

Vergaderjaar 2016–2017

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. 6

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 7 november 2016

1. Algemeen

De vragen die de leden van diverse Tweede Kamerfracties over bovengenoemd wetsvoorstel hebben gesteld, heeft de regering met grote belangstelling gelezen. In het hiernavolgende zal de regering deze beantwoorden. De beantwoording van de vragen uit het verslag volgt zoveel mogelijk de volgorde van de vraagstelling in het verslag.

De leden van de PvdA-fractie geven aan het voorkomen van een situatie van een «regulatory capture» omtrent de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ondanks de wijzigingen die dit wetsvoorstel verzorgd, nog steeds als groot punt van aandacht te zien en vragen of het risico op herhaling van de eerder ontstane situatie met dit wetsvoorstel is geweken.

Met dit wetsvoorstel wordt geregeld dat de NZa uitsluitend gebonden reguleringstaken uitvoert. Daarmee is het risico op «regulatory capture» afgenomen. De NZa is na wetswijziging alleen verantwoordelijk voor de uitvoering en daarin ook onafhankelijk van VWS. VWS zelf legt voortaan de reguleringkaders vast in ministeriële regels en stemt daarover af met de sector. Als gevolg van de wetswijziging heeft de NZa niet langer een rol bij het vastleggen van de beleidskaders en hoeft daarover ook niet in overleg te treden met de sector. VWS heeft geen rol bij de uitvoering en casuïstiek. Door de nieuwe taakverdeling tussen VWS en de NZa wordt tegemoet gekomen aan de twee kritiekpunten zoals geschetst in het evaluatierapport van Andersson Elffers Felix (AEF) over de huidige reguleringstaken van de NZa. AEF constateerde dat er sprake is van een onduidelijke scheiding tussen beleid en uitvoering en een diffuse sturingsrelatie tussen VWS en de NZa.

De leden van de PvdA-fractie vragen welke punten uit het voorliggende wetsvoorstel ervoor zorgen dat niet alleen het stelsel en de structuur, maar ook de cultuur worden aangepast.

De regering onderschrijft de opvatting van de leden van de PvdA-fractie dat er niet alleen aandacht voor stelsel en structuur dient te zijn, maar ook voor cultuur. Met de wetwijziging wordt zoals ook in het vorige antwoord is toegelicht de verantwoordelijkheid van VWS respectievelijk de NZa op het gebied van regulering aangescherpt. Voor de gewenste cultuurverandering is er meer nodig dan een wetwijziging en zijn aanvullende maatregelen ingezet.¹

Op het terrein van Human Resource Management, integriteit en informatievoorziening en informatieveiligheid heeft de NZa verbeterplannen ingesteld, die ook onafhankelijk geëvalueerd zijn met een positieve uitkomst. Uw Kamer is over de voortgang ingelicht.² Verder is er in 2015 een nieuwe driehoofdige Raad van Bestuur aangetreden, zijn er een versterkte Raad van Advies en een nieuw opgerichte Audit Committee ingesteld en is het bestuursreglement herzien.

Bovendien is bij VWS naar aanleiding van het rapport van de commissie Borstlap een taskforce «beter bewust» gestart.³ Deze taskforce heeft binnen VWS bijgedragen aan een rolbewuste taakopvatting en -uitoefening door alle medewerkers van het VWS-kerndepartement in relatie tot concernpartners (uitvoeringsorganisaties, adviescolleges en toezichthouders), zelfstandige bestuursorganen en betrokken partijen. VWS en de NZa hebben in dit kader gezamenlijk sessies rondom een «beter bewuste» samenwerking georganiseerd die bijdragen aan een rolbewuste taakopvatting en -uitoefening.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering kan aangeven of en op welke manier het voorliggende wetsvoorstel een oplossing biedt voor de geconstateerde problemen in het onderzoeksrapport van de commissie Borstlap op het gebied van personeelsbeleid, ICT, bescherming van vertrouwelijke informatie en interne cultuur.

Het wetsvoorstel regelt de herpositionering van de taken van de NZa, maar ziet niet op de interne organisatie van de NZa en zaken als het personeelsbeleid, de ICT, de bescherming van de vertrouwelijke informatie en de interne cultuur. In de kabinetsreactie op het rapport van de commissie Borstlap heeft de regering aangegeven op welke manier er gevolg wordt gegeven aan de aanbevelingen uit het rapport op het gebied van Human Resource Management, integriteit en informatievoorziening en informatieveiligheid. De NZa heeft hiervoor verbeterplannen ingesteld, die zijn geëvalueerd met een positieve uitkomst en uw Kamer is over de voortgang ingelicht.⁴

De leden van de PvdA-fractie vragen een overzicht van de door de commissie Borstlap geconstateerde problemen, de wijze waarop aan oplossingen voor deze problemen wordt gewerkt, voor welke problemen nog geen oplossingen zijn gevonden en welke andere maatregelen de regering noodzakelijk acht. Ook de leden van de CDA-fractie vragen een overzicht van de bezwaren uit de rapporten van de commissie Borstlap en AEF en hoe aan deze bezwaren tegemoet is gekomen.

¹ Kamerstukken II 2015/16, 25 268, nr. 131.

² Kamerstukken II 2015/16, 25 268, nr. 131.

³ Handelingen II 2013/14, nr. 106, item 21.

⁴ Kamerstukken II 2015/16, 25 268, nr. 131.

In onderstaande tabel wordt het door de leden van de PvdA-fractie en CDA-fractie gevraagde overzicht gegeven.

Positionering taken NZa	
Herpositionering taken VWS-NZa. VWS stelt voortaan zelf de reguleringskaders vast en de NZa voert deze regels uit. Schrappen van bevoegdheid van Minister VWS om aanwijzing aan NZa te geven om (beleids)regels vast te stellen.	Dit wetsvoorstel.
Bestaande loket bij NZa waar mogelijke overtredingen worden gemeld, klantvriendelijker maken en uitbreiden.	Afgerond. De Tweede Kamer is geïnformeerd via de Tweede voortgangsrapportage «Kwaliteit Loont» ¹
Overheveling zorgspecifiek markttoezicht van de NZa naar de ACM waarbij wordt gezocht naar maximale aanscherping beleid. De NZa zet door AEF gewenste verbeteringen nog in gang.	Dit wetsvoorstel.
Versterken interne governance	
Minister VWS beoordeelt bestuursreglement van de NZa op taakverdeling binnen (driehoofdige) raad van bestuur (regulering en toezicht apart belegd, HRM en ICT effectief belegd), de taken en het profiel van de raad van advies en het audit committee.	Afgerond. De Tweede Kamer is geïnformeerd via de Voortgangsrapportage NZa van 18 december 2015 ²
Verbeterplannen: NZa op koers	
Resultaat van de review betrekken in verdere afspraken over de implementatie van de verbeterplannen. Voortgang implementatie agenderen in periodiek bestuurlijk overleg tussen VWS en NZa.	Afgerond, de implementatie van de verbeterplannen wordt meegenomen in de planning en controlcyclus.
Versterken externe governance	
NZa aansturen op hoofdlijnen met meerjarige afspraken: Meerjarenbeleidsplan voor structurele taken, meerjarige financiering, jaarlijks werkprogramma voor incidentele en tijdelijke activiteiten, en VWS geeft politieke prioriteiten aan. Meer ruimte voor de NZa om zonder tussenkomst van ministerie accentverschuivingen aan te brengen in uitvoering van werkzaamheden en tussentijdse opdrachten van VWS op te vangen.	De NZa zal in de eerste helft 2017 haar strategische agenda presenteren. Daarvan afgeleid zal er een meerjarenbeleidsplan en een bijbehorende begroting worden opgesteld.
Versterking van planning en controlcyclus voor zbo's en agentschappen bij VWS met invoering principe functiescheiding eigenaar en opdrachtgever.	Afgerond.
Bij tussentijdse evaluaties komen bedrijfsvoeringelementen meer aan de orde. Vooral bij monitoring uitvoering werkprogramma komt rol eigenaar duidelijk naar voren.	Afgerond.
Minister vraagt raad van bestuur NZa om in jaarverslag aan te geven op welke wijze zij opvolging hebben gegeven aan adviezen van raad van advies en audit committee.	Vanaf installeren raad van advies, en audit committee en goedkeuring bestuursreglement (beoogd vanaf jaarverslag 2016).

Ander karakter jaarlijkse beoordeling NZa.	De jaarlijkse beoordeling zal een ander karakter krijgen door versterking planning en control cyclus en uitbreiding jaarverslag op basis van bovenstaande aanpassing (beoogd vanaf beoordeling van het jaar 2016).
Afspraken over informatie-uitwisseling tussen VWS en NZa minder gedetailleerd vastleggen en transparanter maken.	Aan het informatiestatuut wordt verder gewerkt. Na de zomer wordt de Tweede Kamer nader geïnformeerd.
Opstellen transparante werkwijze voor omgang met rapporten.	Afgerond, de Taskforce Beter Bewust heeft een rapportenwijzer opgesteld; een handreiking om goed, rolbewust en transparant om te gaan met rapporten.
Beperken aantal bestuurlijke overleggen met de NZa. Invoeren specifieke momenten voor vaststelling van werkprogramma en bijbehorende begroting.	Afgerond, in de planning en controlcyclus zijn jaarlijks (3) vaste momenten voor bestuurlijke overleggen opgenomen, waarbij minimaal één over het concept werkprogramma en bijbehorende begroting.
Versterken rolbewustzijn binnen VWS	
Gespreksronde Beter bewust leidt zowel op directieniveau als op concernniveau tot versterking rolbewustzijn. Evaluatie Wmg en NZa	Het traject Beter bewust is afgerond.
Macrobeheersinstrument gericht inzetten op niet-gecontracteerde zorg.	Onderzocht wordt of er nog andere varianten van de macrobeheersheffing zijn om dit te realiseren. De aanpassing van de macrobeheersheffing zal, nadat een aantal varianten en voor- en nadelen nader zijn getoetst, in apart wetsvoorstel worden opgenomen.
Invoering van een «ja, mits-stelsel» in plaats van een «nee, tenzij-stelsel». Hierover ook gedachten wisselen met Agenda voor de Zorg. Fasegewijs en aan hand van deelmarktanalyses nader verkennen analyse om tarief- en prestatieregulering van overheidswege vrij te laten. NZa ziet toe op goede benutting van meer ruimte voor zorgaanbieders en verzekeraars.	Dit wetsvoorstel. In de voorbereiding hierop is met onder andere Agenda voor de Zorg ³ hierover gesproken.
Meer inzicht zorginkoop: – Verplichting verzekeraar via NZa-regels om uiterlijk 1 april voorafgaand aan dat jaar procedure van zorginkoop en zorginkoopbeleid bekend maken. – Uiterlijk zes weken voor contractjaar moet gecontracteerd aanbod bekend zijn. – Moet inzicht worden geboden in wijze waarop bij zorginkoop rekening is gehouden met diversiteit van patiënten. – Verbetering websites van zorgverzekeraars zodat verzekerden meer inzicht hebben in wat polis inhoudt.	Afgerond, de NZa heeft dit opgenomen in haar regelgeving.
NZa maakt in 2015 meer informatie beschikbaar over wat voldoende zorg is en wat zorgplicht inhoudt.	Afgerond, de NZa heeft dit beschikbaar gesteld. De nadere verkenning naar de inhoud van zorgplicht conform de motie Bruins Slot en Bouwmeester ⁴ is in gang gezet. De NZa levert naar verwachting eind 2016 de resultaten op.
Minister zal de NZa vragen helder te communiceren over haar toezichtsbeleid en de gekozen prestatie-indicatoren.	Afgerond, opgenomen in de aandachtspuntenbrief van VWS aan de NZa voor het NZa werkprogramma van 2017.
Onverlet de overheveling wordt de werking van de zorgspecifieke fusietoets na drie jaar geëvalueerd.	Beoogde afronding in 2017.

<p>Aanscherpen instrumentarium: – Vereenvoudigen inzet van instrumentarium bij situaties van aanmerkelijke marktmacht; – Wijziging voorrangregeling bij samenloop van bevoegdheden op grond Wmg en Mededingingswet.</p>	<p>Dit wetsvoorstel.</p>
<p>Bezien of er voor onderdelen van de zorg zorgspecifieke belangen zijn aan te wijzen die relevant zijn bij de beoordeling van gedragingen tegen de achtergrond van (Europese) mededingingsregels, zodat de ruimte die deze regels bieden optimaal kan worden benut.</p>	<p>Rapport is op 30 september 2016 aan de Tweede Kamer aangeboden⁵.</p>

¹ Kamerstukken II 2015/16, 31 765, nr. 172.

² Kamerstukken II 2015/16, 25 268, nr. 131.

³ De leden van de Agenda voor de Zorg zijn: ActiZ, UniekBO (namens alle ouderenorganisaties), FMS, GGD-GHOR Nederland, GGZ Nederland, InEen, KNMG, LHV, NFU, NPCF, NVZ, VGN, V&VN en ZN.

⁴ Kamerstukken II 2014/15, 31 016, nr. 86.

⁵ Kamerstukken II 2016/17, 29 689, nr. 771

De leden van de SP-fractie vragen of de regering bereid is om een eind te maken aan politieke benoemingen en zorgreisjes waarbij de top van VWS en NZa, samen met partijen waarop zou moeten toezien, op stap gaan. Hoe wordt voorkomen dat VWS straks in dezelfde valkuilen stapt als de NZa in het verleden en kan de regering toezeggen dat ambtenaren zich op geen enkele wijze laten fêteren door het bedrijfsleven.

De regering streeft een open manier van beleidsvorming na, waarbij alle relevante partijen worden betrokken en worden gehoord, teneinde een beleid te realiseren dat daadwerkelijk oplossing biedt voor de uitdagingen waarvoor de regering staat. Naast VWS zijn er andere belangrijke spelers op het brede terrein van de zorg, die onderdeel moeten uitmaken van deze beleidsontwikkeling. Juist in overleg met al deze partijen wordt gekomen tot verantwoord maatschappelijk gedragen beleid en als dat niet mogelijk blijkt, is in ieder geval duidelijk wat bijvoorbeeld uitvoeringsproblemen zijn of waar bezwaren liggen en welke argumenten er spelen.

De regering vindt het van groot belang dat op deze manier te werk wordt gegaan, hetgeen als de «core business» kan worden beschouwd. Een en ander gebeurt op een zo doelmatig en doeltreffend mogelijke manier, binnen de daarvoor vooraf vastgestelde financiële kaders. Zoals eerder al aan de Tweede Kamer is gemeld «is het VWS beleid om alle uitnodigingen aan zowel bewindslieden als ambtenaren zorgvuldig af te wegen op basis van nut en noodzaak van aanwezigheid. Afwegingen die gemaakt worden, hebben onder andere betrekking op de relatie met het beleid, het programma, de kwaliteit van de inleiders en sprekers en eventuele deelname uit het zorgveld, maar ook reisafstand en kosten spelen een rol.»⁵

Uitgangspunt voor de NZa zijn de regelingen in het rijksbeleid: de rijksnormen en de arbeidsvoorwaarden van het rijk (ARAR). Vanwege de rol van de NZa als toezichthouder zijn enkele regels van deze regelingen aangescherpt in het beleid van de NZa.

De leden van de SP-fractie vragen naar een inhoudelijke reactie op het artikel van de bestuursvoorzitter van het AMC over marktfaalen.⁶

⁵ Brief van 17 juni 2013.

⁶ Zie opinie Marcel Levi in Medisch Contact, d.d. 29 juni 2016.

In het artikel wordt ingegaan op enkele recente internationale publicaties waarin wordt betoogd dat marktwerking in het algemeen, maar ook in de gezondheidszorg, tot ongewenste resultaten kan leiden. Tegen deze achtergrond wordt in het artikel gepleit voor meer samenwerking in plaats van marktwerking, met name op het terrein van meer complexe zorg. De regering deelt de opvatting dat er zich in de gezondheidszorg ongewenste situaties kunnen voordoen die aanleiding kunnen geven voor een actieve (regulerende) rol voor de overheid, bijvoorbeeld indien sprake is van marktfalen. Dit geldt zeker voor de gezondheidszorg, waar diverse zwaarwegende publieke belangen moeten worden gewaarborgd. Het huidige zorgstelsel in Nederland geeft mensen ruime mogelijkheden om zelf voor een zorgverlener en een zorgverzekeraar te kiezen die bij hun behoeften en wensen passen en waarborgt door middel van wet- en regelgeving en actief toezicht voor patiënten en verzekerden de beschikbaarheid van betaalbare, kwalitatief goede en toegankelijke zorg. Binnen dit systeem hebben zorginstellingen veel ruimte om in het belang van patiënten en verzekerden samen te werken. Daar waar ongewenste effecten optreden en deze niet «vanzelf» tussen partijen kunnen worden opgelost beschikt de overheid in het huidige zorgstelsel over verschillende instrumenten om dergelijke ongewenste effecten tegen te gaan zoals beschikbaarheidsbijdragen, vergunningverlening, bestuurlijke afspraken et cetera.

De leden van de SP-fractie vragen waaraan de gedachte is ontleend dat de Autoriteit Consument en Markt (ACM) een trend van schaalvergroting zou kunnen keren en of er niet juist meer wetgevende maatregelen nodig zijn om schaalvergroting tegen te gaan.

Het is niet de taak van de ACM om schaalvergroting als zodanig tegen te gaan. Wel houdt de ACM fusietoezicht. Als gevolg van de voorgenomen overheveling van het zorgspecifieke markttoezicht wordt de ACM verantwoordelijk voor zowel de zorgspecifieke fusietoets als het reguliere concentratietoezicht op grond van de Mededingingswet (Mw). Met de zorgspecifieke fusietoets wordt getoetst op de continuïteit van cruciale zorg en de zorgvuldige betrokkenheid van cliënten, medewerkers en andere stakeholders. Met het concentratietoezicht op grond van de Mw wordt getoetst of na een fusie of overname voldoende keuzemogelijkheden overblijven. De ACM kan voorgenomen fusies toestaan, verbieden of toestaan onder voorwaarden. Naast de voorgenomen overheveling van het zorgspecifieke markttoezicht wordt het markt- en mededingingstoezicht versterkt door uitbreiding van capaciteit van de ACM voor haar taken voor de zorg en investeringen door de ACM in kennis en expertise van de zorg. Met het door mij opgestelde beleidskader, dat ik op 7 juli 2016 naar uw Kamer heb gestuurd⁷, heb ik als beleidsverantwoordelijke Minister voor de zorg in dat kader aandachtspunten meegegeven voor de toezichtspraktijk van de ACM. De regering verwacht dat de belangen van consumenten en verzekerden daarmee goed zijn gewaarborgd en ziet op dit moment geen aanleiding om meer wetgevende maatregelen te nemen. De ACM heeft de afgelopen periode door middel van publicaties over de zorg scherp aangegeven hoe en waarop zij toeziet. Samenwerking in het belang van de patiënt is gewenst. En vooraf kunnen zorgpartijen de ACM consulteren over hun plannen als zij twijfelen over de ruimte die zij daartoe hebben. Tot slot heeft de ACM in haar nieuwe aanpak voor de eerstelijnszorg aangegeven dat zij bij overtreding niet direct beboet, maar meedenkt hoe de samenwerking wel kan. Deze proactieve opstelling is zeer belangrijk voor de zorgsector en van grote betekenis voor de patiënt: het is klip en klaar dat waar de patiënt baat heeft bij de samenwerking dit ook is toegestaan.

⁷ Kamerstukken II 2015/16, 29 689, nr. 757.

De leden van de SP-fractie vragen of de regering de conclusies uit de evaluatie van AEF onderschrijft dat tarief- en prestatieregulering op zorg buiten het basispakket niet noodzakelijk is?

AEF heeft aangegeven dat het niet noodzakelijk is dat het aanvullend pakket onder tarief- en prestatieregulering door de NZa valt, mits de NZa toeziet op uniformiteits- en transparantie-eisen. Het aanvullend pakket is, aldus AEF, ingericht als schadeverzekering voor niet-noodzakelijke zorg waarbij de overheid in principe op afstand staat. Uit de evaluatie van de Wmg en de NZa komt naar voren 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 mogelijk gering. Ook komt uit de evaluatie naar voren dat de tarief- en prestatieregulering een negatief effect kan hebben op de dynamiek en innovatie van het zorgaanbod. Die conclusie deelt de regering.

Waar regulering, gelet op de toegang tot en het gedrag van zorgaanbieders ten aanzien van zorgverlening, het gedrag van ziektekostenverzekeraars en consumenten ten aanzien van zorginkoop en de beperking van negatieve externe effecten, een grote toegevoegde waarde heeft en naar tevredenheid werkt, ziet de regering geen reden tot aanpassing. Waar een wens is van alle partijen voor meer ruimte in de bekostiging zal dit voor zowel het aanvullend als het basispakket stapsgewijs verder worden verkend. 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 wordt stapsgewijs verkend, waar nodig via experimenten die ook worden vastgelegd bij ministeriële regeling (artikel 50, achtste lid, aanhef en onderdeel a). Voordat een experiment kan starten, wordt die ministeriële regeling voorgehangen bij het parlement. Onderdeel van de stapsgewijze verkenning is toetsing of de criteria om te reguleren al dan niet aanwezig zijn. De criteria wanneer gereguleerd moet worden, zijn in de wet expliciet vastgelegd (artikel 50, vierde lid).

De leden van de SP-fractie vragen of het juist is dat het aanvullend pakket straks meer kan worden aangewend voor risicoselectie door zorgverzekeraars?

Het besluit om in een sector meer ruimte in de bekostiging te creëren, heeft geen invloed op wat al dan niet onder de basisverzekering valt. De toegang tot aanvullende verzekeringen betreft een ander vraagstuk dan de bekostiging van zorg. Indien op basis van de stapsgewijze verkenning voor een bepaalde sector naar voren komt dat meer ruimte in de bekostiging wenselijk is, bijvoorbeeld ten behoeve van innovatieve zorg voor de patiënt, dan kunnen na aanpassing van de ministeriële regeling zorgaanbieders en -verzekeraars andere afspraken maken over welke zorg te leveren. De voorgestelde wijziging van de Wmg heeft daarmee geen relatie met risicoselectie door zorgverzekeraars in het aanvullend pakket.

Wel wil ik nogmaals benadrukken dat in de huidige praktijk medische selectie voor de aanvullende verzekering vrijwel niet voorkomt. Uit een recente monitor blijkt dat in 2016 bij slechts 2 procent van de aanvullende verzekeringen sprake was van een vorm van risicoselectie⁸. Dit is in lijn met de afspraak van zorgverzekeraars (in Kern-Gezond) om te streven naar een ruim aanbod van aanvullende verzekeringen met een brede dekking zonder toelatingseisen.

⁸ Kamerstukken II 2015/16, 29 698, nr. 689.

De leden van de CDA-fractie vragen of dit wetsvoorstel met betrekking tot de vrije tarief- en prestatieregulering de marktwerking in de zorg gaat vergroten en zo nee, waarom niet?

Met dit wetsvoorstel wordt niet het al dan niet vrijlaten van verplichte prestatiebeschrijvingen of tarieven in een sector geregeld. Dit wetsvoorstel voorziet alleen in een omslag van een verbodstelsel naar een gebodstelsel, waardoor bijvoorbeeld innovatieve zorg eenvoudiger voor de patiënt geregeld kan worden. 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 wordt stapsgewijs verkend, waar nodig via experimenten die ook worden vastgelegd bij ministeriële regeling (artikel 50, achtste lid, aanhef en onderdeel a). 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 prestatie-regulering in een sector, als de mogelijkheden om dit aan zorgpartijen zelf te laten. Specifiek ten opzichte van de huidige wet is hierbij de terugval-prestatie 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 (en eventueel tarieven) kan vaststellen.

De leden van de CDA-fractie vragen welke vormen van zorg al een vrij tarief- en prestatieregulering kennen?

Sectoren met meer ruimte in prestaties, situatie in 2016¹:

	Vorm van zorg	Prestatie	Tarief
1	Farmacie	Verplichte prestaties, waarvan 1 facultatieve prestatie	Vrij (alle prestaties)
2	Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg	Verplichte prestaties in segment 1, 2 en 3, waarbij mogelijkheid vrije prestatie in segment 3	Maximum (segment 1) Vrij (segment 2 en 3)
3	Wijkverpleging	Verplichte prestaties, waaronder resultaatbeloning en de prestatie «zorgvernieuwing».	Maximum, Vrij (experiment zorgvernieuwing, resultaatbeloning)
4	Bewegingszorg (fysiotherapie, caesartherapie, mensendieck)	Verplichte prestaties, waarvan 1 facultatief	Vrij
5	Dieetadvisering	Verplichte prestaties, waarvan 1 facultatief	Vrij
6	Ergotherapie ²	Vrij	Vrij
7	Hulpmiddelenzorg ²	Vrij	Vrij
8	Griepvaccinatie (vrijwillig) ²	Vrij	Vrij
9	Vervoer (ex ambulancevervoer) bij intensieve kindzorg vervoer tot 2016 onder tarief- en prestatieregulering ²	Vrij	Vrij

	Vorm van zorg	Prestatie	Tarief
10	Woningaanpassingen in Wlz ²	Vrij	Vrij
11	Orthoptie ²	Vrij	Vrij
12	Podotherapie (m.u.v. diabetes voet) ²	Vrij	Vrij
13	Huidtherapie ²	Vrij	Vrij
14	Optometrie ²	Vrij	Vrij
15	Zorg verleend onder eigen verantwoordelijkheid door radiodiagnostisch laboranten/ radiotherapeutisch laboranten	Vrij	Vrij
16	Zorg verleend onder eigen verantwoordelijkheid verpleegkundige/ verzorgende, niet zijnde Zvw-wijkverpleging	Vrij	Vrij
17	Bedrijfsgeneeskundige of verzekeringsgeneeskundige zorg	Vrij	Vrij
18	Medisch specialistische zorg	Verplichte prestaties	A-segment maximumtarieven, B-segment vrije tarieven
19	Zorg die ten laste van een persoonsgebonden budget als bedoeld in artikel 3.3.3 van de Wet langdurige zorg wordt gefinancierd. ²	Vrij	Vrij

¹ In dit overzicht zijn niet afspraken onder bijvoorbeeld de beleidsregel innovatie opgenomen aangezien dit geen vormen van zorg betreft. Wel gelden ook hier vrije tarieven. Verder zullen vanaf 2017 voor logopedie vrije tarieven gelden en wordt per 2017 voor extramuraal werkende ergotherapeuten prestatieregulering geïntroduceerd met vrije tarieven. Voor intramurale ergotherapie wijzigt het huidige maximumtarief in een vrij tarief.

² Voor deze zorg geldt dat deze wel wordt gereguleerd indien deze door of vanwege een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen wordt geleverd of deel uitmaakt van een prestatie of geheel van prestaties waarvoor een tarief in rekening wordt gebracht.

De leden van de CDA-fractie vragen wat de ervaringen zijn van bovenstaande vormen van zorg met de vrije tarief- en prestatieregulering?

De ervaringen met vrije tarief- en/of prestatieregulering verschillen per sector en zijn over het algemeen positief. Belangrijk voordeel voor de patiënt is dat belemmeringen in het implementeren van innovatieve zorgvormen worden weggenomen. Ook biedt het mogelijkheden de zorg anders, meer op maat van de patiënt, te organiseren en te betalen. Zo zal het mogelijk zijn om op de (individuele) wensen van de patiënt en de lokale omstandigheden in te spelen. Individueel maatwerk voor de patiënt wordt immers belemmerd als partijen teveel in een (landelijk) keurslijf worden gedwongen. Meer ruimte draagt bij aan de behartiging van de publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid). Tot slot zorgt zeer gedetailleerde regulering soms ook voor opeenvolgende veranderingen/aanpassingen in bepaalde zorgsectoren. Door het weergeven van een meerjarenperspectief op regulering en het waar

mogelijk inbouwen van meer ruimte en flexibiliteit wordt voor aanbieders ook meer «regelrust» gecreëerd.

De mate waarin de regulering knellend is, is afhankelijk van de gekozen prestatiestructuur en de zorgvorm.

