ontplooiën en het aantal nieuwe toetreders dat op de verzekeraarsmarkt is gekomen het afgelopen decennium is het waarschijnlijk dat – zonder verbod – verticale integratie in de komende jaren een probleem zal kunnen vormen voor de werking van het zorgstelsel. Ik ben van mening dat op dit moment in de ontwikkeling van het stelsel, de potentiële voordelen van verticale integratie niet opwegen tegen de mogelijke nadelen, waaronder voor de nadelen voor de publieke gezondheidsbelangen. Ook ben ik van mening dat de eventueel opgelopen schade van een verticaal geïntegreerde zorgverzekeraar nauwelijks nog te herstellen valt achteraf.

De leden van de fractie van D66 vragen waarop de Minister de veronderstelling baseert dat verticale integratie zo goed als onomkeerbaar is.

Deze stelling is gebaseerd op de ervaringen bij fusiecontrole in het mededingingsrecht. Internationaal wordt algemeen aangenomen dat fusiecontrole effectiever is als deze voorafgaand aan een fusie of overname plaatsvindt. Indien eenmaal twee organisaties zijn samengevoegd, is het heel moeilijk deze weer uit elkaar te halen. In de internationale fusiecontrole wordt daartoe ook wel in het Engels de zinsnede «*You can't unscramble the eggs*» gebruikt.

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen of het aanpassen van artikel 13 Zvw werkelijk nodig is om de gewenste verandering te bewerkstelligen.

Met de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw worden de prikkels om te komen tot kwalitatief goede, vernieuwende, doelmatige en vraaggerichte zorg op drie punten versterkt.

Allereerst wordt verzekeraars duidelijkheid geboden: ze zijn vrij om, ingeval de zorg in natura is verzekerd, wel of geen vergoeding in de polis op te nemen in het geval de verzekerde naar een aanbieder gaat die de verzekeraar niet heeft gecontracteerd. Beter dan nu kunnen verzekeraars vergoeding van zorg door kwalitatief ondermaatse of dubieuze zorgaanbieders daarmee buiten de deur houden. Het leidt ook tot een veel transparantere polismarkt met volledige natura polissen, natura / restitutiemix polissen en volledige restitutiepolissen, waar tussen de verzekerden kunnen kiezen.

Een tweede versterking van de prikkel is dat de naturaverzekeraars eerder duidelijk maken welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn voor het nieuwe jaar. In het voorstel wordt geregeld dat zorgverzekeraars voor de zorg die in natura is verzekerd zes weken voor het verstrijken van de jaarlijkse opzegdatum (31 december) moeten publiceren met welke aanbieders in het volgende verzekeringsjaar contracten zijn gesloten. Doen ze dit niet, dan heeft een verzekerde die in dat jaar naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat recht op volledige vergoeding van de gemaakte zorgkosten. Op deze wijze kunnen verzekerden beter dan nu daadwerkelijk meesturen op basis van de (kwaliteit van de) gecontracteerde zorg. Als het gebodene ze niet bevalt, kunnen ze immers nog overstappen naar een andere verzekeraar.

De derde prikkelversterking is ondersteunend aan de voorgaande twee. Met het wetsvoorstel wordt de transparantie in het polisaanbod groter. Als de voorliggende wijziging wordt aangenomen kan alleen voor in natura verzekerde zorg minder dan het in Nederland gebruikelijke marktconforme tarief worden vergoed voor niet-gecontracteerde zorg. Er zijn op dit moment restitutieverzekeraars die «restitutie met gecontracteerde zorg» aanbieden, waaraan ze vervolgens een lagere vergoeding kunnen koppelen als een verzekerde naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat. Die mogelijkheid verdwijnt in het wijzigingsvoorstel; als de zorg is

verzekerd op basis van restitutie – binnen een polis kunnen natura en restitutie gewoon naast elkaar voorkomen – heeft de verzekerde altijd recht op een in Nederland gebruikelijke marktconforme vergoeding.

Zoals in het advies van de Raad van State ook wordt opmerkt, was bij de invoering van de Zvw de keuzevrijheid van de individuele verzekerde een belangrijk aspect. De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen in hoeverre «keuzevrijheid» nog steeds een belangrijk aspect is als het gaat om de hervormingen binnen het zorgstelsel. Op welke manier wordt er met deze wetswijziging invulling gegeven aan een belangrijke kernwaarde binnen ons stelsel: keuzevrijheid voor cliënten om van die zorg gebruik te maken die zij zelf willen? Deze leden vragen op dit punt nadere toelichting.

Keuzevrijheid voor cliënten is een belangrijk aspect en daarom is in de Zvw de mogelijkheid ingebouwd om jaarlijks van verzekeraar te wisselen. Tevens moeten zorgverzekeraars de binnen de door hen aangeboden naturapolissen breed contracteren en blijft de huidige keuze voor een restitutiepolis mogelijk. Verzekerden kunnen bijvoorbeeld kiezen voor een volledige naturapolis voor bijvoorbeeld 1000 Euro per jaar, een natura / restitutie mix voor bijvoorbeeld 1250 Euro per jaar (met bijvoorbeeld 60% vergoeding van buiten gecontracteerde zorg) en een volledige restitutiepolis van bijvoorbeeld 1500 Euro per jaar. De gecontracteerde zorgaanbieders zijn 6 weken voordat gekozen moet worden voor een bepaalde polis bekend. Dit wetsvoorstel bevat een positieve prikkel voor de keuzevrijheid, doordat het de transparantie en daarmee de rechtszekerheid voor de burger vergroot. Naast keuzevrijheid zijn ook een beheerste premieontwikkeling en kwaliteitsborging van belang.

3. Verbod, werking van de maatregel

De leden van de VVD-fractie vragen hoe en op basis van welke criteria is vast te stellen of er sprake is van feitelijke omstandigheden waaronder een zorgverzekeraar een beslissende invloed uitoefent op de activiteiten van een zorgaanbieder.

Er zijn kort gezegd twee manieren om zeggenschap te verwerven over een zorgaanbieder. Dat kan op grond van juridische omstandigheden (bijvoorbeeld de koop van aandelen leidende tot een meerderheid van stemrechten in de algemene vergadering van aandeelhouders, de koop van vermogensbestanddelen of de wijziging van de statuten) of op grond van feitelijke omstandigheden. De Europese wetgeving onderscheidt deze twee vormen en de leden van de VVD-fractie vragen naar de laatste. Het kan dan bijvoorbeeld gaan over duurzame economische afhankelijkheid. Hiervan kan sprake zijn in geval van een samenstel van factoren zoals het hebben van een langdurig exclusief inkoopcontract in combinatie met structurele banden.

Of op een zorgaanbieder beslissende invloed kan worden uitgeoefend zodat van zeggenschap over die zorgaanbieder gesproken kan worden, hangt vooral af van de vraag of in de praktijk belangrijke strategische beslissingen met betrekking tot die zorgaanbieder kunnen worden genomen. Bij de beoordeling spelen de duur en aard van de financiële relatie (bijvoorbeeld langer dan drie jaar, aanwezigheid van langlopend voorschot of lening), de bedoeling van de partijen, de aspecten waarop de zorgverzekeraar invloed kan hebben (bijvoorbeeld beslissingsbevoegdheden over prijzen, beslissingsbevoegdheden over innovaties) en de structuur (is de aanwezigheid van een stuurgroep of ander middel voor de zorgverzekeraar om de dagelijkse beslissingen van de zorgaanbieder te

beïnvloeden).³³ Aan de hand van dergelijke factoren wordt bepaald of er sprake is van feitelijke zeggenschap. Overigens vindt dat ook nu al plaats op basis van bestaande wetgeving. Zou er namelijk ten gevolge van een transactie sprake kunnen zijn van feitelijke zeggenschap, dan zouden zorgverzekeraars deze moeten melden bij de ACM, die deze dan zou toetsen op een eventuele beperking van de mededinging. De inkoopcontracten die zorgverzekeraars momenteel hebben met zorgaanbieders vallen hier overigens doorgaans niet onder. Dat zou alleen dan het geval zijn indien zorgaanbieders via de inkoopcontracten langdurig zodanig afhankelijk worden van de zorgverzekeraar, dat er sprake is van feitelijke zeggenschap. Een set van afspraken tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder waarvan een zorginkoopcontract deel uitmaakt, kan dus leiden tot beslissende invloed en daarmee zeggenschap, maar of dat ook daadwerkelijk zo zal zijn, hangt af van de precieze omstandigheden van het geval.³⁴

Na indiening van dit wetsvoorstel is een nieuw regeerakkoord verschenen. Daarin staat dat een zorgaanbieder een minderheidsaandeel mag nemen in een zorgaanbieder. «Kan een zorgverzekeraar hiermee beslissende invloed uitoefenen op de activiteiten van een zorgaanbieder?», zo vragen de leden van de VVD-fractie.

Een minderheidsaandeel an sich zal een verzekeraar geen beslissende invloed op de activiteiten van de zorgaanbieder geven. In welke mate een minderheidsaandeel in combinatie met andere omstandigheden een beslissende invloed en daarmee zeggenschap geeft, hangt af van de overige omstandigheden van het geval.

De leden van de VVD-fractie willen graag weten hoe ik denk over het theoretische geval dat twee zorgverzekeraars beide een 49% belang hebben in één zorgaanbieder?

Het wetsvoorstel verbiedt ook het verwerven van gezamenlijke zeggenschap. Met gezamenlijke zeggenschap wordt de situatie bedoeld waarin twee of meer zorgverzekeraars overeenstemming moeten bereiken om een beslissende invloed uit te oefenen op de activiteiten van een zorgaanbieder. De definitie en toepassing van gezamenlijke zeggenschap is precies uitgelegd in een Europese bekendmaking. Het wetsvoorstel verwijst voor deze definities naar deze regelgeving.³⁵

De leden van de VVD-fractie vragen hoe precies kan worden geëvalueerd welke voor de zorg waardevolle initiatieven niet van de grond zijn gekomen als gevolg van het verbod op integratie.

Met betrekking tot innovatie is vooral case-by-case onderzoek nodig. Ik zal bij de evaluatie zowel zorgverzekeraars als patiëntenverenigingen betrekken. Ik zal ook de mogelijkheid bieden om gevallen naar voren te brengen van zorgaanbod dat niet is ontstaan als gevolg van het verbod op verticale integratie. Dergelijke gevallen zal ik dan analyseren, eventueel in combinatie met vergelijkingen uit het buitenland. Van belang is dan de vraag of de stand van vernieuwing in Nederland minder is dan in het buitenland en of dit het gevolg is van het verbod op verticale integratie.

³³ PB C 66, 16.3.2004, p. 4; Case No. COMP/M.3136 – GE / AGFA NDT, 05.12.2003

³⁴ Vgl. PB L 316, 25.11.1998, p. 1–19; Case No IV/M.890 – Blokker/Toys «R» Us

³⁵ Zie hierover ook de geconsolideerde mededeling van de Commissie over bevoegdheidskwesties op grond van Verordening (EG) nr. 139/2004 betreffende de controle op concentraties van ondernemingen, nummer 2008/C 95/01.

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

Ik acht het nut van het toevoegen van een experimenteerartikel beperkt. Er zijn immers al twee ontheffingsgronden op basis waarvan voor een beperkte tijd een ontheffing kan worden aangevraagd van het verbod. De NZa zal een ontheffing afgeven indien de zorgverzekeraar aannemelijk maakt dat het hebben van zeggenschap noodzakelijk is om aan zijn zorgplicht te voldoen. Bovendien kan de NZa een ontheffing afgeven indien een zorgverzekeraar het bestaande zorgaanbod wil innoveren door het zelf in de markt zetten van tijdelijk aanbod. Daarmee is een experimenteerartikel niet nodig. Bovendien wijs ik er op dat gekozen is voor een verbodssystematiek en dat daarom het aantal ontheffingsgronden beperkt dient te blijven uit het oogpunt van de effectiviteit van het verbod.

De leden van de fractie van de PvdA maken zich zorgen over het ontbreken van een definitie van het begrip «vernieuwing» in een separaat artikel van het wetsvoorstel. In overeenstemming met de Raad van State, menen zij dat moet worden voorkomen dat een ruim begrip zal worden gebezigd. Deze leden vragen op welke wijze in de wet wordt voorkomen dat partijen door het ontbreken van deze definitie onterecht een ontheffing zullen aanvragen. Zij vragen of kan worden toegelicht welke criteria worden gehanteerd voor de beoordeling.

Voor de beoordeling zal een zorgverzekeraar aannemelijk moeten maken dat er (1.) sprake is van een vernieuwing en (2.) dat de verticale integratie noodzakelijk is om die vernieuwing in te voeren. Overigens stond de plicht om aannemelijk te maken dat de vernieuwing slechts tot stand kan komen indien verticaal mag worden geïntegreerd, dus dat verticale noodzakelijk is voor de vernieuwing, nog niet duidelijk in het wetsvoorstel, zo is mij naar aanleiding van de leden van de PvdA- en de PVV-fractie duidelijk geworden. Dit wordt alsnog in de nota van wijziging geregeld. Ten aanzien van het eerste geldt dat voor de definitie van vernieuwing aansluiting moet worden gezocht bij de definitie van innovatie van de Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).

«A technological product innovation is the implementation/ commercialization of a product with improved performance characteristics such as to deliver objectively new or improved services to the consumer. A technological process innovation is the implementation/ adoption of new or significantly improved production or delivery methods. It may involve changes in equipment, human resources, working methods or a combination of these.»

De zorgverzekeraar zal dus aannemelijk moeten maken dat het vernieuwde zorgaanbod de invoering betreft van een dienst of behandeling die nieuw is of die verbeterde kwaliteit oplevert voor de patiënt, of een verbeterde doelmatigheid. Dit zou hij kunnen doen met behulp van een rapportage waarbij het vernieuwde aanbod wordt vergeleken met het huidige aanbod. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan ervaringen in het buitenland of onderzoeksresultaten van pilootprojecten of universitaire en medische onderzoeken. Aan de hand hiervan kan beoordeeld worden of de met de verticale integratie beoogde innovatie in objectieve zin een nieuwe of verbeterde dienst aan de patiënt levert.

Daarnaast zal de zorgverzekeraar aannemelijk moeten maken dat zeggenschap noodzakelijk is om deze vernieuwing te kunnen verwezenlijken. Dit kan de zorgverzekeraar bijvoorbeeld doen door aannemelijk te

maken dat er zonder verticale integratie niet voldoende startkapitaal zou zijn of dat er zonder verticale integratie niet voldoende regie zou zijn.

De leden van de fractie van de PvdA vragen naar mogelijke (praktijk)voorbeelden van zorgverzekeraars die het bestaande zorgaanbod willen innoveren door het zelf in de markt zetten van tijdelijk aanbod.

Een goed voorbeeld is de participatie van Menzis in het initiëren van een nieuwe organisatievorm voor de huisartsenzorg, waarin het werken in loondienst mogelijk is geworden, waarin veel van de administratieve rompslomp uit handen wordt genomen en waarin meer mogelijkheden bestaan om in deeltijd te werken. Met deze vernieuwing heeft Menzis het werken als huisarts in Noord-Groningen weer zo aantrekkelijk gemaakt dat het dreigende tekort aan huisartsen is opgevangen. Innovatie gaat zo hand in hand met het kunnen voldoen aan de zorgplicht.

De leden van de PvdA-fractie vragen ook een uitgebreidere motivatie en definitie van de notie «objectieve nieuwe of verbeterde dienst aan de patiënt».

De notie «objectief» is geïntroduceerd om duidelijk te maken dat het niet gaat om een subjectieve innovatie gezien vanuit het perspectief van de patiënt, zorgaanbieder of zorgverzekeraar. Als bijvoorbeeld een dienst al wel bestaat en slechts nieuw is voor een bepaalde patiënt, is er geen sprake van vernieuwing. Voor het overige verwijs ik de leden van de PvdA-fractie graag naar het antwoord op de eerdere vraag.

De leden van de fractie van de PvdA vragen welke criteria worden gehanteerd bij het maken van een analyse van de transparantie van het aanbod en het keuzegedrag van de verzekerde op de zorgverzekeringsmarkt. Hoe worden de in het voorliggende wetsvoorstel genoemde transparantie van het aanbod, het keuzegedrag van de verzekerde op de zorgverzekeringsmarkt, en de mate waarin de verzekerde/patiënt vertrouwen heeft in de inkoop gemeten? Wat zal als een «waardevol initiatief» worden beschouwd?

De transparantie van het zorgsysteem wat betreft concurrentie, kosten en kwaliteit, en het vertrouwen van verzekerden in het systeem, zijn nog onvoldoende ontwikkeld om verticale integratie toe te staan. Transparantie van het aanbod, het keuzegedrag van de verzekerde op de zorgverzekeringsmarkt, en de mate waarin de verzekerde/patiënt vertrouwen heeft in de inkoop kan worden gemeten aan de hand van consumenten- of patiëntenpanels. Zoals verschillende consumentenpanels van bijvoorbeeld het NIVEL en de NPCF laten zien, baseren verzekerden hun keuze voor een zorgverzekering momenteel nog vooral op de prijs van de polis en niet op het gecontracteerde zorgaanbod en de kwaliteit daarvan. Veel verzekerden weten niet welk zorgaanbod gecontracteerd wordt en welke criteria de zorgverzekeraar daarbij hanteert. Zou dat in de toekomst anders blijken te zijn dan is dat een indicator voor toegenomen transparantie. Transparantie in het aanbod kan ook in kaart worden gebracht aan de hand van overstappende patiënten, patiëntstromen en toegenomen informatie op bijvoorbeeld internet of andere media en voorlichtingskanalen. Ook een toename of verschuiving in de hoeveelheid overstappers aan de poliszijde kan duiden op een toegenomen transparantie. Een eventueel toegenomen vertrouwen zal bij de evaluatie van deze wet betrokken moeten worden evenals het feit of waardevolle initiatieven niet van de grond gekomen zijn als gevolg van het verbod op verticale integratie. Bij waardevolle initiatieven valt te denken aan vernieuwende zorg, zorg in de buurt, centra van specialistische of complexe zorg. Ik heb nu niet de verwachting dat het verbod

dergelijke waardevolle ontwikkelingen blokkeert, maar aangezien deze ontwikkelingen moeilijk te voorspellen zijn is het noodzakelijk om hier bij de evaluatie van het verbod met extra aandacht naar te kijken.

De leden van de fractie van de PvdA vragen om een volledig overzicht te geven van het huidige instrumentarium van zowel de NZa als de ACM. Aan welke onvolkomenheden in dit instrumentarium komt voorliggend wetsvoorstel tegemoet?

In onderstaande tabel wordt het huidige instrumentarium van de NZa en de ACM weergegeven.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)	Autoriteit Consument & Markt (vml. NMa)
Houdt toezicht op	
<p>De zorgautoriteit is belast met:</p> <ul style="list-style-type: none"> • markttoezicht, marktontwikkeling en tarief- en prestatiereregulering, op het terrein van de gezondheidszorg; • toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de Zvw is geregeld; • toezicht op de rechtmatige afrekening van de bijdragen, bedoeld in de <u>artikelen 32 tot en met 34 van de Zvw</u>, nadat een verzekeraar opgehouden is zorgverzekeringen uit te voeren; • toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering door de AWBZ-verzekeraars en de rechtspersonen, bedoeld in artikel 40 van de AWBZ, van hetgeen bij of krachtens die wet en de <u>artikelen 91, tweede lid, tweede volzin, 123 en 124 van de Wet financiering sociale verzekeringen</u> is geregeld; • toezicht op de uitvoering van de <u>artikelen 41, 42 en 43 Wmg</u>; • toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering door het CAK, bedoeld in artikel 1, onderdeel w, van de <u>Zvw</u>, van hetgeen bij of krachtens <u>Zvw</u> en <u>artikel 15 van de Wet maatschappelijke ondersteuning</u> is geregeld. 	<p>Kartelverbod (Art. 6 Mw)</p> <p>Misbruik economische machtspositie (Art. 24 Mw en Art. 102 VWEU)</p>
Toezichtinstrumenten	
<p><u>Markttoezicht</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Toezicht op Aanmerkelijke Marktmacht (AMM) • Marktonderzoek: zijn er toetredingsbelemmeringen; is er voldoende concurrentie? • Toezicht op transparante informatieverstrekking door marktpartijen • Zienswijzen bij (voorgenomen) fusies • Het opstellen van generieke regelingen ter bevordering van de concurrentie en/of het vergroten van de transparantie in de markt <p><u>Nalevingtoezicht</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Het naleving- en uitvoeringstoezicht is vooral gericht op het bewaken van het consumentbelang; kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg. • Bij het nalevingtoezicht gaat de NZa na of zorgverzekeraars en zorgaanbieders hun verplichtingen uit de verschillende wetten (Wmg, Zvw en AWBZ) nakomen. <p><u>Uitvoeringstoezicht</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars • Toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door de zorgkantoren en AWBZ-verzekeraars. <p>Bij het uitvoeringstoezicht kijkt de NZa of de zorgverzekeraars, zorgkantoren en het Centraal Administratiekantoor (CAK) hun taken uit de Zvw en de AWBZ goed vervullen.</p>	<p>Onderzoek naar <u>kartelvorming</u></p> <p>Onderzoek misbruik <u>dominante markt positie</u></p> <p>Toezicht <u>Concentraties</u></p> <p>Toezicht op overheden</p>

Handhavinginstrumenten

De NZa hanteert een combinatie van instrumenten om effectief toezicht te bereiken. In het handhavingplan worden de instrumenten van de NZa toegelicht.	Boetes (tot 10% jaaromzet)
Het wettelijk instrumentenpalet biedt de NZa mogelijkheden om algemene condities op zorgmarkten te stellen, zoals prestatiebeschrijvingen, kostentoe rekeningsprincipes, slimme prijsplafonds en toezichtsregels ten aanzien van bijvoorbeeld misleidende reclame. Daarnaast kan de NZa in individuele gevallen optreden, zoals bij een aanbieder met aanmerkelijke marktmacht, als daardoor de concurrentieverhoudingen worden verstoord. De NZa wil een goede verhouding aanbrengen tussen optreden via het stellen van algemene condities en optreden in individuele gevallen. Dat moet een zodanige mix zijn, dat effectief en «licht» optreden hand-in-hand gaan.	<u>Last onder dwangsom</u>
<u>Doel handhaving</u>	<u>Bindende aanwijzing</u>
De basisgedachte van het NZa toezicht is slim handhaven op de manier die het meest effectief is. Via het toezicht wil de NZa bereiken dat het zorgstelsel goed werkt en de verschillende partijen hun rol adequaat vervullen. De handhavingactiviteiten van de NZa zijn erop gericht dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich uit eigen wil en beweging aan de regels houden. Niet iedere melding van een overtreding zal direct gevolgd worden door een formele sanctie. Met een andere aanpak kan soms beter en sneller bereikt worden dat het stelsel werkt. Deze filosofie ligt ook ten grondslag aan de toezichtinstrumenten. Bijvoorbeeld het gebruik van self assessments bij het transparantietoezicht. Daarbij moeten zorgverzekeraars zich aan de NZa verantwoorden over het naleven van de eisen voor informatieverstrekking.	<i>Een combinatie van 1–3</i>
Als de NZa constateert dat de regels overtreden worden heeft zij de keuze uit verschillende wettelijke en niet-wettelijke handhavinginstrumenten.	<u>Weigeren vergunning</u>
Voorbeelden van informele maatregelen:	
• normoverdragende gesprekken	
• verduidelijken van regels in een brief	
• een bericht in de media	
Tot de formele handhavinginstrumenten behoren:	
• het geven van een <u>aanwijzing</u> (Wmg art. 72–81)	
• het toepassen van <u>bestuursdwang</u> en het opleggen van een <u>last onder dwangsom</u> (Wmg art. 82–84) het opleggen van een <u>boete</u> (Wmg Art. 85–89)	

Zowel de ACM als de NZa hebben een goed instrumentarium om beperking van de mededinging tegen te kunnen gaan. De ACM kan op basis van de Mededingingswet (Mw) een voorgenomen fusie blokkeren indien sprake zal zijn van een significante beperking van de mededinging, vooral als gevolg van het ontstaan van een machtspositie. De NZa kan haar instrumentarium met betrekking tot aanmerkelijke marktmacht inzetten om gedrag ten nadele van de patiënt als gevolg van aanmerkelijke marktmacht te voorkomen, dus ook bij machtsposities die zijn ontstaan op een andere wijze dan door fusies. In paragraaf 2 van deze nota heb ik een overzicht gegeven van het instrumentarium dat de NZa en de ACM (en overigens ook DNB en de IGZ) ten dienste staat. In het instrumentarium om de mededinging te garanderen zijn mijns inziens geen onvolkomenheden. Het kabinet acht het echter ook mogelijk dat als gevolg van verticale integratie publieke belangen worden aangetast zonder dat er sprake is van een beperking van de mededinging. En juist die publieke belangen beoogt dit wetsvoorstel te beschermen. Te denken valt daarbij aan het voorkomen dat op onzuivere gronden zorg wordt ingekocht of het voorkomen van de schijn van belangenverstremgeling. Daartoe is een apart instrument nodig bovenop het bestaande instrumentarium, omdat het mededingingsinstrumentarium van de ACM en het «aanmerkelijke marktmacht»-instrumentarium van de NZa voornamelijk de mededinging en de werking van de markt beogen te beschermen, en onvoldoende de potentiële niet-economische nadelige gevolgen van verticale integratie kunnen voorkomen.

De leden van de PvdA-fractie hebben geconstateerd dat de NZa de beschikking zal krijgen over een zorgspecifieke fusietoets. In dat verband zagen zij graag in de wet opgenomen, dat bij een fusie de lokale bevolking, patiënten en medewerkers worden gehoord. De inspraakmogelijkheden moeten worden vergroot en de besluitvorming moet transparant verlopen. Zij vragen of ik het hiermee eens ben.

