



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Directie Zorgverzekeringen
T.a.v. de heer E.J. Kuipers
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Behandeld door

Telefoonnummer

E-mailadres

Onderwerp

Uitvoeringstoets wetsvoorstel bevorderen zorgcontractering

Kenmerk

460496/1484732

Datum

11 september 2023

Geachte heer Kuipers,

Per brief van 23 juni 2023 (met kenmerk 3612962-1049951-Z) heeft u de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verzocht om een uitvoerbaarheids- en handhaafbaarheidstoets uit te voeren ten aanzien van het conceptwetsvoorstel 'Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het bevorderen van zorgcontractering' (hierna: het conceptwetsvoorstel). Het conceptwetsvoorstel omvat een aantal nadere bepalingen omtrent de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Middels deze brief voldoen wij aan uw verzoek.

Iedereen in heel Nederland heeft recht op zorg. Met een verbeterd contracteerproces kan beter gestuurd worden op de doelmatige inzet van het schaarse personeel en een betere sturing voor een hoge(re) kwaliteit van zorg. Daarnaast is het van belang dat de zorg betaalbaar blijft voor iedereen, nu en in de toekomst. De NZa onderschrijft vanuit haar missie en strategische agenda dan ook de opmerking in het concept Memorie van Toelichting (MvT) dat contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders een van de belangrijke middelen is om de beweging naar passende zorg te maken en afspraken te maken die de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid ten goede komen. In aanvulling op andere afspraken die partijen hebben gemaakt in het Integraal Zorgakkoord (IZA), beoogt het onderhavige conceptwetsvoorstel in zijn algemeenheid zorgcontractering te bevorderen.

Het conceptwetsvoorstel voorziet in een aanvulling van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door de toevoeging van drie nieuwe leden. Ten eerste wordt in het nieuwe artikel 13, vijfde lid, Zvw, het hinderpaalcriterium uitdrukkelijk in de wet vastgelegd. De hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg mag een gemiddelde verzekerde niet verhinderen om de zorg of dienst, rekening houdend met de aard en gangbare omvang ervan, te betrekken van een andere aanbieder als bedoeld in het eerste lid van het artikel. In aanvulling daarop biedt het conceptwetsvoorstel de mogelijkheid om, bij of krachtens algemene maatregel van bestuur (AMvB), regels te stellen over de wijze waarop de zorgverzekeraar de hoogte van de vergoeding, met inachtneming van het hinderpaalcriterium, berekent.

Ten tweede biedt het voorgestelde zesde lid de mogelijkheid om, indien nodig, bij algemene maatregel van bestuur een (deel)sector van de zorg aan te wijzen en te regelen wat de hoogte van de vergoeding is die zorgverzekeraars aan hun verzekerden dienen te betalen voor zorg die ontvangen is van niet-gecontracteerde zorgaanbieders in die (deel)sector. Ook deze vergoeding voor de betreffende (deel)sector dient binnen de kaders van het hinderpaalcriterium te blijven.

Ten derde worden in het voorgestelde zevende lid van artikel 13 Zvw enkele uitzonderingssituaties vastgelegd waarin sprake is van een restitutievergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dit is het geval als de zorgverzekeraar zijn zorgplicht niet na komt, of als het een bij AMvB aangewezen vorm van zorg of overige dienst betreft.

Het conceptwetsvoorstel raakt verschillende taken van de NZa: het uitvoeringstoezicht- en de handhaving ten aanzien van de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars, regulering en kostenonderzoeken, maar ook marktonderzoek en monitoringtaken. Hieronder vindt u de uitkomsten van de door ons uitgevoerde toets op uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid voor de NZa, waarbij wij aandacht hebben besteed aan deze taakgebieden. Dit gaat weliswaar verder dan het oorspronkelijke verzoek wat enkel zag op de toezichttaken van de NZa, maar bij nadere lezing van het conceptwetsvoorstel worden ook de taken van de NZa buiten het toezicht geraakt. We vinden het daarom passend om ook de gevolgen voor de taken van de NZa buiten het toezicht te behandelen. Er wordt eerst ingegaan op de uitvoerbaarheid van het conceptwetsvoorstel door de NZa (onderdeel A). Vervolgens wordt nagegaan in hoeverre het conceptwetsvoorstel toezichtbaar en handhaafbaar is door de NZa (onderdeel B). Hierbij geeft de NZa ook haar reactie op de vragenlijst Fraudetoets die is meegezonden met het conceptwetsvoorstel. We sluiten de toets af met de conclusie in hoeverre het voorliggende conceptwetsvoorstel uitvoerbaar en handhaafbaar is (onderdeel C). In de bijlage maakt de NZa een aantal kleine opmerkingen die buiten de scope van de toets op uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid vallen.