Een systeem met *uurtarieven* kent belemmeringen voor arbeidsbesparende innovaties (o.a. e-health). Dergelijke innovaties verlagen namelijk het aantal te declareren uren, waarmee de omzet voor de zorgaanbieder daalt. Wel zijn in deze bekostigingsvorm geen belemmeringen voor de vorm/methode van behandelen.

Een systeem met *verrichtingen* kent in mindere mate belemmeringen voor arbeidsbesparende innovaties. Deze vertalen zich namelijk in lagere kosten per verrichting en daarmee (bij een gelijkblijvende opbrengst per verrichting) in een hogere marge voor de zorgaanbieder. In deze bekostigingsvorm zijn echter wel belemmeringen in de vorm/methode van behandelen. De te declareren verrichtingen zijn namelijk uitputtend voorgeschreven. Ook de mogelijkheden voor het organiseren van de zorg in ketens en het vormgeven van bekostiging op patiëntengroepen of zorgpaden wordt beperkt.

In een systeem met *zorgtrajecten* of generiek beschreven *patiëntcontacten* (zittingen, consulten) zijn beide belemmeringen (kostenbesparende en alternatieve methoden) niet aanwezig. Door de generieke prestatiebeschrijvingen heeft de zorgaanbieder veel vrijheid voor nadere en innovatieve invulling. Ook in dit systeem vertalen kostenbesparende innovaties zich in hogere marges. Ook wanneer de behandeling – naar tevredenheid – wordt afgesloten en er is efficiënter zorg geleverd, leidt dit tot meer marge. Wel wordt een zorgaanbieder in dit systeem niet geprikkeld tot preventieve innovaties. Deze vertalen zich namelijk in potentie in een lager aantal patiënten/patiëntcontacten, waarmee de omzet daalt.

Een *populatiebekostigingssysteem* kent laatstgenoemde belemmering niet. Ook preventieve innovaties worden gestimuleerd. Bij gelijkblijvende populatievergoeding wordt de benodigde zorglevering in potentie verlaagd met hogere marges als gevolg. Dit is uiteraard alleen het geval als de populatie-indicatoren niet zijn gekoppeld aan ziektebeelden, maar aan demografische en sociaaleconomische indicatoren. Een nadeel van populatiebekostiging is dat de bekostiging niet te herleiden is tot het individu, terwijl de Zorgverzekeringswet (Zvw) uitgaat van een individuele verzekering en dit ook gevolgen heeft voor bijvoorbeeld het eigen risico. Een ander nadeel is dat beter presterende aanbieders in een dergelijk systeem vaak niet voldoende kunnen worden beloond.

De leden van de CDA-fractie constateren dat het aanvullend pakket is ingericht als een schadeverzekering voor niet-noodzakelijke zorg waarbij de overheid in principe op afstand staat en daarom wordt opgenomen in een algemene maatregel van bestuur (AMvB). De leden van de CDA-fractie vragen wat de reden is om de reikwijdte van de wet in een AMvB te regelen.

De reikwijdte van de Wmg wordt niet in een AMvB geregeld maar in artikel 1 van die wet. Dat artikel bepaalt dat de Wmg betrekking heeft op:

- a. de zorg die valt onder het voor de zorgverzekering te verzekeren pakket (basispakket);
- b. de zorg die valt onder het verzekerd pakket van de Wet langdurige zorg (Wlz), en
- c. de zorg die uitsluitend vanwege de leeftijd van de patiënt, het aantal behandelingen of de behandelduur niet behoort tot het basispakket of het verzekerd pakket van de Wlz.

Het voorgestelde artikel 1a van de Wmg regelt dat onder zorg in de zin van de Wmg ook forensische zorg wordt begrepen.

AEF heeft in de evaluatie van de Wmg in 2014 geconcludeerd dat tarief- en prestatieregulering door de NZa van de zorg die buiten het basispakket of het verzekerd pakket valt van de Wlz niet noodzakelijk is. Dit ook met het oog op dat het aanvullend pakket is ingericht als een schadeverzekering voor niet-noodzakelijke zorg, waarbij de overheid in principe op afstand staat.

De reikwijdte van de Wmg is ruimer dan het basispakket en het verzekerd pakket van de Wlz. Een aanzienlijk deel van het aanvullend pakket valt onder de begripsomschrijving van «zorg» in artikel 1 van de Wmg. Het betreft de zorg die uitsluitend vanwege de leeftijd van de patiënt, het aantal behandelingen of de behandelduur niet tot het basispakket of het verzekerd pakket van de Wlz behoort, zoals fysiotherapie of mondzorg. Dat voorkomt dat een vorm van zorg deels wel onder de wettelijke definitie kan vallen en deels niet onder de wettelijke definitie kan vallen.

De overige onderdelen van het aanvullend pakket zoals cosmetische zorg en reïsvaccinaties vallen zonder verdere regeling bij AMvB direct buiten de werkingssfeer van de gehele Wmg. De regering heeft er echter -zorgvuldigheidshalve- voor gekozen om fasegewijze over te gaan tot deregulering van de overige onderdelen van het aanvullend pakket als daartoe wordt besloten. De regering besluit pas tot deregulering van een overig onderdeel van het aanvullend pakket na een zorgvuldige toetsing, die uitwijst dat de regulering van de Wmg voor dat onderdeel niet langer nodig is. De regering hanteert daarbij toetsingscriteria vergelijkbaar met die zijn opgenomen in het voorgestelde vierde en vijfde lid, van artikel 50 van de Wmg, voor de beoordeling van de noodzaak tot prestatieregulering. Zo kan deregulering pas aan de orde zijn indien het toezicht van de NZa, zoals transparantie- en administratieverplichtingen, voor dat onderdeel niet langer nodig zijn.

De regering beschouwt gezien het bovenstaande het buiten de werkingssfeer van de Wmg laten van alle overige onderdelen van het aanvullend pakket als een onwenselijke stap. Op grond van artikel 2, eerste lid, van de Wmg, zullen bij inwerkingtreding van het tot wet verheven onderhavige wetsvoorstel, de overige onderdelen van het aanvullend pakket bij AMvB, als zorg voor de Wmg zijn aangewezen. Indien het toezicht van de NZa voor een overig onderdeel van het aanvullend pakket gemist kan worden, zal de AMvB daartoe worden aangepast. De regeling bij AMvB voorkomt dat het buiten de werkingssfeer van de Wmg brengen van één of meer overige onderdelen van het aanvullend pakket telkens een procedure van een formele wet vereist. Dat garandeert flexibele aanpassingsmogelijkheden op toekomstige zorgvormen. Het kan in de loop van de tijd om een aantal wijzigingen gaan. Overigens biedt ook de huidige Wmg de mogelijkheid om bij AMvB zorg onder de werkingssfeer van de Wmg te brengen of uit de werkingssfeer van de Wmg te halen.

De leden van de CDA-fractie willen weten of uit de naamgeving van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg moeten worden afgeleid dat de werkingssfeer van de Wmg in de toekomst ook kan uitgebreid kan worden.

De werkingssfeer van de Wmg kan inderdaad ook worden uitgebreid. De zorg die uitsluitend vanwege de leeftijd van de patiënt, het aantal behandelingen of de behandelduur, niet tot het basispakket of verzekerd pakket van de Wlz behoort, valt onder definitie van «zorg» in artikel 1 van de Wmg. De overige onderdelen van het aanvullend pakket zullen bij inwerkingtreding van het tot wet verheven onderhavige wetsvoorstel, bij AMvB, als zorg voor de Wmg zijn aangewezen.

De leden van de CDA-fractie vragen of er voorbeelden kunnen worden gegeven van zorg in het aanvullend pakket die gedereguleerd kunnen of zullen worden?

Zoals eerder aangegeven, kiest de regering ervoor om via de ministeriële regelingen aan te sluiten bij de huidige regulering en de verdere omslag naar vrije tarieven en/of vrije prestatiebeschrijvingen stapsgewijs te verkennen. Onderdeel van de stapsgewijze verkenning is toetsing of de criteria om te reguleren al dan niet aanwezig zijn. De criteria wanneer gereguleerd moet worden, zijn in de wet expliciet vastgelegd (artikel 50, vierde lid). Uiteraard zal voorafgaand aan het vrijlaten van prestaties in een bepaalde sector worden onderzocht of in die sector verantwoord kan worden gedereguleerd en of daarvoor draagvlak is. Denk hierbij bijvoorbeeld aan transparantie voor patiënten, aanbieders en verzekeraars, controleerbaarheid door verzekeraars, en toezicht op geleverde zorg. Parallel aan de voorgestelde wetwijziging is de Minister van VWS voornemens een of enkele experimenten te starten om partijen meer ruimte te bieden in de bekostiging. Mede op basis van de ervaringen die in deze experimenten worden opgedaan, zal verder worden gekeken waar meer ruimte in de bekostiging wenselijk is. Om de experimenten te realiseren, heeft de Minister van VWS de NZa gevraagd een uitvoeringstoets te doen voor mogelijke experimenten met vrije prestaties en in deze toets in te gaan op welke vormen van zorg zich lenen voor een dergelijk experiment en daarbij het draagvlak hiervoor expliciet mee te nemen. De NZa heeft op 13 oktober 2016 deze uitvoeringstoets uitgebracht (www.nza.nl). De Minister van VWS heeft in de beleidsreactie⁹ op deze uitvoeringstoets aangegeven dat dit advies het voornemen om de afweging waar een experiment meerwaarde kan bieden per sector te beoordelen en dat geleidelijkheid en zorgvuldigheid de weg zijn om hier te volgen, ondersteunt. De Minister van VWS heeft verder aangegeven dat het ook van belang is dat patiënten enthousiast zijn voor het creëren van meer ruimte in de bekostiging. Gegeven de resultaten van de uitvoeringstoets zal de Minister van VWS in ieder geval geen experiment starten in die sectoren waar de NZa nu al een facultatieve prestatie heeft vastgesteld. De andere sectoren worden de komende periode nader verkend. Ook zal de komende periode de toegevoegde waarde van een schot-tenoverstijgende experiment nader worden onderzocht. In het voorjaar van 2017 zal de Minister van VWS de Tweede Kamer de uitkomsten van deze verkenning doen toekomen.

De leden van de D66-fractie vragen de regering of zij ook met leden en adviesgroepen binnen beide organisaties (NZa en ACM) heeft gesproken alvorens dit wetsvoorstel in te dienen, en of zij kan toelichten, als dit plaats heeft gevonden, welke knelpunten hieruit naar voren kwamen en op welke wijze de mogelijke oplossingen daarvoor aansluiten bij het huidige wetsvoorstel?

De regering heeft niet apart met leden en adviesgroepen gesproken voordat dit wetsvoorstel is ingediend bij de Tweede Kamer. Wel heeft een internetconsultatie plaatsgevonden, waarbij ook brancheorganisaties die onderdeel zijn van de adviescommissies van de NZa hebben gereageerd. De reacties van deze organisaties zijn opgenomen in hoofdstuk 7.4 van het algemeen deel van de memorie van toelichting. De NZa en de ACM hebben een concept van het wetsvoorstel getoetst op de uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid. Beide uitvoerbaar- en handhaafbaarheidstoetsen treft u hierbij aan (zie bijlage¹⁰). In paragrafen 7.1 en 7.2 van de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel worden de knelpunten en opmer-

⁹ Kamerstukken II 2016/17, 31 765, nr. 243

¹⁰ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

kingen van de toezichthouders kort samenvat en wordt toegelicht hoe dit in het wetsvoorstel is verwerkt.

Gelet op het feit dat de NZa niet langer (mede)verantwoordelijk is voor het opstellen van het beleidskader waardoor de NZa een onafhankelijke positie ten opzichte van het Ministerie van VWS krijgt, vragen de leden van de D66-fractie de regering hoe zij verwacht dat dit in de praktijk zal uitpakken en of de regering mogelijke knelpunten voorziet?

De regering verwacht dat de knip in reguleringstaken tussen VWS en de NZa er in de praktijk aan bijdraagt dat de NZa een onafhankelijke rol ten opzichte van VWS kan innemen. Binnen de kaders die VWS heeft gesteld, kan de NZa zelf uitvoering aan de VWS-regels geven (gebonden uitvoering). Met de voorgestelde knip komt de regering tegemoet aan twee knelpunten die AEF in het evaluatierapport over de Wmg en de NZa heeft vastgesteld over de huidige taakverdeling op het gebied van regulering. Dit betreft een onduidelijke scheiding tussen beleid en uitvoering en een diffuse sturingsrelatie tussen VWS en de NZa. Als met de wetwijziging de beleids- en uitvoeringstaken duidelijker verdeeld zijn tussen VWS en NZa, blijft van belang, zoals de sector ook terecht heeft aangegeven, dat beleid en uitvoering dicht op elkaar aansluiten. Indien dat niet het geval zou zijn, ontstaan problemen in de uitvoering. Om die reden heeft de regering ervoor gekozen om, voordat de ministeriële regeling wordt voorgehangen bij het parlement, de NZa standaard een uitvoerbaarheids- en handhaafbaarheidstoets uit te laten brengen. Op die manier kunnen mogelijke uitvoeringsknelpunten waar nodig worden voorkomen.

De leden van de D66-fractie hechten eraan te benadrukken dat zij voor een heldere taakverdeling zijn tussen het Ministerie van VWS, de NZa en de ACM. Duidelijker, beter en onafhankelijker toezicht in de zorgsector, gecombineerd met sterker markttoezicht in de zorg, is voor alle betrokken partijen een winstsituatie, mits de veranderingen in een gepast tempo plaats zullen vinden, zodat voor iedereen helder is wat de consequenties zijn. De leden van de D66-fractie hechten aan een nauwe betrokkenheid van het parlement via voorhangprocedures en ministeriële wijzigingen en vragen welke stappen de regering zet om te waarborgen dat instrumenten die beschikbaar zijn voor de toezichthouders ook in voldoende mate gebruikt worden.

Het is aan de toezichthouders zelf om de taken die aan hen bij wet zijn opgedragen uit te voeren en het toezichtsinstrumentarium waarover zij beschikken effectief en efficiënt in te zetten. De Minister van VWS kan, via zijn bevoegdheid om regels te stellen over de inhoud en inrichting van het werkprogramma van de NZa en via zijn bevoegdheid dat werkprogramma goed te keuren, sturen op de inzet en capaciteit voor de toezichtsactiviteiten. Na de voorgenomen overheveling van het zorgspecifieke markttoezicht ontstaat er een formele relatie tussen de Minister van VWS en de ACM. Op basis van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen (Kaderwet zbo's) heeft de Minister van VWS de bevoegdheid om, indien dat nodig zou zijn, bij te sturen. Dit kan door het vaststellen van beleidsregels (artikel 21 van de Kaderwet zbo's). Deze bevoegdheid heeft de Minister van VWS met betrekking tot de gehele taakuitoefening van de NZa. Ten aanzien van de taakuitoefening van de ACM heeft de Minister van VWS deze bevoegdheid alleen ten aanzien van het gebruik van het aanmerkelijke marktmacht instrumentarium en de zorgspecifieke fusietoets.

2. Regulering

De leden van de VVD-fractie vragen de regering om de keuze voor ministeriële regelingen in plaats van AMvB's, vanwege de hoeveelheid wijzigingen en de regelmatig grote spoed tot aanpassing nader, toe te lichten.

De huidige beleidsregels van de NZa zullen na deze wetswijziging voor een groot deel worden omgezet naar ministeriële regelingen van VWS. De hoeveelheid wijzigingen is afhankelijk van de beleidsmatige wensen. Om zicht te krijgen op het aantal en de spoed van de wijzigingen is in oktober 2015 een inventarisatie van de op dat moment geldende beleidsregels van de NZa uitgevoerd. Uit deze inventarisatie is gebleken dat op dat moment 115 NZa-beleidsregels golden, waarvan 79 beleidsregels voor de curatieve zorg en 36 beleidsregels voor de langdurige zorg. 18 van deze beleidsregels zijn in de loop van 2015 in werking getreden, waarbij uitstel tot 1 januari 2016 kennelijk niet mogelijk of gewenst was. Daarnaast hadden op dat moment 33 beleidsregels, waarvan 17 beleidsregels voor de curatieve zorg en 16 beleidsregels voor de langdurige zorg, een looptijd van één jaar. Met deze aantallen en frequentie van wijzigingen acht de regering een ministeriële regeling beter passend dan een AMvB. De regering tekent hierbij aan dat bij de omzetting van beleidsregels naar ministeriële regelgeving nog zal worden bezien of samenvoeging of vereenvoudiging een optie is, zodat waar mogelijk de administratieve lasten kunnen worden beperkt.

De leden van de VVD-fractie vragen op welke wijze de snelheid kan worden geborgd gelet op voorhangprocedure in beide Kamers en schriftelijke rondes. Deze leden vragen de regering een inschatting te geven van de doorlooptijd van het volledige proces van het vaststellen van een ministeriële regeling, waarin ook rekening wordt gehouden met de consultatie van de sector en de uitvoerbaarheidstoets door de NZa.

Allereerst is van belang dat het tijdpad van de totstandkoming van ministeriële regelingen niet ingrijpend verschilt van de huidige situatie waarin een aanwijzing van de Minister van VWS aan de NZa, inclusief de voorhang van de zakelijke inhoud bij het parlement, verplicht is. Dit geldt bijvoorbeeld bij het wijzigen van de tariefsoort, de inzet van een macrobeheersheffing, de invoering van een experiment of een beschikbaarheidsbijdrage. Het verschil zit in het feit dat VWS voortaan de kaders vastlegt in ministeriële regelingen en niet langer de NZa in haar Wmg-beleidsregels.

Om te zorgen dat de ministeriële regelingen op tijd worden vastgesteld, ziet het processchema voor ingrijpende wijzigingen met ingangsdatum 1 januari 2020, zoals bijvoorbeeld een fictief nieuwe productstructuur voor de huisartsenbesteding, er als volgt uit. In dit processchema is rekening gehouden met de consultatie van partijen en de uitvoerbaar- en handhaafbaarheidstoets van de NZa.

Beleidsvormingsfase (uiterlijk begin 2018):

- extern advies
- overleg met partijen /sector
- gedurende deze fase contact VWS-NZa over haalbaarheid kostenonderzoek

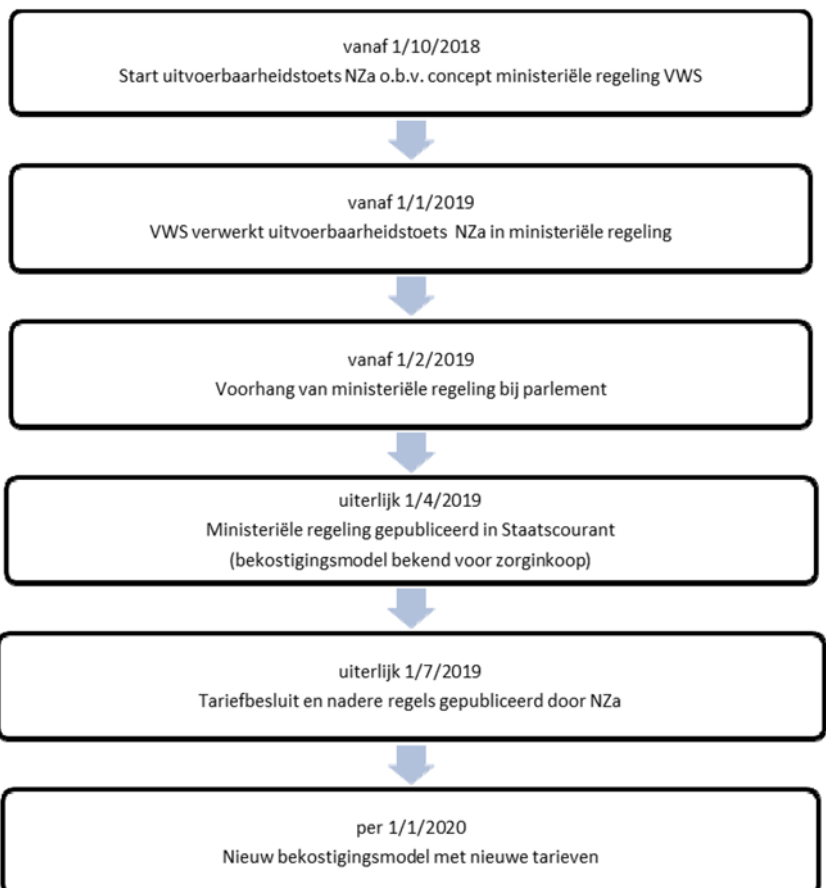


Product gereed 1/10/2018:

Concept ministeriële regeling:

- bekostigingsmodel/ productstructuur
- tarieven kostengebaseerd of budgettair rondgerekend

Figuur 1: Voorbereiding door VWS van concept ministeriële regeling (inclusief afstemming met partijen)

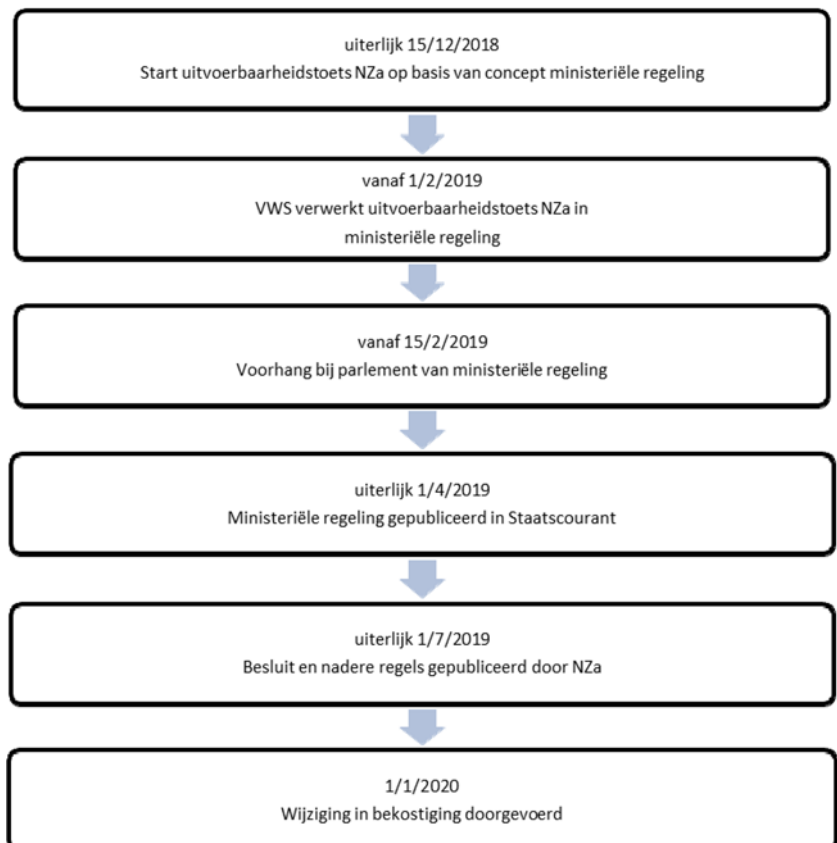


Figuur 2: Proces vanaf concept ministeriële regeling

Voor minder ingrijpende wijzigingen, zoals bijvoorbeeld een fictieve aanpassing van de voorwaarden voor de beschikbaarheidsbijdrage voor spoedeisende zorg in krimpregio's, kan de periode van voorbereiding korter. Zie het tijdspad hieronder.



Figuur 3: Voorbereiding door VWS concept ministeriële regeling (inclusief afstemming met partijen)



Figuur 4: Proces vanaf concept ministeriële regeling

In bovenstaande schema's wordt uitgegaan van de huidige tijdslijnen voor de contractering. Als de contractering op verzoek van de sector verder naar voren wordt gehaald, moet dat worden doorvertaald in voorgaande processchema's.

De leden van de VVD-fractie vragen of alle ministeriële regelingen worden voorgehangen aan beide Kamers of dat er een onderscheid wordt gemaakt naar het type ministeriële regeling?

Alle ministeriële regelingen die de regulering betreffen worden voorgehangen. Er wordt daarbij geen onderscheid gemaakt naar type ministeriële regeling. Ingevolge artikel 126a van het wetsvoorstel worden alle ministeriële regelingen die gaan over prestatie- en tariefregulering (artikel 50, derde, zesde tot en met zevende lid), experimenten (artikel 50, achtste lid), sluitbedragen in het kader van instellingsbudgettering (artikel 55, eerste, elfde en twaalfde lid), macrobeheersheffing (artikel 56c, derde tot en met zesde lid) of beschikbaarheidsbijdrage (artikel 56b, eerste, vierde en vijfde lid) voorgehangen bij het parlement.

De leden van de VVD-fractie vragen op welke wijze het neerleggen van nadere regels in een groot aantal ministeriële regels voldoende flexibiliteit biedt voor het Nederlandse zorgstelsel.

Zoals hiervoor aangegeven sluit het tijdpad aan bij de huidige situatie en bieden de ministeriële regelingen voldoende flexibiliteit voor het Nederlandse zorgstelsel. Ook in uitzonderingsgevallen waar terstond – en in afwijking van boven weergegeven processchema's – een oplossing moet worden geboden, biedt het instrument van een ministeriële regeling voldoende flexibiliteit. Voor deze uitzonderingsgevallen zal, waar nodig in afstemming met de partijen en de NZa, bezien worden waar versnelling ten opzichte van het processchema mogelijk is.

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze de NZa op dit moment moeizaamheden bemerkt in het precare evenwicht tussen contact en samenwerking met veldpartijen en het departement aan de ene kant en aan de andere kant de toezichts- en uitvoeringsrol van de NZa die afstand en onafhankelijkheid vereist.

In de evaluatie van de Wmg en de NZa door AEF is geconcludeerd dat het onderscheid tussen de uiteenlopende rollen van de NZa in de praktijk onvoldoende duidelijk is. Volgens AEF wordt binnen de NZa dit onderscheid wel gemaakt, maar in de relatie met het Ministerie van VWS en vooral ook met externe partijen is niet altijd duidelijk of deze met de NZa als controleur, bewaker of regulator te doen hebben. In het opereren van de NZa wordt, aldus het AEF-rapport, onvoldoende rekening gehouden met de consequenties van het samengaan van de verschillende rollen binnen één organisatie. In de onderlinge relatie zijn het Ministerie van VWS als de NZa nog zoekende naar een zuivere invulling van hun rollen en de sturing. Daar waar het gaat om de afbakening van de bevoegdheden en autonomie van de NZa is sprake van een grijs gebied. Dit is voornamelijk het geval in relatie tot de regulerende rol van de NZa. Om aan dit grijze gebied een einde te maken voorziet dit wetsvoorstel in een duidelijke knip in de reguleringstaken tussen VWS en de NZa. Dit draagt bij aan een betere positionering van de NZa als robuuste en onafhankelijke toezichthouder. De Raad van Bestuur van de NZa heeft ten aanzien van zijn werkzaamheden een taakverdeling aangebracht en voor ieder aandachtsgebied een bestuurslid als portefeuillehouder benoemd. Zo zijn onder andere Regulering en Toezicht bij verschillende portefeuillehouders belegd om een onafhankelijke uitvoering van de regulerings- en toezichtstaken te waarborgen. Hiermee is de functiescheiding tussen Regulering en Toezicht geborgd in het bestuur van de NZa.

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze het wetsvoorstel een oplossing biedt voor concrete problemen in de manier van werken in het veld met andere veldpartijen en of de stelsel- en structuuraanpassingen volgens de regering voldoende zijn.

Door uitsluitend de «gebonden» uitvoering van de regulering bij de NZa te beleggen, is de NZa beter in staat zich onafhankelijk van VWS en

partijen te gedragen. Partijen hoeven en kunnen niet langer in overleg treden met de NZa over de beleidskaders zoals neergelegd in ministeriële regels.

De NZa kan daardoor een onafhankelijke positie innemen bij de uitvoering van de ministeriële regels. Concreet betekent dit dat bijvoorbeeld huisartsen die problemen hebben met de productstructuur voor huisartsenbesteding zich tot VWS moeten wenden en niet langer ook tot de NZa. Naar de mening van de regering bieden de stelsel- en structuur aanpassingen een goede basis om te waarborgen dat de NZa op een meer onafhankelijke manier, zowel van VWS als de sector, kan werken om zodoende een duidelijk en robuust profiel als toezichthouder verder te kunnen opbouwen. Alleen een wetwijziging volstaat niet, om die reden is bij VWS een taskforce «Beter Bewust» in het leven geroepen. Ook met de NZa zijn «beter bewust sessies» gehouden onder meer om de rolvastheid te bevorderen.