De concentratietoets³⁶ die de NZa zal verrichten, is opgenomen in het wetsvoorstel tot Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg, de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten in verband met het tijdig signaleren van risico's voor de continuïteit van zorg alsmede in verband met het aanscherpen van procedures met het oog op de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg (Kamerstukken I 2012/13, 33 253, A). De vraag die de leden van de PvdA-fractie stellen, is uitvoerig aan de orde geweest bij de behandeling van dat wetsvoorstel in de Tweede Kamer. Dit heeft ertoe geleid dat is bepaald dat fuserende zorgaanbieders in de effectrapportage over de concentratie die zij voorafgaande aan hun concentratie dienen op te stellen, expliciet aandacht moeten besteden aan het oordeel van cliënten, personeel en andere betrokkenen over het voornemen tot concentratie, en de wijze waarop dit oordeel is meegewogen bij dit voornemen moeten onderbouwen. De NZa onthoudt haar goedkeuring aan de concentratie indien cliënten, personeel of andere betrokkenen niet op zorgvuldige wijze zijn betrokken bij de voorbereiding van de fusie dan wel hun oordeel niet overtuigend en beargumenteerd is meegenomen in de besluitvorming daaromtrent. Indien goedkeuring wordt verleend aan de concentratie, maakt de NZa de concentratie-effectrapportage openbaar. Gezien de uitvoerige bespreking bij eerdergenoemd wetsvoorstel, stel ik voor de discussie hierover niet in het kader van dit wetsvoorstel te heropenen.

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

Het wetsvoorstel verbiedt ook het verwerven van gezamenlijke zeggenschap. Met gezamenlijke zeggenschap wordt de situatie bedoeld waarin twee of meer zorgverzekeraars overeenstemming moeten bereiken om een beslissende invloed uit te oefenen op de activiteiten van een zorgaanbieder. De definitie en toepassing van gezamenlijke zeggenschap en beslissende invloed is precies uitgelegd in een Europese bekendmaking.³⁷ Omdat in het voorgestelde artikel 49 Wmg wordt geregeld dat zorgverzekeraars – tenzij sprake is van ontheffing – geen zeggenschap in de zin van artikel 26 van de Mw in zorgaanbieder mogen verwerven, en onder het begrip «zeggenschap» in de zin van artikel 26 Mw ook gezamenlijke zeggenschap, zoals uitgelegd in de Europese bekendmaking, valt, wordt met voorliggend wetsvoorstel ook gezamenlijke zeggenschap tegengegaan.

De leden van de fractie van de PvdA vragen om de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om een minderheidsbelang in zorgaanbieders te verwerven in relatie tot voorliggend wetsvoorstel toe te lichten.

In het Regeerakkoord staat dat zorgverzekeraars een minderheidsbelang in een zorgaanbieder zullen mogen hebben³⁸. Dit vloeit echter al uit voorliggend wetsvoorstel voort, zodat er geen nota van wijziging nodig is om dit te regelen. In voorliggend wetsvoorstel is immers geregeld, dat zorgverzekeraars geen zeggenschap over zorgaanbieders mogen verwerven. Ze mogen daarom wel belangen in aanbieders verwerven, maar deze mogen niet een zodanige omvang hebben, dat zij zeggenschap

³⁶ Fusie is een vorm van concentratie.

³⁷ Zie hierover ook de geconsolideerde mededeling van de Commissie over bevoegdheidskwesties op grond van Verordening (EG) nr. 139/2004 betreffende de controle op concentraties van ondernemingen, nummer 2008/C 95/01.

³⁸ Kamerstukken II 2012/13, 33 410, nr. 15, p. 22.

over die zorgaanbieder zullen verkrijgen en daarmee het beleid van die zorgaanbieder zullen kunnen bepalen. Minderheidsbelangen staat het voorliggend wetsvoorstel daarom nu al toe.

«Indien een ontheffing wordt gegeven omdat de zorgverzekeraar anders niet aan zijn zorgplicht kan voldoen, hoe wordt dan gegarandeerd dat daarbij de nadelen van rolvermenging van verticale integratie niet optreden?», zo vragen de leden van de SP-fractie. Indien een dergelijke garantie niet gegeven kan worden, waarom wordt dan toch ontheffing mogelijk gemaakt?

Dit wetsvoorstel biedt ruimte aan zorgverzekeraars om zeggenschap te verwerven in zorgaanbieders wanneer daar een noodzaak toe bestaat in verband met de zorgplicht. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn indien in een bepaald gebied een specifiek type zorgaanbod onvoldoende voorhanden is. In een dergelijke situatie kan de zorgverzekeraar met een tijdelijke ontheffing van de NZa zeggenschap verwerven in de zorgaanbieder of de zorg vanuit de eigen rechtspersoon verlenen. Het motief voor verticale integratie is in deze dus zuiver en gericht op het garanderen en continueren van zorgaanbod voor verzekerden in een bepaald gebied of regio en daarmee op het nakomen van de uit de AWBZ- of zorgverzekering voortvloeiende verplichtingen. Er zal ook niet zo snel sprake kunnen zijn van zorginkoop om oneigenlijke redenen of van een schijn van belangenverstrengeling, nu er simpelweg te weinig zorg in de regio zal zijn om op andere wijze jegens alle verzekerden aan de zorgplicht te kunnen voldoen.

Daarnaast geldt dat de ontheffing voor een maximumperiode van vier jaar om te voldoen aan de zorgplicht, niet kan worden verlengd. De NZa kan een ontheffing voor een kortere periode afgeven, en eisen stellen met betrekking tot voortgangsrapportages. De NZa is ook belast met controle of zorgaanbieders aan haar voorschriften voldoen. Indien degene aan wie een ontheffing is verleend handelt in strijd met de voorschriften of beperkingen van de ontheffing, kan de NZa de ontheffing intrekken (zie het nieuwe art. 49, vijfde en zesde lid, Wmg). Zodoende kan eventuele onwenselijke rolvermenging, anders dan voor het doel van de ontheffing, beperkt worden.

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat de Minister de zorgverzekeraars in de huidige private omgeving, waarbij vier grote verzekeraars vrijwel de gehele zorg domineren, met de ontheffingsmogelijkheid van het verbod van verticale integratie indien anders niet aan de zorgplicht kan worden voldaan, teveel macht geeft. De groeiende macht van de zorgverzekeraars baart deze leden zorgen. Zij willen van de Minister weten waarom zij ervoor kiest deze macht steeds verder te laten groeien, en waarom de overheid in een dergelijk geval de zorgplicht niet overneemt, zodat verticale integratie wordt voorkomen.

Een van de belangrijkste motieven voor de stelselherziening in de curatieve gezondheidszorg is geweest dat een centraal aanbodgestuurde sector tekortschiet als het gaat om product vernieuwing, klantgerichtheid en efficiënte en kwalitatief goede dienstverlening. Als model is gekozen voor een sturing door onderling concurrerende zorgverzekeraars met een zorgplicht die op twee manieren kan worden ingevuld: verzekeren in natura of verzekeren op basis van restitutie. Het overnemen van die zorgplicht door de overheid betekent de weg in slaan naar het oude, tot starheid neigende systeem van weleer en ik zie dat niet als een goede weg.

De leden van de SP-fractie hebben ook bezwaar tegen het verlenen van een ontheffing van vier jaar (met een mogelijkheid tot verlenging van nog eens vier jaar), met als doel het verbeteren van de behandeling. Zij zien ook hier dat de macht van de zorgverzekeraars groeit. Zij vragen waarom de nadelen van verticale integratie hier niet van toepassing zijn. Voorts willen zij weten of ik het met hen eens ben dat een periode van maximaal acht jaar eigenlijk permanent genoemd kan worden, helemaal omdat verticale integratie zo goed als onomkeerbaar is.

Zoals ik in het antwoord op de vorige vraag uiteen heb gezet, is het belangrijk dat een zorgstelsel zo is ingericht dat vernieuwingen en verbeteringen worden gestimuleerd. Over het algemeen acht ik verticale integratie ongewenst omdat er het risico aan kleeft dat de zorgverzekeraar de belangen van zijn verzekerden bij de zorginkoop niet objectief en optimaal behartigt. Echter, de voordelen van innovatie kunnen tegen dat nadeel opwegen. Om die reden heb ik voor innovatie een uitzonderingsmogelijkheid gemaakt op het verbod van verticale integratie, mits aannemelijk kan worden gemaakt dat voor het welslagen van de vernieuwing verticale integratie nodig is. Het is aan de NZa om verstandig van de desbetreffende ontheffingsmogelijkheid gebruik te maken. De maximumperiode van acht jaar (vier jaar plus vier jaar verlenging) kan nodig zijn omdat er met de voorbereiding van het invoeren van een vernieuwing meerdere jaren heen kunnen gaan. Een vernieuwing moet daarna de kans krijgen om zich te bewijzen.

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

Ik ben van mening dat de leden van de PVV fractie in grote lijnen de volgorde neerzetten die ik voor ogen heb. Om voor een ontheffing in aanmerking te komen zal de zorgverzekeraar aannemelijk moeten maken dat het verwerven van zeggenschap noodzakelijk is om aan de zorgplicht te voldoen. Ik ben het met de leden van de PVV fractie eens dat het niet voldoende is dat de zorgverzekeraar geen alternatieven ziet: dit zal aannemelijk moeten worden gemaakt bij de NZa. Er zijn immers ook andere opties denkbaar om in de benodigde financiering van zorgaanbod te voorzien dan verticale integratie, bijvoorbeeld door middel van het gedeeltelijk elders inkopen van zorg of door middel van een kapitaalinjectie zonder dat dat leidt tot zeggenschap. Daarom zal van een verzoek tot ontheffing wegens de zorgplicht mijns inziens niet snel sprake zijn.

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

Ik deel de mening van de leden van de PVV-fractie dat het niet wenselijk is als een zorgaanbieder structureel financieel overeind wordt gehouden door een zorgverzekeraar, de normale inkooprelatie daargelaten. Desalniettemin wil ik de ontheffingsmogelijkheid wel handhaven. Ik kan me voorstellen dat een zorgaanbieder in zwaar weer tijdelijk wordt overgenomen door een zorgverzekeraar als er echt geen andere oplossing voorhanden is. Ik zie dit als een laatste redmiddel voordat een dergelijke zorgaanbieder failliet gaat en uitsluitend de cruciale zorg in een vangnet-

stichting wordt doorgeleverd onder verantwoordelijkheid van de overheid. Ik vind dat het in het zorgverzekeringsstelsel past dat een zorgverzekeraar een zorgaanbieder overeind houdt als dat noodzakelijk is om aan zijn zorgplicht te voldoen. Bovendien heb ik met de Europese Commissie afgesproken dat er bepaalde uitzonderingen op het verbod op verticale integratie mogelijk zouden zijn. Dit is van belang voor de Europeesrechtelijke houdbaarheid van het wetsvoorstel. Omdat er uitzonderingen mogelijk zijn vormt het algehele verbod, kort gezegd, een kleinere inbreuk op het Europese recht. Door de ontheffingsmogelijkheden is de beperking van het vrij verkeer van kapitaal en de beperking van vrijheid van vestiging meer proportioneel.

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

Ik ben het niet met de leden van de PVV-fractie eens dat deze uitzondering ruim te interpreteren is. Zoals ik elders in deze nota ook al opmerk, ben ik er niet van overtuigd dat verticale integratie het meest geëigende middel is om vernieuwingen en verbeteringen voor de patiënt zoals ketenregie te organiseren. Een beroep op ontheffing van het verbod op verticale integratie zal daarom moeten worden vergezeld van een heldere uitleg waarom verticale integratie noodzakelijk is voor het welslagen van de vernieuwing. Ondanks het feit dat de drempels om een ontheffing te krijgen behoorlijk hoog zijn wil ik de ontheffingsmogelijkheid wel handhaven. Bovendien zijn de uitzonderingen van belang voor de Europeesrechtelijke houdbaarheid van het wetsvoorstel. Doordat er uitzonderingen mogelijk zijn vormt het algehele verbod, kort gezegd, een kleinere inbreuk op het Europese recht. Door de ontheffingsmogelijkheden is de beperking van het vrij verkeer van kapitaal en de beperking van vrijheid van vestiging meer proportioneel. Overigens ben ik mede naar aanleiding van de vraag van de leden van de PVV-fractie tot het inzicht gekomen, dat de mogelijkheid tot het verkrijgen van een ontheffing voor vernieuwingen in die zin in het wetsvoorstel te ruim was geformuleerd. De NZa zou deze namelijk ook kunnen geven indien de verticale integratie niet noodzakelijk maar slechts bevorderlijk was voor de totstandkoming van de vernieuwing. In bijgevoegde nota van wijziging heb ik dit in die zin aangescherpt, dat de ontheffing slechts gegeven kan worden indien de aanvrager jegens haar aannemelijk heeft gemaakt dat de vorm van verticale integratie waarvoor de ontheffing wordt gevraagd, noodzakelijk is om tot een gewenste vernieuwing te komen.

De leden van de PVV-fractie vragen waarom en wanneer een verlenging van de maximumtermijn van vier jaar voor ontheffingen als bedoeld in artikel 49 Wmg noodzakelijk zal zijn, en op basis van welke criteria de NZa deze verlenging zal verlenen.

De eenmalige verlengingsmogelijkheid van vier jaar geldt alleen voor een ontheffing om vernieuwingen in het zorgaanbod te bewerkstelligen. Een dergelijke verlenging zou – bijvoorbeeld – nodig kunnen zijn om oplossingen te bewerkstelligen – waar nodig samen met andere partijen – opdat een specifiek of complex innovatief zorgaanbod structureel gegarandeerd kan worden. Veranderingen in bestuursstructuur, (informatie-)infrastructuur of organisatie van de zorg vereisen vaak de nodige tijd. Afhankelijk van specifieke problemen kan mogelijk een iets langere tijd nodig zijn om vernieuwend zorgaanbod in een specifieke regio of sector te (her-)structureren, te (her)huisvesten en vervolgens

– door de zorgverzekeraar – weer af te stoten c.q. te verzelfstandigen. Afhankelijk van de specifieke situatie kan een initiële periode van vier jaar daarvoor te kort blijken te zijn. Ook hier geldt weer dat de NZa maatwerk kan leveren door bij het nemen van de ontheffingsbeschikking aanvullende voorschriften of beperkingen aan de ontheffing te verbinden. Indien de begunstigde van de ontheffing in strijd met daaraan verbonden voorschriften of beperkingen handelt, kan de NZa de ontheffing intrekken.

De leden van de PVV-fractie vernemen graag of de NZa gedurende de ontheffingsperiode extra controleert, en op welke gronden de ontheffing kan worden ingetrokken.

De NZa zal gedurende de periode waarover een verzekeraar een ontheffing van het verbod op verticale integratie heeft, toezicht houden op de nakoming van de aan de ontheffing verbonden beperkingen en eventuele andere voorschriften. Indien degene aan wie een ontheffing is verleend handelt in strijd met voorschriften of beperkingen van de ontheffing, kan de NZa deze ontheffing intrekken (zie het voorgestelde artikel 49, vijfde en zesde lid, Wmg). Zodoende kan eventuele onwenselijke rolvermenging, anders dan voor het doel van de ontheffing, voorkomen worden. Daarnaast is de NZa ook belast met controle of zorgaanbieders aan haar voorschriften voldoen.

De leden van de fractie van D66 willen weten of ik hun mening deel dat innovatie in de zorgsector kan worden belemmerd door het feit dat men daar in de toekomst, indien er verticale integratie bij komt kijken, een ontheffing van de NZa voor moet hebben.

Ik ben het met de leden van de fractie van D66 eens dat het vragen van een ontheffing een extra hindernis is voor het doorvoeren van innovatie en daar als zodanig in theorie althans een rem op kan zetten. Anderzijds overweeg ik dat mij geen grote hoeveelheid gevallen van verticale integratie bekend zijn die noodzakelijk waren uit het oogpunt van vernieuwing. Ook zonder verticale integratie kunnen zorgverzekeraars in mijn ogen bijdragen aan innovatie. Zoals ik elders in deze nota ook al opmerk, ben ik er niet van overtuigd dat verticale integratie het meest geëigende middel is om vernieuwingen en verbeteringen voor de patiënt zoals ketenregie te organiseren. Voor die vernieuwingen waarvoor wel verticale integratie noodzakelijk is, is het aanvragen van een ontheffing inderdaad een extra drempel. Het kabinet heeft hier echter bewust voor gekozen aangezien het de publieke belangen die dit wetsvoorstel beoogt te beschermen, belangrijker acht dan deze extra drempel. Ik denk dat dit wetsvoorstel bijdraagt aan innovatie van de zorg in zijn geheel. Juist nieuwe aanbieders moeten kansen krijgen van onafhankelijke zorgverzekeraars die met hen contracten aangaan. Zorgverzekeraars zonder (financiële) afhankelijkheid van een ziekenhuis zullen daar eerder toe zijn geneigd.

In navolging van de Raad van State vragen de leden van de fractie van D66 of het begrip «vernieuwing» niet nader gedefinieerd zou moeten worden. Zij vragen of ik bereid ben dit op te nemen in de voorziene evaluatie van het voorliggende wetsvoorstel.

Ik deel de mening dat het begrip «vernieuwing» nader gedefinieerd zou moeten worden niet. Om te voldoen aan het criterium van vernieuwing zal een zorgverzekeraar aannemelijk moeten maken dat er sprake is van een vernieuwing en dat de verticale integratie noodzakelijk is om die vernieuwing in te voeren. Voor de definitie van vernieuwing moet aansluiting worden gezocht bij de definitie van innovatie van de OECD:

«A technological product innovation is the implementation/ commercialization of a product with improved performance characteristics such as to deliver objectively new or improved services to the consumer. A technological process innovation is the implementation/ adoption of new or significantly improved production or delivery methods. It may involve changes in equipment, human resources, working methods or a combination of these.»

De zorgverzekeraar zal dus aannemelijk moeten maken dat het vernieuwde zorgaanbod de invoering betreft van een dienst of behandeling met – naar verwachting – verbeterde kwaliteit voor de patiënt. De zorgverzekeraar zal dus moeten aantonen dat er sprake is van een nieuwe dienst of behandeling, bijvoorbeeld door een rapportage waarbij het nieuwe aanbod wordt vergeleken met het huidige aanbod. Daarnaast zal hij moeten aantonen dat er sprake is van een verbetering voor de patiënt. Dat kan de zorgverzekeraar doen door informatie te overleggen van verwachte verbeteringen als gevolg van de implementatie van de nieuwe dienst of de nieuwe behandeling. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan ervaringen uit het buitenland of onderzoeksresultaten van pilootprojecten of universitaire en medische onderzoeken. Aan de hand hiervan kan beoordeeld worden of de verticale integratie in objectieve zin een nieuwe of verbeterde dienst aan de patiënt levert.

Daarnaast zal de zorgverzekeraar aannemelijk moeten maken dat er zeggenschap vereist is om deze vernieuwing te verwezenlijken. Dit kan de zorgverzekeraar bijvoorbeeld aannemelijk maken door te demonstreren dat er zonder verticale integratie niet voldoende startkapitaal zou zijn of dat er zonder verticale integratie niet voldoende regie zou zijn. Als er in dergelijke situatie ook nog kan worden aangetoond dat er gezocht is naar zorgaanbieders of commerciële partners en kapitaalverschaffers die in deze tekortkomingen zouden kunnen voorzien, maar dat die niet gevonden werden of dat de businesscase niet rondkwam, dan heeft een zorgverzekeraar in mijn ogen een gereede kans om voor de NZa aannemelijk te maken dat verticale integratie noodzakelijk is om de vernieuwing in te voeren. De werking van het verbod op verticale integratie inclusief de ontheffingsmogelijkheden zal tijdens de evaluatie bekeken worden. Daarbij kan ook de definitie aan de orde komen.

De leden van de fractie van D66 vragen waarom de maximumtermijn voor ontheffingen van het verbod op verticale integratie vanwege het voldoen aan de zorgplicht maximaal vier jaar bedraagt en de ontheffing voor zorgvernieuwing maximaal vier jaar met een eenmalige mogelijkheid voor verlenging met nog eens vier jaar. Deze leden achten het voorstelbaar dat de totale maximumontheffingsduur in geval van innovatie langer wordt dan acht jaar.

Indien een zorgverzekeraar een ontheffing verkrijgt om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen, zal hij naar mijn mening telkens in staat zijn om de desbetreffende zorg, nadat hij er tijdelijk zelf in heeft voorzien (door de zorg binnen de eigen rechtspersoon te laten leveren of door zeggenschap te verwerven over een zorgaanbieder) binnen vier jaar zo te verzelfstandigen, dat hij er geen zeggenschap meer over heeft. Een langere maximumontheffingsduur zou er in dit geval in feite toe leiden dat het verbod op verticale integratie tandeloos zou worden. De ontheffing voor zorgvernieuwing is bedoeld om eventuele voordelen van verticale integratie tijdelijk te benutten (bijv. het aanbieden van integrale zorg en/of het toepassen van nieuwe, kapitaalintensieve technologie) met als duidelijk eindpunt dat zorgverzekering en zorgaanbod worden gescheiden. De ontheffing is bedoeld voor uitzonderingsgevallen. Een periode van maximaal acht jaar zou ruim voldoende moeten zijn om

initiatieven voor «zorgvernieuwing» te ontwikkelen, uit te proberen en bij succes te implementeren.

De leden van de fractie van D66 vinden het onwenselijk dat de beslistermijn voor het geven van een ontheffing acht weken is, indien een zorgverzekeraar die ontheffing nodig heeft om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen. Kan dat niet korter?

In het wetsvoorstel is ervoor gekozen geen bijzondere termijn op te nemen waarbinnen de NZa over een verzoek tot ontheffing van het verbod op verticale integratie dient te beslissen. Dat betekent dat de in de Algemene wet bestuursrecht (Awb) neergelegde regels hierop van toepassing zijn. De Awb bepaalt dat een bestuursorgaan beschikkingen moet geven binnen een «redelijke termijn». De Awb regelt vervolgens niet wat een redelijke termijn is, maar bepaalt wel dat de redelijke termijn in ieder geval acht weken na de ontvangst van de aanvraag is verlopen, tenzij het bestuursorgaan de aanvrager voor die tijd heeft laten weten meer tijd nodig te hebben en wanneer de beschikking dan wél te verwachten valt. De termijn van acht weken is daarom geen standaardtermijn, maar (tenzij tijdig verlengd wordt) een maximumtermijn. Wat in een individueel geval een – binnen die acht weken liggende – redelijke termijn is, hangt af van de omstandigheden. In een geval waarin het evident is dat een naturazorgverzekeraar, AWBZ-verzekeraar of zorgkantoor niet aan zijn zorgplicht kan voldoen tenzij hij op korte termijn zelf zorg kan verlenen, is een beslistermijn van korter dan acht weken redelijk.

De leden van de fractie van D66 stellen vast dat de Minister voornemens is het verbod op verticale integratie tijdelijk in te voeren. Om die reden zal het verbod op verticale integratie telkens na vijf jaar geëvalueerd worden met expliciete aandacht voor noodzaak en wenselijkheid. «Waarom is voor een termijn van vijf jaar gekozen?», zo vragen deze leden.

De huidige termijn van vijf jaar is gekozen, om ervoor te zorgen dat de evaluatie betrekking heeft op een redelijke periode waarin met het verbod op verticale integratie ervaring is opgedaan. Om bijvoorbeeld ook ervaringen met de ontheffingsmogelijkheden zoals bedoeld in artikel 49 Wmg te kunnen evalueren, is het op zijn minst noodzakelijk om de praktijkervaringen gedurende de gehele (maximum) ontheffingstermijn daarin mee te nemen. Het is dan ook de vraag of de benodigde kritische massa wordt gehaald bij een eerdere evaluatie.

De leden van de fractie van D66 willen graag weten of ik kan inschatten wanneer het met dit wetsvoorstel in te voeren verbod op verticale integratie weer ingetrokken zal kunnen worden.

De transparantie van het zorgsysteem wat betreft concurrentie, kosten en kwaliteit, en het vertrouwen van verzekerden in het systeem, zijn nog onvoldoende ontwikkeld om verticale integratie toe te staan. Zoals verschillende consumentenpanels van bijvoorbeeld het NIVEL en de NPCF laten zien, baseren verzekerden hun keuze voor een zorgverzekering nog vooral op de prijs van de polis en niet op het gecontracteerde zorgaanbod en de kwaliteit daarvan. Veel verzekerden weten niet welk zorgaanbod gecontracteerd wordt en welke criteria de zorgverzekeraar daarbij hanteert. De komende jaren zal de transparantie rondom de zorginkoop van verzekeraars daarom sterk moeten verbeteren. Hoe snel dit proces zal gaan kan ik niet voorspellen. Wel zal de in voorliggend wetsvoorstel opgenomen wijziging van artikel 13 Zvw hier aan bijdragen: een naturazorgverzekeraar die niet tijdig voor de aanvang van het verzekeringsjaar bekend maakt welke aanbieders hij gecontracteerd heeft, zal immers de

volledige zorgkosten dienen te dragen als zijn verzekerde in het verzekeringsjaar naar een niet gecontracteerde aanbieder gaat.

In de toekomst zal deze wet geëvalueerd worden, waarbij de borging van publieke belangen als kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid steeds voorop zal staan. Zolang de transparantie en het vertrouwen in de zorg onvoldoende ontwikkeld zijn, blijf ik voorstander van dit verbod.

De leden van de fractie van D66 hebben begrepen dat de voorgenomen evaluatie een analyse zal bevatten van de transparantie van het aanbod, het keuzegedrag van de verzekerden op de zorgverzekeringsmarkt, het patiëntenvertrouwen in de objectieve en eenduidige inkoop van de zorgverzekeraar en de rem op innovatie. Zij vernemen graag op basis van welke indicatoren deze waarden gemeten zullen worden.

Deze waarden kunnen gemeten worden aan de hand van de consumentenpanels zoals die van NIVEL en NPCF, via de jaarlijkse monitor van de verzekeringsmarkt van de NZa en casuïstisch onderzoek. Mogelijke indicatoren zijn het aantal overstappers bij de zorgpolis, een toename van beschikbare informatie ten aanzien van kwaliteit en een toename van bewustzijn bij patiënten en polissenemers en de mate van transparantie en dialoog van verzekeraars met verzekerden over de criteria en keuzes rondom zorginkoop. Ook het wisselen van zorgaanbieder door patiënten, een grotere reisbereidheid en afwijkingen in patiëntstromen zijn mogelijke geschikte indicatoren. Met betrekking tot innovatie is vooral case-by-case onderzoek nodig, eventueel in combinatie met vergelijkingen met het buitenland. Van belang is dan de vraag of de stand van de zorgvernieuwing in Nederland minder is dan in het buitenland en of dit het gevolg is van het verbod op verticale integratie.

