Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2022–2023

29 689 Herziening Zorgstelsel

Nr. 1192

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 22 mei 2023

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport over de brief van 31 maart 2023 over de antwoorden op vragen commissie over de reactie op verzoek commissie inzake de uitspraak van de Hoge Raad over het hinderpaalcriterium inzake de Vrije Artsenkeuze en het voornemen tot het verlagen van de tarieven door verzekeraars voor ongecontracteerde GGZ- en wijkverpleging aanbieders (Kamerstuk 29 689, nr. 1189).

De vragen en opmerkingen zijn op 14 april 2023 aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport voorgelegd. Bij brief van 17 mei 2023 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Smals

De adjunct-griffier van de commissie,
Bakker

kst-29689-1192
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2023

Inhoudsopgave

I.	**Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**	**2**
	Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie	4
II.	**Reactie van de Minister**	**6**

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de antwoorden van de Minister en hebben geen verdere vragen. Zij blijven het dossier met belangstelling volgen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met verbijstering kennisgenomen van de reactie van de Minister op vragen van de commissie inzake het hinderpaalcriterium. Deze leden hebben hierover aanvullende vragen. Zij zijn geschokt door de reactie van de Minister in de beantwoording op hun vragen dat ze voornemens is zelf de regels voor het hinderpaalcriterium te gaan aanpassen. Dat is een radicale breuk met het recht op vrije artsenkeuze in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Welke wettelijke grondslag heeft haar handelen? Wil de Minister het fatsoen hebben haar inperking van de vrije artsenkeuze (artikel 13 van de Zvw) middels wetgeving voor te leggen aan de Tweede Kamer in plaats van gedupeerde patiënten de gang naar de rechter te laten maken? Genoemde leden achten het in dit kader van belang om een chronologisch overzicht te krijgen van alle rechtszaken die gevoerd zijn over contractering, vergoeding en het hinderpaalcriterium in de zorg, inclusief de motivatie en de uitspraken van de rechters. Kunnen deze leden dit overzicht krijgen? Zij laten alvast weten niet te zullen instemmen met een aanpassing van het hinderpaalcriterium als dit tot lagere vergoedingen of minder keuzevrijheid leidt. De volgende stap dreigt immers dat zorgverzekeraars dan alleen nog maar zorg zullen vergoeden van zorgaanbieders waar zij zeggenschap over hebben. Deze leden zien dat als een rampscenario omdat de meeste zorgverzekeraars onvoldoende oog voor kwaliteit hebben en alleen naar de kosten kijken en voor een dubbeltje op de eerste rang willen zitten. Graag ontvangen genoemde leden een reactie.
Zij zijn van mening dat de Minister de zorg om zeep helpt met haar ongefundeerde heksenjacht op niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Kan de Minister garanderen dat de wachtlijsten niet nog verder zullen oplopen indien de niet-gecontracteerde zorg onbetaalbaar gaat worden? Kan de Minister garanderen dat de tweedeling in de zorg niet nog verder zal oplopen doordat rijkere patiënten de duurdere niet-gecontracteerde zorg wel kunnen betalen en de armere patiënten niet? Hoe borgt de Minister de kleine zorgaanbieders van wijkverpleging in kleine dorpen die de opgelegde minimumomzet niet halen en daardoor niet-gecontracteerd zijn? Hoe borgt de Minister de wijkverpleegkundigen die in de stervensfase 48-uurs hand-in-hand zorg verlenen en niet-gecontracteerd zijn omdat ze buiten de regels vallen? Waarom denkt de Minister dat zij zich de uittocht van niet-gecontracteerde psychologen en psychiaters die er door toedoen van de Minister mee stoppen, kan veroorloven in een tijd dat de wachtlijsten hand-over-hand toenemen? Waarom worden de belangrijkste oorzaken voor het kiezen of het aanbieden van niet-gecontracteerde zorg niet nader onderzocht?