De leden van de PvdA-fractie vragen verder hoe het wetsvoorstel bijdraagt aan een vermindering van deze «regulatory capture» en hoe deze aanpassingen duurzaam zijn geborgd.

Met deze wetwijziging is duurzaam vastgelegd dat de NZa niet langer mede verantwoordelijk is voor de reguleringskaders en hoeft zij daarover ook niet in overleg te treden met de sector. Doordat de NZa uitsluitend verantwoordelijk is voor de «gebonden» uitvoering van ministeriële regelingen, is het risico op «regulatory capture» bij de NZa afgenomen.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe ervoor wordt gezorgd dat de samenwerking tussen de NZa en de ACM en de NZa en de IGZ centraal staat en dat deze aantoonbaar en effectief is.

Op grond van artikel 17 van de Wmg worden, met het oog op een effectieve en efficiënte besluitvorming over de wijze van behandeling van aangelegenheden van wederzijds belang en het verzamelen van informatie ten behoeve daarvan, daarover afspraken gemaakt tussen de NZa en onder meer de ACM en de IGZ. Deze afspraken zijn neergelegd en gepubliceerd in samenwerkingsprotocollen. Specifiek met het oog op een eventuele samenloop van bevoegdheden en ten behoeve van een goede samenwerking regelt artikel 18 van de Wmg ook dat, indien er sprake is een dergelijke samenloop, de NZa voor zover mogelijk eerst haar bevoegdheden toepast. In onderling overleg kunnen de NZa en ACM hiervan afwijken. Ten behoeve van de nieuwe taakverdeling zullen tussen de genoemde organisaties in dit verband ook nadere afspraken worden gemaakt ten aanzien van het uitwisselen van gegevens en samenwerking.

De leden van de fractie van de PvdA vragen op welke manier openbaar wordt hoe de ACM en de NZa tot hun beleidsprioritering komen, wie hier invloed op heeft, of de aanbevelingen van de ACM en de NZa openbaar worden en of deze ter beoordeling aan de Kamer worden voorgelegd.

Een prioriteitstelling is niet bij alle taken van de ACM en de NZa aan de orde. Veel taken dienen door de ACM en de NZa verplicht te worden uitgevoerd. Prioriteitstelling is daarom alleen aan de orde bij het toezicht op de naleving van wettelijke voorschriften. De ACM en de NZa bepalen die prioritering zelf binnen het kader dat door de wetgever aan hen is toebedeeld. De ACM prioriteert haar nalevingstoezicht aan de hand van drie criteria: hoe groot de schade is voor de consument (patiënt, cliënt en/of verzekerde), het maatschappelijk belang, en de mogelijkheid om het

betreffende probleem effectief op te lossen.¹¹ Ook heeft de ACM een tweejaarlijkse openbare «ACM Agenda», waarin aandachtsgebieden van de ACM zijn opgenomen. De «ACM Agenda» wordt ter reactie voorgelegd aan betrokken ministers en mede bepaald aan de hand van openbare consultaties, klachten, signalen en gesprekken met stakeholders. In de «ACM Agenda» voor 2016 en 2017 is «gezonde samenwerking in de zorg» als aandachtsgebied opgenomen.¹² Ook de NZa bepaalt binnen haar wettelijke taken zelf haar prioritering van taken, waaronder ten aanzien van het nalevings- en uitvoeringstoezicht. Aanvullende projecten van de NZa worden bepaald op basis van signalen vanuit het veld en de burger, resultaten van eigen onderzoeken (zoals de marktscans en monitors) en de aandachtspuntenbrief van de Minister van VWS.¹³ Eventuele marktstudies worden door de toezichthouders zelf zoveel mogelijk openbaar gemaakt. Ten aanzien van de openbaarmaking van sancties kan worden gemeld dat het wetsvoorstel VTO Wmg waarmee de mogelijkheden voor de NZa tot openbaarmaking worden vergroot, inmiddels door uw Kamer is aangenomen.

Gelet op het belang dat de nadruk op het vormen van beleid bij het Ministerie van VWS komt te liggen, maar dat tegelijkertijd een pro-actieve houding van een robuuste en onafhankelijke toezichthouder bij misstanden en problemen in de sector nodig is, vragen de leden van de PvdA-fractie welke mogelijkheden de NZa daartoe krijgt en welke handvatten het voorliggende wetsvoorstel biedt.

De NZa heeft en behoudt de mogelijkheid om ongevraagd de Minister van VWS te informeren over feitelijke ontwikkelingen in de zorg (artikel 21, tweede lid van de Wmg). Hieronder valt ook het melden van eventuele misstanden en problemen in de sector. De NZa heeft en houdt ook de mogelijkheid om onderzoek te doen naar de werking van het zorgstelsel, zoals bijvoorbeeld de totstandkoming van overeenkomsten met betrekking tot zorg, tarieven of ziektekostenverzekeringen, de transparantie in de zorg, de onderbouwing en ontwikkeling van kosten en prijzen mede in relatie tot kwaliteit (artikel 32 van de Wmg). De NZa kan deze bevindingen ook openbaar maken (artikel 33 van de Wmg). Dergelijke signalen kunnen een aanleiding voor VWS zijn om de reguleringskaders aan te passen. Tot slot is en blijft de NZa als toezichthouder uiteraard zelf aan zet om daar waar nodig tegen eventuele misstanden handhavend op te treden.

De leden van de PvdA-fractie vragen een toelichting op de manier waarop het Ministerie van VWS bij haar regulering tot besluiten komt, welke openheid hierbij aan de Tweede Kamer wordt geboden en hoe wordt geborgd dat de Kamer haar controlerende taak voldoende kan uitvoeren?

De regering verwijst hierbij naar de eerder opgenomen processchema's in reactie op de vragen van de leden van de VVD-fractie. Door de voorhang van de ministeriële regelingen bij het parlement wordt geborgd dat het parlement haar controlerende taak voldoende kan uitvoeren.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe wordt voorkomen dat het Ministerie van VWS evenals de NZa bij het uitvoeren van deze verantwoordelijkheden te zeer verweven raakt met de partijen uit het veld.

¹¹ <http://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/15613/Prioritering-van-handhavingsonderzoeken-door-ACM/>

¹² <https://www.acm.nl/nl/organisatie/missie-visie-strategie/onze-agenda/acm-agenda-2016-2017/>

¹³ Zie voor het werkprogramma 2017 de brief aan de Tweede Kamer van 8 juli (Kamerstukken II 2015/16, 34 300 XVI, nr. 169).

Het opstellen van ministeriële regelingen, waarin de reguleringskaders worden opgenomen, kan niet zonder afstemming met de zorgsector. Bij de uitvoering van deze taak moet het Ministerie van VWS voldoen aan algemene beginselen van behoorlijk bestuur. Dit houdt onder meer in: het doen van zorgvuldig onderzoek (bijvoorbeeld via het voorafgaand aan de totstandkoming van de concept ministeriële regeling vragen van advies), het zorgvuldig afwegen van alle relevante belangen (van zorgaanbieders, ziektekostenverzekeraars en consumenten) en het goed motiveren van de gemaakte keuzes. Door te voldoen aan deze algemene beginselen wordt voorkomen dat VWS al te verweven raakt met de partijen. Via de voorhangprocedure kan het parlement controleren of de Minister van VWS in afdoende mate hieraan heeft voldaan.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe gewaarborgd is dat het ministerie voldoende voorbereid is voor de uitvoering van de taken die van de NZa naar het ministerie worden overgeheveld, of VWS wel voldoende kwaliteit en capaciteit heeft om de taken van de NZa over te nemen en of voldoende kennis en kunde bij de NZa overblijft.

Met dit wetsvoorstel wordt een duidelijke taakafbakening tussen VWS en de NZa aangebracht. In de huidige situatie is er sprake van een overlap in de reguleringsbevoegdheden tussen VWS en de NZa. De aanwijzingen die de Minister van VWS aan de NZa geeft, gaan immers over onderwerpen waaromtrent de NZa bevoegd is om (beleids)regels vast te stellen (artikel 7 van de Wmg). VWS beschikt dan ook nu reeds over reguleringskennis. Met de wetswijziging zal de afstemming met de sector over de reguleringskaders van de NZa naar VWS verschuiven. Nu vindt deze afstemming met de sector nog in de adviescommissie bij de NZa plaats. Ook verdwijnen de Wmg-beleidsregels van de NZa waarin de reguleringskaders nu nog worden vastgelegd. Dat laat onverlet dat de NZa ook straks over voldoende kennis van de reguleringskaders moet blijven beschikken om deze op een goede manier te kunnen uitvoeren. Daartoe kan de NZa ook waar nodig uitvoeringsregels vaststellen. Gelet op de noodzakelijke samenhang tussen beleid en uitvoering, zal een overlap in kennis bij het Ministerie van VWS en NZa ook in de toekomst blijven bestaan. Wat verdwijnt is een overlap in taken/bevoegdheden. Wat de overheveling precies betekent qua capaciteit voor VWS wordt nog bezien, maar duidelijk is dat de overheveling budgetneutraal zal plaatsvinden.

De leden van de SP-fractie vragen hoe invulling wordt gegeven aan het advies van de commissie Borstlap om niet alleen op basis van projecten te financieren bij de NZa.

De regering heeft in de kabinetsreactie op het rapport van de commissie Borstlap de NZa gevraagd om een meerjarenbeleidplan op te stellen voor de structurele taken.¹⁴ Zodra er meer duidelijkheid is over het benodigde budget na de herpositionering van de taken zal ook worden toegewerkt naar een meerjarige financiering. Voor de meer incidentele en tijdelijke activiteiten zal de NZa zelfstandig een jaarlijks werkprogramma opstellen. VWS zal daaraan voorafgaand de politieke prioriteiten aangeven. Met de werkprogramma's 2015 en 2016 zijn stappen gezet op deze weg, door het structurele budget van de NZa aanzienlijk te verhogen. Conform de aanbeveling van AEF zal door de meerjarige financiering die gelieerd is aan de uitvoering van de structurele werkzaamheden en het bijbehorende functiegebouw van de NZa meer garantie zijn ingebouwd voor de continuïteit van de organisatie.

¹⁴ Kamerstukken II 2014/15, 25 268, nr. 112.

De leden van de SP-fractie vragen hoeveel fte's bij de NZa de toezichtstaken vervulden die nu bij VWS komen te liggen en hoeveel fte's dit bij VWS zullen zijn. Of de reguleringstaken door VWS worden uitgevoerd door personeel in vaste dienst, flexibilisering van arbeid of externe inhuur, hoeveel personeel wordt verplaatst van Utrecht naar Den Haag, of dit kostenneutraal gebeurt en of met de overheveling frictiekosten gemoeid zijn.

Met het voorliggende wetsvoorstel komen er geen toezichtstaken van de NZa naar VWS, de knip houdt in dat er reguleringstaken van de NZa naar VWS komen. Er wordt momenteel onderzocht hoe de nieuwe reguleringstaken van VWS vormgegeven worden. Afhankelijk van de precieze vormgeving wordt bepaald wat de uitwerking hiervan is op beide organisaties en de benodigde capaciteit. Uitgangspunt is dat dit budgettair neutraal plaatsvindt.

De leden van de SP-fractie vragen om een overzicht van alle personele gevolgen bij VWS, NZa en ACM als gevolg van het voorliggende wetsvoorstel.

Voor zover dit wetsvoorstel taken bij de Minister van VWS of de ACM belegt, wordt momenteel onderzocht welke gevolgen dat dient te hebben qua personeelsinzet. In het kader van de versterking van het toezicht in de zorg krijgt de ACM daarnaast een capaciteitsimpuls van circa 20 fte.¹⁵ Deze 20 fte komen bovenop de betrokken capaciteit van de NZa voor de taken die overgaan naar de ACM.

De leden van de SP-fractie vragen – gelet op de keuze om de regulering vast te leggen in een ministeriële regeling- een toelichting wat de invloed van de Kamer is, onder meer aan de hand van een praktijkvoorbeeld. In het bijzonder willen zij weten of een besluit tot vrije tarieven in een bepaalde sector bijvoorbeeld nog wordt voorgelegd aan de Kamer en de Raad van State en waarom bij zulke wezenlijke zaken niet wordt gekozen voor een AMvB.

De ministeriële regelingen waarin het reguleringskader voor een bepaalde vorm van zorg wordt neergelegd, worden allemaal voorgehangen bij het parlement (artikel 126a van het wetsvoorstel). Het gaat dan om ministeriële regelingen die gaan over prestatie- en tariefregulering (artikel 50, derde, zesde tot en met zevende lid), experimenten (artikel 50, achtste lid), sluitbedragen in het kader van instellingsbudgettering (artikel 55, eerste, elfde en twaalfde lid), macrobeheersheffing (artikel 56c, derde tot en met zesde lid) of de beschikbaarheidsbijdrage (artikel 56b, eerste, vierde en vijfde lid). Indien bijvoorbeeld wordt besloten om voor de wijkverpleging een nieuwe productstructuur in te voeren per 2018, dan zal de ministeriële regeling met de nieuwe productstructuur worden voorgehangen bij het parlement (zie ook de eerder opgenomen processchema's naar aanleiding van de vragen van de leden van de VVD-fractie). Een wijziging van de tariefsoort, van bijvoorbeeld maximumtarieven naar vrije tarieven of omgekeerd, betekent een wijziging van de ministeriële regeling en zal dus ook worden voorgehangen bij het parlement. Via deze voorhangprocedure kan het parlement controle uitoefenen. Omwille van de gewenste flexibiliteit en snelheid heeft de regering niet gekozen voor het instrument van een AMvB, dat zou immers snel een vertraging van ongeveer drie maanden tot een half jaar opleveren. Bij een AMvB dient immers ook tijd te worden ingeruimd voor het advies van de Raad van State. In een situatie waarin een snelle wijziging van de tariefsoort nodig is, als bijvoorbeeld in het verleden bij het stopzetten van het experiment met

¹⁵ Kamerstukken II 2014/15, 25 268, nr. 115.

vrije tarieven in de mondzorg¹⁶, zou dit geen wenselijke situatie zijn. Tot slot voorziet dit wetsvoorstel bij ingrijpende keuzes, zoals het al dan niet van toepassing zijn van regulering, in wettelijke criteria. In artikel 50, vierde lid is vastgelegd dat indien dat vanwege de toegang tot en het gedrag van zorgaanbieders ten aanzien van de zorgverlening, het gedrag van ziektekostenverzekeraars en consumenten ten aanzien van de zorginkoop en de beperking van negatieve externe effecten geboden is, de Minister van VWS voor die betreffende vorm van zorg zal voorzien in regulering.

De leden van de SP-fractie vragen de regering om een uitputtend overzicht van de ministeriële regelingen, en waarom er per specifiek geval niet gekozen is voor hogere wetgeving, zoals een AMvB.

Na de wetswijziging bevat de Wmg de volgende ministeriële regelingen:

- Reguleringsregelingen:
 - prestatie- en tariefregulering (artikel 50, derde, zesde tot en met zevende lid van het wetsvoorstel),
 - experimenten (artikel 50, achtste lid van het wetsvoorstel),
 - sluitbedragen in het kader van instellingsbudgettering (artikel 55, eerste, elfde en twaalfde lid van het wetsvoorstel),
 - macrobeheersheffing (artikel 56c, derde tot en met zesde lid van het wetsvoorstel) of
 - beschikbaarheidsbijdrage (artikel 56b, eerste, vierde en vijfde lid van het wetsvoorstel).
- Regels waarbij andere verplichtingen dan de in artikel 48 opgesomde verplichtingen in verband met aanmerkelijke marktmacht worden aangewezen (artikel 48, eerste lid sub m van de Wmg/ artikel 48, eerste lid sub o van het wetsvoorstel).
- Regels over de inhoud van het rapport dat bij zorgspecifieke fusietoets moet worden overgelegd (artikel 49b, derde lid van de Wmg/ artikel 49b, tweede lid sub h van het wetsvoorstel).
- Regels waarin nadere eisen worden gesteld aan de concentratie (artikel 49d, eerste lid sub e van het wetsvoorstel).
- Regels over de inhoud en inrichting van het werkprogramma, jaarverslag, begroting, jaarrekening (inclusief accountantscontrole), de omvang van de egaliseringsreserve en de voorwaarden waaronder beheerskostenbudget NZa wordt vastgesteld (artikel 14, derde en vierde lid van de Wmg).
- Regels over de inhoud en inrichting van het verslag (inclusief accountantscontrole) over de verantwoording van de beschikbaarheidsbijdrage, de macrobeheersheffing en tijdelijke subsidies voor zorginfrastructuur en kapitaallasten (artikel 14a, derde lid wetsvoorstel)
- Regels over de inhoud en inrichting van het rapport over de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (artikel 24, vierde lid van de Wmg).
- Regels over de inhoud en inrichting van het rapport over de rechtmatigheid en de doelmatigheid van de uitvoering van de Wet langdurige zorg (artikel 28, vierde lid van de Wmg).
- Regels over gebruik van categorieën van persoonsgegevens (artikel 65 van de Wmg).
- Regels over welke persoonsgegevens en op welke wijze aan ziektekostenverzekeraars moeten worden verstrekt (artikel 68a van de Wmg).
- Regels over andere aan de NZa opgedragen taken (artikel 16, onderdeel i van de Wmg).

¹⁶ Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 68 en de aanwijzing inzake stopzetten experiment vrije tarieven mondzorg (Stcrt. 2012, nr. 14943).

Zoals hiervoor toegelicht is bij de reguleringsregelingen omwille van de gewenste flexibiliteit en snelheid niet gekozen voor een AMvB. Bovendien is- zoals ook de Raad van State vaststelt- de keuze voor ministeriële regelingen in plaats van aanwijzingen aan de NZa meer in lijn met de staatsrechtelijke uitgangspunten. De reeds bestaande mogelijkheden van ministeriële regelingen op grond van de artikelen 48, 49b, 14, 24, 28, 65 en 68a, zijn niet gewijzigd. Voor de nieuwe mogelijkheid om bij ministeriële regeling nadere eisen te stellen aan de concentratie (artikel 49d, eerste lid, sub e, van het wetsvoorstel) is aangesloten bij de systematiek zoals die nu reeds geldt om via ministeriële regeling nadere eisen aan de inhoud van en de inrichting van het concentratierapport te stellen.

De leden van de SP-fractie vragen een toelichting op die delegatiebepalingen in het voorstel, die niet zullen worden voorgehangen bij beide Kamers, en wat hierbij de overwegingen zijn.

Bij de delegatiebepalingen in het wetsvoorstel is aangesloten bij de huidige voorhangprocedures in de Wmg. Dat betekent dat algemene maatregelen van bestuur (artikel 2 van het wetsvoorstel) niet worden voorgehangen bij het parlement. Dat is overeenkomstig de huidige situatie bij het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg en het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg. Voor wat betreft ministeriële regelingen over regulering is wel voorzien in een voorhangprocedure. Het gaat hier over onderwerpen (tariefsoort, experiment, beschikbaarheidsbijdrage, macrobeheersheffing) waarvoor nu op grond van artikel 59 van de Wmg een aanwijzing van de Minister van VWS aan de NZa verplicht is en waarvan de zakelijke inhoud moet worden voorgehangen bij het parlement. Aangezien het om vergelijkbare onderwerpen gaat, is besloten de voorhangprocedure voor de ministeriële regelingen over regulering in te voeren. De andere ministeriële regelingen kennen ook in de huidige situatie geen voorhangprocedure.

De leden van de CDA-fractie vragen om de knip in reguleringstaken nader te lichten gelet op de vele regulerende taken die bij de NZa blijven («gebonden reguleringsstaken»). De NZa is en blijft verantwoordelijk voor onder meer de vaststelling van tariefbesluiten, prestatiebeschrijvingen, sluitbedragen, experimentbesluiten, de toekenning van een beschikbaarheidsbijdrage aan een zorgaanbieder, de door een zorgaanbieder te betalen macrobeheersheffing, de onderbouwing van de hoogte van de tarieven en daarmee voor kostenonderzoeken en het vaststellen van technische uitvoeringsregels op basis van de Wmg.

Zoals de leden van de CDA-fractie terecht vaststellen, blijft een aanzienlijk deel van de reguleringstaken bij de NZa. Het gaat daarbij om de uitvoeringstaken. In het evaluatierapport van de Wmg en de NZa constateerde AEF dat er sprake is van een onduidelijke scheiding tussen beleid en uitvoering en een diffuse sturingsrelatie tussen VWS en de NZa. Door juist langs de scheidingslijnen van beleid en uitvoering te knippen, wordt gepoogd deze onduidelijkheid op te heffen. Bovendien draagt de knip tussen beleid en uitvoering eraan bij dat de NZa onafhankelijk van VWS haar taken kan verrichten. Binnen de reguleringskaders van VWS, is immers uitsluitend en alleen de NZa bevoegd om tariefbesluiten, prestatiebeschrijvingen, sluitbedragen, experimentbesluiten, beschikbaarheidsbijdragen e.d. vast te stellen voor (individuele) zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. VWS heeft geen rol bij de uitvoering en casuïstiek.

De leden van de CDA-fractie vragen een nadere toelichting waarom de NZa wanneer VWS de beleidskaders vaststelt voldoende afstand tot het veld zou kunnen houden en haar rol als onafhankelijke autoriteit niet in gevaar komt.

Door de knip in regulering is de NZa beter in staat een onafhankelijke rol te opzichte van VWS in te nemen, althans is in elk geval voor de sector die onafhankelijke rol van de NZa ten opzichte van VWS beter zichtbaar. Duidelijker is immers waarvoor de NZa verantwoordelijk is en waarvoor VWS. Doordat de NZa onafhankelijk uitvoering geeft aan de beleidskaders van VWS, kan de NZa meer afstand tot het veld houden. De NZa voert immers de kaders/regelingen van VWS uit. Bij vragen over of discussies met het veld over de reguleringskaders is niet langer de NZa gehouden deze reguleringskaders te verdedigen dan wel aan te passen, maar is VWS (in samenspel met het parlement) aan zet. Binnen de door VWS (in samenspel met het parlement) gegeven kaders, is uitsluitend de NZa bevoegd. Zolang de NZa binnen de gegeven reguleringskaders handelt (gebonden uitvoering) is er geen rol voor VWS. Daarmee wordt meer recht gedaan aan de rol van de NZa als onafhankelijke autoriteit.

De leden van de CDA-fractie vragen de regering de keuze voor vastlegging van de beleidskaders in een ministeriele regeling in plaats van een AMvB, het verschil in snelheid tussen een ministeriele regeling en AMvB en de rol van de Kamer in dit proces als ministeriële regelingen 30 dagen worden voorgehangen toe te lichten.

In antwoord op vragen van de leden van de SP-fractie is aangegeven dat omwille van de gewenste flexibiliteit en snelheid de regering niet heeft gekozen voor het instrument van een AMvB. Dat zou immers snel een vertraging van drie maanden tot een half jaar opleveren. In een situatie waarin een snelle wijziging van de tariefsoort nodig is, als bijvoorbeeld in het verleden bij het stopzetten van het experiment met vrije tarieven in de mondzorg,¹⁷ zou dit geen wenselijke situatie zijn. Voor het proces en de betrokkenheid van het parlement wordt verwezen naar de eerder in antwoord op vragen van de leden van de VVD-fractie gegeven proces-schema's.

De leden van de CDA-fractie vragen de regering nader te duiden hoe de totstandkoming van ministeriële regelingen zal worden afgestemd met de sector.

Zoals blijkt uit de processchema's zal standaard worden afgestemd met de sector over de ministeriële regelingen. Hoe dit proces er precies uit komt te zien, wordt op dit moment voorbereid. Bij de precieze vormgeving van dit proces wordt de sector betrokken.

De leden van de CDA-fractie vragen de regering om de bezwaren bij een combinatie van regulering en toezicht uit de rapporten van de commissie Borstlap en AEF op een rij te zetten en daarbij per bezwaar aan te geven hoe dit wetsvoorstel daar al dan niet aan tegemoet komt.

De commissie Borstlap heeft vastgesteld dat de samenloop van regulering en toezicht in één organisatie verwarrend is voor de medewerkers van de NZa, als ook voor die van het Ministerie van VWS. Dat de reguleringstaken van de NZa de nabijheid behoeven van het ministerie is evident: het gaat om het opstellen van bekostigingsregels op basis van de beleidskaders die het ministerie vaststelt. Zeker in een tijd waarin de

¹⁷ Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 68 en de aanwijzing inzake stopzetten experiment vrije tarieven mondzorg (Stcrt. 2012, nr. 14943).

opwaartse trend in de zorgkosten tot politieke actie noopt, is die politieke sturing evident en noodzakelijk. Dat ligt evenwel bij het toezicht en bij de individuele gevalsbehandeling geheel anders; juist daar is afstand geboden teneinde een voorspelbare en professionele marktmeester te kunnen zijn, herkenbaar naar de sector en zonder beïnvloeding vanuit de politiek. Dat is de kern van de Wmg.

Mede gelet op deze bezwaren heeft de commissie Borstlap in overweging gegeven de regulerings- en toezichttaken niet langer in één organisatie onder te brengen op basis van de volgende aandachtspunten:

- a. destijds is het huidige model van toezicht en regulering binnen één organisatie nadrukkelijk als tijdelijk beschouwd;
- b. het «maken en bewaken van goed werkende markten» is inmiddels aanzienlijk verder ontwikkeld; en
- c. de afgelopen jaren is gebleken dat de samenloop binnen één organisatie van regulering enerzijds en toezicht en gevalsbehandeling anderzijds verwarrend is en belastend voor het toegroeien naar een professionele marktmeester en een onafhankelijke en voorspelbare toezichthouder.

In de evaluatie van AEF is vastgesteld dat de NZa in het zorgstelsel uiteenlopende rollen vervult. Het gaat om een controlerende rol en een bewakende rol waarbij de NZa autonoom moet kunnen opereren. Het betreft verder een regulerende rol waarbij het niet gaat om een autonome regulerende bevoegdheid van de NZa maar waarbij de Minister van VWS en indirect de Tweede Kamer het beleidsprimaat hebben. Regulering door de NZa vindt plaats op aanwijzing van de Minister. Elk van deze rollen vraagt om een andere relatie tussen de NZa en het ministerie en ook tussen de NZa en de zorgsector. Voor de controlerende rol is een bepaalde afstandelijkheid noodzakelijk, waarbij sprake is van een duidelijke scheiding tussen beleid en uitvoering. Deze scheiding moet het mogelijk maken om in de sector met gezag te opereren. Vanuit haar bewakende rol heeft de NZa de taak om onevenwichtigheden in de marktverhoudingen te corrigeren, wat een zekere haat-liefde-verhouding met de sector tot gevolg heeft. Ook hier is onafhankelijk optreden als «marktmeester» van belang. De regulerende rol vraagt, gezien de publieke belangen die spelen, juist om een nauwe samenwerkingsrelatie met het ministerie. Ten opzichte van de sector is er vanuit deze rol behoefte aan vertrouwen en gezamenlijke initiatieven, opdat duidelijke en werkbare afspraken gemaakt kunnen worden, bijvoorbeeld met het doel de zorg betaalbaar te houden. Uit de evaluatie van AEF blijkt dat het onderscheid tussen de uiteenlopende rollen van de NZa in de praktijk onvoldoende duidelijk is. Binnen de NZa wordt dit onderscheid wel gemaakt, maar in de relatie met het ministerie en vooral ook met externe partijen is het niet altijd duidelijk of deze met de NZa als controleur, bewaker of regulator van doen hebben. In het opereren van de NZa wordt onvoldoende rekening gehouden met de consequenties van het samengaan van de verschillende rollen binnen één organisatie. Aan deze situatie liggen verschillende oorzaken ten grondslag, die niet alle binnen de beïnvloedings sfeer van de NZa liggen. Belangrijke oorzaken zijn de rol die de Wmg aan het Ministerie van VWS toedicht, de beleidsgevoelige taakopdracht van de NZa en de transitie van het zorgstelsel. 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. Om die reden heeft AEF 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.