De leden van de fractie van D66 vragen om de stand van zaken te geven met betrekking tot het patiëntenvertrouwen, in het bijzonder met betrekking tot de objectieve en eenduidige inkoop van de zorgverzekeraar. Voorts vragen zij aan te geven in welke mate dit vertrouwen dient toe te nemen, wil het verbod op verticale integratie kunnen worden opgeheven.

Er zijn verschillende panels geweest over en onderzoeken gedaan naar het patiëntenvertrouwen in de zorg. Steevast komt hieruit naar voren dat het vertrouwen van patiënten in de eigen huisarts en zorgaanbieders over het algemeen groot is. Het vertrouwen in zorgverzekeraars wat betreft het aanbod en de afhandeling van zorgverzekeringen is aanzienlijk, maar wanneer het gaat om de rol van de verzekeraar bij zorginkoop namens de verzekerde, is het beeld minder gunstig.

Zo is er in april 2011 door de NPCF een actie georganiseerd onder de leden van haar online patiëntenpanel. Ongeveer 3028 patiënten (niet representatief) deden mee aan een vragenlijst over het thema zorginkoop. Ongeveer een kwart (27%) van de deelnemers gaf aan dat er veel vertrouwen in te hebben dat zorgverzekeraars de kwaliteit van de zorg belangrijker vinden dan de kosten. Driekwart (77%) van de respondenten in het NPCF panel gaf aan dat men graag zelf bepaalt bij welk ziekenhuis men de zorg haalt.

Slechts een kwart van de deelnemers krijgt van zijn zorgverzekeraar te horen met welke zorgverleners contracten zijn afgesloten. Slechts 8% van de deelnemers heeft een zorgverzekeraar die informatie geeft over de criteria die hij bij contracteren hanteert. Ongeveer 84% van de deelnemers zou dergelijke informatie graag willen ontvangen.

Een recent onderzoek van onderzoeksinstituut NIVEL naar het vertrouwen van verzekerden in zorgverzekeraars concludeert dat: «(...) verzekerden bij het kiezen van een zorgaanbieder open staan voor advies van hun zorgverzekeraar. De verzekeraar wordt echter nog maar zelden door zijn verzekerden geraadpleegd. Dit blijkt voornamelijk te komen omdat patiënten hun zorgverzekeraar niet vertrouwen». Slechts 8% van de respondenten aan het onderzoek gaf aan hun zorgverzekeraar actief te hebben benaderd voor kwaliteitsinformatie over ziekenhuizen of specialisten. Bijna driekwart van de respondenten (74%) acht het enigszins tot zeer onwaarschijnlijk dat ze hun zorgverzekeraar zouden raadplegen bij de keuze van een zorgaanbieder, mochten ze morgen worden doorverwezen naar een ziekenhuis of specialist. Deze verzekerden geven aan dat zij liever zelf een zorgaanbieder willen kiezen en dat ze twijfelen aan de intenties van de zorgverzekeraar. Gezonde mensen en ouderen zijn iets meer bereid een bemiddelende rol van de zorgverzekeraar te accepteren.

Het NIVEL heeft in ander onderzoek geconstateerd dat verzekerden de keuze van zorgverzekeraar voornamelijk baseren op de hoogte van de nominale premie van de zorgpolis en nauwelijks op basis van kwaliteit. Dit komt mogelijk door het gebrek aan informatie over kwaliteitsverschillen in de zorg. Ofschoon een meerderheid (60%) van de respondenten het op prijs zou stellen dat zorgverzekeraars selectief contracteren op basis van kwaliteit, zou een meerderheid (55%) het niet op prijs stellen indien de zorgverzekeraar een adviserende rol op zich neemt bij de keuze van een zorgverlener.

Wanneer er voldoende verzekerdenvertrouwen is, hangt mede af van de verdere ontwikkelingen in de zorgverzekeringsmarkt, de ervaringen rondom (alternatieve) samenwerkingsverbanden tussen de verschillende marktactoren, en van de toename van de transparantie en informatie.

De leden van de fractie van D66 vragen om minder verstrekkende opties voor het verbod op verticale integratie te overwegen. Voorts vragen zij een uitgebreidere toelichting te geven op het alternatieve voorstel van de Raad van State, om de NZa toestemming te laten verlenen in die gevallen waar verticale integratie beoogd is. Deze leden hebben de indruk dat het aangemerkte probleem slechts van beperkte omvang is en dat dat voorstel dan een meer passend instrument is en ruimte biedt voor maatwerk.

In paragraaf 1. (Inleiding) heb ik naar aanleiding van een vraag van de leden van de PvdA-fractie uiteengezet waarom het bestaande instrumentarium van de ACM, NZa, IGZ of DNB niet volstaat om verticale integratie over de gehele linie te verbieden. Minder verstrekkende opties dan het in dit wetsvoorstel opgenomen verbod op verticale integratie, heb ik, zoals uit de memorie van toelichting blijkt, wel degelijk overwogen. Tot die opties behoorde ook de keuze voor een meer casuïstische benadering. Maar ook bij een casuïstische benadering zou, uitgaand van de wens van het kabinet om het risico van niet objectieve of suboptimale zorginkoop of de schijn van belangenverstremgeling te voorkomen, iedere voorgenomen verticale integratie verboden moeten worden (behalve voor zover er sprake zou zijn van de uitzonderingen op gebied van innovatie of zorgplicht). Een verbod met uitzonderingen leidt dan tot minder administratieve lasten voor de zorgverzekeraars en de betrokken zorgaanbieders dan het omgekeerde. Andere, minder verstrekkende opties om zorginkoop op objectieve en eenduidige gronden te borgen en intransparante keuzemogelijkheden voor patiënten te voorkomen, zijn daarom op dit moment niet voorhanden.

De leden van de fractie van D66 vragen of er in andere landen sprake is van een vergelijkbaar verbod op verticale integratie en – indien dit niet het geval is – of er negatieve gevolgen bekend zijn van het ontbreken van een verbod op verticale integratie. Daarbij verwijzen deze leden onder meer naar de positieve ervaringen met bijvoorbeeld programma's van ketenzorg voor chronisch zieken in de Verenigde Staten. De leden willen graag weten waarom er dan toch voor een verbod wordt gekozen.

Zoals eerder in deze nota aangegeven, is er in een beperkt aantal landen sprake van verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In veel landen is een van beide partijen onderdeel van de publieke sector. Verticale samenwerking tussen verzekeraars en zorgaanbieders komt voor, maar er is dan geen sprake van zeggenschap. In Ierland wordt het stelsel van gezondheidszorg momenteel herzien, deels geïnspireerd door het Nederlandse stelsel. De Ierse regering kiest uitdrukkelijk voor een verbod op verticale integratie.

De ervaringen in de Verenigde Staten zijn niet zonder meer positief. Een organisatie als Kaiser Permanente is een van de positieve voorbeelden waarbij verticale integratie geslaagd is. Er is daarbij sprake van een geheel eigen zorgkolom, met onderlinge exclusiviteit waarbij verzekeraar en zorgaanbieders uitsluitend verwijzen naar het in de samenwerking aangesloten zorgaanbod. Ook heeft verticale integratie in de VS in bijvoorbeeld HMO's geleid tot enige kostenreductie, een zeer beperkte invloed op kwaliteit en een negatievere impact op tevredenheid en keuzevrijheid van verzekerden³⁹. Het beeld rondom het aanbod van chronische zorg is diffuus. Sommige onderzoeken laten zien dat verticaal geïntegreerde «health plans» meer aandacht besteden aan chronisch zieken, andere onderzoeken laten zien dat door een focus op preventie (waar onderscheid gemaakt kan worden) het verzekerdenbestand zichzelf «selecteert» doordat vooral jonge en gezonde Amerikanen gebruik willen maken van dergelijke voorzieningen.

De huidige trends in de VS wijzen eerder op nauwere samenwerking (via contracten en afspraken). Echter, de positieve en negatieve ervaringen in de VS kunnen niet zonder meer vertaald worden naar de Nederlandse situatie, gezien het verschil in concurrentie, in zorgverzekeringen en zorgaanbod, in regulering van de markt, bevolkingssamenstelling en zorgvraag.

Er is geen bewijs dat met minder ingrijpende vormen van samenwerking dan verticale integratie, geen vergelijkbare positieve resultaten als met verticale integratie kunnen worden geboekt.

De leden van de SGP-fractie vragen in te gaan op de kritiek van verschillende zijden dat er met een verbod op verticale integratie te zwaar wordt ingegrepen, aangezien er al voldoende instrumenten voorhanden zijn om verticale integratie tegen te gaan, wanneer deze maatschappelijk niet gewenst is.

Er zijn geen instrumenten om verticale integratie over de gehele linie (behalve in de gevallen waarin volgens voorliggend wetsvoorstel ontheffing aangewezen kan zijn) tegen te gaan. Er zijn slechts instrumenten om verticale integratie te voorkomen indien deze de mededinging significant beperkt of indien sprake is van aanmerkelijke marktmacht. Het kabinet acht het echter ook mogelijk dat als gevolg van verticale integratie

³⁹ Miller, Robert & Harold Luft, «HMO Plan Performance Update: An analysis of the literature, 1997–2001», artikel in «Health Affairs, Vol. 21, no. 4 (2002), p. 78, Maryland; NHS Confederation, «Building Integrated Care – Lessons from the UK and elsewhere», The NHS Confederation, UK, 2006.

publieke belangen worden aangetast zonder dat er sprake is van een beperking van de mededinging of van aanmerkelijke marktmacht. En juist die publieke belangen beoogt dit wetsvoorstel te verzekeren. Te denken valt daarbij aan het voorkomen van het risico dat de belangen van de verzekerden bij de zorginkoop niet objectief en optimaal behartigd worden of het voorkomen van de schijn van belangenverstremgeling. Daartoe is een apart instrument nodig omdat het mededingingsinstrumentarium van de ACM en het aanmerkelijke marktmacht instrumentarium van de NZa voornamelijk de mededinging en de werking van de markt beogen te beschermen, en onvoldoende de potentiële, niet-economische nadelige gevolgen van verticale integratie kunnen voorkomen. Ook de IGZ of DNB hebben niet de mogelijkheid om dergelijke nadelige gevolgen tegen te gaan.

De leden van de SGP-fractie vragen of ik de bestaande mogelijkheden om in te grijpen kan uitwerken.

Ik verwijs deze leden hiervoor graag naar een in paragraaf 1 (Inleiding) opgenomen antwoord op een gelijksoortige vraag van de leden van de PvdA-fractie.

De leden van de SGP-fractie vragen waarom ik het advies van de Raad van State negeer, dat een verbod van verticale integratie te ingrijpend en te zwaar is.

Het kabinet heeft het advies van de Raad van State zeer nauwkeurig bestudeerd. In het zorgstelsel moeten zorgverzekeraars in de eerste plaats het belang van de patiënt vertegenwoordigen en niet het belang van de zorgaanbieder. Verzekerden en patiënten moeten bovendien meer en meer wennen aan het idee dat zorgverzekeraars bepaalde zorgaanbieders wel en andere zorgaanbieders niet contracteren. De verzekerde patiënt moet ervan uit kunnen gaan dat deze selectieve contractering plaatsvindt op de juiste gronden en niet op bedrijfseconomische overwegingen die binnen een verticaal geïntegreerde zorgverzekeraar/zorgaanbieder gemaakt zouden worden. Patiënten moeten er op kunnen vertrouwen dat de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders hun rol invullen op een wijze die voor de patiënt eenduidig en transparant is. Daar past een risico dat een zorgverzekeraar bij de zorginkoop de belangen van zijn verzekerden niet objectief en optimaal behartigt, niet goed bij. Bovendien moet voorkomen worden dat patiënten, door de mogelijke schijn van belangenverstremgeling, zorgaanbieders waarin zorgverzekeraars zeggenschap hebben, vermijden.

De Raad van State merkt op dat niet duidelijk is in welke mate thans «de niet-transparante inkoopmogelijkheden» een probleem zijn voor consumenten. Het kabinet is van mening dat deze overweging niet de kern raakt. Op het moment zijn er immers vrijwel geen voorbeelden van zorgverzekeraars die zeggenschap uitoefenen over zorgaanbieders. De enkele gevallen die er zijn, zouden zijn te scharen onder de ontheffingsgronden van het wetsvoorstel onder de uitzonderingen «vernieuwing» of «het nemen van zeggenschap om aan de zorgplicht te kunnen voldoen». Op basis van de huidige situatie kan dus niet aangegeven worden dat en in hoeverre intransparante inkoopmogelijkheden thans een probleem zijn voor consumenten. Het gaat echter om de vraag wat er zou gebeuren indien een zorgverzekeraar blijvend verticaal zou integreren met bijvoorbeeld een ziekenhuis. Het kabinet is van mening dat dit onwenselijk is, aangezien de zorgverzekeraar zich zou kunnen laten leiden door andere overwegingen dan het patiëntbelang, in een situatie waarin dit voor de patiënt niet duidelijk is aangezien er geen transparante inkoop/verkoopsituatie is. Dat is in de memorie van toelichting op het

wetsvoorstel ook duidelijk gemotiveerd. Zo'n verticale integratie is niet eenvoudig terug te draaien en kan wel schade aanrichten, in een systeem dat is gebaseerd op keuzevrijheid.

Volgens de Raad van State kan verticale integratie voorts ook positieve effecten hebben, zoals ook het kabinet in de toelichting aangeeft. Door het voorgestelde verbod worden volgens de Raad ook dergelijke voordelen van verticale integratie geblokkeerd. Dit doet volgens de Raad van State de vraag rijzen of de keuze voor het verbod op verticale integratie in deze situatie het meest aangewezen instrument is. De Raad van State is er in het bijzonder niet van overtuigd dat de NZa niet adequaat en voldoende effectief zou kunnen optreden met een instrument dat minder ver gaat dan het voorgestelde verbod: de toestemmingsconstructie. Deze zou inhouden dat verticale integratie slechts toegestaan is met voorafgaande toestemming van de NZa. Bij de verlening van de toestemmingsbeschikking zou de NZa voorschriften en beperkingen kunnen opleggen, zoals ook in het geldende artikel 48 van de Wmg met betrekking tot de aanmerkelijke marktmacht is voorzien. Op deze wijze kan volgens de Raad een specifieke situatie aan de hand van kenbare criteria worden beoordeeld. Daarbij kan worden afgewogen of er, ondanks een voorgestelde verticale integratie, sprake zal zijn van een voldoende transparant inkoopproces, alsook of de voordelen van de integratie voor de verzekerden/patiënten groter zijn dan de nadelen daarvan.

Het kabinet heeft naar aanleiding hiervan nogmaals overwogen om verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders van geval tot geval te doen beoordelen door een onafhankelijke toezichthouder. Het kabinet acht echter uit het oogpunt van het vertrouwen in het stelsel dat bij de verzekerde en patiënt moet ontstaan en de wens om ieder risico dat de zorgverzekeraar bij de zorginkoop niet de belangen van zijn verzekerden voorop stelt, te vermijden, elke vorm van verticale integratie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder op dit moment onwenselijk, tenzij het een van de in deze wet geformuleerde ontheffingen betreft. In een dergelijk geval is een verbod met – beperkte – ontheffingsmogelijkheden voor de zorgverzekeraars (en de betrokken zorgaanbieders) inzichtelijker en efficiënter dan een systeem waarin de NZa formeel zelf zou kunnen bepalen wanneer toestemming wordt gegeven maar deze op grond van de beleidswensen van het kabinet eigenlijk (behalve in de gevallen die in dit wetsvoorstel onder de ontheffingsgronden vallen) altijd zou moeten weigeren.

Overigens worden eventuele voordelen in de literatuur wel onderkend, maar er is geen bewijs dat dergelijke voordelen niet op een andere manier dan door middel van verticale integratie bereikt zouden kunnen worden.

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

In haar brief van de 30 november 2011 heeft de Europese Commissie aangegeven dat het verbod op verticale integratie in principe een belemmering van de vrijverkeersregels inhoudt, maar dat deze belemmering kan vallen onder de situaties waarin een dergelijke belemmering gerechtvaardigd is.

Een van de aspecten van de rechtvaardiging van een belemmering van het vrij verkeer is de proportionaliteit van de maatregel. De regering is van mening dat er inderdaad sprake is van een gerechtvaardigde belemmering en heeft in de toelichting bij dit wetsvoorstel, conform ook het

advies van de Afdeling advisering van de Raad van State, dragend gemotiveerd hoe aan het proportionaliteitsvereiste wordt voldaan.

De Europese Commissie geeft nooit definitieve standpunten met betrekking tot de verenigbaarheid van nationale wetten met het Europese recht. De beoordeling daarvan is immers voorbehouden aan het Europese Hof van Justitie. De Europese Commissie zal pas definitief kunnen besluiten of zij op grond van artikel 258 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU) een procedure bij het Europees Hof van Justitie aanhangig maakt tegen de Nederlandse overheid over de verenigbaarheid van het verbod op verticale integratie met het Europese recht, nadat dit wetsvoorstel na instemming van uw Kamer en de Eerste Kamer tot wet verheven is. De brief van de Europese Commissie – ook al is deze met enige «mitsen en maren» omkleed – maakt het echter onwaarschijnlijk dat zij zal overgaan tot het starten van een dergelijke procedure en geeft aan dat zij de maatregel onder omstandigheden, bijvoorbeeld de omstandigheid dat in bepaalde gevallen ontheffing mogelijk is, niet disproportioneel acht. Een dergelijke brief is de best mogelijke zekerheid die de Europese Commissie daarover kan bieden. Zij kan niet op voorhand categorisch verklaren dat het verbod op verticale integratie proportioneel is.

De leden van de fractie van de SGP vragen waarom de maximumduur voor de ontheffing om aan de zorgplicht te kunnen voldoen, vier jaar is. Is uitgesloten dat een langduriger betrokkenheid van verzekeraars nodig is, bijvoorbeeld omdat zich geen private marktpartijen melden die de zorgactiviteiten over willen nemen?

Een periode van vier jaar voor de ontheffing van het verbod op verticale integratie moet voldoende zijn voor een zorgverzekeraar om aan zijn zorgplicht te voldoen. Het zal in deze gevallen gaan om een situatie van dreigend zorgtekort (bijvoorbeeld omdat een aanbieder die in de desbetreffende zorg voorziet failliet dreigt te gaan) of om een situatie van inmiddels bestaand zorgtekort, bijvoorbeeld omdat zorgaanbieders zich niet in een bepaalde regio willen vestigen. De ontheffing biedt de zorgverzekeraar dan de kans eventuele continuïteitsproblemen op te lossen, indien nodig in samenwerking met andere zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars.

De maximumtermijn zonder verlengingsmogelijkheid geeft de zorgverzekeraar een prikkel om het aanbod zo snel mogelijk weer op niveau te krijgen en over te gaan tot ontvlechting. Er is geen reden om aan te nemen dat bij de juiste marktprikkels (prijs, volume) er op langere termijn geen interesse zou bestaan om te voorzien in het benodigde zorgaanbod.

De leden van de SGP-fractie vragen waarom vormen van verticale integratie die op de datum van inwerkingtreding van het wetsvoorstel bestaan, met rust gelaten worden. Waarom is niet gekozen voor een afbouwperiode, zoals ook bij de uitzonderingen is geformuleerd?

De regering is van mening dat zij organisaties die op de inwerkingtredingsdatum van het verbod op verticale integratie al verticaal geïntegreerd zijn, niet tot ontmanteling moet verplichten. Aangezien het verbod op verticale integratie in zulke gevallen niet zal hebben bestaan op het moment waarop verticaal geïntegreerd werd, zou zij daarmee immers minder betrouwbaar over komen. Bovendien zouden hierbij, gezien artikel 1 van het Eerste Protocol bij het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden (EVRM) mogelijk schadeloosstellingskwesties gaan spelen. Een en ander laat uiteraard onverlet, dat bestaande situaties van verticale integratie wel kunnen worden aangepakt

indien daar vanuit het mededingingsrecht aanleiding toe bestaat of sprake zou zijn van situaties van aanmerkelijke marktmacht.

Nieuwe gevallen van verticale integratie zijn straks op basis van dit vooraf kenbare wetsvoorstel verboden, tenzij er grond is voor ontheffing. Dat is enerzijds het geval indien een zorgverzekeraar binnen het bestaande zorgaanbod niet kan voldoen aan zijn zorgplicht en verticale integratie daar wel in kan voorzien, en indien een zorgverzekeraar en zorgaanbieders een gezamenlijk initiatief voor vernieuwing in de praktijk willen brengen. Dat die verticale integratie later weer afgebouwd moet worden, zal uit de ontheffingsbeschikking – waarin de maximumduur van de ontheffing zal worden opgenomen – volgen. Daarom leidt afbouw na de ontheffingsduur niet tot een conflict met het eigendomsrecht.

De leden van de SGP-fractie hebben in het Regeerakkoord gelezen dat in krimpgebieden alle vormen van samenwerking mogelijk moeten zijn. Zij willen graag weten of deze toegestane samenwerking ook zal gelden voor verticale integratie van zorgverzekeraars met aanbieders.

Allereerst wil ik de leden van de SGP-fractie er op wijzen, dat de passages in het Regeerakkoord over samenwerking in krimpregio's zien op op het onderwijsbeleid en daarom samenwerking tussen scholen betreffen. Echter, ook in de zorg is samenwerking in krimpgebieden belangrijk. Daarbij kan ook samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders gezocht worden. Het verwerven van zeggenschap over een zorgaanbieder door een zorgverzekeraar is met dit wetsvoorstel echter ook in krimpgebieden verboden. Het is doorgaans als oplossing voor de problematiek in krimpgebieden niet nodig om de samenwerking zodanig vorm te geven dat er sprake is van verticale integratie. Ook zonder het verwerven van zeggenschap kunnen voordelen in samenwerking in de keten gerealiseerd worden. Indien een zorgverzekeraar desondanks niet aan zijn zorgplicht kan voldoen en van mening is dat hij wel aan die plicht kan voldoen als hij de zorg zelf mag leveren of zeggenschap in een zorgaanbieder mag verwerven, kan hij bij de NZa een ontheffing van het verbod op verticale integratie vragen. Deze ontheffingsmogelijkheid heeft het kabinet geïntroduceerd mede met de problematiek van de krimpregio in het achterhoofd. Immers, juist daar kan het voorkomen dat de zorgverzekeraar op geen andere wijze aan de zorgplicht kan voldoen dan door zelf zorg aan te bieden of door een meerderheidsbelang (met zeggenschap) te nemen in een zorgaanbieder.

4. Toezicht en handhaving

De leden van de fractie van de PvdA vragen zich af of de definities in het wetsvoorstel niet zo vaag zijn, dat effectief toezicht niet mogelijk zal zijn. Zij vragen uitgebreider aan te geven aan de hand van welke signalen de NZa effectief kan onderzoeken of er sprake is van verboden integratie. Van welk «ander onderzoek» kan de NZa nog meer gebruik maken?

Het verbod op verticale integratie zoals dat is geformuleerd in het wetsvoorstel, is goed te handhaven. Zorgverzekeraars mogen niet zelf zorg verlenen en ook geen zeggenschap verwerven in een zorgaanbieder. De definities zijn mijns inziens helder. Wanneer er sprake is van zeggenschap wordt gedefinieerd aan de hand van wettelijke criteria die al geruime tijd in het Europese en nationale mededingingsrecht toegepast en gehandhaafd worden. Er is al een ruime (Europese) beschikkingenpraktijk voorhanden. Hierbij wordt opgemerkt dat iedere casus apart zal moeten worden beoordeeld. Of sprake is van verticale integratie (conform de wet) of van een andere vorm van samenwerking hangt af van de specifieke omstandigheden van het geval. De zorgverzekeraars zullen deze

norm relatief eenvoudig kunnen hanteren en ook voor de NZa zijn deze regels praktisch uitvoerbaar.

De NZa kan via verschillende wegen signalen krijgen. Bovendien kan de NZa via de jaarlijkse rapportages en jaarverslagen die zij ontvangt van zorgaanbieders onderzoek doen naar zeggenschapsverhoudingen bij zorgaanbieders. Ook in de jaarcijfers van zorgverzekeraars zijn zeggenschapsverwervingen zichtbaar. Daarnaast heeft de NZa nauw contact met de ACM die uit haar dagelijkse fusiecontrolepraktijk een goed beeld heeft van zeggenschapsveranderingen. De NZa kan ook gebruikmaken van signalen van en bevindingen uit haar eigen ad hoc onderzoek naar aanmerkelijke marktmacht bij zorgaanbieders en/of onderzoek naar de werking van de zorgverzekeringsmarkt. Bovendien zijn er relevante openbare bronnen als het register bij de Kamer van Koophandel. De IGZ is bovendien verantwoordelijk voor toezicht op goed bestuur en bedrijfsvoering van zorgaanbieders.

In de memorie van toelichting staat dat de NZa aan de hand van signalen die haar onder andere via «de tiplijn» bereiken, actief zal onderzoeken of er sprake is van verboden verticale integratie. De leden van de CDA-fractie vragen in dit verband wat voor soort tiplijn de NZa heeft.

De NZa heeft een meldpunt waar mogelijke overtredingen door zorgverzekeraars, zorgkantoren of zorgaanbieders van de Wmg, de Zvw en de AWBZ gemeld kunnen worden. Eventueel kan een dergelijke melding ook anoniem worden gedaan. Een melding kan bestaan uit bijvoorbeeld een klacht, over een dienst, of een situatie van een zorgverzekeraar, zorgkantoor of zorgaanbieder, die mogelijk in strijd is of handel(t)(en) met bovengenoemde wetten. Voorbeelden van meldingen: onjuist declaratiegedrag van beroepsbeoefenaren (zoals huisartsen, tandartsen) en/of instellingen (zoals ziekenhuizen, verpleeg- of verzorgingshuizen) waarop de NZa toezicht uitoefent; het verstoren van de marktwerking in de gezondheidszorg door zorgaanbieders of zorgverzekeraars; het verstoren van de markt(werking) door misbruik van een positie van aanmerkelijke marktmacht. Hieronder valt dus straks ook een inbreuk op het verbod op verticale integratie.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten of de accountant, die het jaarverslag van de zorgverzekeraar vaststelt, ook verantwoordelijk is voor het vaststellen of er sprake is van verboden verticale integratie, of deze een meldplicht heeft richting de NZa en indien dit niet zo is, of een dergelijke rol niet onderdeel van het toetsingskader zou moeten zijn.