Oorzaken zoals wachtlijsten, budgetplafonds, bureaucratie en wurgcontracten, om maar wat voorbeelden te noemen. Of het feit dat de zorgverzekeraar te vaak op de stoel van de arts gaat zitten. Dat alles ondermijnt het vertrouwen waardoor het belang van het kiezen voor een eigen arts die wel dat vertrouwen geniet, stijgt. Welk belang heeft de Minister eigenlijk voor ogen, dat van de patiënten of dat van de zorgverzekeraars?
De leden van de PVV-fractie begrijpen dat de Integraal Zorgakkoord (Kamerstuk 31 765, nr. 655) (IZA)-partijen samen een voorlichtingsprogramma organiseren dat erop gericht is verzekerden voor te lichten over de financiële risico's van niet-gecontracteerde zorg. Hoe wordt geborgd dat patiënten ruim voor het overstapseizoen weten of hun zorgaanbieder al dan niet gecontracteerd is? Hoe wordt geborgd dat dit betrouwbare en onafhankelijke informatie betreft? Het feit dat in de voorlichting de nadruk gelegd zal worden op situaties en locaties waar de patiënt financieel risico loopt, kan leiden tot een ongefundeerde lastercampagne richting niet-gecontracteerde zorgaanbieders, aldus deze leden. Het ligt meer voor de hand dat een onafhankelijke partij, bijvoorbeeld de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), deze voorlichting organiseert en niet de clubs die baat hebben bij het verlagen van de tarieven en het afschaffen van de vrije artsenkeuze. Graag ontvangen genoemde leden een reactie.
De leden van de PVV-fractie begrijpen uit de beantwoording dat de Minister veel waarde hecht aan zogenaamde hardheidsclausules. Volgens de Minister kan de zorgverzekeraar door middel van zo'n hardheidsclausule een uitzondering maken op het generieke vergoedingspercentage in geval van duurdere vormen van zorg. Om die reden hebben deze leden nog de volgende vervolgvragen:
1.
Is de Minister bekend met het feit dat de meeste zorgverzekeraars ofwel überhaupt geen hardheidsclausule in hun polisvoorwaarden hebben opgenomen, ofwel een hardheidsclausule hanteren die alleen in geval van een *budget*polis (waar de vergoedingen lager liggen dan 75%) kan worden ingeroepen en dan nog altijd maar een vergoedingspercentage van maximaal 75% bieden (en dus nooit meer dan 75%)?
2.
In hoeverre voldoen deze zorgverzekeraars aan de verplichting om in geval van een generiek kortingspercentage, uitzonderingen te maken voor duurdere vormen van zorg? Wil de Minister bij de beantwoording van deze vraag ook ingaan op het feit dat de Hoge Raad in de uitspraak (rechtsoverweging 3.5.2) een eerdere uitlating van de Minister aanhaalt waarin de Minister schreef: «*Een vergoeding van 85% kan een feitelijke hinderpaal opleveren bij een complexe en dure operatie, terwijl een vergoeding van bijv. 30% geen hinderpaal hoeft op te leveren bij een kleine, goedkope ingreep*», waaruit volgt dat de Minister onderkent dat hardheidsclausules niet gemaximeerd zouden moeten worden op een percentage van 75%?
3.
Is de Minister bereid om de NZa te verzoeken om de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraars, met het oog op de recente uitspraak van de Hoge Raad, opnieuw te laten toetsen en de NZa te verzoeken om, daar waar geen uitzonderingen gemaakt worden voor duurdere vormen van zorg, handhavend op te treden?
4.
Is de Minister van mening dat het wenselijk is dat verzekerden bij het afsluiten van hun polis duidelijk weten welk deel van de kosten zij zelf moeten betalen als zij naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaan?
5.
Is de Minister van mening dat het wenselijk is dat een zorgverzekeraar die ervoor kiest een generiek kortingspercentage te hanteren dat in geval van duurdere vormen van zorg een hinderpaal kan opleveren en dit oplost door middel van een hardheidsclausule, transparant moet maken voor

verzekerden hoe en op basis waarvan en hardheidsclausule in de praktijk wordt toegepast? Zo ja, is de Minister bereid om de NZa te vragen hier regels voor op te stellen in het kader van de zogenaamde transparantie-eisen die gesteld worden aan zorgverzekeraars? Zo niet, hoe meent de Minister dan dat voor verzekerden helder is of zij er verstandig aan doen om voor een bepaalde zorgverzekering te kiezen?
6.
Is de Minister van mening dat het wenselijk is dat ook daadwerkelijk toezicht wordt gehouden op het daadwerkelijk toepassen van de hardheidsclausule door zorgverzekeraars, mede gelet op de overweging van de Hoge Raad «*dat de omstandigheid dat de zorgverzekeraar een hardheidsclausule heeft opgenomen in zijn polisvoorwaarden, op zichzelf niet volstaat*» maar dat het «*erom gaat of de zorgverzekeraar de hardheidsclausule ook daadwerkelijk toepast*»? Is de Minister bereid om met de NZa in gesprek te gaan over de wijze waarop dit toezicht vormgegeven kan worden?
7.
Is de Minister bereid om de NZa en/of het Nibud te vragen om onderzoek te doen naar de vraag bij welk bedrag aan niet-vergoede kosten de «gemiddeld modale zorggebruiker» een hinderpaal ervaart zodat aan de hand daarvan heldere criteria geformuleerd kunnen worden voor de maximale door patiënten te betalen vergoeding?
8.
De Hoge Raad heeft in zijn arrest overwogen dat het dat «*het initiatief voor het inroepen van een hardheidsclausule doorgaans bij de verzekerde ligt.*» Is de Minister bekend met het feit dat de mogelijkheid een hardheidsclausule in te roepen niet altijd bekend is bij individuele verzekerden, mede gelet op de omstandigheid dat deze hardheidsclausules vaak zijn opgenomen in omvangrijke polisvoorwaarden? In hoeverre acht de Minister het wenselijk dat individuele verzekerden hierdoor een tegemoetkoming mislopen terwijl zij daar wel recht op hebben? Is de Minister bereid om met zorgverzekeraars in gesprek te gaan om de mogelijkheid van een beroep op de hardheidsclausule uitdrukkelijker aan verzekerden te communiceren? Ziet de Minister hier ook een rol in weggelegd voor de NZa, gelet op haar taak transparantie-eisen te stellen aan zorgverzekeraars?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling de antwoorden op eerdere vragen en opmerkingen gelezen. Deze leden lezen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in alle gevallen hun verzekerden en patiënten goed moeten informeren over de gevolgen van het gebruik van niet gecontracteerde zorg. Hoe weet de Minister dat dat werkelijk in alle gevallen ook gebeurt? Hoe is het toezicht daarop en hoe is het bijvoorbeeld dan geregeld met de informatie van zorgverzekeraars ten aanzien van zorg die in het ene jaar wel gecontracteerd is maar in het volgende jaar niet gecontracteerd wordt, terwijl dat nog niet bekend is tijdens de periode dat verzekerden kunnen overstappen?
Genoemde leden lezen ook dat een verzekerde niet direct naar de rechter hoeft, maar zich eerst tot de zorgverzekeraar kan richten die verplicht is de klacht te behandelen. Dat hadden deze leden al eerder zo begrepen, zij vroegen daarom waarom een verzekerde die zorg nodig heeft en in een geschil met de zorgverzekeraar raakt, zelf allerlei stappen moet zetten waartoe hij/zij dan waarschijnlijk niet in staat is. Zijn er bijvoorbeeld gevallen bekend waarin een verzekerde wel naar een geschillencommissie of rechter ging en achteraf gelijk bleek te krijgen? Hoeveel geschillen zijn er tussen een verzekerde en een zorgverzekeraar geweest in de afgelopen vijf jaar? Hoeveel daarvan zijn goed opgelost en hoeveel zijn vervolgens terecht gekomen bij een geschillencommissie of rechter? Kan een