De regering komt aan de bezwaren van de commissie Borstlap en AEF tegemoet door VWS en niet langer de NZa verantwoordelijk te maken voor de reguleringskaders. Het herijken van de sturingsrelatie tussen VWS en de NZa is nodig maar naar het oordeel van de regering niet afdoende om te zorgen dat de NZa die onafhankelijke positie verwerft en behoudt. Door uitsluitend de «gebonden» uitvoering van de regulering bij de NZa te beleggen, is de NZa in staat zich onafhankelijk van VWS en partijen te gedragen. Partijen hoeven en kunnen niet langer in overleg treden met de NZa over de beleidskaders zoals neergelegd in ministeriële regels. De Wmg-beleidsregels vervallen. De NZa kan daardoor een onafhankelijke positie innemen bij de uitvoering van de ministeriële regels. Het inzetten op het versterken van de onafhankelijkheid en autoriteit van de NZa was de achterliggende motivering voor een duidelijke knip in taken tussen VWS en de NZa.

De leden van de CDA-fractie vragen tevens of in figuur B, schematische weergave van de nieuwe taakverdeling tussen VWS en NZa, ook nog de Kamer gedurende het proces ergens in beeld komt.

Uit de processchema's die bij de eerdere beantwoording zijn opgenomen, blijkt wanneer het parlement gedurende het proces in beeld komt. In figuur B betekent dit dat onder de stap «VWS stelt ministeriële regeling vast» de elementen verwerken uitvoerbaarheidstoets NZa in ministeriële regeling, start voorhangprocedure parlement en de publicatie van de ministeriële regeling vallen.

De leden van de CDA-fractie vragen of de herschikking van taken en verantwoordelijkheid tussen VWS en NZa ook een herschikking van personeel betekent en of de constatering dat de verschuiving budgettair neutraal plaatsvindt een inschatting is of een harde randvoorwaarde.

Er wordt momenteel onderzocht hoe de nieuwe reguleringstaken van VWS worden vormgegeven. Afhankelijk van de precieze vormgeving wordt bepaald wat de uitwerking hiervan is op beide organisaties en de benodigde capaciteit. Uitgangspunt bij de herschikking van taken en verantwoordelijkheid tussen VWS en NZa is dat dit budgettair neutraal plaatsvindt.

De leden van de CDA-fractie vragen naar een totaaloverzicht van de personele gevolgen en meerkosten als gevolg van het wetsvoorstel voor respectievelijk het ministerie, de NZa en de ACM.

Voor de taken op het gebied van regulering en markttoezicht waarvan in het wetsvoorstel wordt voorgesteld dat deze bij de NZa bij VWS en de ACM komen te liggen, wordt momenteel onderzocht hoe deze vormgegeven worden. Afhankelijk van de precieze vormgeving wordt bepaald wat de uitwerking hiervan is op de organisaties en de benodigde capaciteit. Uitgangspunt daarbij is dat dit budgettair neutraal plaatsvindt. Voor een aantal nieuwe taken van de NZa (naar aanleiding van de uitkomsten van de commissie Borstlap) zijn budgettaire middelen beschikbaar gesteld.

In het kader van de versterking van het toezicht in de zorg krijgt de ACM daarnaast een capaciteitsimpuls van circa 20 fte.¹⁸

De leden van de D66-fractie vragen hoe het feit dat de NZa verantwoordelijk zal blijven voor tariefbesluiten, prestatiebeschrijvingen, sluitbedragen, experimentbesluiten, toekennen van beschikbaarheidsbijdrage en

¹⁸ Kamerstukken II 2014/15, 25 268, nr. 115.

nog een aantal voorbeelden zich verhoudt tot de regulerende verantwoordelijkheid die na dit wetsvoorstel helder bij het Ministerie van VWS zou moeten komen te liggen. Kan de regering voor de leden van de D66-fractie verhelderen welke taken er precies van de NZa naar het Ministerie van VWS terugvloeien?

De huidige reguleringstaken van de NZa betreffen zowel beleid als uitvoering. Met dit wetsvoorstel wordt een knip in reguleringstaken aangebracht, waardoor de verantwoordelijkheid voor de reguleringstakers (beleid) uitsluitend bij VWS komt te liggen en de verantwoordelijkheid voor de uitvoering uitsluitend bij de NZa. Binnen de reguleringstakers van VWS is de NZa bevoegd om tariefbesluiten, prestatiebeschrijvingen, sluitbedragen, experimentbesluiten, beschikbaarheidsbijdragen e.d. vast te stellen voor (individuele) zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. VWS heeft geen rol bij de uitvoering en casuïstiek. Met de wetwijziging zal de afstemming met de sector over de reguleringstakers van de NZa naar VWS verschuiven. Ook verdwijnen de Wmg-beleidsregels van de NZa waarin de reguleringstakers worden vastgelegd.

De leden van de D66-fractie vragen hoe de reguleringwerkzaamheden passen binnen de huidige organisatie van het ministerie en of er voldoende kennis en capaciteit bij het Ministerie van VWS aanwezig is om deze taken van de NZa over te nemen.

In de huidige situatie is er sprake van een overlap in de reguleringstakers tussen VWS en de NZa. De aanwijzingen die de Minister van VWS aan de NZa geeft, gaan immers over onderwerpen waaromtrent de NZa bevoegd is om (beleids)regels vast te stellen (artikel 7 van de Wmg). VWS beschikt dan ook nu reeds over reguleringkennis. Gelet op de noodzakelijke samenhang tussen beleid en uitvoering, zal een overlap in kennis bij het Ministerie van VWS en NZa ook in de toekomst blijven bestaan. Wat verdwijnt is een overlap in taken/bevoegdheden. Wat de overheveling precies betekent qua capaciteit voor VWS wordt nog gezien, maar duidelijk is dat de overheveling budgetneutraal zal plaatsvinden.

3. Dereguleren

De leden van de VVD-fractie vragen de regering welke mogelijkheden er zijn om handhavend op te treden in een gedereguleerd domein als het gaat om het niet naleven van prestaties, nadat de zorgverzekeraar al actie heeft ondernomen.

Bij niet-naleving van gemaakte afspraken tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder is de zorgverzekeraar in de eerste plaats aan zet om door middel van civielrechtelijke instrumenten naleving van gemaakte afspraken af te dwingen. De NZa kan niet direct bij zorgaanbieders handhaven bij het niet naleven van de afgesproken prestaties. De bepalingen voor de formele en materiële controle door de zorgverzekeraar veranderen niet. De NZa houdt hier toezicht op. Daarnaast kan de NZa, net als nu het geval is, bestuursrechtelijk handhaven als het gaat om de naleving van voorschriften ten aanzien van de administratie, declaratie en transparantie, het declareren van niet geleverde zorg, het in rekening brengen van Zvw- of Wlz-zorg als hier geen sprake van is en bij onvoldoende controle door de zorgverzekeraar. Verder is een van de randvoorwaarden van deregulering dat de ketenpartners, waaronder het Openbaar Ministerie en de Inspectie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid, in staat moeten zijn effectief toezicht te houden op de publieke randvoorwaarden en voldoende mogelijkheden moeten hebben tot optreden indien dat noodzakelijk blijkt, bijvoorbeeld in het geval van fraude of onrechtmatigheden.

De leden van de VVD-fractie vragen op welke manier rekening zal worden gehouden met raakvlakken tussen het aanvullend pakket en de verzekerde zorg bij verdere deregulering.

Op wetsniveau is vastgelegd dat regulering alleen betrekking heeft op zorg krachtens de Wlz en de Zvw, en op die delen van het aanvullend pakket die niet tot het basispakket voor de zorgverzekering (basispakket) behoren uitsluitend vanwege een leeftijdsgrens, het aantal behandelingen of de behandelduur. De reden om ook deze delen van het aanvullend pakket op wetsniveau onder regulering te brengen, is gelegen in het feit dat het voor doorlopende behandelingen of zorgverlening vanuit consumentenperspectief gewenst is dat hetzelfde regime van toepassing is. Dat betekent dat deze zorg -ongeacht leeftijdsgrens, behandelingen of behandelduur- gereguleerd dan wel niet gereguleerd is. Voorbeelden hiervan zijn fysiotherapie (aantal behandelingen) en mondzorg (tot achttien jaar basispakket). Verder zullen bij inwerkingtreding van het wetsvoorstel alle overige onderdelen van het aanvullend pakket die op dit moment door de NZa worden gereguleerd via een AMvB op grond van artikel 2, eerste lid, van de Wmg onder de reikwijdte van regulering op basis van de Wmg worden gebracht.

De leden van de VVD-fractie vragen de regering wat haar reactie is op de stelling dat door deregulering de kans bestaat dat de zorgaanbieder per verzekeraar een andere administratie moet voeren, omdat verschillende afspraken per verzekeraar zullen worden gemaakt, op welke wijze dit bijdraagt aan het laten afnemen van de administratieve last voor zorgaanbieders. En in hoeverre de randvoorwaarden van VWS daadwerkelijk bijdragen aan het standaardiseren en harmoniseren van de administratie?

De regering is het met de leden van de VVD-fractie eens dat voorkomen moet worden dat door het creëren van meer ruimte in de bekostiging juist weer onnodige administratieve lasten ontstaan.

Om ervoor te zorgen dat op te leggen vereisten geen aanvullende lasten creëren, is de regering van mening dat deze voorwaarden zoveel mogelijk moeten aansluiten bij de registraties die een zorgaanbieder reeds verricht in het kader van de te verlenen zorg. Tegelijkertijd moet niet worden vergeten dat ook in de huidige situatie het zo is dat er verschillende afspraken gelden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ook nu dienen zorgaanbieders en zorgverzekeraars deze te registreren en administreren. Met het creëren van meer ruimte in de bekostiging verandert dit in beginsel niet. De verandering bestaat uit het wegvallen van de verplichting om bij declaratie gebruik te maken van door de NZa vastgestelde prestaties. Het wetsvoorstel beoogt om partijen de vrijheid te geven zelf te bepalen welke prestaties in rekening kunnen worden gebracht zodat voor de patiënt maatwerk kan plaatsvinden en innovatieve zorg eenvoudiger in te regelen is.

De NZa heeft overigens de bevoegdheid om administratievoorschriften op te leggen en zorgaanbieders dienen deze te volgen. Bijvoorbeeld zodat zorgaanbieders een zodanige administratie voeren dat daaruit (kort gezegd) de overeengekomen en geleverde prestaties blijken. Waar dergelijke voorwaarden worden opgelegd, is afwijking daarvan in beginsel niet mogelijk.

De leden van de PvdA-fractie vragen welke ervaringen de regering heeft meegenomen in de ontwikkeling van dit wetsvoorstel met betrekking tot het moeten stilleggen van het experiment met vrije prijzen in de mondzorg.

Het experiment met vrije prijzen in de mondzorg is stopgezet naar aanleiding van de motie Kuiken.¹⁹ Zoals de titel van het experiment al aangeeft, betrof het hier een experiment met vrije prijzen. Het creëren van meer ruimte in de bekostiging in dit wetsvoorstel ziet niet op vrije prijzen, maar op meer vrijheid in de vaststelling van prestaties. Zoals aangegeven in de memorie van toelichting zal stapsgewijs worden verkend of een sector zich leent voor meer ruimte in de bekostiging. Daarbij wordt het draagvlak expliciet meegenomen. De verhoudingen binnen een sector, denk bijvoorbeeld aan de contracteergraad, evenals mogelijke risico's ten aanzien van toegankelijkheid vormen een belangrijk onderdeel van deze verkenning. Deze stapsgewijze verkenning is mede vormgegeven naar aanleiding van de ervaringen en de daaruit getrokken lessen in het experiment met vrije tarieven in de mondzorg.

De leden van de PvdA-fractie vragen welke beveiligingen tegen tariefstijgingen zijn opgenomen binnen het huidige wetsvoorstel.

De Wmg kent verschillende instrumenten die kunnen worden gebruikt voor kostenbeheersing. De meest voor de hand liggende daarvan is tariefregulering, waarbij met een vast of maximumtarief kan worden bepaald wat vast of maximaal in rekening mag worden gebracht voor verleende zorg. Daarnaast kent de Wmg ook het macrobeheersinstrument waarmee de mogelijkheid bestaat om – indien deze binnen een sector van kracht is – overschrijdingen van een budgettair kader te redresseren, ook in geval de tarieven vrij zijn. Overigens vormen deze instrumenten geen onderdeel van het huidige wetsvoorstel, maar zijn reeds onderdeel van de huidige wet.

Ten slotte is nog belangrijk om op te merken dat in verschillende sectoren op dit moment al vrije prestaties gelden en daar is van tariefstijgingen geen sprake.

De leden van de PvdA-fractie vragen de regering een nadere toelichting op de terugvalprestatie, waarbij gebruik kan worden gemaakt van standaard prestatiebeschrijvingen en bijhorende tarieven. In welke situaties zal hierop worden teruggevallen? Welke partij kan besluiten tot het terugvallen tot deze prestaties en wie stelt deze terugvalprestaties vast?

Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden aangewezen waarvoor – in het geval vrije prestaties gelden – een terugvalprestatie mogelijk is. Per vorm van zorg zal de afweging gemaakt worden of terugvalprestaties wenselijk zijn. De ministeriële regeling zal worden voorgehangen bij het parlement. De NZa stelt deze terugvalprestaties collectief vast. Een zorgaanbieder kan de terugvalprestatie hanteren indien hij geen overeenstemming kan of wil bereiken over de prestatiebeschrijving met een andere zorgaanbieder, ziektekostenverzekeraar of consument. Een zorgaanbieder kan daarmee terugvallen op een door de NZa vastgestelde collectieve prestatiebeschrijving voor het in rekening brengen van de geleverde zorg.

De leden van de PvdA-fractie vragen wat bij vrije prestaties het risico is op onduidelijkheid voor patiënten bij verschillen in afgesproken zorgprestaties tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars? Op welke manier kan de regering deze zorgen wegnemen? Wat betekent deregulering van tarieven en prestaties voor de transparantie naar patiënten en verzekerden over welke prestaties worden geleverd, wanneer dit verschilt tussen zorgverzekeraars?

¹⁹ Kamerstukken II 2011/12, 32 620, nr. 68.

Voordat een beslissing kan worden genomen of een vorm van zorg gedereguleerd kan worden, zal aan een aantal wettelijk vastgelegde aspecten worden getoetst (zie het voorgestelde artikel 50 lid 4 Wmg). Een van die aspecten is het gedrag van ziektekostenverzekeraars en consumenten in de zorginkoop. Er wordt daarbij onder andere gekeken naar de transparantie en de inzichtelijkheid van de betrokken sector zoals de duidelijkheid van de prestaties en de transparantie en vergelijkbaarheid van de geleverde zorg. Evenals of eventuele risico's ondervangen kunnen worden met bijvoorbeeld transparantie- of registratievereisten.

De leden van de PvdA-fractie vragen welk risico deregulering betekent voor een gelijke toegang tot zorg en voor gelijke levering van zorg uit het basispakket?

Het creëren van meer ruimte in de bekostiging of in de prestatiebeschrijving in de Wmg heeft geen invloed op het recht op zorg zoals geregeld in de Zvw.

De leden van de SP-fractie vragen een uitgebreide visie waarop de verwachting is gebaseerd dat door kaders te stellen en de nadere invulling aan zorgverzekeraars en zorgverleners over te laten, er minder regels zullen komen?

De toetsing van de regeldrukaspecten van dit wetsvoorstel is gebaseerd op het rapport Regeldruktoets wijziging Wmg door SIRA consulting B.V. van 13 juli 2015.

Om een beeld te schetsen van de gevolgen die deregulering kan hebben, is onderzocht welke lasten zouden ontstaan met een verschillende mate van vrije prestaties. Met de inwerkingtreding van de wet zal de huidige situatie ten aanzien van regulering worden gecontinueerd. Dit leidt dan ook niet tot meer of minder regels. De verdere omslag naar vrije prestatiebeschrijvingen wordt stapsgewijs verkend, waar nodig via experimenten die ook worden vastgelegd bij ministeriële regeling (artikel 50, achtste lid, aanhef en onderdeel a). De initiële stijging bestaat uit de kennisname van gewijzigde regelgeving. Dit is een totaalbedrag afhankelijk van welk scenario zich aandient. De directe structurele daling bestaat uit het wegvallen van de verplichting om een prestatiebeschrijving aan te vragen bij de NZa. Uit het rapport komt naar voren dat bij een klein aantal sectoren de initiële stijging en directe structurele daling naar verwachting klein zijn, en dat bij een groter aantal sectoren, deze effecten groter zijn.

Hiernaast is het goed denkbaar dat de voorgenomen wijzigingen een verlichting laten zien bij aspecten die buiten de geldende regeldrukdefinities vallen. Te denken valt aan veranderingen in innovatie, prijs-kwaliteitverhoudingen of inkomensontwikkelingen. Het kwantificeren van dergelijke positieve effecten valt echter buiten het bereik van een regeldruktoets en is daarom niet meegenomen. Dat neemt niet weg dat in de discussie over het dereguleren van prestatiebeschrijvingen zowel de (regeldruk)kosten als de baten van belang zijn, en dat deze in samenhang gezien moeten worden.

De regering onderschrijft het advies van Actal dat de bepalingen uit dit wetsvoorstel niet moeten leiden tot onnodige regeldruk. Er zal daarom stapsgewijs worden verkend binnen welke sectoren de mogelijkheid bestaat om meer vrijheid in de bekostiging te introduceren. Voorafgaand aan een besluit hiertoe zal worden verkend of een sector zich hiervoor leent. Ook zullen deze experimenten worden gemonitord en geëvalueerd. Daarbij zal aandacht worden besteed aan de gevolgen van regeldruk. Het advies van Actal om aan te sluiten bij de bronregistratie van een zorgaanbieder is een goed voorbeeld van deze regelluwe uitwerking. Registraties

in het kader van de verlening van zorg dienen – ongeacht welke vorm regulering er geldt – plaats te vinden. Door hierbij aan te sluiten, worden dubbele lasten vermeden en wordt (ervaren) regeldruk verminderd.

De leden van de SP-fractie vragen welke wet- en regelgeving op dit moment innovatie in de weg staat, en waarom dit met het voorliggende voorstel beter wordt. Waarom draagt de regering innovatie hier aan als argument?

Met de voorgestelde wijziging worden de regels ten aanzien van prestatieregulering gewijzigd en kan 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. Deze wijziging beoogt meer vrijheid te creëren ten aanzien van het vaststellen van prestaties. Hiervan profiteren de patiënten doordat het voor zorgaanbieders bijvoorbeeld mogelijk om innovaties sneller te realiseren. Het is immers niet nodig om hiervoor eerst langs de NZa te gaan en een prestatiebeschrijving voor een nieuwe zorgvorm aan te vragen. Zo kunnen patiënten eerder van deze mogelijkheden gebruik maken. Via de beleidsregel Innovatie en via facultatieve prestaties zijn eerder mogelijkheden gecreëerd voor het maken van maatwerkafspraken. Knelpunt is echter dat de gebondenheid aan de door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen het lastig maakt voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om zelfstandig en snel tot deze maatwerkafspraken te komen. Door de gebondenheid aan deze prestatiebeschrijvingen, of door de tijd die het kost om een nieuwe prestatie aan te vragen, kunnen patiënten bijvoorbeeld minder snel van e-health gebruik maken of is het lastiger om een consult van een medisch specialist in een huisartsenpraktijk te realiseren. Hierdoor heeft het creëren van meer ruimte in de bekostiging ook een positief effect voor patiënten en verzekerden. Zij krijgen immers betere zorg en hebben sneller toegang tot nieuwe initiatieven die kwaliteit verhogen. Bovendien wordt met vrije prestaties mogelijk om innovatieve manieren van bekostiging te ontwikkelen. Zo kan bijvoorbeeld bekostiging op basis van patiëntpopulatie plaatsvinden zonder dat hiervoor een actieve rol van de NZa is vereist.

De leden van de SP-fractie constateren dat het voorliggende wetsvoorstel ook de beschikbaarheidsbijdrage raakt, doordat die met de voorgestelde wetswijziging niet meer geheel kostendekkend hoeft te zijn. De leden vragen wat de beweegreden hier achter is en welke effecten de regering hiermee nastreeft. Zij vragen daarbij in te gaan op de verwachte gevolgen in de praktijk voor fusies en schaalvergroting. Ook de leden van de CDA-fractie vragen de regering uitgebreid toe te lichten waarom de beschikbaarheidsbijdrage niet meer volledig kostendekkend hoeft te zijn en spreken de zorg uit dat dit de kern van de beschikbaarheidsbijdrage raakt en dat voorzieningen uiteindelijk toch niet in stand blijven.

Het instrument van de beschikbaarheidsbijdrage heeft als doel een eerlijke kostentoerekening voor kosten van zorg waarvan anders de toeganke-lijkheid in gevaar komt.²⁰ Het gaat hierbij uitsluitend om cruciale zorg en de voorzieningen, werkzaamheden of functies gericht op het leveren van zorg waarvan de kosten niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar of in rekening te brengen zijn aan individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden, of waarbij die toerekening verstorend zou werken, en die niet op andere wijze worden bekostigd. Zo kunnen via een beschikbaarheidsbijdrage alsnog de kosten worden vergoed die de zorgaanbieder noodzake-lijkerwijs moet maken om kwalitatief goede en verantwoorde zorg te kunnen leveren. Dat is nodig op grond van het uitgangspunt dat een

²⁰ Zie Kamerstukken II 2009/10, 32 393, nr. 3.

zorgaanbieder voor de door hem geleverde zorg zoveel inkomsten kan en mag verwerven dat er in redelijkheid een normale exploitatie mogelijk is zodat de kwaliteit van zorg niet in gevaar komt. De doelstelling van de beschikbaarheidsbijdrage blijft met dit wetsvoorstel ongewijzigd. Dit betekent dat een zorgaanbieder of andere instelling in staat moet zijn om zonder fusie of andere schaalvergroting een gesubsidieerde activiteit uit te voeren. Ik deel de vrees van de leden van de SP-fractie, dat de beoogde wetswijziging zou leiden tot extra fusies en schaalvergroting, dan ook niet. De beschikbaarheidsbijdrage waarborgt juist de toegankelijkheid van bepaalde vormen van zorg, zoals een spoedeisende hulp, zonder dat daarvoor een fusie of schaalvergroting noodzakelijk is, ook na inwerking-treding van onderhavig wetsvoorstel.

Met de wijziging ten aanzien van de kostendekkendheid wordt aangesloten bij de bestaande praktijk. De hoogte van de beschikbaarheidsbijdragen voor de verschillende vormen van zorg, worden op dit moment veelal berekend met behulp van kostenonderzoeken door de NZa. Deze worden uitgevoerd om ervoor te zorgen dat de beschikbaarheidsbijdragen redelijkerwijs kostendekkend zijn en niet ondercompenseren of overcompenseren. Voor bepaalde vormen van zorg, zoals de academische zorg en de medische vervolgoopleidingen is een kostenonderzoek door de NZa niet uitgevoerd. Voor deze beschikbaarheidsbijdragen zijn onderzoeken zeer arbeidsintensief en creëren veel administratieve lasten voor zowel de NZa als de subsidieontvangers. Het is bijvoorbeeld vrijwel onmogelijk om te bepalen welke en welk deel van de activiteiten van iemand in opleiding kunnen worden bekostigd uit de reguliere zorgdeclaraties en welke en welk deel van de activiteiten mede onder begeleiding en toezicht plaatsvinden en moeten worden bekostigd uit de beschikbaarheidsbijdrage. De toegevoegde waarde van de kostenonderzoeken is in die gevallen gering, omdat de uitkomsten in die gevallen niet altijd een actueel en accuraat beeld van de bekostiging geven. In de huidige praktijk wordt daarom in overleg met de sector gewerkt met normbedragen, waarbij het aannemelijk is dat er geen sprake is van ondercompensatie (en de dienst gewoon te exploiteren is) en vaststaat dat er geen overcompensatie plaatsvindt.²¹ Aannemelijk wil zeggen dat ondercompensatie niet geheel is uitgesloten. De huidige wettekst dwingt evenwel zoals gezegd tot het uitvoeren van deze tijdsintensieve en administratief belastende onderzoeken. Om beter aan te sluiten bij de huidige praktijk wordt met dit wetsvoorstel de mogelijkheid van een niet kostendekkende vergoeding geïntroduceerd. Deze wijziging laat onverlet dat indien dat beleidsmatig gewenst en uitvoerbaar is, gekozen kan worden voor een kostendekkende vergoeding. Ik hoop dat ik met bovenstaande toelichting de zorgen van de leden van de fractie van het CDA dat de kern van de beschikbaarheidsbijdrage wordt geraakt door dit wetsvoorstel en dat voorzieningen uiteindelijk niet in stand zouden blijven heb kunnen wegnemen.

De leden van de CDA-fractie vragen of meer marktwerking momenteel wenselijk is? De leden van de CDA-fractie vragen bij welke vormen van zorg de regering de tarief- en prestatieregulering in stand houdt en welke vormen van zorg zij direct onder de vrije tarieven en prestaties gaat brengen. Kan de regering aangeven in welke richting zij denkt?

Zoals eerder aangegeven wordt met dit wetsvoorstel niet meer of minder marktwerking geïntroduceerd. Dit wetsvoorstel bevat de instrumenten om zowel tarief- en/of prestatieregulering in een sector door de overheid vast te laten stellen, als de mogelijkheden om dit aan de zorgpartijen zelf te laten. In het voorgestelde artikel 50 van de Wmg wordt geregeld dat prestatiebeschrijvingen vrij zijn, tenzij uit de ministeriële regeling blijkt dat een zorgvorm is gereguleerd. De verdere omslag naar vrije tarieven en/of

²¹ Zie bijvoorbeeld Kamerstukken II 2012/13, 29 282, nr. 178 en Scr. 2013, 30705.

vrije prestatiebeschrijvingen wordt stapsgewijs verkend, waar nodig via experimenten die ook worden vastgelegd bij ministeriële regeling. Deze ministeriële regelingen worden voorgehangen bij het parlement. Onderdeel van de stapsgewijze verkenning is toetsing of de criteria om te reguleren al dan niet aanwezig zijn. De criteria wanneer gereguleerd moet worden, zijn in de wet expliciet vastgelegd (artikel 50, vierde lid).

Parallel aan de voorgestelde wetswijziging is de Minister van VWS voornemens enkele experimenten te starten om partijen meer ruimte te bieden in de bekostiging. Mede op basis van de ervaringen die in deze experimenten worden opgedaan, zal verder worden gekeken waar meer ruimte in de bekostiging wenselijk is. Om de experimenten te realiseren, heeft de Minister van VWS de NZa gevraagd een uitvoeringstoets te doen voor mogelijke experimenten met vrije prestaties. De Minister van VWS heeft de NZa gevraagd in deze toets in te gaan op welke vormen van zorg zich lenen voor een dergelijk experiment en hierbij in te gaan op sectoren waarbij 1) de extramurale zorglevering al is gedereguleerd, maar waarbij de intramurale zorglevering nog wel wordt gereguleerd, 2) waar de NZa al een facultatieve prestatie heeft vastgesteld, 3) waar in de evaluatie van de Wmg is gebleken dat in beperkte mate gebruik wordt gemaakt van de door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen, 4) opties voor een regionaal experiment met vrije prestaties in een bepaalde sector, met uitzondering van een sector waar de afgelopen vijf jaar een experiment is gestart. Draagvlak in de sector moet hierin expliciet worden meegenomen. De NZa heeft op 13 oktober 2016 deze uitvoeringstoets uitgebracht. De Minister van VWS heeft in de beleidsreactie²² op deze uitvoeringstoets aangegeven dat dit advies het voornemen om de afweging waar een experiment meerwaarde kan bieden per sector te beoordelen en dat geleidelijkheid en zorgvuldigheid de weg zijn om hier te volgen, ondersteunt. De Minister van VWS heeft verder aangegeven dat het ook van belang is dat patiënten enthousiast zijn voor het creëren van meer ruimte in de bekostiging. Gegeven de resultaten van de uitvoeringstoets zal de Minister van VWS in ieder geval geen experiment starten in die sectoren waar de NZa nu al een facultatieve prestatie heeft vastgesteld. De andere sectoren worden de komende periode nader verkend. Ook zal de komende periode de toegevoegde waarde van een schot-tenoverstijgende experiment nader worden onderzocht. In het voorjaar van 2017 zal de Minister van VWS de uitkomsten van deze verkenning aan uw Kamer doen toekomen.

