

Vergaderjaar 2022–2023

**29 689**

**Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 1189**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 4 april 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 30 december 2022 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. 1177).

De vragen en opmerkingen zijn op 15 februari 2023 aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport voorgelegd. Bij brief van 31 maart 2023 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,  
Smals

De adjunct-griffier van de commissie,  
Bakker

## Inhoudsopgave

<b>I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties</b>	<b>2</b>
Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	2
Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	2
Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	3
Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie	6
Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie	6
Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	8
Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie	8
Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie	10
Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie	11
<b>II. Reactie van de Minister</b>	<b>11</b>

### **I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**

#### **Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de reactie op de uitspraak van de Hoge Raad over het hinderpaalcriterium inzake de Vrije Artsenkeuze en het voornemen tot het verlagen door verzekeraars voor ongecontracteerde GGZ- en wijkverpleging aanbieders. Deze leden hebben hierbij nog enkele vragen. Zij hebben de indruk dat het hinderpaalcriterium niet anders wordt gehanteerd dan dat dat in voorgaande jaren het geval was. Klopt het dat er inderdaad sprake is van voortzetting van het beleid dat al werd gevoerd, zoals in het debat over dit onderwerp ook naar voren kwam? Hanteren zorgverzekeraars dit criterium allen op dezelfde manier of bestaan er substantiële verschillen?

Ook vragen deze leden of er zorgverzekeraars zijn die hun polisvoorwaarden hebben aangepast naar aanleiding van de uitspraak van de Hoge Raad van 9 december jongstleden. Kan aangegeven worden hoeveel klachten er bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeraars (SKGZ) zijn binnengekomen over het niet in acht nemen van het hinderpaalcriterium door zorgverzekeraars?

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) (Kamerstuk 31 765, nr. 655) zijn afspraken gemaakt over het verbeteren van contractering en het uitvoeren van een verkenning naar de mogelijkheden en noodzakelijkheden voor kleinere zorgaanbieders om gezamenlijk op te trekken in het contracteerproces en het vereenvoudigen hiervan. Wanneer wordt deze verkenning uitgevoerd en wanneer kan de Kamer de resultaten verwachten?

De leden van de VVD-fractie willen daarnaast weten of patiënten met een chronische zorgvraag en hun naasten voldoende op de hoogte worden gesteld over eventuele veranderingen in beleid en contracten. Zeker voor mensen met een verstandelijke beperking of mentale problemen kunnen veranderingen en de impact daarvan lastig te begrijpen zijn. Worden zij adequaat en in begrijpelijke taal proactief geïnformeerd, en door wie? Hoe wordt gewaarborgd dat deze patiënten informatie voldoende tot zich kunnen nemen en zich volledig bewust zijn van hun rechten op dit gebied?

#### **Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie**

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief met betrekking tot de reactie op 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. Genoemde leden hebben hier geen verdere opmerkingen of vragen over.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie hebben met teleurstelling kennisgenomen van de reactie van de Minister op de uitspraak van de Hoge Raad inzake het hinderpaalcriterium. Deze leden hebben daarom nog de volgende vragen en opmerkingen.

Stuitend vinden zij het dat de Minister in antwoord op de achtste vraag in schriftelijke Kamervragen<sup>1</sup> ongecontracteerde psychiaters, psychologen en aanbieders van thuiszorg zomaar beschuldigt van fraude. Dit kan toch niet? Hetzelfde geldt voor de beschuldiging over de twijfels over de kwaliteit van zorg. De Minister kan toch niet zomaar iedereen over een kam scheren en beschuldigen van fraude en slechte zorg? Waar baseert zij dit in hemelsnaam op?

Kan de Minister bewijzen dat ongecontracteerde zorgaanbieders vaker frauderen en vaker slechte zorg leveren dan gecontracteerde aanbieders? Verzekerden moeten voor het verkrijgen van ongecontracteerde zorg toch vooraf een machtiging van hun verzekeraar krijgen? Dan is het toch aan de verzekeraar om uit te sluiten of een aanbieder fraudeert of slechte zorg levert? Het is toch kinderlijk eenvoudig om een zorgaanbieder te worden? Dat heeft toch niks met wel of niet contracteren te maken? Waarom voert de Minister geen vergunningsplicht met voorwaarden (Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG), geen fraudeverleden, etc.) in voor het starten van een zorgbedrijf? Dan voorkomt de Minister toch fraude bij de voordeur zonder dat de Minister aanbieders zomaar valselijk beschuldigt van fraude of slechte zorg?

Waarom komt de Minister met zo'n grove beschuldiging van fraude en slechte zorg als zorgaanbieders voor het niet willen contracteren zelf aangeven problemen te ondervinden met het omzetplafond en het tarief? Waarom lost de Minister deze bezwaren van deze zorgaanbieders niet op? Wat doet de Minister om de problemen met omzetplafonds op te lossen? Wat doet de Minister eraan om de problemen met de tarieven op te lossen? Vindt de Minister de reden, die de verzekeraars aangeven van het niet willen contracteren van een zorgverlener, namelijk omdat er al genoeg zorg zou zijn ingekocht, niet net zo'n grote gotspe als genoemde leden? Er zijn lange wachtlijsten en grote tekorten als het gaat om de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en thuiszorg. Hoe zorgt de Minister ervoor dat verzekeraars aan hun zorgplicht voldoen en voldoende GGZ en thuiszorg aanbieden?

De leden van de PVV-fractie vragen waarom de Minister geen antwoord geeft op de concrete vragen onder 9 en 10:

- Waarom duwt de Minister kleine aanbieders van thuiszorg in kleine dorpjes die soms de omzeldrempels niet halen en daarom ongecontracteerde zijn, om? Hoe voorkomt de Minister dat deze zorg wegvalt? Hoe voldoen verzekeraars in deze gevallen aan hun zorgplicht?
- Waarom duwt de Minister kleine aanbieders van thuiszorg om die hand-in-hand 48-uurszorg in de stervensfase aanbieden en soms de omzeldrempels niet halen of vanwege de lange dagen niet kunnen voldoen aan de arbeidstijdenwet en daarom ongecontracteerd zijn? Hoe voorkomt de Minister dat deze zorg wegvalt? Hoe voldoen verzekeraars in deze gevallen aan hun zorgplicht?
- Waarom blokkeert de Minister duurdere zorg voor mensen die minder geld hebben omdat ze met een eigen betaling van 250 euro per maand nooit een ongecontracteerde duurdere, voor hun aandoening

<sup>1</sup> Aangangsel Handelingen II 2022/23, nr. 1344.

gespecialiseerde psycholoog of psychiater kunnen betalen en deze aanbieders deze omzet niet missen omdat hun wachtlijst alleen maar ietsje korter wordt als de mensen met minder geld van de wachtlijst af gaan?

De leden van de PVV-fractie zijn verbolgen over het feit dat de Minister stelt dat geschillen over vergoedingen van niet-gecontracteerde zorg tussen verzekerden, zorgaanbieders en zorgverzekeraars maar aan de rechter voorgelegd moeten worden. De Hoge Raad, de hoogste rechtsinstantie in Nederland, heeft hier immers al uitspraak over gedaan. Wat is volgens de Minister niet helder aan deze uitspraak? De Minister geeft hier hetzelfde antwoord als eerder gegeven. Genoemde leden ergeren zich eraan dat de Minister hierover steeds met hetzelfde antwoord komt en niet ingaat op inhoudelijke vragen naar aanleiding van haar antwoord. Kan de Minister onderbouwen waarom de uitspraken van de Hoge Raad volgens haar niet opgaan voor alle verzekerden? Wat heeft zo'n langdurige rechtsgang tot aan de Hoge Raad voor zin als de uitspraken vervolgens niet opgaan voor verzekerden?

Onderkent de Minister dat de Hoge Raad de uitspraak van het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden d.d. 6 oktober 2020 uitsluitend heeft vernietigd voor zover daarin voor recht is verklaard dat zorgverzekeraars zich bij wege van verweer tegen een hinderpaalverwijt ex art. 13 Zorgverzekeringswet (Zvw) niet op hardheidsclausules/coulanceregelingen kunnen beroepen en voor het overige in stand is gebleven?

De Minister noemt een ambtelijke analyse uit medio 2021, waarin uiteengezet wordt dat zorgverzekeraars onderkennen dat zij niet in lijn handelen met het hinderpaalcriterium, «achterhaald» in het licht van het arrest van de Hoge Raad d.d. 9 december 2022. Kan de Minister deze uitspraak nader toelichten, gelet op het feit dat het oordeel van het gerechtshof, dat een generiek kortingspercentage zonder uitzondering voor de duurdere vormen van zorg niet fijnmazig genoeg is, juist niet vernietigd is door de Hoge Raad?

Onderkent de Minister dat generieke kortingspercentages niet zijn toegestaan voor zover daarin geen uitzonderingen wordt gemaakt voor duurdere vormen van zorg? Zo nee, kan de Minister dat nader toelichten in het licht van de overweging van de Hoge Raad dat het gerechtshof «terecht tot uitdrukking [heeft] gebracht (...) dat niet geoordeeld kan worden dat een generiek kortingspercentage, indien daarop geen uitzonderingen worden gemaakt voor duurdere vormen van zorg, niet in de weg staat aan het hinderpaalcriterium»?

Bij de beoordeling of de vergoeding van ongecontracteerde zorg in strijd is met het hinderpaalcriterium dienen zorgverzekeraars blijkens de antwoorden van de Minister «altijd een zorgvuldige afweging [te] maken.» Hoe verhoudt deze uitspraak zich tot de uitspraak van de Minister dat het aan de verzekerde is om in een concreet geval bezwaar te moeten maken tegen de vergoeding voor ongecontracteerde zorg? Welke rol ligt er voor zorgverzekeraars om – voorafgaand aan de fase van bezwaar door de verzekerde – zelf een afweging te maken over de vraag of het door haar gehanteerde generieke kortingspercentage, bijvoorbeeld bij een duurdere vorm van zorg, in strijd is met het hinderpaalcriterium? Op welke wijze dienen zorgverzekeraars de door de Minister genoemde «zorgvuldige afweging» concreet invulling te geven? Op welke wijze wordt toezicht gehouden op deze door de zorgverzekeraar te maken «zorgvuldige afweging»?

De Minister geeft aan dat het verlagen van de vergoeding voor ongecontracteerde zorg (zoals afgesproken in het IZA) bedoeld is als prikkel voor

zorgaanbieders om met zorgverzekeraars te contracteren. Hoe verhoudt deze (extra) prikkel zich tot het feit dat veel zorgaanbieders wel degelijk willen contracteren, maar door zorgverzekeraars om niet-zorginhoudelijke redenen niet worden gecontracteerd? Hoe reflecteert de Minister op het feit dat zorgverzekeraars enerzijds allerlei beperkende maatregelen nemen om ongecontracteerde zorg te ontmoedigen (verlaagde vergoeding, machtigingsvereiste, cessieverbod), terwijl zij anderzijds op niet-zorginhoudelijke gronden weigeren te contracteren met zorgaanbieders die zelf wél een contract willen sluiten? In diverse bestuurlijke akkoorden is door zorgaanbieders en zorgverzekeraars afgesproken de contracteergraad te verhogen. Op welke manier houdt de Minister toezicht op de wijze waarop zorgverzekeraars aan deze afspraak invulling geven? Is de Minister bereid om ook voor zorgverzekeraars een prikkel te introduceren om het niet-contracteren met zorgaanbieders die dat wel willen ook voor zorgverzekeraars onaantrekkelijk te maken? Onderschrijft de Minister de uitspraak van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) uit het rondetafelgesprek d.d. 5 december 2022, dat een verzekerde recht heeft op volledige vergoeding van ongecontracteerde zorg indien de zorgverzekeraar de verzekerde geen gecontracteerd alternatief binnen de treeknormen heeft kunnen bieden (en daarmee niet aan zijn zorgplicht voldoet)?

Het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden heeft in zaaknummer Gerechtshof 200.259.906<sup>2</sup> onder andere het volgende geoordeeld:

- «De wetgever is er destijds nadrukkelijk van uitgegaan dat een vergoeding voor niet gecontracteerde zorg bij een naturaverzekering niet zodanig laag mag zijn dat die een «feitelijke hinderpaal» vormt voor het invoeren van zorg bij een niet-gecontracteerde (buitenlandse) zorgaanbieder...»;
- Dat de vergoeding door zorgverzekeraars minimaal gebaseerd moet zijn op het marktconforme tarief;
- Dat de maximale eigen bijdrage voor alle verzekerden gebaseerd moet zijn op het gemiddeld inkomen;
- Dat de vergoeding door de zorgverzekeraar bekend moet zijn voorafgaand aan het besluit van de verzekerde dat hij/zij gebruik gaat maken van een niet gecontracteerde zorgverlener.

Is de Minister bekend met deze uitspraken van het Hof Arnhem-Leeuwarden en Gerechtshof Gelderland? Is de Minister er bekend mee dat de Hoge Raad deze uitspraken heeft bevestigd en dat dit erin resulteert dat voor alle verzekerden de maximale eigen bijdrage gebaseerd moet zijn op het modale inkomen en geen hinderpaal mag zijn voor de verzekerde om gebruik te maken van de vrije artskeuze? Is de Minister ermee bekend dat het gemiddeld netto inkomen per huishouden rond de € 28.000 ligt (bron: Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)) ofwel € 2.350,- per maand inclusief subsidies en toeslagen? Wat is naar het oordeel van de Minister de maximale eigen bijdrage dat van een gemiddeld huishouden gevraagd kan worden om gebruik te kunnen maken van de vrije artskeuze zonder last te hebben van een hinderpaal?