overzicht gegeven worden per verzekeraar? Kan de verzekeraar tijdens de klachtenprocedure de zorgplicht opschorten zodat de patiënt/cliënt in dat geval geen zorg(vergoeding) krijgt? Zo ja, in hoeveel gevallen bleek het opschorten van de zorgplicht tijdens de klachtenprocedure achteraf niet terecht te zijn?
De leden van de PvdA-fractie vragen hoe getoetst wordt of aan de voorwaarde van de Hoge Raad wordt voldaan, namelijk dat de zorgverzekeraar de hardheidsclausule werkelijk toepast en daartoe op het peilmoment op grond van die clausule aan de verzekerde ondubbelzinnig toezegt een bepaald bedrag te vergoeden dat hoger is dan waarop reeds aanspraak bestaat. Hoe wordt daarop toezicht gehouden? Immers, als een zorgverzekeraar zich hier niet aan houdt, ligt het probleem weer bij de verzekerde die op dat moment zorg nodig heeft.
Deze leden zijn niet gerust op de gevolgen nu de Minister blijft herhalen dat «de Hoge Raad van oordeel is dat een generieke korting in algemene zin is toegestaan», zonder werkelijk in te gaan op de gevolgen die dat kan hebben voor individuele mensen die zorg nodig hebben. De Hoge Raad heeft inderdaad geen invulling gegeven aan het begrip «duurdere vormen van zorg», daarom vroegen de leden van PvdA-fractie wat de Minister verstaat onder «duurdere vormen van zorg» en hoe dus getoetst gaat worden. Deze leden menen dat verzekerden toch ten minste vooraf duidelijkheid moeten hebben en vragen of de Minister een andere mening hierover is toegedaan.
De leden van de PvdA-fractie zijn ook niet blij met het antwoord op hun vraag om een reactie op het standpunt van de Patiëntenfederatie en op de vraag hoe de Minister gaat zorgen voor meer transparante contractering. Dat partijen in het IZA hebben aangegeven dat zij het van groot belang vinden dat patiënten voldoende keuzemogelijkheden hebben en inzicht moeten hebben in de kwaliteit. Klinkt mooi, maar daarmee is nog niets geregeld aan meer transparantie. Hetzelfde geldt voor de vermelding dat is afgesproken dat zorgverzekeraars zich daarom gaan inspannen om tot een gevarieerd zorgaanbod te komen en dat proactief informatie over kwaliteit van zorgaanbod beschikbaar komt. Genoemde leden vinden het mooi dat deze afspraken er zijn, maar vinden dit tevens nog te vrijblijvend. Wanneer is er een concreet resultaat, waarop worden zorgverzekeraars afgerekend? Hoe kan het dat ook voor 2023 de contracten niet rond waren op het moment dat verzekerden moesten kiezen voor een zorgverzekering?
Genoemde leden vroegen eerder welke zorgverzekeraars naar aanleiding van de uitspraak van de Hoge Raad hun polisvoorwaarden hebben aangepast. Waarom kan het wel zo zijn dat zorgverzekeraars na 12 november hun polisvoorwaarden niet meer kunnen aanpassen, zelfs niet naar aanleiding van een uitspraak van de Hoge Raad en zelfs niet als dit in het voordeel van de verzekerde zou kunnen zijn, maar wel nog contracten kunnen afsluiten en hun zorgaanbod niet rond kunnen hebben? Wanneer wordt in de wet opgenomen dat de contracten ook voor 12 november afgesloten dienen te zijn, zodat verzekerden werkelijk goed geïnformeerd kunnen kiezen?
De leden van de PvdA-fractie vroegen een overzicht per verzekeraar ten aanzien van de contractering. Zij vroegen specifiek bij welke verzekeraars geldt dat de contracten nog niet waren afgerond. Het antwoord op die vraag zien deze leden nergens. Zij vragen dat nogmaals. Zij zien graag een overzicht per verzekeraar en per vorm van zorg, dus op welke datum, per verzekeraar alle contracten per vorm van zorg waren afgerond.

II. Reactie van de Minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de antwoorden van de Minister en hebben geen verdere vragen. Zij blijven het dossier met belangstelling volgen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met verbijstering kennisgenomen van de reactie van de Minister op vragen van de commissie inzake het hinderpaalcriterium. Deze leden hebben hierover aanvullende vragen. Zij zijn geschokt door de reactie van de Minister in de beantwoording op hun vragen dat ze voornemens is zelf de regels voor het hinderpaalcriterium te gaan aanpassen. Dat is een radicale breuk met het recht op vrije artsenkeuze in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Welke wettelijke grondslag heeft haar handelen? Wil de Minister het fatsoen hebben haar inperking van de vrije artsenkeuze (artikel 13 van de Zvw) middels wetgeving voor te leggen aan de Tweede Kamer in plaats van gedupeerde patiënten de gang naar de rechter te laten maken? Genoemde leden achten het in dit kader van belang om een chronologisch overzicht te krijgen van alle rechtszaken die gevoerd zijn over contractering, vergoeding en het hinderpaalcriterium in de zorg, inclusief de motivatie en de uitspraken van de rechters. Kunnen deze leden dit overzicht krijgen?