A. Uitvoerbaarheid

In dit onderdeel wordt nagegaan in hoeverre het conceptwetsvoorstel uitvoerbaar is voor de NZa. Hierbij wordt onder meer stilgestaan bij de taak en de afbakening hiervan van de NZa (A.1.), toerusting van de NZa (A.2.) een kostenschattning voor het werk van de NZa (A.3.) en een inschatting van de effecten (A.4.). Er wordt afgesloten met enkele conclusies en aanbevelingen op dit onderdeel (A.5.).

A.1. Afbakening taak van de NZa

a. Artikel 16, onderdeel a en b, Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)

De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is geregeld. Het accent van het toezicht door de NZa op de zorgverzekeraars zal met name komen te liggen op de procesmatige kant: dat wil zeggen geeft de zorgverzekeraar op transparante en navolgbare wijze invulling aan de open norm van het hinderpaalcriterium zoals vervat in artikel 13 van de Zvw?

Op grond van de Wmg moet de NZa het algemeen consumentenbelang vooropstellen bij de uitoefening van haar taak en kan de NZa geen aanwijzing geven over de beoordeling of behandeling van individuele gevallen door de zorgverzekeraar.

De NZa kan dus niet oordelen over de vraag of een vergoedingsbedrag dat wordt gehanteerd op grond van artikel 13 Zvw in een concreet geval een hinderpaal oplevert of niet. Het voorgaande laat onverlet dat via handhavingsverzoeken aan de NZa toch wordt geprobeerd om de NZa zich hierover te laten uitspreken. Tegen deze achtergrond stellen wij voor om in de toelichting te expliciteren dat de NZa in het kader van haar taak op grond van artikel 16, onderdeel a en b, Wmg, nagaat of de regelgeving op juiste wijze door zorgverzekeraars is opgenomen in de polis, en of zorgverzekeraars voldoen aan de op hen rustende informatieverplichtingen. Daarnaast beveelt de NZa aan om in de MvT op te nemen dat de NZa geen uitspraken kan doen over de vraag wanneer er in individuele gevallen daadwerkelijk sprake is van een hinderpaal.

Op pagina 27 van de MvT staat dat voor zover de zorgverzekeraar de beleidsregels van de NZa naleeft, er aangenomen mag worden dat voldaan wordt aan het hinderpaalcriterium. Daarmee wordt de indruk gewekt dat de NZa zelfstandig normen stelt over het hinderpaalcriterium. Met haar beleidsregels geeft de NZa invulling aan haar toezichtsbevoegdheid onder andere met betrekking tot artikel 13 van de Zvw en geeft zij dus geen specifieke invulling van het hinderpaalcriterium. Deze passage levert zodoende een juridisch risico op. Wij verzoeken u dan ook om deze passage uit de toelichting te schrappen.

In de MvT wordt voorts aangegeven dat monitoring plaats gaat vinden op onder meer de mate van contractering. Op pagina 29 van de MvT staat dat de NZa de voortgang van de afspraken in het IZA in het kader van contractering monitort. Daarnaast staat op pagina 15 van de MvT dat de regelgevende bevoegdheid van artikel 13, zesde lid, Zvw, zal worden ingezet indien uit de monitoring door de NZa blijkt dat het aandeel niet-gecontracteerde zorg in een bepaalde (deel)sector zo groot wordt dat afbreuk wordt gedaan aan de kwaliteit, toegankelijkheid of betaalbaarheid van de desbetreffende vorm van zorg of dat deze (de omslag naar) passende zorg in de weg staat. Afhankelijk van de exacte vormgeving kan deze aanvullende monitoring tot extra uitvoeringslasten en administratieve lasten leiden bij NZa en zorgverzekeraars.

b. Reguleringsperspectief: bepaling kostendekkend bedrag

Met dit conceptwetsvoorstel wordt onder andere de mogelijkheid gecreëerd om een deelsector aan te wijzen waarvoor de overheid nadere regels kan stellen over de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontacteerde zorgaanbieders. Indien van deze mogelijkheid gebruik wordt gemaakt, dan geldt, zo is te lezen op pagina 17 van de MvT, onder andere het uitgangspunt dat de vergoeding lager kan worden vastgesteld dat het bedrag waarmee de zorgkosten worden gedekt, zodat een eigen betaling van de verzekerde nodig is. Daarnaast kan voor het bepalen van het kostendekkend bedrag waar mogelijk gebruik worden gemaakt van onderzoeksresultaten van de NZa.

Uit de MvT blijkt niet om welke onderzoeksresultaten van de NZa het betreft, maar de NZa vermoedt dat het gaat om de door haar uitgevoerde kostenonderzoeken. Hiermee wordt door de NZa onderzoek gedaan naar de gemiddelde historische kostprijs van de geleverde zorg. De uitkomsten worden vervolgens door de NZa gebruikt om tarieven vast te stellen die dekking bieden aan de redelijke kosten van zorg (in sommige gevallen stelt de NZa een tarief vast op basis van onderliggende normen, zoals bijvoorbeeld een vastgesteld kwaliteitskader). De tariefvaststelling wordt in een verantwoordingsdocument gemotiveerd en dit verantwoordingsdocument wordt doorgaans openbaar gemaakt.