De kortingspercentages die verzekeraars hanteren zijn generieke kortingspercentages. Deelt de Minister de mening dat voor iemand met een minimuminkomen de hinderpaal op een ander bedrag ligt dan voor iemand met een modaal inkomen, dan voor iemand met een hoger inkomen? Hoe hoog (uitgedrukt in euro's) zou volgens de Minister die hinderpaal maximaal mogen zijn voor iemand met een netto inkomen tot de armoedegrens van zo'n 1.100,- euro per maand? En voor iemand met een netto inkomen rond de 2.500,- euro? En voor iemand met een netto inkomen van rond de 5.000,- euro? Speelt voor de Minister de samen-

<sup>2</sup> Zaaknummer rechtbank Gelderland, zittingsplaats Arnhem, NL17. 14249.

stelling van een gezin, alleenstaand, samen, met kinderen, nog mee voor wat een redelijke eigen bijdrage/eigen betaling voor een psycholoog?

Is de Minister bereid om de NZa onderzoek te laten doen en regels te laten stellen betreffende de vraag wanneer sprake is van een feitelijke hinderpaal en de NZa te vragen daarbij onderscheid te maken aan de hand van de kosten van de diverse zorgvormen en verschillende inkomensgroepen?

Heeft onderzoek door Vektis niet juist aangetoond dat de kosten van niet-gecontracteerde zorg juist vaak lager zijn dan gecontracteerde zorg? Zo nee, welk onderzoek ondersteunt de bewering van de Minister dat in enkele (deel)sectoren de kosten van zorgverlening door niet-gecontracteerde zorgaanbieders – ondanks de lagere vergoeding – hoger zijn dan van gecontracteerde zorgaanbieders?

Tot slot willen de leden van de PVV-fractie weten wanneer de Minister nu eens voor de patiënten in de bres springt in plaats van klakkeloos het wensenlijstje van de zorgverzekeraars uit te voeren. Nu het merendeel van de contracten tussen GGZ-instellingen en verzekeraars nog steeds niet rond is en de onderhandelingen uiterst moeizaam verlopen, is hiermee niet alleen het belang van vrije artskeuze aangetoond maar ook het belang van restitutiepolicen, aldus deze leden.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister naar aanleiding van de uitspraak van de Hoge Raad over het hinderpaalcriterium. Zij hebben de behoefte een enkele aanvullende vraag te stellen. De leden lezen de uitspraak van de Hoge Raad zo, dat generieke kortingspercentages die geen uitzonderingen bevatten voor duurdere vormen van zorg, niet zijn toegestaan. Begrijpen deze leden dit goed? Kan duidelijk worden gemaakt wanneer sprake is van «duurdere vormen van zorg»? Mogen zorgverzekeraars gezamenlijk optrekken om uitvoering te geven aan tarifiering bij ongecontracteerde duurdere zorg, GGZ-aanbieders en wijkverpleging aanbieders zodat voor iedereen in het werkveld meer duidelijkheid ontstaat?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie**

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van de Minister op de uitspraak van de Hoge Raad over het hinderpaalcriterium. Zij vinden de opmerking dat verzekerden en zorgaanbieders maar naar de rechter moeten gaan wanneer er «onenigheid» bestaat met zorgverzekeraars, wel wat te gemakkelijk en afstandelijk. Deze leden verzoeken de Minister aan te geven wat «onenigheid» over de vergoeding in de praktijk kan betekenen voor mensen die zorg nodig hebben. Deze leden lezen ook in de antwoorden op schriftelijke vragen weer dat als de verzekerde het niet eens is met de vergoeding of meent dat de vergoeding in strijd is met het hinderpaalcriterium, diegene een klacht kan indienen bij zijn zorgverzekeraar en dat de verzekerde die dan geen gehoor vindt bij de zorgverzekeraar, zich kan wenden tot de geschilleninstantie of de rechter. Genoemde leden vinden dit de omgekeerde wereld. Een verzekerde die netjes premie betaalt kan dus geen vergoeding voor zorg krijgen en moet dan maar een klachtenprocedure gaan volgen, wachten op een reactie en zelfs is het mogelijk dat de verzekerde zelf het initiatief moet nemen om een juridische procedure bij de rechter te starten. Denkt de Minister werkelijk dat alle verzekerden daar tijdens een periode dat zij zorg nodig hebben, toe in staat zijn, afgezien van het feit dat zij dan wel iets anders aan hun hoofd hebben? Waarom kan het niet zo zijn dat een

verzekerde zorg vergoed krijgt en de zorgverzekeraar verantwoordelijk wordt gemaakt voor goede voorlichting over de rechten en plichten van verzekerden en een juridische procedure start wanneer er onrechtmatig gebruikgemaakt wordt van zorg? Staat de patiënt volgens de Minister voorop of de zorgverzekeraar? Wat is de betekenis van de zorgplicht van de zorgverzekeraar nog, als de zorgverzekeraar die gewoon kan opschorten tot na een klachtenprocedure of een rechtsgang? Genoemde leden verzoeken de Minister alsnog een inhoudelijke reactie te geven op de uitspraak. Zij verzoeken hierbij de invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars mee te nemen, alsmede een reactie te geven op de uitspraak van de Hoge Raad dat een generiek kortingspercentage (van bijvoorbeeld 25%) bij in ieder geval de duurdere en/of duurste vormen van zorg een hinderpaal kan opleveren, en dus niet is toegestaan wanneer geen uitzonderingen worden gemaakt voor duurdere vormen van zorg. Daarnaast vragen zij wat kan worden verstaan onder «duurdere vormen van zorg». Voor iemand met een gering inkomen kan een zorgvorm sneller te duur zijn en daarmee kan een korting dan wel degelijk een hinderpaal vormen. De leden van de PvdA-fractie vinden dat de overheid duidelijkheid moet geven en dat dit niet aan zorgverzekeraars of uiteindelijk aan de rechter mag worden overgelaten.

Verzekerden die netjes premie betalen, een premie die voor een toenemend aantal mensen een zware belasting vormt, mogen toch vooraf duidelijkheid hebben over wat zij aan zorg ontvangen, zonder dat zij min of meer gedwongen worden dat dan maar aan de rechter te gaan vragen? Zij vragen een uitgebreide inhoudelijke reactie op deze stelling. Deze leden vragen of per zorgverzekeraar aangegeven kan worden in hoeverre er sprake is van differentiatie of uitzonderingen bij dure vormen van zorg, zoals door een uitspraak van het Arnhemse Hof wordt verplicht. Zij vragen ook hoe het peilmoment, waarop moet worden getoetst of sprake is van een hinderpaal, gaat werken in de praktijk. Immers het peilmoment is het moment dat de verzekerde voor de keuze staat om al dan niet van niet-gecontracteerde zorg gebruik te maken, op dat moment heeft iemand dus daadwerkelijk zorg nodig. Hoe wil de Minister ervoor zorgen dat iemand die zorg nodig heeft die zorg ook krijgt en niet eerst in discussie moet treden met een zorgverzekeraar of zelfs naar een rechter moet stappen om de zorg vergoed te krijgen? Is de Minister zich ervan bewust dat voor mensen ook kan gelden dat zij de zorg niet kunnen voorschieten en dat de stelling van de Minister dat mensen maar naar de rechter moeten gaan, kan betekenen dat iemand verstoken blijft van zorg? Wat denkt de Minister dat de psychische belasting voor mensen zal zijn, wanneer zij, op het moment dat zij bijvoorbeeld geestelijke gezondheidszorg nodig hebben, eerst een offerte op moeten vragen en toestemming moeten vragen? Hoe is dit nog te rijmen met een zorgplicht van de zorgverzekeraar?

De leden van de PvdA-fractie vragen een reactie op het standpunt van de Patiëntenfederatie in deze. De Patiëntenfederatie stelt dat op dit moment te weinig relatie bestaat tussen contractering en goede zorgkwaliteit; zorg gegeven door een gecontracteerde aanbieder is niet altijd een garantie op passende zorg. Het is onbekend op basis waarvan zorgverzekeraars zorgverleners contracteren. Is dat op kwaliteit, op prijs, op gewoonte of een combinatie daarvan? Er zijn nu ongecontracteerde zorgaanbieders die goede zorguitkomsten realiseren en ook gecontracteerde zorgaanbieders die minder goede zorguitkomsten realiseren. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat de contractering meer transparant wordt en dat verzekerden werkelijk weten waar zij voor kiezen als zij hun zorgverzekering afsluiten?



Deze leden vragen ook hoe het feit dat in het IZA is afgesproken om de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te verlagen, met in acht neming van het hinderpaalcriterium kan worden gerijmd met de uitspraken van rechters en de Hoge Raad. Wat gaat dit in de praktijk betekenen en in hoeverre is de huidige praktijk dan gerechtvaardigd? Hoe kan het dat in een IZA een maatregel staat die door de rechter wordt verboden c.q. zeker in die vorm niet wordt toegestaan? Genoemde leden vragen welke zorgverzekeraars naar aanleiding van de uitspraak van de Hoge Raad hun polisvoorwaarden hebben aangepast. Of is het zo dat de zorgverzekeraars blijven werken met een generiek kortingspercentage en dus geen opvolging geven aan het arrest van de Hoge Raad?

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de laatste stand van zaken ten aanzien van de contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor 2023. In hoeverre zijn die nu afgerond? Bij welke verzekeraars geldt dat de contracten nog niet zijn afgerond? Kan een overzicht gegeven worden van de stand van zaken per zorgverzekeraar?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de reactie op het verzoek van de commissie over 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. Zij hebben hier nog een aantal vragen en opmerkingen over. Genoemde leden vragen de Minister of het feit dat zoveel zorgaanbieders ongecontracteerd zijn, ook niet te maken heeft met het feit dat zorgverzekeraars hen vaak geen fatsoenlijk contract met dekkende tarieven bieden. Zou niet gewoon gestopt moeten worden met het aanbieden van dit soort wurgcontracten? Is de Minister het met deze leden eens dat zorgverzekeraars alle zorgaanbieders die goede zorg leveren gewoon een fatsoenlijk contract zou moeten bieden?

Deze leden vragen de Minister hoe zij aankijkt tegen het feit dat mensen nu vaak ook zijn aangewezen op ongecontracteerde zorgaanbieders, omdat er geen ruimte meer is bij de zorgaanbieders die wel gecontracteerd zijn. Voldoen zorgverzekeraars wel aan hun zorgplicht, op het moment dat zij onvoldoende zorg inkopen bij gecontracteerde zorgaanbieders, terwijl er tegelijkertijd zorgaanbieders niet gecontracteerd worden, doordat zorgverzekeraars zelf geen dekkende tarieven bieden? Is de Minister van mening dat het huidige systeem van contracteren door zorgverzekeraars nu goed functioneert? Hoeveel geld en tijd kost het zorgaanbieders bijvoorbeeld om steeds weer met zoveel verschillende zorgverzekeraars te moeten onderhandelen?

De leden van de SP-fractie vragen de Minister of het niet beter zou werken om in principe landelijke tarieven vast te stellen, die voor zorgaanbieders de kosten dekken en waarvan enkel kan worden afgeweken op basis van duidelijke criteria zoals patiëntenpopulatie en innovatieve zorg. Is de Minister bereid om deze optie serieus te onderzoeken, als alternatief voor de situatie waarbij zorgverzekeraars zelf de tarieven vaststellen?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie**

De leden van de GroenLinks-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de Minister over het hinderpaalcriterium en de recentelijke gerechtelijke uitspraken. Voordat de voornoemde leden ingaan op de uitspraak en de brief willen zij de Minister iets vragen over het aantal niet-gecontracteerde aanbieders. Het maakt namelijk veel uit voor verzekerden of hun verzekeraar wel of geen contract heeft met hun aanbieder. Doordat er zoveel aanbieders zijn in de wijkverpleging en in de GGZ die nog geen contract hebben, wordt het voor verzekerden



onmogelijk om vooraf te weten of hun zorg wel of niet wordt vergoed en of ze moeten bijbetalen. Herkent de Minister dit probleem en hoe wil zij ervoor zorgen dat voor het volgende overstapeseizoen de contractering wel op tijd is afgerond? Welke stappen gaat de Minister zetten om te regelen dat meer zorgaanbieders een fatsoenlijk contract krijgen voor het komende jaar?

Genoemde leden zouden ook graag een oplossing zien voor alle mensen die nu ineens een eigen bijdrage moeten gaan betalen. De mensen waarvan de zorg eerst wel volledig werd vergoed en nu ineens niet meer. Zeker omdat er nog zoveel zorgaanbieders zijn die nog geen contract hebben, maar deze mogelijk nog wel krijgen, is het niet meer mogelijk om een bewuste keuze te maken. Hierdoor is het mogelijk dat mensen die een doorlopende behandeling krijgen vanaf 1 januari ineens worden geconfronteerd met een eigen bijdrage, terwijl zij niet zijn gewisseld van behandelaar of verzekeraar. Voor deze groep zouden deze leden graag een uitzondering zien. Als de behandeling doorloopt en de verzekerde in het vorige jaar geen eigen bijdrage hoefde te betalen, dan zou dat na de jaarwisseling niet zomaar mogen veranderen.

De leden van de GroenLinks-fractie zouden liever zien dat de voorwaarden en vergoedingen van behandelingen tussentijds niet veranderen. Deelt de Minister die mening? Is zij bereid om vast te leggen dat eigen bijdragen voor lopende behandelingen niet veranderen als de verzekerde niet van verzekeraar wisselt?

De leden van de GroenLinks-fractie vinden het belangrijk dat mensen bewust kunnen kiezen voor een zorgverzekering. Een voorwaarde voor een bewuste keuze is wel dat de verzekerden goed worden geïnformeerd. Helaas worden verzekerden niet actief geïnformeerd als de vergoeding voor behandelingen die zij gebruiken, worden teruggeschroefd. Deelt de Minister de mening dat verzekerden hier actief over geïnformeerd zouden moeten worden? Hoe wil de Minister verplichten dat verzekeraars deze informatie actief delen?