In het verslag hebben de leden van de PVV-fractie gevraagd of ik bereid ben de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) regels te laten stellen betreffende de vraag wanneer sprake is van een feitelijke hinderpaal. Daarop heb ik geantwoord conform de hierover gemaakte afspraken in het Integraal Zorgakkoord (hierna: IZA) voornemens te zijn zelf regels over het hinderpaalcriterium voor te bereiden. Het hinderpaalcriterium ligt besloten in artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Er worden de mogelijkheden bezien om het hinderpaalcriterium expliciet in de wet te verankeren en verduidelijken. Zoals in het IZA is afgesproken, blijft het hinderpaalcriterium ook bij een eventuele wetswijziging van toepassing op de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Anders dan de leden van de PVV-fractie veronderstellen, is er derhalve geen sprake van een radicale breuk met de huidige situatie. In bijlage 1 bij mijn beantwoording van de vragen in het nader verslag is een overzicht opgenomen van de relevante jurisprudentie over het hinderpaalcriterium en de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Volledigheidshalve merk ik op dat er daarnaast ook rechtszaken zijn gevoerd over zorgcontractering en vergoedingen die los staan van het hinderpaalcriterium en de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze zijn derhalve niet verwerkt in het meegezonden overzicht van relevante uitspraken.

Zij laten alvast weten niet te zullen instemmen met een aanpassing van het hinderpaalcriterium als dit tot lagere vergoedingen of minder keuzevrijheid leidt. De volgende stap dreigt immers dat zorgverzekeraars dan alleen nog maar zorg zullen vergoeden van zorgaanbieders waar zij zeggenschap over hebben. Deze leden zien dat als een rampscenario omdat de meeste zorgverzekeraars onvoldoende oog voor kwaliteit hebben en alleen naar de kosten kijken en voor een dubbeltje op de eerste rang willen zitten. Graag ontvangen genoemde leden een reactie.

De afspraak om de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te verlagen, is een van de afspraken om de contractering te stimuleren. Contractering is een cruciaal instrument om de beweging naar passende zorg te

realiseren. Zoals al eerder aangegeven zal bij de verlaging van de vergoeding het hinderpaalcriterium in acht worden genomen. Zorgverzekeraars zullen ook dan nog steeds een vergoeding moeten betalen voor niet-gecontracteerde zorg.

Zij zijn van mening dat de Minister de zorg om zeep helpt met haar ongefundeerde heksenjacht op niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Kan de Minister garanderen dat de wachtlijsten niet nog verder zullen oplopen indien de niet-gecontracteerde zorg onbetaalbaar gaat worden? Kan de Minister garanderen dat de tweedeling in de zorg niet nog verder zal oplopen doordat rijkere patiënten de duurdere niet-gecontracteerde zorg wel kunnen betalen en de armere patiënten niet? Hoe borgt de Minister de kleine zorgaanbieders van wijkverpleging in kleine dorpen die de opgelegde minimumomzet niet halen en daardoor niet-gecontracteerd zijn? Hoe borgt de Minister de wijkverpleegkundigen die in de stervensfase 48-uurs hand-in-hand zorg verlenen en niet-gecontracteerd zijn omdat ze buiten de regels vallen? Waarom denkt de Minister dat zij zich de uittocht van niet-gecontracteerde psychologen en psychiaters die er door toedoen van de Minister mee stoppen, kan veroorloven in een tijd dat de wachtlijsten hand-over-hand toenemen? Waarom worden de belangrijkste oorzaken voor het kiezen of het aanbieden van niet-gecontracteerde zorg niet nader onderzocht?

Oorzaken zoals wachtlijsten, budgetplafonds, bureaucratie en wurgcontracten, om maar wat voorbeelden te noemen. Of het feit dat de zorgverzekeraar te vaak op de stoel van de arts gaat zitten. Dat alles ondermijnt het vertrouwen waardoor het belang van het kiezen voor een eigen arts die wel dat vertrouwen geniet, stijgt. Welk belang heeft de Minister eigenlijk voor ogen, dat van de patiënten of dat van de zorgverzekeraars?

De zorgverzekeraar heeft op basis van de Zvw zorgplicht jegens zijn verzekerden. Dat houdt in dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit hetzij – in geval van een naturapolis – de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, hetzij – ingeval van een restitutiepolis – de vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. De zorgplicht geldt jegens de verzekerde. Dat betekent dat een zorgverzekeraar voldoende zorg moet inkopen voor zijn verzekerden met een naturapolis. Dat betekent dat er ook voor de wijkverpleging in kleine dorpen, voor wijkverpleging in de stervensfase of voor geestelijke gezondheidszorg voldoende aanbod moet worden ingekocht. Gelet op de zorgplicht, moet een naturapolis voldoende aanbod van gecontracteerde aanbieders bieden. De NZa houdt hier toezicht op.
Indien men een nog ruimere keuze aan zorgaanbieders wenst, is het mogelijk een restitutiepolis te kiezen. In mijn brief van 14 november 2022[1] heb ik aangegeven dat ook voor mensen met een smalle beurs de vrijheid om te kunnen kiezen voor een zorgaanbieder betaalbaar is. Daar zorgt de zorgtoeslag voor. De hoogte van de zorgtoeslag is namelijk gebaseerd op het gewogen gemiddelde van de nominale premies van alle polissen (inclusief restitutiepolissen) op de markt (en het gemiddelde eigen risico dat verzekerden betalen), en niet op de nominale premie van polissen met beperkte keuzemogelijkheden. Verzekerden die kiezen voor een restitutiepolis, betalen gemiddeld wel een hogere premie dan verzekerden die voor een naturapolis kiezen. De keuzevrijheid voor zorgaanbieders is via de zorgtoeslag daarmee ook voor mensen met een laag inkomen geborgd, ook wanneer een restitutiepolis gemiddeld genomen duurder is dan een naturapolis.