Met het verbod op verticale integratie zullen zorgverzekeraars geen zeggenschap mogen verwerven bij zorgaanbieders. De accountant zal hierbij een rol spelen, omdat de structuur van de onderneming van belang is voor de inrichting van de jaarrekening (is er sprake van een deelneming, belegging of groepsmaatschappij?). Dit is bepalend voor de wijze van verantwoording in de jaarrekening van de zorgverzekeraars. In het kader van Controle Standaard 250⁴⁰ moet de accountant ook nagaan of de zorgverzekeraar zich aan wettelijke vereisten houdt. In een situatie van verbod op verticale integratie zal de accountant die constateert dat er wel degelijk sprake is van verticale integratie, dit dus signaleren. Indien er sprake is van een inbreuk op een wettelijke bepaling (het verbod op verticale integratie), kan de accountant niet zonder meer een goedkeurende getrouwbeeldverklaring afgeven.

⁴⁰ Nederlandse beroepsorganisatie van accountants, Handleiding Regelgeving Accountancy, standaard 250: «Het in overweging nemen van wet- en regelgeving bij een controle van financiële overzichten».

De leden van de CDA-fractie hebben uit het wetsvoorstel en de memorie van toelichting begrepen dat de NZa een rol speelt bij het doorgeven van signalen die zij ontvangt, maar niet belast is met opsporing en bestraffing van strafbare feiten, omdat het Openbaar Ministerie dat zou moeten doen. Deze leden vragen of het Openbaar Ministerie een handhavingsrichtlijn op het verbod op verticale integratie zal opstellen. Daarnaast willen deze leden ook graag weten welke capaciteit het openbaar Ministerie voor deze taak heeft.

Anders dan de leden van de CDA-fractie menen, is het Openbaar Ministerie niet belast met opsporing en toezicht van het verbod op verticale integratie. Het krijgt daarvoor dan ook geen capaciteit. Het Openbaar Ministerie is wel belast met opsporing en handhaving van valsheid in geschrifte met betrekking tot het jaarverslag, waarin ook opgave gedaan moet worden van onderlinge zeggenschapsverhoudingen. Deze opsporing- en handhavingstaak heeft het Openbaar Ministerie nu al, en het zal geen extra capaciteit krijgen om bij de uitvoering van deze taak mede na te gaan of er onjuiste informatie in het jaarverslag staat over zeggenschapsverhoudingen.

De leden van de fractie van D66 constateren dat de NZa in het voorliggende voorstel actief gaat onderzoeken of er sprake is van verboden verticale integratie. Voor dit toezicht moeten zorgverzekeraars de door de NZa gewenste informatie aanleveren. Zij vragen hoeveel extra administratieve lasten dit met zich brengt.

Zorgverzekeraars zullen met een aantal elementen uit deze wet rekening moeten houden. Er treden drie effecten op. Ten eerste zullen de zorgverzekeraars moeten nagaan of en in hoeverre zij voldoen aan de verbodsbepaling uit deze wet. Ten tweede bevat deze wet de mogelijkheid om een ontheffing van het verbod aan te vragen. In voorkomend geval levert die aanvraag administratieve lasten op. Ten derde zullen zij de transparantieverplichting (dat wil zeggen de voorgestelde nieuwe leden van artikel 40 Wmg) moeten naleven.

Zorgverzekeraars moeten nagaan of zij geen inbreuk maken op de verbodsbepaling uit deze wet. Daartoe dienen zij doorlopend na te gaan of zij geen zeggenschap verwerven over een zorgaanbieder. Hoewel dit voor de zorgverzekeraar een zekere hoeveelheid administratief werk oplevert, is dit geen stijging van de administratieve lasten. De zorgverzekeraar is namelijk op basis van de Mw en de Europese Concentratieverordening al gehouden dit na te gaan. Aangezien de uitleg van het begrip «zeggenschap» in voorliggend wetsvoorstel en in het mededingingsrecht is gelijkgeschakeld, levert dit geen extra administratieve lasten op. Het naleven van de plicht om bestuurlijke en financiële deelnemingen in zorgaanbieders transparant te maken en eventueel in voorkomend geval bij een onderzoek van de NZa extra informatie aan te leveren zijn nalevinglasten die worden opgelegd aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar zal zich extra moeten inspannen om eventuele deelnemingen per zorgaanbieder inzichtelijk te maken. Opgemerkt zij dat deze gegevens voor het opmaken van de jaarrekening en het jaarverslag al aanwezig zijn. Wel dienen deze gegevens voor publicatie en in voorkomend geval voor aanlevering bij de NZa geschikt gemaakt te worden en te worden teruggeleid naar individuele zorgaanbieders. Bovendien dienen ze ook daadwerkelijk transparant gemaakt te worden. Dit zijn echter geen extra administratieve lasten.

Voorts vragen de leden van de D66 fractie hoeveel extra werknemers bij de NZa zullen worden aangesteld.

De NZa heeft 8 *full time*-equivalent (fte) inzetbaar voor haar taken op het gebied van markttoezicht. Deze capaciteit zal naar 10 fte worden uitgebreid als gevolg van dit wetsvoorstel. Bezwaren en beroepen op de besluiten betreffende markttoezicht worden behandeld door de juridische dienst van de NZa. Deze heeft 15 fte beschikbaar om alle bezwaren en beroepen af te handelen, dus ook die buiten het markttoezicht.

De NZa kan verschillende instrumenten inzetten om toezicht te houden en te handhaven. Deze lopen uiteen van een boete, een last onder dwangsom tot een aanwijzing. De leden van de fractie van D66 vragen toe te lichten bij welke overtredingen aan welk middel wordt gedacht.

De NZa kan verschillende instrumenten inzetten om toezicht te houden en te handhaven, afhankelijk van factoren zoals de ernst van de overtreding. De NZa heeft hiervoor een handhavingplan opgesteld. De handhavinginstrumenten variëren van een boete die de NZa kan inzetten indien bijvoorbeeld verboden verticale integratie zonder een daarvoor door de NZa afgegeven ontheffing is doorgevoerd. Ook kan de NZa een last onder dwangsom of een aanwijzing inzetten. Dat laatste kan ik me bijvoorbeeld voorstellen indien een zorgverzekeraar na een tijdelijke ontheffing de verticale integratie onbedoeld niet op een juiste manier of niet op tijd heeft afgebouwd. In de overige gevallen waarbij er sprake is van verboden verticale integratie, ga ik ervan uit dat de NZa forse boetes op legt. De wet bepaalt dat boetes kunnen worden opgelegd tot een hoogte van 500.000 Euro of – indien dat meer is – 10% van de omzet van de betrokken ondernemingen in Nederland.

5. Onderzoek en overleg met de Europese Commissie

Uit het voorlopige standpunt van de Eurocommissaris blijkt niet dat het voorgestelde verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voldoet aan het proportionaliteitsvereiste, zo constateren de leden van de VVD-fractie. Deze leden vragen hoe zeker het is dat dit verbod Europeesrechtelijk stand houdt bij een eventuele gang naar de rechter.

Het verbod op verticale integratie kan een beperking opleveren van het vrij verkeer. Een dergelijke beperking kan op grond van de jurisprudentie van het Europees Hof van Justitie gerechtvaardigd zijn indien de maatregel beantwoordt aan dwingende redenen van algemeen belang, de maatregel geschikt is om de verwezenlijking van het nagestreefde doel te waarborgen, de maatregel niet verder gaat dan nodig is voor dat doel, de maatregel kenbaar en voorspelbaar is en de maatregel zonder discriminatie wordt toegepast.

De maatregel uit dit wetsvoorstel is, gezien de omstandigheden die uiteen zijn gezet in de memorie van toelichting, gegeven het ermee te bereiken doel de minst beperkende maatregel die de regering kan nemen. Ik ben er dan ook van overtuigd – mede met het oog op het contact met de Europese Commissie – dat het met dit wetsvoorstel beoogde verbod stand houdt bij een eventuele gang naar de rechter.

De leden van de VVD-fractie vragen of ik de voordelen van verticale integratie, zoals het verminderen van vermijdbare complicaties, het beperken van onnodig (dure) zorg en een betere afstemming op een volgende schakel in zorgverlening, onderken.

Zoals eerder aangegeven in deze nota en in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel, kan verticale integratie voordelen bieden voor de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. Echter, de praktijk heeft uitge-

wezen dat dergelijke voordelen zich vaak ook niet voordoen. Studies in de VS hebben laten zien dat er slechts een zeer beperkt aantal succesvolle verticaal geïntegreerde organisaties is. Kostenbesparingen zijn mogelijk – al zijn ze vaak beperkt – evenals verbetering van de substitutie (bijvoorbeeld verschuiving van dure tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg). Organisaties die veel aandacht besteden aan preventie, verminderen vaak het gemiddeld aantal dagen binnen de intramurale zorg. Echter, de keerzijde van deze voordelen van verticale integratie is dat deze in de praktijk gestuurd worden vanuit organisatorische overwegingen en vanuit de behoefte aan het vergroten van marktaandeel, terwijl er onvoldoende aandacht wordt besteed aan de kwaliteit van zorg voor de patiënt en dat integrerende organisaties onvoldoende investeren in samenwerking en cultuuraspecten, wat samenwerking en stroomlijning van belangen teniet zou kunnen doen. De tevredenheid van patiënten ten opzichte van de geïntegreerde zorg neemt vaker af en de inperking van het keuzeaanbod (door zgn. selectie zorg of «lock-in», waarbij verzekerden enkel naar zorgaanbieders in de eigen «kolom» kunnen) maakt dat veel verzekerden veranderen van zorgverzekeraar⁴¹.

Het zorgstelsel gaat uit van drie gelijkwaardige partijen: verzekerde, verzekeraar en zorgaanbieder. Indien de laatste twee verticaal integreren en de verzekerde onvoldoende informatie en inzicht heeft in de relaties tussen beide partijen en in de kwaliteit van het zorgaanbod, kan deze niet goed bepalen of beslissingen tot behandeling worden genomen op basis van financiële overwegingen of op basis van de beste kwaliteit van zorg. Verticale integratie is naar mijn mening niet noodzakelijk om tot kwalitatief hoogwaardige, integrale zorg te komen waarbij zorgverzekeraars en zorgaanbieders – op basis van scherpe onderhandelingen over prijs en kwaliteit – nauw samenwerken.

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

Na uitvoerig overleg tussen de Europese Commissie en de regering heeft de Commissie zich gebogen over de verenigbaarheid van het verbod op verticale integratie met het Europese recht. Bij brief van 30 november 2011 heeft de Commissie het standpunt ingenomen dat het verbod op verticale integratie in principe een belemmering van de vrijverkeersregels inhoudt, maar dat deze belemmering kan vallen onder de situaties waarin een dergelijke belemmering gerechtvaardigd is. De regering is van mening dat er inderdaad sprake is van de rechtvaardigingsgrond waar de Commissie op doelt.

De Europese Commissie geeft nooit definitieve standpunten met betrekking tot de verenigbaarheid van nationale wetten met het Europese recht. De beoordeling daarvan is immers voorbehouden aan het Europese Hof van Justitie. De Europese Commissie zal pas definitief kunnen besluiten of zij op grond van artikel 258 VWEU een procedure bij het Europees Hof van Justitie aanhangig maakt tegen de Nederlandse overheid over de verenigbaarheid van het verbod op verticale integratie

⁴¹ Miller, Robert & Harold Luft, «HMO Plan Performance Update: An analysis of the literature, 1997–2001», artikel in «Health Affairs, Vol. 21, no. 4 (2002), page 63–86, Maryland; NHS Confederation, «Building Integrated Care – Lessons from the UK and elsewhere», The NHS Confederation, UK, 2006.

met het Europese recht, nadat dit wetsvoorstel na instemming van uw Kamer en de Eerste Kamer tot wet verheven is. De brief van de Europese Commissie – ook al is deze met enige «mitsen en maren» omkleed – maakt het echter onwaarschijnlijk dat zij zal overgaan tot het starten van een dergelijke procedure. Een dergelijke brief is echter de best mogelijke zekerheid die de Europese Commissie daarover kan bieden. Zij kan niet op voorhand categorisch verklaren dat het verbod op verticale integratie niet in strijd komt met het Europese recht.

De leden van de fractie van D66 stellen vast dat er onduidelijkheid bestaat over het standpunt van de Europese Commissie betreffende het verbod op verticale integratie. Uit een brief van 30 november 2011 van de Commissaris voor de Interne Markt blijkt volgens de Raad van State niet dat het voorgestelde verbod op verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voldoet aan het proportionaliteitsvereiste. Deze leden vragen of ik de mening van de Raad van State deel.

In haar brief van de 30 november 2011 heeft de Europese Commissie aangegeven dat het verbod op verticale integratie in principe een belemmering van de vrijverkeersregels inhoudt, maar dat deze belemmering kan vallen onder de situaties waarin een dergelijke belemmering gerechtvaardigd is.

Een van de aspecten van de rechtvaardiging van een belemmering van het vrij verkeer is de proportionaliteit van de maatregel. De regering is van mening dat er inderdaad sprake is van een gerechtvaardigde belemmering en heeft met betrekking tot het proportionaliteitsvereiste in de toelichting bij dit wetsvoorstel, conform het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State, dragend gemotiveerd hoe het wetsvoorstel hieraan voldoet.

De Europese Commissie geeft nooit definitieve standpunten met betrekking tot de verenigbaarheid van nationale wetten met het Europese recht. De beoordeling daarvan is immers voorbehouden aan het Europese Hof van Justitie. De Europese Commissie zal pas definitief kunnen besluiten of zij op grond van artikel 258 VWEU een procedure bij het Europees Hof van Justitie aanhangig maakt tegen de Nederlandse overheid over de verenigbaarheid van het verbod op verticale integratie met het Europese recht, nadat dit wetsvoorstel na instemming van uw Kamer en de Eerste Kamer tot wet verheven is. De brief van de Europese Commissie – ook al is deze met enige «mitsen en maren» omkleed – maakt het echter onwaarschijnlijk dat zij zal overgaan tot het starten van een dergelijke procedure en geeft aan dat zij de maatregel onder omstandigheden, bijvoorbeeld de omstandigheid dat in bepaalde gevallen ontheffing mogelijk is, niet disproportioneel acht. Een dergelijke brief is de best mogelijke zekerheid die de Europese Commissie daarover kan bieden. Zij kan niet op voorhand categorisch verklaren dat het verbod op verticale integratie proportioneel is.

II. ARTIKELSGEWIJS

Artikel I (wijziging Wmg)

Onderdeel B (art. 40 Wmg)

De leden van de PvdA-fractie vragen wat ik in het voorgestelde vierde lid van artikel 40 Wmg bedoel met «directe invloed».

Met het woord «direct» in dat lid wordt bedoeld dat de zorg- en ABWZ-verzekeraars en zorgkantoren slechts openbaar hoeven te maken bij welke zorgaanbieders zij rechtstreeks invloed uit kunnen oefenen op

het bestuur en in welke zorgaanbieders zij rechtstreeks financiële belangen hebben. Hebben zij dergelijke invloed of financiële belangen niet zelf, maar via een (of meer) tussenliggende (rechts)perso(o)nen, dan hoeven zij dit niet bekend te maken. Hetzelfde geldt voor belangen die (groot)moeders van verzekeraars of zorgkantoren in zorgaanbieders hebben. Zouden alle (rechts)personen die bestuurlijk of financieel verbonden zijn met verzekeraars of zorgkantoren verplicht worden om hun belangen in zorgaanbieders openbaar te maken, dan zou dat naar verwachting tot een enorme hoeveelheid openbaarmakingen leiden. Niet alleen zou dat tot hoge administratieve lasten leiden (bedenk in dat verband dat het voorgestelde artikel 40 Wmg ziet op het hebben van minderheidsaandelen, terwijl artikel 49 Wmg slechts voor zeggenschapsconstructies geldt), ook zouden de openbaarmakingen voor de verzekeringsplichtige burger niet gemakkelijk te doorgronden zijn. Overigens laat het niet bestaan van de openbaarmakingsplicht voor (groot)moeders of (klein)dochters van zorgverzekeraars en zorgkantoren de werking van artikel 49 Wmg onverlet: (groot)moeders van verzekeraars en zorgkantoren zullen – net als de verzekeraars en de zorgkantoren zelf – geen zeggenschap mogen hebben in zorgaanbieders, en verzekeraars en zorgkantoren zullen niet via (klein)dochters zeggenschap mogen verwerven in zorgaanbieders⁴².

De leden van de fractie van de PvdA zijn bang dat het voorliggende wetsvoorstel niet voorkomt dat zorgverzekeraars op informele en indirecte wijze invloed op zorgaanbieders zullen gaan uitoefenen. Zij betwijfelen of formeel stemrecht de enige wijze is waarop zorgverzekeraars invloed kunnen uitoefenen op zorgaanbieders. Immers, bij het merendeel van de zorgaanbieders draagt een enkele zorgverzekeraar bij aan een significant deel van de omzet, en kan de zorgverzekeraar haar inkoopmacht misbruiken door dreiging tot opzegging van het contract tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Hoe ondervangt de Minister de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om op informele en indirecte wijze invloed uit te oefenen op zorgaanbieders, en daarmee het verbod op verticale integratie te omzeilen?

De leden van de PvdA fractie merken terecht op dat het hebben van formeel stemrecht niet de enige manier is waarop zeggenschap kan ontstaan. Er zijn kort gezegd twee manieren om zeggenschap te verwerven over een zorgaanbieder. Dat kan ten eerste zijn door middel van het verwerven van een meerderheid van de stemrechten. Maar ook een andere juridische omstandigheid, zoals de koop van vermogensbestanddelen of een wijziging van de statuten, kan leiden tot het verwerven van zeggenschap. Ook het kunnen verbieden van belangrijke beslissingen met betrekking tot de activiteiten van de zorgaanbieder (negatieve zeggenschap) kan zeggenschap in de zin van dit wetsvoorstel opleveren, zoals bijvoorbeeld de mogelijkheid om een veto uit te spreken over belangrijke strategische beslissingen ten aanzien van de activiteiten van de zorgaanbieder. Naast deze juridische omstandigheden kunnen ook feitelijke meer indirecte of informele omstandigheden zeggenschap opleveren volgens vaste rechtspraak over de regels waarop dit wetsvoorstel is gebaseerd. Het kan dan bijvoorbeeld gaan over duurzame economische afhankelijkheid. Hiervan kan sprake zijn in een samenstelling van factoren zoals het hebben van een langdurig exclusief inkoopcontract in combinatie met structurele banden.

⁴² Een openbaarmakingsplicht voor (groot)moeders en (klein)dochters van verzekeraars en zorgkantoren zou derhalve naar verwachting vooral leiden tot een enorme hoeveelheid meldingen van minderheidsbelangen in zorgaanbieders.

Of op een zorgaanbieder beslissende invloed kan worden uitgeoefend zodat van zeggenschap over die zorgaanbieder gesproken kan worden, hangt vooral af van het antwoord op de vraag of in de praktijk belangrijke strategische beslissingen met betrekking tot die zorgaanbieder kunnen worden genomen. Bij de beoordeling speelt de duur en aard van de financiële relatie (bijvoorbeeld langer dan drie jaar, aanwezigheid van langlopend voorschot of lening), de bedoeling van de partijen, de aspecten waarop de zorgverzekeraar invloed kan hebben (bijvoorbeeld beslissingsbevoegdheden over prijzen, beslissingsbevoegdheden over innovaties) en de structuur (is er een middel voor de zorgverzekeraar om de dagelijkse beslissingen te beïnvloeden, zoals een stuurgroep) een rol.⁴³ Aan de hand van dergelijke factoren wordt bepaald of er sprake is van feitelijke zeggenschap. Overigens vinden dergelijke beoordelingen ook nu al plaats op basis van bestaande wetgeving. Zou er namelijk sprake zijn van een transactie die zou kunnen leiden tot feitelijke zeggenschap, dan zouden zorgverzekeraars die transactie moeten melden bij de ACM die deze dan zou toetsen op een eventuele beperking van de mededinging. De inkoopcontracten die zorgverzekeraars momenteel hebben met zorgaanbieders vallen hier overigens doorgaans niet onder. Dat zou alleen dan het geval zijn indien zorgaanbieders via de inkoopcontracten langdurig zodanig afhankelijk worden van de zorgverzekeraar, dat er sprake is van feitelijke zeggenschap.

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

Als een dergelijke benoeming van een bestuurder of lid van de Raad van Toezicht tot zeggenschap leidt, dan is dat verboden op grond van het wetsvoorstel. Hieronder vallen alle situaties waarbij een zorgverzekeraar direct of indirect zeggenschap krijgt over een zorgaanbieder, ook als dat plaats vindt door de benoeming van een bestuurder in de Raad van Toezicht.

Onderdeel D (art. 49 Wmg)

Artikel 49, eerste lid, Wmg

De leden van de fractie van de PvdA spreken hun zorg uit over het slechts beperken van het verbod op verticale integratie tot zeggenschap. Zij zijn van mening dat, wanneer zorgverzekeraars, AWBZ-verzekeraars, zorgkantoren of hun (groot)moeders significante bestuurlijke of financiële belangen hebben in een zorgaanbieder, deze belangen kunnen leiden tot indirecte zeggenschap over de zorgaanbieder.

Hoewel de leden op dit punt geen vraag stellen, denk ik dat het verstandig is om toch kort op deze mening van de leden van de PvdA-fractie in te gaan. Ook het verwerven of hebben van indirecte zeggenschap door zorgverzekeraars in zorgaanbieders wordt met voorliggend wetsvoorstel verboden. Van indirecte zeggenschap is sprake indien niet de zorgverzekeraar zelf zeggenschap over een zorgaanbieder heeft, maar een dochter van de zorgverzekeraar.

Omdat in een dergelijk geval de zorgverzekeraar via zijn zeggenschap over de dochter alsnog beslissende invloed uit kan oefenen op het beleid van de zorgaanbieder, is ook het verwerven van indirecte zeggenschap door een zorgverzekeraar verboden.

⁴³ PB C 66, 16.3.2004, p. 4; Case No. COMP/M.3136 – GE / AGFA NDT, 05.12.2003

Uit de context van de opmerking van de leden van de PvdA-fractie vermoed ik echter dat deze leden bedoelen te zeggen, dat zij vrezen dat ook een zorgverzekeraar, AWBZ-verzekeraars, zorgkantoren of hun (groot)moeders met een minderheidsbelang een beslissende invloed op het beleid van een zorgaanbieder uit kan oefenen. Dat is inderdaad niet uitgesloten. Heeft een zorgverzekeraar slechts een minderheidsbelang in een aanbieder en verder nauwelijks of geen beïnvloedingsmogelijkheden, dan zal per definitie geen sprake zijn van zeggenschap. Maar heeft hij naast het minderheidsbelang nog andere beïnvloedingsmogelijkheden, dan kan er, gegeven de interpretatie van het begrip «zeggenschap» in het Europese recht en de Mededingingswet (bij welk begrip het begrip «zeggenschap» in artikel 49 Wmg aan zal sluiten) wel degelijk sprake zijn van zeggenschap. Ook dergelijke zeggenschap is dan, zo kan ik de leden van de PvdA-fractie geruststellen, verboden (tenzij sprake is van een door de NZa verleende ontheffing). In een aantal eerdere antwoorden in deze nota is nader op deze materie ingegaan.

Ten slotte merk ik op dat een op de zorgverzekeraars (en dan logischerwijze ook op zijn (groot)moeders) gericht verbod tot het verwerven van louter een minderheidsaandeel in zorgaanbieder (dus zonder dat sprake is van bijkomende omstandigheden die tot zeggenschap leiden) zou betekenen dat zij – behalve in de ontheffingsgevallen – ook niet in geringe mate in zorgaanbieders zouden mogen investeren. Niet alleen zou dit in strijd komen met het vrij verkeer van kapitaal, maar ook is dit bezien vanuit de investeringsbehoefte van de zorgaanbieders ongewenst. Bovendien zou dit in tegenspraak zijn met het Regeerakkoord.

De leden van de PvdA hebben zich verbaasd over het feit dat de (groot)moeders van zorgverzekeraars niet openbaar hoeven te maken of en in welke mate zij invloed hebben op het bestuur van een zorgverzekeraar of daar financiële belangen in hebben. Hoe zal dan het risico kunnen worden ondervangen dat zorgverzekeraars, AWBZ-verzekeraars zorgkantoren of hun (groot)moeders indirecte zeggenschap uitoefenen?

Zoals ik uitgebreider heb uiteengezet in een eerder antwoord op een gelijksoortige vraag van de leden van de PvdA-fractie, is er in het voorgestelde artikel 40, vierde lid, Wmg van dit wetsvoorstel voor gekozen om (groot)moeders en (klein)dochters van zorg- en AWBZ-verzekeraars of zorgkantoren geen openbaarmakingplicht op te leggen. Dat zou namelijk naar verwachting tot zeer veel weinig zeggende meldingen leiden. Zoals de leden van de PvdA-fractie terecht constateren, laat dit onverlet dat dergelijke (groot)moeders geen zeggenschap over zorgaanbieders mogen verwerven en dat verzekeraars of zorgkantoren niet via (klein)dochters zeggenschap over zorgaanbieders mogen verwerven (zie het voorgestelde art. 49 Wmg). In theorie zou men kunnen stellen dat het ontbreken van de openbaarmakingplicht voor (groot)moeders en voor verzekeraars of zorgkantoren die via (klein)dochters belangen in zorgaanbieders verwerven, de NZa een aanknopingspunt voor het toezicht op de nakoming van artikel 49 Wmg ontnemt. Echter, als het goed is, zou uit een dergelijke openbaarmakingplicht nooit komen, dat een (groot)moeder of een verzekeraar/zorgkantoor via een (klein)dochter zeggenschap heeft verworven in een zorgaanbieder. Dan zou immers in strijd met artikel 49 Wmg zijn gehandeld. Een openbaarmakingplicht zou er naar verwachting daarom vooral toe leiden dat er een enorme hoeveelheid meldingen zou komen van minderheidsbelangen van (groot)moeders in zorgaanbieders respectievelijk van indirecte (nl. via (klein)dochters) minderheidsbelangen van verzekeraars of zorgkantoren in zorgaanbieders. De administratieve lasten hiervan zouden groot zijn en de relevantie gering. De NZa zal via het uitvoeringstoezicht op zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders, en op basis van signalen via de tiplijn of uit eigen of ander onderzoek aanknopings-

punten kunnen halen voor de vraag of (groot)moeders verboden zeggenschap in zorgaanbieder verwerven dan wel verzekeraars of zorgkantoren indirect verboden zeggenschap verwerven. In de jaarverslaglegging zal openbaar moeten worden gemaakt welke financiële banden met zorgaanbieders van toepassing zijn.