Een verantwoordingsdocument kan zodoende mogelijk worden gebruikt voor het vaststellen van een kostendekkend bedrag. De NZa wijst op een aantal aandachtspunten hierbij.

Ten eerste geldt dat een door de NZa vastgestelde redelijkerwijs kostendekkende vergoeding niet zonder meer betekent dat deze vergoeding voor alle zorgaanbieders (absoluut) kostendekkend is. Een tweede aandachtspunt is dat de NZa geen (bedrijfs)gegevens mag en zal delen met veldpartijen die naar individuele zorgaanbieders te herleiden zijn.

Indien het vergoedingsbedrag op grond van dit conceptwetsvoorstel voor een deelsector lager wordt vastgesteld voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders dan de door de NZa bepaalde redelijkerwijs kostendekkende vergoeding, is dat vergoedingsbedrag aan de verzekerde voor de niet-gecontracteerde zorgaanbieder naar verwachting in de regel niet kostendekkend voor die zorgaanbieder. Evenwel is niet uit te sluiten, dat bijvoorbeeld tussen twee periodieke kostenonderzoeken de daadwerkelijke kosten al zijn gedaald, maar dit nog niet verwerkt is in de tarieven. Ook kan het zo zijn dat de NZa vanwege mogelijk kostenstijging een verzoek tot tariefverhoging nog in behandeling heeft, of dat ambtshalve ter hand heeft genomen. Hierbij is van belang dat de door de NZa vastgestelde redelijkerwijs kostendekkende vergoeding – en het daaruit volgende maximumtarief (indien van toepassing) – geldt voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars, welke vervolgens in de individuele contractering daarover afspraken kunnen maken om maatwerk te leveren.

We kunnen het uitgangspunt op pagina 17 van de MvT volgen, echter de gekozen formulering laat ruimte voor interpretatie. Het is voor de NZa niet expliciet duidelijk voor welke partij de eis van kostendekkendheid geldt. Indien het de bedoeling van de wetgever is om een korting te realiseren op de door de NZa vastgestelde tarieven, hetgeen betekent dat de vergoeding aan niet-gecontracteerde zorgaanbieders lager wordt en dus niet langer redelijkerwijs kostendekkend is voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders, dan kan dit ertoe leiden dat de met dit conceptwetsvoorstel beoogde doelen worden bereikt. Dit komt omdat enerzijds de betreffende niet-gecontracteerde zorgaanbieder die daarmee wordt geconfronteerd, om te voorkomen dat hij verlies maakt, gedwongen wordt een deel van de kosten bij de patiënt in rekening te brengen. Of anderzijds doordat deze zorgaanbieder inzet op een contract met de zorgverzekeraar(s).

Een ander belangrijk aandachtspunt is dat de NZa niet voor alle prestaties gereguleerde tarieven vaststelt, dat kan per zorgsector verschillen. In die gevallen is er sprake van een vrij tarief welke de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar met elkaar kunnen afspreken en waarbij deze afspraak niet aan de NZa voorgelegd hoeft te worden. Het kan hierdoor voorkomen dat voor bepaalde vormen van zorg of overige diensten geen resultaten van kostenonderzoeken beschikbaar zijn. Indien de NZa desondanks gevraagd wordt om hier onderzoek te doen, dan leidt dit tot extra uitvoeringslasten en administratieve lasten bij zowel de NZa als zorgaanbieders. Het is hierbij overigens de vraag in hoeverre de NZa op grond van artikel 16a Wmg bevoegd is om op verzoek van het Ministerie een dergelijk onderzoek uit te voeren ten aanzien van zorg waarvoor een vrij tarief geldt. Het Ministerie zou kunnen overwegen de Wmg op dit punt uit te breiden indien dat noodzakelijk blijkt te zijn.

Verder kunnen er binnen zorgsectoren verschillende vormen van tarieven gelden, bijvoorbeeld een vrij tarief, maximumtarief of een vast tarief. Het is dan niet mogelijk om voor die sector als geheel de door de NZa vastgestelde redelijkerwijs kostendekkende tarieven of onderzoeksresultaten daaromtrent als referentie te nemen, omdat de soorten tarieven in die sector verschillen. Er zal dan gedifferentieerd moeten worden naar de specifieke zorgprestaties waarvoor een bepaald soort tarief van toepassing is (waarbij voor een vrij tarief geldt wat hiervoor al gesignaleerd is).