[1] Kamerstuk 28 689, nr. 1172.

Ook wanneer gekozen wordt voor een naturapolis, kan de verzekerde zich wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dan heeft de verzekerde recht op een vergoeding van zijn zorgverzekeraar. Hierop is het hinderpaalcriterium van toepassing.
In mijn brief van 22 juni 2022[2] heb ik u uitgebreid geïnformeerd over de Monitor contractering ggz 2022 van de NZa waarin de belangrijkste oorzaken voor het kiezen of het aanbieden van niet-gecontracteerde zorg nader wordt onderzocht. De NZa constateert over de jaren 2019–2022 dat de processen rondom het (bij)contracteren zijn verbeterd. Het gaat dan om verduidelijking van het proces, meer uniformiteit in de contracten, het vereenvoudigen van contracten en vereenvoudigen van de (digitale) procedures om een contract te sluiten. Bereikbaarheid en het beantwoorden van vragen zijn nog steeds een aandachtspunt. De redenen om niet te contracteren zijn grotendeels vergelijkbaar met eerdere jaren. Het is inderdaad zo dat voor zorgaanbieders de geboden tarieven en omzetplafonds de belangrijkste redenen zijn om geen contract af te sluiten of om ontevreden te zijn.
Bij alle zorgaanbieders, maar vooral bij vrijgevestigden, speelt mee dat zij bang zijn voor terugvorderingen als zij over het omzetplafond heen gaan. Wellicht verandert dat met de invoering van het zorgprestatiemodel, waarin de termijnen voor de declaratie van zorg korter zijn. Als redenen om wél contracten af te sluiten noemen zorgaanbieders vooral dat dat voor hun patiënten gemakkelijker is, en dat zij meer financiële zekerheid hebben voor hun praktijk/instelling.
Ik herken niet het beeld dat psychologen en psychiaters ermee stoppen omdat zij niet gecontracteerd zijn.

De leden van de PVV-fractie begrijpen dat de Integraal Zorgakkoord (IZA)-partijen samen een voorlichtingsprogramma organiseren dat erop gericht is verzekerden voor te lichten over de financiële risico's van niet-gecontracteerde zorg. Hoe wordt geborgd dat patiënten ruim voor het overstapseizoen weten of hun zorgaanbieder al dan niet gecontracteerd is? Hoe wordt geborgd dat dit betrouwbare en onafhankelijke informatie betreft? Het feit dat in de voorlichting de nadruk gelegd zal worden op situaties en locaties waar de patiënt financieel risico loopt, kan leiden tot een ongefundeerde lastercampagne richting niet-gecontracteerde zorgaanbieders, aldus deze leden. Het ligt meer voor de hand dat een onafhankelijke partij, bijvoorbeeld de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), deze voorlichting organiseert en niet de clubs die baat hebben bij het verlagen van de tarieven en het afschaffen van de vrije artsenkeuze. Graag ontvangen genoemde leden een reactie.

In het IZA is afgesproken dat de IZA-partijen samen een voorlichtingsprogramma organiseren dat er op gericht is verzekerden voor te lichten over de financiële risico's van niet-gecontracteerde zorg. In de voorlichting wordt gefocust op situaties en locaties waar dit risico zich vooral voor kan doen, zoals bij verwijzers en tijdens het overstapseizoen. Het is dus aan de IZA-partijen om gezamenlijk te bepalen wie deze voorlichting gaat organiseren. In het IZA zijn daarnaast afspraken gemaakt om het contracteerproces te verbeteren. Partijen zijn gezamenlijk bezig deze afspraken uit te werken. Het gaat daarbij om het verbeteren van het contracteerproces, waaronder de informatievoorziening aan verzekerden, waardoor het voor de verzekerden, ook tijdens het overstapseizoen, duidelijk is met welke zorgaanbieders een contract is afgesloten. Uw Kamer ontvangt voor het zomerreces een brief over de voortgang van deze afspraken.

[2] Kamerstuk 25 424, nr. 617.

De leden van de PVV-fractie begrijpen uit de beantwoording dat de Minister veel waarde hecht aan zogenaamde hardheidsclausules. Volgens de Minister kan de zorgverzekeraar door middel van zo'n hardheidsclausule een uitzondering maken op het generieke vergoedingspercentage in geval van duurdere vormen van zorg. Om die reden hebben deze leden nog de volgende vervolgvragen:
1.
Is de Minister bekend met het feit dat de meeste zorgverzekeraars ofwel überhaupt geen hardheidsclausule in hun polisvoorwaarden hebben opgenomen, ofwel een hardheidsclausule hanteren die alleen in geval van een budgetpolis (waar de vergoedingen lager liggen dan 75%) kan worden ingeroepen en dan nog altijd maar een vergoedingspercentage van maximaal 75% bieden (en dus nooit meer dan 75%)?

De door de PVV geschetste situatie omtrent de hardheidsclausule is mij niet bekend.