«Hoe beschouwt de Minister in deze context de dominante positie van De Friesland Zorgverzekeraar in de regio Friesland?», zo vragen de leden van de PvdA-fractie.

De positie van zorgverzekeraar De Friesland is die van een dochteronderneming van Achmea Zorg. Het verbod om direct of indirect zeggenschap te verwerven in een zorgaanbieder zal daarmee zowel voor De Friesland Zorgverzekeraar als voor Achmea gelden, en zowel ten aanzien van in Friesland opererende zorgaanbieders als daarbuiten.

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze actief voorlichting gegeven zou kunnen worden aan verzekerden over de manier waarop (zorg) verzekeraars met elkaar verbonden zijn.

In de jaarlijkse marktscan die de NZa maakt, staat standaard een overzicht van de risicodragers die de Zvw uitvoeren (26 stuks) ingedeeld naar de autonome economische concerns waartoe ze behoren. Deze overzichten worden ook op vergelijkingssites weergegeven.

Artikel 49, tweede lid, Wmg

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

Zoals ik in een in paragraaf 3 opgenomen antwoord op een vraag van de PvdA heb aangegeven, zie ik de voorziening die Menzis heeft getroffen voor de huisartsenzorg in Noord-Groningen als een goed voorbeeld van het gebruik maken van verticale integratie om aan de zorgplicht te kunnen voldoen.

Artikel 49, derde lid, Wmg

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

Om te voldoen aan het criterium van vernieuwing zal een zorgverzekeraar aannemelijk moeten maken dat er sprake is van een vernieuwing en dat de verticale integratie noodzakelijk is om die vernieuwing in te voeren. Ten aanzien van het eerste geldt dat voor de definitie van vernieuwing aansluiting moet worden gezocht bij de definitie van innovatie van de OECD.

«A technological product innovation is the implementation/ commercialization of a product with improved performance characteristics such as to deliver objectively new or improved services to the consumer. A technological process innovation is the implementation/adoption of new or

significantly improved production or delivery methods. It may involve changes in equipment, human resources, working methods or a combination of these.»

De zorgverzekeraar zal dus aannemelijk moeten maken dat er sprake is van een nieuwe dienst of behandeling, of verbeterde doelmatigheid, bijvoorbeeld door een rapportage waarin het vernieuwde zorgaanbod wordt vergeleken met het huidige aanbod. Daarnaast zal hij aannemelijk moeten maken dat er sprake is van een verbetering voor de patiënt en premiebetaler. Dat kan de zorgverzekeraar doen door informatie te overleggen van verwachte verbeteringen als gevolg van de implementatie van de nieuwe dienst of de nieuwe behandeling. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan ervaringen uit het buitenland of onderzoeksresultaten van pilootprojecten of universitaire en medische onderzoeken. Aan de hand hiervan kan beoordeeld worden of de verticale integratie in objectieve zin een nieuwe of verbeterde dienst aan de patiënt levert. Daarnaast zal de zorgverzekeraar aannemelijk moeten maken dat er zeggenschap vereist is om deze vernieuwing te verwezenlijken.

De PvdA fractie vraagt waarom de duur van een ontheffing maximaal vier jaar is. Waarom is niet gekozen voor een duur van één jaar met de mogelijkheid deze steeds met een jaar te verlengen?

De NZa kan een ontheffing op het verbod op verticale integratie verlenen voor maximaal vier jaar, met – in het geval van zorgvernieuwing – de mogelijkheid van verlenging met nog eens vier jaar.

Naar mijn mening is een korter maximumduur onwenselijk, vooral omdat er enige tijd gepaard zal zijn met het doorvoeren van de daadwerkelijke verticale integratie nadat de ontheffing is verleend. Indien van tevoren te verwachten is dat de duur van de verticale integratie korter dan vier jaar zal zijn, zal de NZa de duur van de ontheffing bovendien kunnen beperken tot de tijd die door betrokkenen nodig wordt geacht. Overigens kan de NZa nadere voorschriften en beperkingen aan de ontheffing verbinden, waaronder een verplichte voortgangsrapportage. Wanneer onvoldoende voortgang wordt geboekt of wanneer de begunstigde van de ontheffing zich niet houdt aan deze voorwaarden, kan de ontheffing worden ingetrokken.

Een en ander geeft de NZa voldoende mogelijkheden om maatwerk te leveren. Een ontheffingsduur van één jaar is naar mijn mening te kort om voldoende voortgang te kunnen boeken.

Artikel II (wijziging Zvw)

Onderdeel B

Artikel 13 Zvw

In het Regeerakkoord⁴⁴ staat dat artikel 13 Zvw en de restitutiepolis zullen worden afgeschaft. De leden van de VVD-fractie vragen of dit bij nota van wijziging op voorliggend wetsvoorstel zal worden geregeld.

Anders dan de in voorliggend wetsvoorstel opgenomen wijziging van artikel 13 Zvw, die naar mijn mening slechts expliciteert wat op grond van het huidige artikel 13 Zvw in combinatie met de Europese Richtlijn

⁴⁴ Kamerstukken II 2012/13, 33 410, nr. 15, pp. 21 en 48.

patiëntenrechten grensoverschrijdende zorg⁴⁵ al is toegestaan, zal het afschaffen van de restitutiepolis in combinatie met het geheel afschaffen van artikel 13 Zvw een belangrijke wijziging van het zorgverzekeringsstelsel vormen. Eén van de twee mogelijke hoofdverzekeringsvormen zal daarmee immers uit de Zvw worden gehaald. Om die redenen zal de afschaffing van de restitutiepolis en het geheel schrappen van artikel 13 Zvw niet bij nota van wijziging op voorliggend wetsvoorstel worden geregeld.

De leden van de PvdA-fractie vragen voor welk percentage van de verzekerden de uitzonderingen, bedoeld in het tweede lid van het voorgestelde artikel 13 Zvw naar verwachting zullen gelden.

Ik heb geen informatie op grond waarvan ik aan kan geven welke percentages van de naturaverzekerden die voor de verzekerde zorg naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaan, onder de diverse uitzonderingscategorieën van het tweede lid vallen.

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

Eerder in deze nota heb ik aangegeven dat één van de belangrijkste motieven – naast de wens om te komen tot meer doelmatigheid en daarmee kostenbesparing – voor de stelselherziening in de curatieve gezondheidszorg is geweest dat een centraal aanbodgestuurde sector tekortschiet als het gaat om product vernieuwing, klantgerichtheid en efficiënte en kwalitatief goede dienstverlening. Als model is daarom gekozen voor een sturing door onderling concurrerende zorgverzekeraars met een zorgplicht die op verschillende manieren kan worden ingevuld: verzekeren in natura, verzekeren op basis van restitutie of verzekeren in een mengvorm van natura en restitutie. Keuzevrijheid voor cliënten was ook een belangrijk aspect en daarom zijn naast deze mogelijkheden ook de zorgplicht en de acceptatieplicht in de Zvw verankerd. Vanwege de zorgplicht moeten natura verzekeraars «voldoende contracteren». Dat wil in de huidige praktijk zeggen dat ze niet zullen kunnen volstaan met het contracteren van één aanbieder per zorgvorm. De verzekerden kunnen daarom altijd uit een aantal zorgaanbieders kiezen. Door de acceptatieplicht kunnen verzekerden bovendien jaarlijks overstappen naar een andere verzekeraar, zodat ze, ervan uitgaand dat de nieuwe zorgverzekeraars niet precies dezelfde aanbieders heeft gecontracteerd, vervolgens weer een keuze uit andere zorgaanbieders hebben. Ook dat zijn belangrijke elementen van keuzevrijheid. Doordat de verzekeraar 6 weken voor het einde van de overstapperiode moet aangeven wie hij heeft gecontracteerd, krijgt de keuzevrijheid meer inhoud. Door de transparantie die hierdoor in de polissen ontstaat, neemt de keuzevrijheid toe.

De leden van de PvdA fractie menen te begrijpen dat de wens om tot wijziging van artikel 13 Zvw over te gaan gelegen is in de veronderstelling dat het niet meer vergoeden van niet gecontracteerde zorg kostenbesparend zal werken. Deze leden vragen deze beoogde kostenbesparing te kwantificeren.

⁴⁵ Richtlijn 2011/24/EU van het Europees parlement en de Raad van 9 maart 2011, betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende zorg, PB EG L 88/45; het enige verschil in de vergoedingshoogte (voor de niet-uitzonderingsgevallen) tussen het huidige art. 13 Zvw en het in dit wetsvoorstel voorgestelde, aangescherpte artikel 13 Zvw is dat de vergoedingshoogte op dit moment niet nihil mag zijn, terwijl dat na inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel wel zo kan zijn.

Het gaat erom de randvoorwaarden voor de werking van het concept van gereguleerde concurrentie te optimaliseren. Deze (gereguleerde) concurrentie komt het best tot stand als een zorgverzekeraar zorg inkoop bij zorgaanbieders en in het kader daarvan met die aanbieders afspraken maakt over prijs en kwaliteit van de zorg, om vervolgens zijn verzekerden juist naar die zorg te kunnen sturen. Daarmee strookt niet dat een zorgverzekeraar vervolgens de volledige rekening van een niet door hem gecontracteerde zorgaanbieder moet vergoeden. Daardoor is de premie niet zo laag als hij kan zijn voor een volledige naturapolis. Het wegnemen van de onduidelijkheid over het hinderpaalcriterium is daar een onderdeel van. Ik kan niet aangeven hoe groot de kostenbesparing zal zijn die het nieuwe artikel 13 Zvw teweeg zal brengen.

Zij vragen of er naast kostenbesparing nog andere argumenten bestaan voor deze maatregel.

Het gaat in eerste instantie om het optimaliseren van de prikkels in het gekozen sturingsconcept van gereguleerde concurrentie, met de bedoeling dat dit concept niet alleen leidt tot kostenbeheersing (zie ook het antwoord op de vorige vraag) maar ook tot verbetering van de product vernieuwing en klantgerichtheid evenals efficiënte en kwalitatief goede zorg en dienstverlening van de zorgaanbieder.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de kostenbesparing niet even zo goed tot stand zou kunnen komen als verzekeraars de ingediende nota's eerder en beter zouden controleren. Zou daarmee de kostenbesparing behaald kunnen worden zonder dat de vrije artskeuze wordt aangetast? Weegt de beoogde kostenbesparing wel op tegen de beperking van de keuzevrijheid van patiënten?

Naar mijn mening is er geen sprake van de beperking van keuzevrijheid bij de aanpassing van artikel 13 Zvw zoals in dit wetsvoorstel is voorgesteld. De keuzevrijheid voor verzekeraars, gecombineerd met het feit dat een naturaverzekeraar per zorgvorm meerdere zorgaanbieders zal moeten contracteren wil hij aan zijn zorgplicht kunnen voldoen, betekent indirect overigens wel dat een naturaverzekerde die zorg nodig heeft, uit meerdere aanbieders kan kiezen. Ook blijven natura/restitutie mix polissen en restitutiepolissen bestaan. Uiteraard moeten de mogelijkheden om de nota's beter te controleren ook worden benut.

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

Deze vraag is vermoedelijk ingegeven door het voornemen in het Regeerakkoord om de restitutieverzekering uit de Zvw te verwijderen. De afschaffing van de restitutiepolis is geen onderwerp van het onderhavige wetsvoorstel. De regering zal op een later tijdstip aan de Tweede Kamer kenbaar maken op welke wijze aan dit voornemen uitvoering kan worden gegeven. Overigens heeft op dit moment ca 85% van alle verzekerden een aanvullende verzekering. Het gaat hier echter om zeer heterogene verzekeringspakketten, variërend van een basale mondzorgverzekering tot luxe en uitgebreide aanvullende verzekeringen. Mede daardoor zegt dat percentage niets over het aantal mensen dat gebruik zou kunnen maken van de restitutiepolis, mocht deze in de aanvullende verzekering terecht komen. Het is immers uiteindelijk de keuze van de zorgverzekeraars of en in welke vorm een dergelijke aanvullende verzekering zou worden

aangeboden. De maatregel uit het Regeerakkoord om de restitutiepolis over te hevelen ligt uitdrukkelijk niet voor in dit wetsvoorstel.

Patiënten lijken vanwege de lage overstapcijfers nog onvoldoende invloed te kunnen uitoefenen op het contracteerbeleid van de zorgverzekeraar, en lijken weinig keuzemogelijkheid te hebben doordat zorgverzekeraars nog niet voorafgaand aan het nieuwe polisjaar publiek maken welke zorg zij hebben gecontracteerd. Deze leden vragen hoe aan deze bezwaren tegemoet kan worden gekomen.

Zoals ik in een eerder antwoord op een vraag van deze leden (zie paragraaf 2) heb laten zien, is het jaarlijks overstappercentage niet echt laag te noemen. Meer dan een miljoen verzekerden is het afgelopen jaar overgestapt. Ik acht het zeer goed mogelijk dat dit aantal nog groter wordt door toedoen van voorliggend wetsvoorstel verzekeraars minimaal zes weken voor de uiterste opzegdatum duidelijkheid moeten geven over welke zorgaanbieders wel en niet gecontracteerd zijn.

De leden van de fractie van de PvdA vragen voorts in hoeverre verzekerden op dit moment in staat zijn inzicht te verkrijgen in de zorginkoop door verzekeraars en de kwaliteit van die door de verzekeraars ingekochte zorg. Voorwaarde om kwaliteit te meten is inzicht en transparantie. Deze leden vragen wat mijn ambitie hierin is. Wanneer is er voldoende inzicht dat legitimeert dat er selectief wordt ingekocht op basis van kwaliteit?

Selectieve inkoop is een belangrijke pijler van het zorgstelsel en moet de kwaliteit en betaalbaarheid vergroten. De legitimatie van het selectief inkopen van zorg zit in het kunnen onderbouwen van de kwaliteit van de ingekochte zorg. Zoals ik in paragraaf 3 al in antwoord op vragen van de leden van de PvdA-fractie heb gesteld, is het onderbouwen en inzichtelijker maken van de kwaliteit van de ingekochte zorg «work in progress», waarin verbetering zichtbaar is. Ik heb de toezichtsrol van de NZa benoemd en de rol van het Kwaliteitsinstituut (i.o.) en zorgprofessionals om voor steeds meer behandelingen-/aandoeningen een actualisering en aanscherping van die criteria tot stand te brengen. Ook heb ik de inspanningen van verzekeraars benoemd, die parallel daaraan maar daarop ook vooruitlopend, bezig zijn het benoemen van onderbouwde kwaliteitseisen en het stellen van vragen bij niet verklaarde praktijkvariatie. De verbetering en aanscherping in de onderbouwing is een proces van lange(re) adem. Het is niet mogelijk een jaartal te noemen waarop dit voor alle behandelingen/aandoeningen is afgerond, als er überhaupt van een afronding sprake kan zijn; immers dit is bij uitstek een dynamisch proces omdat het onder invloed staat van de vooruitgang in kennis en wetenschap.

Kleine aanbieders van geestelijke gezondheidszorg (ggz) vrezen, zo stellen de leden van de PvdA-fractie, dat de zorgverzekeraars hun zorg niet zullen inkopen. Hoe kunnen de inkoopoverwegingen van de zorgverzekeraars en daarmee hun macht transparant worden gemaakt? Op basis waarvan worden keuzen gemaakt? Is de angst van de kleine aanbieders in de ggz terecht?

Verzekeraars moeten jegens consumenten transparant zijn over premie en de kwaliteit van de producten en diensten, zodat hun prestaties gemakkelijk onderling vergelijkbaar zijn. Anders dan de consument, genieten kleine aanbieders van geestelijke gezondheidszorg geen speciale bescherming als het gaat om informatievoorziening vanuit zorgverzekeraars. Ik zie niet waarom zorgverzekeraars geen zorg zouden inkopen bij kleine GGZ-aanbieders die goede kwaliteit tegen een redelijke prijs

aanbieden. Transparant zijn over de inkoopcontractering hoort bij een transparant stelsel. Het is belangrijk dat de zorgverzekeraar daar op inzet.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe wettelijk verankerd is dat er nog voldoende keuze overblijft qua aanbieders gedurende het jaar. Is dit vastgelegd, zijn er normen, is het meetbaar, en waar liggen de grenzen?

Een naturazorgverzekeraar dient voldoende zorg te hebben gecontracteerd om binnen redelijke termijn en redelijke afstand van de woonplaats van zijn verzekerden de benodigde verzekerde zorg te kunnen laten leveren. Er bestaan geen vaste normen over de vraag hoeveel zorgaanbieders per (hoofd)vorm van zorg gecontracteerd moeten zijn, wil de verzekeraar aan zijn zorgplicht hebben voldaan. Wat voldoende is, hangt immers onder andere af van de soort zorg (van een verzekerde mag worden verwacht dat hij voor topreferente zorg verder reist dan voor zorg zoals huisartsen die plegen te bieden), van de verdeling van de verzekerden over de regio's, van de capaciteit van de gecontracteerde zorgaanbieders (die immers ook patiënten van andere verzekeraars zullen behandelen) en van de daadwerkelijke zorgbehoefte van de verzekerden gedurende het verzekeringsjaar. Het is overigens in de praktijk uitgesloten dat een naturaverzekeraar aan zijn zorgplicht kan voldoen door slechts één zorgaanbieder per zorgvorm te contracteren⁴⁶. Zoals gezegd vloeit uit het nieuwe artikel 13 Zvw voort, dat een naturaverzekerde voor rekening van zijn zorgverzekeraar overal naartoe kan gaan, indien die verzekeraar zijn zorgplicht niet na is gekomen. De NZa ziet er op toe dat er voldoende is gecontracteerd.

De leden van de PvdA-fractie vragen of een verzekerde over mag stappen naar een andere verzekeraar indien zijn zorgverzekeraar gedurende het lopende verzekeringsjaar de polisvoorwaarden wijzigt.

Uit het algemene schadeverzekeringsrecht (art. 7:940, vierde lid, van het Burgerlijk Wetboek; BW) volgt dat een schadeverzekering mag worden opgezegd indien de verzekeraar de polisvoorwaarden ten nadele van de verzekeringnemer of, als dat een ander is, de verzekerde wijzigt. Zorgverzekeringen zijn schadeverzekeringen, en daarom geldt deze regel in principe ook voor zorgverzekeringen. In de Zvw is daar één uitzondering op gemaakt: geen opzegrecht bestaat indien de verslechtering rechtstreeks voortvloeit uit door de wetgever opgelegde wijziging van het te verzekeren pakket (art. 7, derde lid, Zvw). Zo'n door de overheid bepaalde pakketbeperking hebben immers alle zorgverzekeraars te volgen, zodat een verzekerde niet alsnog aan de verslechtering zou kunnen ontkomen door over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Een tussentijdse overstapmogelijkheid zou in zo'n geval vooral een hoop onrust veroorzaken. Overigens spreekt het voor zich, dat de wetgever tussentijdse wijzigingen in het te verzekeren pakket zoveel mogelijk zal vermijden, en daarom pakketwijzigingen zo vaak mogelijk per 1 januari van enig jaar in zal laten gaan.

«Welke rechtspositie en klacht- of bezwaarmogelijkheden heeft een verzekerde indien zijn zorgverzekeraar gedurende het verzekeringsjaar het verzekerd aanbod wijzigt?», zo willen de leden van de PvdA-fractie weten.

Zoals in het vorige antwoord uiteen is gezet, kan de zorgverzekering worden opgezegd indien de zorgverzekeraar gedurende het verzekeringsjaar het pakket ten nadele van de verzekeringnemer of verzekerde

⁴⁶ Behalve, natuurlijk, in het zeer uitzonderlijke geval dat de benodigde zorg zo gespecialiseerd is, dat deze slechts door één aanbieder aangeboden wordt (en dat aanbod voldoende is om alle verzekerden die die zorg nodig hebben, te bedienen).

wijzigt, tenzij die wijziging het rechtstreekse gevolg is van een door de wetgever bepaalde wijziging in het te verzekeren pakket. Een volgende zorgverzekeraar zal de verzekeringsplichtige vervolgens voor een nieuwe zorgverzekering moeten accepteren. Aldus leidt door de zorgverzekeraar geïnstigete pakketverslechtering tot een overstaprecht.

De vraag kan opkomen wanneer gezegd kan worden dat een wijziging in de lijst van door een naturazorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders een «wijziging ten nadele van de verzekerde of de verzekeringnemer» is. Die vraag is in zijn algemeenheid niet goed te beantwoorden. Het antwoord hangt af van de vraag welke zorg er na de wijziging van de lijst met gecontracteerde aanbieders voor een individuele verzekerde nog binnen redelijke termijn en reisafstand beschikbaar is. Zo zal het tussentijds schrappen van een huisarts in Gorinchem geen polisverslechtering opleveren voor een verzekerde die in Overijssel woont. Voor verzekerden in Gorinchem kan dat anders liggen. Evenzo is het de vraag of er sprake is van een polisverslechtering indien een verzekeraar een contract met een onder verscherpt toezicht gesteld ziekenhuis ontbindt, indien er voldoende andere gecontracteerde ziekenhuizen op redelijke reisafstand van de betrokken verzekerden zijn die dezelfde zorg kunnen verlenen. Kortom, of een wijziging in het gecontracteerde aanbod een polisverslechtering en daarmee een overstaprecht oplevert, hangt zowel af van de inhoud van de wijziging af als van de situatie van de verzekerde die een beroep op het opzegrecht wil doen⁴⁷. Wordt een beroep op het opzegrecht niet gehonoreerd, dan kan de verzekeringnemer zijn zaak voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringswet (SKGZ) of aan de civiele rechter. Ik merk overigens nog op dat ik verwacht dat verzekeraars slechts zelden gedurende een kalenderjaar een contract met een zorgaanbieder zullen verbreken (te verwachten is dat dit toch vooral zal gebeuren indien de kwaliteit die die aanbieder levert onder de maat blijkt te zijn, in welk geval men zich af kan vragen of, zeker indien er voldoende gecontracteerd aanbod beschikbaar blijft, het schrappen van deze zorgaanbieder een verslechtering van de polis is, zie boven). En ten slotte merk ik nog op dat een individuele naturaverzekerde die ten gevolge van een beperking van het gecontracteerde aanbod niet meer binnen redelijke termijn of afstand de zorg kan verkrijgen die hij nodig heeft, naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder kan gaan. Zijn naturazorgverzekeraar dient de rekening daarvoor te vergoeden. Dat is nu al zo, maar wordt met voorliggende aanpassing van artikel 13 Zvw in het voorgestelde tweede en derde lid geëxpliciteerd.

De leden van de PvdA-fractie willen weten of is geëvalueerd wat het effect is van de invloed van de ledenraad van de zorgverzekeraar? Hoe zijn inspraak en zeggenschap geregeld?

In 2007 heeft de NZa een thematisch onderzoek gedaan naar de invloed van verzekerden. De instrumenten die in beschouwing zijn genomen waren: a) de klachten- en geschillenbeslechting, b) overstappen naar een andere zorgverzekeraar, c) inschakeling van de rechter, d) beïnvloeding door participatie in leden- of verzekerdenraden en e) het inschakelen van de media of van consumentenorganisaties. De overall conclusie was dat de invloed van verzekerden als check en balance in het risicoanalysemodel dat de NZa hanteert, werkt. Een verbeterpunt was de bekendheid met de diverse instrumenten die er bestaan. Dit moet nog verbeteren. Vooral een georganiseerde manier van beïnvloeding via verzekerden- of

⁴⁷ Een verzekerde die zeker wil stellen dat hij op kan zeggen indien zijn naturaverzekeraar een inkoopcontract met een bepaalde zorgaanbieder gedurende het kalenderjaar opzegt, kan dit overigens aan laten tekenen op de polis. Juridisch geeft hem dat dan een opzegrecht. In de praktijk wordt van deze mogelijkheid waarschijnlijk niet of nauwelijks gebruik gemaakt.

ledenraden is bij te veel verzekerden onbekend. In de wet (artikel 28, eerste lid, onderdeel b, Zvw) is vastgelegd dat zij een redelijke mate van invloed op het beleid van hun zorgverzekeraar moeten hebben maar de invulling daarvan is niet uitgewerkt. Daarom heeft de NZa het initiatief genomen te komen tot een nadere invulling van het begrip «een redelijke mate van invloed van verzekerden op het beleid» aan de hand van de consultatie van veldpartijen, de aanbevelingen van de commissie-Glasz en de resultaten van de enquête van TNS-NIPO op dit terrein. De NZa onderzoekt hoe zij hier in 2013 een vervolg aan kan geven.

De leden van de fractie van de PvdA constateren dat contracten tussen verzekeraars en zorgaanbieders pas laat worden afgerond. Zij wijzen op het recente voorbeeld van het Slotervaartziekenhuis, waarbij patiënten pas in februari te horen kregen dat er geen contract tot stand zou komen. Is het nog niet te vroeg om artikel 13 Zvw te wijzigen?

Hoewel het geval Achmea-Slotervaartziekenhuis een voorbeeld is van te late contractering, is er, mede als gevolg van het hoofdlijnenakkoord, een versnellende tendens zichtbaar. Met de extra prikkel van een gewijzigd artikel 13 kan deze tendens worden versterkt. Bovendien stel ik de maatregel voor dat, in geval de zorg in natura is verzekerd, de zorgverzekeraar de volledige kosten moet vergoeden als een verzekerde zes weken voor het einde van het jaar niet had kunnen weten dat een door hem ingeroepen zorgaanbieder niet gecontracteerd was.

De leden van de PvdA-fractie vragen om een overzicht van de data waarop zorgverzekeraars in de afgelopen jaren alle contracten hadden afgesloten.

Dat overzicht kan ik helaas niet verstrekken. De betreffende data varieerden per verzekeraar, per zorgvorm en zijn niet bijgehouden. Wel is het tot en met dit jaar gebruikelijk geweest dat de contracten in het lopende verzekeringsjaar nog onderwerp van onderhandeling waren. Als gezegd is er echter mede als gevolg van het hoofdlijnenakkoord een versnellende tendens zichtbaar.

De leden van de fractie van de PvdA vragen of het klopt dat geen van de verzekeraars alle contracten zes weken voor het einde van het jaar had afgesloten. Betekent dit dat als deze situatie zich zou voortzetten, alle verzekerden alle zorg binnen het basispakket geheel vergoed blijven krijgen? Als dit het geval is, wat is dan nog de waarde van deze maatregel?