Genoemde leden hebben ook nog wel een vraag over de uitspraak van de Hoge Raad. Zoals de voornoemde leden de uitspraak lezen, stelt de rechter dat een generieke korting eigenlijk niet in lijn is met het hinderpaalcriterium. Want of iets een hinderpaal is, hangt af van de absolute hoogte van de eigen bijdrage. Bij dure behandelingen komt een korting van 25% neer op een veel hoger bedrag dan bij een goedkopere behandeling. Tegelijkertijd zit er geen maximum eigen bijdrage gekoppeld aan het hinderpaalcriterium. Zo'n maximale eigen bijdrage wordt wel gezien bij andere vormen van zorg, zoals de eigen bijdrage bij de Wet langdurige zorg (Wlz), de eigen bijdrage voor hulpmiddelen en de eigen bijdrage voor medicijnen. De leden van de GroenLinks-fractie vragen de Minister waarom deze eigen bijdrage niet is gemaximeerd. Wil zij deze eigen bijdrage maximeren en aan welk bedrag denkt zij dan?

Deze leden lezen dat alle polissen voor mensen met een smalle beurs betaalbaar blijven door de zorgtoeslag. De zorgtoeslag is namelijk gebaseerd om de gemiddelde premie. Maar daaruit maken zij ook op dat de zorgtoeslag niet toereikend is voor mensen die een restitutiepolis nodig hebben. Restitutiepolissen zijn namelijk duurder dan de gemiddelde polis. De leden van de GroenLinks-fractie vragen de Minister hoe hoog de gemiddelde premie precies is voor restitutiepolissen in 2023 en hoe hoog de zorgtoeslag precies is (minus de energietegemoetkoming). Hoe verwacht zij dat mensen met een kleine beurs dat verschil in deze tijden kunnen betalen? Daarnaast vragen deze leden ook hoeveel mensen überhaupt moeite hebben met het betalen van de zorgtoeslag. Hoeveel mensen zijn er bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK) aangemeld als wanbetaler en hoe heeft die groep zich precies ontwikkeld het afgelopen jaar?

## Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de uitspraken van de Hoge Raad inzake het hinderpaalcriterium. Deze leden vinden het belangrijk dat verzekerden kunnen kiezen voor zorg die past bij hun zorgvraag en identiteit. Dit betekent wat deze leden betreft niet dat verzekerden onbeperkte keuzevrijheid zouden moeten hebben. Zij zien in het in enige mate verlagen van vergoedingspercentages voor ongecontracteerde zorg een gerechtvaardigd middel om te werken aan passende zorg waarbij alle partijen in afstemming met elkaar werken aan zorg die toegevoegde waarde heeft en efficiënte zorg. Zij hebben echter ook gezien dat een aantal zorgverzekeraars dusdanig hun vergoedingspercentages wilden verlagen, voor zorg die duur is, dat deze zorg veel minder toegankelijk werd voor verzekerden. Zij zien de uitspraak van de Hoge Raad als een duidelijke uitspraak over de gepaste interpretatie van het hinderpaalcriterium. Genoemde leden betreuren het echter dat de rechter eraan te pas moest komen om duidelijkheid te scheppen voor verzekerden, na een periode van onrust. Hoeveel verzekerden hebben contact gezocht met de SKGZ hierover? Wat gaat de Minister doen om te voorkomen dat nieuwe zaken gaan spelen bij de rechter, welke verantwoordelijkheid ziet de Minister in dit opzicht voor de zorgverzekeraars en op welke wijze kan zij daar gevolgen aan verbinden? Deze leden benadrukken het belang van tijdige en toegankelijke communicatie van de zorgverzekeraar naar de klant als een contract tussen aanbieder en verzekeraar wijzigt. Zij zien dat klanten niet goed geïnformeerd kunnen zijn als contracten pas na 1 januari tot stand komen voor het lopende kalenderjaar. Welke inzet pleegt de Minister om zoveel mogelijk contracten voor 1 januari te laten afsluiten? Is de Minister van mening dat het na 1 januari afsluiten van een contract consequenties zou moeten hebben voor de rechten van klanten in de tarieven en vergoedingen van zorg? Deze leden denken bijvoorbeeld aan de situatie dat er toch geen contract gesloten blijkt te worden gesloten tussen zorgaanbieder en verzekeraar, terwijl dit in het vorig jaar wel het geval was en de klant te maken krijgt met een lager vergoedingspercentage. Is het in dat geval niet eerlijker om uit te gaan van het vergoedingspercentage van het jaar ervoor, op basis waarvan de klant heeft afgewogen bij welke verzekeraar hij een verzekering afsloot?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe de Minister met zorgverzekeraars heeft gesproken over de criteria die volgen uit het arrest van de Hoge Raad en welk gevolg daar aan gegeven wordt. Zij vragen of de Minister ziet dat zorgverzekeraars na het arrest hun vergoedingspercentages waar nodig hebben aangepast. Zo nee, welke ruimte ziet de Minister om zorgverzekeraars op de opvolging van een arrest van de Hoge Raad aan te spreken en hoe beoordeelt zij die ruimte?

Genoemde leden vragen naar de toekomst toe op welke manier de Minister weegt dat gecontracteerde zorg in kwaliteit positief te onderscheiden is van ongecontracteerde zorg.

De leden van de ChristenUnie-fractie betreuren het dat cliënten in de GGZ zich genoodzaakt voelden of voelen om door lagere vergoedingspercentages naar een andere behandelaar over te stappen indien dit negatief raakt aan de band die behandelaar en cliënt in de GGZ opbouwen, omdat deze van belang is voor de effectiviteit van zorg. Heeft de Minister zicht op het aantal cliënten dat van aanbieder is veranderd en op de gevolgen voor de effectiviteit van zorg?

Genoemde leden vragen naar de reactie van de Minister op de gedachte van de NZa hoe gerechtvaardigd het is om verschil te laten bestaan tussen deze twee situaties: (1) de cliënt met een gestarte behandeling die zich geconfronteerd ziet met een verandering van restitutie- naar combinatiepolis en wel valt onder het lagere vergoedingspercentage, en (2) de cliënt met een gestarte behandeling bij een zorgaanbieder met wie

de zorgverzekeraar geen nieuw contract sluit en niet onder het lagere vergoedingspercentage valt<sup>3</sup>. Zij vragen de Minister of dit tot nadere overwegingen leidt en welke dat zijn.

### **Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie**

Het lid van de BBB-fractie heeft kennisgenomen van de brief van de Minister inzake de uitspraak van de Hoge Raad over het hinderpaalcriterium. Genoemd lid constateert dat de Minister problematiek rondom het hinderpaalcriterium overlaat aan de zorgverzekeraars en de zorgverleners zelf. Zij wil benadrukken dat deze twee partijen geen gelijkwaardige positie hebben. Als er sprake is van onenigheid, verwijst de Minister naar de rechter. Het lid van de BBB-fractie denkt dat het belangrijk is om zaken niet te laten escaleren. De gang van de rechter moet zoveel mogelijk voorkomen worden. Het lid denkt ook dat met name de kleinere zorgverleners deze weg niet snel zullen bewandelen en vraagt de Minister dan ook of het mogelijk is om eventueel door een dringend advies of een richtlijn de partijen te helpen met het scheppen van meer duidelijkheid. Ten slotte heeft het lid van de BBB-fractie nog een vraag over het verlagen van tarieven door verzekeraars voor ongecontracteerde GGZ en wijkverpleging.

Het lid wil graag weten op welke wijze de Minister daadwerkelijk bewaakt (dus monitort) dat er voldoende mogelijkheden zijn voor burgers om zich te kunnen verzekeren op een betaalbare wijze voor noodzakelijke zorg.

## **II. Reactie van de Minister**

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie**

*De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de reactie op de uitspraak van de Hoge Raad over het hinderpaalcriterium inzake de Vrije Artsenkeuze en het voornemen tot het verlagen door verzekeraars voor ongecontracteerde GGZ- en wijkverpleging aanbieders. Deze leden hebben hierbij nog enkele vragen. Zij hebben de indruk dat het hinderpaalcriterium niet anders wordt gehanteerd dan dat dat in voorgaande jaren het geval was. Klopt het dat er inderdaad sprake is van voortzetting van het beleid dat al werd gevoerd, zoals in het debat over dit onderwerp ook naar voren kwam? Hanteren zorgverzekeraars dit criterium allen op dezelfde manier of bestaan er substantiële verschillen?*

De uitspraak van de Hoge Raad heeft een nadere invulling gegeven aan het hinderpaalcriterium. Het is aan de zorgverzekeraars om deze uitspraak te betrekken bij het vaststellen van hun beleid waaronder de vergoedingen. Het is mij niet bekend of dat beleid is gewijzigd door de uitspraak van de Hoge Raad. Alle zorgverzekeraars zijn gebonden aan het hinderpaalcriterium, maar zij hoeven dat criterium niet allemaal op een uniforme manier toe te passen. Zij moeten zich wel kunnen verantwoorden over de wijze waarop zij dat gedaan hebben. Ik heb geen inzage in de wijze waarop zorgverzekeraars hier invulling aan geven.

*Ook vragen deze leden of er zorgverzekeraars zijn die hun polisvoorwaarden hebben aangepast naar aanleiding van de uitspraak van de Hoge Raad van 9 december jongstleden. Kan aangegeven worden hoeveel klachten er bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeraars (SKGZ) zijn binnengekomen over het niet in acht nemen van het hinderpaalcriterium door zorgverzekeraars?*

<sup>3</sup> Position paper NZa, Rondetafelgesprek Vrije Artsenkeuze, 5 december 2022.

Zorgverzekeraars zetten hun polissen jaarlijks op 12 november in de markt. Omdat de uitspraak van de Hoge Raad na deze datum kwam, kon deze uitspraak niet worden meegenomen bij het opstellen van de polissen voor het jaar 2023, voor zover daartoe aanleiding zou hebben bestaan. De SKGZ heeft mij laten weten dat, sinds de oprichting in 2006, door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen in 23 zaken een bindend advies is uitgebracht waarbij het hinderpaalcriterium aan de orde kwam. Deze bindende adviezen zijn terug te vinden op de website [www.skgz.nl](http://www.skgz.nl).

*In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn afspraken gemaakt over het verbeteren van contractering en het uitvoeren van een verkenning naar de mogelijkheden en noodzakelijkheden voor kleinere zorgaanbieders om gezamenlijk op te trekken in het contracteerproces en het vereenvoudigen hiervan. Wanneer wordt deze verkenning uitgevoerd en wanneer kan de Kamer de resultaten verwachten?*

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is in overleg met de Autoriteit Consument en Markt (ACM) over de in het IZA afgesproken verkenning naar de mogelijkheden en noodzakelijkheden voor kleinere zorgaanbieders om gezamenlijk op te treden in het contracteerproces en het vereenvoudigen daarvan.

Ik zal uw Kamer dit kwartaal van de uitkomsten van deze verkenning op de hoogte stellen in de eerder door mij toegezegde brief over de mogelijkheden en beperkingen voor samenwerking binnen de kaders van de Mededingingswet.

*De leden van de VVD-fractie willen daarnaast weten of patiënten met een chronische zorgvraag en hun naasten voldoende op de hoogte worden gesteld over eventuele veranderingen in beleid en contracten. Zeker voor mensen met een verstandelijke beperking of mentale problemen kunnen veranderingen en de impact daarvan lastig te begrijpen zijn. Worden zij adequaat en in begrijpelijke taal proactief geïnformeerd, en door wie? Hoe wordt gewaarborgd dat deze patiënten informatie voldoende tot zich kunnen nemen en zich volledig bewust zijn van hun rechten op dit gebied?*

Zorgverzekeraars zijn verplicht informatie te verstrekken over hun zorgverzekeringen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft hier regels over gesteld en houdt daar toezicht op. Het betreft onder meer informatie over gecontracteerd zorgaanbod en de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Ook moeten zij hun verzekerden tijdig informeren over eventuele nadelige wijzigingen in de polisvoorwaarden die voor de verzekerden van belang zijn.

Zorgverzekeraars spannen zich in om hun informatievoorziening zo toegankelijk mogelijk te maken voor hun verzekerden. Bijvoorbeeld door de informatie in B1-taalgebruik te communiceren. Of door bij hun ledenraad of panel te toetsen of de informatie vanuit hun perspectief begrijpelijk is. Of door te zorgen dat de informatie goed vanaf de mobiele telefoon gelezen kan worden of kan worden voorgelezen en met voorbeelden of video's te werken. In geval van een persoonsgebonden budget (pgb) kunnen ook naasten en cliëntondersteuners geïnformeerd worden over aankomende wijzigingen.

Als mensen de informatie toch niet begrijpen kunnen zij terecht bij de serviceafdelingen van de zorgverzekeraar waar ze persoonlijk te woord gestaan worden.