2.
In hoeverre voldoen deze zorgverzekeraars aan de verplichting om in geval van een generiek kortingspercentage, uitzonderingen te maken voor duurdere vormen van zorg? Wil de Minister bij de beantwoording van deze vraag ook ingaan op het feit dat de Hoge Raad in de uitspraak (rechtsoverweging 3.5.2) een eerdere uitlating van de Minister aanhaalt waarin de Minister schreef: «Een vergoeding van 85% kan een feitelijke hinderpaal opleveren bij een complexe en dure operatie, terwijl een vergoeding van bijv. 30% geen hinderpaal hoeft op te leveren bij een kleine, goedkope ingreep», waaruit volgt dat de Minister onderkent dat hardheidsclausules niet gemaximeerd zouden moeten worden op een percentage van 75%?

Zorgverzekeraars worden geacht rekening te houden met de jurisprudentie over het hinderpaalcriterium, waaronder de door de leden van de PVV aangehaalde uitspraak. In die uitspraak overweegt de Hoge Raad dat de vraag of en in hoeverre het hinderpaalcriterium zich in bepaalde gevallen verzet tegen een bepaalde korting slechts kan worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden op het moment waarop de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder (rov. 3.6.4). Dit in tegenstelling tot het oordeel van het hof dat die vraag beantwoord zou kunnen worden bij kennisneming van de polisvoorwaarden (rov. 3.6.1). Indien verzekerden het niet eens zijn met de wijze waarop hun zorgverzekeraar het hinderpaalcriterium hanteert, dan kan de verzekerde een klacht indienen bij Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (hierna: SKGZ). Ook kan de verzekerde een zaak voorleggen aan de burgerlijk rechter. Verder houdt de NZa toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Dit toezicht omvat ook de wijze van hantering van het hinderpaalcriterium.

3.
Is de Minister bereid om de NZa te verzoeken om de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraars, met het oog op de recente uitspraak van de Hoge Raad, opnieuw te laten toetsen en de NZa te verzoeken om, daar waar geen uitzonderingen gemaakt worden voor duurdere vormen van zorg, handhavend op te treden?

Het is aan de NZa te beslissen om hiernaar onderzoek te doen en zo nodig handhavend op te treden.

4.

Is de Minister van mening dat het wenselijk is dat verzekerden bij het afsluiten van hun polis duidelijk weten welk deel van de kosten zij zelf moeten betalen als zij naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaan?

Dat lijkt mij zeker wenselijk.

5.
Is de Minister van mening dat het wenselijk is dat een zorgverzekeraar die ervoor kiest een generiek kortingspercentage te hanteren dat in geval van duurdere vormen van zorg een hinderpaal kan opleveren en dit oplost door middel van een hardheidsclausule, transparant moet maken voor verzekerden hoe en op basis waarvan en hardheidsclausule in de praktijk wordt toegepast? Zo ja, is de Minister bereid om de NZa te vragen hier regels voor op te stellen in het kader van de zogenaamde transparantie-eisen die gesteld worden aan zorgverzekeraars? Zo niet, hoe meent de Minister dan dat voor verzekerden helder is of zij er verstandig aan doen om voor een bepaalde zorgverzekering te kiezen?
6.
Is de Minister van mening dat het wenselijk is dat ook daadwerkelijk toezicht wordt gehouden op het daadwerkelijk toepassen van de hardheidsclausule door zorgverzekeraars, mede gelet op de overweging van de Hoge Raad «dat de omstandigheid dat de zorgverzekeraar een hardheidsclausule heeft opgenomen in zijn polisvoorwaarden, op zichzelf niet volstaat» maar dat het «erom gaat of de zorgverzekeraar de hardheidsclausule ook daadwerkelijk toepast»? Is de Minister bereid om met de NZa in gesprek te gaan over de wijze waarop dit toezicht vormgegeven kan worden?

De NZa heeft als wettelijke taak toezicht te houden op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Het is aan de NZa om dit toezicht in te richten.
Het is niet nodig voor zorgverzekeraars om meer transparant te maken hoe de hardheidsclausule in de praktijk wordt toegepast; de Hoge Raad heeft immers aangegeven dat de vraag of en in hoeverre het hinderpaalcriterium zich in bepaalde gevallen verzet tegen een bepaalde korting slechts kan worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden op het moment waarop de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

7.
Is de Minister bereid om de NZa en/of het Nibud te vragen om onderzoek te doen naar de vraag bij welk bedrag aan niet-vergoede kosten de «gemiddeld modale zorggebruiker» een hinderpaal ervaart zodat aan de hand daarvan heldere criteria geformuleerd kunnen worden voor de maximale door patiënten te betalen vergoeding?

Het is aan de zorgverzekeraars een inschatting te maken van de vraag of de «gemiddelde (modale) zorggebruiker» een hinderpaal zou kunnen ervaren.

8.
De Hoge Raad heeft in zijn arrest overwogen dat het dat «het initiatief voor het inroepen van een hardheidsclausule doorgaans bij de verzekerde ligt.» Is de Minister bekend met het feit dat de mogelijkheid een hardheidsclausule in te roepen niet altijd bekend is bij individuele verzekerden, mede gelet op de omstandigheid dat deze hardheidsclausules vaak zijn opgenomen in omvangrijke polisvoorwaarden? In hoeverre acht de Minister het wenselijk dat individuele verzekerden hierdoor een tegemoetkoming mislopen terwijl zij daar wel recht op hebben?

Is de Minister bereid om met zorgverzekeraars in gesprek te gaan om de mogelijkheid van een beroep op de hardheidsclausule uitdrukkelijker aan verzekerden te communiceren? Ziet de Minister hier ook een rol in weggelegd voor de NZa, gelet op haar taak transparantie-eisen te stellen aan zorgverzekeraars?