A.2. Toerusting NZa

Het conceptwetsvoorstel op zichzelf levert geen nieuwe taak op voor de NZa. Op pagina's 20 en 21 van de MvT is opgenomen dat met het conceptwetsvoorstel onder andere voor de NZa een vernieuwd kader voor de toetsing van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorgaanbieders aan het hinderpaalcriterium scheidt. Zoals hierboven al vermeld, merkt de NZa hierover op dat zij niet treedt in individuele casussen. En dus ook niet bemiddelt tussen consumenten en zorgverzekeraars. Wel kan de NZa – met inachtneming van die beperkingen – optreden jegens een zorgverzekeraar als die de Zorgverzekeringswet onjuist uitvoert. Dat geldt in beginsel ook voor het hinderpaalcriterium. Aandachtspunt hierbij is dat het conceptwetsvoorstel een aantal vragen ten aanzien van het hinderpaalcriterium beantwoordt en jurisprudentie codificeert, maar dat nog steeds niet *precies* duidelijk wordt wanneer er nu concreet sprake is van een hinderpaal. Het conceptwetsvoorstel brengt hier geen verandering in.

a. Monitoring (niet-)gecontracteerde zorg

Ten aanzien van de monitoring levert het conceptwetsvoorstel naar verwachting wel extra werkzaamheden op voor de NZa. Het ministerie van VWS heeft de NZa inmiddels gevraagd om de ontwikkeling van de omvang van niet-gecontracteerde zorg te monitoren. Voorheen werd dit door Vektis gedaan. Het monitoren van de (niet-)gecontracteerde zorg zal voor de NZa initieel leiden tot een investering in ICT en de vormgeving van een gestructureerde uitvraag. Daarnaast zal deze monitoring structureel gemaakt moeten worden. De NZa onderzoekt nog wat dit specifiek betekent voor de benodigde capaciteitsinzet.

Ten behoeve van de monitoring van de (niet-)gecontracteerde zorg zal een structurele gegevensaanlevering vanuit zorgverzekeraars nodig zijn. Dit betekent een extra informatie-uitvraag en dus ook een (beperkte) toename in administratieve lasten voor zorgverzekeraars. Op dit moment valt echter niet te zeggen in hoeverre deze extra werkzaamheden binnen bestaande processen kunnen worden opgevangen of dat aanvullende capaciteit vereist is. Deze informatie is reeds grotendeels bij zorgverzekeraars aanwezig in de vorm van hun zorgzoekers. Daarnaast zal gebruik gemaakt moeten worden van declaratiedata. Die is al grotendeels bij de NZa aanwezig.

b. Gebruik kostenonderzoeken

In het conceptwetsvoorstel wordt aandacht besteed aan het gebruik van kostenonderzoeken voor de vaststelling van een vergoedingspercentage bij AMvB. Hierover merkt de NZa op dat kostenonderzoeken zoals de NZa die op dit moment uitvoert naar verwachting (inhoudelijk) ongeschikt zijn om te gebruiken. De voor de kostenonderzoeken uitgevraagde data is namelijk expliciet bedoeld om een tarief te onderbouwen en niet om een vergoedingspercentage vast te stellen voor niet-gecontracteerde zorg. Daardoor kan het nodig zijn dat net andere data noodzakelijk is om te kunnen komen tot een deugdelijke onderbouwing voor een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Op voorhand valt echter niet in zijn algemeenheid te zeggen welke andere data noodzakelijk is. Daarnaast is er sprake van mogelijk gebruik van de onderzoeksdata voor een ander doel. Daardoor bestaat er voor de NZa een aanzienlijk risico dat zorgaanbieders terughoudender zullen worden met de medewerking aan een kostenonderzoek als de uitkomsten ook gaan worden gebruikt om een vergoedingspercentage vast te stellen voor niet-gecontracteerde zorg. Dit risico bestaat voor alle zorgaanbieders, omdat zorgaanbieders nooit op voorhand weten of zij een contract kunnen sluiten met (alle) zorgverzekeraars.

A.3. Kostenschatting

Zoals onder onderdeel A.2. aangegeven is de NZa gevraagd de niet-gecontracteerde zorg te monitoren. De NZa onderzoekt momenteel wat de kosten van deze monitoringtaak zullen zijn. Er zal sprake zijn van een eenmalige investering in het opzetten van een gegevensuitvraag en de daarvoor benodigde infrastructuur. Vervolgens zal de uitvraag en de monitoring structureel plaats gaan vinden, wat ook tot structurele kosten leidt voor de NZa in de vorm van het periodiek uitvoeren van de uitvraag en het rapporteren over de bevindingen. Hierbij willen we wel meegeven dat enkel de omvang van de niet-gecontracteerde zorg niet veel zegt. Zo kan selectief contracteren in het belang van de kwaliteit en de betaalbaarheid van zorg juist wenselijk zijn. Relevant is tevens de vraag of de omvang van niet-gecontracteerde zorg ertoe leidt dat de toegankelijkheid van zorg in gevaar komt.