Op grond van gezondheidsgegevens een selectie maken van bijvoorbeeld mensen met een verstandelijke beperking of mentale problemen om het communicatieniveau gericht op hen aan te passen, is voor zorgverzekeraars niet toegestaan omdat daar gelet op de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) geen grondslag voor is. Wel kunnen

zorgverzekeraars via contacten met patiëntenorganisaties specifieke doelgroepen informeren over aanpassingen in het beleid. Overigens hebben zorgaanbieders ook een verantwoordelijkheid om hun patiënten goed te informeren. Zo moet de zorgaanbieder de consument informeren over datgene dat voor de consument van belang is om een weloverwogen keuze te maken om zorg te vergelijken en te ontvangen.<sup>4</sup> Zorgaanbieders hebben vaak een beter inzicht dan de zorgverzekeraar in het bevattingsvermogen van een patiënt en kunnen hun informatievoorziening daarop afstemmen.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie**

*De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief met betrekking tot de reactie op 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. Genoemde leden hebben hier geen verdere opmerkingen of vragen over.*

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie**

*De leden van de PVV-fractie hebben met teleurstelling kennisgenomen van de reactie van de Minister op de uitspraak van de Hoge Raad inzake het hinderpaalcriterium. Deze leden hebben daarom nog de volgende vragen en opmerkingen.*

*Stuitend vinden zij het dat de Minister in antwoord op de achtste vraag in schriftelijke Kamervragen<sup>5</sup> ongecontracteerde psychiaters, psychologen en aanbieders van thuiszorg zomaar beschuldigt van fraude. Dit kan toch niet? Hetzelfde geldt voor de beschuldiging over de twijfels over de kwaliteit van zorg. De Minister kan toch niet zomaar iedereen over een kam scheren en beschuldigen van fraude en slechte zorg? Waar baseert zij dit in hemelsnaam op? Kan de Minister bewijzen dat ongecontracteerde zorgaanbieders vaker frauderen en vaker slechte zorg leveren dan gecontracteerde aanbieders? Verzekerden moeten voor het verkrijgen van ongecontracteerde zorg toch vooraf een machtiging van hun verzekeraar krijgen? Dan is het toch aan de verzekeraar om uit te sluiten of een aanbieder fraudeert of slechte zorg levert? Het is toch kinderlijk eenvoudig om een zorgaanbieder te worden? Dat heeft toch niks met wel of niet contracteren te maken? Waarom voert de Minister geen vergunningsplicht met voorwaarden (Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG), geen fraudeverleden, etc.) in voor het starten van een zorgbedrijf? Dan voorkomt de Minister toch fraude bij de voordeur zonder dat de Minister aanbieders zomaar valselijk beschuldigt van fraude of slechte zorg?*

In mijn antwoord bij de achtste vraag waar u naar verwijst heb ik geen enkele beschuldiging geuit, maar geciteerd uit de Monitor Contractering wijkverpleging 2022 van de NZa. Daarin zijn redenen gepresenteerd die door zorgverzekeraars genoemd zijn om geen contract aan te gaan met nieuwe zorgverleners. Daarbij is onder andere door zorgverzekeraars aangegeven dat zij geen contract aangaan als er issues zijn met integriteit of fraude bij de betreffende zorgverlener.

Op uw vraag of ik kan bewijzen dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders vaker frauderen en vaker slechte zorg leveren, wil ik desalniettemin ingaan. Het in beeld brengen van de omvang van zorgfraude is niet eenvoudig. Er is geen totaal overzicht van de omvang van fraude en daarom is het niet mogelijk om te zeggen dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders vaker frauderen dan gecontracteerde zorgaanbieders. Wel

<sup>4</sup> NZa-Regeling transparantie zorgaanbieders TH/NR-018

<sup>5</sup> Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 1344.

zijn er cijfers over zorgfraude beschikbaar vanuit Zorgverzekeraars Nederland (ZN). ZN brengt jaarlijks de door zorgverzekeraars aangetoonde fraude in kaart. De rapportage over 2021 van ZN<sup>6</sup> laat zien dat de meeste geconstateerde fraude voorkomt in de sector wijkverpleging. Binnen die sector hebben de meeste onderzoeken betrekking op niet-gecontracteerde zorg. Zorgverzekeraars zien bij deze groep niet-gecontracteerde zorgaanbieders dan ook een groter risico op zorgfraude, maar ook op lagere kwaliteit van zorg. Ook in de jaarrapportage<sup>7</sup> van het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IZK) over 2021 zijn over de wijkverpleging de meeste signalen over vermoedens van fraude ontvangen. De top vijf van signalen had betrekking op: wijkverpleging, begeleiding individueel, mondzorg, beschermd wonen en huishoudelijke hulp. Een zorgaanbieder moet wanneer hij start aan de relevante wet- en regelgeving voldoen. Zo moet iedere zorgaanbieder voldoen aan de eisen van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en heeft iedere nieuwe zorgaanbieder – uitzonderingen daargelaten – op grond van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) een meldplicht. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) bepaalt aan de hand van de melding aan welke zorgaanbieders zij in het kader van haar risico gestuurde toezicht een toezichtsbezoek wil brengen om te bekijken of aan de eisen wordt voldaan. Er is – uitzonderingen daargelaten – een vergunningplicht voor instellingen die medische specialistische zorg leveren en instellingen met meer dan tien zorgverleners die zorg verlenen als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) of Wet langdurige zorg (Wlz). In het kader van een mogelijke uitbreiding van de vergunningplicht is het IKZ in 2020 gevraagd om onderzoek te doen naar risico's op regelovertreding bij kleine instellingen. Uit het onderzoek kwam de sector wijkverpleging als grootste risicosector naar voren. Uit het onderzoek bleek dat het risico zich concentreert bij de niet-gecontracteerde aanbieders, maar dat deze aanbieders maar een zeer klein deel uitmaken van de totale sector wijkverpleging (ongeveer 5%). Om die reden heeft mijn voorganger op 15 oktober 2021 in een brief aangegeven het niet proportioneel te achten om de gehele sector wijkverpleging vergunningplichtig te maken (Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 15). Daarom is geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid om de vergunningplicht met een risicosector uit te breiden. Dat zou bovendien tot onevenredige administratieve lasten leiden. Ik ben bekend met de signalen dat het nog steeds te gemakkelijk zou zijn om een zorgbedrijf te starten. Daarom onderzoek ik op dit moment in een pilot met zorgverzekeraar DSW, met de NZa en de IGJ of en zo ja hoe we de screening nog effectiever kunnen maken. We onderzoeken wat vragen zijn die we aanvullend zouden moeten stellen aan iedere nieuwe zorgaanbieder die zich meldt, om risico's voor de kwaliteit van zorg nog beter te kunnen signaleren. Ik wil niet op de conclusies van deze pilot vooruit lopen.

*Waarom komt de Minister met zo'n grove beschuldiging van fraude en slechte zorg als zorgaanbieders voor het niet willen contracteren zelf aangeven problemen te ondervinden met het omzetplafond en het tarief? Waarom lost de Minister deze bezwaren van deze zorgaanbieders niet op? Wat doet de Minister om de problemen met omzetplafonds op te lossen? Wat doet de Minister eraan om de problemen met de tarieven op te lossen? Vindt de Minister de reden, die de verzekeraars aangeven van het niet willen contracteren van een zorgverlener, namelijk omdat er al genoeg zorg zou zijn ingekocht, niet net zo'n grote gotspe als genoemde leden? Er zijn lange wachtlijsten en grote tekorten als het gaat om de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en thuiszorg.*

<sup>6</sup> Fraudebeheersing zorgverzekeraars in 2021, Zorgverzekeraars Nederland

<sup>7</sup> Rapport Signalen fraude in de zorg 2021 | Rapport | Informatie Knooppunt Zorgfraude (ikz.nl)



*Hoe zorgt de Minister ervoor dat verzekeraars aan hun zorgplicht voldoen en voldoende GGZ en thuiszorg aanbieden?*

Zorgverzekeraars hebben tot taak zorg in te kopen die betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit is. Omzetplafonds en tarieven zijn voor zorgverzekeraars belangrijke instrumenten om de kosten in de hand te houden. Als er wachtlijsten zijn, kunnen verzekerden hun zorgverzekeraar benaderen voor zorgbemiddeling. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Als er geen gecontracteerd zorgaanbod beschikbaar is, moeten zorgverzekeraars maatregelen nemen omdat zij voldoende zorg moeten kunnen leveren aan hun verzekerden met een naturapolis. Zorgverzekeraars kunnen dan bijvoorbeeld de zorgaanbieders met wie zij een contract hebben, vragen of het mogelijk is bij te contracteren of, indien dat niet mogelijk is, niet-gecontracteerd zorgaanbod vergoeden.

*De leden van de PVV-fractie vragen waarom de Minister geen antwoord geeft op de concrete vragen onder 9 en 10:*

- Waarom duwt de Minister kleine aanbieders van thuiszorg in kleine dorpjes die soms de omzetrempels niet halen en daarom ongecontracteerde zijn, om? Hoe voorkomt de Minister dat deze zorg wegvalt? Hoe voldoen verzekeraars in deze gevallen aan hun zorgplicht?*
- Waarom duwt de Minister kleine aanbieders van thuiszorg om die hand-in-hand 48-uurszorg in de stervensfase aanbieden en soms de omzetrempels niet halen of vanwege de lange dagen niet kunnen voldoen aan de arbeidstijdenwet en daarom ongecontracteerd zijn? Hoe voorkomt de Minister dat deze zorg wegvalt? Hoe voldoen verzekeraars in deze gevallen aan hun zorgplicht?*
- Waarom blokkeert de Minister duurdere zorg voor mensen die minder geld hebben omdat ze met een eigen betaling van 250 euro per maand nooit een ongecontracteerde duurdere, voor hun aandoening gespecialiseerde psycholoog of psychiater kunnen betalen en deze aanbieders deze omzet niet missen omdat hun wachtlijst alleen maar ietsje korter wordt als de mensen met minder geld van de wachtlijst af gaan?*

In mijn antwoord heb ik aangegeven dat partijen in het IZA met elkaar vastgesteld hebben dat contractering van belang is om de beweging naar passende zorg tot stand te brengen. In het IZA zijn daarom afspraken gemaakt om de contractering te verbeteren. Daarbij is ook afgesproken om aan verkenning uit te voeren op welke mogelijkheden en noodzakelijkheden er momenteel zijn voor kleinere zorgaanbieders om gezamenlijk op te trekken in het contracteerproces en hoe dit kan worden vereenvoudigd. Er is dus geen sprake van dat een «duw» gegeven wordt aan kleine zorgaanbieders; er zijn juist maatregelen afgesproken om de contractering voor kleine zorgaanbieders te verbeteren.

In reactie op de vraag over duurdere zorg: er zijn geen maatregelen afgesproken om deze zorg te blokkeren. Wel zijn afspraken gemaakt om te bevorderen dat het voor zorgaanbieders aantrekkelijker wordt om te contracteren en voor verzekerden aantrekkelijker wordt om te kiezen voor gecontracteerde zorgaanbieders. Dat is in het belang van de doelstelling van het IZA om de beweging richting passende zorg te bevorderen.

*De leden van de PVV-fractie zijn verbolgen over het feit dat de Minister stelt dat geschillen over vergoedingen van niet-gecontracteerde zorg tussen verzekerden, zorgaanbieders en zorgverzekeraars maar aan de rechter voorgelegd moeten worden. De Hoge Raad, de hoogste rechtsinstantie in Nederland, heeft hier immers al uitspraak over gedaan. Wat is volgens de Minister niet helder aan deze uitspraak? De Minister geeft hier hetzelfde antwoord als eerder gegeven. Genoemde leden ergeren zich eraan dat de Minister hierover steeds met hetzelfde antwoord komt en*



*niet ingaat op inhoudelijke vragen naar aanleiding van haar antwoord. Kan de Minister onderbouwen waarom de uitspraken van de Hoge Raad volgens haar niet opgaan voor alle verzekerden? Wat heeft zo'n langdurige rechtsgang tot aan de Hoge Raad voor zin als de uitspraken vervolgens niet opgaan voor verzekerden?*

De Hoge Raad heeft in haar uitspraak het hinderpaalcriterium verduidelijkt waarmee zorgverzekeraars rekening moeten houden bij het bepalen van hun vergoedingen aan verzekerden die gebruik maken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Alle zorgverzekeraars hebben rekening te houden met deze uitspraak bij de toepassing van het hinderpaalcriterium ten aanzien van hun verzekerden. Dat laat onverlet dat in een individuele casus een verzekerde daar vraagtekens bij stelt. Verzekerden kunnen zich dan wenden tot de SKGZ om hier een bindend advies over uit te brengen of tot de civiele rechter om een uitspraak te doen. Ook zorgaanbieders kunnen zich wenden tot de civiele rechter over de toepassing van het hinderpaalcriterium ten aanzien van hun cliënten.

*Onderkent de Minister dat de Hoge Raad de uitspraak van het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden d.d. 6 oktober 2020 uitsluitend heeft vernietigd voor zover daarin voor recht is verklaard dat zorgverzekeraars zich bij wege van verweer tegen een hinderpaalverwijt ex art. 13 Zorgverzekeringswet (Zvw) niet op hardheidsclausules/coulanceregelingen kunnen beroepen en voor het overige in stand is gebleven?*

Ja, dit is inderdaad de beslissing van de Hoge Raad.

*De Minister noemt een ambtelijke analyse uit medio 2021, waarin uiteengezet wordt dat zorgverzekeraars onderkennen dat zij niet in lijn handelen met het hinderpaalcriterium, «achterhaald» in het licht van het arrest van de Hoge Raad d.d. 9 december 2022. Kan de Minister deze uitspraak nader toelichten, gelet op het feit dat het oordeel van het gerechtshof, dat een generiek kortingspercentage zonder uitzondering voor de duurdere vormen van zorg niet fijnmazig genoeg is, juist niet vernietigd is door de Hoge Raad?*

De Hoge Raad onderschrijft het oordeel van het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden dat het gebruik van een generiek kortingspercentage niet fijnmazig genoeg is. Dat betekent dat een generieke korting, die in algemene zin is toegestaan, bij bepaalde dure vormen van zorg ervoor kan zorgen dat de vergoeding een hinderpaal kan opleveren. Daarom kan niet geoordeeld worden dat een generiek kortingspercentage, indien daarop geen uitzonderingen worden gemaakt voor duurdere vormen van zorg, niet in de weg staat aan het hinderpaalcriterium. Het hof hield het maken van een uitzondering voor dure vormen van zorg juist niet voor mogelijk. Uit het arrest van de Hoge Raad vloeit nu voort dat een generiek kortingspercentage in combinatie met een hardheidsclausule kan voldoen aan het hinderpaalcriterium.

De Hoge Raad stelt daarbij wel de voorwaarde dat de zorgverzekeraar de hardheidsclausule daadwerkelijk toepast en daartoe op het peilmoment aan de verzekerde ondubbelzinnig toezegt een bepaald bedrag aan hem te vergoeden dat hoger is dan het bedrag waarop op grond van de polisvoorwaarden reeds aanspraak bestaat. Het peilmoment is volgens de Hoge Raad het moment waarop de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

*Onderkent de Minister dat generieke kortingspercentages niet zijn toegestaan voor zover daarin geen uitzonderingen wordt gemaakt voor duurdere vormen van zorg? Zo nee, kan de Minister dat nader toelichten in het licht van de overweging van de Hoge Raad dat het gerechtshof*

*«terecht tot uitdrukking [heeft] gebracht (...) dat niet geoordeeld kan worden dat een generiek kortingspercentage, indien daarop geen uitzonderingen worden gemaakt voor duurdere vormen van zorg, niet in de weg staat aan het hinderpaalcriterium?»?*

De Hoge Raad heeft aangegeven dat een generiek kortingspercentage in beginsel is toegestaan. Daarbij heeft de Hoge Raad aangegeven dat afhankelijk van de hoogte van het kortingspercentage dit bij dure vormen van zorg een hinderpaal kan opleveren. Dat kan ondervangen worden met een hardheidsclausule.

*Bij de beoordeling of de vergoeding van ongecontracteerde zorg in strijd is met het hinderpaalcriterium dienen zorgverzekeraars blijkens de antwoorden van de Minister «altijd een zorgvuldige afweging [te] maken.» Hoe verhoudt deze uitspraak zich tot de uitspraak van de Minister dat het aan de verzekerde is om in een concreet geval bezwaar te moeten maken tegen de vergoeding voor ongecontracteerde zorg? Welke rol ligt er voor zorgverzekeraars om – voorafgaand aan de fase van bezwaar door de verzekerde – zelf een afweging te maken over de vraag of het door haar gehanteerde generieke kortingspercentage, bijvoorbeeld bij een duurdere vorm van zorg, in strijd is met het hinderpaalcriterium? Op welke wijze dienen zorgverzekeraars de door de Minister genoemde «zorgvuldige afweging» concreet invulling te geven? Op welke wijze wordt toezicht gehouden op deze door de zorgverzekeraar te maken «zorgvuldige afweging»?*

De Hoge Raad heeft in haar uitspraak het hinderpaalcriterium verduidelijkt waarmee zorgverzekeraars rekening moeten houden bij het bepalen van hun vergoedingen aan verzekerden die gebruik maken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Het is aan de zorgverzekeraars om daar verder concrete invulling aan te geven. De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars.

*De Minister geeft aan dat het verlagen van de vergoeding voor ongecontracteerde zorg (zoals afgesproken in het IZA) bedoeld is als prikkel voor zorgaanbieders om met zorgverzekeraars te contracteren. Hoe verhoudt deze (extra) prikkel zich tot het feit dat veel zorgaanbieders wel degelijk willen contracteren, maar door zorgverzekeraars om niet-zorginhoudelijke redenen niet worden gecontracteerd? Hoe reflecteert de Minister op het feit dat zorgverzekeraars enerzijds allerlei beperkende maatregelen nemen om ongecontracteerde zorg te ontmoedigen (verlaagde vergoeding, machtigingsvereiste, cessieverbod), terwijl zij anderzijds op niet-zorginhoudelijke gronden weigeren te contracteren met zorgaanbieders die zelf wél een contract willen sluiten? In diverse bestuurlijke akkoorden is door zorgaanbieders en zorgverzekeraars afgesproken de contracteergraad te verhogen. Op welke manier houdt de Minister toezicht op de wijze waarop zorgverzekeraars aan deze afspraak invulling geven? Is de Minister bereid om ook voor zorgverzekeraars een prikkel te introduceren om het niet-contracteren met zorgaanbieders die dat wel willen ook voor zorgverzekeraars onaantrekkelijk te maken?*

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk om via de contractering de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg bevorderen. In het IZA zijn afspraken gemaakt over het verder brengen van de beweging naar passende zorg. Door de eisen die zorgverzekeraars stellen komen niet alle zorgaanbieders in aanmerking voor een contract. Het is daarom ook niet verantwoord om een prikkel te introduceren voor zorgverzekeraars om deze zorgaanbieders wel te contracteren.

In de vorige hoofdlijnenakkoorden zijn ook afspraken gemaakt om contractering te bevorderen, waarbij afspraken zijn gemaakt over het cessieverbod en machtigingsvereiste; erkend werd dat zorgverzekeraars deze instrumenten in de praktijk gebruiken en dat daarvan een stimulering uit kan gaan om contracten te sluiten. De NZa houdt toezicht op het contracteerproces.

*Onderschrijft de Minister de uitspraak van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) uit het rondetafelgesprek d.d. 5 december 2022, dat een verzekerde recht heeft op volledige vergoeding van ongecontracteerde zorg indien de zorgverzekeraar de verzekerde geen gecontracteerd alternatief binnen de treeknormen heeft kunnen bieden (en daarmee niet aan zijn zorgplicht voldoet)?*

Die uitspraak onderschrijf ik. Als de zorgverzekeraar niet aan zijn zorgplicht voldoet en de verzekerde daarom genoodzaakt is gebruik te maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is de zorgverzekeraar gehouden die zorg volledig te vergoeden voor zover de kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Wel is daarbij van belang dat de verzekerde zich eerst tot de zorgverzekeraar wendt om te verkennen of de zorgverzekeraar een gecontracteerd alternatief kan aanbieden.

*Het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden heeft in zaaknummer Gerechtshof 200.259.906<sup>8</sup> onder andere het volgende geoordeeld:*

- *«De wetgever is er destijds nadrukkelijk van uitgegaan dat een vergoeding voor niet gecontracteerde zorg bij een naturaverzekering niet zodanig laag mag zijn dat die een «feitelijke hinderpaal» vormt voor het inroepen van zorg bij een niet-gecontracteerde (buitenlandse) zorgaanbieder...»;*
- *Dat de vergoeding door zorgverzekeraars minimaal gebaseerd moet zijn op het marktconforme tarief;*
- *Dat de maximale eigen bijdrage voor alle verzekerden gebaseerd moet zijn op het gemiddeld inkomen;*
- *Dat de vergoeding door de zorgverzekeraar bekend moet zijn voorafgaand aan het besluit van de verzekerde dat hij/zij gebruik gaat maken van een niet gecontracteerde zorgverlener.*

*Is de Minister bekend met deze uitspraken van het Hof Arnhem-Leeuwarden en Gerechtshof Gelderland?*

*Is de Minister er bekend mee dat de Hoge Raad deze uitspraken heeft bevestigd en dat dit erin resulteert dat voor alle verzekerden de maximale eigen bijdrage gebaseerd moet zijn op het modale inkomen en geen hinderpaal mag zijn voor de verzekerde om gebruik te maken van de vrije artskeuze? Is de Minister ermee bekend dat het gemiddeld netto inkomen per huishouden rond de € 28.000 ligt (bron: Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)) ofwel € 2.350,- per maand inclusief subsidies en toeslagen? Wat is naar het oordeel van de Minister de maximale eigen bijdrage dat van een gemiddeld huishouden gevraagd kan worden om gebruik te kunnen maken van de vrije artskeuze zonder last te hebben van een hinderpaal?*

Ik ben bekend met de informatie die uw Kamer naar voren brengt. Ik kan geen algemeen oordeel geven over welke maximale eigen bijdrage van een gemiddeld huishouden gevraagd kan worden. Voor hoge zorgkosten is het redelijk dat de eigen bijdrage indien gebruik wordt gemaakt van niet-gecontracteerde zorg, hoger is dan bij lage zorgkosten. Voor de zorgverzekeraar is het financieel belang bij de vergoeding van dure zorg immers groter en van de verzekerde mag verwacht worden dat hij een

<sup>8</sup> Zaaknummer rechtbank Gelderland, zittingsplaats Arnhem, NL17. 14249.

weloverwogen keuze maakt tussen zorgaanbieders, zeker naarmate de kosten van zorg hoger zijn. Overigens hebben het hof en de Hoge Raad geoordeeld dat zorgverzekeraars het gewogen gemiddeld gecontracteerde tarief als uitgangspunt mogen nemen bij het bepalen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg bij naturopolissen en dat zorgverzekeraars toetsen of de hoogte van de vergoeding een hinderpaal oplevert voor de gemiddelde («modale») zorggebruiker.

*De kortingspercentages die verzekeraars hanteren zijn generieke kortingspercentages. Deelt de Minister de mening dat voor iemand met een minimuminkomen de hinderpaal op een ander bedrag ligt dan voor iemand met een modaal inkomen, dan voor iemand met een hoger inkomen? Hoe hoog (uitgedrukt in euro's) zou volgens de Minister die hinderpaal maximaal mogen zijn voor iemand met een netto inkomen tot de armoedegrens van zo'n 1.100,- euro per maand? En voor iemand met een netto inkomen rond de 2.500,- euro? En voor iemand met een netto inkomen van rond de 5.000,- euro? Speelt voor de Minister de samenstelling van een gezin, alleenstaand, samen, met kinderen, nog mee voor wat een redelijke eigen bijdrage/eigen betaling voor een psycholoog?*

In de uitspraak van de Hoge Raad is bepaald dat de zorgverzekeraar bij het bepalen van zijn vergoedingen voor het hinderpaalcriterium uit mag gaan van de gemiddelde («modale») verzekerde. Zorgverzekeraars kunnen geen inkomensgegevens van verzekerden verwerken. Bovendien geldt dat de vergoeding hetzelfde dient te zijn voor alle verzekerden die in eenzelfde situatie eenzelfde vorm van zorg of dienst behoeven (artikel 13, vierde lid, Zvw). De zorgverzekeraar kan dus geen rekening houden met het inkomen van de verzekerde.

*Is de Minister bereid om de NZa onderzoek te laten doen en regels te laten stellen betreffende de vraag wanneer sprake is van een feitelijke hinderpaal en de NZa te vragen daarbij onderscheid te maken aan de hand van de kosten van de diverse zorgvormen en verschillende inkomensgroepen?*

Ik ben voornemens zelf regels voor te bereiden over het hinderpaalcriterium. Zoals afgesproken in het IZA werk ik aan de uitwerking van de afspraak om de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te verlagen. Bij de verlaging van de vergoeding zal het hinderpaalcriterium in acht worden genomen.

*Heeft onderzoek door Vektis niet juist aangetoond dat de kosten van niet-gecontracteerde zorg juist vaak lager zijn dan gecontracteerde zorg? Zo nee, welk onderzoek ondersteunt de bewering van de Minister dat in enkele (deel)sectoren de kosten van zorgverlening door niet-gecontracteerde zorgaanbieders – ondanks de lagere vergoeding – hoger zijn dan van gecontracteerde zorgaanbieders?*

Omdat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg veelal lager is dan de vergoeding voor gecontracteerde zorg ligt het in de lijn der verwachting dat ook de kosten voor niet-gecontracteerde zorg lager zijn. Dat is echter niet altijd het geval.

Er is in de wijkverpleging een aantal onderzoeken gedaan naar het gebruik van niet-gecontracteerde zorg waarover de Tweede Kamer is geïnfor-

meer<sup>9</sup>. Uit het onderzoek over 2018 blijken de kosten van niet-gecontracteerde zorg in vergelijking met gecontracteerde zorg per cliënt per maand gemiddeld ongeveer tweeënehalf keer zo hoog zijn. De verschillen in de cliëntkenmerken van de cliëntenpopulaties blijken geen verklaring te zijn voor de hogere kosten van niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging. In 2021 bedragen de gemiddelde kosten per cliënt per jaar voor niet-gecontracteerde wijkverpleging € 7.700 euro tegen € 4.900 euro voor gecontracteerde zorg. Het aantal uur wijkverpleging per cliënt per maand ligt in de niet-gecontracteerde zorg (gemiddeld 31 uur) 2,4 maal zo hoog als in de gecontracteerde zorg (gemiddeld 13 uur).

Ook in de ggz is een aantal onderzoeken gedaan waar de Tweede Kamer over is geïnformeerd<sup>10</sup>. In de ggz zijn er sectoren waar de kosten voor niet-gecontracteerde zorg lager zijn dan voor gecontracteerde zorg. Daarentegen zijn er in de ggz ook sectoren waar dat niet het geval is. Uit onderzoek van Vektis komt naar voren dat de gemiddelde vergoede zorgkosten van de behandeling voor cliënten bij diagnoses alcoholverslaving, verslaving overige middelen, somatoforme stoornissen en restgroep diagnoses bij niet-gecontracteerde ambulante zorg beduidend hoger zijn dan bij gecontracteerde zorg (25%-80% hogere kosten). Bij deze vormen van zorg worden veel meer uren zorg geleverd dan bij de gecontracteerde zorg. Een eventueel verschil in casemix van cliënten tussen niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorg biedt geen verklaring voor deze verschillen; als – daar waar mogelijk – de kosten gecorrigeerd worden voor zorgvraagzwaarte, blijven de genoemde verschillen bestaan.

Uit het meest recente onderzoek van Vektis over de ontwikkeling (niet-)gecontracteerde geestelijke gezondheidszorg 2016–2019 blijkt dat binnen de ggz-zorg zonder verblijf de kosten per patiënt hoger zijn in de niet-gecontracteerde zorg voor de diagnoses somatoforme stoornissen (73%), verslaving aan overige middelen (41%), verslaving aan alcohol (28%), eetstoornissen (18%) en »dummy code«<sup>11</sup> (17%). Voor de andere diagnoses zijn de kosten per patiënt lager in de niet-gecontracteerde zorg. Voor schizofrenie (-29%), pervasieve stoornissen (-30%) en aandachtstekort (-31%) is dit verschil het grootst. Uit een vervolgonderzoek van Significant<sup>12</sup> komt geen eenduidige verklaring naar voren van kostenverschillen tussen contracteerde en niet-gecontracteerde zorg.

*Tot slot willen de leden van de PVV-fractie weten wanneer de Minister nu eens voor de patiënten in de bres springt in plaats van klakkeloos het wensenlijstje van de zorgverzekeraars uit te voeren. Nu het merendeel van de contracten tussen GGZ-instellingen en verzekeraars nog steeds niet rond is en de onderhandelingen uiterst moeizaam verlopen, is hiermee niet alleen het belang van vrije artsenuitvoering aangetoond maar ook het belang van restitutiepolissen, aldus deze leden.*

<sup>9</sup> Onderzoek naar (niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging, Een kwantitatief en kwalitatief onderzoek, Arteria Consulting, 13 december 2017 (Kamerstuk 29 689, nr. 885) en onderzoeken van Vektis naar de niet-gecontracteerde wijkverpleging (Kamerstuk 29 689, nr. 898, Kamerstuk 29 689, nr. 1022, Kamerstuk 23 235, nr. 198, Kamerstuk 23 235, nr. 216, Kamerstuk 23 235, nr. 217).

<sup>10</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 422, Kamerstuk 25 424, nr. 484, Kamerstuk 25 424, nr. 599

<sup>11</sup> Als een patiënt niet wil dat de hoofddiagnose bij de zorgverzekeraar terechtkomt, dan kan deze een privacyverklaring invullen en ondertekenen. In deze gevallen wordt er gebruik gemaakt van een zogenoemde dummy code of privacy code.

<sup>12</sup> Eindrapportage onderzoek naar (niet-) gecontracteerde GGZ in drie diagnosecategorieën | Rapport | Rijksoverheid.nl

Ik ben het ermee eens dat het contracteerproces beter kan en moet. In het IZA zijn daarover verbeterafspraken gemaakt, waarmee partijen inmiddels gezamenlijk aan de slag zijn gegaan. Ik zal uw Kamer te zijner tijd berichten over de voortgang daarvan.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie**

*De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Minister naar aanleiding van de uitspraak van de Hoge Raad over het hinderpaalcriterium. Zij hebben de behoefte een enkele aanvullende vraag te stellen. De leden lezen de uitspraak van de Hoge Raad zo, dat generieke kortingspercentages die geen uitzonderingen bevatten voor duurdere vormen van zorg, niet zijn toegestaan. Begrijpen deze leden dit goed? Kan duidelijk worden gemaakt wanneer sprake is van «duurdere vormen van zorg»? Mogen zorgverzekeraars gezamenlijk optrekken om uitvoering te geven aan tarifiering bij ongecontracteerde duurdere zorg, GGZ-aanbieders en wijkverpleging aanbieders zodat voor iedereen in het werkveld meer duidelijkheid ontstaat?*

De Hoge Raad is van oordeel dat een generieke korting in algemene zin is toegestaan. Of en in hoeverre het hinderpaalcriterium zich in bepaalde gevallen daartegen verzet voor een gemiddelde («modale») zorggebruiker kan slechts worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden, waaronder eventuele beleidsregels van de NZa. Daarbij zijn met name de hoogte van de kosten van de desbetreffende vorm van zorg van belang. Voor duurdere vormen van zorg kan de zorgverzekeraar op basis van een hardheidsclausule een uitzondering maken op het generiek kortingspercentage. De Hoge Raad heeft geen nadere duiding gegeven van wanneer sprake is van «duurdere vormen van zorg». Zorgverzekeraars mogen niet gezamenlijk optrekken bij het vaststellen van de vergoeding; dat is in strijd met de mededinging.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie**

*De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van de Minister op de uitspraak van de Hoge Raad over het hinderpaalcriterium. Zij vinden de opmerking dat verzekerden en zorgaanbieders maar naar de rechter moeten gaan wanneer er «onenigheid» bestaat met zorgverzekeraars, wel wat te gemakkelijk en afstandelijk. Deze leden verzoeken de Minister aan te geven wat «onenigheid» over de vergoeding in de praktijk kan betekenen voor mensen die zorg nodig hebben. Deze leden lezen ook in de antwoorden op schriftelijke vragen weer dat als de verzekerde het niet eens is met de vergoeding of meent dat de vergoeding in strijd is met het hinderpaalcriterium, diegene een klacht kan indienen bij zijn zorgverzekeraar en dat de verzekerde die dan geen gehoor vindt bij de zorgverzekeraar, zich kan wenden tot de geschilleninstantie of de rechter. Genoemde leden vinden dit de omgekeerde wereld. Een verzekerde die netjes premie betaalt kan dus geen vergoeding voor zorg krijgen en moet dan maar een klachtenprocedure gaan volgen, wachten op een reactie en zelfs is het mogelijk dat de verzekerde zelf het initiatief moet nemen om een juridische procedure bij de rechter te starten. Denkt de Minister werkelijk dat alle verzekerden daar tijdens een periode dat zij zorg nodig hebben, toe in staat zijn, afgezien van het feit dat zij dan wel iets anders aan hun hoofd hebben? Waarom kan het niet zo zijn dat een verzekerde zorg vergoed krijgt en de zorgverzekeraar verantwoordelijk wordt gemaakt voor goede voorlichting over de rechten en plichten van verzekerden en een juridische procedure start wanneer er onrechtmatig gebruikgemaakt wordt van zorg? Staat de patiënt volgens de Minister voorop of de zorgverzekeraar? Wat is de betekenis van de zorgplicht van*



*de zorgverzekeraar nog, als de zorgverzekeraar die gewoon kan opschorten tot na een klachtenprocedure of een rechtsgang?*

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Als er geen gecontracteerd zorgaanbod beschikbaar is, moeten zorgverzekeraars maatregelen nemen, omdat zij zorg moeten leveren aan hun verzekerden met een naturapolis. Zorgverzekeraars kunnen dan bijvoorbeeld de zorgaanbieders aanspreken met wie zij een contract hebben, bijcontracteren of eventueel niet-gecontracteerd zorgaanbod vergoeden. Verzekerden met een naturapolis kunnen ook uit zichzelf kiezen om van niet-gecontracteerd aanbod gebruik te maken. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders dienen in alle gevallen hun verzekerden en patiënten goed te informeren over de gevolgen als zij gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg, zodat zij een goede afweging kunnen maken om al dan niet gebruik te maken van niet-gecontracteerde zorg. Daarmee worden verrassingen achteraf voorkomen. Als de zorgverzekeraar niet voldoet of niet kan voldoen aan zijn zorgplicht en de verzekerde om die reden genoodzaakt is de zorg waarop hij volgens zijn naturapolis recht heeft te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan is een korting op grond van artikel 13 Zvw overigens niet aan de orde.

In het geval dat een verzekerde het niet eens is met de zorgverzekeraar over de vergoeding, dan hoeft de verzekerde zeker niet direct naar de rechter te gaan. De verzekerde kan zich eerst wenden tot de zorgverzekeraar die verplicht is deze klacht te behandelen. Als de verzekerde er met de zorgverzekeraar niet uit komt is een volgende stap om de klacht voor te leggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Vaak probeert eerst de Ombudsman van de SKGZ een oplossing te vinden. Indien dat niet lukt kan vervolgens de Geschillencommissie een uitspraak doen. Deze commissie is een toegankelijk alternatief voor een rechter. Bemiddeling door de Ombudsman is gratis. Voor de behandeling van een geschil wordt een beperkte bijdrage gevraagd.

*Genoemde leden verzoeken de Minister alsnog een inhoudelijke reactie te geven op de uitspraak. Zij verzoeken hierbij de invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars mee te nemen, alsmede een reactie te geven op de uitspraak van de Hoge Raad dat een generiek kortingspercentage (van bijvoorbeeld 25%) bij in ieder geval de duurdere en/of duurste vormen van zorg een hinderpaal kan opleveren, en dus niet is toegestaan wanneer geen uitzonderingen worden gemaakt voor duurdere vormen van zorg. Daarnaast vragen zij wat kan worden verstaan onder «duurdere vormen van zorg».*

*Voor iemand met een gering inkomen kan een zorgvorm sneller te duur zijn en daarmee kan een korting dan wel degelijk een hinderpaal vormen. De leden van de PvdA-fractie vinden dat de overheid duidelijkheid moet geven en dat dit niet aan zorgverzekeraars of uiteindelijk aan de rechter mag worden overgelaten. Verzekerden die netjes premie betalen, een premie die voor een toenemend aantal mensen een zware belasting vormt, mogen toch vooraf duidelijkheid hebben over wat zij aan zorg ontvangen, zonder dat zij min of meer gedwongen worden dat dan maar aan de rechter te gaan vragen? Zij vragen een uitgebreide inhoudelijke reactie op deze stelling.*

De zorgplicht staat los van het hinderpaalcriterium. Als de zorgverzekeraar niet voldoet of niet kan voldoen aan zijn zorgplicht en de verzekerde om die reden genoodzaakt is de zorg waarop hij volgens zijn naturapolis recht heeft te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan is een korting op grond van artikel 13 Zvw niet aan de orde.

Bij de toepassing van artikel 13 Zvw is blijkens de uitspraak van de Hoge Raad een generiek kortingspercentage in beginsel toegestaan. Afhankelijk



van de hoogte van het kortingspercentage kan dat bij dure vormen van zorg echter een hinderpaal opleveren. Dit kan volgens de Hoge Raad ondervangen worden met een hardheidsclausule, mits de zorgverzekeraar de hardheidsclausule daadwerkelijk toepast en daartoe op het peilmoment op grond van die clausule aan de verzekerde ondubbelzinnig toezegt een bepaald bedrag aan hem te vergoeden dat hoger is dan het bedrag waarop op grond van de polisvoorwaarden reeds aanspraak bestaat. Het peilmoment is volgens de Hoge Raad het moment waarop de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Voor de toetsing aan het hinderpaalcriterium en het bepalen van wat door zorgverzekeraars als dure vormen van zorg aangemerkt kan worden, gaat de Hoge Raad uit van de gemiddelde («modale») zorggebruiker. In meerdere uitspraken is geoordeeld dat niet gerefereerd kan worden aan de in financieel opzicht minst draagkrachtige zorggebruiker. Dan zou de prikkel om gebruik te maken van gecontracteerde zorgaanbieders voor zorggebruikers in hogere inkomenscategorieën wegvallen en het stelsel van de Zvw worden ondergraven. Overigens is voor verzekerden in alle inkomenscategorieën duidelijk op welke zorg zij recht hebben. Het basispakket van de zorgverzekering is wettelijk afgebakend en voor alle inkomenscategorieën hetzelfde.

Verzekerden met een laag inkomen worden via de zorgtoeslag tegemoet gekomen voor de premie van de zorgverzekering.

*Deze leden vragen of per zorgverzekeraar aangegeven kan worden in hoeverre er sprake is van differentiatie of uitzonderingen bij dure vormen van zorg, zoals door een uitspraak van het Arnhemse Hof wordt verplicht. Zij vragen ook hoe het peilmoment, waarop moet worden getoetst of sprake is van een hinderpaal, gaat werken in de praktijk. Immers het peilmoment is het moment dat de verzekerde voor de keuze staat om al dan niet van niet-gecontracteerde zorg gebruik te maken, op dat moment heeft iemand dus daadwerkelijk zorg nodig. Hoe wil de Minister ervoor zorgen dat iemand die zorg nodig heeft die zorg ook krijgt en niet eerst in discussie moet treden met een zorgverzekeraar of zelfs naar een rechter moet stappen om de zorg vergoed te krijgen? Is de Minister zich ervan bewust dat voor mensen ook kan gelden dat zij de zorg niet kunnen voorschieten en dat de stelling van de Minister dat mensen maar naar de rechter moeten gaan, kan betekenen dat iemand verstoken blijft van zorg? Wat denkt de Minister dat de psychische belasting voor mensen zal zijn, wanneer zij, op het moment dat zij bijvoorbeeld geestelijke gezondheidszorg nodig hebben, eerst een offerte op moeten vragen en toestemming moeten vragen? Hoe is dit nog te rijmen met een zorgplicht van de zorgverzekeraar?*

De Hoge Raad is van oordeel dat een generieke korting in algemene zin is toegestaan. Of en in hoeverre het hinderpaalcriterium zich in bepaalde gevallen daartegen verzet voor een gemiddelde («modale») zorggebruiker kan slechts worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden, waaronder eventuele beleidsregels van de NZa. Daarbij zijn met name de hoogte van de kosten van de desbetreffende vorm van zorg van belang is. Voor duurdere vormen van zorg kan de zorgverzekeraar op basis van een hardheidsclausule een uitzondering maken op het generiek kortingspercentage. De Hoge Raad heeft geen nadere duiding gegeven van wanneer sprake is van «duurdere vormen van zorg».

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders dienen hun verzekerden en patiënten goed te informeren over de gevolgen als zij gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg, zodat zij een goede afweging kunnen maken om al dan niet gebruik te maken van niet-gecontracteerde zorg. Daarmee worden verrassingen achteraf voorkomen. Als een verzekerde ervoor kiest om gebruik te maken voor een gecontracteerde zorgaanbieder dan wordt

de zorg gewoon vergoed; als de verzekerde ervoor kiest om gebruik te maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dat bestaat de kans dat de verzekerde een deel van de rekening zelf moet betalen. Als de zorgverzekeraar niet voldoet of niet kan voldoen aan zijn zorgplicht en de verzekerde om die reden genoodzaakt is de zorg waarop hij volgens zijn naturapolis recht heeft te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan is een korting op grond van artikel 13 Zvw overigens niet aan de orde.

*De leden van de PvdA-fractie vragen een reactie op het standpunt van de Patiëntenfederatie in deze. De Patiëntenfederatie stelt dat op dit moment te weinig relatie bestaat tussen contractering en goede zorgkwaliteit; zorg gegeven door een gecontracteerde aanbieder is niet altijd een garantie op passende zorg. Het is onbekend op basis waarvan zorgverzekeraars zorgverleners contracteren. Is dat op kwaliteit, op prijs, op gewoonte of een combinatie daarvan? Er zijn nu ongecontracteerde zorgaanbieders die goede zorguitkomsten realiseren en ook gecontracteerde zorgaanbieders die minder goede zorguitkomsten realiseren. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat de contractering meer transparant wordt en dat verzekerden werkelijk weten waar zij voor kiezen als zij hun zorgverzekering afsluiten?*

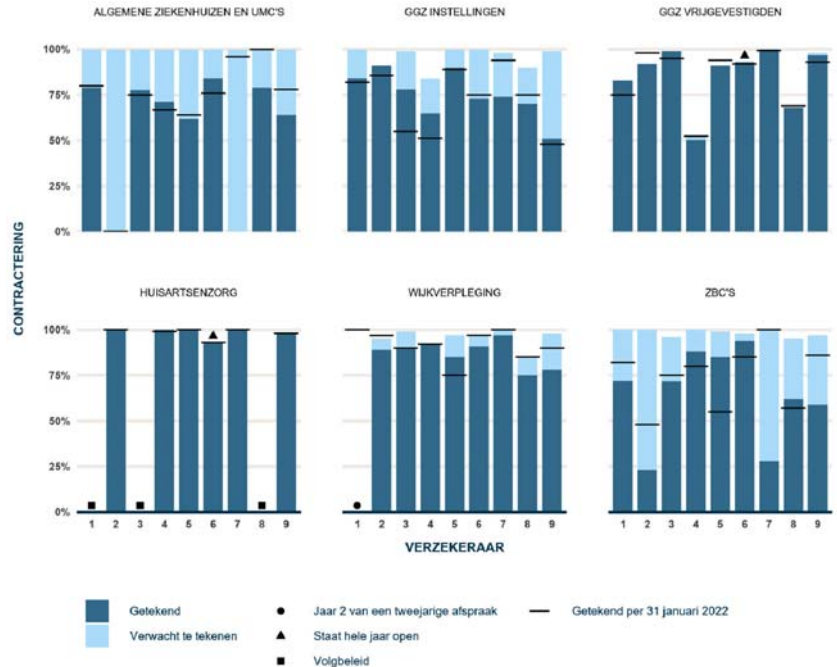
In het IZA hebben partijen aangegeven dat zij het van groot belang vinden dat patiënten voldoende keuzemogelijkheden hebben bij het kiezen van een zorgaanbieder en dat zij voldoende inzicht hebben in de kwaliteit van de zorg bij de verschillende zorgverleners. Afgesproken is dat zorgverzekeraars zich daarom inspannen om een gevarieerd zorgaanbod te contracteren en ook met nieuwe innovatieve zorgaanbieders over contractering te spreken. Tevens is afgesproken dat zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties samen proactief informatie over de kwaliteit van het zorgaanbod beschikbaar maken.

*Deze leden vragen ook hoe het feit dat in het IZA is afgesproken om de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te verlagen, met in acht neming van het hinderpaalcriterium kan worden gerijmd met de uitspraken van rechters en de Hoge Raad. Wat gaat dit in de praktijk betekenen en in hoeverre is de huidige praktijk dan gerechtvaardigd? Hoe kan het dat in een IZA een maatregel staat die door de rechter wordt verboden c.q. zeker in die vorm niet wordt toegestaan? Genoemde leden vragen welke zorgverzekeraars naar aanleiding van de uitspraak van de Hoge Raad hun polisvoorwaarden hebben aangepast. Of is het zo dat de zorgverzekeraars blijven werken met een generiek kortingspercentage en dus geen opvolging geven aan het arrest van de Hoge Raad?*

Bij de uitwerking van de afspraak over de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg uit het IZA zal rekening worden gehouden met de uitspraak van de Hoge Raad. Zorgverzekeraars zetten hun polissen jaarlijks op 12 november in de markt. Omdat de uitspraak van de Hoge Raad na deze datum kwam kon deze uitspraak niet worden meegenomen bij het opstellen van de polissen voor het jaar 2023, voor zover daartoe aanleiding zou hebben bestaan. De Hoge Raad is overigens van oordeel dat een generieke korting in algemene zin is toegestaan.

*De leden van de PvdA-fractie vragen naar de laatste stand van zaken ten aanzien van de contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor 2023. In hoeverre zijn die nu afgerond? Bij welke verzekeraars geldt dat de contracten nog niet zijn afgerond? Kan een overzicht gegeven worden van de stand van zaken per zorgverzekeraar?*

De laatste informatie die ik beschikbaar heb over de stand van zaken bij de contractering bij de zorgverzekeraars is van 31-1-23, zie hieronder.



### Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

*De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de reactie op het verzoek van de commissie over 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. Zij hebben hier nog een aantal vragen en opmerkingen over. Genoemde leden vragen de Minister of het feit dat zoveel zorgaanbieders ongecontracteerd zijn, ook niet te maken heeft met het feit dat zorgverzekeraars hen vaak geen fatsoenlijk contract met dekkende tarieven bieden. Zou niet gewoon gestopt moeten worden met het aanbieden van dit soort wurgcontracten? Is de Minister het met deze leden eens dat zorgverzekeraars alle zorgaanbieders die goede zorg leveren gewoon een fatsoenlijk contract zou moeten bieden?*

Ik ben het ermee eens dat de contractering beter kan en moet. In het IZA zijn daarover verbeterafspraken gemaakt waarmee partijen inmiddels aan de slag zijn gegaan. Ik zal uw Kamer te zijner tijd berichten over de voortgang daarvan.

*Deze leden vragen de Minister hoe zij aankijkt tegen het feit dat mensen nu vaak ook zijn aangewezen op ongecontracteerde zorgaanbieders, omdat er geen ruimte meer is bij de zorgaanbieders die wel gecontracteerd zijn. Voldoen zorgverzekeraars wel aan hun zorgplicht, op het moment dat zij onvoldoende zorg inkopen bij gecontracteerde zorgaanbieders, terwijl er tegelijkertijd zorgaanbieders niet gecontracteerd worden, doordat zorgverzekeraars zelf geen dekkende tarieven bieden? Is de Minister van mening dat het huidige systeem van contracteren door zorgverzekeraars nu goed functioneert? Hoeveel geld en tijd kost het*

*zorgaanbieders bijvoorbeeld om steeds weer met zoveel verschillende zorgverzekeraars te moeten onderhandelen?*

Als er wachtlijsten zijn, kunnen verzekerden hun zorgverzekeraar benaderen voor zorgbemiddeling. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Als er geen gecontracteerd zorgaanbod beschikbaar is, moeten zorgverzekeraars maatregelen nemen, want zij moeten voldoende zorg inkopen waar hun verzekerden met een naturapolis gebruik van kunnen maken. Als er onvoldoende zorg beschikbaar is, kunnen zorgverzekeraars dan bijvoorbeeld de zorgaanbieders met wie zij een contract hebben, vragen of ze kunnen bijcontracteren of eventueel niet-gecontracteerd zorgaanbod vergoeden.

Zorgverzekeraars hebben tot taak zorg in te kopen die betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit is, zodat ook de premies voor de zorgverzekering voor burgers betaalbaar blijven. Contractering is voor zorgverzekeraars een belangrijk instrument om de kosten in de hand te houden en de toegankelijkheid en kwaliteit mede te waarborgen.

*De leden van de SP-fractie vragen de Minister of het niet beter zou werken om in principe landelijke tarieven vast te stellen, die voor zorgaanbieders de kosten dekken en waarvan enkel kan worden afgeweken op basis van duidelijke criteria zoals patiëntenpopulatie en innovatieve zorg. Is de Minister bereid om deze optie serieus te onderzoeken, als alternatief voor de situatie waarbij zorgverzekeraars zelf de tarieven vaststellen?*

Zorgverzekeraars hebben tot taak zorg in te kopen die betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit is. Betaalbaar zodat ook de premies voor de zorgverzekering voor burgers betaalbaar blijven. Contractering is voor zorgverzekeraars een belangrijk instrument om de kosten in de hand te houden en daarmee de hoogte van de premies voor de zorgverzekeringen.

#### **Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie**

*De leden van de GroenLinks-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de Minister over het hinderpaalcriterium en de recentelijke gerechtelijke uitspraken. Voordat de voornoemde leden ingaan op de uitspraak en de brief willen zij de Minister iets vragen over het aantal niet-gecontracteerde aanbieders. Het maakt namelijk veel uit voor verzekerden of hun verzekeraar wel of geen contract heeft met hun aanbieder. Doordat er zoveel aanbieders zijn in de wijkverpleging en in de GGZ die nog geen contract hebben, wordt het voor verzekerden onmogelijk om vooraf te weten of hun zorg wel of niet wordt vergoed en of ze moeten bijbetalen. Herkent de Minister dit probleem en hoe wil zij ervoor zorgen dat voor het volgende overstapseizoen de contractering wel op tijd is afgerond? Welke stappen gaat de Minister zetten om te regelen dat meer zorgaanbieders een fatsoenlijk contract krijgen voor het komende jaar?*

Ik ben het ermee eens dat de contractering beter kan en moet. In het IZA zijn daarover afspraken gemaakt waarmee partijen inmiddels aan de slag zijn gegaan. Ik zal uw Kamer te zijner tijd berichten over de voortgang daarvan.

*Genoemde leden zouden ook graag een oplossing zien voor alle mensen die nu ineens een eigen bijdrage moeten gaan betalen. De mensen waarvan de zorg eerst wel volledig werd vergoed en nu ineens niet meer. Zeker omdat er nog zoveel zorgaanbieders zijn die nog geen contract hebben, maar deze mogelijk nog wel krijgen, is het niet meer mogelijk om een bewuste keuze te maken.*

*Hierdoor is het mogelijk dat mensen die een doorlopende behandeling krijgen vanaf 1 januari ineens worden geconfronteerd met een eigen bijdrage, terwijl zij niet zijn gewisseld van behandelaar of verzekeraar. Voor deze groep zouden deze leden graag een uitzondering zien. Als de behandeling doorloopt en de verzekerde in het vorige jaar geen eigen bijdrage hoefde te betalen, dan zou dat na de jaarwisseling niet zomaar mogen veranderen. De leden van de GroenLinks-fractie zouden liever zien dat de voorwaarden en vergoedingen van behandelingen tussentijds niet veranderen. Deelt de Minister die mening? Is zij bereid om vast te leggen dat eigen bijdragen voor lopende behandelingen niet veranderen als de verzekerde niet van verzekeraar wisselt?*

In artikel 13, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet is het volgende bepaald: «Indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder als bedoeld in het eerste lid wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar». Hetgeen de leden van de GroenLinks-fractie vragen, is hiermee al geregeld.

*De leden van de GroenLinks-fractie vinden het belangrijk dat mensen bewust kunnen kiezen voor een zorgverzekering. Een voorwaarde voor een bewuste keuze is wel dat de verzekerden goed worden geïnformeerd. Helaas worden verzekerden niet actief geïnformeerd als de vergoeding voor behandelingen die zij gebruiken, worden teruggeschroefd. Deelt de Minister de mening dat verzekerden hier actief over geïnformeerd zouden moeten worden? Hoe wil de Minister verplichten dat verzekeraars deze informatie actief delen?*

In de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-022) van de NZa is bepaald dat zorgverzekeraars hun verzekerden goed moeten informeren over de vergoedingen van zorg die voor de polis gelden. Tevens is in de Regeling transparantie zorgaanbieders (TH/NR-018) bepaald dat zorgaanbieders de consument moeten informeren over datgene wat voor de consument van belang is om een weloverwogen keuze te maken voor zorg, zoals bijvoorbeeld eventuele eigen betalingen omdat er geen contract is met de zorgverzekeraar. Zowel de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder hebben een rol bij het informeren van de verzekerden en patiënten. Dat gaat helaas niet altijd goed. In het IZA zijn daarom afspraken gemaakt om de informatie aan verzekerden te verbeteren. Daarbij is bijvoorbeeld 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 de nadruk gelegd op situaties en locaties waar dit risico zich vooral voor kan doen, zoals bij verwijzers en tijdens het overstapseizoen.

*Genoemde leden hebben ook nog wel een vraag over de uitspraak van de Hoge Raad. Zoals de voornoemde leden de uitspraak lezen, stelt de rechter dat een generieke korting eigenlijk niet in lijn is met het hinderpaalcriterium. Want of iets een hinderpaal is, hangt af van de absolute hoogte van de eigen bijdrage. Bij dure behandelingen komt een korting van 25% neer op een veel hoger bedrag dan bij een goedkopere behandeling. Tegelijkertijd zit er geen maximum eigen bijdrage gekoppeld aan het hinderpaalcriterium. Zo'n maximale eigen bijdrage wordt wel gezien bij andere vormen van zorg, zoals de eigen bijdrage bij de Wet langdurige zorg (Wlz), de eigen bijdrage voor hulpmiddelen en de eigen bijdrage voor medicijnen. De leden van de GroenLinks-fractie vragen de Minister waarom deze eigen*

*bijdrage niet is gemaximeerd. Wil zij deze eigen bijdrage maximeren en aan welk bedrag denkt zij dan?*

De Hoge Raad is van oordeel dat een generieke korting in algemene zin is toegestaan. Of en in hoeverre het hinderpaalcriterium zich in bepaalde gevallen daartegen verzet voor een gemiddelde («modale») zorggebruiker kan slechts worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden, waaronder eventuele beleidsregels van de NZa. Daarbij zijn met name de hoogte van de kosten van de desbetreffende vorm van zorg van belang. Voor duurdere vormen van zorg kan de zorgverzekeraar op basis van een hardheidsclausule een uitzondering maken op het generiek kortingspercentage. De Hoge Raad heeft geen nadere duiding gegeven van wanneer sprake is van «duurdere vormen van zorg».

De systematiek van eigen bijdragen is een heel andere dan de systematiek van eigen betalingen voor niet-gecontracteerde zorg. Een eigen bijdrage is verplicht en kan niet vermeden worden. Een eigen betaling voor niet-gecontracteerde zorg kan de verzekerde vermijden door te kiezen voor een gecontracteerde zorgaanbieder. Ik ben geen voorstander van het maximeren van het totaal aan eigen betalingen voor niet-gecontracteerde zorg, omdat er altijd een prikkel moet zijn voor een verzekerde om gebruik te maken van gecontracteerde zorgaanbieders, juist ook bij duurdere vormen van zorg.

*Deze leden lezen dat alle polissen voor mensen met een smalle beurs betaalbaar blijven door de zorgtoeslag. De zorgtoeslag is namelijk gebaseerd om de gemiddelde premie. Maar daaruit maken zij ook op dat de zorgtoeslag niet toereikend is voor mensen die een restitutiepolis nodig hebben. Restitutiepolissen zijn namelijk duurder dan de gemiddelde polis. De leden van de GroenLinks-fractie vragen de Minister hoe hoog de gemiddelde premie precies is voor restitutiepolissen in 2023 en hoe hoog de zorgtoeslag precies is (minus de energietegemoetkoming). Hoe verwacht zij dat mensen met een kleine beurs dat verschil in deze tijden kunnen betalen? Daarnaast vragen deze leden ook hoeveel mensen überhaupt moeite hebben met het betalen van de zorgtoeslag. Hoeveel mensen zijn er bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK) aangemeld als wanbetaler en hoe heeft die groep zich precies ontwikkeld het afgelopen jaar?*

De gemiddelde premie die verzekerden betalen voor een restitutiepolis is € 1.807 euro. Dit is € 150 euro per jaar meer dan de gemiddelde premie waar de zorgtoeslag op gebaseerd is (€ 1.657 euro per jaar). Er worden ook restitutiepolissen aangeboden waarvan de premie dicht bij de gemiddelde nominale premie ligt.

Als de percentages voor het bepalen van de hoogte van de zorgtoeslag ongewijzigd zouden zijn gelaten in 2023, was de zorgtoeslag uitgekomen op € 1.426 voor een 1-persoonshuishouden (met energietoeslag € 1.858) en € 2.719 voor een 2-persoonshuishouden (met energietoeslag € 3.182). Het aantal geregistreerde wanbetalers zorgpremie bij het CAK bedraagt op dit moment ongeveer 170.000. De afgelopen jaren is sprake van een dalende lijn, met een stabilisatie vanaf het jaar 2022. Het verloop vanaf 1 januari 2020 is in onderstaande tabel weergegeven.

Peildatum	Aantal wanbetalers zorgpremie CAK
1 januari 2020	202.702
1 januari 2021	189.652
1 januari 2022	170.221
1 januari 2023	170.541
1 februari 2023	170.170



## Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie

*De leden van de ChristenUnie-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de uitspraken van de Hoge Raad inzake het hinderpaalcriterium. Deze leden vinden het belangrijk dat verzekerden kunnen kiezen voor zorg die past bij hun zorgvraag en identiteit. Dit betekent wat deze leden betreft niet dat verzekerden onbepaalde keuzevrijheid zouden moeten hebben. Zij zien in het in enige mate verlagen van vergoedingspercentages voor ongecontracteerde zorg een gerechtvaardigd middel om te werken aan passende zorg waarbij alle partijen in afstemming met elkaar werken aan zorg die toegevoegde waarde heeft en efficiënte zorg. Zij hebben echter ook gezien dat een aantal zorgverzekeraars dusdanig hun vergoedingspercentages wilden verlagen, voor zorg die duur is, dat deze zorg veel minder toegankelijk werd voor verzekerden. Zij zien de uitspraak van de Hoge Raad als een duidelijke uitspraak over de gepaste interpretatie van het hinderpaalcriterium. Genoemde leden betreuren het echter dat de rechter eraan te pas moest komen om duidelijkheid te scheppen voor verzekerden, na een periode van onrust. Hoeveel verzekerden hebben contact gezocht met de SKGZ hierover? Wat gaat de Minister doen om te voorkomen dat nieuwe zaken gaan spelen bij de rechter, welke verantwoordelijkheid ziet de Minister in dit opzicht voor de zorgverzekeraars en op welke wijze kan zij daar gevolgen aan verbinden?*

De SKGZ heeft mij laten weten dat, sinds de oprichting in 2006, door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen in 23 zaken een bindend advies is uitgebracht waarbij het hinderpaalcriterium aan de orde kwam. Deze bindende adviezen zijn terug te vinden op de website [www.skgz.nl](http://www.skgz.nl). Het is aan zorgverzekeraars om de hoogte van hun vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te bepalen. Zij dienen daarbij rekening te houden met het hinderpaalcriterium. De uitspraak van de Hoge Raad heeft een nadere invulling gegeven aan het hinderpaalcriterium. Het is aan de zorgverzekeraars om deze uitspraak te betrekken bij het vaststellen van hun vergoedingen.

*Deze leden benadrukken het belang van tijdige en toegankelijke communicatie van de zorgverzekeraar naar de klant als een contract tussen aanbieder en verzekeraar wijzigt. Zij zien dat klanten niet goed geïnformeerd kunnen zijn als contracten pas na 1 januari tot stand komen voor het lopende kalenderjaar. Welke inzet pleegt de Minister om zoveel mogelijk contracten voor 1 januari te laten afsluiten? Is de Minister van mening dat het na 1 januari afsluiten van een contract consequenties zou moeten hebben voor de rechten van klanten in de tarieven en vergoedingen van zorg? Deze leden denken bijvoorbeeld aan de situatie dat er toch geen contract gesloten blijkt te worden gesloten tussen zorgaanbieder en verzekeraar, terwijl dit in het vorig jaar wel het geval was en de klant te maken krijgt met een lager vergoedingspercentage. Is het in dat geval niet eerlijker om uit te gaan van het vergoedingspercentage van het jaar ervoor, op basis waarvan de klant heeft afgewogen bij welke verzekeraar hij een verzekering afsloot?*

In de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-022) van de NZa is bepaald dat zorgverzekeraars hun verzekerden goed moeten informeren over de vergoedingen van zorg die voor de polis gelden. Tevens is in de Regeling transparantie zorgaanbieders (TH/NR-018) bepaald dat zorgaanbieders de consument moet informeren over datgene wat voor de consument van belang is om een weloverwogen keuze te maken voor zorg, zoals bijvoorbeeld eventuele eigen betalingen omdat er geen contract is met de zorgverzekeraar. Zowel de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder hebben een rol bij het informeren van de verzekerden en patiënten. Dat gaat helaas niet altijd goed.



In het IZA zijn daarom afspraken gemaakt om de informatie aan verzekeren te verbeteren. Daarbij is bijvoorbeeld afgesproken dat de IZA-partijen samen een voorlichtingsprogramma organiseren dat erop gericht is verzekeren voor te lichten over de financiële risico's van niet-gecontracteerde zorg. In de voorlichting wordt de nadruk gelegd op situaties en locaties waar dit risico zich vooral voor kan doen, zoals bij verwijzers en tijdens het overstapseizoen. Dit geldt ook in de situatie indien een verzekerde kort na 1 januari gebruik wil maken van een zorgaanbieder die (nog) niet gecontracteerd is. Ook de verzekerde zal zich moeten vergewissen of er sprake is van een contract en bij twijfel contact opnemen met de verzekeraar. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Als er geen gecontracteerd zorgaanbod beschikbaar is, moeten zorgverzekeraars de verzekerde doorgeleiden naar gecontracteerd aanbod. Is dat niet beschikbaar, dan kunnen zorgverzekeraars bijvoorbeeld de zorgaanbieders met wie zij een contract hebben, vragen of zij kunnen bijcontracteren of eventueel niet-gecontracteerd zorgaanbod vergoeden.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe de Minister met zorgverzekeraars heeft gesproken over de criteria die volgen uit het arrest van de Hoge Raad en welk gevolg daar aan gegeven wordt. Zij vragen of de Minister ziet dat zorgverzekeraars na het arrest hun vergoedingspercentages waar nodig hebben aangepast. Zo nee, welke ruimte ziet de Minister om zorgverzekeraars op de opvolging van een arrest van de Hoge Raad aan te spreken en hoe beoordeelt zij die ruimte?*

Het is aan zorgverzekeraars om de hoogte van hun vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg te bepalen. Zij dienen daarbij rekening te houden met het hinderpaalcriterium. De uitspraak van de Hoge Raad heeft een nadere invulling gegeven aan het hinderpaalcriterium. Het is aan de zorgverzekeraars om deze uitspraak te betrekken bij het vaststellen van hun vergoedingen. Dat beleid is niet gewijzigd door de uitspraak van de Hoge Raad; wel kan de uitspraak van invloed zijn op de vergoedingen. Zorgverzekeraars zetten hun polissen jaarlijks op 12 november in de markt. Omdat de uitspraak van de Hoge Raad na deze datum kwam kon deze uitspraak niet worden meegenomen bij het opstellen van de polissen voor het jaar 2023, voor zover daartoe aanleiding zou hebben bestaan.

*Genoemde leden vragen naar de toekomst toe op welke manier de Minister weegt dat gecontracteerde zorg in kwaliteit positief te onderscheiden is van ongecontracteerde zorg.*

De ambitie van het IZA is om de zorg voor iedereen toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Om de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg duurzaam te borgen, hebben partijen in het IZA afspraken gemaakt over de inhoudelijke transformatie naar passende zorg. Deze afspraken zijn vertaald naar de contractering van zorg. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars nemen samen verantwoordelijkheid om deze transformatieopgave te realiseren. Contractering tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder is een belangrijk instrument in het streven naar passende zorg. Individuele contractafspraken worden gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars; deze worden gemaakt op basis van passende zorg, de reële zorgvraag en andere relevante aspecten. Dat houdt in dat contracterende partijen actief inzetten op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid door het beperken van volumegroei, het treffen van arbeidsbesparende maatregelen en het realiseren van passende zorg conform de doelstellingen van het IZA. Met zorgaanbieders die niet contracteren, kunnen dergelijke afspraken niet worden gemaakt.

*De leden van de ChristenUnie-fractie betreuren het dat cliënten in de GGZ zich genoodzaakt voelen of voelen om door lagere vergoedingspercentages naar een andere behandelaar over te stappen indien dit negatief raakt aan de band die behandelaar en cliënt in de GGZ opbouwen, omdat deze van belang is voor de effectiviteit van zorg. Heeft de Minister zicht op het aantal cliënten dat van aanbieder is veranderd en op de gevolgen voor de effectiviteit van zorg?*

In artikel 13, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet is het volgende bepaald: «Indien een overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een aanbieder als bedoeld in het eerste lid wordt beëindigd, houdt een verzekerde die op het moment van beëindiging van de overeenkomst zorg ontvangt van deze aanbieder, recht op zorgverlening door die aanbieder voor rekening van deze zorgverzekeraar». Er is dus geen reden voor cliënten om voor een lopende behandeling over te stappen naar een andere behandelaar als de overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de behandelaar beëindigd wordt. Ik heb geen zicht op het aantal cliënten dat van aanbieder is veranderd en op de gevolgen daarvan.

*Genoemde leden vragen naar de reactie van de Minister op de gedachte van de NZa hoe gerechtvaardigd het is om verschil te laten bestaan tussen deze twee situaties: (1) de cliënt met een gestarte behandeling die zich geconfronteerd ziet met een verandering van restitutie- naar combinatiepolis en wel valt onder het lagere vergoedingspercentage, en (2) de cliënt met een gestarte behandeling bij een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar geen nieuw contract sluit en niet onder het lagere vergoedingspercentage valt<sup>13</sup>. Zij vragen de Minister of dit tot nadere overwegingen leidt en welke dat zijn.*

Ik begrijp de gedachte van de NZa. De NZa heeft dit onder de aandacht gebracht bij de zorgverzekeraars. De beide zorgverzekeraars die dit jaar hun restitutiepolissen hebben omgezet naar een combinatiepolis, hebben ervoor gekozen in het eerste jaar na het omzetten coulance te betrachten voor de verzekerden. De verzekerden houden daarmee recht op hun oude vergoedingspercentages.

### **Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie**

*Het lid van de BBB-fractie heeft kennisgenomen van de brief van de Minister inzake de uitspraak van de Hoge Raad over het hinderpaalcriterium. Genoemd lid constateert dat de Minister problematiek rondom het hinderpaalcriterium overlaat aan de zorgverzekeraars en de zorgverleners zelf. Zij wil benadrukken dat deze twee partijen geen gelijkwaardige positie hebben. Als er sprake is van onenigheid, verwijst de Minister naar de rechter. Het lid van de BBB-fractie denkt dat het belangrijk is om zaken niet te laten escaleren. De gang van de rechter moet zoveel mogelijk voorkomen worden. Het lid denkt ook dat met name de kleinere zorgverleners deze weg niet snel zullen bewandelen en vraagt de Minister dan ook of het mogelijk is om eventueel door een dringend advies of een richtlijn de partijen te helpen met het scheppen van meer duidelijkheid.*

Het is niet aan mij om te treden in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Via de jurisprudentie ontstaat duidelijkheid over de wijze waarop zorgverzekeraars invulling moeten geven aan het hinderpaalcriterium. Daarmee wordt voor partijen de duidelijkheid gecreëerd waar het lid van de BBB-fractie om vraagt.

<sup>13</sup> Position paper NZa, Rondetafelgesprek Vrije Artsenkeuze, 5 december 2022.

*Ten slotte heeft het lid van de BBB-fractie nog een vraag over het verlagen van tarieven door verzekeraars voor ongecontracteerde GGZ en wijkverpleging. Het lid wil graag weten op welke wijze de Minister daadwerkelijk bewaakt (dus monitort) dat er voldoende mogelijkheden zijn voor burgers om zich te kunnen verzekeren op een betaalbare wijze voor noodzakelijke zorg.*

Voor iedere polis is sprake van een ruime keuze aan zorgverleners waarvoor de kosten van zorg uit hoofde van de zorgverzekering volledig worden vergoed; de zorgverzekeraar moet immers aan zijn zorgplicht voldoen. Ook voor mensen met een smalle beurs is de vrijheid om te kunnen kiezen voor een zorgaanbieder betaalbaar. 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 meer 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.