Het is aan de NZa om regels op te stellen inzake transparantie voor zorgverzekeraars jegens hun verzekerden. In de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-022) van de NZa is geen specifieke verplichting aan zorgverzekeraars opgelegd om de verzekerden informatie over de hardheidsclausule te verstrekken. De NZa heeft in de toelichting bij deze regeling opgenomen dat het lange tijd uitgangspunt was om zoveel mogelijk informatie voor consumenten beschikbaar te stellen, met bijbehorende administratieve lasten voor ziektekostenverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders. Ondersteuning van het keuzeproces van de consument vraagt echter om een transitie van méér informatie, naar bruikbare informatie, aldus de NZa.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling de antwoorden op eerdere vragen en opmerkingen gelezen. Deze leden lezen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in alle gevallen hun verzekerden en patiënten goed moeten informeren over de gevolgen van het gebruik van niet gecontracteerde zorg. Hoe weet de Minister dat dat werkelijk in alle gevallen ook gebeurt? Hoe is het toezicht daarop en hoe is het bijvoorbeeld dan geregeld met de informatie van zorgverzekeraars ten aanzien van zorg die in het ene jaar wel gecontracteerd is maar in het volgende jaar niet gecontracteerd wordt, terwijl dat nog niet bekend is tijdens de periode dat verzekerden kunnen overstappen?

De verplichting voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om hun verzekerden en patiënten goed te informeren opgenomen in de regelgeving van de NZa. De NZa houdt hier toezicht op. In het IZA zijn afspraken gemaakt om het contracteerproces te verbeteren, waaronder de informatievoorziening aan verzekerden, waardoor het voor de verzekerden, ook tijdens het overstapseizoen, duidelijk is met welke zorgaanbieders een contract is afgesloten.

Genoemde leden lezen ook dat een verzekerde niet direct naar de rechter hoeft, maar zich eerst tot de zorgverzekeraar kan richten die verplicht is de klacht te behandelen. Dat hadden deze leden al eerder zo begrepen, zij vroegen daarom waarom een verzekerde die zorg nodig heeft en in een geschil met de zorgverzekeraar raakt, zelf allerlei stappen moet zetten waartoe hij/zij dan waarschijnlijk niet in staat is. Zijn er bijvoorbeeld gevallen bekend waarin een verzekerde wel naar een geschillencommissie of rechter ging en achteraf gelijk bleek te krijgen? Hoeveel geschillen zijn er tussen een verzekerde en een zorgverzekeraar geweest in de afgelopen vijf jaar? Hoeveel daarvan zijn goed opgelost en hoeveel zijn vervolgens terecht gekomen bij een geschillencommissie of rechter? Kan een overzicht gegeven worden per verzekeraar? Kan de verzekeraar tijdens de klachtenprocedure de zorgplicht opschorten zodat de patiënt/cliënt in dat geval geen zorg(vergoeding) krijgt? Zo ja, in hoeveel gevallen bleek het opschorten van de zorgplicht tijdens de klachtenprocedure achteraf niet terecht te zijn?

Zorgverzekeraars registreren de door hen ontvangen en afgehandelde klachten. Deze klachten zijn zeer divers en raken slechts voor een deel aan het onderwerp zorgplicht. Zorgverzekeraars handelen deze klachten af, met inachtneming van hun interne klachtenregeling. In 2020 ging het in

totaal om 50.800 klachten over de basisverzekering en om 18.600 klachten over de aanvullende producten, zoals blijkt uit de rapportage daarover van de AFM[3]. Het ging daarbij volgens de specificatie vooral over klachten in de dienstverlening beheerfase en schadeafhandeling-uitkering. De doorlooptijden van de interne klachtbehandeling waren 11 en 13 dagen. Als verzekerden niet tevreden zijn kunnen zij zich wenden tot de SKGZ. Verzekerden maken zelden gebruik van de mogelijkheid zich tot de burgerlijke rechter te wenden.
In bijlage 2 ontvangt u de gevraagde informatie over de aantallen klachten die bij de SKGZ binnenkomen. Specifiek met betrekking tot de zorgplicht geldt dat deze alleen aan de orde is voor zover het gaat om verzekerde zorg of andere diensten, de verzekerde hierop redelijkerwijs is aangewezen, en de verzekerde voldoet aan bepaalde formele vereisten, zoals het hebben van een verwijzing of voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar. De ervaring van de SKGZ is dat in veel gevallen niet aan een of meer van de hiervoor genoemde voorwaarden wordt voldaan, zodat niet kan worden geconcludeerd dat de zorgplicht is geschonden. Het feitelijke beeld van de SKGZ is daarbij dat hoe verder iemand in de procedure komt, hoe minder groot de kans is dat betrokkene in het gelijk wordt gesteld. De logica hierachter is dat er al een deugdelijke primaire afwijzing is geweest door de zorgverzekeraar, een gemotiveerde heroverweging door de zorgverzekeraar, en eventueel bemiddeling door de Ombudsman. Als iemand daarna bij de Geschillencommissie komt, dan is de kans niet heel groot dat daar wordt geconcludeerd dat de zorgverzekeraar het verkeerd heeft gedaan. Er is dan dus geen aanleiding te spreken over opschorting van de zorgplicht, aangezien de zorgplicht in deze gevallen ontbreekt; er is immers – zoals hiervoor toegelicht – alleen sprake van zorgplicht voor zover het gaat om verzekerde zorg of andere diensten, de verzekerde hierop redelijkerwijs is aangewezen en de verzekerde voldoet aan bepaalde formele vereisten.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe getoetst wordt of aan de voorwaarde van de Hoge Raad wordt voldaan, namelijk dat de zorgverzekeraar de hardheidsclausule werkelijk toepast en daartoe op het peilmoment op grond van die clausule aan de verzekerde ondubbelzinnig toezegt een bepaald bedrag te vergoeden dat hoger is dan waarop reeds aanspraak bestaat. Hoe wordt daarop toezicht gehouden? Immers, als een zorgverzekeraar zich hier niet aan houdt, ligt het probleem weer bij de verzekerde die op dat moment zorg nodig heeft.

Zorgverzekeraars worden geacht rekening te houden met de jurisprudentie van de Hoge Raad over het hinderpaalcriterium. De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Dit omvat ook de wijze van hantering van het hinderpaalcriterium.

Deze leden zijn niet gerust op de gevolgen nu de Minister blijft herhalen dat «de Hoge Raad van oordeel is dat een generieke korting in algemene zin is toegestaan», zonder werkelijk in te gaan op de gevolgen die dat kan hebben voor individuele mensen die zorg nodig hebben. De Hoge Raad heeft inderdaad geen invulling gegeven aan het begrip «duurdere vormen van zorg», daarom vroegen de leden van PvdA-fractie wat de Minister verstaat onder «duurdere vormen van zorg» en hoe dus getoetst gaat worden. Deze leden menen dat verzekerden toch ten minste vooraf duidelijkheid moeten hebben en vragen of de Minister een andere mening hierover is toegedaan.

[3] rapportage-klachten-aanbieders-verzekeringen-2021.pdf.

Naar mijn idee zou onder duurdere vormen van zorg verstaan kunnen worden die vormen van zorg met hoge kosten, zoals ingewikkelde operaties of behandelingen waarbij een langdurige opname met intensieve zorg noodzakelijk is.

De leden van de PvdA-fractie zijn ook niet blij met het antwoord op hun vraag om een reactie op het standpunt van de Patiëntenfederatie en op de vraag hoe de Minister gaat zorgen voor meer transparante contractering. Dat partijen in het IZA hebben aangegeven dat zij het van groot belang vinden dat patiënten voldoende keuzemogelijkheden hebben en inzicht moeten hebben in de kwaliteit. Klinkt mooi, maar daarmee is nog niets geregeld aan meer transparantie. Hetzelfde geldt voor de vermelding dat is afgesproken dat zorgverzekeraars zich daarom gaan inspannen om tot een gevarieerd zorgaanbod te komen en dat proactief informatie over kwaliteit van zorgaanbod beschikbaar komt. Genoemde leden vinden het mooi dat deze afspraken er zijn, maar vinden dit tevens nog te vrijblijvend. Wanneer is er een concreet resultaat, waarop worden zorgverzekeraars afgerekend? Hoe kan het dat ook voor 2023 de contracten niet rond waren op het moment dat verzekerden moesten kiezen voor een zorgverzekering?

Partijen zijn al aan de slag om het contracteerproces en de transparantie nog dit jaar te verbeteren. Dat moet in de komende contracteerronde en overstapseizoen merkbaar zijn. Ook zal geëvalueerd worden of de verbeteringen merkbaar waren en op basis daarvan bezien worden of volgend jaar verdere verbeteringen doorgevoerd moeten worden.

Genoemde leden vroegen eerder welke zorgverzekeraars naar aanleiding van de uitspraak van de Hoge Raad hun polisvoorwaarden hebben aangepast. Waarom kan het wel zo zijn dat zorgverzekeraars na 12 november hun polisvoorwaarden niet meer kunnen aanpassen, zelfs niet naar aanleiding van een uitspraak van de Hoge Raad en zelfs niet als dit in het voordeel van de verzekerde zou kunnen zijn, maar wel nog contracten kunnen afsluiten en hun zorgaanbod niet rond kunnen hebben? Wanneer wordt in de wet opgenomen dat de contracten ook voor 12 november afgesloten dienen te zijn, zodat verzekerden werkelijk goed geïnformeerd kunnen kiezen?

Het is aan de zorgverzekeraars om te bepalen of de uitspraak van de Hoge Raad van 9 december 2022 aanleiding geeft om hun polisvoorwaarden aan te passen. Omdat de uitspraak van de Hoge Raad na 12 november kwam, kon deze uitspraak niet worden meegenomen bij het opstellen van de polissen voor het overstapseizoen naar het jaar 2023.
Zoals ik reeds eerder heb aangegeven, ben ik niet voornemens om in de wet op te nemen dat de contracten voor 12 november afgesloten dienen te zijn, omdat deze verplichting de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars – die in het belang van de verzekerden is – onevenredig zou benadelen. In het IZA zijn afspraken gemaakt om het contracteerproces te verbeteren. Partijen zijn gezamenlijk bezig deze afspraken uit te werken. Het gaat daarbij om het verbeteren van het contracteerproces, waaronder de informatievoorziening aan verzekerden, waardoor het voor de verzekerden, tijdens het overstapseizoen duidelijk is met welke zorgaanbieders een contract is afgesloten.

De leden van de PvdA-fractie vroegen een overzicht per verzekeraar ten aanzien van de contractering. Zij vroegen specifiek bij welke verzekeraars geldt dat de contracten nog niet waren afgerond. Het antwoord op die vraag zien deze leden nergens. Zij vragen dat nogmaals. Zij zien graag een overzicht per verzekeraar en per vorm van zorg, dus op welke datum, per verzekeraar alle contracten per vorm van zorg waren afgerond.

Dat overzicht is per zorgverzekeraar te vinden op hun eigen site. Zorgverzekeraars informeren hun eigen verzekerden hierover en houden het overzicht actueel.