

Vergaderjaar 2017–2018

34 445

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

Nr. 10

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET NADER VERSLAG

Ontvangen 4 mei 2018

De regering heeft met belangstelling kennis genomen van de nadere vragen van de leden van de Tweede Kamer over onderhavig wetsvoorstel. Onderstaand worden deze vragen beantwoord in de volgorde waarin deze zijn gesteld door de verschillende fracties.

ALGEMEEN

1. Inleiding

De leden van de PvdA-fractie geven aan dat deze wetswijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en van enkele andere wetten een kans op verbetering biedt, mits er dan ook echt vanuit kwaliteit en wensen van mensen wordt geredeneerd. De leden van de PvdA-fractie missen in deze uitwerking nog deze concrete versterking van de positie van de patiënt én de patiëntvertegenwoordiging. De leden van de PvdA-fractie lezen dat met de voorgestelde wetswijziging meer ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders wordt geboden om zelf afspraken te maken over welke zorg met welke kwaliteit en tegen welke prijs geleverd wordt, maar zien graag nog een toelichting op de gevolgen van de positie van de patiënt.

De regering vindt het belangrijk dat er vanuit wensen van zorgvragers en vanuit de kwaliteit wordt geredeneerd. Daarom voorziet deze wetswijziging – mits is voldaan aan een aantal randvoorwaarden – in meer ruimte in de bekostiging, zodat patiënten of cliënten meer op maat beschreven prestaties en prijzen kunnen afspreken met zorgaanbieders, zorgaanbieders deze maatwerkafspraken en prijzen mogen declareren en verzekeraars/patiënten of cliënten deze prestaties mogen vergoeden. Op basis van de huidige bekostigingsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is dat veelal verboden op grond van artikel 35 van de Wmg. Binnen de huidige Wmg zijn zorg op maat-afspraken slechts mogelijk als zorgverzekeraars met zorgaanbieders afspraken hebben gemaakt, bijvoorbeeld in het kader van de beleidsregel innovatie of in het kader van de zogenoemde facultatieve prestaties. Voor patiënten/cliënten bestaat die

optie nu niet. De mogelijkheid voor patiënten en hun vertegenwoordigers om met een zorgaanbieder en met zorgaanbieders onderling afspraken te maken over de bekostiging (artikel 50, eerste en derde lid, onderdeel b van de Wmg), geeft kansen voor vernieuwing ondermeer in nieuwe vormen van samenwerking tussen verschillende sectoren en in substitutie van zorg. Dit is nu soms lastig te regelen vanwege bestaande schotten in de bekostiging in de curatieve zorg. Vrije prestaties kunnen ruimte bieden aan zorginnovatie en innovatieve vormen van bekostiging zoals ketenafspraken, uitkomstfinanciering, populatiebekostiging of casemanagement.

De leden van de PvdA-fractie zien niet dat met deze wetswijziging de positie van de patiënt binnen de machtsdriehoek van patiënt-zorgaanbieder-zorgverzekeraar, formeel wordt versterkt in tegenstelling tot een verbrede ruimte voor zorgaanbieder en verzekeraars om met elkaar afspraken te maken over de te leveren zorg. Deze leden vragen waaruit nu blijkt dat de patiënt het uitgangspunt van deze wetswijziging is?

De vergrote ruimte voor zorgaanbieder en verzekeraars om met elkaar afspraken te maken over de te leveren zorg, biedt verzekeraars de mogelijkheid om beter passende prestaties voor hun verzekerden overeen te komen met zorgaanbieders. Daar kunnen de patiënten of cliënten baat bij hebben. Hierbij kan gedacht worden aan een patiënt die lijdt aan chronisch hartfalen en na een heupbreuk een heupprothese krijgt. De zorg die deze patiënt vervolgens nodig heeft, wordt bij voorkeur zoveel mogelijk rond de thuissituatie van de patiënt vormgegeven. Dus; ondersteuning thuis met hulp vanuit de eerste lijn door de huisarts en de fysiotherapeut. De vrije prestatie maakt dit mogelijk, want de verschillende bekostigingssystemen vormen dan niet langer een beperking om maatwerk te leveren aan deze patiënt.

Daarbij biedt dit wetsvoorstel niet alleen meer ruimte voor zorgaanbieders en verzekeraars om met elkaar afspraken te maken, maar ook meer ruimte voor patiënten en cliënten om zelf met zorgaanbieders afspraken te maken. De wensen en de behoeften van de patiënt staan hierbij centraal. In die sectoren waar ruimte wordt geboden aan patiënten/cliënten om afspraken te kunnen maken met zorgaanbieders, is een vereiste dat zij hiertoe ook goed in staat zijn. Hiervoor is voldoende transparantie en vergelijkbaarheid van de zorg nodig. Deze voorwaarden worden met dit wetsvoorstel vastgelegd.

De leden van de PvdA-fractie vrezen dat in de praktijk de stem van de patiënt mogelijk niet als zwaarwegend zal blijken in de afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Zij vragen hoe staat het met de verkenning van de sectoren voor een experiment met vrije prestaties en of er al meer informatie kan worden gegeven over de toegevoegde waarde van een schotten-overstijgend experiment. De leden van de PvdA-fractie vragen op welke manier het benodigde enthousiasme onder patiënten voor het creëren van meer ruimte in de bekostiging kan worden gestimuleerd en welke plannen de Minister van VWS hiervoor heeft, gezien het feit dat zij dit van belang acht voor het succes van deze mogelijkheid?

Zoals in de brief van 13 oktober 2016 (Kamerstukken II, 2016/2017, 31 765, nr. 243) is gemeld, vindt de verkenning van de sectoren en de analyse van de toegevoegde waarde van een schottenoverstijgend experiment nu plaats. De Tweede Kamer zal hierover nader geïnformeerd worden.

Bij de verkenning, vormgeving en uitvoering van experimenten zullen patiënten/cliënten en patiëntenorganisaties worden betrokken. Zo geeft de NZa in haar uitvoeringstoets bijvoorbeeld aan dat consumentenorganisaties en Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) het

erover eens zijn dat een experiment op kleine schaal, met bijvoorbeeld bepaalde patiëntgroepen, een optie kan zijn. Zo zouden mogelijk met een aantal patiëntenorganisaties afspraken gemaakt kunnen worden. Hierbij worden verenigingen voor chronische aandoeningen zoals parkinson, reuma of diabetes als voorbeelden genoemd. Dit wordt betrokken bij de hiervoor genoemde verkenning voor experimenten.

De leden van de PvdA-fractie vragen welke mogelijkheden de voorgenomen wetwijziging biedt voor een omslag van zorg vanuit hokjes en afdelingen, naar zorg als integraal aanbod, zoals parkinsonnet? En welke mogelijkheden biedt de wetwijziging voor andere vergelijkbare zorgconcepten waarbij de patiënt en de benodigde zorg vanuit het ziektebeeld om de patiënt wordt georganiseerd?

Het is de bedoeling bij de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel aan te sluiten bij de huidige regulering en de mogelijkheid te scheppen stapsgewijs meer vrijheden in de bekostiging in te voeren met oog op innovatie en maatwerk. Dit wetsvoorstel biedt de ruimte om – via ministeriële regelingen die worden voorgehangen bij het parlement – meer vrijheden in de bekostiging te introduceren. De stapsgewijze introductie van meer vrijheden in de bekostiging vindt plaats bij ministeriële regelingen tot wijziging van bestaande prestatieregulering of van bestaande prestatie- en tariefregulering. Zorgaanbieders en verzekeraars/patiënten en cliënten kunnen straks, binnen de vrijheden die de overheid biedt, zelf prestaties vanuit een ziektebeeld van de patiënt beschrijven en bekostigen. De mogelijkheid voor patiënten en hun vertegenwoordigers om met een zorgaanbieder en met zorgaanbieders onderling afspraken te maken over de bekostiging, geeft kansen voor vernieuwing. Onder meer in nieuwe vormen van samenwerking tussen verschillende sectoren, in substitutie van zorg en maatwerk. Dit is nu soms lastig te regelen vanwege bestaande schotten in de bekostiging in de curatieve zorg. Vrije prestaties kunnen hiermee ruimte bieden aan zorginnovatie en innovatieve vormen van bekostiging zoals ketenafspraken, uitkomstfinanciering, populatiebekostiging of casemanagement.

De mogelijkheid om zelf zorg te beschrijven en te bekostigen, levert geen wijzigingen op in de verzekerde aanspraken op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz) op. Indien de zorg beschreven vanuit het ziektebeeld meerdere domeinen (Zvw en Wlz) omvat, zal duidelijk moeten worden beschreven welk deel ten laste van de Zvw en welk deel ten laste van de Wlz komt.

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke manier de transparantie voor patiënten kan worden bereikt bij vrije prestaties en wat betekent dit voor de mogelijkheden van kwalitatieve vergelijking van de zorg? Dit vraagt naar de mening van deze leden helemaal een omslag naar uitkomstmeting, zodat de meerwaarde vanuit patiënt ervaring kan worden gemeten. En verschil in waardering tussen verschillende behandelingen.

De regering onderschrijft het belang van uitkomstmeting, patiëntgerapporteerde uitkomsten en uitkomstinformatie. De regering heeft hiervoor een uitgebreid programma aangekondigd met als voornemen dat in 2022 voor tenminste 50% van de ziektelast uitkomstinformatie beschikbaar is. In het voorjaar van 2018 wordt de Kamer nader geïnformeerd over dit programma, planning en aanpak.¹

Hiermee wordt voortgebouwd op eerder ontwikkelingen om de benodigde transparantie voor patiënten/cliënten te realiseren. Zo zijn in het kader van het Jaar van de transparantie (maart 2015–maart 2016) stappen gezet die onomkeerbaar leiden tot een betere informatievoorziening voor patiënten

¹ Kamerstukken II 2017/18, 31 765 nr. 289.

in de medisch specialistische zorg. Ook is het voor alle aanbieders van curatieve ggz vanaf 1 januari 2017 verplicht om een kwaliteitsstatuut te hebben, zodat patiënten meer informatie hebben om hun keuze voor een zorgaanbieder op te baseren. Hieronder volgen nog een aantal voorbeelden van instrumenten die patiënten inzicht geven in kwaliteit:

- Prestatiebeschrijvingen zoals de NZa die vaststelt, kunnen bijdragen aan de transparantie voor patiënten (bijvoorbeeld DBC's, zorgzwaartepakketten). Overigens stelt de NZa ook prestatiebeschrijvingen vast, zoals bijvoorbeeld een consult of een zitting, die niets zeggen over de kwaliteit en inhoud van de zorg. Het is op dit moment dus niet zo dat de prestatiebeschrijvingen van de NZa altijd voor de ook door de PvdA-fractie gewenste transparantie zorgen. De prestatiebeschrijving van de NZa is dan ook niet de enige bron die kan bijdragen aan de gewenste en nodige transparantie van zorg voor patiënten.
- Zo geldt op grond van artikel 7:448 van het Burgerlijk Wetboek (geneeskundige behandelovereenkomst) een verplichting voor de hulpverlener tot het voorlichten van de patiënt over de behandeling.
- Ook is de verzekerde zorg beschreven bij of krachtens de Zvw en de Wlz en zorgen kwaliteitsrichtlijnen/ veldnormen die gelden voor zorgaanbieders ook voor transparantie over de zorgprestaties.
- Tot slot is het Kwaliteitsinstituut voor de zorg verantwoordelijk voor betrouwbare, inzichtelijke en vergelijkbare informatie over de kwaliteit van de zorg (cure en care). Zorgaanbieders zijn wettelijk verplicht informatie over de kwaliteit van verleende zorg aan te leveren bij het Kwaliteitsinstituut. Bijvoorbeeld informatie over prestaties, prijzen en wachttijden. Op KiesBeter.nl staan alle zorgaanbieders die gegevens over hun kwaliteit hebben aangeleverd. Zo kan iedereen zien wat de beste plaats is voor behandeling of verzorging.