De leden van de CDA-fractie vragen tevens of deze wetswijziging zorgverzekeraars en aanbieders stimuleert om meer kwalitatief goede zorg te bieden?

Met de voorgestelde wetswijziging kan 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. Zo kunnen patiënten eerder van deze mogelijkheden gebruik maken. Via de beleidsregel Innovatie en via facultatieve prestaties²³ zijn eerder mogelijkheden gecreëerd voor het maken van maatwerkafspraken. Knelpunt is echter dat de gebondenheid aan de door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen het lastig voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders maakt om zelfstandig en snel tot deze maatwerkafspraken te komen. Door de gebondenheid aan deze prestatiebeschrijvingen, of door de tijd die het

²² Kamerstukken II 2016/17, 31 765, nr. 243

²³ Zie voor verdere informatie: <https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/innovatie/> en <https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/innovatie/veelgestelde-vragen/facultatieve-prestatie/>

kost om een nieuwe prestatie aan te vragen, kunnen patiënten bijvoorbeeld minder snel van e-health gebruik maken.

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering drie voorbeelden kan noemen waar innovatie gehinderd werd door de omschrijving van de NZa?

Er zijn verschillende voorbeelden van situaties waarin het dwingende stelsel van regulering innovaties afremt. Te denken valt aan de casussen van het consult van medisch specialisten in de huisartsenpraktijk zonder dat er een DBC wordt geopend, als nieuwe korte interventie. Ook initiatieven in de e-health zijn op prestatiebeschrijvingen vastgelopen. De aanlooptijd van beide initiatieven duurde lang vanwege het ontbreken van prestatiebeschrijvingen. Indien er vrije prestaties binnen een sector gelden, zijn zorgaanbieders en zorgverzekeraars, mits zij voldoen aan bepaalde waarborgen, vrij om af te spreken hoe zij de zorg leveren en hoe deze gedeclareerd wordt. Dit brengt met zich mee dat de keuze voor wat de beste manier van bekostigen is in een bepaalde situatie, wordt gelegd bij partijen die dit het best kunnen inschatten. Betrokken partijen zijn als geen ander in staat om op basis van maatwerkafspraken de beste zorg te leveren.

Daarnaast vormen ook de initiatieven onder de beleidsregel innovatie van de NZa goede voorbeelden van hoe regulering innovatie kan hinderen, bijvoorbeeld voor ketenzorg. Immers, in het geval de maatregelen die beogen meer ruimte in de bekostiging te creëren, worden ingevoerd, zou het voor al deze initiatieven niet meer nodig zijn om überhaupt langs de NZa te gaan. Dit zorgt ervoor dat innovaties en nieuwe initiatieven direct kunnen worden ingezet en hun meerwaarde kunnen bewijzen en niet eerst het loket van de NZa hoeven te passeren.

De leden van de CDA-fractie vragen of tarief- en prestatieregulering niet tot meer zekerheid kan leiden, dat het duidelijkheid schept en ook overzichtelijker in de financiële verantwoording is?

Prestatieregulering brengt meer evenwicht in de informatieasymmetrie tussen zorgaanbieder, zorgverzekeraar en patiënten/cliënten en creëert een gemeenschappelijke taal binnen de zorg. Uit de evaluatie van de Wmg en de NZa door AEF, is echter gebleken 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 contractering. AEF geeft aan dat prestaties in sommige deelsectoren amper gebruikt worden bij de zorginkoop, waarmee de toegevoegde waarde van de huidige inrichting van prestatieregulering binnen die delen van het zorgstelsel blijkbaar gering is. Dus alhoewel prestaties zijn bedoeld voor de zaken waar de leden van de CDA-fractie aan refereren, toont onderzoek aan dat dit niet meer in alle sectoren het geval is. Het principe waarvoor regulering is bedoeld, is daarmee niet meer in alle sectoren aanwezig.

De leden van de CDA-fractie vragen in hoeverre het loslaten van tarieven en prestaties een oplossing gaat bieden voor de klacht van zorgaanbieders dat zorgverzekeraars helemaal geen tijd en capaciteit hebben om over een contract te onderhandelen?

Dit wetsvoorstel richt zich niet op een verandering van het contracteerproces tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Die processen moeten goed verlopen, ongeacht de vorm van regulering. De Minister van VWS heeft diverse initiatieven genomen om dit proces verder te verbeteren. Zo zijn voor de medisch specialistische zorg afspraken met partijen gemaakt om te komen tot een versnelling en verbetering van het contracteer-

proces. Uw Kamer is hierover geïnformeerd met brief van 31 maart 2016 (Tweede Kamer, 29 689/29 248, nr. 695). Ook hebben naar aanleiding van het traject «Het roer gaat om», huisartsen- en eerstelijnsorganisaties samen met verzekeraars gewerkt aan wederzijds vertrouwen en een gelijkwaardig contracteringsproces. Dit proces is nog niet afgerond. Naast de voorwaarden die de NZa stelt aan de contractering met de «Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw», wordt «het goede gesprek» gefaciliteerd door de Good Contracting Practices. Indien partijen er in hun contracteringsproces niet uitkomen staat hen bovendien de toegang tot een laagdrempelige Geschillencommissie open.

De leden van de CDA-fractie vragen of de mogelijkheid van een terugvalprestatie niet juist tot een onoverzichtelijk geheel van tarieven en prestaties leidt?

De regering is van mening dat met de voorgestelde maatregelen om meer ruimte in de bekostiging te creëren, het stelsel duidelijker wordt dan het op dit moment is. Immers, er kan in de toekomst slechts sprake zijn van twee situaties. Of er is sprake van een overeenkomst tussen ziektekostenverzekeraar/consument en zorgaanbieder en worden de onderling afgesproken prestaties gebruikt, of er wordt gebruikt gemaakt van de door de NZa vastgestelde terugvalprestaties (indien voor die sector terugvalprestaties zijn vastgesteld). Situaties zoals nu, waarbij binnen een sector tegelijkertijd sprake kan zijn van een facultatieve prestatie, prestatie op grond van de beleidsregel innovatie en deelname aan een experiment in de zin van de Wmg, zullen in gedereguleerde sectoren daarmee niet meer voorkomen.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de verzekerde van tevoren zich op de hoogte kan stellen van de kosten van de behandeling en ook kan nagaan dat dit een marktconform tarief is dat betaald moet worden.

Zorgaanbieders zijn verplicht tijdig voorlichting te geven over tarieven wanneer deze rechtstreeks met de consument wordt verrekend en/of wanneer de consument daarom vraagt. Verder kan een verzekerde om informatie vragen bij de ziektekostenverzekeraar over de financiële gevolgen van zijn (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling of dienst bij een specifieke zorgaanbieder. De zorgverzekeraar dient de verzekerde dan alle informatie, die nodig is om de financiële gevolgen van zijn keuze te kunnen overzien, te verstrekken. Ook kan de verzekerde op diverse vergelijkingsites de prijs en kwaliteit vergelijken van verschillende zorgaanbieders. Dit wetsvoorstel wijzigt deze verplichting en mogelijkheden om zorgaanbieders te vergelijken niet.

De leden van de CDA-fractie vragen of wordt voorkomen dat er te hoge tarieven voor niet gecontracteerde zorg worden gevraagd?

Dit wetsvoorstel bevat geen wijzigingen in de tariefregulering die geldt voor bepaalde vormen van zorg. Indien deze gewijzigd wordt, wordt dit bekend gemaakt in de ministeriële regelingen die voorgehangen worden bij het parlement.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten waarop de verwachting is gebaseerd dat het aantal wijzigingen van de reguleringskaders naar verwachting relatief groot zal zijn. Om hoeveel wijzigingen gaat het naar verwachting? Is een indicatie te geven hoeveel voorhangprocedures de Kamer uit hoofde van dit wetsvoorstel tegemoet zal zien?

De huidige beleidsregels van de NZa zullen na deze wetswijziging voor een groot deel worden omgezet naar ministeriële regelingen van VWS. De hoeveelheid beleidswijzigingen is onder meer afhankelijk van het aantal beleidsmatige wensen. Om zicht te krijgen op het aantal en de spoed van de wijzigingen is in oktober 2015 een inventarisatie van de op dat moment geldende beleidsregels van de NZa uitgevoerd. Uit deze inventarisatie is gebleken dat op dat moment 115 NZa-beleidsregels golden, waarvan 79 beleidsregels voor de curatieve zorg en 36 beleidsregels voor de langdurige zorg. 18 van deze beleidsregels zijn in de loop van 2015 in werking getreden. Daarnaast hadden 33 beleidsregels, waarvan 17 beleidsregels voor de curatieve zorg en 16 beleidsregels voor de langdurige zorg, een looptijd van één jaar. De regering tekent hierbij aan dat bij de omzetting van beleidsregels naar ministeriële regelgeving nog zal worden bezien of samenvoeging of vereenvoudiging een optie is, zodat waar mogelijk administratieve lasten kunnen worden beperkt.

De leden van de CDA-fractie vragen welke tarieven en prestaties gelden als de verzekerde geen afspraken met de aanbieder heeft gemaakt?

De situatie die leden van de CDA-fractie beschrijven, zou zich aandoen indien er binnen een bepaalde vorm van zorg vrije prestaties gelden en een zorgaanbieder geen afspraken heeft gemaakt met een zorgverzekeraar/consument over de te declareren prestaties. In dat geval kan de zorgaanbieder voor zijn declaratie gebruik maken van de terugvalprestaties van de NZa, indien deze in de ministeriële regeling voor die sector zijn aangewezen. De zorgaanbieder brengt dan bij patiënt/cliënt een terugvalprestatie met bijhorend tarief in rekening.

De Minister van VWS heeft de NZa gevraagd in een uitvoeringstoets voor mogelijke experimenten met vrije prestaties in te gaan op de vraag of extra voorwaarden noodzakelijk zijn voor het invoeren van vrije prestaties tussen zorgaanbieder en patiënt. Dit voor natura- en voor restitutiepoulsen. Deze uitvoeringstoets heeft de NZa op 13 oktober opgeleverd. De Minister van VWS heeft in de beleidsreactie²⁴ op deze uitvoeringstoets aangegeven dat dit advies het voornemen om de afweging waar een experiment meerwaarde kan bieden per sector te beoordelen en dat geleidelijkheid en zorgvuldigheid de weg zijn om hier te volgen, ondersteunt. De Minister van VWS heeft verder aangegeven dat het ook van belang is dat patiënten enthousiast zijn voor het creëren van meer ruimte in de bekostiging. Gegeven de resultaten van de uitvoeringstoets zal de Minister van VWS in ieder geval geen experiment starten in die sectoren waar de NZa nu al een facultatieve prestatie heeft vastgesteld. De andere sectoren worden de komende periode nader verkend. Ook zal de komende periode de toegevoegde waarde van een schottenoverstijgende experiment nader worden onderzocht. In het voorjaar van 2017 zal de Minister van VWS de uitkomsten van deze verkenning aan uw Kamer doen toekomen.

De leden van de CDA-fractie vragen wat er gebeurt als de verzekerde een te hoge prijs voor de zorg moet betalen. Gaat in een dergelijk geval de zorgverzekeraar het volledige bedrag vergoeden of heeft de zorgverzekeraar de mogelijkheid om alleen het bedrag te vergoeden dat marktconform is?

In de geschetste situatie door de leden van de CDA-fractie moet een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen tarieven in de zin van de Wmg en de vergoeding die een verzekerde ontvangt op basis van zijn zorgverzekering. De Wmg ziet op de prestaties en tarieven die een

²⁴ Kamerstukken II 2016/17, 31 765, nr. 243

zorgaanbieder mag declareren nadat deze de zorg heeft geleverd. Vervolgens krijgt een verzekerde dit bedrag, voor zover het verzekerde zorg betreft, vergoed van zijn zorgverzekering. Afhankelijk van de polis van de verzekerde, welke zorg het betreft en de zorgaanbieder waar hij zijn zorg ontvangt, is dit bedrag een volledige vergoeding of een gedeeltelijke vergoeding. Dit neemt echter niet weg dat het tarief dat een zorgaanbieder in rekening brengt, volledig betaald moet worden. De regels ten aanzien van wat een redelijke vergoeding is, zijn opgenomen in de Zvw. Het onderhavige wetsvoorstel ziet op prestatie- en tariefregulering en wijzigt niets aan de regels ten aanzien van wat een redelijke vergoeding is uit hoofde van de zorgverzekering.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe bepaald kan worden of bepaalde innovatieve zorg wel of niet in het basispakket behoort?

De Wmg, en daarmee ook het onderhavige wetsvoorstel, ziet niet op de vraag of zorg wel of niet tot het verzekerd pakket behoort. Dit wordt immers bepaald in de Zvw. Deze situatie wijzigt niet wanneer er meer ruimte in de prestatie wordt gecreëerd. Wanneer er onduidelijkheid bestaat of zorg tot het basispakket behoort kan, net zoals in de huidige situatie, het Zorginstituut om advies worden gevraagd.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe een goede inschatting kan worden gemaakt, dat een juiste prijs voor innovatieve vormen van zorg wordt betaald.

Dit wetsvoorstel bevat hierin geen wijzigingen ten opzichte van het huidige beleid. Overigens bleek eerder dat zorgverzekeraars het begrip «marktconform tarief» verschillend invullen en daarbij verschillende methoden gebruiken om te berekenen of zij een «niet-marktconform tarief» excessief vinden en daarom niet tot volledige vergoeding overgaan. Om voor verzekerden meer transparantie te bieden over het begrip «marktconform tarief» – en daarmee onverwachte bijbetalingen te voorkomen – heeft de Minister van VWS de NZa gevraagd of en hoe de NZa nadere duiding kan geven aan dit begrip. De NZa heeft aangegeven te onderzoeken of dit voor verzekerden voldoende duidelijk is, of dat het nodig is om de transparantieregels op dit punt aan te scherpen of de genoemde begrippen voor restitutiepolissen nader in te vullen.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de vermindering van de regeldruk door het loslaten van het «verbodsstelsel» zich verhoudt tot het introduceren van «nieuwe geboden» en wat dit in de praktijk precies zal betekenen voor de NZa.

De regering is van mening dat het introduceren van «nieuwe geboden» of vereisten in sectoren waar meer ruimte in de bekostiging is gecreëerd, niet moet leiden tot een situatie waarin de administratieve lasten toenemen. Daarom is de regering van mening dat dergelijke maatregelen moeten aansluiten bij de registraties die een zorgaanbieder al uitvoert in het kader van de zorgverlening. Zo wordt ervoor gezorgd dat het creëren van geboden, bijvoorbeeld om veiligheid en transparantie te waarborgen, niet een extra belasting vormt voor zorgaanbieders.

Bij het vrijlaten van prestatie- of tariefregulering, blijft op grond van de Wmg toezicht door de NZa op de Wmg van kracht. Wel betekent de overgang van een verbods- naar een gebodsstel een verschuiving voor de focus van de NZa. Waar minder (of geen) prestatiebeschrijvingen en tariefbesluiten worden vastgesteld, is goed toezicht op administratie-, declaratie-, informatie- en transparantieverplichtingen nodig. Dit om ervoor te zorgen dat de informatievoorziening en transparantie voor

consumenten, ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders op orde blijft. Vanwege het wegvallen van prestatieregulering voor bepaalde vormen van zorg hoort bij een gebodsstelsel ook een grotere inzet op markttoezicht, om zo het evenwicht op de zorgmarkten te bewaken.

De leden van de CDA-fractie vragen wat het concreet inhoudt dat op pagina 11 van de memorie van toelichting staat in dit kader dat de NZa bestuursrechtelijk kan handhaven als geboden niet worden nagekomen en in hoeverre voor de NZa de toekomstige situatie, het controleren en handhaven van de mate waarin verzekeraars en zorgaanbieders zich aan geboden houden, eenvoudiger is dan het handhaven van de verbodsbepalingen.

Voor de Wmg gaat het om vereisten die voortvloeien uit de wet, ministeriële regelingen of nadere regels vastgesteld door de NZa. Daarbij kan concreet gedacht worden aan bijvoorbeeld vereisten ten aanzien van de transparantie, administratie en registratie. De NZa kan hierop handhavend optreden met bestuurlijke maatregelen zoals het opleggen van een aanwijzing. De NZa geeft aan ook nu geboden te stellen en dit goed te kunnen handhaven (bijvoorbeeld of iets al dan niet op de nota gespecificeerd is) en dat handhaving op verboden (bijvoorbeeld of iets nu wel of niet onder een vastgestelde prestatiebeschrijving of tarief valt) zeker niet altijd eenvoudiger is.

De leden van de CDA-fractie vragen of de NZa bij de omslag van een verbodsstelsel naar een gebodsstelsel ook meer of andere bevoegdheden krijgt om te handhaven?

De handhavingsbevoegdheden van de NZa blijven gelijk.

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering alle publieke randvoorwaarden langs dit wetsvoorstel wil leggen en toe wil lichten in hoeverre dit wetsvoorstel helpt de publieke randvoorwaarden te garanderen en in hoeverre niet?

Het afgelopen decennium is in de zorg een omslag gemaakt van een centraal aanbodgestuurd zorgstelsel naar een vraaggestuurd stelsel. Een stelsel waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden gestimuleerd om kwalitatief goede zorg te leveren en in te kopen, die zo veel mogelijk beantwoordt aan de behoefte van de patiënt of cliënt. De overheid schept hierbij de randvoorwaarden, waarbij de publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg centraal blijven staan. Zoals aangegeven in het wetsvoorstel maken tarief- en prestatieregulering hier deel van uit. Of, en zo ja in welke mate, tarief- en prestatieregulering door de overheid bijdraagt aan deze publieke belangen, verschilt per vorm van zorg. Zo kan voor de ene vorm van zorg een gedetailleerde prestatieregulering geboden zijn, terwijl voor een andere vorm van zorg meer ruimte voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars kan bestaan om hierover zelf afspraken te maken.

In het kader van het borgen van deze publieke belangen zijn onder andere de criteria wanneer gereguleerd moet worden expliciet in de wet vastgelegd. In het voorgestelde artikel 50, vierde lid, Wmg staat aangegeven dat prestatieregulering aangewezen is indien dat vanwege de toegang tot en het gedrag van zorgaanbieders op de zorgverleningsmarkt, het gedrag van de ziektekostenverzekeraars en de consumenten op de zorginkoopmarkt en de beperking van negatieve externe effecten geboden is.

Ook kan de Minister van VWS bij de verdere uitwerking, vormgeving en het tijdpad van een dereguleringsbesluit op grond van de wet rekening houden met de invulling van publieke randvoorwaarden (artikel 50, vijfde lid). Daar waar zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf afspraken kunnen maken over prestatiebeschrijvingen, dienen bij deregulering publieke randvoorwaarden te zijn ingevuld als:

- Vergelijkbaarheid voor patiënt (transparantie) en verzekeraar (inkoop) over product, prijs en kwaliteit.
- Opsporing en handhaving door ketenpartners als het Openbaar Ministerie blijft mogelijk in het kader van fraudebestrijding;
- Risicoverevening en eigen risico kunnen worden uitgevoerd.

Getoetst kan worden -met een sectoranalyse, een experiment of beide- of in een sector de publieke randvoorwaarden voldoende zijn ingevuld. Ook deze toetsing op publieke randvoorwaarden draagt hiermee bij aan de borging van de publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten welke eisen gelden om te bepalen of een prestatie geleverd is en of elke zorgverzekeraar zijn eigen eisen kan stellen te aanzien van de constatering of de prestatie is geleverd of niet.

De bepalingen ten aanzien van de formele en materiële controle wijzigen niet en blijven op dezelfde wijze van kracht als in de huidige situatie.

De leden van de CDA-fractie vragen welke eisen gelden voor mensen met een restitutiepolis?

Dit wetsvoorstel ziet op prestatieregulering. Hoe deze zorg vergoed wordt, door middel van een natura- of restitutiepolis, is daarmee geen onderdeel van dit wetsvoorstel. Dit wordt immers geregeld in de Zvw.

De Minister van VWS heeft de NZa gevraagd in een uitvoeringstoets voor mogelijke experimenten met vrije prestaties in te gaan op de vraag of extra voorwaarden noodzakelijk zijn voor het invoeren van vrije prestaties tussen zorgaanbieder en patiënt. Dit voor natura- en voor restitutiepolissen. De NZa heeft op 13 oktober 2016 deze uitvoeringstoets uitgebracht. De Minister van VWS heeft in de beleidsreactie²⁵ op deze uitvoeringstoets aangegeven dat dit advies het voornemen om de afweging waar een experiment meerwaarde kan bieden per sector te beoordelen en dat geleidelijkheid en zorgvuldigheid de weg zijn om hier te volgen, ondersteunt. De Minister van VWS heeft verder aangegeven dat het ook van belang is dat patiënten enthousiast zijn voor het creëren van meer ruimte in de bekostiging. Gegeven de resultaten van de uitvoeringstoets zal de Minister van VWS in ieder geval geen experiment starten in die sectoren waar de NZa nu al een facultatieve prestatie heeft vastgesteld. De andere sectoren worden de komende periode nader verkend. Ook zal de komende periode de toegevoegde waarde van een schottenoverstijgende experiment nader worden onderzocht. In het voorjaar van 2017 zal de Minister van VWS de uitkomsten van deze verkenning aan uw Kamer doen toekomen.

De leden van de CDA-fractie vragen welke opvatting de Algemene Rekenkamer heeft over de vrije tariefs- en prestatieregulering in verband met hun verantwoordelijkheid om toe te zien op de rechtmatige uitvoering van de zorguitgaven.

²⁵ Kamerstukken II 2016/17, 31 765, nr. 243

VWS kent de opvatting van de Algemene Rekenkamer (AR) niet. Overigens heeft de AR geen taak in het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de zorguitgaven. Zoals de NZa hierover in haar uitvoeringstoets ook aangeeft, blijft de plicht tot rechtmatige uitvoering van de Zvw en Wlz liggen bij de zorgverzekeraar respectievelijk de Wlz-uitvoerder. Die verplichting legt hen op om hun overeenkomsten zo vorm te geven dat een correcte verantwoording mogelijk is. De NZa houdt hier toezicht op.

De leden van de CDA-fractie vragen of de ACM, de NZa en het Zorginstituut Nederland een uitvoeringstoets/ uitvoerbaarheidstoets/ handhaafbaarheidstoets hebben gedaan en verzoeken de uitvoeringstoets of andere gedane toetsen met de beantwoording van de vragen uit het verslag aan de Kamer te sturen.

De ACM, NZa en het Zorginstituut Nederland hebben allen een uitvoerings- en handhavingstoets uitgebracht (zie bijlage) In de paragrafen 7.1 tot en met 7.3 van het algemeen deel van de memorie van toelichting is ingegaan op de toetsen van de toezichthouders en het Zorginstituut Nederland en is een inhoudelijke reactie gegeven.

De leden van de CDA-fractie willen weten hoe het gedifferentieerde karakter van de macrobeheersheffing eruit ziet en of dit met een praktijkvoorbeeld kan worden toegelicht.

In het voorgestelde nieuwe artikel 56c is de macrobeheersheffing opgenomen. Deze vervangt de huidige regeling van het macrobeheersinstrument zoals dat in de huidige Wmg in een samenstel van artikelen is opgenomen. Materieel wijzigt er niets aan het instrument. Naast een generieke toepassing is onder de huidige Wmg ook een gedifferentieerde toepassing mogelijk, met het oog op de kostenontwikkeling, de betaalbaarheid in de zorg. Er kan niet met een ander doel – zoals het stimuleren van kwaliteit – een onderscheid worden aangebracht in de heffingsgrondslag voor zorgaanbieders.

Als voorbeeld voor een te maken onderscheid is vaak genoemd het wel of niet hebben van een contract met een zorgverzekeraar. Dat is onderzocht in het »Advies commissie Baarsma« van 5 juni 2012 over het macrobeheersinstrument²⁶ en »Advies Triple A« van 20 december 2013²⁷.

Op hoofdlijnen is bij het onderzochte model de gedachte dat als een zorgaanbieder een contract met omzetbegrenzing afsluit met een verzekeraar (waarvan vooraf door de NZa is vastgesteld dat het totaal van de afgesloten contracten binnen het macrobudgettaire kader past) deze zorgaanbieder voor dat omzetbedrag van overheidswege wordt gevrijwaard van een heffing in het geval dat het macrobudgettaire kader onverhoopt toch wordt overschreden. Door een omzetcontract af te sluiten, kunnen zorgaanbieders binnen dit model vooraf zekerheid krijgen dat zij achteraf geen heffing opgelegd krijgen. Verzekeraars worden in dit model gesterkt in hun sturende rol²⁸.

Deze onderzoeken hebben niet geleid tot invoering van een gedifferentieerd macrobeheersinstrument in de praktijk.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe het rapport van Triple A over de gedifferentieerd macrobeheersheffing zich verhoudt tot de huidige opvatting in onderhavig wetsvoorstel.

²⁶ Kamerstukken II 2012/13, 29 248, nr. 256, bijlage.

²⁷ Kamerstukken II 2013/14, 32 620, nr. 114, bijlage.

²⁸ Kamerstukken II 2013/14, 32 620, nr. 114.

Dit wetsvoorstel vervangt de huidige regeling van het macrobeheersinstrument zoals dat in de huidige Wmg in een samenstel van artikelen is opgenomen. Materieel wijzigt er niets aan het instrument. Zoals in de brief van 24 maart 2014²⁹ is vermeld, zijn de uitkomsten van het onderzoek van Triple A besproken in bestuurlijke overleggen met de geestelijke gezondheidszorg en de medisch-specialistische zorg. De meeste partijen die de hoofdlijnenakkoorden (medisch-specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg) hebben ondertekend, waren, gelet op de uitkomsten van het onderzoek van Triple A, van mening dat er per 2015 geen gedifferentieerd mbi zoals dat hiervoor is beschreven en door Triple A is onderzocht, kon worden ingevoerd. Op dit moment vindt er een onderzoek plaats naar andere varianten van de macrobeheersheffing om contractering van zorg, en daarmee de kwaliteit van zorg, te bevorderen.

De leden van de CDA-fractie vragen wat de betekenis is dat de regering de macrobeheersheffing als een last resort aanduidt.

De betekenis van het zijn van last resort of ultimum remedium van de macrobeheersheffing is dat eerst het parlementair gekozen stelsel van gereguleerde concurrentie de prikkels moet opleveren om binnen de beschikbare financiële middelen te blijven. Zo nodig kan de werking van dat stelsel worden versterkt door hoofdlijnenakkoorden. Als laatste prikkel kan een macrobeheersheffing worden ingezet.

De leden van de CDA-fractie vragen voor welke sectoren een vorm van macrobeheersheffing van kracht zal blijven.

Op dit moment kennen de volgende sectoren een macrobeheersinstrument: medisch specialistische zorg, geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, wijkverpleging, geriatrische revalidatiezorg, huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg en extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten. Per 1 januari 2017 zal er, in verband met de uitvoering van het eerstelijnsverblijf vanuit de Zvw, ook een macrobeheersinstrument voor eerstelijns verblijf gelden.

Voorts vragen de leden van de CDA-fractie welke sectoren worden bedoeld op pagina 11 van de memorie van toelichting waar gesproken wordt over zorgmarkten die in ontwikkeling zijn en waarbij sprake is van een kwetsbare situatie.

De gezondheidszorg moet kwalitatief goed, betaalbaar en toegankelijk zijn. In het voorgestelde artikel 50, vierde lid van de Wmg, worden expliciet de criteria vastgelegd die noodzaken tot regulering. Getoetst worden de toegang tot en het gedrag van de zorgaanbieders op de zorgverleningmarkt, het gedrag van de ziektekostenverzekeraars en de consumenten op de zorginkoopmarkt evenals de negatieve externe effecten. Om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden is er derhalve sprake van regulering in verschillende sectoren door middel van tarief- en prestatieregulering, zijn bestuurlijke akkoorden gesloten en bestaat er de mogelijkheid van de inzet van het macrobeheersinstrument in bijvoorbeeld de medisch-specialistische zorg. Zonder een vorm van regulering of ingrijpen van de overheid zou de toegankelijkheid of betaalbaarheid van deze zorg onder druk kunnen komen te staan. Voor het overgaan tot het vrijgeven van tarieven en het dereguleren van zorgsectoren vindt er daarom ook een afweging plaats aan de hand van marktanalyses.