A.4. Inschatting effecten

Met betrekking tot het voorgestelde artikel 13, zesde lid, van de Zvw wordt op pagina 14 van de MvT opgemerkt dat deze mogelijkheid wordt geïntroduceerd voor het geval dat in bepaalde sectoren het aandeel niet-gecontracteerde zorg te omvangrijk is of dreigt te worden waardoor de beweging naar passende zorg onvoldoende kan worden gemaakt en/of schaars zorgpersoneel niet goed wordt ingezet. Indien nodig kan dit aanleiding zijn voor nader kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Hierover heeft de NZa de volgende opmerkingen.

Ten eerste is niet duidelijk wie zo nodig het nadere kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek verricht. Indien dit aan de NZa wordt gevraagd, leidt dit, zoals eerder vermeld, naar verwachting tot extra uitvoeringslasten en administratieve lasten bij de NZa en zorgverzekeraars.

Daarnaast wordt uit de MvT niet duidelijk wanneer volgens de wetgever sprake is van een te omvangrijk aandeel of de dreiging dat een aandeel te omvangrijk wordt. De formulering van de aangehaalde passage suggereert dat voor de inzet van dit nieuwe instrument een causaal verband vereist is tussen het omvangrijke aandeel of de dreiging daarvan, gekoppeld aan het uitblijven van de beweging naar passende zorg of ondoelmatige inzet van schaars zorgpersoneel. Het gevolg hiervan is dat in voorkomende gevallen de inzet van dit nieuwe instrument gecompliceerder wordt en creëert in die gevallen een groter risico op rechtszaken. Die risico's zouden zich dan mogelijk ook kunnen voordoen bij het vragen/afdwingen van medewerking aan nader kwantitatief en kwalitatief onderzoek door NZa, indien dat onderzoek bij NZa wordt belegd.

A.5. Conclusies en aanbevelingen

Overwegende de voorgaande opmerkingen met betrekking tot de uitvoerbaarheid (onderdeel A) van het conceptwetsvoorstel trekt de NZa de volgende conclusies en de volgende aanbevelingen.

De NZa beveelt aan om duidelijker in de MvT weer te geven wat de rol is van de NZa. Zoals beschreven geeft de NZa met haar beleidsregels invulling aan haar toezichtsbevoegdheid met betrekking tot artikel 13 van de Zvw, maar stelt daarin geen zelfstandige normen over het hinderpaalcriterium. Daarnaast stelt de NZa het algemeen consumentenbelang voorop bij de uitoefening van haar taak en kan de NZa geen aanwijzing geven over de beoordeling of behandeling van individuele gevallen door de zorgverzekeraar.

De NZa zal in het kader van haar taak op grond van artikel 16, onderdeel a en b, Wmg, nagaan of de regelgeving op juiste wijze door zorgverzekeraars is opgenomen in de polis, en of zorgverzekeraars voldoen aan de op hen rustende informatieverplichtingen.

Voor het wettelijk regelen van de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders in een aangewezen (deel)sector, conform het voorgestelde zesde lid, worden in de MvT een aantal uitgangspunten gehanteerd. Eén van de uitgangspunten is dat voor het bepalen van het kostendekkend bedrag, waar mogelijk, onderzoeksresultaten van de NZa worden gebruikt. Indien het de bedoeling van de wetgever is om een korting te realiseren op de door de NZa vastgestelde tarieven, hetgeen betekent dat de vergoeding aan niet-gecontracteerde zorgaanbieders lager wordt en dus niet langer redelijkerwijs kostendekkend is voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders, dan kan dit ertoe leiden dat de met dit conceptwetsvoorstel beoogde doelen worden bereikt. Aan het gebruik van deze kostenonderzoeken wijst de NZa echter nadrukkelijk naar de aandachtspunten zoals die hierboven in de brief staan beschreven.

Het conceptwetsvoorstel levert geen nieuwe taak op voor de NZa. De monitoring naar niet-gecontracteerde zorg zal naar verwachting wel extra werkzaamheden opleveren voor de NZa. Dit geldt tevens voor het gebruik van de kostenonderzoeken, indien aanvullende data nodig is. Dit leidt tot kosten voor het opzetten van de gegevensvraag en de daarvoor benodigde infrastructuur.