Inderdaad had geen van de verzekeraars zes weken voor het einde van 2012 alle contracten met betrekking tot 2013 afgesloten. Daarbij past wel de kanttekening dat er, mede door het hoofdlijnenakkoord een duidelijke versnelling is geweest in het contracteerproces. Alle verzekeraars hebben de ambitie om de contractering voor het jaar 2014 voor het einde van dit jaar af te ronden. De kans dat de oude situatie met late contractering tot in het lopende verzekeringsjaar zich zou voortzetten acht ik dan ook klein. De waarde van de maatregel om, in geval de zorg in natura is verzekerd, de volledige kosten te moeten vergoeden als een verzekerde zes weken voor het einde van het jaar niet had kunnen weten dat een door hem ingeroepen zorgaanbieder niet gecontracteerd was, is om verzekeraars te prikkelen nog een extra versnelling in de contractering aan te brengen tot zes weken voor het begin van het nieuwe verzekeringsjaar en om ervoor te zorgen dat dit structureel zo blijft.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarop de veronderstelling is gebaseerd dat verzekeraars wel in staat zijn alle contracten op tijd af te sluiten.

Zoals in het antwoord op de vorige vraag is verwoord, is die verwachting gebaseerd op de al zichtbare versnelling die het afgelopen jaar in de contractering heeft plaatsgevonden en in de werking van de prikkel voor de zorgverzekeraars om de volledige kosten te moeten vergoeden als men daarin tekort schiet. Bovendien is het ten opzichte van de verzekerde niet meer dan normaal dat hij weet waarvoor hij tekent, als hij een naturapolis bij een verzekeraar sluit.

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

Individuele keuzevrijheid voor cliënten is een belangrijk aspect in ons stelsel. Daarom kunnen verzekeringsplichtigen op dit moment kiezen voor een natura- of restitutiepolis, kunnen ze jaarlijks van zorgverzekeraar wisselen en is een naturaverzekeraar verplicht om zoveel zorg te contracteren, dat zijn verzekerden die op de zorg zijn aangewezen, deze binnen redelijke termijn en afstand kunnen verkrijgen. In de praktijk betekent dit laatste dat verzekerden – behalve mogelijk bij zeer gespecialiseerde zorg die slechts door één zorgaanbieder wordt aangeboden – de keuze hebben uit meerdere zorgaanbieders. Ook zullen zij tijdig de informatie hebben over wie wel en wie niet is gecontracteerd, opdat de verzekerde geïnformeerd kan worden. De aanpassing van artikel 13 Zvw in dit wetsvoorstel schept helderheid in de verschillende soorten polissen, de kosten en wat je er voor terugkrijgt. Wil je volledig vrije keuze, dan ligt de restitutiepolis voor de hand.

Daarnaast willen de leden van de SP-fractie weten waarom de Minister de restitutiepolis wil afschaffen. Zij zijn van mening dat ook dit niet strookt met de keuzevrijheid die de Minister propageert.

De afschaffing van de restitutiepolis, die op pagina 21 van het Regeerakkoord⁴⁸ wordt aangekondigd, is geen onderwerp van het onderhavige wetsvoorstel. De regering zal op een later tijdstip aan de Tweede Kamer kenbaar maken op welke wijze aan dit voornemen uitvoering kan worden gegeven.

De leden van de SP-fractie vragen hoeveel mensen voor een restitutiepolis hebben gekozen.

De marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2012 van de NZa geeft het volgende overzicht van de verdeling van de verschillende typen polissen over de verzekerden.

⁴⁸ Kamerstukken II 2012/13, 33 410, nr. 15.

Soort polis	Contractering zorg	2008	2009	2010	2011	2012
Combinatie	Deels gecontracteerd	7%	8%	28%	8%	21%
	Gecontracteerd	27%	27%	10%	27%	13%
	Subtotaal	34%	36%	39%	36%	34%
Natura	Gecontracteerd	40%	40%	37%	37%	39%
	Subtotaal	40%	40%	37%	37%	39%
Restitutie	Deels gecontracteerd	2%	1%	3%	8%	7%
	Gecontracteerd	1%	1%	1%	6%	6%
	Niet-gecontracteerd	23%	22%	20%	13%	13%
	Subtotaal	26%	25%	24%	27%	27%
Totaal		100%	100%	100%	100%	100%

Bron: NZa (Modelovereenkomsten) en Vektis (Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag)

Het percentage verzekerden met een naturapolis (en dus gecontracteerde zorg) bedraagt ca 40%. Ongeveer 15% van de verzekerden heeft een restitutiepolis. Er is echter ook een grote categorie combinatiepolissen. In die polissen zijn sommige vormen van zorg op basis van natura verzekerd (bijv ziekenhuiszorg) en andere vormen op basis van restitutie (bijv mondzorg voor kinderen). Het overgrote deel van de verzekerde zorg (ca 60%) is afgedekt met contracten.

De leden van de SP-fractie willen bovendien graag weten welke problemen zijn te verwachten nu het Regeerakkoord aankondigt dat de restitutiepolis zal worden afgeschaft terwijl tegelijkertijd de naturazorgverzekeraar vrij zal zijn te bepalen of zorg bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder nog voor vergoeding in aanmerking komt.

Zoals ook in eerdere antwoorden is gezegd is de afschaffing van de restitutiepolis op dit moment niet aan de orde. De regering zal op een later tijdstip hierop terug komen.

De leden van de SP-fractie vragen wat ik bedoel met de verplichting van zorgverzekeraars om binnen een redelijke termijn zorg te bieden aan de verzekerde. Wat wordt verstaan onder een redelijke termijn?

Een naturazorgverzekering geeft de verzekerde die behoefte heeft aan bepaalde verzekerde zorg geen recht op een vergoeding van die zorg, maar op die zorg zelf. De naturazorgverzekeraar dient ervoor te zorgen dat zijn verzekerde de (verzekerde) zorg krijgt, waarop deze is aangewezen. Daartoe dient de verzekeraar kwalitatief goede zorg in te kopen bij zorgaanbieders⁴⁹. De verzekerde kan vervolgens voor de zorg die hij nodig heeft, naar één van zijn door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders gaan. Deze zal hem de zorg namens zijn zorgverzekeraar leveren. Uit de naturazorgpolis vloeit voort dat de verzekerde recht heeft om de zorg binnen redelijke termijn en afstand te verkrijgen. De verplichting van een naturazorgverzekeraar om kwalitatief goede zorg binnen een redelijke termijn binnen en een redelijke reistijd aan de verzekerde te laten leveren, wordt wel de «zorgplicht» van de naturaverzekeraar genoemd.

Wat een redelijke termijn is, hangt daarbij af van de soort zorg die nodig is. Voor spoedeisende zorg is de termijn bijvoorbeeld veel korter dan voor zorg die een aantal dagen of weken kan worden uitgesteld (electieve zorg). In paragraaf 3.6.4 en bijlage 2 van de Beleidsregel TH/BR-006, Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw) van juni 2012 (op internet

⁴⁹ Op grond van voorliggend wetsvoorstel is het, behalve in de ontheffingsgevallen, niet meer mogelijk dat de zorgverzekeraar zijn verzekerde zelf de zorg verleent.

te vinden) heeft de NZa per soort zorg aangegeven welke wachttijden aanvaardbaar zijn. Kan een naturaverzekerde de zorg die hij nodig heeft niet binnen de toepasselijke termijn bij een door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder genieten (of kan dat wel, maar moet hij daar, gezien de soort zorg waar het om gaat, te ver voor reizen), dan heeft de zorgverzekeraar niet aan zijn zorgplicht voldaan. Als gevolg van het in voorliggend wetsvoorstel opgenomen artikel 13 Zvw zal de verzekerde de zorg dan bij een niet door zijn verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder kunnen halen, waarna zijn naturaverzekerde de gehele rekening (minus eventuele zorggebonden eigen betalingen of eigen risico) zal moeten betalen.

Tevens vragen de leden van de SP-fractie binnen welke termijn een patiënt in aanmerking komt voor behandeling bij een zorginstelling waar de zorgverzekeraar geen contract mee heeft afgesloten.

Als richttermijn kan hier worden uitgegaan van de zogenoemde «Treeknormen» die door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk zijn vastgesteld. Ook deze verschillen per vorm van zorg. Een naturazorgverzekeraar is in dit geval – dat wil zeggen het geval waarin zijn verzekerde naar een niet door hem gecontracteerde aanbieder wenst te gaan – overigens niet verplicht de verzekerde bij te staan om de zorg daadwerkelijk binnen die normen te krijgen. De Treeknormen geven patiënten overigens geen harde rechten. Het kan nu eenmaal zo zijn dat een bepaalde hulpverlener zo goed bekend staat, dat hij ten gevolge van de toeloop van patiënten langere wachttijden moet hanteren.

De leden van de SP fractie vragen wat onder «toerekenbare schade als gevolg van het niet nakomen van de zorgplicht» valt en welke criteria daarvoor worden gehanteerd.

Deze vragen zijn in hun algemeenheid niet te beantwoorden. Een naturazorgverzekeraar die de benodigde zorg niet tijdig kan laten leveren, komt zijn verplichtingen uit de zorgverzekeringsovereenkomst niet na en pleegt daarmee wanprestatie. In termen van het burgerlijk recht wordt dit «een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van een verbintenis» genoemd. Zoals bij iedere toerekenbare tekortkoming in de nakoming van een verbintenis, kan degene jegens wie de verbintenis niet is nagekomen, schadevergoeding vorderen. Daarvoor moet er uiteraard wel schade zijn, en die schade moet bovendien causaal verband hebben met de tekortkoming. In casu zal de schade daarom het gevolg moeten zijn van het feit dat de naturaverzekerde niet binnen de redelijke termijn bij een door zijn verzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder terecht kon. Te denken valt daarbij onder andere aan extra reiskosten die de verzekerde heeft gemaakt om dan vervolgens maar zijn zorg van een niet gecontracteerde aanbieder te kunnen betrekken. Daarnaast dient de wanpresterende naturazorgverzekeraar in dit geval dus ook de zorgkosten te betalen

De leden van de SP fractie vragen om een garantie dat zorgverzekeraars ruim voor het begin van het nieuwe kalenderjaar duidelijk kunnen maken met welke zorginstellingen zij een contract hebben afgesloten.

Een garantie dat zorgverzekeraars zes weken voor de aanvang van het nieuwe polisjaar duidelijk zullen maken met welke zorginstellingen zij een contract hebben gesloten, kan ik niet geven. Wel heb ik de stellige verwachting dat ze dat zullen doen. Het huidige tempo van contractering geeft aan dat dat tot de mogelijkheden behoort wanneer dit wetsvoorstel op 1 januari 2014 van kracht wordt waardoor verzekeraars uiterlijk op 19 november 2014 bekend moeten maken welke zorg voor 2015 is gecontracteerd. Vanaf dat moment riskeren verzekeraars op grond van het

nieuwe artikel 13 de volledige kosten te moeten vergoeden als ze die duidelijkheid niet bieden.

De komende jaren zal worden nagegaan of verzekerden voldoende gebruik maken van gecontracteerde zorg. De leden van de SP-fractie vragen welke criteria hiervoor worden gehanteerd, en welke maatregelen worden overwogen indien het nieuwe artikel 13 Zvw niet aan de verwachtingen voldoet.

Het criterium om zulks te overwegen zou een signalering van de NZa zijn dat er geen toename is van contractering. Een mogelijkheid waar aan wordt gedacht is het gebruik maken van artikel 12 van de Zvw waarmee bepaalde vormen van zorg kunnen worden aangewezen voor de verzekering waarvan verzekeraars verplicht zijn deze in natura aan te bieden. Wat dit kabinet betreft is dat niet aan de orde.

De leden van de PVV-fractie zijn het niet eens met de voorgestelde wijzigingen van artikel 13 van de Zvw. Het recht van de burger om zijn eigen arts te kiezen komt hiermee in het geding. Deze leden zijn van mening dat zorgverzekeraars genoeg andere middelen ter beschikking staan om hun verzekerden naar een gecontracteerde zorgaanbieder te sturen. Zij vragen of ik die mening deel.

Zoals ik in antwoord op vragen van de leden van andere fracties al heb betoogd, gaat het om het optimaliseren van de prikkels in een zelfregulerend systeem. Het in 2004 in de memorie van toelichting bij de Zvw genoemde hinderpaalcriterium⁵⁰ zorgt op dit moment voor te veel onduidelijkheid voor verzekeraars om de zorg selectief in te kopen en vormt een groot risico op weglek, waardoor de premie minder laag is dan zou kunnen. Kortom, het stelsel zal voor de patiënt en verzekerde veel betere resultaten kunnen boeken na aanpassing van artikel 13 conform dit wetsvoorstel.

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

Het nieuwe artikel 13 Zvw bevat wel degelijk een positieve prikkel voor de keuzevrijheid. Immers, het versterkt de prikkel bij verzekeraars om verzekerden de relevantie keuze-informatie ten aanzien van het gecontracteerde zorgaanbod te verstrekken op het moment dat ze nog van verzekeraar kunnen veranderen, en vergroot daarmee de rechtszekerheid voor de burger. Bovendien ontstaat er een veelheid aan transparante polissen: volledig natura polis (indien er is gecontracteerd), een mix natura / restitutie polis (met vooraf helderheid over vergoeding buiten natura) en volledig restitutiepolis. Er komt dus meer keuze-informatie waardoor burgers worden gestimuleerd om bewuster te kiezen.

De leden van de CDA-fractie zijn van mening dat de wijziging van artikel 13 Zvw in voorliggend wetsvoorstel wordt gemaskeerd als een redactionele wijziging, terwijl zij in feite een majeure inhoudelijke wijziging – beperking van de keuzevrijheid van de verzekerde – is, die in het algemeen deel van de memorie van toelichting besproken had moeten worden.

⁵⁰ Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3, pp. 31 en 110.

Zoals de leden van de CDA-fractie uit de toelichting op de wijziging van artikel 13 Zvw kunnen opmaken, ben ik van mening dat de redactie van het huidige in de Zvw opgenomen artikel 13 Zvw in combinatie met de inmiddels in werking getreden EU-Richtlijn patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg naturaverzekeraars al het recht geeft om de vergoeding van niet gecontracteerde zorg op een (desnoods zeer) laag percentage vast te stellen. De enige inhoudelijke wijziging op dit punt betreft dat de vergoeding op dit moment niet helemaal nihil mag zijn, terwijl dat na inwerkingtreding van het gewijzigde artikel 13 Zvw wel zal mogen. Ik vind dit geen majeure wijziging. Ik acht de wijziging echter aangewezen om bij zorgverzekeraars en de maatschappij duidelijk te signaleren dat het ten tijde van de invoering van de Zvw geldende hinderpaalcriterium inmiddels achterhaald is. Overigens heeft de Rechtbank Breda sinds de indiening van het wetsvoorstel bij Uw Kamer, namelijk op 14 maart 2013, een uitspraak gedaan waaruit blijkt dat de rechter, anders dan ik, van mening is dat het *feitelijkehinderpaal*-criterium op dit moment, in afwachting van de inwerkingtreding van de wijziging van artikel 13 Zvw, wel degelijk nog geldt⁵¹. Dientengevolge verbood hij zorgverzekeraar CZ het om bepaalde verslavingszorg van een niet door CZ gecontracteerde zorgaanbieder voor 50% te vergoeden. De rechter was van mening dat een vergoeding van 75% (de vergoedingshoogte die CZ in 2012 hanteerde) meer in de rede lag. Zorgverzekeraar CZ is het hiermee, net als ik, niet eens en zal in hoger beroep gaan. Ten slotte merk ik nog op dat het nieuwe artikel 13 Zvw nog wel de nieuwe expliciete regel bevat, dat een naturaverzekerde die half november van het jaar voorafgaande aan het verzekeringsjaar nog niet kon weten welke zorgaanbieders zijn verzekeraar voor een bepaalde vorm van zorg had gecontracteerd, die zorg tegen volledige vergoeding van de rekening bij iedere zorgaanbieder zal kunnen halen. Dit vergroot eerder de keuzevrijheid dan dat hij deze verkleint. Zoals ik hierboven ook opmerkte bevat voorliggend wetsvoorstel mijns inziens een positieve prikkel voor de keuzevrijheid: er komt meer keuze-informatie en meer transparantie.

Met de voorgestelde wijziging kan de verzekeraar er voor kiezen om in het geheel geen vergoeding meer te geven als een verzekerde naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat. Deze leden vragen hoe dit zich verhoudt tot de vrije artskeuze. Het verbod op verticale integratie is bedoeld om de keuzevrijheid van de patiënt te waarborgen. Maar het nieuwe artikel 13 Zvw leidt feitelijk tot een inperking van de keuzevrijheid van patiënten. Graag ontvangen zij een reactie op deze stelling.

De leden van de CDA-fractie wekken de indruk dat het verbod op verticale integratie haaks staat op de explicitering, in artikel 13 Zvw, van de mogelijkheid om geen (of een lage) vergoeding te geven indien een naturaverzekerde naar een niet door zijn verzekeraar gecontracteerde aanbieder gaat. Ik vind echter dat de maatregelen juist in elkaars verlengde liggen. Het verstrekken van geen of een lage vergoeding indien een naturaverzekerde naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaat, vind ik namelijk niet acceptabel indien de naturaverzekeraar alleen of vooral aanbieders zou hebben gecontracteerd waarin hij zeggenschap heeft. Daarmee zou een verzekerde immers in de praktijk veelal vastzitten aan de aanbieders van de zorgverzekeraar. Het verbod op verticale integratie ondersteunt naar mijn mening daarom de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw.

Daarnaast stelt de Commissie Baarsma ook dat horizontale concentratie de grootste bedreiging voor de keuzevrijheid en de werking van het systeem is. Nog groter dan verticale integratie. De fusiedrift in combinatie

⁵¹ Rb. Breda 14 maart 2013, LJN: BZ4071.

met de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw zorgt ervoor dat de vrijheid van de patiënt om zijn arts te kiezen verkleind wordt tot de keus voor een zorgverzekeraar. Hoe kan ervoor worden gezorgd dat patiënten in krimpregio's nog voldoende pluriform zorgaanbod hebben?

Relevant is dat Nederlandse burgers in voldoende mate toegang hebben tot zorg van goede kwaliteit. Naturazorgverzekeraars hebben een zorgplicht om daarin te voorzien. Die zorgplicht van verzekeraars is voor mij het aanknopingspunt om voldoende vrouwen te hebben in de toegang tot voldoende noodzakelijke zorg voor iedereen.

In eerdere antwoorden in deze nota heb ik al aangegeven, dat naturazorgverzekeraars er in de praktijk niet mee zullen kunnen volstaan om per hoofdvorm van zorg in Nederland slechts één zorgaanbieder te contracteren. Indien in een krimpregio bijvoorbeeld ten gevolge van fusies slechts één ziekenhuis is overgebleven, en de naturaverzekeraar zoveel zorg bij dat ziekenhuis heeft ingekocht als nodig is om alle in die krimpregio wonende verzekerden te kunnen bedienen, zullen die verzekerden desondanks in de praktijk ook naar andere door hun verzekeraar gecontracteerde ziekenhuizen kunnen gaan. Het is waar dat die andere ziekenhuizen zich dan in een andere regio zullen bevinden en dat die verzekerden daar dan dus iets verder voor zullen moeten reizen, maar dat geldt ongeacht de vraag of die andere ziekenhuizen nu wel of niet door de verzekeraar gecontracteerd zijn en daarom dus ook ongeacht wat artikel 13 Zvw regelt. Er is immers in het voorbeeld in de krimpregio zelf slechts één ziekenhuis. Een naturazorgverzekeraar die op redelijke afstand van de woonplaats van zijn verzekerden voldoende zorg heeft gecontracteerd (zoals in het voorbeeld de zorg van het enige overblijvende, gefuseerde ziekenhuis) kan ook nu al niet verplicht worden om binnen diezelfde afstand ook nog gelijke zorg van andere aanbieders te contracteren. Dat zou immers leiden tot een verplichting tot het in stand houden van overcapaciteit.

De leden van het CDA vragen of het afschaffen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in gebieden waar één grote zorgverzekeraar dominant is, niet tot gedwongen winkelnering leidt.

In vrijwel alle regio's is er een verzekeraar die marktleider is. Tegelijkertijd heeft die marktleider in verreweg de meeste regio's nauwelijks meer dan 50% marktaandeel. Dat betekent dat de andere helft van de regio voor een andere verzekeraar kiest. Aangezien de verzekeringsmarkt landelijk is zie ik de genoemde gedwongen winkelnering niet als een reëel risico. Afgezien daarvan kan ten gevolge van het in voorliggend wetsvoorstel opgenomen verbod op verticale integratie überhaupt geen sprake zijn van verplichte winkelnering indien daarmee wordt bedoeld dat een zorgverzekeraar zijn verzekerden alleen of vooral zou sturen naar zorgaanbieders waarin hij zeggenschap heeft. Het wordt zorgverzekeraars immers juist met voorliggend wetsvoorstel verboden om zeggenschap in zorgaanbieders te verwerven. Daarnaast kan een verzekerde altijd kiezen voor een andere polis: een natura / restitutie mix polis of een volledige restitutiepolis.

De leden van de CDA-fractie vrezen dat het nieuwe artikel 13 Zvw door de naturazorgverzekeraars zal worden gehanteerd om individuele zorgverleners en zzp-ers te bewegen zich in grotere verbanen te organiseren: of men doet dat, of men krijgt geen contract (en daarmee, indien de verzekeraar op grond van artikel 13 Zvw in de polis zet dat niet-gecontracteerde zorg niet of nauwelijks vergoed wordt, geen patiënten). Zij vragen hoe ik daar tegenaan kijk.

De voorgestelde wijziging van artikel 13 is (onder meer) bedoeld om verzekeraars meer duidelijkheid te geven over hoever zij kunnen gaan met het selectief contracteren. Dat vergroot inderdaad hun mogelijkheden om druk uit te oefenen op het zorgaanbod, maar past ook bij de hen toebedeelde rol. Tegelijkertijd zal een naturaverzekeraar natuurlijk ook rekening moeten houden met de wensen van zijn verzekerden, want anders stappen die over naar een andere verzekeraar. Het is bijvoorbeeld nog niet gezegd dat alle naturaverzekeraars de ruimte die artikel 13 Zvw hen geeft, ten volle zullen benutten. Verzekeraars kunnen er om redenen van concurrentie bijvoorbeeld ook voor kiezen om – al dan niet slechts bepaalde vormen van – niet gecontracteerde zorg in hoge mate te blijven vergoeden. Daarnaast moet een verzekeraar om dezelfde redenen – de dreiging van overstappende verzekerden – ook rekening houden met het imago dat hij heeft. Een verzekeraar die zorgaanbieders onredelijke contractsvoorwaarden voorlegt, kan in negatieve zin de pers halen. Hoe het zorglandschap er precies uit gaan zien is daarom niet te voorspellen.

Hoe verhoudt het nieuwe artikel 13 Zvw zich tot diverse onderzoeken van Nivel en MarketResponse, waaruit blijkt dat Nederlanders zelf willen bepalen door wie zij behandeld worden, zelfs als zij dan langer moeten wachten?» zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Verzekeringsplichtigen kunnen kiezen uit het aanbod van de verschillende polissen: naturapolissen, natura / restitutie mix polissen of volledig restitutiepolissen. Binnen naturapolissen moeten voor iedere hoofdvorm van zorg verschillende zorgaanbieders zijn gecontracteerd. Welke aanbieders gecontracteerd zijn, zal de verzekeringplichtige die op zoek is naar een nieuwe zorgverzekeraar in de toekomst voor de aanvang van het kalenderjaar bekend zijn. Dat vloeit voort uit het nieuwe artikel 13, tweede lid, onderdeel d, Zvw in verbinding met het derde lid. Ten gevolge van de toegenomen transparantie zal de keuzevrijheid daarom beter in de praktijk kunnen worden gebracht. Ook de keuze voor een polis met een beperkt aantal gecontracteerde aanbieders maar met een lage premie behoort straks meer tot de mogelijkheden. Voorts is het, zoals ik in het antwoord op de vorige vraag heb aangegeven, maar de vraag of iedere naturaverzekeraar artikel 13 Zvw ten volle zal benutten in die zin, dat hij de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg in alle gevallen op een laag percentage of op nihil bepaalt. Er kunnen goede redenen voor een zorgverzekeraar zijn om dat niet te doen. En ten slotte wordt met voorliggend wetsvoorstel de mogelijkheid om te kiezen voor een restitutiepolis niet afgeschaft.

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

De beoogde wijziging van artikel 13 Zvw maakt het mogelijk dat zorgverzekeraars in de modelovereenkomst bij naturaverzekeringen zelf bepalen

of zorg die is genoten bij een niet-contracteerde zorgaanbieder wordt vergoed en zo ja, tot welke hoogte. De zorgverzekeraar kan er dan bij naturaverzekeringen voor kiezen om in het geheel geen vergoeding meer te geven indien de zorg is genoten bij een niet door hem gecontracteerde zorgaanbieder. Prof. mr. J.W. van de Gronden, hoogleraar Europees recht aan de Radboud Universiteit Nijmegen, stelt in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2013 de vraag of met deze wijziging de EU-Richtlijn patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg⁵² wel correct wordt geïmplementeerd.

Verder heeft de Europese Commissie in antwoord op vragen uit het Europees Parlement aangegeven dat een wetsvoorstel waarbij de toegang tot zorg in het buitenland wordt beperkt en de vergoeding afhankelijk wordt gesteld van een contract tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieder niet in overeenstemming is met de jurisprudentie van het Europees Hof van Justitie en de EU-Richtlijn patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg.⁵³

De regering is van mening dat de genoemde richtlijn met deze wetswijziging correct wordt geïmplementeerd en dat er geen sprake is van strijd met Europees recht. Voorafgaand aan het kalenderjaar maken verzekerden een keuze voor een verzekeringspolis voor het komende jaar. Daarbij kiezen zij tussen een naturapolis, een restitutiepolis, of een polis met zowel natura- als restitutie-elementen. Bij een naturapolis maakt de verzekerde in beginsel gebruik van de zorgaanbieders die door zijn zorgverzekeraar zijn gecontracteerd. De selectieve inkoop van zorg door de zorgverzekeraar leidt er doorgaans toe dat voor een naturaverzekering een lagere nominale premie verschuldigd is dan voor een restitutieverzekering, waarbij de verzekerde gebruik kan maken van een zorgaanbieder naar keuze en de kosten vergoed krijgt tot het Nederlandse marktconforme tarief. Ik merk op 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 zorgaanbieder. Hierdoor heeft de Europese Commissie in haar beantwoording niet in kunnen gaan op alle relevante aspecten van deze voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw.