²⁹ Kamerstukken II 2013/14, 32 620, nr. 114, bijlage.

De leden van de CDA-fractie constateren dat er zal gewerkt worden met normbedragen waarbij vaststaat dat geen overcompensatie plaatsvindt en vragen op basis van welke wettelijke grondslag is gekozen voor een normbedrag?

De wettelijke grondslag die mogelijk maakt dat gebruik kan worden gemaakt van een normbedrag waarbij vaststaat dat er geen sprake is van overcompensatie wordt in dit wetsvoorstel gecreëerd. Op deze manier wordt de bestaande praktijk gecodificeerd. Hierbij zij opgemerkt dat ook als er met normbedragen wordt gerekend, deze normbedragen kunnen voortvloeien uit een periodiek kostenonderzoek van de NZa. In aanvulling hierop verwijs ik nog naar wat ik hiervoor heb opgemerkt over de kostendekkendheid van de beschikbaarheidsbijdrage en het uitgangspunt dat een zorgaanbieder voor de door hem geleverde zorg zoveel inkomsten kan en mag verwerven dat er in redelijkheid een normale exploitatie mogelijk is zodat de kwaliteit van zorg niet in gevaar is.

De leden van de CDA-fractie vragen wat het gevolg is als de zorgaanbieder zelf door middel van een kostenonderzoek aantoont dat de kosten daadwerkelijk hoger zijn?

De beschikbaarheidsbijdragen zijn doorgaans opgebouwd uit normbedragen en werkelijke kosten. De NZa herijkt in beginsel elke drie jaar de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage door middel van een kostenonderzoek die met de sector wordt afgestemd. In de tussenliggende jaren wordt er in beginsel vastgehouden aan de normbedragen uit het meest recente kostenonderzoek. Op basis hiervan kent de NZa beschikbaarheidsbijdragen toe aan individuele zorgaanbieders. Zoals eerder is aangegeven, is ondercompensatie niet geheel uit te sluiten wanneer er wordt gewerkt met normbedragen. Indien de zorgaanbieder van mening is dat het subsidiebedrag – de door de NZa toegekende beschikbaarheidsbijdrage – onvoldoende is voor een redelijke exploitatie kan de zorgaanbieder hiertegen in bezwaar gaan bij de NZa. De NZa zal het kostenonderzoek van de zorgaanbieder meenemen in haar beoordeling van het bezwaar. Een deugdelijk kostenonderzoek van de zorgaanbieder kan worden gebruikt bij de herijking van de hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage door de NZa.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten welke criteria gelden om wel of niet een volledig dekkende beschikbaarheidsbijdrage te krijgen.

De keuze voor het wel of niet volledig kostendekkend zijn van de beschikbaarheidsbijdrage hangt vooral af van de praktische uitvoerbaarheid van de beschikbaarheidsbijdrage. Zoals hiervoor is aangegeven, is een exacte benadering van de kosten niet altijd mogelijk, in een dergelijk geval biedt een normbedrag hiervoor een oplossing. Indien het beleidsmatig gewenst is dat er geen risico op ondercompensatie is, zoals bijvoorbeeld de beschikbaarheid van een spoedeisende hulp in een bepaalde krimpregio, zal niet worden overgestapt op normbedragen waarbij die zekerheid vooraf niet is te geven. Overigens mag er gelet op de Europese staatssteunregels nooit sprake zijn van overcompensatie.

De leden van de CDA-fractie vragen wat de achterliggende reden is om een subsidieplafond in te voeren.

Bij of krachtens ministeriële regeling kan worden voorzien in de vaststelling van een subsidieplafond. Een subsidieplafond is het bedrag dat gedurende een bepaald tijdvak ten hoogste beschikbaar is voor de verstrekking van een bepaalde met name genoemde subsidie (4:22 Awb). In specifieke gevallen kan het wenselijk zijn om een subsidieplafond in te

kunnen stellen. Bijvoorbeeld waanneer de exacte kosten vooraf niet met zekerheid zijn vast te stellen. Hierbij kan worden gedacht aan kosten van de opleidingen voor medisch ondersteunend personeel en gespecialiseerde verpleegkundigen.

De leden van de CDA-fractie vragen ook of de NZa nog de mogelijkheid heeft om nadere voorwaarden aan de verstrekking van een beschikbaarheidsbijdrage te stellen.

De NZa heeft ingevolge het zesde lid van het voorgestelde artikel 56b de bevoegdheid om aan de verlening en de vaststelling van elke beschikbaarheidsbijdrage voorschriften of beperkingen te verbinden. Daarnaast heeft de NZa op grond van titel 4.2.4. van de Awb de mogelijkheid om verplichtingen op te leggen aan zorgaanbieders die een beschikbaarheidsbijdrage ontvangen. De NZa kan ingevolge artikel 4:81 Awb beleidsregels met betrekking tot de uitoefening van haar bevoegdheden op het terrein van de beschikbaarheidsbijdrage vaststellen.

De leden van de D66-fractie vragen aan welke termijn de regering denkt voor de omslag naar vrije tarieven en/of prestaties gemaakt kan worden?

Zoals uw fractie aangeeft, wordt de verdere omslag naar vrije tarieven en/of vrije prestatiebeschrijvingen stapsgewijs verkend. Parallel aan de voorgestelde wetswijziging is de Minister van VWS voornemens enkele experimenten te starten om partijen meer ruimte te bieden in de bekostiging. Mede op basis van de ervaringen die in deze experimenten worden opgedaan, zal verder worden gekeken waar meer ruimte in de bekostiging wenselijk is. Om de experimenten te realiseren, heeft de NZa op verzoek van de Minister van VWS op 13 oktober 2016 een uitvoeringstoets uitgebracht voor mogelijke experimenten met vrije prestaties voor de duur van drie jaar. De Minister van VWS heeft in de beleidsreactie³⁰ op deze uitvoeringstoets aangegeven dat dit advies het voornemen om de afweging waar een experiment meerwaarde kan bieden per sector te beoordelen en dat geleidelijkheid en zorgvuldigheid de weg zijn om hier te volgen, ondersteunt. De Minister van VWS heeft verder aangegeven dat het ook van belang is dat patiënten enthousiast zijn voor het creëren van meer ruimte in de bekostiging. Gegeven de resultaten van de uitvoeringstoets zal de Minister van VWS in ieder geval geen experiment starten in die sectoren waar de NZa nu al een facultatieve prestatie heeft vastgesteld. De andere sectoren worden de komende periode nader verkend. Ook zal de komende periode de toegevoegde waarde van een schot-tenoverstijgende experiment nader worden onderzocht. In het voorjaar van 2017 zal de Minister van VWS de uitkomsten van deze verkenning aan uw Kamer doen toekomen.

Geleidelijkheid, zorgvuldigheid en beginnen waar de meerwaarde het grootst is (bijvoorbeeld omdat bepaalde zorg niet van de grond komt) is de weg die de regering in dit kader wil volgen.

Overigens worden experimenten vastgelegd bij ministeriële regeling (artikel 50, achtste lid, aanhef en onderdeel a). Deze ministeriële regelingen worden voorgehangen bij de het parlement.

De leden van de D66-fractie willen graag een verdiepende uitleg en toelichting op welke manier vooraf beoordeeld zal worden of regulering voor de vorm van zorg nog steeds nodig is en welke zaken er gemeten zijn waarop beoordeeld kan worden of het tarief vrijgegeven kan worden.

³⁰ Kamerstukken II 2016/17, 31 765, nr. 243

Voor het vrijgeven van de prestatie zal worden getoetst aan de in het wetsvoorstel in het nieuwe artikel 50 lid 4 Wmg vastgestelde voorwaarden. Onderzocht wordt of het vrijgeven van de prestatie mogelijk is met het oog op de toegang tot en het gedrag van zorgaanbieders op de zorgverleningsmarkt, het gedrag van de ziektekostenverzekeraars en de consumenten op de zorginkoopmarkt en de beperking van negatieve externe effecten. Getoetst zal worden aan onder andere de volgende voorwaarden: is de transparantie gewaarborgd, is controle mogelijk, toezicht op geleverde zorg mogelijk, is aan de publieke randvoorwaarden voldaan.

Als input voor deze beslissing kan een marktonderzoek van de NZa dienen.

De leden van de D66-fractie vragen een toezegging van de regering dat wijzigingen naar vrije prestaties en tarieven worden voorgehangen bij het parlement.

De regering zal wijzigingen van ministeriële regelingen waarbij een prestatie of een tarief wordt vrijgegeven, voorhangen bij het parlement.

De leden van de D66-fractie vragen op welke wijze gewaarborgd zal worden dat er meer ruimte komt voor innovatieve contracten en experimenten en dat zorginnovaties direct in de praktijk kunnen worden gebracht zonder dat eerst een prestatiebeschrijving moet worden aangevraagd bij de NZa?

Door de voorgestelde wetwijziging wijzigt het systeem van regulering waardoor de huidige verplichting om per definitie prestatiebeschrijvingen te hanteren, komt te vervallen.

Bij de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel wordt via de ministeriële regelingen aangesloten bij de huidige regulering. Een wijziging van de ministeriële regeling, mits aan de eerder genoemde wettelijke voorwaarden is voldaan zoals voorgesteld in artikel 50, vierde lid, Wmg, creëert de mogelijkheden tot het direct in de praktijk brengen van innovaties zonder dat hier eerst een prestatiebeschrijving bij de NZa voor hoeft te worden aangevraagd. Het is uiteraard aan partijen om mogelijkheden ten aanzien van innovatieve manieren van bekostiging, stimuleren van innovatie en eenvoudiger verantwoording te benutten.

4. Markttoezicht

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe er wordt geborgd dat de ACM haar prioriteiten wat betreft haar nieuwe verantwoordelijkheden in het kader van de Wmg-taken en bevoegdheden bij de zorg legt en de capaciteit niet inzet voor andere sectoren waarop zij toezicht houdt.

Ter voorbereiding op de bevoegdheden waarover de ACM als gevolg van de voorgenomen overheveling beschikt, heeft de ACM een Taskforce Zorg opgericht die verantwoordelijk is voor de taken van de ACM op het gebied van de zorg. De ACM stelt voor de jaren 2017–2019 een intern jaarwerkplan op. Met VWS is afgesproken dat de ACM voor die periode in ieder jaar voor dat jaarbudget aangeeft hoe de ACM de ter beschikking gestelde middelen voor de uitvoering van nieuwe taken en de intensivering van het toezicht zal inzetten. Conform afspraken die met VWS zijn gemaakt, zal de uitbreiding van de capaciteit van de ACM worden gebruikt voor het toezicht op de zorg.

De leden van de PvdA-fractie vragen welke mogelijkheden de Minister van VWS heeft om de ACM op haar bevoegdheden op grond van de Wmg te controleren en eventueel aan te spreken.

In het kader van de voorgenomen overheveling van het sectorspecifieke markttoezicht op de zorg naar de ACM zal er een formele relatie ontstaan tussen de Minister van VWS en de ACM, vergelijkbaar met de relatie tussen de ACM en de Ministers van EZ en IenM. Dat zijn allereerst de bevoegdheden die de Kaderwet zbo's aan elke «Minister die het aangaat» toekent jegens de onder hem ressorterende zelfstandig bestuursorganen. Daarnaast voorziet dit wetsvoorstel in een aanpassing van de Instellingswet ACM zodat daarin niet alleen de rol van de Minister van Economische Zaken (in verband met de toezichtstaken van de ACM op het terrein van mededinging, consumentenbescherming, post, telecom en energie), de rol van de Minister van Infrastructuur en Milieu (in verband met de toezichtstaken van de ACM op vervoersgebied), maar ook de rol van de Minister van VWS (in verband met de taken die de ACM op grond van de Wmg verricht), is vastgelegd. De in de Instellingswet ACM geregelde bevoegdheden vullen voor een belangrijk deel de bevoegdheden die de onderscheiden ministers (inclusief de Minister van VWS) op grond van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen hebben, nader in en betreffen deels nieuwe bevoegdheden. Concreet gaat het daarbij om bevoegdheden ten aanzien van het jaarverslag van de ACM, gegevensverstrekking door en aan de ACM, de periodieke evaluatie van het functioneren van de ACM, de bevoegdheid om noodzakelijke voorzieningen te treffen bij taakverwaarlozing door de ACM en de bevoegdheid van de Minister van VWS om beleidsregels vast te stellen met betrekking tot de taakuitoefening van de ACM op grond van de Wmg.

De leden van de PvdA-fractie vragen of er een jaarlijkse prioriteitenagenda voor de zorg binnen de ACM komt en of deze langs de Kamer gaat. Ook vragen deze leden of input vanuit het veld wordt gevraagd en of de afweging die de ACM maakt openbaar wordt.

Er zijn geen voornemens voor het invoeren van een jaarlijkse prioriteitenagenda voor de zorg. De verschillende taken van de ACM worden door de wetgever in wetgeving neergelegd. Het is aan de ACM om de wettelijke taken die aan haar zijn toebedeeld te verrichten. Met het oog op de beleidsverantwoordelijkheid voor de zorg kan de Minister van VWS aandachtspunten meegeven aan de ACM.³¹ Het is aan de ACM om als onafhankelijk toezichthouder, binnen de relevante wettelijke kaders, eigenstandig een oordeel te vormen, prioriteiten te stellen en rekening te houden met de concrete feiten en omstandigheden in individuele gevallen. Het toezicht op de naleving van wettelijke voorschriften prioriteert de ACM aan de hand van drie criteria: hoe groot de schade is voor de consument (patiënt en/of verzekerde), het maatschappelijk belang, en de mogelijkheid om het betreffende probleem effectief op te lossen.³² Zoals is geantwoord op eerdere vragen van de leden van de PvdA-fractie stelt de ACM daarnaast een tweejaarlijkse, openbare «ACM Agenda» op met aandachtsgebieden (voor al haar nalevingstoezicht).³³ Deze wordt ter reactie voorgelegd aan betrokken ministers en mede bepaald aan de hand van openbare consultaties, klachten, signalen en gesprekken met stakeholders. De Minister van VWS heeft de ACM voor de zomer een beleidskader toegezonden waarin de beleidsprioriteiten van VWS kenbaar worden gemaakt. Dit kader is op 7 juli jongstleden naar uw Kamer gezonden.

³¹ Zie Kamerstukken II 2015/16, 29 689, nr. 757.

³² <http://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/15613/Prioritering-van-handhavingsonderzoekendoor-ACM/>

³³ <https://www.acm.nl/nl/organisatie/missie-visie-strategie/onze-agenda/acm-agenda-2016-2017/>.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom onderzoek naar aanmerkelijke marktmacht niet vaker plaatsvond vanuit de NZa en wat behalve de factor «tijd» nog meer belemmeringen waren.

De NZa heeft aangegeven dat zij verschillende onderzoeken naar (mogelijke) aanmerkelijke marktmacht heeft verricht, maar dat in de meeste gevallen geen besluit is genomen waarmee een partij met aanmerkelijke marktmacht een verplichting werd opgelegd. Dit heeft volgens de NZa verschillende mogelijke oorzaken: er was wel sprake van aanmerkelijke marktmacht maar geen reden om verplichtingen op te leggen of de NZa was van mening dat het aanmerkelijke marktmacht instrumentarium in het betreffende geval geen geschikt en efficiënt middel was. Het aanmerkelijke marktmacht instrumentarium geeft de bevoegdheid ingrijpende verplichtingen op te leggen, waarbij de toezichthouder diverse bestuursrechtelijke waarborgen in acht moet nemen en ook beroep bij de rechter open staat. De NZa heeft aangegeven in sommige gevallen problemen te hebben aangepakt door het opstellen van regelingen op grond van haar generieke bevoegdheden op grond van de Wmg of door het probleem niet via formele handhaving te adresseren maar door het organiseren van gesprekken of rondetafelbijeenkomsten en het versturen van brieven om gedrag aan te passen.

De leden van de PvdA-fractie vragen waaruit blijkt dat de ACM vaker onderzoek gaat doen naar aanmerkelijke marktmacht en of het voor de regering een optie is hierin te sturen en vinger aan de pols te houden.

Als gevolg van de voorgenomen overheveling van het sectorspecifieke markttoezicht kan bij de inzet van het aanmerkelijke marktmacht instrumentarium gebruik worden gemaakt van veel relevante kennis en expertise binnen de ACM. De ACM ziet namelijk ook toe op de naleving van het verbod op misbruik van een economische machtspositie uit de Mw, dat qua inzet, doelen en benodigde kennis in het verlengde ligt van het aanmerkelijke marktmacht instrumentarium. Ook beschikt de ACM over het aanmerkelijke marktmacht instrumentarium voor andere sectoren (telecom en post). De bundeling van instrumenten, kennis en expertise bij de ACM kan de effectiviteit van het toezicht vergroten. Daarnaast wordt voorgesteld de expliciete verplichting tot het afbakenen van de markt volgens de beginselen van het algemeen mededingingsrecht te schrappen zodat ACM ook nieuwe methoden om aanmerkelijke marktmacht vast te stellen kan hanteren en mogelijk effectiever kan ingrijpen. Het is aan de ACM om als onafhankelijk toezichthouder te bepalen of onderzoek naar aanmerkelijke marktmacht noodzakelijk is en of verplichtingen worden opgelegd. Zoals in de brief aan de Tweede Kamer van 7 juli 2016 inzake het beleidskader van de ACM voor de zorg is toegelicht, is de ACM gevraagd om een duiding te publiceren over de wijze waarop de ACM het aanmerkelijke marktmacht instrumentarium na de voorgenomen overheveling in de praktijk zal gaan inzetten en daarbij ook in te gaan op ervaringen die tot nu toe met het instrumentarium zijn opgedaan.³⁴ De Minister van VWS heeft, indien daartoe aanleiding zou bestaan, als gevolg van de voorgenomen overheveling op basis van de Kaderwet zbo's de bevoegdheid om beleidsregels vast te stellen met betrekking tot de taakuitoefening door de ACM op grond van de Wmg.

De leden van de PvdA-fractie vragen wanneer de zorgspecifieke fusietoets die op inhoud toetst gereed is en wie de regie hierin heeft.

³⁴ Kamerstukken II 2015/2016, 29 689, nr. 757.

De zorgspecifieke fusietoets bestaat op dit moment uit een inhoudelijke toets, namelijk op de continuïteit van cruciale zorg, en een procedurele toets, namelijk op de voorbereiding van de concentratie en op de zorgvuldige betrokkenheid van cliënten, medewerkers en andere betrokken partijen. Dit wetsvoorstel voorziet in de mogelijkheid voor de wetgever om bij ministeriële regeling nadere inhoudelijke eisen te stellen waarop in het kader van de zorgspecifieke fusietoets wordt getoetst. Zoals in paragraaf 4.3.2 van de memorie van toelichting is aangegeven, is er op dit moment geen concreet voornemen om van deze mogelijkheid gebruik te maken maar daar kan aanleiding toe zijn indien publieke belangen zoals de toegankelijkheid van zorg in het gedrang dreigen te komen. Daarbij dient in acht te worden genomen dat nadere inhoudelijke eisen uitvoerbaar en handhaafbaar moeten zijn. Zo heeft de Afdeling advisering van de Raad van State er eerder, in het kader van de introductie van de zorgspecifieke fusietoets, op gewezen dat een toetsing van de kwaliteit van toekomstige zorg binnen een voorgenomen concentratie [...] feitelijk niet zinvol kan plaatsvinden bij gebrek aan beoordelingscriteria.³⁵ Ook de ACM heeft in haar uitvoerbaarheids- en handhaafbaarheidstoets benadrukt dat een eventuele nadere eis in het kader van de zorgspecifieke fusietoets voldoende concreet en duidelijk dient te worden geformuleerd wil de toets uitvoerbaar zijn.

De leden van de PvdA-fractie vragen of en waarom er voor de zorg wel of geen meld- en klachtenpunt wordt ingericht bij de ACM en of er voor de zorgconsument één loket ingericht kan worden met een samenwerking tussen ACM en het consumentenmeldpunt bij NZa en IGZ.

De ACM beschikt al over een informatieloket waar zorg een onderdeel van is. Dit betreft ConsuWijzer. Mensen kunnen bellen of mailen met ConsuWijzer of informatie opzoeken op de website, bijvoorbeeld voor praktische adviezen en hulpmiddelen zoals een gesprekswijzer en voorbeeldbrieven.³⁶ Op de website is ook over de zorg informatie te vinden, die zal worden uitgebreid bij de voorgenomen overheveling naar de ACM van het sectorspecifieke markttoezicht op de zorg. De ACM heeft ten behoeve van onder meer een effectieve samenwerking en informatie-uitwisseling met de NZa en IGZ samenwerkingsprotocollen afgesproken.³⁷ Ten behoeve van de nieuwe taakverdeling zullen tussen de ACM, de NZa en de IGZ aanvullende afspraken worden gemaakt ten aanzien van het uitwisselen van gegevens en samenwerking.

De leden van de SP-fractie vragen hoe wordt voorkomen dat de zorg uitsluitend als een markt wordt gezien door de ACM en dat de invloed van belanghebbenden, zoals personeel en patiënten- en cliëntenraden, blijft gegarandeerd.

De ACM is verplicht om de wettelijke taken die aan haar zijn toebedeeld te verrichten. Ook is het voor de ACM een gegeven in hoeverre ruimte door de wetgever is geboden voor partijen om zich te onderscheiden en er daardoor voor patiënten en verzekerden iets te kiezen valt tussen zorgaanbieders. Het is aan de ACM om via haar mededingingstoezicht de keuzemogelijkheden van patiënten en verzekerden te beschermen. De ACM heeft niet de bevoegdheid de ruimte voor partijen om zich van elkaar te onderscheiden te vergroten; dat is aan de wetgever. Als gevolg van de voorgenomen overheveling van het sectorspecifieke markttoezicht op de zorg wordt de ACM ook verantwoordelijk voor de zorgspecifieke fusietoets. Daarbij worden voorgenomen fusie getoetst op de continuïteit van

³⁵ Kamerstukken II 2011/2012, 33 253, nr. 4, p. 11.

³⁶ <https://www.consuwijzer.nl>.

³⁷ Stcrt. 2015, 583 en Stcrt. 2016, 33590.

cruciale zorg, de voorbereiding op de concentratie en de zorgvuldige betrokkenheid van cliënten, medewerkers en andere stakeholders. Daartoe dienen zorgaanbieders die willen fuseren door middel van een effectrapportage inzicht te bieden in het oordeel en de aanbevelingen van cliënten, personeel en andere betrokkenen over het voornemen tot concentratie en de wijze waarop zij dit kenbaar hebben kunnen maken, alsmede een onderbouwing voor de wijze waarop het oordeel of de aanbevelingen zijn meegewogen bij het voornemen tot concentratie. De ACM heeft aangegeven een beroep op kwaliteitsvoordelen van fusies kritisch te zullen beoordelen op de onderbouwing daarvan en op de gevolgen voor de patiënt. Uit onderzoek³⁸ is namelijk gebleken dat fusies tussen ziekenhuizen in het verleden niet aantoonbaar tot betere kwaliteit hebben geleid. Ook in het kader van het aanmerkelijke marktmacht instrumentarium dient de ACM op grond van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) alle betrokken belangen te wegen bij de voorbereiding van een besluit.

De leden van de SP-fractie vragen waar de twee nieuwe drempelbedragen van 7 miljoen, respectievelijk vijfhonderdduizend euro op gebaseerd zijn en of hierdoor meer of minder fusies onder de toets vallen ten opzichte van voorgaande jaren.

De huidige drempel die bepaalt dat een zorgaanbieder onder reikwijdte van de toets valt indien hij door 50 personen of meer zorg doet verlenen, leidde tot onduidelijkheden en daardoor veel discussie. Om deze onduidelijkheid weg te nemen, is besloten om omzetcategorieën te introduceren en daarbij als uitgangspunt te hanteren de feitelijke reikwijdte van de zorgspecifieke fusietoets niet substantieel te wijzigen. De voorgestelde drempels zijn mede tot stand gekomen op basis van een analyse door de NZa van beschikbare data over de omzet per medewerker van een zorgaanbieder. De drempel van € 7 miljoen is afgeleid van de gemiddelde omzet van een zorgaanbieder die 50 personen in dienst heeft. Deze omzetcategorie is hiermee een vertaling van de huidige drempel. Daarnaast wordt voorgesteld om een tweede drempelbedrag vast te stellen. Als een andere betrokken partij niet ten minste een omzet heeft behaald van een half miljoen euro, hoeft de concentratie niet gemeld te worden. Daarmee wordt beoogd de zeer kleine fusies en overnames waarvan geen substantieel effect op de zorg wordt verwacht, bijvoorbeeld de overname van een eenmanspraktijk, van het zorgspecifiek concentratietoezicht uit te zonderen. Deze wijziging draagt bij aan het beperken van de regeldruk.

De leden van de SP-fractie vragen de regering welke extra of andere bevoegdheden de NZa krijgt bij de omslag van een verbodstelsel naar een gebiedstelsel. Kan de regering de Kamer hiervan een overzicht doen toekomen?

De NZa krijgt geen extra of andere bevoegdheden.

De leden van de SP-fractie vragen of er voor de NZa bijvoorbeeld ook de mogelijkheid is om bestuursrechtelijke boetes op te leggen en wat de (maximale) hoogte van de desbetreffende boetes is.

Net als in de huidige situatie heeft de NZa op grond van de Wmg de bevoegdheid om bestuurlijke boetes op te leggen voor bepaalde overtredingen van wettelijke bepalingen in de Wmg, Zvw of Wlz aan zorgaanbieders of ziektekostenverzekeraars. De maximale hoogte van de

³⁸ <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/16257/Ziekenhuisfusies-leiden-niet-tot-aantoonbaar-betere-kwaliteit-zorg/>.

boete is wettelijk bepaald en verschilt van maximaal € 10.000.000,- voor zware overtredingen tot maximaal € 2.250,- voor de lichtste overtredingen. Het is aan de NZa om haar bevoegdheid om een bestuurlijke boete op te leggen nader vorm te geven.

De leden van de SP-fractie vragen wat de consequenties van de omslag naar een gebodstelsel zijn met het oog op de zorgplicht en het recht op zorg en vragen de regering het antwoord op deze vraag toe te lichten met een voorbeeld.

Er zijn geen consequenties voor de zorgplicht en het recht op zorg, het wetsvoorstel brengt hierin geen wijzigingen.

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering de verschillen en overeenkomsten van de instrumenten aanmerkelijke marktmacht en economische machtspositie uiteen kan zetten.