Afhankelijk van de aard van de problemen die mede worden veroorzaakt door het aandeel niet-gecontracteerde zorg, kan dit aanleiding geven tot nader kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Op basis van de uitkomsten van dit nadere onderzoek kan de maatregel zijn dat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders in de desbetreffende (deel)sector wettelijk wordt geregeld, zoals voorgesteld in het zesde lid. Indien de NZa dit nadere onderzoek moet verrichten, dan zal ook dit naar verwachting tot extra uitvoeringslasten en administratieve lasten leiden bij de NZa en zorgverzekeraars. De NZa beveelt in dit kader tevens aan om in de MvT te expliciteren wanneer sprake is van een te omvangrijk aandeel of de dreiging dat een aandeel te omvangrijk wordt. Daarnaast wijst de NZa op de risico's die zich voordoen indien een causaal verband vereist is tussen het omvangrijke aandeel of de dreiging daarvan, en het uitblijven van de beweging naar passende zorg of ondoelmatige inzet van schaars zorgpersoneel.

B. Toezichtbaar- en handhaafbaarheid

Met de codificatie van het hinderpaalcriterium in het voorliggende conceptwetsvoorstel blijft het hinderpaalcriterium een open norm. Zorgverzekeraars hebben de vrijheid om invulling te geven aan het hinderpaalcriterium. Met de invulling die het conceptwetsvoorstel en de bijbehorende MvT aan het hinderpaalcriterium geven, kunnen zorgverzekeraars de vergoeding zodanig vaststellen dat deze een stimulans is voor verzekerden met een natura- of combinatiepolis om gebruik te maken van gecontracteerde zorgaanbieders en voor zorgaanbieders om contracten aan te gaan met zorgverzekeraars voor de verlening van zorg. Dit karakter van een open norm maakt dat de mogelijkheden voor toezicht en handhaving door de NZa daarmee enigszins beperkt blijft.

In dit onderdeel wordt nagegaan in hoeverre het conceptwetsvoorstel handhaafbaar is voor de NZa. Hierbij wordt onder meer stilgestaan bij de afbakening (B.1.), mogelijkheden tot niet-naleving (B.2.), bevoegdheden (B.3) en toerusting van toezicht (B.4.).

Deze onderdelen komen ook overeen met de vragen uit de vragenlijst fraudetoets. Tot slot, wordt

ingegaan op het transparantietoezicht van de NZa en diens relevantie voor het conceptwetsvoorstel (B.5). Er wordt afgesloten met enkele conclusies en aanbevelingen op dit onderdeel (B.6.).

B.1. Afbakening

Over het algemeen zijn de gehanteerde definities en begrippen in het conceptwetsvoorstel en de MvT voor onder toezicht gestelde partijen en de NZa eenduidig interpreteerbaar, helder en duidelijk afgebakend. Het onderwerp van het conceptwetsvoorstel, het hinderpaalcriterium, kent een rijke geschiedenis aan jurisprudentie en uitspraken van het Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Veel van de jurisprudentie wordt gecodificeerd met dit conceptwetsvoorstel. De NZa acht het, voor zover aan de orde, raadzaam om in de MvT te benadrukken waar wordt afgeweken van de lijn in de jurisprudentie. De NZa geeft in dit onderdeel aan waar de gehanteerde definities niet eenduidig interpreteerbaar, helder of duidelijk zijn en vraagt om deze definities verder te verduidelijken.

a. Volledige vergoeding

Op pagina's 3 en 18 van de MvT wordt gesproken over een volledige vergoeding van niet-gecontracteerde zorg bijvoorbeeld als de zorgverzekeraar niet kan voldoen aan de zorgplicht. In het voorgestelde zevende lid van het conceptwetsvoorstel wordt verwezen naar artikel 11, eerste lid, onderdeel b Zvw. Daarbij is niet noodzakelijk sprake van een volledige vergoeding ten laste van de basisverzekering. Op basis van artikel 2.2, tweede lid, onderdeel b Besluit zorgverzekering (Bzv) worden de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten in mindering gebracht. Waardoor er strikt genomen mogelijk geen sprake is van een volledige vergoeding, althans niet ten laste van de basisverzekering (zie hieronder evenwel de vraag of er daarbij, buiten de basisverzekering, sprake is van additionele vergoeding vanwege schadeplicht). Dit zou in de MvT kunnen worden verduidelijk.