De EU-Richtlijn patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg beoogt patiënten zekerheid te bieden over de voorwaarden waaronder zorg in een andere lidstaat kan worden ingeroepen, onder meer door duidelijkheid te bieden over de hoogte van de vergoeding voor die zorg. Uit artikel 7 van de richtlijn vloeit voort dat de vergoeding van de kosten van niet gecontracteerde zorg gelijk mag worden gesteld aan de vergoeding die zou worden gegeven indien de zorg in eigen land zou zijn genoten. Dit wordt ook door de Europese Commissie bevestigd in de beantwoording van de vragen uit het Europees Parlement. De voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw doet niet af aan deze bepaling. Immers, in het geval de verzekerde heeft gekozen voor een naturaverzekering, zal de vergoeding voor zorg genoten bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland op grond van de modelovereenkomst even hoog zijn als bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland.

⁵² Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

⁵³ Antwoord van de heer Borg namens de Europese Commissie (E-004616/2013) d.d. 14.06.2013 op vragen gesteld door Ria Oomen-Ruijten (CDA-PPE) en Esther de Lange (CDA-PPE).

In zijn artikel lijkt prof. mr. J.W. van de Gronden uit te gaan van een interpretatie van de richtlijn waarbij de vergoeding van zorg genoten bij een *niet gecontracteerde* zorgaanbieder in het buitenland gelijk moet zijn aan de vergoeding van zorg bij een *gecontracteerde* zorgaanbieder in Nederland. Deze interpretatie deel ik niet. Zij vindt naar mijn mening noch steun in artikel 7 van de richtlijn, noch in overweging 4⁵⁴ bij de richtlijn, waarin staat dat implementatie van de richtlijn er niet toe mag leiden dat verzekerden worden aangemoedigd om zich in het buitenland te laten behandelen. Daar zou immers sprake van zijn indien de vergoeding van zorg bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland hoger zou zijn dan bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland.

Met betrekking tot de keuzevrijheid wordt opgemerkt dat deze in zoverre wordt beperkt dat de mogelijkheden voor naturaverzekerden om zorg te genieten bij niet gecontracteerde zorgaanbieders door de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw worden verminderd. Zorgverzekeraars kunnen immers in de modelovereenkomst bij hun naturaverzekeringen een lage of nihil-vergoeding vaststellen voor zorg genoten bij niet gecontracteerde zorgaanbieders. De premie van deze polis zal dan ook veelal lager zijn.

Daarnaast betekent het nieuwe artikel 13 Zvw dat een sterke prikkel voor de zorgverzekeraars ontstaat om zes weken voor het einde van het kalenderjaar bekend te maken met welke zorgaanbieders zij een contract hebben afgesloten. Op basis van deze informatie kunnen verzekerden voorafgaand aan het jaar goed geïnformeerd hun keuze voor een zorgverzekering maken: een naturaverzekering met van tevoren bekende zorgaanbieders, een restitutiepolis voor wie maximale keuzevrijheid wil, of een mengvorm van beide. Met dit wetsvoorstel wordt aan de keuze voor een – doorgaans goedkopere – naturaverzekering vervolgens het gevolg verbonden dat de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg fors lager kan zijn.

Daarmee komt een einde aan de naar het oordeel van regering onwenselijke situatie, waarbij men ervoor kan kiezen een naturaverzekering af te sluiten en vervolgens zonder aanmerkelijke consequenties toch gebruik kan maken van zorgaanbieders waarmee de zorgverzekeraar geen afspraken heeft gemaakt. Daardoor zakt de premie ook niet substantieel.

De leden van de CDA-fractie wijzen erop dat de Consumentenbond ook geen voorstander van het nieuwe artikel 13 Zvw is, omdat er nog geen transparantie is over het inkoopbeleid of over de kwaliteit van de (ingekochte) zorg, terwijl de contracten soms pas laat tot stand komen en de verzekeringsplichtige voorafgaande aan het verzekeringsjaar onvoldoende duidelijk is welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd. Zij vragen om een reactie hierop.

Ik ben het eens met de constatering dat de inzichtelijkheid in de kwaliteit van het gecontracteerde zorgaanbod en de keuzes die verzekeraars daarin maken voor verbetering vatbaar is. Zoals ik in eerdere antwoorden heb uiteengezet, is er op dit vlak bij de verzekeraars echter een tendens tot verbetering en wordt er door de overheid in ondersteunende zin veel aan gedaan om deze tendens te versterken (NZa-toezicht, Kwaliteitsinstituut i.o.). Ik vind niet dat de aanscherping van artikel 13 Zvw zou moeten wachten totdat een hogere graad van transparantie is bereikt. Naar mijn

⁵⁴ «(4) Ondanks de mogelijkheden voor patiënten om grensoverschrijdende gezondheidszorg te ontvangen in het kader van deze richtlijn, blijven de lidstaten verantwoordelijk voor het verlenen van veilige, hoogwaardige, efficiënte en kwantitatief voldoende gezondheidszorg aan de burgers op hun grondgebied. Bovendien mag de omzetting van deze richtlijn in nationale wetgeving en de toepassing ervan er niet toe leiden dat patiënten worden aangemoedigd om buiten hun lidstaat van aansluiting een behandeling te ondergaan.»

mening kan die aanscherping juist bevorderend zijn voor de inspanningen van verzekeraars op dit punt, omdat het nieuwe artikel 13 de naturaverzekeraars een forse prikkel geeft om op zijn laatste zes weken voor het begin van een nieuw verzekeringsjaar bekend te maken welke zorgaanbieders in dat nieuwe jaar verzekerd zullen zijn. Op basis van die informatie kan een verzekerde besluiten van verzekeraar te wisselen.

De leden van de CDA-fractie vragen waar de drie reeds bestaande uitzonderingen op de hoofdregel van het huidige artikel 13 Zvw te vinden zijn.

Het gaat om de volgende drie uitzonderingen:

- a. de verzekerde had acuut zorg nodig,
- b. de naturaverzekeraar kon niet aan zijn zorgplicht voldoen, dat wil zeggen hij kon de benodigde zorg niet binnen redelijke termijn en op redelijke afstand door een door hem gecontracteerde zorgaanbieder laten leveren, of
- c. een door de naturazorgverzekeraar gesloten zorgcontract eindigde terwijl zijn verzekerde nog bij de zorgaanbieder in behandeling was.

De eerste twee uitzonderingen vloeien voort uit het systeem van de wet. Van een naturaverzekerde die spoedzorg nodig heeft, kan niet worden verwacht dat hij de tijd neemt om na te gaan welke zorgaanbieders zijn verzekeraar voor die zorg heeft gecontracteerd. Dientengevolge ligt een korting omdat een verzekerde naar een gecontracteerde zorgaanbieder had moeten gaan, niet in de rede. Hetzelfde geldt indien een naturazorgverzekeraar niet aan zijn zorgplicht kan voldoen. De derde uitzondering is op dit moment opgenomen in artikel 13, vijfde lid, Zvw.

In het tweede lid van dit gewijzigde artikel staat dat een naturaverzekerde die naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is gegaan, recht heeft op volledige vergoeding indien niet uiterlijk zes weken voor 1 januari van het kalenderjaar waarin hij die zorg genoten heeft, bekend was met welke zorgaanbieders zijn zorgverzekeraar een zorgcontract heeft gesloten. «Wat gebeurt er in de situatie als de contractering nog niet rond was met alle ziekenhuizen in een regio, maar wel bij één van de drie ziekenhuizen in die regio?», vragen de leden van de CDA-fractie. Heeft dit tot gevolg dat de naturaverzekerde geen vergoeding voor zijn zorg krijgt? Gaat dit principe bijvoorbeeld ook op voor apothekers en fysiotherapeuten? Dan hoeft de zorgverzekeraar slechts telkens één zorgaanbieder te contracteren, en dan heeft de zorgverzekeraar aan zijn wettelijke plicht voldaan.

De bepaling is niet regionaal geconditioneerd en werkt eenvoudigweg als volgt: als een verzekerde met een naturaverzekering naar een aanbieder gaat waarvan hij zes weken voor de aanvang van dat verzekeringsjaar niet kon weten dat deze niet gecontracteerd was, heeft hij recht op de vergoeding van de volledige zorgkosten⁵⁵. Een zorgverzekeraar moet echter ook voldoende zorg hebben gecontracteerd om aan zijn zorgplicht te voldoen. Als de verzekeraar in een regio bijvoorbeeld slechts één

⁵⁵ Het is natuurlijk ook mogelijk dat de verzekerde op basis van het overzicht van gecontracteerde aanbieders dat zijn verzekeraar half november van het jaar voorafgaande aan het nieuwe verzekeringsjaar bekend maakte wél kon verwachten dat de zorgaanbieder waar hij naartoe ging niet gecontracteerd was. In dat geval heeft hij, tenzij een van de uitzonderingsgevallen van het tweede lid van het nieuwe artikel 13 van toepassing is, recht op de vergoeding die de zorgverzekeraar in de polis heeft bepaald. Dit geldt echter natuurlijk weer niet als de aanbieder inmiddels alsnog zou zijn gecontracteerd: dan heeft de verzekerde recht op de gecontracteerde zorg. Het is een zorgverzekeraar immers niet verboden om na half november van het jaar dat aan het nieuwe verzekeringsjaar vooraf gaat, nog zorgaanbieders te contracteren, al zal hij daarmee, naarmate hij dat later doet, minder verzekerden binnenhalen omdat die verzekerden hem daarop niet zullen hebben kunnen uitkiezen.

ziekenhuis als gecontracteerd kenbaar heeft gemaakt en dat op het moment waarop de verzekerde zorg nodig heeft zou betekenen dat de zorgplicht niet wordt nagekomen omdat verzekerden er niet tijdig terecht kunnen, dan volgt uit het civiele recht dat er in een dergelijk geval sprake is van een tekortkoming in de nakoming van de uit de zorgverzekering voortvloeiende verbintenis om de zorg te laten leveren waaraan de verzekerde behoefte heeft (ook wel wanprestatie genoemd), die uitsluit dat de verzekeraar slechts een deel van de kosten van niet gecontracteerde zorg vergoedt (zie ook de betreffende uitzonderingsgrond van artikel 13, tweede lid, onderdeel b, en derde lid, Zvw). Los van de bescherming die de verzekerden van deze bepalingen genieten, verwacht ik niet dat verzekeraars per half november een lijst met maar weinig gecontracteerde zorgaanbieders bekend zullen maken, omdat verzekerden dan voor een andere verzekeraar zullen kiezen.

Zoals al uit het bovenstaande en uit eerdere antwoorden blijkt, komt een naturaverzekeraar er dus niet mee weg om per vorm van zorg (medisch-specialistische zorg, zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, fysiotherapie, extramurale geneesmiddelen, enzovoorts) telkens maar één zorgaanbieder of slechts één zorgaanbieder per regio te contracteren⁵⁶. Ten eerste niet omdat zij dan op de lijst met gecontracteerde zorgaanbieders die zij half november van het jaar voorafgaande aan het verzekeringsjaar bekend maken, telkens slechts één zorgaanbieder (per regio) kunnen laten zien. Te verwachten is dat zijn verzekerden in dat geval op zoek zullen gaan naar een andere zorgverzekering. Ten tweede niet omdat de naturaverzekeraar die verzekerden, die desondanks bij hem verzekerd blijven, vaak de volledige kosten zal moeten vergoeden van door hen bij niet door hem gecontracteerde zorgaanbieders genoten zorg. Hij zal immers dikwijls niet aan zijn zorgplicht blijken te kunnen voldoen. Hoeveel zorgaanbieders een naturaverzekerde in een regio moet hebben gecontracteerd, willen de hierboven beschreven effecten zich niet voordoen, is niet in het algemeen te zeggen. Dit hangt af van de grootte van de regio, de vorm van zorg waar het om gaat en het aantal, de spreiding en de waarschijnlijke zorgbehoefte van de verzekerden in die regio. Het maakt veel verschil of het om een uiterst zeldzame complexe vorm van topzorg gaat of dat het gaat om fysiotherapie en (extramurale) geneesmiddelen. In het laatste geval biedt een zorgverzekeraar die zou volstaan met één gecontracteerde apotheek en één gecontracteerde fysiotherapeut onvoldoende zorgaanbod.

De leden van de CDA-fractie vragen ten slotte nog welke gevolgen de deadline van half november voor de contractering heeft. Hoe wordt gegarandeerd dat er op tijd (bijvoorbeeld voor de zomer) duidelijkheid is over de relevante regelgeving voor het nieuwe jaar?

De contracteerdadeline van half november lijkt te betekenen dat uiterlijk 1 juli de relevante regelgeving voor het nieuwe jaar vast moet staan. Onder relevante regelgeving wordt dan verstaan: de stand van het budgettair Kader Zorg met de onderverdeling naar deeltkaders, de pakketafbakening en de beleidsregels van de NZa. De uitvoerbaarheid hiervan is op dit moment onderwerp van overleg met de partijen (inclusief de NZa) die betrokken zijn bij de uitvoering van het hoofdlijnenakkoord ziekenhuiszorg.

⁵⁶ Behalve, uiteraard, in gevallen van medisch-specialistische zorg die zo specialistisch is, dat deze slechts op één of enkele plaatsen in Nederland beschikbaar is.

De leden van de fractie van D66 willen graag weten binnen welke termijn gecontracteerde zorg voor een naturaverzekerde beschikbaar dient te zijn, wil hij niet het recht krijgen om tegen volledige kostenvergoeding naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder te gaan.

Wat betreft de redelijke termijn heeft de NZa hiervoor een aantal maximumwachtijden gegeven in haar beleidsregel TH/BR-006 «Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw)» van juni 2012 (zie paragraaf 3.6.4 en bijlage 2; het toezichtkader is op internet te vinden). De maximumwachtijd verschilt per vorm van zorg (men moet sneller bij de huisarts terecht kunnen dan bij het ziekenhuis), en bovendien dient men uiteraard voor spoedzorg sneller bij een hulpverlener terecht te kunnen dan voor electieve zorg.

«Kan worden aangegeven in hoeverre de zorgverzekeraars momenteel al zes weken voor het nieuwe verzekeringsjaar hun gecontracteerde zorgaanbieders bekend kunnen maken?», vragen de leden van de fractie van D66.

Zoals ik al in een eerder antwoord op een vraag van de leden van de SP-fractie heb aangegeven, kan ik geen garantie geven dat zorgverzekeraars zes weken voor de aanvang van het nieuwe polisjaar duidelijk zullen maken met welke zorginstellingen zij een contract hebben gesloten. Wel heb ik de stellige verwachting dat ze dat zullen doen. Het huidige tempo van contractering geeft aan dat dat tot de mogelijkheden behoort wanneer dit wetsvoorstel op 1 januari 2014 van kracht wordt waardoor verzekeraars uiterlijk op 19 november 2014 bekend moeten maken welke zorg voor 2015 is gecontracteerd. Vanaf dat moment riskeren verzekeraars op grond van het nieuwe artikel 13 de volledige kosten te moeten vergoeden als ze die duidelijkheid niet bieden.

De leden van de fractie van D66 vragen wat ik zal doen om te bevorderen dat het voor verzekerden bij het afsluiten van hun verzekering duidelijk is dat er sprake is van een natura- of restitutiepolis, en dat klip en klaar is bij welke zorgaanbieders zij dat jaar terecht kunnen.

Zoals eerder al is aangegeven, bevordert dit wetsvoorstel een tijdige bekendmaking van gecontracteerde zorgaanbieders door te regelen dat een naturaverzekerde voor rekening van zijn naturaverzekerder naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder kan indien die verzekeraar niet tijdig bekend heeft gemaakt wie gecontracteerd is. De NZa ziet erop toe dat verzekeraars hier duidelijk over zijn. Overigens is een onderbelicht winstpunt van de voorgestelde wetswijziging dat de huidige hybride verzekeringswijze van «restitutie met gecontracteerde zorg» zijn betekenis verliest. Is het nu nog zo dat deze vorm toestaat dat verzekeraars geen volledige vergoeding geven bij afwijking van het gecontracteerde aanbod, na de voorgestelde wijziging kan dat niet meer. Dan is het van tweeën één. Of de zorg is natura verzekerd (met de mogelijkheid van een lagere vergoeding bij afwijking van de gecontracteerde zorg) of de zorg is verzekerd op basis van vergoeding van kosten (restitutie). In het laatste geval heeft men recht op een vergoeding tot marktconform niveau overeenkomstig artikel 2.2 van het Besluit zorgverzekering.

De leden van de D66-fractie vragen verder waarom de vergoeding in de uitzonderingsgevallen is verhoogd tot de volledige zorgkosten die de verzekerde gemaakt heeft.

Voor het geval waarin een zorginkoopcontract tussen een naturaverzekerder en een zorgaanbieder eindigt terwijl de naturaverzekerde bij die zorgaanbieder in behandeling is, geldt nu al (op grond van het huidige

artikel 13, vijfde lid, Zvw) dat de zorgkosten volledig moeten worden doorbetaald. Bij het niet tijdig kenbaar zijn van welke zorg wel of niet is gecontracteerd en in het geval van het niet nakomen van de zorgplicht, is er sprake van een tekortschieten van de verzekeraar. In die gevallen vind ik het aangewezen dat de verzekerde niet in de positie komt te verkeren dat hij de kosten niet volledig vergoed krijgt. Overigens betekent dit niet dat een verzekerde die om een van deze redenen naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat, naar een zorgaanbieder kan gaan die onredelijk hoge (passanten)tarieven vraagt. De zorgverzekering is immers een privaatrechtelijke overeenkomst, waarop (ook) de regels van het BW van toepassing zijn. Artikel 6:248, tweede lid, van het BW⁵⁷ leidt ertoe dat onredelijk hoge rekeningen niet geheel vergoed hoeven te worden.

Bij nader inzien ben ik van mening 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. Dit wordt in de nota van wijziging die u tegelijk met deze nota naar aanleiding van het verslag ontvangt geregeld en uiteraard ook toegelicht.

De leden van de fractie van D66 vragen bij de voorgenomen evaluatie mee te nemen in welke mate naturaverzekeraars gebruik maken van de ruimte die het nieuwe artikel 13 hen biedt, en of verzekerden meer gebruik maken van louter gecontracteerde zorg.

Ik ben het geheel eens met deze suggestie, en zeg bij dezen toe dat dit een onderdeel van de evaluatie zal zijn.

Tot slot merken zij in het kader van het aanpassen van artikel 13 op dat de Minister tevens voornemens is in de toekomst de basisverzekering te beperken tot naturapolissen. De hier aan het woord zijnde leden willen benadrukken dat zij veel waarde hechten aan de keuzevrijheid van de patiënt voor arts en verzekeraar. Het schrappen van de restitutiepolis in de basisverzekering beperkt echter de vrije artsenuitvoering, beperkt de differentiatie van zorgverzekeraars, en kan het vertrouwen van patiënten in verzekeraars schaden. Bovendien is er het risico dat de betrokkenheid van patiënten bij de zorg wordt ondermijnd, wat een opdrijvende werking voor de zorgkosten kan betekenen. De hier aan het woord zijnde leden achten dit alles uiterst onwenselijk. Deze leden vragen zich dan ook in ernstige mate af of het schrappen van de restitutiepolis een verstandige maatregel is. Zij vragen de Minister dit toe te lichten, en willen tevens weten welke financiële besparing de Minister van deze maatregel verwacht.

Zoals ik in eerdere antwoorden heb uiteengezet, is de afschaffing van de restitutiepolis bij dit wetsvoorstel niet aan de orde. Op een later tijdstip zal kenbaar worden gemaakt hoe uitvoering wordt gegeven aan dit in het Regeerakkoord opgenomen voornemen.

⁵⁷ De zorgverzekering is geen verzekering van rechtswege, maar een privaatrechtelijke overeenkomst die aan de in de Zvw geregelde voorwaarden voldoet. Dat betekent dat een naturaverzekeraar die in artikel 13, tweede en derde lid, Zvw, genoemde uitzonderingen in zijn naturapolis moet opnemen. Een naturaverzekerde die vervolgens naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaat omdat zijn zorgverzekeraar niet aan zijn zorgplicht voldeed, heeft dus op grond van zijn zorgverzekeringsovereenkomst (en niet rechtstreeks op grond van artikel 13, tweede en derde lid, Zvw) recht op volledige vergoeding van de rekening. Dat wordt dan vervolgens weer gemitigeerd door artikel 6: 248, tweede lid, van het Burgelijk Wetboek, dat zegt dat een bepaling in een overeenkomst niet wordt toegepast voor zover dat in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onredelijk zou zijn.

De leden van de ChristenUnie fractie merken op dat het aanpassen van één artikel grote gevolgen heeft. In de memorie van toelichting wordt, als het gaat om «keuzevrijheid», vooral ingegaan op de vraag of cliënten wel de juiste informatie hebben om te kunnen kiezen voor de juiste zorgverzekeraar. Deze leden merken echter op dat «keuzevrijheid» niet alleen betrekking heeft op het kunnen kiezen van de juiste verzekering. Keuzevrijheid heeft ook betrekking op het kunnen kiezen van de gewenste zorgaanbieder. Met het veranderen van artikel 13 wordt deze keuze ingeperkt. Deze leden begrijpen daarom deze keuze niet. Graag ontvangen zij op dit punt nadere toelichting.

Dat de vrijheid om de gewenste zorgaanbieder te kunnen kiezen met dit wetsvoorstel daadwerkelijk wordt ingeperkt, onderschrijf ik niet. De mogelijkheid van restitutie blijft bestaan, polissen met een breed gecontracteerd aanbod blijven mogelijk, en ook kan een naturazorgverzekeraar er bijvoorbeeld uit concurrentieoverwegingen voor kiezen om het vergoedingspercentage voor niet gecontracteerde zorg – al dan niet voor bepaalde vormen van zorg – hoog vast te stellen. Dat de zorgverzekeraars daadwerkelijk de keuzevrijheid tot een onaanvaardbaar niveau terug gaan brengen, acht ik onwaarschijnlijk omdat zij zich daarmee uit de markt zouden prijzen als de verzekerden laten merken dat ze die keuzevrijheid hoog in het vaandel hebben staan. Bovendien hebben zij een zorgplicht en moeten ze voldoende zorgaanbod contracteren. Ik heb met dit wetsvoorstel de onduidelijkheid over het hinderpaalcriterium willen wegnemen, opdat zorgverzekeraars beter in staat zullen zijn de zorg doelmatig in te kopen en bovendien geëquipeerd zullen zijn om via naturapolissen zorg van aanbieders met een twijfelachtige prijs/kwaliteit-verhouding niet te hoeven vergoeden.

Als er een verplichte naturapolis wordt ingevoerd, wordt de keuzevrijheid van cliënten volgens de leden van de fractie van de ChristenUnie nog verder ingeperkt. In hoeverre blijft de vrije artskeuze dan overeind staan? Deze leden ontvangen van de Minister graag nadere toelichting op het veranderen van artikel 13 in combinatie met het beleidsvoornemen om de restitutiepolis af te schaffen.

Zoals ik in eerdere antwoorden heb uiteengezet, is de afschaffing van de restitutiepolis bij dit wetsvoorstel niet aan de orde. Op een later tijdstip zal bekend worden gemaakt hoe uitvoering zal worden gegeven aan het in het Regeerakkoord op dit punt opgenomen voornemen.

De leden van de ChristenUnie fractie vragen of verzekeringsplichtigen op korte termijn inderdaad zes weken voor het nieuwe verzekeringsjaar zullen kunnen bekijken welke zorgaanbieders de naturaverzekeraars hebben gecontracteerd.

Zoals ik in eerdere antwoorden heb gesteld, acht ik het heel goed mogelijk dat zorgverzekeraars zes weken voor de aanvang van het nieuwe polisjaar duidelijk kunnen maken met welke zorginstellingen zij een contract hebben gesloten. De huidige tendens in de versnelling van de contractering (mede als gevolg van het hoofdlijnenakkoord) geeft aan dat dat tot de mogelijkheden behoort als het wetsvoorstel op 1 januari 2014 van kracht zou worden en voor het eerst materieel effect zou hebben op de voor het jaar 2015 gecontracteerde zorg. De dreiging van het moeten vergoeden van de volledige kosten als niet aan het nieuwe artikel 13 wordt voldaan, geeft dan aan de verzekeraars nog een extra prikkel.

«Is het niet zo dat er onvoldoende vanuit het cliëntperspectief is nagedacht?», vragen de leden van de fractie van de ChristenUnie. Zo stellen zij dat verzekerden momenteel al door sommige zorgaanbieders

worden geweerd, omdat zij bij een bepaalde zorgverzekeraar verzekerd zijn. Deze leden vragen of dit wenselijk is. Hoe kan voorkomen worden dat patiënten geconfronteerd worden met gedwongen winkelnering?

Juist uit patiëntenperspectief is dit wetsvoorstel een verbetering. De patiënt en verzekerde krijgt vooraf precies inzicht in de verschillende polissen, wie wel en wie niet is gecontracteerd en een betere keuze-informatie bij natura polissen, natura / restitutie mix polissen en volledige restitutiepolissen, met bijbehorend premievoordeel, waardoor burgers worden gestimuleerd om bewuster te kiezen.