Het verbod op misbruik van een economische machtspositie is neergelegd in de Mw (en het EU-verdrag) en geldt voor alle sectoren. Het aanmerkelijke marktmacht instrumentarium voor de zorg is neergelegd in de Wmg. Beide instrumenten zijn gebaseerd op het bestaan van een economische machtspositie. Dit is een positie op de markt die het mogelijk maakt dat een partij zodanig veel marktmacht heeft dat zij zich onafhankelijk kan gedragen ten opzichte van concurrenten, afnemers/consumenten en/of leveranciers. Een economische machtspositie stelt een partij in staat eenzijdig de mededinging te beperken door een andere partij uit te sluiten of uit te buiten, bijvoorbeeld door te weigeren om onder redelijke voorwaarden te contracteren. De term «aanmerkelijke marktmacht» betekent materieel exact hetzelfde maar wordt gehanteerd vanwege verschillen in de wijze waarop de instrumenten worden ingezet. Terwijl beide instrumenten beogen mededingingsbeperkende uitsluiting of uitbuiting tegen te gaan, bestaat er een belangrijk verschil in het aangrijpingspunt en in de bevoegdheden van de toezichthouder. Het toezicht op misbruik van een economische machtspositie is toezicht achteraf («ex post»). Indien van een economische machtspositie misbruik wordt gemaakt (bv. uitsluiting of uitbuiting), is sprake van een overtreding van de Mededingingswet en kan de ACM ingrijpen door bijvoorbeeld een boete op te leggen. Het toezicht op grond van het aanmerkelijke marktmacht instrumentarium is toezicht vooraf («ex ante»). Er hoeft niet eerst sprake te zijn van misbruik voordat kan worden ingegrepen. Op het moment dat een partij over aanmerkelijke marktmacht beschikt, kan de ACM ingrijpen door specifieke verplichtingen op te leggen om mededingingsproblemen te voorkomen waarvan het naar het oordeel van de ACM aannemelijk is dat zij zich voordoen. Mogelijke verplichtingen zijn onder meer een transparantieplichting, waarmee de informatievoorziening aan potentiële afnemers ten aanzien van bijvoorbeeld prijzen en dienstverlening wordt verbeterd, of een contracteerplicht, waarmee een zorgaanbieder wordt verplicht om (onder nader door de toezichthouder te bepalen redelijke voorwaarden) een contract te sluiten met een ziektekostenverzekeraar. Het is aan de ACM om gelet op de concrete omstandigheden van het individuele geval verplichtingen nader in te vullen en te concretiseren. De ACM ziet ook toe op de naleving van de verplichtingen die zij oplegt in het kader van aanmerkelijke marktmacht. Als niet wordt nageleefd, kan de ACM handhaven en bijvoorbeeld een boete opleggen.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de in de memorie van toelichting genoemde circa 20 fte voor de ACM zijn onderbouwd en in hoeverre dit personeel betreft dat wordt overgeheveld van de NZa, respectievelijk nieuw personeel.

In het kader van het maatregelenpakket inzake «Kwaliteit Loont» is besloten tot versterking van het markt- en mededingingstoezicht op de zorg.³⁹ Het gaat daarbij om overheveling van het sectorspecifieke markttoezicht in de zorg en intensivering van het toezicht van de ACM op de zorg. Samen met de ACM is bekeken hoe de versterking van het toezicht kan worden vormgegeven en heeft de ACM de organisatorische en inhoudelijke kaders voor de versterking in een plan uiteengezet. Op grond daarvan is een aparte «Taskforce Zorg» binnen de ACM opgericht. Die taskforce bereidt zich voor op de over te hevelen taken, investeert in marktstudies en sectoronderzoeken en geeft de intensivering van het huidige toezicht vorm. Er is een aanvullend uitvoeringsbudget voor intensivering van het toezicht van € 2,5 miljoen per jaar beschikbaar gesteld. Dit is circa 20 fte op jaarbasis. Deze 20 fte komen bovenop de betrokken capaciteit van de NZa voor de taken die overgaan naar de ACM en waarvoor momenteel wordt bezien hoe dit concreet wordt vormgegeven.

De leden van de CDA-fractie vragen de regering uiteen te zetten hoe het toezicht van de NZa op de zorgplicht zich verhoudt tot het vaststellen van aanmerkelijke marktmacht en hoe de afstemming tussen de NZa en de ACM plaatsvindt indien niet aan de zorgplicht wordt voldaan en er sprake is van een situatie van aanmerkelijke marktmacht.

Het toezicht van de NZa op de naleving van de zorgplicht van verzekeraars ziet op de vraag of zorgverzekeraars voldoen aan de verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van zorg, alsmede desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij niet alleen om de inhoud en omvang van de (vergoeding van) zorg, maar ook om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van de verzekerde zorg. Zoals in antwoord op andere vragen van de leden van de CDA-fractie nader is toegelicht, beoogt het aanmerkelijke marktmacht instrumentarium mededingingsproblemen te voorkomen, zoals het uitsluiten of uitbuiten van andere partijen. Het kan voorkomen dat door een positie van aanmerkelijke marktmacht de zorgplicht van een zorgverzekeraar in het gedrang komt. Het voorliggende wetsvoorstel heeft een samenloopbepaling (artikel 18) waarin onder meer wordt aangegeven dat indien er sprake is van een situatie waarin de zorgplicht in het geding is en er sprake is van aanmerkelijke marktmacht, de NZa voor zover mogelijk eerst haar bevoegdheden toepast. In onderling overleg kunnen de NZa en ACM hiervan afwijken indien een andere aanpak bijvoorbeeld effectiever zou zijn. Het is aan de NZa en ACM om hierover concrete afspraken te maken.⁴⁰

De leden van de CDA-fractie vragen naar situaties waarin de ACM, anders dan de NZa, wel aanmerkelijke marktmacht zal vaststellen en – indien daar geen voorbeelden van zijn – wat dan de reden is van de voorgestelde overheveling.

De regering heeft zich bij de keuze voor de overheveling van het instrument aanmerkelijke marktmacht niet gebaseerd op specifieke situaties uit het verleden. Het toezicht wordt versterkt door het aanmerkelijke marktmacht instrumentarium over te hevelen naar de ACM en daarmee te bundelen met de aanwezige kennis en expertise bij de ACM op het gebied van aanmerkelijke marktmacht in andere sectoren en het verbod op misbruik van een economische machtspositie. Daarnaast wordt voorgesteld de expliciete verplichting tot het afbakenen van de markt volgens de beginselen van het algemeen mededingingsrecht te schrappen

³⁹ Kamerstukken II 2014/2015, 31 765, nr. 116.

⁴⁰ Stcrt. 2015, 583.

zodat ACM ook nieuwe misschien wel zorgspecifiekere methoden om aanmerkelijke marktmacht vast te stellen, kan hanteren. Samen met de uitbreiding van de capaciteit van de ACM voor haar taken in de zorg kan de effectiviteit van het markttoezicht worden vergroot en kunnen de belangen van patiënten en verzekerden beter worden gewaarborgd.

De leden van de CDA-fractie vragen welke budgettaire middelen er voor welke jaren beschikbaar zijn gesteld om het markttoezicht te versterken, door wie deze middelen beschikbaar zijn gesteld en hoe dit geld nader wordt besteed.

Zoals in antwoord op andere vragen van de leden van de CDA-fractie is toegelicht, is besloten tot een aanvullend uitvoeringsbudget voor intensivering van het toezicht van € 2,5 miljoen per jaar, wat circa 20 fte op jaarbasis is. Voor de betrokken capaciteit van de NZa voor de taken die overgaan naar de ACM wordt momenteel bezien hoe dit concreet wordt vormgegeven. De toegekende middelen hebben als doel de kennis en capaciteit bij de ACM te versterken en daarnaast om de overheveling van het markttoezicht effectief vorm te geven. Daarmee wordt gewaarborgd dat er voldoende capaciteit, kennis en expertise van de zorg bij de ACM is om effectief te kunnen ingrijpen ten behoeve van de belangen van patiënten en verzekerden. Dat vergt onder meer het maken van goede afspraken met de NZa over samenwerking en informatie-uitwisseling. De ACM heeft ter voorbereiding op de voorgenomen overheveling van het sectorspecifieke markttoezicht op de zorg een «Taskforce Zorg» opgericht die verantwoordelijk is voor alle taken van de ACM op het gebied van de zorg. De ACM investeert in haar kennis en expertise van de zorg, onder meer door het werven van meer experts. Ook doet zij nader onderzoek naar de zorg, zoals naar de mate waarin zorgverzekeraars zich van elkaar onderscheiden, de bereidheid van patiënten om naar een andere zorgaanbieder te reizen, de effecten van zorgfusies en naar alternatieve methoden om fusies te beoordelen. Een specifiek aandachtspunt van de ACM in het kader van de versterking van het toezicht betreft de voorlichting aan partijen in de zorg. Zo vereist het toezicht op samenwerking op grond van de Mw dat de ACM rekening houdt met veel concrete feiten en omstandigheden van het individuele geval, waardoor dit voor partijen de vraag kan oproepen of hun concrete samenwerkingsplannen zijn toegestaan. De ACM probeert partijen zoveel mogelijk duidelijkheid te verschaffen over haar toezichtpraktijk, zodat partijen zelf vooraf kunnen beoordelen of hun samenwerking is toegestaan. Zo heeft de ACM op 19 september 2015 haar nieuwe «Uitgangspunten toezicht ACM op zorgaanbieders in de eerste lijn» en op 23 juni 2016 haar «Leidraad gezamenlijke inkoop geneesmiddelen voor de medisch specialistische zorg» gepubliceerd.⁴¹ De regering acht deze voorlichting bijzonder waardevol omdat dit de effectiviteit van het toezicht kan vergroten, bijvoorbeeld omdat kan worden voorkomen dat partijen in de zorg onnodig terughoudend zijn om samen te werken uit angst voor een mogelijke boete van de ACM.

De leden van de CDA-fractie vragen op welke ondernemingen de zorgspecifieke toets betrekking zal hebben.

Uit de uitvoeringspraktijk van de zorgspecifieke fusietoets blijkt dat er onduidelijkheid bestaat over de reikwijdte van de toets. Daarom wordt voorgesteld niet meer het begrip «zorgaanbieder» te hanteren, maar uit te

⁴¹ <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/14734/Uitgangspunten-toezicht-ACM-op-zorgaanbieders-in-de-eerste-lijn/>; <https://www.acm.nl/nl/publicaties/publicatie/15963/Leidraad-gezamenlijke-inkoop-geneesmiddelen--meer-slagkracht-voor-ziekenhuizen-en-zorgverzekeraars/>.

gaan van een onderneming in de zin van de Mw die onderdeel vormt van een concentratie. Het voorgestelde artikel 49a richt zich daarbij op concentraties waarbij ten minste één onderneming is betrokken die direct of indirect omzet uit zorg behaalt. In paragraaf 4.3.2 van de memorie van toelichting wordt aangegeven dat hiermee ook een rechtspersoon die niet zelf feitelijk zorg verleent, maar wel zeggenschap heeft over de zorgaanbieder (die wel zorg verleent), onder het zorgspecifieke concentratietoezicht valt. Daarmee wordt voorkomen dat de zorgspecifieke fusietoets via een wijziging in de organisatiestructuur kan worden ontlopen.

De leden van de CDA-fractie vragen wat heeft geleid tot de keuze voor nieuwe/andere drempels bij de fusietoets en waarop deze keuze gebaseerd is en of daarnaar onderzoek is gedaan.

De huidige drempel die bepaalt dat een zorgaanbieder onder de reikwijdte van de toets valt indien hij door 50 personen of meer zorg doet verlenen, leidde tot onduidelijkheden en daardoor veel discussie. Zo is het bijvoorbeeld onduidelijk of openstaande vacatures ook «meetellen» voor de bepaling of er sprake is van 50 personen die zorg doen verlenen. Om deze onduidelijkheid weg te nemen, is besloten om omzetz drempels te introduceren en daarbij als uitgangspunt te hanteren de feitelijke reikwijdte van de zorgspecifieke fusietoets niet substantieel te wijzigen. De voorgestelde drempels zijn mede tot stand gekomen op basis van een analyse door de NZa van beschikbare data over de omzet per medewerker van een zorgaanbieder. De drempel van € 7 miljoen is afgeleid van de gemiddelde omzet van een zorgaanbieder die 50 personen in dienst heeft. Deze omzetz drempel is hiermee een vertaling van de huidige drempel. Daarnaast wordt voorgesteld om een tweede drempelbedrag vast te stellen. Als een andere betrokken partij niet ten minste een omzet heeft behaald van een half miljoen euro, hoeft de concentratie niet gemeld te worden. Daarmee wordt beoogd de zeer kleine transacties waarvan geen substantieel effect op de zorg wordt verwacht, bijvoorbeeld de overname van een eenmanspraktijk, van het zorgspecifiek concentratietoezicht uit te zonderen. Deze wijziging draagt bij aan het beperken van de regeldruk.

De leden van de CDA-fractie vragen naar een toelichting op de relatie tussen het voorstel om bij het aanmerkelijke marktmacht instrumentarium de expliciete verplichting tot het afbakenen van de markt volgens de beginselen van het algemeen mededingingsrecht te schrappen en de uitleg in de memorie van toelichting dat de definitie van aanmerkelijke marktmacht ongewijzigd is.

Het ongewijzigd laten van de definitie van aanmerkelijke marktmacht houdt in dat de toezichthouder, net als in de huidige situatie, zal moeten aantonen dat sprake is van een «positie van een of meer zorgaanbieders of ziektekostenverzekeraars om alleen dan wel gezamenlijk de ontwikkeling van daadwerkelijke concurrentie op de Nederlandse markt of een deel daarvan te kunnen belemmeren door zich in belangrijke mate onafhankelijk te gedragen van zijn afnemers en concurrenten». Daarmee blijft aangesloten bij de definitie die wordt gehanteerd inzake het verbod op misbruik van een economische machtspositie in de Mw. Door echter te schrappen dat die aanmerkelijke marktmacht verplicht via de (bestaande) beginselen van het algemene mededingingsrecht moet worden vastgesteld, krijgt de ACM meer ruimte om nieuwe methoden te hanteren om aanmerkelijke marktmacht vast te stellen. Doordat de definitie van aanmerkelijke marktmacht (het aangrijpingspunt voor mogelijk ingrijpen door de toezichthouder) niet wordt gewijzigd, maar meer flexibiliteit wordt gecreëerd om aanmerkelijke marktmacht vast te stellen, kan de effectiviteit van het instrumentarium worden vergroot.

De leden van de CDA-fractie vragen naar de positie die de zorgverzekeraar heeft bij de expliciete leveringsplicht en in welke situaties er sprake is van een expliciete leveringsplicht.

Zoals deze leden terecht opmerken, zijn zorgverzekeraars in eerste instantie de aangewezen partij om in het kader van hun zorgplicht zorg voor hun verzekerden te organiseren. Het kan echter voorkomen dat een zorgverzekeraar te maken heeft met een zeer machtige zorgaanbieder die beschikt over aanmerkelijke marktmacht en de zorgverzekeraar daarom niet in staat is om aan zijn zorgplicht te voldoen, bijvoorbeeld omdat de zorgaanbieder onredelijk hoge tarieven rekent. Het aanmerkelijke marktmacht instrumentarium geeft de bevoegdheid om een contracteerplicht op te leggen waarmee een zorgaanbieder wordt verplicht om (onder nader door de ACM te bepalen redelijke voorwaarden) een contract te sluiten. Voorgesteld wordt om het instrumentarium aan te vullen met de mogelijkheid om een leveringsplicht op te leggen, op grond waarvan de zorgaanbieder verplicht kan worden zorg te (blijven) leveren aan de betrokken patiënten. Daarmee kan beter worden voorkomen dat een aanbieder met aanmerkelijke marktmacht ondanks de contracteerplicht het contract met de verzekeraar niet nakomt en zijn de belangen van patiënten beter gewaarborgd.

De leden van de CDA-fractie vragen verder waarom er ineens gesproken wordt over «de consument». Zoals eerder door genoemde leden naar voren is gebracht, is er sprake van gereguleerde marktwerking en spreken wij over de patiënt of de verzekerde. Het lijkt erop alsof de regering de gereguleerde marktwerking wil loslaten en wil overgaan naar totale marktwerking van de zorg in de Zvw. Graag een reactie van de regering op deze zienswijze van de leden van de CDA-fractie.

In de Wmg is het begrip consument gangbaar, vandaar dat gesproken wordt over «de consument». Vanaf de invoering van de Wmg in 2006 wordt in artikel 1 van de Wmg de consument gedefinieerd als verzekeringsplichtige, verzekerde of patiënt.

De leden van de CDA-fractie vragen inzake de zorgspecifieke fusietoets waarom er niet voor is gekozen om te starten met nadere eisen en het publieke belang te waarborgen en dit als het goed gaat los te laten. Ook vragen deze leden met het oog op welke belangen in de ministeriële regeling extra eisen kunnen worden gesteld.

De regering ziet op dit moment geen aanleiding om te veronderstellen dat de huidige eisen in het fusietoezicht op de zorg ongeschikt zijn om de publieke belangen in de zorg te waarborgen. Wel is het nodig onder alle omstandigheden te beschikken over een robuust toezicht. Daarom wordt ingezet op onder meer uitbreiding van de capaciteit voor- en kennis en expertise van de zorg bij de ACM. Daarnaast wordt voorzien in een wettelijke grondslag voor de mogelijkheid (maar niet de verplichting) om aanvullende eisen te stellen bij ministeriële regeling. De regering heeft geen concreet voornemen om van deze mogelijkheid gebruik te maken maar hiertoe kan aanleiding zijn indien de publieke belangen inzake de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorg in het gedrang dreigen te komen. Daarbij dient in acht te worden genomen dat nadere inhoudelijke eisen voldoende concreet en duidelijk en dus uitvoerbaar en handhaafbaar moeten zijn. Dit is ook benadrukt door de Afdeling advisering van de Raad van State en de ACM. Ook dient proportioneel om te worden gegaan met maatregelen die ingrijpen in de bedrijfsvoering van private instellingen.

De leden van de CDA-fractie vragen welke adviezen zij van de ACM heeft gekregen inzake de mogelijkheid om bij ministeriële regeling nadere eisen te stellen waarop in het kader van de zorgspecifieke fusietoets wordt getoetst.

In de uitvoerbaarheids- en handhaafbaarheidstoets heeft de ACM benadrukt dat nadere eisen slechts uitvoerbaar en handhaafbaar zijn als de voorwaarden die worden gesteld voldoende concreet en duidelijk worden geformuleerd.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom de regering geen fusietoets voor zorgverzekeraars introduceert.

De ACM ziet met haar reguliere concentratietoezicht op grond van de Mw toe op (eventuele) fusies tussen zorgverzekeraars. Daarmee toetst de ACM met het oog op de belangen van patiënten, cliënten en verzekerden of er als gevolg van een (eventuele) fusie tussen zorgverzekeraars voldoende keuzemogelijkheden overblijven.

De leden van de CDA-fractie vragen wat de regering verstaat onder op hoofdlijnen sturen op grond van de Kaderwet zbo's en welke instrumenten dit zijn.

De NZa en de ACM zijn zbo's. Zij voeren die aan hen opgedragen taken en bevoegdheden zelfstandig uit. Tussen de Minister en het bestuursorgaan bestaat geen ondergeschiktheidsrelatie. In de Kaderwet zbo's is geregeld dat de Minister sturingsbevoegdheden heeft jegens zbo's, maar geen bijzondere aanwijzingen kan geven (hoe te handelen in een concreet geval). Dit is inherent aan haar onafhankelijke positie als zbo ten opzichte van de Minister.

Met het wetsvoorstel worden taken en bevoegdheden van de NZa overgeheveld naar de ACM. De Minister van VWS is dan de betrokken Minister in de zin van de Kaderwet zbo's. Dit betekent dat de Minister op basis van de Kaderwet zbo's gebruik kan maken van een aantal instrumenten om op hoofdlijnen sturing te geven aan de ACM bij het uitvoeren van haar taken op grond van de Wmg. Dat zijn allereerst de bevoegdheden die de Kaderwet zbo's aan elke «Minister die het aangaat» toekent jegens de onder hem ressorterende zelfstandig bestuursorganen. Daarnaast voorziet dit wetsvoorstel in een aanpassing van de Instellingswet ACM zodat daarin niet alleen de rol van de Minister van Economische Zaken (in verband met de toezichtstaken van de ACM op het terrein van mededinging, consumentenbescherming, post, telecom en energie), de rol van de Minister van Infrastructuur en Milieu (in verband met de toezichtstaken van de ACM op vervoersgebied), maar ook de rol van de Minister van VWS (in verband met de taken die de ACM op grond van de Wmg verricht), is vastgelegd. De in de Instellingswet ACM geregelde bevoegdheden vullen voor een belangrijk deel de bevoegdheden die de onderscheiden ministers (inclusief de Minister van VWS) op grond van de Kaderwet zbo's hebben, nader in en betreffen deels nieuwe bevoegdheden. Concreet gaat het om bevoegdheden ten aanzien van het jaarverslag van de ACM, gegevensverstrekking door en aan de ACM, de periodieke evaluatie van het functioneren van de ACM, de bevoegdheid om noodzakelijke voorzieningen te treffen bij taakverwaarlozing door de ACM.

Daarnaast kan de Minister van VWS beleidsregels vaststellen met betrekking tot de taakuitoefening door de ACM op grond van de Wmg (op basis van artikel 21 van de Kaderwet zbo's). De ACM is als zbo ook bevoegd om op grond van artikel 4:81 van de Awb beleidsregels vast te stellen met betrekking tot een haar toekomende of onder haar verant-

woordelijkheid uitgeoefende bevoegdheid. Beleidsregels zijn regels die aangeven hoe van een bepaalde bevoegdheid gebruik moet of zal worden gemaakt. Ze kunnen gaan over:

- de afweging van belangen,
- de vaststelling van feiten, of
- de uitleg van wettelijke voorschriften bij het gebruik van de betreffende bevoegdheid.

Beleidsregels kunnen alleen aangeven hoe het zbo in algemene zin met de hem gegeven bevoegdheid zal (moeten) omgaan. Ze kunnen nooit betrekking hebben op een concreet geval.

De leden van de D66-fractie vragen waar het aantal van 20 nieuwe fte's bij de ACM op is gebaseerd en of dit een overheveling betreft van medewerkers van de NZa of tot stand zal komen via nieuwe vacatures.

Zoals in het antwoord op vragen van de CDA-fractie nader is toegelicht, is tot de uitbreiding van circa 20 fte besloten in het kader van de versterking van het markt- en mededingingstoezicht, als onderdeel van het maatregelenpakket «Kwaliteit Loont».⁴² Er is een aparte «Taskforce Zorg» binnen de ACM opgericht. Die taskforce bereidt zich voor op de over te hevelen taken, investeert in marktstudies en sectoronderzoeken en geeft de intensivering van het huidige toezicht van ACM op de zorg vorm. Deze uitbreiding komt bovenop de nog over te hevelen capaciteit van de NZa en het reeds aanwezige personeel bij de ACM dat zich bezighoudt met het toezicht op de naleving van de Mw binnen de zorg.

De leden van de D66-fractie vragen op basis van welke inschattingen de nieuwe drempels voor de fusietoets zijn opgeworpen, en aan welke situaties de nieuwe drempels getoetst zijn.

Zoals nader is toegelicht in het antwoord op vragen op dit punt van de CDA-fractie, zijn de voorgestelde drempels mede tot stand gekomen op basis van een analyse door de NZa. Daarbij is als uitgangspunt gehanteerd dat de feitelijke reikwijdte van de zorgspecifieke fusietoets niet substantieel wordt gewijzigd. De voorgestelde (eerste) drempel van € 7 miljoen is afgeleid van de gemiddelde omzet van een zorgaanbieder die 50 personen in dienst heeft en is dus een vertaling van de huidige drempel. De voorgestelde (tweede) drempel van een half miljoen euro houdt in dat zeer kleine transacties waarvan geen substantieel effect op de zorg wordt verwacht, bijvoorbeeld de overname van een eenmanspraktijk, van het zorgspecifiek concentratietoezicht worden uitgezonderd. Deze wijziging draagt bij aan het beperken van de regeldruk.

5. Regeldrukaspecten

De leden van de SP-fractie vragen de regering of de NZa voldoende capaciteit en kennis heeft voor de aanscherping van het toezicht en transparantieverplichtingen?

Ik heb geen reden om aan de kwaliteit van de NZa te twijfelen en mij zijn geen signalen bekend dat de capaciteit bij de NZa op deze punten onvoldoende is.

De leden van de SP-fractie vragen naar de nadere invullingen van de desbetreffende transparantieverplichtingen?

⁴² Kamerstukken II 2014/2015, 31 765, nr. 116.

De regering kan op dit moment nog niet aangeven hoe deze vorm worden gegeven. Transparantieplichtingen gelden ook nu al. Uit de resultaten van de aangekondigde experimenten en de sectorverkenningen voor mogelijke deregulering zal naar voren komen welke aanvullende vereisten nodig zijn. Bij de toekomstige vormgeving van de vereisten is het uitgangspunt om deze aan te laten sluiten bij de registraties die een zorgaanbieder verricht in het kader van de zorgverlening. Op deze manier wordt dubbel werk voorkomen.

De leden van de SP-fractie vragen of de regering rekening heeft gehouden met de mogelijkheid dat transparantieplichtingen kunnen leiden tot meer regeldruk?

De regering heeft met deze mogelijkheid rekening gehouden en heeft daarom het uitgangspunt om bij toekomstige verplichtingen aan te sluiten bij de registraties die een zorgaanbieder reeds verricht in het kader van de zorgverlening. Hierdoor wordt dubbel werk voorkomen en leiden verplichtingen niet tot meer regeldruk.

De leden van de CDA-fractie geven aan dat in het wetsvoorstel een zevental delegatiebepalingen zijn opgenomen waarvoor geen voorhang is geregeld en vragen om per geval toe te lichten waarom hier niet voor gekozen is.

In het wetsvoorstel zijn de volgende delegatiebepalingen, waarvoor geen voorhang is geregeld, opgenomen

- Regels waarbij andere verplichtingen dan de in artikel 48 opgesomde verplichtingen in verband met aanmerkelijke marktmacht worden aangewezen (artikel 48, eerste lid, sub m van de Wmg/ artikel 48, eerste lid, sub o van het wetsvoorstel).
- Regels over de inhoud van het rapport dat bij zorgspecifieke fusietoets moet worden overgelegd (artikel 49b, derde lid van de Wmg/ artikel 49b, tweede lid, sub h van het wetsvoorstel).
- Regels waarin nadere eisen worden gesteld aan de concentratie (artikel 49d, eerste lid, sub e van het wetsvoorstel).
- Regels over de inhoud en inrichting van het verslag (inclusief accountantscontrole) over de verantwoording van de beschikbaarheidsbijdrage, de macrobeheersheffing en de tijdelijke subsidies voor zorginfrastructuur en kapitaallasten (artikel 14a, derde lid van het wetsvoorstel)
- Regels over welke identificerende, medische en strafrechtelijke persoonsgegevens noodzakelijk zijn voor de uitoefening voor de taken en bevoegdheden van de ACM (artikel 65, onderdeel c van het wetsvoorstel).
- AMvB op grond van artikel 2, derde lid, vierde lid en vijfde lid van het wetsvoorstel.

Bij de delegatiebepalingen in het wetsvoorstel is aangesloten bij de huidige voorhangprocedures in de Wmg. Dat betekent dat algemene maatregelen van bestuur (artikel 2 van het wetsvoorstel) niet worden voorgehangen bij het parlement. Dat is overeenkomstig de huidige situatie bij het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg en het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg. De reeds bestaande mogelijkheden van ministeriële regelingen op grond van de artikelen 48, 49b zijn niet gewijzigd. Net als nu is niet voorzien in een voorhangprocedure. Voor de nieuwe mogelijkheid om bij ministeriële regeling nadere eisen te stellen aan de concentratie (artikel 49d van het wetsvoorstel) is aangesloten bij de systematiek zoals die nu reeds geldt om via ministeriële regeling nadere eisen aan de inhoud van en de inrichting van het concentratierapport te stellen. Aangezien artikel 14a, derde lid van het wetsvoorstel

eenzelfde systematiek kent als het bestaande artikel 14 van de Wmg is qua procedure daarbij aangesloten, hetgeen geen voorhang bij het parlement betekent. Idem geldt voor de uitbreiding van de regeling op grond van artikel 65 van het wetsvoorstel over de uitwisseling van persoonsgegevens met het oog op de taken van de ACM.

De leden van de CDA-fractie vragen of en hoe de vrijheid om zelf prestatiebeschrijvingen vast te stellen begrensd wordt. Stel dat de ene zorgverzekeraar andere prestatiebeschrijvingen afspreekt met zorgaanbieders dan een andere zorgverzekeraar. Valt dit onder de grotere vrijheid en wat betekent dit voor de patiënt en voor de verzekerde bij de betreffende zorgverzekeraar?

Dit wetsvoorstel bevat hierin geen wijzigingen ten opzichte van het huidige beleid. Zoals ook voor vormen van zorg geldt die onder het Besluit uitbreiding en beperking Wmg zijn uitgesloten van tarief- en prestatieregulering, kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf afspraken maken over prestatiebeschrijvingen. Bij het vrijlaten van prestatie- of tariefregulering, blijft op grond van de Wmg toezicht door de NZa op de Wmg, Zvw en Wlz van kracht. Het gaat dan om toezicht met betrekking tot bijvoorbeeld transparantie, declaratie-, administratie- of informatieverplichtingen op grond van de Wmg. Bij de overgang naar een gebodstelsel blijft het immers voor het functioneren van het stelsel van belang dat (de onderling overeengekomen) prestaties inzichtelijk zijn voor patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Voordat een beslissing kan worden genomen of een vorm van zorg gedereguleerd kan worden, zal aan een aantal wettelijk vastgelegde aspecten worden getoetst. Een van die aspecten is het gedrag van ziektekostenverzekeraars en consumenten in de zorginkoop. Er wordt daarbij onder andere gekeken naar de transparantie en de inzichtelijkheid van de betrokken sectoren zoals de duidelijkheid van de prestaties en de transparantie en vergelijkbaarheid van de betrokken zorgproducten. Evenals of eventuele risico's ondervangen kunnen worden met bijvoorbeeld transparantie- of registratievereisten zodat het voor patiënten en verzekerden vooraf helder blijft welke zorg zij geleverd krijgen.

Naast transparantieverplichtingen zullen er ook, net als nu, bijvoorbeeld registratieverplichtingen gelden voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Voor zorgverzekeraars en patiënten moet het mogelijk blijven om te kunnen controleren of een zorgaanbieder al dan niet een prestatie heeft geleverd. Daarnaast moet het ook helder zijn of een geleverde prestatie al dan niet tot het verzekerd pakket behoort. Dat geldt op dit moment al, maar zal ook blijven gelden in sectoren waar sprake is (of zal zijn) van een zekere mate van deregulering.

De leden van de CDA-fractie vragen of de Minister haar systeemverantwoordelijkheid neemt voor het basispakket Zvw als zijnde gelijke toegang en betaalbaarheid voor iedereen indien zorgverzekeraars en zorgaanbieders verschillende prestatiebeschrijvingen afspreken.

De regering neemt in de toekomst, net als nu, haar verantwoordelijkheid ten aanzien van de gezondheidszorg. Niet moet worden vergeten dat de Wmg ziet op de bekostiging van zorg en dat deze niet bepaalt welke zorg onder het verzekerd pakket valt. Ook brengt dit wetsvoorstel geen wijzigingen aan in de mate van tarief- en/of prestatieregulering voor een specifieke vorm van zorg. De verdere omslag naar vrije tarieven en/of vrije prestatiebeschrijvingen wordt stapsgewijs verkend, waar nodig via experimenten die ook worden vastgelegd bij ministeriële regeling (artikel 50, achtste lid, aanhef en onderdeel a). Ook in een experiment of na een experiment bij het vrijgeven van de prestatie moet de geleverde zorg

onderdeel zijn van het basispakket om voor vergoeding in aanmerking te komen. Voordat een experiment kan starten, wordt die ministeriële regeling voorgehangen bij het parlement.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de regering opvolging geeft aan het advies van Actal om ervoor te zorgen dat de neerwaartse effecten op de regeldruk en bureaucratie de implementatie van deze beide bewegingen parallel in tijd moeten lopen en naar aard en inhoud met elkaar in balans dienen te zijn. Hoe gaat de regering dit meten?

De regering onderschrijft het advies van Actal dat de bepalingen uit dit wetsvoorstel niet moeten leiden tot onnodige regeldruk. Er zal daarom stapsgewijs worden verkend binnen welke sectoren de mogelijkheid bestaat om meer vrijheid in de bekostiging te introduceren. Voorafgaand aan een besluit hiertoe zal worden verkend of een sector zich hiervoor leent. Ook zullen deze experimenten worden gemonitord en geëvalueerd. Daarbij zal aandacht worden besteed aan de gevolgen van regeldruk. Het aansluiten bij de bronregistratie voorkomt regeldruk.

6. Adviezen en consultaties

De leden van de SP-fractie vragen de regering minutieus uiteen te zetten wat de verschillen tussen de huidige situatie en de beoogde situatie zijn met betrekking tot inspraak van de Kamer en partijen uit het veld.

Zoals blijkt uit de processchema's zal standaard worden afgestemd met de sector over de ministeriële regelingen. Bij de precieze vormgeving van dit proces wordt de sector betrokken. Ook het parlement zal standaard via een voorhangprocedure betrokken worden bij de ministeriële regelingen over regulering. Anders dan nu bij de aanwijzing, waarbij de zakelijke inhoud van de aanwijzing wordt voorgehangen bij het parlement, zal straks de ministeriële regeling zelf integraal worden voorgehangen.

De leden van de SP-fractie vragen hoe de flexibiliteit in de markt zal uitpakken voor bijvoorbeeld vrijgevestigden? Tot op heden blijken zorgverzekeraars niet bepaald in de rij te staan om maatwerkafspraken met vrijgevestigden te maken. Waarom zou die bereidheid er bij zorgverzekeraar met het huidige voorstel wel komen?

Dit wetsvoorstel richt zich niet op een verandering van het contracteerproces tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Die processen moeten goed verlopen, ongeacht de vorm van regulering. De Minister van VWS heeft diverse initiatieven genomen om dit proces verder te verbeteren. Zo zijn voor de medisch specialistische zorg afspraken met partijen gemaakt om te komen tot een versnelling en verbetering van het contracteerproces. Uw Kamer is hierover geïnformeerd met brief van 31 maart 2016 (Tweede Kamer, 29 689/29 248, nr. 695). Ook hebben naar aanleiding van het traject «Het roer gaat om», huisartsen- en eerstelijnsorganisaties samen met verzekeraars gewerkt aan wederzijds vertrouwen en een gelijkwaardig contracteringsproces. Dit proces loopt nog. Naast de voorwaarden die de NZa stelt aan de contractering met de «Regeling Transparantie zorginkoopproces Zvw», wordt «het goede gesprek» gefaciliteerd door de Good Contracting Practices.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen met vrije prestaties meer dan nu al het geval is afspraken maken over beter passende zorg voor de patiënt tegen een redelijke prijs. In het wetsvoorstel zijn voorwaarden opgenomen waaraan voldaan moet worden voor er een besluit tot deregulering genomen zal worden. Enkele van de randvoorwaarden zijn dat toezicht mogelijk blijft, de informatievoorziening wordt geborgd en er

voldoende waarborgen zijn om de vergelijkbaarheid voor de patiënt en verzekeraar over zorgproduct, prijs en kwaliteit te waarborgen. Daarnaast is er indien nodig nog de tarief- en prestatieregulering als terugvaloptie, indien er geen concrete afspraken zijn gemaakt.

De leden van de CDA-fractie vragen of dit wetsvoorstel ook de mogelijkheid opent dat er sprake is van een situatie dat prestaties en tarieven volledig afhankelijk zijn van het hebben van een contract?

Dit is niet het geval. Voor gedereguleerde zorgvormen biedt dit wetsvoorstel de mogelijkheid dat de NZa, bij het ontbreken van een overeenkomst tussen zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar of consument over een prestatiebeschrijving (artikel 50, derde lid, onderdeel b), terugvalprestaties en eventuele tarieven kan vaststellen.

7. Artikelsgewijs

De leden van de CDA-fractie vragen of de hoofdregel in het gewijzigde artikel 50, eerste lid, van de Wmg tot gevolg heeft dat zonder ministeriële regelingen alle prestaties en tarieven bij inwerkingtreding van het wetsvoorstel vrij zijn.

Indien de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport geen ministeriële regelingen voor de prestatieregulering zou vaststellen, zou dat inderdaad tot gevolg hebben dat bij inwerkingtreding van het tot wet verheven onderhavige wetsvoorstel, alle prestaties en tarieven vrij zijn. Het betreft hier echter een theoretische mogelijkheid. Zoals reeds in de memorie van toelichting is aangegeven zullen alle vormen van zorg waarvoor thans prestatieregulering geldt, bij ministeriële regeling als gereguleerde prestaties worden aangewezen. Hetzelfde geldt voor de vormen van zorg waarvoor thans niet de tariefsoort vrij tarief geldt. Voor die vormen van zorg zal de tariefregulering worden gehandhaafd. De inwerkingtreding van het tot wet verheven onderhavige wetsvoorstel leidt dus niet tot een toename van vormen van zorg met vrije prestaties en/of vrije tarieven.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten wat het verschil maakt dat er wel of geen verklaring van bezwaar gegeven moet worden.

Bij AMvB wordt geregeld of voor bepaalde voorzieningen, werkzaamheden of functies die in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage een verklaring van geen bezwaar van de Minister van VWS nodig is. Deze bevoegdheid van het zogenaamde toestemmingsvereiste is niet anders geregeld dan in de huidige Wmg. De verklaring van geen bezwaar moet worden afgegeven voordat de NZa een beschikbaarheidsbijdrage kan verlenen. Het vereist geldt voor cruciale zorg uitgevoerd door een zogenaamde vangnetaanbieder en voorlopige voorzieningen om de doorlooptijd van de procedures voor die beschikbaarheidsbijdragen te overbruggen. Gedacht moet worden aan situaties waarbij bijvoorbeeld een ziekenhuis dat nodig is om de continuïteit van cruciale zorg te garanderen, failliet gaat en de uitgevoerde cruciale zorg tijdelijk moet worden overgenomen door een vangnetaanbieder. De vangnetaanbieder kan dan voor oprichtingskosten e.d. een beschikbaarheidsbijdrage ontvangen. Het heeft ook betrekking op het kunnen toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage naar aanleiding van bepaalde crises en de toekenning van een bijdrage niet kan wachten totdat de AMvB is aangepast. De motivering van het beleggen van dit toestemmingsvereiste bij de Minister van VWS is dat het om zware beleidsmatige en politieke afwegingen gaat. Verder vallen ook beschikbaarheidsbijdragen in de vorm van notificatieplichtige staatssteun onder het toestemmingsvereiste. De

NZa mag ingevolge artikel 108, derde lid, van het VWEU, een beschikbaarheidsbijdrage in de vorm van notificatieplichtige staatssteun pas toekennen nadat Europese Commissie de steun heeft goedgekeurd. Zonder deze goedkeuring komt er ook geen verklaring van geen bezwaar van de Minister.

De leden van de CDA-fractie vragen in hoeverre vrije prestaties kunnen afwijken van DOT's/DBC's en wat dat betekent voor de verwerking van DOT's/DBC's in de grouper?

DOT's/DBC's zijn prestatiebeschrijvingen die de NZa heeft vastgesteld omdat voor medisch specialistische zorg prestatieregulering geldt. Voor het kunnen declareren van een tarief voor een vorm van zorg die onder prestatieregulering valt, is een zorgaanbieder gehouden de geldende prestatiebeschrijving te hanteren om een tarief te kunnen declareren. Indien voor een vorm van zorg sprake is van vrije prestaties, bestaat de mogelijkheid voor partijen om zelf de te leveren prestaties te beschrijven, het is dan niet meer verplicht om prestatiebeschrijvingen van de NZa te hanteren. Hiermee wijken die vrije prestaties af van de DOT's/DBC's. Immers, de NZa heeft de DOT's/DBC's vastgesteld vanwege het feit dat voor de desbetreffende vormen van zorg prestatieregulering geldt, met vrije prestaties is dit niet het geval.

De grouper zet de door de instellingen voor medisch specialistische zorg geleverde zorg om in declareerbare zorgproducten (prestatiebeschrijvingen) die de NZa heeft vastgesteld. De declareerbare zorgproducten betreffen DBC-zorgproducten en overige zorgproducten. Het gaat bij vrije prestaties om vormen van zorg waarvoor geen prestatieregulering geldt en dus geen noodzaak bestaat om de geleverde zorg om te zetten in de door de NZa vastgestelde declareerbare zorgproducten. De vrije prestaties hebben daarmee geen invloed op de verwerking van DOT's/DBC's in de grouper.

Ten slotte wil de regering benadrukken dat er nog geen voornemens bestaan om vrije prestaties in te voeren binnen de medisch specialistische zorg. Bij de keuze om meer ruimte in bekostiging te creëren zal stapsgewijs worden verkend of dit voor een bepaalde vorm van zorg mogelijk en wenselijk is.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten waarom een verzekerde niet om een individuele prestatiebeschrijving kan vragen. Zij noemen een verzekerde die zorg via een zogenaamd Zvw-pgb krijgt.

Het door de leden van de CDA-fractie genoemde artikel 52, eerste lid, van de Wmg, gaat over het vaststellen van een tarief dat, of van een tariefruimte die, afwijkt van het in de geldende collectieve prestatiebeschrijving opgenomen tarief dan wel tariefruimte. De regering vermoedt dat de leden van de CDA-fractie doelen op artikel 53, eerste lid, van de Wmg. Dat artikel regelt de mogelijkheid om een individuele prestatiebeschrijving aan te vragen voor een prestatie die niet in een collectieve prestatiebeschrijving is opgenomen.

Voor het verkrijgen van een individuele prestatiebeschrijving moet(en) de aanvrager(s) een procedure bij de NZa doorlopen. Bij de aanvraag moet een voorstel worden gevoegd voor de vast te stellen individuele prestatiebeschrijving en in het geval het een vorm van zorg betreft waarvoor tariefregulering geldt, een voorstel voor het te hanteren tarief respectievelijk de te hanteren tariefruimte. De regering vindt dat niet van een verzekerde verwacht mag worden dat hij een aanvraag conform de bovenbedoelde vereisten indient. De regering meent dat een zorgaanbieder of een ziektekostenverzekeraar de aangewezen organisaties zijn

voor de procedure van een individuele prestatiebeschrijving. Indien een houder van het Zvw-pgb met zijn zorgaanbieder een andere wijze van levering van zorg overeenkomt, bestaat de mogelijkheid dat de betrokken zorgaanbieder een aanvraag indient voor een individuele prestatiebeschrijving.

Overigens gelden voor wijkverpleging collectieve prestatiebeschrijvingen en maximumtarieven. Deze gelden ook voor zover zorgaanbieders deze zorg leveren in het kader van het Zvw-pgb. Het aanvragen van een individuele prestatiebeschrijving op grond van het voorgestelde artikel 53, eerste lid, van de Wmg, is ook voor zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars niet mogelijk voor een prestatie waarvoor de NZa al een collectieve prestatiebeschrijving heeft vastgesteld.

De regering merkt op dat het leveren van wijkverpleging door een zogenaamde « informele zorgaanbieder» buiten de werkingsfeer van de Wmg valt. De verzekerde kan in deze situatie met zijn verzorgende afspreken hoe de zorg wordt geleverd zonder dat daarvoor de procedure voor een individuele prestatiebeschrijving doorlopen moet worden.

De leden van de CDA-fractie vragen of de constructie waarbij voor een gemeenschappelijke prestatie alleen de hoofdbehandelaar het tarief aan de consument/ziektekostenverzekeraar in rekening mag brengen, fiscale gevolgen heeft. Zij vragen daarbij ook of er dan sprake is van een dienstverband.

Bij de door de leden van de CDA-fractie beschreven constructie is sprake van zogenaamde onderlinge dienstverlening door de zorgaanbieders zonder het declaratierecht jegens de consument/ziektekostenverzekeraar. De Staatssecretaris van Financiën heeft in zijn besluit van 29 maart 2016 aangegeven dat de zogenaamde onderlinge dienstverlening geen gevolgen heeft voor de toepassing van de vrijstelling van gezondheidskundige verzorging van de mens⁴³. De zorgaanbieders zonder het declaratierecht jegens de consument/ziektekostenverzekeraar kunnen de vrijstelling voor de gezondheidskundige verzorging van de mens toepassen.

Het enkele feit dat de overige aanbieders zonder het declaratierecht jegens de consument/ziektekostenverzekeraar, voor hun deel van de gezamenlijke zorgprestatie slechts een tarief in rekening mogen brengen aan de hoofdbehandelaar, heeft geen dienstverband tot gevolg. Onderlinge dienstverlening betekent de levering van zorg als onderdeel van de DBC door één of meer zorgaanbieders (niet zijnde de hoofdbehandelaar) op verzoek van de hoofdbehandelaar⁴⁴. De betrokken partijen beogen bij onderlinge dienstverlening geen dienstverband tot stand te brengen. De Belastingdienst beoordeelt op basis van de feiten en omstandigheden van het individuele geval of voor de belastingheffing sprake is van een dienstverband.

De leden van de CDA-fractie wie verantwoordelijk is voor de verrekening van de bedragen. Zij vragen ook welke relatie artikel 54, eerste lid, van de Wmg, heeft tot integrale bekostiging.

De betrokken zorgaanbieders zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de correcte verrekening. De samenwerking tussen een hoofdbehandelaar en een andere zorgaanbieder vindt plaats op basis van een overeenkomst.

⁴³ Zie Stcrt 2016, 17339, blz. 2.

⁴⁴ Zie artikel 3, onderdeel y, van de Regeling medisch-specialistische zorg van de NZa met kenmerk NR/REG-1713.

Een betrokken zorgaanbieder die geen hoofdbehandelaar is, declareert voor het door hem verrichte deel van de gezamenlijke zorgprestatie, een tarief aan de hoofdbehandelaar. De hoofdbehandelaar moet als ontvanger van het integrale tarief voor de gezamenlijke zorgprestatie ervoor zorgen dat elk van de betrokken overige zorgaanbieders het deel van het integrale tarief ontvangt waarop hij recht heeft. De hoofdbehandelaar en de overige betrokken zorgaanbieders kunnen geschillen omtrent de verrekening voorleggen aan de burgerlijke rechter.

In het geval van het integrale tarief voor medisch-specialistische zorg mag op grond van de Regeling medisch-specialistische zorg⁴⁵ van de NZa alleen de hoofdbehandelaar een tarief voor de gezamenlijke zorgprestatie in rekening brengen aan de consument of diens ziektekostenverzekeraar.

De overige betrokken zorgaanbieders kunnen voor hun deel van de gezamenlijke zorgprestatie slechts een tarief in rekening brengen aan de hoofdbehandelaar. Nadat het onderhavige wetsvoorstel tot wet is verheven en die wet in werking is getreden, zal de aanwijzing van de hoofdbehandelaar worden geregeld in een ministeriële regeling krachtens artikel 54, eerste lid. De NZa gaat overeenkomstig die ministeriële regeling over tot aanwijzing van de hoofdbehandelaar in de toepasselijke collectieve prestatiebeschrijving(en) en individuele prestatiebeschrijving(en).

De leden van de CDA-fractie willen graag weten waarom artikel 1 van de Wmg geen definitie van «sluitbedrag» bevat.

De begrippen «voorlopig sluitbedrag» en «definitief sluitbedrag» zijn omschreven in artikel 55, tweede respectievelijk vijfde lid van de Wmg. Definities van die beide begrippen in artikel 1 zouden bestaan uit verwijzingen naar de twee leden. Het opnemen van die definities heeft weinig toegevoegde waarde.

In artikel 56a, tiende lid, van de Wmg, wordt het begrip «sluitbedrag» genoemd, zonder vermelding van het bijvoeglijk naamwoord voorlopig/voorlopige of definitief/definitieve. Het begrip «sluitbedrag» kan zowel een voorlopig als een definitief sluitbedrag betreffen. Artikel 56a, tiende lid, van de Wmg, zal bij nota van wijziging dienovereenkomstig worden aangepast.

De leden van de CDA-fractie vragen of het tweede lid, sub c, de toekenning van de beschikbaarheidsbijdrage niet erg beperkt en willen op dit punt een nadere toelichting van de regering.

De voorwaarden die worden gesteld aan cruciale zorg, voorzieningen, werkzaamheden of functies gericht op het leveren van zorg waaraan moet worden voldaan om in aanmerking te komen voor een beschikbaarheidsbijdrage in het voorgestelde artikel 56b, tweede lid, Wmg, zijn dezelfde als thans opgenomen in artikel 56a, eerste lid, van de Wmg. Reden dat bij de introductie van de beschikbaarheidsbijdrage in 2010 de voorwaarde is opgenomen dat de zorg niet op andere wijze wordt bekostigd, ziet op een goede afbakening van de vorm van zorg die onder de beschikbaarheidsbijdrage valt. Hiermee wordt voorkomen dat dezelfde zorg niet dubbel wordt bekostigd. Er moet goed worden bezien tot welke kosten de beschikbaarheidsbijdrage zich uitstrekt en hoe die wordt vastgesteld. Om dezelfde reden is deze voorwaarde ook weer opgenomen in het voorgestelde artikel 56b, tweede lid, Wmg.

Het stelsel van tarieven en beschikbaarheidsbijdragen moet in beginsel kunnen leiden tot een exploitatie waarbij de kwaliteit van zorg is gewaar-

⁴⁵ Regeling medisch-specialistische zorg van de NZa met kenmerk NR/REG-1713.

borgd. De NZa houdt bij de vaststelling van tarieven en bijdragen over en weer rekening met de omstandigheid of naast een tarief een beschikbaarheidsbijdrage is vastgesteld of andersom.

De leden van de CDA-fractie willen graag een uitputtende opsomming van instrumenten die eerst worden ingezet om te proberen een overschrijding van de toepasselijke macrogrens zoveel mogelijk te voorkomen. De leden vragen of de regering hier een escalatieladder van wil maken.

Het voorkomen van overschrijdingen begint bij een goede raming van de zorgvraag en de daarvoor noodzakelijke middelen. Daarnaast kan een overschrijding van een macrogrens worden voorkomen door het verlenen en inkopen van doelmatige zorg. Ook kunnen er, zoals bijvoorbeeld in de medisch-specialistische zorg, bestuurlijke akkoorden worden gesloten om de uitgavengroei te beheersen. Er is derhalve geen vast scenario of escalatieladder.

De leden van de CDA-fractie vragen naar de criteria op basis waarvan wordt gekozen voor een generieke of gedifferentieerde toepassing van de macrobeheersheffing.

Vooralsnog is er alleen sprake van een generieke macrobeheersheffing. Bij een eventuele keuze tussen generiek of gedifferentieerde toepassing van de macrobeheersheffing zal onder meer gekeken worden naar de juridische soliditeit, de uitvoerbaarheid, controleerbaarheid en handhaafbaarheid. Daarnaast wordt gekeken naar de te verwachten effecten die de verdeling van de heffing met zich brengt tussen degenen die de overschrijding hebben veroorzaakt en degenen die daaraan niet hebben bijgedragen⁴⁶.

De leden van de CDA-fractie zouden graag een aantal rekenvoorbeelden willen zien hoe de NZa het doelbedrag uitrekent van zorgaanbieders met en zonder contract.

Hoe de NZa het doelbedrag uitrekent van zorgaanbieders met en zonder contract is afhankelijk van de vormgeving van de gedifferentieerde macrobeheersheffing. Nu deze gedifferentieerde macrobeheersheffing nog niet inhoudelijk is uitgewerkt en ook niet in de praktijk werkt, is het niet mogelijk hier cijfervoorbeelden of procedures van te schetsen. Op dit moment vindt er een onderzoek plaats naar andere varianten van de macrobeheersheffing om contractering van zorg, en daarmee de kwaliteit van zorg, te bevorderen.

De leden van de CDA-fractie vragen wie de individuele grens van de zorgaanbieder berekent en hoe de hoogte van die grens wordt berekend.

De Minister legt in een ministeriële regeling vast of er sprake is van een macrobeheersheffing in een sector (generiek of gedifferentieerd). In deze regeling zal ook worden opgenomen hoe de hoogte van de individuele heffing van de zorgaanbieder wordt bepaald door de NZa. De NZa voert de ministeriële regelingen van VWS uit en is verantwoordelijk voor de casuïstiek. Dit houdt mede in dat de NZa verantwoordelijk is en blijft voor de vaststelling van de door een individuele zorgaanbieder te betalen macrobeheersheffing.

⁴⁶ Handelingen EK 2011/12, nr. 9; voortzetting van de behandeling van het wetsvoorstel Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging (Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG) (32 393).

In het geval van een overschrijding van een van te voren aan de sector opgelegd macrokader kan de Minister van VWS besluiten tot het opleggen van een macrobeheersheffing. Bij een generieke heffing betekent het dat alle zorgaanbieders bij een overschrijding een generiek, dus gelijk, heffingspercentage van hun omzet aan het Zorgverzekeringsfonds moeten afdragen. Dit heffingspercentage wordt door de NZa bepaald door de terug te halen overschrijding ten opzichte van de relevante macro-uitgaven te nemen. Vervolgens stelt de NZa per zorgaanbieder vast welk bedrag door die zorgaanbieder aan het Zorgverzekeringsfonds moet worden afgedragen.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de NZa er mee om gaat als het omzetplafond van de zorgverzekeraar lager ligt dan de individuele grens van de zorgaanbieder, maar de zorgaanbieder wel meer dan het omzetplafond aan prestaties heeft geleverd.

De overschrijding van het macrobedrag wordt berekend op basis van de gezamenlijke schade van zorgverzekeraars. De schade bestaat uit de aan zorgaanbieders betaalde declaraties en uit aan individuele verzekerden betaalde vergoedingen voor verzekerde zorg. Indien het omzetplafond van de zorgaanbieder lager ligt dan de zorgaanbieder aan prestaties heeft geleverd, betaalt de verzekeraar aan de aanbieder niet meer dan het plafondbedrag. Die schade van de verzekeraar wordt meegeteld bij de gezamenlijke schade van verzekeraars.

Als er geen overschrijding is van het macrobedrag is de totale omzet van de zorgaanbieder gelijk aan de individuele grens. Als er wel een overschrijding is van het macrobedrag is de totale omzet van de aanbieder de grondslag van de heffing. Bij de toepassing van een generieke macrobeheersheffing wordt die totale omzet van de zorgaanbieder als maatstaf gebruikt voor het bepalen van de heffing die aan het Zorgverzekeringsfonds moet worden afgedragen. Het feit dat de zorgaanbieder wel meer aan prestaties heeft geleverd ten behoeve van verzekerden van een individuele zorgverzekeraar dan het met die verzekeraar afgesproken omzetplafond speelt daarbij geen rol.

De leden van de CDA-fractie hebben gevraagd om de concept-AMvB samen met de nota naar aanleiding van het verslag aan de Kamer te zenden.

De concept-AMvB wordt u hierbij toegezonden⁴⁷.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten of de regering overweegt om een plicht voor zorgverzekeraars op te leggen om bij toepassing van de macrobeheersheffing ook het eigen risico aan verzekerden terug te betalen.

De macrobeheersheffing wordt opgelegd aan zorgaanbieders en wordt bij generieke toepassing niet gespecificeerd naar zorgverzekeraars die declaraties van de zorgaanbieder hebben betaald of vergoed. De zorgaanbieders dragen de heffing af aan het Zorgverzekeringsfonds. De heffing wordt niet uitgekeerd aan individuele zorgverzekeraars. Doordat de heffing ten goede komt aan het Zorgverzekeringsfonds komt deze ten goede aan alle verzekerden.

Het lijkt de regering niet efficiënt en niet uitvoerbaar de macrobeheersheffing door te rekenen naar de individuele verzekerde. Zou dat moeten worden bewerkstelligd dan moet eerst het eigen risico van alle individuele verzekerden worden uitgesplitst naar de verschillende sectoren. Daarna moeten alle eigen risico's van alle individuele verzekerden worden

⁴⁷ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

opgeteld die betrekking hebben op de sector waarin de macrobeheersheffing heeft plaats gevonden. Vervolgens moet per individu worden uitgerekend welk deel van het eigen risico wordt uitgekeerd aan de individuele verzekerde. Dat kan pro rato zijn van het eigen risico dat is betaald of via een andere verdeelsleutel.

Derhalve heeft de regering alles overziend de voorkeur voor de afdracht van de heffing aan het Zorgverzekeringsfonds waardoor de afgedragen gelden ten goede komen aan alle verzekerden.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten waarom de regering in het wetsvoorstel geen evaluatiebepaling heeft opgenomen.

Het wetsvoorstel bevat geen evaluatiebepaling omdat de Wmg zelf al vijfjaarlijks wordt geëvalueerd. De eerdere evaluaties van die wet hebben plaats gevonden in 2009 en 2014. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, zendt bovendien op grond van artikel 39, eerste lid, van de Kaderwet zbo's, elke vijf jaar een evaluatie van de NZa aan de beide kamers der Staten-Generaal. De wijzigingen op grond van het onderhavige wetsvoorstel vinden hun plek in de vijfjaarlijkse evaluatie van de Wmg.

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