b. Buiten toepassing: zorgplicht en acute zorg

In de huidige wet- en regelgeving wordt een zorgverzekeraar schadeplichtig indien hij niet aan zijn zorgplicht kan voldoen en moet de zorgverzekeraar potentieel alle daaruit voortkomende kosten vergoeden. Op basis van het voorgestelde zevende lid wordt de vergoeding door de zorgverzekeraar beperkt tot de vergoeding die een verzekerde bij een restitutieaanspraak zou krijgen. Dit betekent dat de zorgverzekeraar op de vergoeding in mindering moet brengen de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten (art. 2.2, tweede lid, onder b, Bzv). Dit roept de vraag op of de zorgverzekeraar dan niet langer schadeplichtig is ten aanzien van alle gemaakte zorgkosten en nevenschade (denk bijvoorbeeld mogelijk aan het deel van de nota dat hoger is dan marktconform naar Nederlandse maatstaven, bijvoorbeeld bij zorg in het buitenland, en extra reis- of verblijfkosten). Op deze manier zou de zorgverzekeraar relatief eenvoudig zijn zorgplicht kunnen 'afkopen' door een vergoeding die marktconform is naar Nederlandse maatstaven. Dit zou op gespannen voet staan met het feit dat de verzekerde bewust heeft gekozen voor een natura-aanspraak. De naturaverzekerde wordt dan niet alleen geconfronteerd met een schending van de zorgplicht, maar ook met een last (als bij restitutie-aanspraken) om zelf uit te zoeken of de niet-gecontracteerde zorgaanbieder waartoe hij zich vanwege de schending van de zorgplicht mogelijk moet richten, wel tarieven hanteert die marktconform zijn naar Nederlandse maatstaven, omdat hij anders wordt gefroteerd met een bijbetaling.

Dit zou dan naar verwachting ook effect hebben op het toezicht van de NZa op de zorgplicht, omdat dat toezicht zich er mede op richt dat de zorgverzekeraar die zijn zorgplicht niet nakomt alles in het werk moet blijven stellen om aan zijn zorgplicht te gaan voldoen. Een mogelijkheid om een schending van de zorgplicht 'af te kopen' door het vergoeden van (alleen) de marktconforme kosten naar Nederlandse marktomstandigheden als bij een restitutie-aanspraak en niet indien van toepassing de hele zorgnota (en eventuele bijkomende schade), zou de prikkel kunnen beperken om al het mogelijke te blijven doen om aan de zorgplicht te voldoen.

Evenwel is de vraag of het conceptwetsvoorstel dit wel zo bedoeld. De MvT vermeldt op pagina 21 omtrent de vergoeding bij schending van de zorgplicht: *"In dat geval is een korting niet aan de orde. De vergoeding is dan hetzelfde als een verzekerde met een restitutiepolis ontvangt. Deze uitzondering is neergelegd in het voorgestelde zevende lid van artikel 13 Zvw. Dit staat los van eventuele andere consequenties van het tekortschieten in de zorgplicht."* Wellicht is met de verwijzing naar "andere consequenties" bedoeld dat de zorgverzekeraar bij schending van de zorgplicht ten laste van de Zvw weliswaar enkel het marktconforme tarief als bij restitutie vergoedt, maar daarnaast uit eigen zak – afhankelijk van het civiele recht – mogelijk gehouden kan zijn om de gehele zorgnota en eventuele nevenschade te vergoeden bij schending van de zorgplicht. Overigens zou dan, wanneer de zorgverzekeraar wel aan zijn zorgplicht hebben voldaan door de betreffende zorg te contracteren, wel de gehele nota ten laste van de Zvw mogen worden gebracht. Maar dat is wellicht een prikkel om aan de zorgplicht te voldoen. Indien dit inderdaad met de genoemde passage in de MvT is bedoeld, adviseren we om dit zo te verduidelijken.

Dit vraagt dan wel actie van de burger om de zorgverzekeraar die zijn zorgplicht heeft geschonden langs civielrechtelijke weg te verzoeken om vergoeding van het deel van de zorgnota, en eventueel bijkomende kosten, dat niet ten laste van de zorgverzekering vergoed wordt. Indien vorenbedoelde passage uit de MvT niet zo is bedoeld, adviseren we bovengenoemde consequenties nader te bezien. Als voorbeeld noemen we de situatie waarin de verzekerde zich richt tot een zorgaanbieder in het buitenland, in het geval de zorgverzekeraar de betreffende behandeling, hoewel vallend onder de aanspraak, niet bij een Nederlandse zorgaanbieder heeft ingekocht omdat geen zorgaanbieders zijn die de behandeling aanbieden.

Ook wanneer de passage in de toelichting op de vorenbedoelde wijze wordt verduidelijk, zou naar nu valt te overzien nog wel een probleem voor de uitvoering kunnen resteren. Als een verzekerde zich richt tot een buitenlandse zorgaanbieder omdat de betreffende behandeling door zijn zorgverzekeraar niet is gecontracteerd en deze behandeling in Nederland ook niet wordt aangeboden, lijkt er ook geen referentie te zijn voor het bepalen of de kosten hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Vraag is hoe daarmee dient te worden omgegaan. De vorenstaande bespiegelingen kunnen in bepaalde gevallen ook gelden voor de uitzonderingssituatie in het geval van acute zorg. Ook daar wordt de vergoeding beperkt tot het marktconforme tarief naar Nederlandse marktomstandigheden. Het is voorstelbaar dat de verzekerde in acute situaties vaak geen mogelijkheid heeft (vanwege ziekte of geboden spoed) om tevoren onderzoek te doen naar de vraag of de niet-gecontracteerde aanbieder voor acute zorg een tarief hanteert dat niet marktconform is naar Nederlandse maatstaven danwel of hij met een bijbetaling kan worden geconfronteerd. Terwijl, bijvoorbeeld in het buitenland, een gecontracteerde zorgaanbieder mogelijk ook niet altijd een reëel alternatief is vanwege de toegankelijkheids- en bereikbaarheidsnormen voor acute zorg (dit los gezien van het feit dat aanspraken voor zorg in het buitenland in de polis mogelijk in restitutievorm zijn gegoten).