In de Wmg zijn specifieke bepalingen (artikelen 38, 39 en 40) opgenomen over transparantie. Dit wetsvoorstel bevat geen wijzigingen ten aanzien van die artikelen. Op grond van deze bepalingen heeft de NZa nadere regels vastgesteld. Met betrekking tot de kosten van zorg geeft de NZa in haar uitvoeringstoets experimenten vrije prestaties² aan dat voor zorgaanbieders de volgende transparantieplichtingen te zijn onderscheiden:

- tijdig informeren van de patiënt over de kosten van een prestatie, dat wil zeggen vóórdat de prestatie wordt geleverd;
- zorgvuldig informeren van de patiënt over de kosten van een prestatie, met name geldt hier dat de zorgaanbieder goed moet informeren of een prestatie binnen het verzekerde pakket valt;
- duidelijk zijn naar de patiënt welke elementen kostendragend zijn. Alleen wanneer dat inzichtelijk is, kan de patiënt verschillende zorgaanbieders op de juiste wijze vergelijken.

Voor zorgverzekeraars zijn de volgende transparantieplichtingen te onderscheiden:

- zorgvuldig en tijdig informeren van zijn verzekerden of een zorgaanbieder voor een specifieke prestatie een overeenkomst heeft met die zorgverzekeraar;
- zorgvuldig en tijdig informeren van zijn verzekerden over de kosten van een prestatie;
- informatieverschaffing naar zijn verzekerden over de vraag of het afnemen van een prestatie van invloed is op het aanspreken van het eigen risico.

De leden van de PvdA-fractie zijn in hun twijfel over de nadruk op de patiënt gesterkt door de uitvoeringstoets van de NZa, waarin zij stelt dat het bij deregulering van prestaties nodig is om te zorgen voor een

² Kamerstukken II 2016/17, 31 765, nr. 243.

andersoortige standaardisatie van informatie. Hoe denkt de regering dat dergelijke standaardisatie toch kan worden bereikt, voor de door de NZa beschreven doelen als «het toezicht van de IGZ, het toezicht op correct declareren door de NZa, het bevorderen van kwaliteitstransparantie, het daartoe ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren door het Zorginstituut, de zorginkoop en onderzoek»? Kan een bepaalde vorm van standaardisatie hiernaast een positieve invloed hebben op de transparantie voor verzekerden over de prestaties van zorgaanbieders?

Zoals de NZa in haar uitvoeringstoets bij het wetsvoorstel aangeeft, moet bij het borgen van de informatiebehoefte zo veel mogelijk worden gestreefd naar een eenmalige registratie bij de zorgverlening die bruikbaar is voor alle doeleinden.

Als eerder aangegeven zal de huidige regulering van sectoren bij de inwerkingtreding van het wetsvoorstel in eerste instantie voor alle sectoren hetzelfde blijven. Door middel van bijvoorbeeld een experiment zal verder worden verkend welke sectoren zich lenen voor meer ruimte in de bekostiging. Voorafgaand aan het besluit om al dan niet meer ruimte in de bekostiging te bieden, is een gedegen informatieanalyse nodig welke informatie bij het gebruik maken van vrije prestaties wegvalt en wel noodzakelijk is voor bijvoorbeeld de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de NZa en het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut). Aan de hand daarvan moet worden bepaald of, en zo ja, welke eisen verder moeten worden gesteld aan de basisregistratie en hoe intensief het externe toezicht hierop moet zijn.

Mocht bij de verkenning naar een experiment met vrije prestaties blijken dat in een sector onvoldoende transparantie is om verantwoord een experiment te kunnen starten, dan zal in deze sector geen experiment worden voorgesteld. Bij een sector waar een experiment wordt gestart, ziet de NZa erop toe dat de informatie die beschikbaar komt relevant en duidelijk is voor patiënten en verzekerden en zo eraan bijdraagt dat de hoeveelheid informatie overzichtelijk blijft.

Tot slot: in aanvulling op bovenstaande biedt het wetsvoorstel, in tegenstelling tot de huidige Wmg, de mogelijkheid om terugvalprestaties vast te laten stellen door de NZa (artikel 50, derde lid, onderdeel b). Doordat een zorgaanbieder en een ziektekostenverzekeraar of consument dan bij het ontbreken van een overeenkomst over een prestatiebeschrijving van deze terugvalprestaties gebruik kunnen maken, biedt ook dit standaardisatie.

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke manier een verzekerde nog een goed overwogen keuze kan maken wanneer de prestaties tussen zorgaanbieders niet goed vergelijkbaar en te controleren zijn voor de verzekerden?

De NZa kan met haar bevoegdheid om transparantieplichtingen op te leggen, zorgaanbieders dwingen om patiënten op een zodanige wijze te informeren dat zij aanbieders goed met elkaar kunnen vergelijken. Bovendien waarborgt het voorgestelde artikel 50, vierde lid, expliciet dat er gereguleerd moet worden indien het gedrag van patiënten of cliënten bij de zorginkoop daartoe noodzaakt. Er wordt dus geen ruimte in de bekostiging geboden met vrije prestaties wanneer er onvoldoende transparantie over de zorgprestaties bestaat of wanneer dit door de NZa niet is af te dwingen.

De leden van de PvdA-fractie geven aan dat er uiteindelijk een kwalitatieve duiding zal moeten zijn op uitkomst, en vragen of dit meeloopt in de vorming van vrije prestaties.

Het belang van uitkomstindicatoren onderschrijft de regering maar zij ziet geen directe koppeling tussen de beschikbaarheid van uitkomstindicatoren en de introductie van vrije prestaties. Dit wetsvoorstel voorziet in de mogelijkheid van vrije prestaties met als doel meer ruimte voor innovatie en maatwerk. Dit betekent dat ook afspraken gemaakt kunnen worden over het belonen van goede uitkomsten. Dit hoeft echter niet in alle gevallen zo te zijn. Bij vrije prestaties zullen zorgaanbieders en verzekeraars/patiënten of cliënten zelf afspraken maken over de inhoud en de uitkomsten van de zorgprestatie. De NZa zal toezien op het transparant en vergelijkbaar maken van deze informatie voor patiënten/cliënten.

De leden van de PvdA-fractie lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat het creëren van meer ruimte in de prestatiebeschrijving geen invloed heeft op het basispakket. Het Zorginstituut Nederland heeft in zijn commentaar op het wetsvoorstel opgemerkt dat de bij de prestatiebeschrijving betrokken partijen duidelijk moeten maken of de desbetreffende prestatie al dan niet onder het basispakket of het verzekerd pakket van de Wlz valt. De leden van de PvdA-fractie vragen de regering hoe deze opmerking zich verhoudt tot haar antwoord dat deregulering het basispakket niet beïnvloedt?

De omschrijving van het basispakket Zvw of verzekerd pakket van de Wlz is niet afhankelijk van de door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen. Het feit dat een vorm van zorg niet (meer) onder de prestatieregulering van de Wmg valt, betekent niet dat die vorm van zorg geen (of niet langer) onderdeel uitmaakt van het te verzekeren pakket voor de zorgverzekering (basispakket) of van het verzekerd pakket van de Wlz. Dit betekent dat meer ruimte voor innovatie en maatwerk het basispakket en het verzekerd pakket van de Wlz niet beïnvloedt. Overigens wijkt deze situatie niet af van de huidige situatie waarbij niet het gehele basispakket onder prestatieregulering door de NZa valt op grond van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg.

Het Zorginstituut heeft in zijn commentaar aangegeven dat meer ruimte voor innovatie vraagt om vergroting van transparantie.³ Die vereiste transparantie houdt onder meer in dat duidelijkheid bestaat over de vraag of de desbetreffende vorm van zorg behoort tot het basispakket respectievelijk het verzekerd pakket van de Wlz. De regering onderschrijft het belang van transparantie over het basispakket of het verzekerd pakket voordat er meer ruimte wordt geboden in de bekostiging. Daartoe is in het vierde lid van het voorgestelde artikel 50 van de Wmg, expliciet vastgelegd dat prestaties gereguleerd moeten worden indien dat vanwege de toegang tot en het gedrag van zorgaanbieders ten aanzien van de zorgverlening, het gedrag van de ziektekostenverzekeraars en de patiënten/cliënten ten aanzien van de zorginkoop en de beperking van negatieve externe effecten geboden is. Er wordt daarbij gekeken naar de inzichtelijkheid en de transparantie van de zorginkoop in de betrokken zorgsectoren⁴. Duidelijkheid of de desbetreffende vorm van zorg behoort tot het basispakket respectievelijk het verzekerd pakket van de Wlz is daarbij noodzakelijk. De transparantie voor de patiënt/cliënt vormt daarmee een belangrijk toetspunt bij een beslissing over het niet (langer) reguleren van de prestatiebeschrijving.

³ Zie blz.1 van de desbetreffende bijlage behorende bij Kamerstukken II 2016/17, 34 445, nr. 6.

⁴ Zie Kamerstukken II 2015/16, 34 445, nr. 3, blz. 61 en 62.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat de regering zal doen om te bewerkstelligen dat de voorliggende wetswijziging geen invloed heeft op het basispakket en hoe de regering ervoor zorgt dat het basispakket voor iedere verzekerde hetzelfde inhoudt?

In het antwoord op voorgaande vraag van de leden van de PvdA-fractie over prestatieregulering is uiteengezet waarom de voorliggende wetswijziging geen invloed heeft op het basispakket.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat er gebeurt indien de zorgverzekeraar geen partij was bij de opstelling van de prestatiebeschrijving en meent dat de betrokken prestatie niet onder het basispakket valt? Zij vragen verder wat er gebeurt indien de zorgverzekeraar van mening is dat de patiënt niet redelijkerwijs op de betrokken zorg aangewezen was, wie dan het financiële risico loopt en of de regering de garantie kan geven dat de verzekerde niet het financieel risico loopt. De leden van de PvdA-fractie vragen tenslotte hoe kan worden gezorgd dat de patiënt krijgt wat nodig is en dat er niet een discussie over aanspraken ontstaat door hierin wijzigingen aan te brengen?

De Zvw regelt de verhouding tussen zorgverzekeraar en verzekerde. Het onderhavige wetsvoorstel bevat geen wijzigingen die leiden tot een wijziging in de aanspraken die een verzekerde aan zijn zorgverzekering kan ontlenen. Het al dan niet reguleren van een prestatiebeschrijving door de NZa beïnvloedt het basispakket immers niet. Net als nu regelen de Zvw en het Besluit zorgverzekeringen (Bzv) de zorgplicht van de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden. Een verzekerde ontleent, ook na inwerking-treding van dit wetsvoorstel, zijn aanspraken jegens de zorgverzekeraar aan de verzekeringsovereenkomst die hij met de zorgverzekeraar heeft gesloten. De verzekerde heeft aanspraak op een vergoeding van de zorgverzekeraar voor geleverde zorg die de verzekeraar niet heeft gecontracteerd maar die wel onder de dekking van de zorgverzekering valt. Net als nu kan de verzekerde een geschil met de zorgverzekeraar over de vraag of geleverde zorg valt onder de dekking van zijn zorgverzekering voorleggen aan de burgerlijke rechter of de SKGZ. De regering kan niet garanderen dat een verzekerde nooit het financiële risico draagt van geschillen over de dekking van zijn zorgverzekering. Daarin brengt dit wetsvoorstel geen wijziging.

Tot slot blijft de betreffende zorgverzekeraar ook zonder betrokkenheid bij het vaststellen van een bepaalde zorgprestatie verplicht (artikel 40 Wmg) informatie aan zijn verzekerden te verstrekken. De NZa kan daartoe ook nadere regels stellen. De NZa dient op basis van artikel 3, vierde lid Wmg bij haar taakuitoefening het algemeen consumentenbelang voorop te stellen. Hiermee kan worden geborgd dat verzekerden zorgvuldig worden geïnformeerd over de vraag of sprake is van verzekerde zorg.

De leden van de SP-fractie vragen waarom er een groot tijdsbestek tussen de verkregen adviezen/reacties van het Zorginstituut, de ACM en de NZa en het informeren van de Kamer zit en waarom bij de indiening van het wetsvoorstel op 8 april 2016 de toen al beschikbare adviezen en de uitvoeringstoets en fraudetoets niet direct met de Kamer zijn gedeeld?

In hoofdstuk 7 van het algemeen deel van de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel, dat op 8 april 2016 is ingediend, is reeds uitgebreid ingegaan op de adviezen en reacties van de NZa, ACM, Zorginstituut en overige partijen. Abusievelijk zijn de adviezen en uitvoeringstoetsen destijds niet als bijlagen bij het wetsvoorstel meegezonden. Bij de nota naar aanleiding van het verslag is deze omissie hersteld.

De leden van de SP-fractie stellen vast dat het Zorginstituut behoorlijk kritisch is over de mogelijke gevolgen voor de patiënt als het gaat om de vrije tarieven en prestaties. Kan de regering haar reactie op het Zorginstituut naar de Kamer sturen? En als die niet bestaat een puntsgewijze reactie op de reactie van het Zorginstituut geven?

Voor de reactie op het advies van het Zorginstituut, evenals de reactie op andere adviezen en de consultatie, verwijs ik u naar hoofdstuk 7 van het algemeen deel van de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel.

De leden van de SP-fractie hebben geen behoefte aan verdere vrije tarieven en prestaties omdat zij zien dat hiermee juist transparantie afneemt. De leden van de SP-fractie vragen de regering aan te geven welk belang vrije prestaties dienen, of de zorg beter wordt, op het transparanter wordt, minder bureaucratisch in de uitvoering, goedkoper en of het lange termijn perspectief van een zorginstelling en een zorgrelatie van arts en patiënt wordt verbeterd door vrije tarieven Deze leden verwachten op alle vragen een antwoord.

Met vrije prestaties ontstaat meer ruimte voor zorg op maat en innovatie. Dit kan bijdragen aan kwalitatief betere zorg en zorg die beter aansluit bij de wensen van de patiënt en cliënt. Ten aanzien van de transparantie verwijst de regering naar de beantwoording van een eerdere vraag van de leden van de PvdA-fractie waarbij is ingegaan op de transparantie voor patiënten en cliënten. Of het minder bureaucratisch wordt in de uitvoering hangt in belangrijke mate af van welke afspraken zorgaanbieders, zorgverzekeraars en/of patiënten/cliënten overeenkomen. Met bijvoorbeeld lumpsumbekostiging kan veel administratie vervallen. Ook is van belang vanuit welk perspectief wordt gekeken. Voor een patiënt/cliënt die binnen de huidige regulering geen zorg op maat/innovatie kan bekostigen/organiseren, zal dit anders zijn dan voor een patiënt/cliënt die met de huidige bekostiging uit de voeten kan. Hetzelfde geldt voor een zorgaanbieder die een innovatieve vorm van zorg wil leveren versus een zorgaanbieder die standaardzorg levert en met de reguliere prestaties kan werken. Het is geen doel van de regering dat vrije prestaties leiden tot goedkopere zorg. Wel kunnen vrije prestaties tot meer maatwerk en innovatie leiden, en daarmee tot doelmatigere zorg. Op de vraag of vrije tarieven leiden tot verbetering van het lange termijn perspectief van een zorgaanbieder en een verbetering van de zorgrelatie van een arts en patiënt, wordt opgemerkt dat deze wetswijziging geen wijziging oplevert ten aanzien van vrije tarieven maar de mogelijkheid van vrije prestaties introduceert. Een beter passende prestatiebeschrijving en bijbehorende prijs kan bijdragen aan een betere relatie tussen arts en patiënt omdat over en weer de afspraken helder zijn.

De leden van de SP-fractie waren getroffen door het duidelijke signaal van het Zorginstituut dat zij zeggen dat niet de gewenste transparantie wordt bereikt, «integendeel». Zij leggen de parallel met het grote aantal verschillende polissen waarover herhaaldelijk is opgemerkt dat burgers door de bomen het bos niet meer zien. Waarom heeft de regering – gegeven deze grote waarschuwing – toch gemeend de vrije prestaties als één van de kernen van dit wetsvoorstel te maken? De leden verwachten een uitgebreid antwoord.

Zie ook het antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie over de transparantie voor verzekerden over de prestaties van zorgaanbieders.

De leden van de SP-fractie vragen de regering geen verdere stappen in dereguleren te zetten totdat duidelijk is wat er onder zorgplicht van de zorgverzekeraar wordt verstaan. De leden van de SP-fractie begrijpen dat

de NZa inmiddels een onderzoek heeft afgerond en willen dat graag ontvangen. De leden van de SP-fractie vragen zich af of zorgverzekeraars voldoen aan hun zorgplicht en willen weten wat tijdige zorg precies is en wie dat bepaalt. Ook willen deze leden weten wat een acceptabele afstand is en wie dat bepaalt.

Voor de regering staat voorop dat de zorgverzekeraars moeten voldoen aan hun zorgplicht, zowel als het gaat om gereguleerde als om gedereguleerde sectoren. De NZa houdt hier ook toezicht op. Zo heeft de NZa recent onderzoek gedaan of de Treeknormen in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg nader ingevuld moeten worden (zie https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_13168_22/1/).

De zorgplicht is een open norm die door de NZa nader is geconcretiseerd in beleid (zie https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21832_22/1/). De beleidsregel van de NZa geeft de wettelijke kaders weer en de algemeen geldende normen waar de zorgverzekeraars zich aan moeten houden bij de naleving van de zorgplicht. Dat de zorgplicht een open norm is brengt met zich mee dat de zorgverzekeraars met de zorgaanbieders, binnen de kaders die de wet creëert, een rol spelen bij het nader invullen van de zorgplicht. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen samen met patiëntenorganisaties, algemeen geldende praktijknormen afspreken. Het Kwaliteitsinstituut neemt deze normen op in het Register van het Kwaliteitsinstituut.⁵ De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten van het basispakket worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk (artikel 2.1, eerste lid, van het Bzv). Het Zorginstituut duidt de aard, inhoud en omvang van de tot het basispakket behorende prestaties en legt die uit. Het Zorginstituut kan de zorgverzekeraars voor de duiding en de uitleg van het basispakket richtlijnen geven (artikel 64 van de Zvw). Alle zorgverzekeraars zullen bij de naleving van de zorgplicht deze algemeen geldende normen en de duiding van het Zorginstituut in acht moeten nemen. De NZa zal enkel waar nodig en mogelijk de zorgplicht nader invullen.

Het onderzoek van de NZa met betrekking tot de toegankelijkheidsnormen eerstelijnszorg is op 15 december 2016 aan uw Kamer aangeboden.⁶ De NZa constateert in dat onderzoek dat het nu niet noodzakelijk is om aanvullende normen op te stellen. De NZa zal ook in de toekomst blijven monitoren of dit zo is.

De leden van de SP-fractie vragen de regering in te gaan op het toezicht op het voldoen aan de zorgplicht door zorgverzekeraars. Hoe en waar kunnen mensen zich melden die lang (te lang) moeten wachten op zorg? Wie grijpt er dan in? Kan de NZa in individuele gevallen een aanwijzing geven of behoort dat niet tot haar takenpakket?

De zorgverzekeraars hebben zorgplicht en moeten er voor zorgen dat hun verzekerden voldoende en tijdige zorg krijgen. De verzekeraar moet bij te lange wachtlijsten verzekerden doorverwijzen naar een zorgaanbieder die wel (eerder) plaats heeft. Zo nodig moet een zorgverzekeraar ook extra zorg inkopen. De NZa volgt nauwlettend of de zorgverzekeraars aan hun zorgplicht voldoen. Mensen die met een te lange wachttijd te maken krijgen en niet goed door hun zorgverzekeraar doorverwezen worden, kunnen dat melden bij de NZa. De NZa kan het niet naleven van de zorgplicht door een zorgverzekeraar bestuursrechtelijk handhaven. De NZa hanteert een risicogebaseerde en probleemgerichte aanpak voor de

⁵ Dit geldt alleen indien er sprake is van een kwaliteitsstandaard, zoals bijvoorbeeld het Model-kwaliteitsstatuut GGZ. Zie <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/taken/bevorderen-kwaliteit-en-inzichtelijkheid-van-de-zorg/transparant-maken-van-afspraken-over-wat-goede-zorg-is>.

⁶ Kamerstukken II 2016/17, 29 689, nr. 796

toezichts- en handhavingsactiviteiten. Door middel van analyses wordt bepaald welke problemen het belangrijkst zijn, in welke sectoren die zich voor (kunnen) doen en aangepakt moeten worden. De NZa hanteert een combinatie van instrumenten om effectief toezicht te bereiken. In het Handhavingsplan (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21400_22/1/) worden de instrumenten van de NZa toegelicht. Ook kan de NZa een aanwijzing geven aan individuele ziektekostenverzekeraars of individuele zorgaanbieders. 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. Als de NZa constateert dat de regels overtreden worden, heeft zij de keuze uit verschillende formele en niet-formele handhavingsinstrumenten. Voorbeelden van informele maatregelen zijn normoverdragende gesprekken, verduidelijken van regels in een brief of een bericht in de media. Tot de formele handhavingsinstrumenten voor de handhaving van de zorgplicht behoren het geven van een aanwijzing, het toepassen van bestuursdwang of het opleggen van een last onder dwangsom.

De leden van de SP-fractie vragen de regering ook om uitgebreid in te gaan op de uitvoerings- en fraudetoets van de NZa. Hoe is deze betrokken bij de vormgeving van het wetsvoorstel, welke conclusies en aanbevelingen heeft de regering overgenomen, welke ter zijde geschoven en welke conclusies en aanbevelingen hebben geleid tot aanpassing van de aanvankelijke plannen?

De regering verwijst voor de reactie op de uitvoeringstoets en fraudetoets van de NZa naar hoofdstuk 7.1 van het algemeen deel van de memorie van toelichting bij dit wetsvoorstel.

De leden van de SP-fractie merken in het kader van de Informatie-uitwisseling tussen VWS en de NZa op dat de NZa het ministerie – net als andere relevante partijen – in staat stelt om op conceptrapporten en signaleringen te reageren voordat zij openbaar worden voor iedereen. De leden van de SP-fractie vragen de regering in te gaan op hun zorg dat dit hoogst onwenselijk is en deze afspraak geen recht doet aan de wens om de NZa onafhankelijker van VWS te maken. Zij vragen of de regering bereid is om deze afspraak te schrappen.

In het kader van een proactieve informatie-uitwisseling is in het Informatiestatuut, dat gezamenlijk door de NZa en de Minister van VWS wordt opgesteld, opgenomen dat de NZa het Ministerie van VWS, net als andere relevante partijen, in de gelegenheid stelt te reageren op (concept-) rapporten/signalerings over de zorg. Het doel hiervan is feitelijke onjuistheden en onduidelijkheden te kunnen rechtzetten. Deze werkwijze kan niet los gezien worden van de in het Informatiestatuut vastgelegde uitgangspunten van vertrouwen, professionaliteit, goed overleg, alertheid, gezond verstand en wederzijds respect voor elkaars rol.

Dat de NZa zich bij voorgenomen publicaties op basis van deze uitgangspunten toetsbaar opstelt om onjuistheden en onduidelijkheden te voorkomen, staat de onafhankelijkheid van de NZa niet in de weg en is volgens de regering te verkiezen boven een geïsoleerde opstelling van de NZa. De regering ziet dan ook geen reden om deze afspraak te schrappen.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom de regering er niet voor kiest om de bepalingen omtrent de macrobeheersheffing uit dit wetsvoorstel te halen, mede gezien de conclusie van de NZa dat de gedifferentieerde macrobeheersheffing onuitvoerbaar is.

De regering heeft er voor gekozen in dit wetsvoorstel de regeling van het macrobeheersinstrument, zoals dat in de huidige Wmg in een aantal artikelen is opgenomen, te vervangen door een regeling van de macrobe-

heersheffing in één samengesteld artikel. Materieel wijzigt er niets aan het instrument ten opzichte van de huidige situatie.

De consultatieversie van dit wetsvoorstel bevatte de mogelijkheid de macrobeheersheffing te differentiëren met het doel de contractering op basis van kwaliteit te bevorderen. Gegeven de opmerkingen van de NZa ten aanzien van de praktische uitvoerbaarheid is dit onderdeel uit het wetsvoorstel geschrapt.

Tevens vragen de leden van de CDA-fractie wanneer de regering verwacht om met een aanvullend wetsvoorstel te komen, indien zij dit voornemen doorzet? Daarnaast willen de leden van de CDA-fractie ook graag weten aan welke varianten de regering denkt. Enkele jaren geleden is door Triple A hier al uitgebreid onderzoek naar gedaan. Ook vragen de leden van het CDA-fractie wie die varianten gaat toetsen en op welke termijn dit gaat gebeuren.

Het onderzoek van Triple A was een uitwerking van het huidige macrobeheersinstrument, waarbij alleen de mogelijkheid om te differentiëren met het oog op de betaalbaarheid van zorg bestaat. Triple A concludeerde toen dat deze uitwerking met name voor kleinere en nieuwe zorgverleners tot zeer hoge risico's kon leiden. Bij een bespreking van het onderzoek van Triple A met veldpartijen bleek er geen draagvlak te zijn om deze variant van het gedifferentieerde macrobeheersinstrument in te voeren.

Op 19 april 2017 is het rapport «Beleidsopties voor het stimuleren van gunstige zorgcontracten onder restrictie van een macrobudget» aan de Tweede Kamer aangeboden⁷. In dit onderzoek, dat is uitgevoerd door het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam en AKD, is gekeken naar manieren om – al dan niet met behulp van het mbi – het afsluiten van gunstige zorgcontracten (gunstig voor de kwaliteit en doelmatigheid van zorg) te bevorderen. De onderzochte varianten van het mbi betreffen deels varianten die al eerder zijn beschreven in Zorgkeuzes in Kaart van het Centraal Planbureau⁸. Daarnaast is de onderzoekers ook uitdrukkelijk gevraagd zelf aanvullende opties aan te dragen. De onderzoekers oordelen in dit rapport per saldo negatief over de mogelijkheid om gunstige zorgcontracten te stimuleren via een gedifferentieerde toepassing van het macrobeheersinstrument. De regering houdt in dat licht en conform hetgeen is gesteld in het regeerakkoord, vast aan de mogelijkheid tot het inzetten van een generiek macrobeheersinstrument in het geval van overschrijdingen van de uitgavenkaders. Zoals hiervoor aangegeven wordt in onderhavig wetsvoorstel dat instrument in een artikel samengevoegd. De regering zal gelet op de conclusies uit het genoemde rapport geen aanvullend wetsvoorstel aan uw Kamer aanbieden.

2. Regulering

De leden van de CDA-fractie vragen nogmaals aan de regering of de invoering van vrije prestaties en tarieven een vergroting van de marktwerking in de zorg is. In de memorie van toelichting staat ook dat de Wmg voorziet in spelregels en bijbehorend toezicht om de overstap naar meer marktwerking veilig te kunnen maken. Het is één van de wetten die vorm geeft aan het nieuwe sturingsconcept van gereguleerde marktwerking en vormt daar in wezen het sluitstuk van. De wet bevordert dat waar dat kan marktwerking op gang wordt gebracht en gehouden. Waar dat moet, de overheid tarieven en prestaties kan reguleren.

⁷ Kamerstukken II 2016/17, 31 765, nr. 271.

⁸ Kamerstukken II 2014/15, 29 689, nr. 596, bijlage 2015D11725.

Dit wetsvoorstel voorziet enkel in een omslag van een verbodstelsel naar een gebodstelsel, waardoor zorgaanbieders veel eenvoudiger innovatieve zorg en maatwerk aan de patiënt kunnen bieden. Met dit wetsvoorstel wordt niet het vrijlaten van verplichte prestatiebeschrijvingen of tarieven in een sector geregeld. In die zin wordt de marktwerking niet verkleind of vergroot. In de toelichting op het wetsvoorstel AIB Wmg⁹ is reeds beschreven dat de artikelen van de Wmg neutraal zijn geredigeerd en geschikt voor elke nader te omschrijven ordeningsituatie.

De leden van de CDA-fractie vragen nogmaals welke meerwaarde de regering ziet om het huidige uitgangspunt van de Wmg van «gereguleerd, tenzij» los te laten. De regering wil dit veranderen naar «vrij tenzij».

De meerwaarde van een «vrij tenzij» uitgangspunt is onder meer ingegeven door het evaluatierapport naar de Wmg en de NZa van Andersson Elffers Felix (AEF).¹⁰ Uit deze evaluatie blijkt namelijk dat de tarief- en prestatieregulering een negatief effect kan hebben op de dynamiek en innovatie van het zorgaanbod. De Wmg kent nu een verbodstelsel dat zorgaanbieders en verzekeraars dwingt om door de NZa vastgestelde prestaties te hanteren (artikel 35 Wmg). Er mag niet worden gedeclareerd, *tenzij* de NZa een prestatie en tarief heeft vastgesteld. Doordat de prestaties door de NZa vast zijn beschreven, beperkt dit de mogelijkheden voor zorgaanbieders en verzekeraars om zelf afspraken te maken over de inhoud van de behandeling en de wijze waarop de zorg moet worden georganiseerd, bijvoorbeeld meer gericht rond de patiënt. AEF doet in haar evaluatie de aanbeveling om de verbodsbepaling uit artikel 35 van de Wmg los te laten. Ook blijkt uit de evaluatie van AEF dat tarief- en prestatieregulering in haar huidige vorm in verschillende deelsectoren, met name in de curatieve zorg, slechts in beperkte mate een rol speelt bij de zorginkoop en contractering. Daarmee is de toegevoegde waarde van de huidige inrichting van prestatieregulering binnen die delen van het zorgstelsel gering, en dit pleit dus ook voor een omslag naar een «vrij tenzij» stelsel.

Tot slot moet worden opgemerkt dat bij de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel via de ministeriële regelingen wordt aangesloten bij de huidige regulering. De verdere omslag naar vrije tarieven en/of vrije prestatiebeschrijvingen met het oog op innovatie en maatwerk kan desgewenst stapsgewijs verkend worden, waar nodig via experimenten die ook worden vastgelegd bij ministeriële regeling (artikel 50, achtste lid, aanhef en onderdeel a, van de Wmg). Deze ministeriële regelingen worden voorgehangen bij het parlement. Onderdeel van de stapsgewijze verkenning is toetsing of de criteria die noodzaken tot reguleren al dan niet aanwezig zijn. De criteria wanneer gereguleerd moet worden, worden met dit wetsvoorstel expliciet in de wet vastgelegd (artikel 50, vierde lid).

Dit wetsvoorstel bevat zowel de instrumenten voor tarief- en/of prestatieregulering in een sector, als de mogelijkheden om dit aan zorgpartijen zelf te laten. Specifiek ten opzichte van de huidige wet is hierbij de terugvalprestatie van belang. Dit wetsvoorstel biedt de mogelijkheid dat de NZa, bij het ontbreken van een overeenkomst tussen een zorgaanbieder en een ziektekostenverzekeraar of consument over een prestatiebeschrijving (artikel 50, derde lid, onderdeel b), terugvalprestaties kan vaststellen.

De leden van de CDA-fractie lezen in de memorie van toelichting dat reguleren van productie- en prestatiebeschrijvingen gewenst is wanneer er in de sector geen eenduidigheid bestaat over de precieze producten en

⁹ Kamerstukken II 2009/10, 32 393, nr.3.

¹⁰ Kamerstukken II 2013/14, 25 268 nr. 87

diensten die marktpartijen gaan contracteren. Eenduidige omschrijvingen maken goede prijsvergelijking mogelijk. Op dit moment is er grote behoefte om meer transparantie over de prijzen te krijgen. Prestatiebeschrijvingen zorgen voor een uniforme declaratietaal. De leden van de CDA-fractie vragen waarom de regering een ontwikkeling in gang wil zetten die juist het tegendeel gaat veroorzaken.

Zie het antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie over de transparantie voor verzekeren over de prestaties van zorgaanbieders.

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering de mening deelt dat door de omzetting van een AMvB naar ministeriële regeling de betrokkenheid van de Tweede Kamer wordt beperkt? Zo ja, waarom wel? Zo nee, waarom niet?

Dit wetsvoorstel voorziet in een omzetting van aanwijzingen van de Minister van VWS aan de NZa naar ministeriële regelingen. Deze ministeriële regelingen worden integraal voorgehangen bij het parlement. Nu wordt slechts de zakelijke inhoud van de aanwijzing van de Minister van VWS aan de NZa voorgehangen bij het parlement. De betrokkenheid van het parlement bij de totstandkoming van de beleidskaders wordt dus vergroot en niet beperkt. Gelet op de voorhangprocedure van deze ministeriële regelingen maakt het voor de betrokkenheid van de Tweede Kamer geen verschil of de beleidskaders in een ministeriële regeling worden vastgelegd in plaats van een algemene maatregel van bestuur.

De leden van de CDA-fractie merken op dat de regering stelt dat een algemene maatregel van bestuur in een situatie dat er een snelle wijziging op het vlak van prestatieregulering of tariefregulering nodig is een vertraging van 3 maanden tot een half jaar kan opleveren. De leden van de CDA-fractie vragen waarom het gebruik van een spoedprocedure in een dergelijk geval geen soelaas biedt?

De regering kiest voor een ministeriële regeling vanwege het verwachte aantal wijzigingen en omdat de voorbereiding van een algemene maatregel meer tijd vergt. Het ontwerp van een algemene maatregel van bestuur wordt behandeld in een ambtelijk voorportaal, eventueel in een onderraad, en vervolgens in de ministerraad. Na behandeling in de ministerraad volgt de voordracht voor de adviesaanvraag aan de Afdeling advisering van de Raad van State. De mogelijkheid bestaat om met instemming van de ministerraad een spoedbehandeling van de adviesaanvraag te vragen. Met het vragen om een spoedbehandeling moet grote terughoudendheid worden betracht¹¹. Na het uitbrengen van het advies door de Afdeling advisering van de Raad van State volgt de procedure van het nader rapport, de bekrachtiging door de Koning en van het contraseign. De procedure van een algemene maatregel van bestuur duurt gezien het bovenstaande zelfs bij een spoedbehandeling van de adviesaanvraag minimaal drie maanden langer dan de procedure voor een ministeriële regeling. De spoedprocedure biedt daarmee geen of onvoldoende soelaas voor snelle wijzigingen in de bekostiging.

De regering stelt verder op bladzijde 24 van het verslag dat de ministeriële regelingen worden afgestemd met de sector en dat dit momenteel wordt voorbereid. Is daar ondertussen al meer over duidelijkheid over? Zo ja, kan de regering dit toelichten?

¹¹ Zie Ar 271 van de Aanwijzingen voor de regelgeving.

De interne voorbereiding van de vormgeving van de afstemming van de ministeriële regelingen met de sector is inmiddels vrijwel afgerond. Daarbij wordt uitgegaan van een periodieke overlegstructuur met de diverse sectoren in de curatieve en de langdurige zorg die zoveel mogelijk aansluit bij de lopende overlegstructuren tussen VWS en de betrokken partijen. De volgende stap in het proces is om de sector te consulteren over deze werkwijze.

De leden van CDA-fractie merken op dat AEF heeft geadviseerd om de sturingsrelatie tussen het Ministerie van VWS en de NZa te herijken. Voor een gezaghebbende rolinvulling door de NZa is in de toekomst behoefte aan voldoende onafhankelijkheid ten opzichte van het departement. Binnen de eigen beïnvloedings sfeer ontbreekt het de NZa aan een eigen strategische agenda en maakt de organisatie in haar optreden naar de buitenwereld onvoldoende een scheiding tussen haar rollen als controleur, bewaker en regulator. De leden van de CDA-fractie vragen in hoeverre de regering vindt dat er tussen de controlerende en de bewakende rol die bij de NZa blijft spanning zit.

De controlerende en de bewakende rol die bij de NZa blijven, vergen een afstandelijke en onafhankelijke rol van de toezichthouder naar de sector. De regering ziet hierin geen spanning.

De leden van de CDA-fractie vragen wanneer er duidelijkheid is over de gevolgen qua personeelsinzet voor de taken die bij de Minister van VWS of de ACM worden belegd.

De gevolgen zullen precies in kaart worden gebracht zodra het implementatietraject van deze wetswijziging kan worden gestart.

3. Meer ruimte voor innovatie en maatwerk

De leden van de CDA-fractie vragen de regering uitleg waarom zij dit wetsvoorstel toch doorzet gelet op de evaluatie van AEF waarin wordt aangegeven dat hun onderzoek over tarief- en prestatieregulering gebonden is aan een aantal onzekerheden. «In veel gevallen ontbreekt bruikbare data, enige vorm van «nulmeting» en de mogelijkheden effecten te isoleren. Daarnaast is het aanbrengen van causaal verband tussen regulering en effect in de meeste gevallen niet mogelijk. Onze conclusies zijn daarom voorzichtig van aard.»

Gelet op de brede betrokkenheid van partijen uit de zorgsector biedt de evaluatie van AEF voor de regering een basis om dit wetsvoorstel in te dienen. Hoewel de conclusies van AEF voorzichtig zijn, gelet op de aard van de door hen uitgevoerde evaluatie (geen kwantitatieve analyse), betekent dit niet dat daar geen algemene tendens uit is af te leiden. De inhoudelijke conclusies die AEF trekt, zijn immers gebaseerd op een breed onderzoek in de zorgsector. Bovendien blijkt de de wens tot meer ruimte in de bekostiging ook uit de reacties van partijen in de zorg op de internetconsultatie van dit wetsvoorstel, zoals beschreven in hoofdstuk 7.4 van het algemeen deel van de memorie van toelichting. Hierbij wordt benadrukt dat de regering bij het creëren van meer ruimte voor maatwerk en innovatie kiest voor een stapsgewijze benadering. Bij de inwerking-treding van dit wetsvoorstel wordt via de ministeriële regelingen aangesloten bij de huidige regulering. Stapsgewijs zal worden verkend of een sector zich leent voor meer ruimte in de bekostiging. Daarbij wordt het draagvlak expliciet meegenomen.

Een tweede punt is dat AEF ook concludeert dat prestatiebeschrijvingen op dit moment een rol bij de risicoverevening en de pakketafbakening speelt. Voor deze vormen van afgeleid gebruik van prestatiebeschrij-

vingen moeten alternatieven aangedragen kunnen worden (bladzijde 8 van het desbetreffende rapport). De leden van de CDA-fractie vinden de risicoverevening de ruggengraat van het zorgstelsel. Ook levert de risicoverevening een belangrijke bijdrage aan de solidariteit. Op welke wijze gaat de regering de risicoverevening aanpassen als zij vrije prestaties invoert.

De regering is van mening dat een goede werking van de risicoverevening van groot belang is. De NZa adviseert in haar uitvoeringstoets voor een experiment met meer ruimte in de bekostiging en ten aanzien van de risicoverevening rekening te houden met het volgende:

- De risicoverevening ziet alleen op uitgaven die ten laste van de Zvw komen, dat wil zeggen ten laste van het basispakket. Voor zover het experiment betrekking heeft op prestaties die buiten de Zvw vallen, zijn er dus geen gevolgen voor de risicoverevening en de aan te leveren informatie. Voor de risicoverevening is het dus belangrijk dat duidelijk moet zijn of de in het experiment overeen te komen prestaties binnen het verzekerde pakket vallen. Als een combinatie van verzekerde en onverzekerde zorg in dezelfde prestatie is opgenomen (denk bijvoorbeeld aan populatiebekostiging), moeten de uitgaven door de zorgverzekeraar gesplitst kunnen worden.
- Dit sluit aan bij de reeds bestaande transparantieplichtingen hierover en hierop is geen verdere aanpassing vereist.
- Daarnaast vindt bij de risicoverevening met ingang van het vereveningsjaar 2017 geen nacalculatie plaats op de werkelijke kosten anders dan de vaste zorgkosten. De bandbreedteregelingen zijn met ingang van het vereveningsjaar 2017 vervallen. Er vindt met ingang van het vereveningsjaar 2017 alleen nog nacalculatie plaats op de vaste zorgkosten. De uitgaven voor vaste zorgkosten worden voor 100% nagecalculeerd.¹² De regeling risicoverevening 2018 regelt dat de uitgaven van zorgverzekeraars voor prestaties in het kader van een Wmg-experiment, voor de risicoverevening gedeeltelijk tot de vaste zorgkosten behoren.¹³ Bij het instellen van een experiment met vrije prestaties zal worden bezien onder welk risicovereveningsregime dit wordt ondergebracht.

Met vrije prestaties worden ook contractvormen mogelijk waarbij een deel van de uitgaven niet aan een specifieke verzekerde is gekoppeld. Denk bijvoorbeeld aan vormen van populatiebekostiging. Bij dergelijke prestaties is een van de kenmerken dat, afhankelijk van de gekozen vorm, er geen directe relatie bestaat tussen de prestatie en de aan een individuele verzekerde geleverde zorg. De NZa beveelt in haar advies uitvoeringstoets experimenten vrije prestaties hiervoor aan dat het Zorginstituut een eenduidige systematiek voor de toerekening van schadelast aan verzekerden vaststelt voor niet persoonsgebonden prestaties en deze in het Handboek Zorgverzekeraars opneemt. Dit zal verder met het Zorginstituut worden uitgewerkt.

De leden van de CDA-fractie vragen een toelichting waarom de regering niet inziet waarom haar voorstel het pakket raakt, terwijl AEF wel degelijk aangeeft dat prestatiebeschrijvingen een rol spelen bij de pakketafbakening. Graag horen deze leden van de regering waarom zij hier anders tegenaan kijkt.

¹² Zie artikel 3.15, derde lid, van het Bzv, en artikel 16, zesde lid, van de Regeling risicoverevening 2017.

¹³ Zie artikel 16, eerste lid, van de Regeling risicoverevening 2018.

Zie het antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie over de relatie tussen pakket en prestatieregulering. AEF geeft in haar evaluatie slechts aan dat er sprake is van «afgeleid gebruik» van prestatiebeschrijvingen voor de pakketafbakening en niet dat prestatiebeschrijvingen een rol bij de pakketafbakening hebben of zouden moeten hebben.

Een derde reden is gelegen in de constatering van AEF dat tarief- en prestatieregulering in een aantal deelmarkten slechts in beperkte mate bijdraagt aan de doelen van de Wmg. Dit is echter niet gelegen in de tarief- en prestatieregulering an sich, maar heeft te maken met het dominante effect van de bestuurlijke akkoorden en de aanwezigheid van het macrobeheersinstrument. Deze leden van de CDA-fractie willen daarom van de regering weten waarom zij toch overgaat tot de wijziging van de Wmg als de oorzaak van de door de regering gepercipieerde problemen bij de door haar ingevoerde bestuurlijke akkoorden en macrobeheersinstrument ligt.

In de evaluatie van de Wmg constateert AEF dat tarief- en prestatieregulering in een aantal sectoren slechts in beperkte mate bijdraagt aan de doelen van de Wmg. AEF constateert echter niet dat dit zou komen door het effect van bestuurlijke akkoorden en het macrobeheersinstrument. Wel geeft AEF hierover aan dat deze akkoorden en het macrobeheersinstrument mogelijk effect hebben gehad op in hoeverre tarief- en prestatieregulering in sommige deelmarkten heeft bijgedragen aan het doel van betaalbare zorg. Dat is geen reden geweest voor de voorgestelde wijziging van de Wmg.

Allereerst is het belangrijk dat AEF aangeeft dat het functioneren van tarief- en prestatieregulering binnen de beoogde doelen van de Wmg binnen de deelmarkten in de zorg erg van elkaar verschilt. Uit het onderzoek komt naar voren dat tarief- en prestatieregulering op wisselende wijze een rol speelt binnen de contractering van zorg in verschillende deelmarkten. Zorgzwaartepakketten in de Wlz¹⁴ worden nadrukkelijk gebruikt als «onderhandelstaal» tussen zorgaanbieders en zorgkantoren. Tegelijkertijd geeft AEF aan dat in de evaluatieperiode binnen de medisch-specialistische zorg weinig sprake is van inkoop aan de hand van DBC's. Hiermee kan aldus AEF discussie ontstaan over de toegevoegde waarde van tarief- en prestatieregulering binnen het zorgstelsel: wanneer prestatiebeschrijvingen niet gebruikt worden voor zorginkoop, blijft het beoogde effect van dit instrument op betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg gering.

Ook concludeert AEF dat tarief- en prestatieregulering een gemengd effect heeft op dynamiek en innovatie binnen de sector. Binnen sommige sectoren kan in verregaande mate binnen bestaande prestatiebeschrijvingen innovatie plaatsvinden, voor andere sectoren is dat lastiger. Ook is het lastig om bijvoorbeeld zorg uit verschillende domeinen binnen één ketenprestatie te combineren.

De leden van de CDA-fractie vragen de regering nader te reflecteren op de conclusie van de NZa in de uitvoeringstoets experiment vrije prestaties, dat de partijen in het algemeen aangeven dat de prestatiebeschrijvingen die de NZa vaststelt in veel gevallen niet als knellend voor de innovatie worden ervaren. Dit staat haaks op de opvatting van de Minister. Ook blijkt uit de uitvoeringstoets dat partijen vernieuwing en deregulering vooral zien bij nieuwe vormen van samenwerking en substitutie die nu vaak financieel lastig te regelen is vanwege de bestaande schotten in de bekostiging. De leden van de CDA-fractie vragen waarom de regering dit

¹⁴ In de evaluatieperiode nog Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

niet aanpakt om innovatie in de zorg juist te bevorderen. De leden van de CDA-fractie vragen tot slot de regering waarom zij de wijziging van de Wmg om te komen tot een systeem van vrije prestaties doorzet als daar gering draagvlak in de zorg voor is.

In de uitvoeringstoets van de NZa wordt onder meer aangegeven dat als zorgaanbieders en verzekeraars onderling andere afspraken kunnen maken over de bekostiging dit kansen geeft voor vernieuwing. Zo kunnen nieuwe vormen van samenwerking tot stand komen tussen verschillende sectoren en in substitutie van zorg. Dit is nu financieel soms lastig te regelen vanwege bestaande schotten in de bekostiging in de curatieve zorg. Het wordt dus beter mogelijk om afspraken te maken over uitkomst-financiering, populatiebekostiging of casemanagement.

De NZa geeft inderdaad ook aan dat in verschillende sectoren er brancheverenigingen zijn die niet altijd voorstander zijn van het loslaten van prestatiebeschrijvingen. Tegelijkertijd ontvangt de regering ook zeer regelmatig signalen van innovatieve zorgaanbieders die voorstander zijn van het loslaten van prestatieregulering. De experimenten zijn juist bedoeld om dit te onderzoeken. Draagvlak is onderdeel van de keuze voor een experiment.

De regering stelt in haar beantwoording dat er door het maken van vele ministeriële regelingen wordt aangesloten bij de huidige situatie. Tegelijkertijd wil de regering via experimenten verkennen welke sectoren vrije prestaties en tarieven krijgen. Zij geeft aan dat zij dit stapsgewijs doet. De leden van de CDA-fractie zouden graag aan de hand van een concreet voorbeeld zoals de huisartsenzorg uitgewerkt zien hoe dit stapsgewijs zou gebeuren.

Met de stapsgewijze benadering worden per sector en zo nodig via experimenten vrije prestaties geïntroduceerd. Zolang tariefregulering (vaste tarieven of maximumtarieven) noodzakelijk is om de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg te waarborgen, leent die sector zich niet voor een experiment met vrije prestaties. Zoals geantwoord op een vraag van de leden van de PvdA-fractie wordt momenteel verkend of, en binnen welke randvoorwaarden, een experiment met vrije prestaties met het oog op innovatie en maatwerk kan worden gestart. De Tweede Kamer zal hierover nader worden geïnformeerd. Hieronder wordt daarom voor een fictieve sector x het pad stapsgewijs uitgewerkt.

- Sector x is volgens analyse van de NZa geschikt om te experimenteren met vrije prestaties,
- Er bestaat draagvlak bij partijen (zorgaanbieders, verzekeraars, patiënten, cliënten),
- Er wordt gestart met een experiment (maximaal 5 jaar),
- Het parlement is via een voorhangprocedure betrokken bij de totstandkoming van het experiment,
- In het experiment voor sector x kan onder meer worden bepaald:
 - de reikwijdte van het experiment,
 - welke / (max) aantal zorgaanbieders meedoen,
 - welke / (max) aantal verzekeraars meedoen,
 - of experiment beperkt is tot bepaalde regio's,
 - na een positieve evaluatie; met uitrol naar andere zorgaanbieders, andere verzekeraars, andere regio's.
- Na een positieve evaluatie van het experiment kan worden besloten tot het definitief vrijlaten van de prestaties.

De leden van de CDA-fractie lezen in de nota naar aanleiding van het verslag dat vrije prestaties mogelijkheden bieden de zorg meer op maat van de patiënt te organiseren en te betalen. De regering stelt echter dat

het onderhavige wetsvoorstel niet gaat over de Zvw (dus over de patiënt). De leden van de CDA-fractie vragen hoe beide zaken met elkaar zijn te rijmen?

Voor de relatie tussen het basispakket en vrije prestaties wordt verwezen naar het antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie. Voor zorg die onder de reikwijdte van tarief- of prestatieregulering van de Wmg valt, geldt dat een zorgaanbieder slechts een tarief mag declareren met hantering van een daarvoor geldende door de NZa vastgestelde collectieve of individuele prestatiebeschrijving. Voor innovaties en zorg op maat betekent dit dat eerst de NZa een prestatiebeschrijving moet vaststellen voordat een zorgaanbieder die prestatie mag declareren en een zorgverzekeraar die prestatie mag betalen. Dat gebeurt nu onder meer via facultatieve prestaties (zie bijvoorbeeld de lijst facultatieve prestaties voor fysiotherape https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_217182_22/1/) of bij innovatieprestaties (https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_12936_22/1/). Bij vrije prestaties mag een zorgaanbieder zelf met de zorgverzekeraar of de patiënt/cliënt een zorgprestatie beschrijven. Deze beschrijving kan, net als de facultatieve en innovatieprestaties die nu eerst door de NZa op basis van een aanvraag van de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar worden vastgesteld, meer op maat zijn van de zorg die de patiënt/cliënt geleverd krijgt. Voordeel van deze vrije prestaties is dat niet langer eerst een prestatie bij de NZa moet worden aangevraagd voordat de zorgverzekeraar voor de zorg die aan zijn verzekerde is geleverd, mag betalen aan de zorgaanbieder.

De regering stelt dat het creëren van meer ruimte in de bekostiging of in de prestatiebeschrijving in de Wmg geen invloed heeft op het recht op zorg zoals geregeld in de Zvw. Maar is de regering het met de leden van de fractie van het CDA eens dat meer ruimte in de bekostiging via de Wmg wel een groot effect heeft of kan hebben op de uitvoering van de Zvw voor de patiënt, de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. Is de regering niet bang dat de positie van patiënt en zorgaanbieder niet voldoende beschermd is door veel meer ruimte in de bekostiging te bieden? Hoe kan de regering regelen dat naast prijs kwaliteit van zorg meegenomen wordt in de uiteindelijke zorginkoop die niet in de Wmg wordt geregeld maar wel in het verlengde van de Wmg ligt?

De regering deelt niet de angst van de leden van de CDA-fractie dat de positie van de patiënt en zorgaanbieder niet voldoende beschermd zou zijn. Bij de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel wordt via de ministeriële regelingen aangesloten bij de huidige regulering. De verdere omslag naar vrije tarieven en/of vrije prestatiebeschrijvingen met het oog op innovatie en maatwerk wordt stapsgewijs verkend, waar nodig via experimenten die ook worden vastgelegd bij ministeriële regeling.

Mocht bij de verkenning naar een experiment met vrije prestaties blijken dat in een sector de positie van de patiënt en zorgaanbieder onvoldoende is om verantwoord een experiment te kunnen starten, dan zal in deze sector geen experiment worden gestart. Zo is ook in artikel 50, vierde lid vastgelegd dat een sector gereguleerd wordt indien dat vanwege de toegang tot en het gedrag van zorgaanbieders ten aanzien van de zorgverlening, het gedrag van de ziektekostenverzekeraars en de patiënten/cliënten ten aanzien van de zorginkoop en de beperking van negatieve externe effecten geboden is. Voor de verschillende maatregelen om de plek die kwaliteit van zorg in de zorginkoop heeft te verbeteren, verwijs ik u naar de overige maatregelen uit de brief Kwaliteit loont.

Daarnaast maken de leden van de CDA-fractie zich ook zorgen dat het gebruik van vrije prestaties nog grotere administratieve verplichtingen bij zorgaanbieders legt die met meerdere zorgverzekeraars te maken hebben. Zorgverzekeraars kunnen namelijk elk hun eigen prestaties vastleggen. Hoe kan dit voorkomen worden, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

Het voorkomen van onnodige administratieve verplichtingen is bij vrije prestaties in belangrijke mate aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf. Zo kunnen ze er ook bijvoorbeeld voor kiezen om met lumpsumbekostiging te gaan werken waarbij de gedetailleerde regels die de huidige declaratiebekostiging met zich brengt kunnen vervallen.

In aanvulling biedt het wetsvoorstel, in tegenstelling tot de huidige Wmg, de mogelijkheid om terugvalprestaties vast te laten stellen door de NZa (artikel 50, derde lid, onderdeel b, van de Wmg). Doordat een zorgaanbieder en een ziektekostenverzekeraar of consument dan bij het ontbreken van een overeenkomst over een prestatiebeschrijving van deze terugvalprestaties gebruik kunnen maken, biedt ook dit standaardisatie.

De regering geeft aan dat er ook terugvalprestaties zijn, indien een zorgaanbieder niet gecontracteerd is. De leden van de CDA-fractie vragen of de situatie zich kan voordoen, dat er wel vrije prestaties ingevoerd zijn, maar geen terugvalprestaties zijn vastgesteld. Mocht het antwoord hierop positief zijn, dan willen deze leden weten hoe niet-gecontracteerde zorgaanbieders dan hun zorg bij de zorgverzekeraar vergoed krijgen en hoe het tarief wordt bepaald.

Het is inderdaad mogelijk dat in een sector de overheid geen prestaties vaststelt, en dat er ook geen terugvalprestaties zijn vastgesteld. Dit is nu bijvoorbeeld ook het geval voor sectoren die onder artikel 3 van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg (Bub Wmg) vallen. De afhandeling is dan hetzelfde zoals dat nu bijvoorbeeld ook gaat in de extramurale optometrie en orthoptie. Bij het ontbreken van een (betalings-)contract tussen een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar, ontvangt de zorgaanbieder geen vergoeding van de zorgverzekeraar. De betaling loopt via de verzekerde/patiënt/cliënt die een behandelovereenkomst met de zorgaanbieder heeft en een verzekeringsovereenkomst met zijn zorgverzekeraar. Zorgaanbieder en patiënt/cliënt spreken een prijs af voor de te verlenen zorg. In de verzekeringspolis is bepaald wat de verzekerde van zijn zorgverzekeraar vergoed krijgt.

Ook vragen de leden van de CDA-fractie hoe de tarieven bij terugvalprestaties worden vastgesteld.

Op basis van het voorgestelde artikel 51, tweede lid, in verbinding met artikel 50, zesde lid, van de Wmg, stelt de NZa bij de terugvalprestaties geen tarieven vast. Er geldt voor de terugvalprestaties de tariefsoort «vrij tarief».

Daarnaast geeft de regering aan dat de wijziging van deze wet geen gevolgen heeft voor de grouper van ziekenhuizen. De leden van de CDA-fractie vragen de regering welke gevolgen het heeft als voor de medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen vrije prestaties worden vastgesteld. Zij vragen zich af of per zorgverzekeraar dan een andere grouper moet worden vastgesteld, omdat per zorgverzekeraar er andere prestaties kunnen zijn vastgelegd voor dezelfde soort behandeling. Hoe moet een ziekenhuis er mee omgaan als er voor dezelfde operatie en aansluitende behandeling net drie andere prestaties worden vastgesteld, omdat zorgverzekeraars deze niet uniform omschreven hebben. Wat betekent dit voor de administratie in een ziekenhuis?

Met de stapsgewijze benadering worden per sector en via experimenten vrije prestaties geïntroduceerd. Zolang tariefregulering (vaste tarieven of maximumtarieven) noodzakelijk is om de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg te waarborgen, leent die sector of een deel van die sector zich niet voor een experiment met vrije prestaties. Om die reden worden momenteel geen gevolgen voor de grouper voorzien. Mocht in de toekomst overgegaan worden naar vrije prestaties in de medisch specialistische zorg, dan zullen partijen hierbij ook moeten kijken naar de gevolgen voor de grouper.

Wat betreft ondercompensatie bij de beschikbaarheidsbijdrage kunnen de leden van de CDA-fractie de redenering van de regering niet helemaal volgen. De regering stelt dat, om beter aan te sluiten bij de huidige praktijk met dit wetsvoorstel de mogelijkheid van een niet kostendekkende vergoeding geïntroduceerd wordt. Deze wijziging laat onverlet dat indien dat beleidsmatig gewenst en uitvoerbaar is, gekozen kan worden voor een kostendekkende vergoeding. Kan de regering dit nogmaals toelichten en voorbeelden geven wanneer het beleidsmatig gewenst en uitvoerbaar is.

De huidige beschikbaarheidsbijdragen moeten redelijkerwijs kostendekkend zijn en niet ondercompenseren of overcompenseren. De NZa voert meestal een kostenonderzoek uit om de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage goed te kunnen onderbouwen. Voor de meeste vormen van zorg waarvoor de NZa nu een beschikbaarheidsbijdrage kan toekennen, is het beleidsmatig gewenst en uitvoerbaar om een kostenonderzoek uit te voeren. Te denken valt aan traumazorg door mobiele medische teams, spoedeisende hulp, acute verloskunde, gespecialiseerde brandwondzorg, acuut ambulancevervoer per ambulancehelikopter vanaf de Friese Waddeneilanden en gespecialiseerde en derdelijns psychotraumazorg voor zover het de kennis- en expertisefunctie betreft en wordt geleverd door een zorgaanbieder met een landelijke kennis- en expertisefunctie. In deze gevallen kan door een kostenonderzoek een accuraat en actueel beeld van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage worden gegeven.

Voor bepaalde vormen van zorg, zoals de academische zorg en de medische vervolgoopleidingen, is een kostenonderzoek door de NZa (nog) niet uitgevoerd, maar wordt in de praktijk gewerkt met normbedragen, waarbij aannemelijk is dat er geen sprake is van ondercompensatie¹⁵ en vaststaat dat er geen overcompensatie¹⁶ plaatsvindt. Omdat bij deze normbedragen slechts aannemelijk is dat er geen sprake is van ondercompensatie, wordt in dit wetsvoorstel de mogelijkheid van «een niet kostendekkende vergoeding» vastgelegd. Daarbij hoeft niet vast te staan dat er geen ondercompensatie plaatsvindt. Met deze aanpassing wordt de huidige praktijk gecodificeerd. Overigens voert de NZa op dit moment voor het eerst een kostenonderzoek voor de GGZ-opleidingen uit om de bedragen voor de GGZ – opleidingen te herijken.

Vervolgens stelt de regering dat met de voorgestelde wetswijziging er meer ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden geboden om zelf afspraken te maken over welke zorg met welke kwaliteit en tegen welke prijs geleverd wordt. De leden van de CDA-fractie kunnen in theorie deze gedachtegang van de regering wel volgen maar vragen of de praktijk niet wat weerbarstiger is. Ervaringen van zorgaanbieders tot nu toe laten zien dat zij «bij het kruisje» moeten tekenen. Ook bij sectoren waar de prijzen al zijn vrij gegeven dus waarop baseert de regering dit? Naar aanleiding van een vraag van de leden van de CDA-fractie stelt de

¹⁵ Dat wil zeggen dat ondercompensatie niet geheel is uitgesloten.

¹⁶ Het niet overcompenseren is een eis onder het Europees recht.

regering dat deze wijziging zich niet richt op een verandering van het contracteerproces tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars dat begrijpen deze leden maar dat kan wel een gevolg zijn van de onderhavige wetswijziging. En de vraag is of de gevolgen voor met name kleine zorgaanbieders positief zijn. Zou de regering hier eens op kunnen reflecteren?

Met Kwaliteit loont is een pakket aan maatregelen gepresenteerd waarmee het voor patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars lonender wordt om te kiezen voor de beste zorg. Dit ziet niet alleen op meer ruimte in de bekostiging. Ook zijn verschillende maatregelen getroffen om het evenwicht in de sector te herstellen. Denk aan het instellen van de geschillencommissie die toetst of het contracteren redelijk en billijk verloopt. De *good contracting practices* worden hierbij als leidraad gehanteerd. Ook zijn verschillende modellen uitgewerkt waarbinnen het gesprek over inhoud, kwaliteit en service plaats kan vinden. De regering verwacht dat hiermee ook de positie van de kleine zorgaanbieders is versterkt.

Een voordeel dat kleine aanbieders verder hebben ten opzichte van grotere aanbieders is dat zij vaak eenvoudiger in kunnen spelen op nieuwe ontwikkelingen. Doordat zij zich met vrije prestaties eenvoudiger kunnen onderscheiden, kan dit positieve gevolgen hebben voor kleine zorgaanbieders.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom de regering op het punt van het gedifferentieerd macrobeheersheffing, ondanks de conclusie van de NZa dat zij de in het wetsvoorstel beschreven gedifferentieerde macrobeheersheffing praktisch niet uitvoerbaar acht, de wijziging van de Wmg toch doorzet. Daarnaast vragen zij de regering waarom zij toch niet vasthoudt aan de huidige bepalingen in de Wmg.

Zie het antwoord op de eerdere vraag van de leden van de CDA-fractie terzake.

De leden van de CDA-fractie vragen de reactie van de regering op het advies van Triple A van 20 december 2013 dat concludeert dat de invoering van een gedifferentieerde mbi de innovatie kan beperken en kleine niet-gecontracteerde zorgaanbieders tot faillissement kan leiden.

Voor mijn reactie op de conclusies van Triple A verwijs ik graag naar het verslag van een schriftelijk overleg over de invoering integrale bekostiging medisch-specialistische zorg van 25 maart 2014¹⁷. Het rapport van Triple A is als bijlage bij dat verslag gevoegd. Het onderzoek van Triple A gaat over een bepaalde variant van het gedifferentieerde mbi. De uitkomsten van het onderzoek van Triple A zijn besproken in bestuurlijke overleggen met de geestelijke gezondheidszorg en de medisch-specialistische zorg. Dat heeft ertoe geleid dat er geen draagvlak bij partijen meer was om deze variant van het gedifferentieerde mbi in te voeren.

De leden van de CDA-fractie vragen of met dit wetsvoorstel via een omweg weer de beperking van de vrije artsenuitvoering wordt ingevoerd. Dit naar aanleiding van de beantwoording van de vragen van de artikelsgewijze toelichting door de regering waarin gesteld wordt dat de invoering van een gedifferentieerd mbi ertoe moet leiden dat contractering van zorg bevordert wordt.

¹⁷ Kamerstukken II 2013/14, 32 620, nr. 114.

In het antwoord waar de leden van de CDA-fractie aan refereren, wordt gesproken over het onderzoek naar varianten van de macrobeheersheffing om gunstige zorgcontracten te stimuleren. Dit onderzoek is uitgevoerd door het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam en AKD en op 19 april 2017 aangeboden aan de Tweede Kamer. Dit onderzoek is uitgevoerd nadat de NZa over de in de consultatieversie van het wetsvoorstel beschreven macrobeheersheffing, waarmee werd beoogd contractering op basis van kwaliteit te bevorderen, oordeelde dat deze praktisch niet uitvoerbaar is. Dit onderdeel is daarom uit het wetsvoorstel geschrapt.

De leden van de CDA-fractie willen graag nog preciezer weten welke zorgmarkten in ontwikkeling zijn en waarbij sprake is van een kwetsbare situatie, omdat de huidige beantwoording van die vraag nogal algemeen is.

De kwetsbaarheid waarover in de memorie van toelichting en in de nota naar aanleiding van het verslag wordt gesproken, is de kwetsbaarheid van een sector voor het risico van het overschrijden van het vooraf voor die sector vastgestelde financieel kader. Bij zorgsectoren die in transitie zijn, kunnen onvoorziene omstandigheden leiden tot overschrijdingen van het desbetreffende financiële kader. Geprobeerd wordt dat risico te beperken door bestuurlijke afspraken en als last resort een mbi zoals al in die memorie en die nota geschetst. In de zorgsectoren die niet meer in ontwikkeling zijn en waar dat risico dus niet aanwezig wordt geacht, kan een mbi achterwege worden gelaten. In de volgende curatieve zorgsectoren die nog in ontwikkeling zijn, wordt een mbi ingezet. Het gaat om medisch specialistische zorg, geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, wijkverpleging, geriatrische revalidatiezorg, huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg, extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten en eerstelijnsverblijf vanuit de Zvw. Het risico op overschrijding bij zorg in natura in de Wlz wordt beheerst door de contracteerruimte als bedoeld in artikel 49e van de Wmg.

4. Markttoezicht

De leden van de CDA-fractie vragen wanneer de ACM de duiding zal publiceren over de wijze waarop de ACM het aanmerkelijke marktmacht instrumentarium na de voorgenomen overheveling in de praktijk zal gaan inzetten en over de ervaringen die tot nu toe met het instrumentarium zijn opgedaan.

De ACM heeft aangegeven deze duiding te zullen publiceren bij de inwerkingtreding van het wetsvoorstel.

De leden van de fractie van het CDA vragen welke nieuwe methoden de ACM kan gaan hanteren om aanmerkelijke marktmacht vast te stellen.

Het gaat bijvoorbeeld om de methoden Logit Competition Index (LOCI) en Willingness to Pay (WTP). In de onderzoeken die de ACM binnen de zorg verricht, zal zij kijken naar de mogelijkheden om deze methoden te hanteren als alternatief en/of aanvulling op geografische marktafbakening om de aanwezigheid van marktmacht te kunnen bepalen.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de NZa aankijkt tegen de visie van de regering dat er op dit moment geen aanleiding is om te veronderstellen dat de huidige eisen in het fusietoezicht op de zorg ongeschikt zijn om de publieke belangen in de zorg te waarborgen.

Voor het rondetafelgesprek dat de Tweede Kamer op 29 januari 2018 over zorgfusies heeft georganiseerd heeft de NZa een «position paper» opgesteld.¹⁸ Daarin licht de NZa toe dat het wetsvoorstel dat op dit moment in de Tweede Kamer voorligt de naar haar opvatting benodigde uitbreiding in het fusietoezicht mogelijk lijkt te maken. De NZa doelt daarbij op de mogelijkheid om voorgenomen concentraties in het kader van de zorgspecifieke fusietoets te laten toetsen op nadere bij ministeriële regeling te bepalen eisen.

Ik deel deze opvatting van de NZa. Ik vind een inhoudelijke invulling van de zorgspecifieke fusietoets gepast indien hiermee, aanvullende waarborgen worden gecreëerd voor de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg bovenop de waarborgen binnen het bestaande fusietoezicht. Tegelijkertijd dient het fusietoezicht ruimte te laten voor fusies die de belangen van patiënten en verzekerden dienen, bijvoorbeeld omdat zij kwaliteits- of kostenvoordelen met zich brengen of essentieel zijn bij het waarborgen van de continuïteit van zorg. Ten slotte dient het fusietoezicht uiteraard praktisch en werkbaar te zijn voor zowel partijen als toezichthouder. Dat vereist dat de toename in regeldruk en toezichtlasten zo beperkt mogelijk wordt gehouden en objectieve, uitvoerbare en handhaafbare criteria worden gehanteerd. Zoals ook in de memorie van toelichting is opgemerkt, heeft ook de Raad van State eerder benadrukt dat een voorafgaande toetsing op bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg niet uitvoerbaar is bij het ontbreken van zinvolle beoordelingscriteria.¹⁹

Tegen deze achtergrond heb ik de ACM gevraagd om, samen met de NZa en de IGJ, haar visie als toezichthouder te geven over concrete, uitvoerbare en handhaafbare mogelijkheden om nadere inhoudelijke eisen aan de zorgspecifieke fusietoets te verbinden. Ik heb de ACM verzocht mij haar reactie voor de zomer te sturen. Zodra ik de reactie van de ACM heb ontvangen, zal ik het ook aan uw Kamer toesturen.

Samenvattend brengt het wetsvoorstel de volgende verbeteringen in het fusietoezicht met zich:

- Het fusietoezicht komt in één hand; de ACM wordt verantwoordelijk voor zowel de zorgspecifieke fusietoets als het concentratietoezicht op grond van de Mededingingswet.
- De reikwijdte van de zorgspecifieke fusietoets wordt verduidelijkt door te werken met duidelijke omzetrempels.
- De procedures van de zorgspecifieke fusietoets en het concentratietoezicht op grond van de Mededingingswet worden gestroomlijnd.
- De zorgspecifieke fusietoets wordt aangescherpt doordat partijen expliciet wordt verplicht om in de effectrapportage te motiveren welke alternatieven zijn afgewogen.
- Het wetsvoorstel geeft de mogelijkheid om voorgenomen concentraties in het kader van de zorgspecifieke fusietoets te laten toetsen op nadere bij ministeriële regeling te bepalen eisen. Op basis van de reactie van de ACM kunnen nog inhoudelijke aanscherpingen van de zorgspecifieke fusietoets volgen.

Gelet op de wijzigingen die met dit wetsvoorstel in de zorgspecifieke fusietoets worden aangebracht, acht ik het niet opportuun om, zoals in de memorie van toelichting was opgenomen, de zorgspecifieke fusietoets in deze fase te evalueren. Ik ben van plan voorliggend wetsvoorstel, waaronder aanpassingen in de zorgspecifieke fusietoets, drie jaar na inwerkingtreding te evalueren. Conform de motie van het lid Dijkstra (D66)

¹⁸ <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2018D01955&did=2018D01955>.

¹⁹ Zie Kamerstukken II 2011/12, 33 253, nr. 4, p. 11.

zal ik daarbij tevens ingaan op in te gaan op de administratieve lasten als gevolg van de elementen uit de effectrapportage.²⁰

De leden van de fractie van het CDA vragen waarom niet is gekozen voor zorgspecifiek toezicht op zorgverzekeraars omdat er feitelijk sprake is van een oligopolie van zorgverzekeraars.

De ACM ziet met haar reguliere concentratietoezicht op grond van de Mededingingswet toe op (eventuele) fusievorming, ook op fusies in oligopolistische sectoren zoals de zorgverzekeraarsmarkt. Indien de ACM constateert dat een voorgenomen fusie tot een significante beperking van de mededinging zal leiden, zal zij de fusie verbieden.

Overigens vallen zorgverzekeraars ook onder het instrumentarium van aanmerkelijke marktmacht, waarmee aan een partij met aanmerkelijke marktmacht specifieke verplichtingen kunnen worden opgelegd.

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

²⁰ Kamerstukken II 2012/13, 33 253, nr. 53.