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

Op grond van de richtlijnen inzake het schadeverzekeringsbedrijf van de EU (die op termijn op zullen gaan in de richtlijn Solvabiliteit II) is het de lidstaten in principe niet toegestaan om regels te stellen over de acceptatie of de premiestelling voor private schadeverzekeringen, zoals de ziektekostenverzekeringen of de aanvullende verzekeringen. Echter, op dit beginsel geldt voor zorgverzekeringen die onderdeel uitmaken van het wettelijke sociale ziektekostenstelsel een uitzondering: voor dergelijke verzekeringen kunnen de lidstaten regels stellen voor zover dat noodzakelijk is ter bescherming van het algemeen belang. Zoals bekend, is voor de zorgverzekering als bedoeld in de Zvw gebruik gemaakt van deze uitzonderingsmogelijkheid. Vandaar dat voor de Zvw-zorgverzekering een acceptatieplicht, een te verzekeren pakket en een verbod van premiedifferentiatie gelden. Inmenging in het acceptatie- of premiebeleid voor de aanvullende verzekeringen komt in strijd met die richtlijnen. Kortom, het is niet mogelijk om de premies voor aanvullende zorgverzekeringen vast te stellen (of om te regelen dat een verzekeraar iemand die geen basisverzekering bij hem heeft lopen tegen een zelfde premie voor een aanvullende verzekering moet accepteren als iemand die wel een basisverzekering bij hem heeft) zonder in strijd te komen met het EU-recht. Dit beginsel van tariefvrijheid is onlangs nog opnieuw door het Europees Hof van Justitie bevestigd.⁵⁸

Deze leden vragen mij voorts om in te gaan op de Europeesrechtelijke kritiek op het wetsvoorstel ten aanzien van de keuzevrijheid van de patiënt.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik deze leden gaarne naar het uitgebreide antwoord op een de vraag van de leden van de CDA-fractie, of met voorliggend wetsvoorstel de EU-Richtlijn patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg⁵⁹ wel correct wordt geïmplementeerd.

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

⁵⁸ Arrest van 7 maart 2013 in zaak C-577/11 DKV België tegen Belgische vereniging voor consumentenbescherming Test-Aankoop VZW.

⁵⁹ Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

Inmiddels is er een overeenkomst tot stand gekomen tussen Achmea en het Slotervaartziekenhuis. Ik schat in dat met de aanpassing van artikel 13 de druk om er op tijd uit te komen voor beide partijen groter zou zijn geweest. Achmea zou met een in werking zijnd artikel 13 Zvw op 19 november 2012 de keuze hebben gehad tussen ofwel bekend maken dat er met betrekking tot het verzekeringsjaar 2013 geen contract is, ofwel bekend maken dat er wel een contract is. Met de eerste keuze zou de verzekeraar de verzekerden die graag gebruik maken van de diensten van het Slotervaartziekenhuis teleurstellen, met de kans dat ze over zouden stappen naar een andere verzekeraar. Het Slotervaartziekenhuis zou in dat geval geen contract hebben gehad, maar – ervan uitgaand dat Achmea de vergoeding voor niet gecontracteerde geneeskundige zorg op een laag percentage zou hebben vastgesteld – ook niet de mogelijkheid hebben gehad om de strategie te volgen dat bij Achmea in ieder geval nog het passantentarief in rekening zou kunnen worden gebracht waarvan Achmea vervolgens 80% zou moeten vergoeden. Het Slotervaart zou gewoon voor de restitutieverzekerden vergoed blijven.

De leden van de SGP-fractie vrezen dat met het nieuwe artikel 13 Zvw heel veel verzekerden niet meer zullen kunnen kiezen voor een niet gecontracteerde zorgaanbieder. Zij vragen of ik het met hen eens ben dat de positie van de patiënt – die in het huidige stelsel van de Zvw toch al het zwakst is in vergelijking met de zorgverzekeraars en de aanbieders – met dit wetsvoorstel verder wordt verzwakt.

Allereerst ben ik het niet eens met de stelling dat de positie van de verzekerde in het huidige stelsel het zwakst is. Met het kunnen stemmen met de voeten hebben verzekerden een sterke troef, en verzekeraars houden hier ernstig rekening mee. Het kunnen stemmen met de voeten, op basis van informatie over het gecontracteerde zorgaanbod was tot nu toe suboptimaal, omdat de verzekeraars geen prikkel hadden om tijdig voor het nieuwe verzekeringsjaar voldoende aanbod te contracteren en het gecontracteerde aanbod bekend te maken. Na inwerkingtreding van het voorliggende wetsvoorstel kan bij het stemmen met de voeten ook de informatie over het gecontracteerde zorgaanbod worden meegenomen, wat ik een belangrijke versterking van de positie patiënt/verzekerde vind. Er komt dus meer keuze-informatie, waardoor burgers worden gestimuleerd om bewuster te kiezen tussen polissen en bijbehorende premie: naturapolissen, natura / restitutie mix polissen of volledig restitutiepolissen.

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

Ik vind van groot belang dat we vaart maken met maatregelen die het zorgstelsel efficiënter kunnen laten werken, om verdere taakstellingen zoveel mogelijk te voorkomen. Het is waar dat de verzekeraars ten gevolge van de toegenomen en nog toenemende risicodragendheid meer prikkels zullen ondervinden om selectiever te contracteren, maar indien naturaverzekerden onvoldoende financiële prikkels ondervinden om ook werkelijk naar de selectiever gecontracteerde zorgaanbieders toe te gaan, zal dit geen kosten/premiebeheersing met zich brengen en zal dit het enthousiasme van verzekeraars voor selectieve contractering temperen. De voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw draagt daarom bij aan het selectiever contracteren van zorg, aan de kostenbeheersing en daarmee

aan de werking van het stelsel. De patiënten en verzekerden kiezen zelf of ze daarvan gebruik maken. Naast het premiereductie argument is de kwaliteit van de zorg ook een belangrijk argument. Zorgverzekeraars zullen knoeiende, frauderende en anderszins slecht presterende zorgaanbieders niet contracteren, wat kwaliteitsverbetering voor de patiënt oplevert.

Op het moment van indiening van dit wetsvoorstel bestond het in het Regeerakkoord opgenomen voornemen om de restitutiepolis in zijn geheel te schrappen nog niet. De leden van de SGP-fractie vragen dat de keuzevrijheid van de cliënt door de combinatie van deze twee maatregelen enorm onder druk kan komen te staan. Zo ja, waarom wordt het voor de patiënt veel moeilijker gemaakt om naar de zorgverlener te gaan in wie de patiënt vertrouwen stelt, en die verantwoorde zorg biedt voor een redelijk prijs?

Zoals uit mijn eerdere antwoorden is gebleken, ben ik van mening dat dit wetsvoorstel een positieve prikkel voor de keuzevrijheid bevat, doordat het de transparantie en daarmee de rechtszekerheid voor de burger vergroot. De afschaffing van de restitutiepolis is in voorliggend wetsvoorstel niet aan de orde. Op een later tijdstip zal kenbaar worden gemaakt hoe het uitvoering zal worden gegeven aan dit voornemen uit het Regeerakkoord.

De leden van de SGP fractie vragen waarom het voornemen om de restitutiepolis te schrappen, geen aanleiding is geweest tot het intrekken van de wijziging van artikel 13 Zvw die in voorliggend wetsvoorstel is opgenomen.

Ik zie de wijziging van artikel 13 Zvw die in voorliggend wetsvoorstel is opgenomen niet als een majeure wijziging, maar als een op hoofdlijnen redactionele aanpassing op een inmiddels ten gevolge van de inwerking-treding van de EU-Richtlijn «patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg» gewijzigde situatie. Deze wijziging heb ik, nu artikel 13 ten gevolge van het verbod op verticale integratie toch al redactioneel gewijzigd moest worden, meegenomen in voorliggend wetsvoorstel.

Afschaffing van de restitutiepolis is naar mijn mening van een andere orde. Dit zal immers betekenen dat een van de twee in de Zvw geregelde hoofdprestatiewijzen van de zorgverzekeraars overgeheveld zal worden. Slechts de naturazorgverzekering zal overblijven. Op de beste wijze om dit vorm te geven en op de gevolgen hiervan voor artikel 13 Zvw, wordt op dit moment gestudeerd. Er zitten bovendien Europeesrechtelijke aspecten aan. Samenvattend kan worden gesteld dat met het opstellen van een wetsvoorstel voor de afschaffing van de restitutiepolis nog enige tijd gemoeid zal zijn. Bovendien verwacht ik, mede gezien de opmerkingen van de leden van diversie fracties in het verslag bij voorliggend wetsvoorstel, dat Uw Kamer hier zeer indringend over zal willen discussiëren. Ik ben echter van mening dat het in de tussentijd belangrijk is om artikel 13 Zvw aan te passen op de situatie die is ontstaan na inwerking-treding van eerdergenoemde EU-Richtlijn⁶⁰. Aldus zal voor iedereen helder zijn dat de naturazorgverzekeraars in de toekomst de hoogte van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg (behalve in de vier uitzonderingsgevallen) in de polis geheel zelf mogen bepalen – en zelf op nihil mogen zetten – en zal selectieve zorgcontractering meer gaan lonen.

⁶⁰ Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

Erkent de Minister dat de mogelijkheid voor verzekerden om te kunnen wisselen van zorgverzekeraar onvoldoende uitkomst biedt om de keuzevrijheid te garanderen, omdat dit slechts geldt voor voorzienbare zorg, en niet voor niet voorzienbare zorg?

Waar de vraag spreekt over het verschil tussen voorzienbare zorg en niet voorzienbare zorg neem ik aan dat wordt bedoeld uitstelbare en niet uitstelbare zorg, oftewel acute zorg. Juist vanuit de erkenning dat de verzekerde in het geval van acute zorg vaak te weinig te kiezen heeft, bevat het wetsvoorstel een uitzondering op de regel dat de verzekeraar vrij is in het vaststellen van de hoogte van de vergoeding als de verzekerde geen gebruik maakt van de gecontracteerde zorg.

«Kan er bij een te lage vergoeding voor een niet voorzienbare zorgvraag geen enorme financiële drempel zijn om te kiezen voor een zorgaanbieder die bij iemand past, als de zorgvraag in de loop van het jaar ontstaat?», zo vragen de leden van de SGP-fractie.

Als de niet voorzienbare zorg niet acuut is, kan in een dergelijke situatie inderdaad een flinke financiële drempel worden opgeworpen om een voorkeurszorgaanbieder te kiezen die niet is gecontracteerd. De verzekerde heeft daar ook zelf voor gekozen in de naturapolis en de daarbij behorende premiekorting. Als een verzekerde dat te allen tijde wil voorkomen moet hij kiezen voor een natura / restitutie mix polis of voor een volledig restitutiepolis. Ik wijs er bovendien op dat ook in de huidige situatie, waarin de vergoeding op 70% of 80% is gemaximeerd, een enorme financiële drempel kan opwerpen voor iemand die een dure behandeling moet ondergaan en/of die een bescheiden inkomen geniet.

Kan de Minister de leden van de SGP fractie inzicht geven in het aandeel zorg dat vanuit een naturapolis geleverd wordt door niet-gecontracteerde aanbieders?

Op een eerdere vraag van de SP heb ik geantwoord dat ca 60% van de verzekerden een polis heeft met gecontracteerde zorg. Op de vraag voor welk deel van die verzekerde zorg uiteindelijk een beroep wordt gedaan op niet gecontracteerde aanbieders, kan ik bij gebrek aan informatie hierover geen antwoord geven.

De leden van de SGP-fractie vragen of op basis van (wetenschappelijke) studies kan worden onderbouwd waarom de patiënten, ondanks de extra eigen betalingen, alsnog voor een niet-gecontracteerde aanbieder kiezen. Welke zorgvormen betreft dat vooral? Welk deel van de zorg die afgenomen wordt bij niet gecontracteerde aanbieders wordt (mede) veroorzaakt doordat (sommige) zorgverzekeraars te weinig rekening houden met de preferenties van hun verzekerden?

Ik beschik niet over informatie om op deze vragen antwoord te kunnen geven. De vraag is of het premieverschil en de verschillen in de polissen dusdanig zijn om daarvan ook echt iets te kunnen zeggen.

Een bijkomend probleem signaleren de leden van de SGP-fractie bij verzekerden die op meerdere zorgterreinen een zorgvraag hebben. Is het niet zo dat de verzekeraars ten gevolge van de voorgestelde wijziging een prikkel krijgen om over de gehele linie gemiddeld goede kwaliteit te bieden, maar dat dit lang niet altijd in het belang hoeft te zijn van de cliënt, die op bepaalde deelreinen juist excellente zorg wil hebben? Stel dat verzekeraar A excellente zorg op het terrein van neonatologie inkoop maar zich iets minder inzet op het gebied van de ggz, waarvoor hij precies de zorg inkoop waarmee wordt voldaan aan de zorgplicht, maar ook niet

meer. En stel dat zorgverzekeraar B er juist weer eer in stelt om voor de ggz excellente zorg in te kopen. Hoe is voor een verzekerde die een zorgvraag heeft op beide zorgterreinen de keuzevrijheid om te kiezen voor de beste zorgaanbieder op elk van de zorgterreinen geregeld?

De verzekerde zal uit het aanbod van de circa 60 beschikbare basispolissen een keuze moeten maken voor één verzekeraar. Zoals de in de vraag gebruikte hypothetische casus al suggereert, leveren beide zorgverzekeraars zorg van goede kwaliteit overeenkomstig het basispakket, waar de verzekerde recht op heeft. Verzekeraars kunnen bovenop de basiskwaliteit extra's bieden en het staat de verzekerde vrij zich hierover te informeren en hiervoor te kiezen. De wet regelt de hiervoor noodzakelijke overstapvrijheid.

Net als de leden van de CDA-fractie, vragen de leden van de fractie van de SGP om in te gaan op de kritiek van prof. mr. J.W. van de Gronden, dat de voorgestelde wijziging van artikel 13 strijdig is met EU-Richtlijn 2011/24/EU over grensoverschrijdende zorg. Klopt het dat de richtlijn stelt dat de verzekerde in het buitenland recht heeft op dezelfde vergoeding als in Nederland, en dat hieruit vanzelfsprekend volgt dat de zorgverzekeraar de vergoeding voor in Nederland geleverde zorg niet op nihil mag stellen?

Voor het antwoord op de eerste vraag verwijs ik de leden van de SGP-fractie graag naar een uitgebreide antwoord op de gelijklopende vraag van de leden van de CDA-fractie. Wat betreft de tweede vraag: Uit de EU-Richtlijn patiëntenrechten bij grensoverschrijdende zorg vloeit voort dat de vergoeding van de kosten van niet gecontracteerde zorg gelijk mag worden gesteld aan de vergoeding die zou worden gegeven indien de zorg in eigen land zou zijn genoten. Dat betekent niet de zorgverzekeraar de vergoeding niet op nihil mag stellen; het betekent dat de vergoeding van zorg die is genoten bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in een ander EU-lidstaat niet lager mag zijn dan de vergoeding van zorg genoten bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland. De voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw maakt dan ook geen onderscheid tussen niet gecontracteerde zorgaanbieders in het buitenland en in Nederland.

De leden van de SGP fractie vestigen ook de aandacht op het gelijktijdig bekend zijn van de contracten met de zorgaanbieders en de polisvoorwaarden van de verzekerden (artikel 13, tweede lid, onder d). Deze leden vragen in te gaan op de ervaringen van apothekers in 2011 en 2012. De eerste contractvoorstellen van verreweg de meeste zorgverzekeraars werden pas in december ontvangen, en verreweg de meeste overeenkomsten zijn pas in 2013 gesloten. Patiënten wisten bij de keuze van hun zorgpolis in december dus niet waar ze aan toe waren wat betreft farmaceutische zorg. Is een dergelijke situatie ook te verwachten voor andere vormen van zorg? Welke garanties zijn er dat deze randvoorwaarden in toekomst wel geborgd zijn?

Het zijn juist de situaties zoals in de vraag beschreven en in de eerder genoemde casus van het Slotervaartziekenhuis, die de ingediende wijziging van artikel 13 Zvw wenselijk maken, omdat die wijziging een tijdige contractering stimuleert. Zoals ik in eerdere antwoorden heb uiteengezet, kan ik geen garantie geven dat zorgverzekeraars zes weken voor de aanvang van het nieuwe polisjaar duidelijk zullen maken met welke zorginstellingen zij een contract hebben gesloten. Wel heb ik de stellige verwachting dat ze dat zullen doen. De huidige tendens in de versnelling van de contractering (mede als gevolg van het hoofdlijnenakkoord) geeft wel aan dat dat tot de mogelijkheden behoort als het wetsvoorstel op 1 januari 2014 van kracht zou worden en voor het eerst

van kracht is materieel effect zou hebben op de voor het jaar 2015 gecontracteerde zorg. De dreiging van het moeten vergoeden van de volledige kosten als niet aan het nieuwe artikel 13 wordt voldaan geeft dan aan de verzekeraars nog een extra prikkel.

De leden van de SGP-fractie vragen of de macht van de verzekeraars met dit voorstel niet te groot wordt. Kunnen de verzekeraars niet ongebreidelde eisen gaan stellen aan zorgaanbieders, die feitelijk niet anders zullen kunnen doen dan deze eisen inwilligen, omdat geen contract met de zorgverzekeraar bij een restitutietarief van 0% betekent dat er feitelijk geen verzekerde zorg kan worden geleverd? Is het niet zo dat de onderhandelingspositie van zorgaanbieders daarmee ernstig verzwakt zal worden? Hoe wordt voorkomen dat de aanbieders slechts kunnen tekenen bij het kruisje?

Ik heb met dit wetsvoorstel de onduidelijkheid over het hinderpaalcriterium willen wegnemen opdat zorgverzekeraars dan beter in staat zullen zijn de zorg doelmatig in te kopen en bovendien geëquipeerd zullen zijn om zorg van aanbieders met een twijfelachtige prijs/kwaliteit-verhouding niet te vergoeden. Uiteindelijk staat het belang van de patiënt verzekerde voorop, en niet de bescherming van de zorgaanbieder. Naast de naturapolis zijn ook de natura / restitutie mix polis en de volledig restitutiepolis te kiezen, en ook kan er uit verschillende verzekeraars gekozen worden.

Deze leden willen voorts weten hoe de machtspositie van zorgaanbieders zal worden die één zorgverzekeraar hebben waar ze volledig van afhankelijk zijn.

Voor mij staat in de werking van het stelsel voorop dat het belang van de patiënt/verzekerde optimaal wordt bediend. Een sterke onderhandelingspositie van zorgverzekeraars ten opzichte van zorgaanbieders is goed voor lage kosten en een betaalbare premie. Een te karige vergoeding van zorgverzekeraars zou kunnen betekenen dat er te weinig zorgaanbod in stand blijft. De zorgplicht van zorgverzekeraars biedt hieraan tegenwicht, evenals de mogelijkheid van nieuwe toetreders.

De leden van de SGP-fractie constateren dat zorgverzekeraars in het stelsel een zorgplicht hebben bij de door hen verkochte naturapolissen. Wie ziet na het doorvoeren van deze wijziging toe op de invulling van de zorgplicht door verzekeraars?

Het toezicht op de zorgplicht verandert met dit wetsvoorstel niet. De NZa doet dit al en blijft dit doen (Beleidsregel TH/BR-006, van 1 juli 2012).

De leden van de SGP-fractie vragen om in te gaan op het risico van een verminderde noodzaak om voor een brede doelgroep contracten af te sluiten, die precies aansluiten bij de preferenties van een gevarieerde populatie cliënten.

Ik zie niet in hoe de voorgestelde wijziging van artikel 13 Zvw een wijziging aanbrengt in de noodzaak voor een zorgverzekeraar om zijn verzekerde cliënten optimaal te bedienen. De spanning tussen individuele preferenties en de noodzaak om daar met min of meer collectieve inkoopinspanningen aan tegemoet te komen, was er en blijft er. Wat het wetsvoorstel verbetert, is dat de patiënt/verzekerde zijn preferenties beter tot uitdrukking kan brengen omdat hij geïnformeerd wordt over het gecontracteerde zorgaanbod op het moment dat hij nog met de voeten kan stemmen.

De leden van de SGP-fractie willen weten hoe ik hierin meeweeg dat zorgverzekeraars niet altijd transparante en objectieve contracteercriteria kennen, waardoor er sprake kan zijn van een zekere willekeur in de contractering?

Verzekeraars moeten jegens consumenten transparant zijn over premie en de kwaliteit van de producten en diensten, zodat hun prestaties gemakkelijk onderling vergelijkbaar zijn. Transparant zijn over de inkoopcontractering hoort bij een transparant stelsel. Het is belangrijk dat de zorgverzekeraar daar op inzet. Er zijn verzekeraars die op hun website open zijn over hun inkoopcriteria in één of meerdere segmenten van de zorg. Waar niet concurrentiële thema's de transactiekosten kunnen verlagen, juich ik transparantie jegens zorgaanbieders toe. Dat was bijvoorbeeld het geval op het thema kwaliteit in de ZN-publicaties: «Zorginkoopgids voor DBC's», «Visie op kwaliteit» en onlangs het kwaliteitskader «Spoedeisende zorg». Ook van de algemene zorginkoop zullen in de komende jaren de nodige stappen moeten worden gezet.

De leden van de SGP-fractie willen weten of ik het wenselijk zou vinden dat een zorgaanbieder die goede kwaliteit tegen lage kosten levert, toch door een naturazorgverzekeraar van een zorgcontract zou kunnen worden uitgesloten.

Dat is lastig in zijn algemeenheid te zeggen. Zo kan ik mij voorstellen dat een zorgverzekeraar de hier bedoelde aanbieder niet contracteert indien hij in de nabijheid van deze zorgaanbieder al voldoende ander zorgaanbieders heeft gecontracteerd, die ook goede kwaliteit tegen lage kosten leveren. De verzekeraar contracteert niet meer zorg dan nodig. Overigens is het niet zo, dat een zorgverzekeraar geheel willekeurig kan bepalen met welke zorgaanbieders hij een zorgcontract sluit en met welke niet. De BW-jurisprudentie over de pré-contractuele fase staat daarin aan de weg. Zodra partijen bij een overeenkomst met elkaar in contact treden met het oog op een mogelijk te sluiten overeenkomst, moeten zij handelen conform maatstaven van redelijkheid en billijkheid en in hun opstelling mede rekening houden met de belangen van de wederpartij. De eisen die aan zorgverzekeraars worden gesteld, gaan echter nog verder dan dat. Uit de rechtspraak van de civiele rechter blijkt dat het inkoopbeleid van een zorgverzekeraar verificerbaar, transparant en non-discriminatoir dient te zijn en dat de aangelegde normen bovendien niet onredelijk mogen zijn.⁶¹

«Kan de Minister de consequenties van de voorgestelde wijziging nader toelichten voor de aanbieders die op dit moment niet-gecontracteerd zijn?», vragen de leden van de SGP-fractie.

Aanbieders die nu niet gecontracteerd zijn zullen, ceteris paribus, ook na de wijziging geen contract hebben. Mogelijk stijgen hun kansen op een contract wel door de prikkel die verzekeraars krijgen om zes weken voor het nieuwe verzekeringsjaar bekend te maken met welke aanbieders wel of geen contract is gesloten. Zij kunnen hun prijzen verlagen, hun kwaliteit verhogen, meer inzicht geven en / of zorg verlenen aan restitutieverzekerden.

Deze leden willen voorts weten in welke (deel)sectoren het aantal afgesloten contracten achterblijft, en waarom.

De deelsectoren waar de contractering achter blijft zijn de mondzorg en in mindere mate de farmacie. Dat de contracteringsgraad in de mondzorg zo ver achterblijft bij de andere sectoren zou in belangrijke mate (historisch)

⁶¹ Vgl. o.a. Voorzieningenrechter Den Haag 6 april 2011, GJ 2011, 99 m.nt. G.R.J. de Groot.

kunnen worden verklaard vanuit het feit dat het overgrote deel van deze zorg altijd particulier of aanvullend verzekerd is geweest en dus niet onder de zorgplicht van de naturaverzekeraars (voorheen ziekenfondsen) viel en valt.

De leden van de SGP-fractie vragen wat er gebeurt er als verzekeraars de vergoeding beëindigen.

Het is mij niet geheel duidelijk wat deze leden precies met «de vergoeding» bedoelen. Indien zij, wat in de context van de vraag het meest voor de hand ligt, bedoelen te vragen wat er gebeurt indien de verzekeraar een zorgcontract met een aanbieder beëindigt, geldt het volgende. De vergoeding beëindigen staat mijns inziens gelijk aan het niet meer afnemen van zorg door de zorgverzekeraar. Er blijft evenwel de mogelijkheid bestaan dat consumenten de zorg rechtstreeks willen afnemen. Gaat het om in natura verzekerde zorg, dan zullen zij, al naar gelang wat in hun zorgpolis is bepaald, de rekening geheel, gedeeltelijk of niet vergoed krijgen. Indien de leden van de SGP-fractie bedoelen te vragen wat er gebeurt als een naturaverzekeraar na inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel de vergoeding voor een bepaalde vorm van niet gecontracteerde zorg op nihil stelt, is het antwoord dat dat er naar verwachting toe zal leiden dat aanbieders meer hun best zullen doen om voor een zorgcontract in aanmerking te komen en dat de verzekerden meer van de wel gecontracteerde zorg gebruik zullen maken. Mochten de leden van de SGP-fractie bedoelen te vragen wat er gebeurt indien een zorgverzekeraar dit lopende het verzekeringsjaar zou doen, dan is het antwoord dat dit zijn verzekerden, wegens een niet door de wetgever opgelegde polisverslechtering, een opzegrecht geeft. Omdat een dergelijke wijziging bovendien afzonderlijk aan de verzekerden bekend zal moeten worden gemaakt, verwacht ik niet dat naturaverzekeraars de vergoeding voor (bepaalde vormen van) niet gecontracteerde zorg gedurende een verzekeringsjaar zullen verlagen of op nihil zullen stellen.

Het Regeerakkoord kondigt aan dat diverse functies die nu nog in de AWBZ zitten, zoals de verpleging, overgeheveld zullen worden naar de Zvw. De leden van de SGP-fractie vragen naar de impact van de wijziging van artikel 13 op de keuzevrijheid van cliënten om te kiezen voor een aanbieder die bij hen past. Klopt de analyse van deze leden dat de keuzevrijheid ook voor de over te hevelen functies uit de AWBZ beperkt kan worden door zorgverzekeraars?

Als de dekking van de Zvw wordt uitgebreid met een nieuwe verstrekking, gelden voor deze verstrekking uiteraard de algemene werkingsprincipes van de Zvw. Dat betekent dat de over te hevelen thuisverpleging en de intramurale ggz-behandeling na het eerste jaar dus ook onder de werking van het nieuwe artikel 13 Zvw zullen komen te vallen. In het kader van de vormgeving van het overgangsrecht van de overheveling, zal uiteraard wél worden nagegaan of het verstandig is te regelen dat AWBZ-verzekerden die nu al gebruik maken van thuisverpleging of die langer dan een jaar voor behandeling in een ggz-instelling verblijven, hun zorg kunnen blijven genieten van de zorgaanbieder waarvan zij deze op het moment van overheveling krijgen, ook als de desbetreffende zorgaanbieder niet door hun zorgverzekeraar zou zijn gecontracteerd.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers