

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. 8

NADER VERSLAG

Vastgesteld 12 december 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, belast met het voorbereidend onderzoek van voorliggend wetsvoorstel, heeft naar aanleiding van de Nota naar aanleiding van het Verslag en de nota van wijziging besloten tot het uitbrengen van een Nader Verslag. Onder het voorbehoud dat de in het Nader Verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende door de regering worden beantwoord acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

Inhoud

ALGEMEEN

1. Inleiding	1
2. Regulering	5
3. Dereguleren	6
4. Markttoezicht	9

ALGEMEEN

1. Inleiding

De leden van de **PvdA-fractie** hebben met belangstelling kennis genomen van de nota van wijziging van het wetsvoorstel «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». Zij zien de mogelijkheden en kansen die deze wetswijziging biedt om zorgprestaties beter aan te laten sluiten bij de wensen van patiënt en om zo te komen tot een focus op de patiënt in plaats van een focus op het systeem. Zij hebben nog enkele aanvullende vragen over de benutting van deze mogelijkheden en kansen door de wetswijziging en de nota van wijziging hierop.

De leden van de fractie van de PvdA zijn van mening dat een onafhankelijke toezichthouder van groot belang is voor het goed functioneren van het Nederlandse zorgsysteem. Volgens de leden van de fractie van de PvdA draagt een onafhankelijke toezichthouder bij aan kwalitatief goede zorg voor een eerlijke prijs. De leden zijn het daarom grotendeels eens met de beoogde doelen die door middel van deze wetswijziging worden nagestreefd; te weten een duidelijke positionering van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) als robuuste en onafhankelijke toezichthouder en hiernaast zien zij ook zeker voordelen van bevordering van innovaties en maatwerk. Zoals al eerder gesteld zien zij met deze wijziging van de wet een belangrijke kans om prestaties van zorgaanbieders meer aan te laten sluiten op de wensen van mensen, zodat patiënten de zorg krijgen die bij hen past. De leden missen echter nog concrete uitwerking van deze verbetering en doelen. Zij hebben nog vragen over de deregulering van tarieven en prestaties, die voor deze bevordering van innovaties en maatwerk zou moeten zorgen.

De leden van de fractie van de PvdA vinden dat deze wetswijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en van enkele andere wetten, een mogelijkheid zou kunnen bieden om de positie van de patiënt meer centraal te stellen binnen het stelsel. Ze hebben echter nog vragen over de manier waarop dit met het huidige wetsvoorstel concreet gebeurt. Op dit moment is de statische Diagnose-Behandelcombinatie (DBC) leidend. De leden zien dat dit tot frustratie van vooral zorgverlener, maar ook patiënt leidt. Deze wet biedt een kans op verbetering, mits er dan ook echt vanuit kwaliteit en wensen van mensen wordt geredeneerd. Deze concrete versterking van de positie van de patiënt én de patiëntvertegenwoordiging missen de leden van de fractie van de PvdA nog in deze uitwerking van de wetswijziging.

De leden van de fractie van de PvdA hebben de nota van wijziging en de beantwoording op de gestelde vragen in de nota naar aanleiding van het verslag gelezen, en zij lezen in deze beantwoording dat met de voorgestelde wetswijziging meer ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders wordt geboden om zelf afspraken te maken over welke zorg met welke kwaliteit en tegen welke prijs geleverd wordt. De leden van de fractie van de PvdA zien echter graag nog een toelichting op de gevolgen van de positie van de patiënt door dergelijke wijzigingen binnen deze voorgestelde wijziging. Zij lezen dat de gebondenheid aan de door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen het lastig voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders maakt om zelfstandig en snel tot maatwerkafspraken te komen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De leden begrijpen ook dat het voorliggende wetsvoorstel dit proces vergemakkelijkt en dat daarmee patiënten eerder van innovaties profiteren. Echter zien de leden van de fractie van de PvdA ook dat binnen de machtsdriehoek van patiënt-zorgaanbieder-zorgverzekeraar, de positie van de patiënt door de voorgenomen wijziging niet formeel wordt versterkt; in tegenstelling tot een verbrede ruimte voor zorgaanbieder en verzekeraars om met elkaar afspraken te maken over de te leveren zorg. Waaruit blijkt nu dat patiënt het uitgangspunt van deze wetswijziging is?

De leden van de fractie van de PvdA hebben over dit specifieke punt daarom nog aanvullende vragen; zij vrezen dat in de praktijk de stem van de patiënt mogelijk niet als zwaarstwegend zal blijken in de afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. In het verslag was te lezen dat er aan de NZa in een uitvoeringstoets voor mogelijke experimenten met vrije prestaties is gevraagd in te gaan op de vraag of extra voorwaarden noodzakelijk zijn voor het invoeren van vrije prestaties tussen zorgaanbieder en patiënt. Hoe staat het met de verkenning van de sectoren? Kan al meer informatie worden gegeven over de beoordeling hiervan en over de toegevoegde waarde van een schotten-overstijgend experiment? Op welke manier kan het benodigde enthousiasme onder patiënten voor het creëren van meer ruimte in de bekostiging worden gestimuleerd? Welke

plannen heeft de Minister van VWS hiervoor, gezien het feit dat zij dit van belang acht voor het succes van deze mogelijkheid? Kan hier een toelichting worden gegeven op deze redenatie?

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

De leden van de fractie van de PvdA hebben in het eerste schriftelijk verslag vragen gesteld over de implicaties van de vrije prestaties op de duidelijkheid voor patiënten bij verschillen in afgesproken zorgprestaties tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De leden hebben gevraagd hun zorgen weg te nemen wat betreft dit punt en zij zijn hierover nog niet overtuigd; op welke manier kan de transparantie voor patiënten alsnog worden bereikt bij vrije prestaties en wat betekent dit voor de mogelijkheden van kwalitatieve vergelijking van de zorg? Dit vraagt naar de mening van deze leden helemaal een omslag naar uitkomstmeting, zodat de meerwaarde vanuit patiënt ervaring kan worden gemeten. En verschil in waardering tussen verschillende behandelingen.

De leden van de fractie van de PvdA zijn in hun twijfel over de nadruk op de patiënt gesterkt door stelling van de NZa in haar uitvoeringstoets van de wetswijziging, waarin zij stelt dat het bij deregulering van prestaties nodig is om te zorgen voor een andersoortige standaardisatie van informatie. Hoe denkt de regering dat dergelijke standaardisatie toch kan worden bereikt, voor de door de NZa beschreven doelen als «het toezicht van de IGZ, het toezicht op correct declareren door de NZa, het bevorderen van kwaliteitstransparantie, het daartoe ontwikkelen van kwaliteits-indicatoren door het Zorginstituut, de zorginkoop en onderzoek»? Kan een bepaalde vorm van standaardisatie hiernaast een positieve invloed hebben op de transparantie voor verzekerden over de prestaties van zorgaanbieders? Op welke manier kan een verzekerde nog een goed overwogen keuze maken wanneer de prestaties tussen zorgaanbieders niet goed vergelijkbaar en te controleren zijn voor de verzekerden? Er zal uiteindelijk een kwalitatieve duiding moeten zijn op uitkomst, loopt dit ook mee in de vorming van vrije prestaties?

De leden van de fractie van de PvdA lezen in beantwoording op haar vragen verder over de invloed van de wetswijziging op de gelijke toegang tot zorg en gelijke levering van zorg uit het basispakket dat het creëren van meer ruimte in de bekostiging of in de prestatiesbeschrijving in de Wmg géén invloed heeft op het recht op zorg zoals geregeld in de Zorgverzeringwet (Zvw). De genoemde leden hebben over deze stelling nog enkele vragen; zeker wanneer zij deze stelling bezien in het licht van een aantal opmerking van het Zorginstituut op de wijziging van de Wmg uit haar brief van 19 mei 2015. Hierin stelt zij: «in elke prestatie-omschrijving moeten bij de prestatiebeschrijving betrokken partijen duidelijke afspraken gemaakt hebben over de vraag of zij van oordeel zijn dat de betreffende prestatie al dan niet onder de aanspraken Zvw of Wlz valt». De genoemde leden vragen zich af hoe deze stelling van het Zorginstituut moeten zien in verhouding met de hierboven genoemde uitspraak van de regering over de gelijke toegang tot zorg en gelijke levering van zorg uit het basispakket. Wat is de regering van plan om te bewerkstelligen dat de voorliggende wetswijziging inderdaad geen invloed heeft op het recht op zorg zoals geregeld in de Zvw? Hoe zorgt zij ervoor dat het basispakket voor iedere verzekerde hetzelfde inhoudt? Wat gebeurt er bij de twee situaties die door het Zorginstituut worden omschreven, namelijk wanneer bijvoorbeeld de zorgverzekeraar geen partij was bij de opstelling van de prestatie-omschrijving en het oneens is met de constatering dat het in principe verzekerde zorg betreft? En wat is de manier van handelen volgens de regering wanneer de zorgverzekeraar van mening is dat de

patiënt niet redelijkerwijs op de verzekerde prestatie aangewezen was? Wie loopt in bovengenoemde omstandigheden het financieel risico? Kan zij de garantie geven dat dit niet de verzekerde zal zijn? Zeker wanneer de verzekerde een natura-polis heeft, loopt deze volgens de regering dan geen risico op onverwachte kosten wanneer de zorgprestatie uiteindelijk geen verzekerde zorg betreft? Op welke manier kan de verzekerde er altijd zeker van zijn dat hij niet voor dergelijke onaangename verrassingen zal komen te staan? Oftewel: hoe kan worden gezorgd dat de patiënt krijgt wat nodig is en dat er niet een discussie over aanspraken ontstaat door hierin wijzigingen aan te brengen?

De leden van de **SP-fractie** danken de regering voor de uitgebreide beantwoording en het toesturen van de adviezen en reacties van het Zorginstituut en de Autoriteit Consument en Markt (ACM), alsmede de uitvoeringstoets en de fraudetoets. De leden van de SP-fractie zijn niet overtuigd van deze route voor de ordening van de zorg. Dit zal de regering niet verbazen.

De leden merken op dat deze stukken allemaal uit mei 2015 zijn en dat de Kamer deze stukken pas in november 2016 heeft gekregen. Waarom zit er zo een groot tijdsbestek tussen de verkregen adviezen/reacties en het informeren van de Kamer? Waarom is er bij de indiening van het wetsvoorstel op 8 april 2016 de toen al beschikbare adviezen en de uitvoeringstoets en fraudetoets niet direct met de Kamer gedeeld? Erkent de regering dat zij een actieve informatieplicht heeft en niet enkel op verzoek van leden van de Kamer informatie moet verstrekken?

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

De leden van de SP-fractie hebben geen behoefte aan verdere vrije tarieven en prestaties omdat zij zien dat hiermee juist transparantie afneemt. Het is niet mogelijk om inzicht te krijgen in prijsvorming als overal andere tarieven en prestaties overeengekomen worden. Het leidt wellicht tot minder regelgeving vanuit de overheid, het leidt tot veel meer bureaucratie bij zorgaanbieders en zorgverleners. Het vergroot de macht van de zorgverzekeraar die zonder een expliciete uitleg van wat zorgplicht precies inhoudt, een grote mate van vrijheid hebben om te bepalen waar mensen wel of geen zorg kunnen krijgen. Kan de regering aangeven welk belang verder vrije prestaties precies dienen? Wordt het transparanter? Wordt het minder bureaucratisch in de uitvoering? Wordt het «goedkoper»? Wordt het lange termijn perspectief van een zorginstelling en een zorgrelatie van arts en patiënt verbeterd door vrije tarieven? Wordt de zorg beter? Deze leden verwachten op alle vragen een antwoord.

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

De leden van de SP-fractie vragen de regering geen verdere stappen in het vrijgeven van tarieven en prestaties te voorzien totdat duidelijk is wat er onder zorgplicht van de zorgverzekeraar wordt verstaan. De leden begrijpen dat de NZa inmiddels een onderzoek heeft afgerond en zij willen dit graag ontvangen. Voldoen zorgverzekeraars aan hun zorgplicht of zijn er problemen voor patiënten op tijdige zorg op een acceptabele afstand te krijgen? Wat is tijdige zorg precies? Wie bepaalt dat? Wat is een acceptabele afstand? En wie bepaalt dat?

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

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

Tot slot willen de leden nog een vraag stellen over het Informatie-uitwisseling tussen VWS en de NZa. De leden zien tot hun spijt onder twee staan dat de NZa het ministerie – net als andere relevante partijen – in staat stelt om op conceptrapporten en signaleringen te reageren voordat zij openbaar worden voor iedereen. De leden van de SP-fractie vinden dit hoogst onwenselijk en deze afspraak doet geen recht aan de wens om de NZa onafhankelijker van VWS te maken. Kan de regering in gaan op de zorg van de leden en is zij bereid om deze afspraak te schrappen

De leden van de **CDA-fractie** hebben kennisgenomen van de antwoorden van de regering en de nota van wijziging aangaande 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.

Eerder genoemde leden maken graag van de gelegenheid gebruik hier aanvullende en verdiepende vragen over te stellen. De leden zijn namelijk de mening toegedaan dat dit wetsvoorstel verstrekkend vanwege de omslag van een verbodstelsel naar een gebodstelsel.

De regering schrijft dat de aanpassing van de macrobeheersheffing in een apart wetsvoorstel wordt opgenomen, nadat een aantal varianten en voor- en nadelen nader zijn getoetst. Waarom kiest de regering er niet voor om de bepalingen omtrent de macrobeheersheffing uit dit wetsvoorstel te halen, mede gezien de conclusie van de NZa dat de gedifferentieerde macrobeheersheffing onuitvoerbaar is. Wanneer verwacht de regering om met een aanvullend wetsvoorstel te komen, indien zij dit voornemen doorzet. Daarnaast willen de leden van de CDA-fractie ook graag weten aan welke varianten de regering denkt. Enkele jaren geleden is door Triple A al uitgebreid hier onderzoek naar gedaan. Ook vragen de leden van het CDA-fractie wie die varianten gaat toetsen en op welke termijn dit gaat gebeuren.

2. Regulering

In de beantwoording van de eerdere vragen geeft de regering niet een eenduidig antwoord of dit wetsvoorstel op het onderdeel vrije prestaties en vrije tarieven de marktwerking vergroot. De leden van de **CDA-fractie** wijzen de regering op de memorie van toelichting van de Wet marktordening gezondheidszorg (30 186 nr 3). Daarin wordt helder omschreven dat het loslaten van regulering ic vrije prestaties en tarieven een vergroting van marktwerking is. De leden van de CDA-fractie vragen nogmaals aan regering of de invoering van vrije prestaties en tarieven een vergroting van de marktwerking in de zorg is.

In de memorie van toelichting staat ook dat de wet marktordening gezondheidszorg voorziet in spelregels en bijbehorend toezicht om de overstap naar meer marktwerking veilig te kunnen maken. Het is één van de wetten die vormgeeft aan het nieuwe sturingsconcept van gereguleerde marktwerking en vormt daar in wezen het sluitstuk van. De wet bevordert dat waar dat kan marktwerking op gang wordt gebracht en

gehouden. Waar dat moet, de overheid tarieven en prestaties kan reguleren. De leden van de CDA-fractie vragen nogmaals welke meerwaarde de regering ziet om het huidige uitgangspunt van de Wet marktordening gezondheidszorg van «gereguleerd, tenzij» los te laten. De regering wil dit veranderen naar «vrij tenzij».

In de memorie van toelichting staat ook dat reguleren van productie- en prestatieomschrijvingen gewenst is wanneer er in de sector geen eenduidigheid bestaat over de precieze producten en diensten die marktpartijen gaan contracteren. Eenduidige omschrijvingen maken goede prijsvergelijking mogelijk. Op dit moment is er grote behoefte om meer transparantie over de prijzen te krijgen. Prestatiebeschrijvingen zorgen voor een uniforme declaratietaal. Waarom wil de regering een ontwikkeling in gang zetten die juist het tegendeel gaat veroorzaken, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

De regering stelt in haar antwoord dat gezien de aantallen en frequentie van wijzigingen de regering een ministeriële regeling beter passend acht dan een algemene maatregel van bestuur (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.

Deelt de regering de mening dat door deze omzetting van een AMvB naar ministeriële regeling de betrokkenheid van de Tweede Kamer wordt beperkt? Zo ja, waarom wel? Zo nee, waarom niet?

De regering stelt vervolgens dat een AMvB in een situatie een vertraging van 3 maanden tot een half jaar kan opleveren als er een snelle tariefswijziging nodig is. Maar in dat geval kan er toch gebruik worden gemaakt van een spoedprocedure?

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

Adviesbureau Andersson Elffers Felix (AEF) heeft geadviseerd om de sturingsrelatie tussen het Ministerie van VWS en de NZa te herijken en daarvoor neemt de regering in dit wetsvoorstel een aantal stappen. Voor een gezaghebbende rolinvulling door de NZa is in de toekomst behoefte aan voldoende onafhankelijkheid ten opzichte van het departement.

Binnen de eigen beïnvloedingssfeer ontbreekt het de NZa aan een eigen strategische agenda en maakt de organisatie in haar optreden naar de buitenwereld onvoldoende een scheiding tussen haar rollen als;

- controleur,
- bewaker en
- regulator.

De regulerende rol wordt overgenomen door het ministerie maar de controlerende en bewakende rol blijft bij de NZa. In hoeverre vindt de regering dat er tussen beide rollen spanning zit?

De regering geeft aan dat voor zover dit wetsvoorstel taken bij de Minister van VWS of de ACM belegt, momenteel onderzocht wordt welke gevolgen dat dient te hebben qua personeelsinzet. De leden van de CDA-fractie vragen wanneer hierover duidelijkheid is.

3. Dereguleren

De leden van de **CDA-fractie** constateren dat pp meerdere punten in de beantwoording de regering verwijst naar de evaluatie van de Wet marktordening gezondheidszorg als reden om de wet te veranderen. Meerdere malen komt de redenering terug dat uit de evaluatie van de Wmg naar voren komt, 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. Daaraan verbindt de regering de conclusie dat de inrichting van prestatie-regulering binnen die delen van het zorgstelsel mogelijk gering is. De leden van de CDA-fractie kunnen die conclusie om een drietal redenen niet volgen.

Ten eerste schrijft AEF in hun evaluatie van de Wmg «Ordering en toezicht in de zorg» op bladzijde 69 dat hun onderzoek over tarief- en prestatie-regulering gebonden is aan een aantal onzekerheden. «In veel gevallen ontbreekt bruikbare data, enige vorm van «nulmeting» en de mogelijkheden effecten te isoleren. Daarnaast is het aanbrengen van causaal verband tussen regulering en effect in de meeste gevallen niet mogelijk. Onze conclusies zijn daarom voorzichtig van aard.» De leden van de CDA-fractie vinden het uitermate zorgelijk dat de regering op een dergelijke smalle basis zo'n enorme verandering van wetgeving doorvoert. Daarom vragen zij de regering uitleg waarom zij dit toch doorzet en hoe zich dit verhoudt tot de opmerkingen van AEF in hun evaluatie van de Wmg.

Een tweede punt is dat AEF ook concludeert dat prestatiebeschrijvingen op dit moment een rol bij de risicoverevening en de pakketafbakening speelt. Voor deze vormen van afgeleid gebruik van prestatiebeschrijvingen moeten alternatieven aangedragen kunnen worden (bladzijde 8 van het desbetreffende rapport). De leden van de CDA-fractie vinden de risicoverevening de ruggengraat van het zorgstelsel. Ook levert de risicoverevening een belangrijke bijdrage aan de solidariteit. Op welke wijze gaat de regering de risicoverevening aanpassen als zij vrije prestaties invoert.

Daarnaast schrijft de regering in antwoorden op de vragen dat zij niet inziet waarom haar voorstel het pakket raakt. Dit verbaast de CDA-fractie, omdat AEF wel degelijk aangeeft dat prestatiebeschrijvingen een rol spelen bij de pakketafbakening. Graag horen deze leden van de regering waarom zij hier anders tegenaan kijkt. Hoe kan het dat AEF tot een andere conclusie komt?

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

Waar baseert de regering op dat door de omslag van een verbodsstelsel naar een gebodsstelsel eenvoudiger wordt innovatieve zorg voor de patiënt te regelen. In de uitvoeringstoets experiment vrije prestaties door de Nederlandse Zorgautoriteit wordt juist geconcludeerd, dat de partijen in het algemeen aangeven dat de prestatiebeschrijvingen die de NZa vaststelt in veel gevallen niet als knellend voor de innovatie worden ervaren. Binnen de huidige prestatie- en tariefregulering is er volgens partijen al veel mogelijk. Dit staat haaks op de opvatting van de Minister. De leden van de CDA-fractie vragen de regering hierop nader te reflecteren.

Ook blijkt uit de uitvoeringstoets dat partijen vernieuwing en deregulering vooral zien nieuwe vormen van samenwerking en substitutie. Dat is nu vaak financieel lastig te regelen vanwege de bestaande schotten in de bekostiging. Waarom pakt de regering dit niet aan om innovatie in de zorg juist te bevorderen, zo vragen de leden van de CDA-fractie. Het lijkt erop dat de regering het verkeerde middel gebruikt om het doel van innovatie in de zorg te bereiken.

Ook is het draagvlak voor experimenten met vrije prestaties beperkt bij diverse partijen en belanghebbenden. De leden van de CDA-fractie vragen de regering waarom zij de wijziging van de Wmg om te komen tot een systeem van vrije prestaties doorzet als daar gering draagvlak in de zorg voor is.

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

Dan lezen de leden vervolgens dat vrije tarieven mogelijkheden biedt de zorg meer op maat van de patiënt te organiseren en te betalen. Maar verder in de beantwoording stelt de regering dat deze Wet niet gaat over de zorgverzekeringswet (dus over de patiënt). Hoe zit dit nu precies, vragen deze leden.

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

Daarnaast maken de leden van de CDA-fractie zich ook zorgen dat het gebruik van vrije prestaties nog grotere administratieve verplichtingen bij zorgaanbieders legt die met meerdere zorgverzekeraars te maken hebben. Zorgverzekeraars kunnen namelijk elk hun eigen prestaties vastleggen. Hoe kan dit voorkomen worden, zo vragen de leden van de CDA-fractie. De regering geeft aan dat er ook terugvalprestaties zijn, indien een zorgaanbieder niet gecontracteerd is. De leden van de CDA-fractie vragen of de situatie zich kan voordoen, dat er wel vrije prestaties ingevoerd zijn, maar geen terugvalprestaties zijn vastgesteld zijn. Mocht het antwoord hierop positief zijn, dan willen deze leden weten hoe niet-gecontracteerde zorgaanbieders dan hun zorg bij de zorgverzekeraar vergoed krijgen en hoe het tarief wordt bepaald.

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

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

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

kostendekkende vergoeding. Kan de regering dit nogmaals toelichten en voorbeelden geven wanneer het beleidsmatig gewenst en uitvoerbaar is. Vervolgens stelt de regering dat met de voorgestelde wetwijziging er meer ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden geboden om zelf afspraken te maken over welke zorg met welke kwaliteit en tegen welke prijs geleverd wordt.

Deze leden kunnen in theorie deze gedachtegang van de regering wel volgen maar vragen of de praktijk niet wat weerbarstiger is. Ervaringen van zorgaanbieders tot nu toe laten zien dat zij «bij het kruisje» moeten tekenen. Ook bij sectoren waar de prijzen al zijn vrij gegeven dus waarop baseert de regering dit?

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

De Nederlandse Zorgautoriteit concludeert onomwonden dat de in het wetsvoorstel beschreven gedifferentieerde macrobeheersheffing praktisch gesproken niet uitvoerbaar acht. In uitvoeringstechnische zin zal een gedifferentieerd macrobeheersinstrument (mbi) ten opzichte van de huidige generieke variant een meer gedetailleerde uitvraag van contract en/of omzetgegevens bij zorgaanbieders of zorgverzekeraars noodzakelijk maken, dat ingrijpende gevolgen heeft voor controle en het verwerken van gegevens. In de sectoren waar sprake is van grote aantallen kleine zorgaanbieders (met name vrijgevestigden) ziet de NZa bij de handhaving van de aanlevering aanzienlijke problemen, omdat momenteel geen landelijke, betrouwbare bestanden met gegevens over naam, adres en vestigingsplaats van de zorgaanbieders beschikbaar zijn. De NZa merkt ook op dat, afhankelijk van de omzetgegevens en de contracteersgraad, het uiteindelijke verschil met een generieke variant dermate gering kan zijn, dat dit niet de extra administratieve lasten en uitvoeringslasten rechtvaardigt. De leden van de CDA-fractie vragen waarom de regering op dit punt de wijziging van de wet marktordening gezondheidszorg toch doorzet. Daarnaast vragen zij de regering waarom zij toch niet vasthoudt aan de huidige bepalingen in de wet marktordening gezondheidszorg. Het advies van Triple A van 20 december 2013 concludeert dat de invoering van een gedifferentieerde mbi de innovatie kan beperken en kleine niet-gecontracteerde zorgaanbieders tot faillissement kan leiden. De leden van de CDA-fractie vragen de reactie van de regering op deze conclusies.

Ook geeft de regering in de beantwoording van de vragen van de artikelsgewijze toelichting toe, dat de invoering van een gedifferentieerd mbi ertoe moet leiden dat contractering van zorg bevorderd wordt. De leden van de CDA-fractie vragen of hier met een omweg weer de beperking van de vrije artskeuze wordt ingevoerd.

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

4. Markttoezicht

De leden van de **CDA-fractie** merken op dat de regering de ACM heeft 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. De

leden van de CDA-fractie vragen wanneer de ACM de desbetreffende duiding gaat publiceren.

De ACM krijgt meer ruimte om nieuwe methoden te hanteren om aanmerkelijke marktmacht vast te stellen. De leden van de CDA-fractie vragen om welke nieuwe methoden het hier gaat.

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. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de Nederlandse Zorgautoriteit hier tegenaan kijkt.

De ACM ziet met haar reguliere concentratietoezicht op grond van de Mededingingswet (Mw) toe op (eventuele) fusies tussen zorgverzekeraars. Waarom is er niet voor zorgspecifieke toezicht op zorgverzekeraars gekozen? Dit vragen de leden van de CDA-fractie, omdat er feitelijk sprake is van een oligopolie van zorgverzekeraars.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De griffier van de commissie,
Post