Wij wijzen er volledigheidshalve op er een discussie gespeeld heeft omtrent de uitleg van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv (zie arrest CBB 28 juli 2020, ECLI:NL:CBB:2020:489). Wij gaan ervan uit dat deze jurisprudentie danwel uitleg van toepassing is bij het voorgestelde zevende lid.

c. Buiten beschouwing: eigen bijdrage en eigen risico

De MvT merkt op bij pagina 21 dat bij de toetsing aan het hinderpaalcriterium de eigen bijdragen en het verplicht of vrijwillig eigen risico buiten beschouwing blijven, aangezien de daaraan gekoppelde zorgkosten hoe dan ook voor rekening van de verzekerde komen. Recent heeft de NZa te maken gehad met casuïstiek waarbij de eigen bijdrage ook betrekking had op situaties die niet bij wet- en regelgeving zijn verplicht.¹ Het verdient de aanbeveling om te verduidelijken welke type 'eigen bijdrage' buiten beschouwing dient te blijven.

d. Gemiddelde ("modale") verzekerde

Het hinderpaalcriterium houdt volgens het conceptwetsvoorstel in dat voor elke vorm van zorg of dienst van welke aard dan ook de vergoeding geen feitelijke verhindering mag opleveren voor een gemiddelde ("modale") verzekerde om de zorg of dienst in gangbare omvang te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit roept bij pagina 22 van de MvT al de vraag op welk uitgangspunt dient te worden genomen om de 'gemiddelde ("modale") verzekerde' vast te stellen. Op pagina 25 van de MvT is aangegeven dat "[w]at een modale inkomenssituatie is kan niet zonder meer worden vastgesteld." Dit laat ruimte voor interpretatie dat leidt tot rechtsonzekerheid en juridische procedures. Daarbij verwijst de MvT ook naar de berekening van het CBP. Dit roept de vraag op of dit de enige bron is waarbij aangesloten kan worden of dat er nog andere mogelijke bronnen bestaan om de 'gemiddelde verzekerde' vast te stellen.

e. Zorg of dienst in gangbare omvang te betrekken

Het hinderpaalcriterium houdt volgens het conceptwetsvoorstel in dat "voor elke vorm van zorg of dienst van welke aard dan ook de vergoeding geen feitelijke verhindering mag opleveren voor een gemiddelde ("modale") verzekerde om de zorg of dienst in gangbare omvang te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder". Dit roept bij pagina 22 van de MvT de vraag op wat dient te worden verstaan onder 'zorg of dienst in gangbare omvang te betrekken'. Op pagina's 25-26 van de MvT is geprobeerd nader duiding te geven aan het begrip 'gangbare omvang'. Echter het is onduidelijk hoe dit zich verhoudt tot het 'gemiddeld zorgverbruik'. Daarnaast is onduidelijk hoe het begrip 'gangbare omvang' zich verhoudt tot de situatie waarin de verzekerde daadwerkelijk gebruik maakt van zorg en feitelijk te maken heeft met een hinderpaal. Want een schending van het hinderpaalcriterium kan pas vast worden gesteld aan de hand van concrete feiten en omstandigheden.

¹ Zie NZa webbericht: <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2023/04/14/nza-zorgaanbieders-mogen-geen-extra-bedragen-bij-de-patient-in-rekening-brengen>

f. Hinderen

De wetgever beoogt met dit conceptwetsvoorstel het hinderpaalcriterium wettelijk te borgen. Op pagina 22 van de MvT staat dat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg geen feitelijke verhindering mag opleveren voor een gemiddelde verzekerde om de zorg of dienst in gangbare omvang te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Tegelijk wordt opgemerkt dat de hoogte van de vergoeding de verzekerde wel merkbaar mag hinderen zodat hij een bewuste keuze kan maken al dan niet gebruik te maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Niet wordt toegelicht hoe zich het merkbaar hinderen verhoudt tot het hinderpaalcriterium. Tekstueel lijkt een en ander dan ook strijdig. Deze onduidelijkheid leidt waarschijnlijk tot nieuwe juridische discussies. Dit zou nader toegelicht kunnen worden in de MvT.

g. Voorzetting zorg bij beëindiging overeenkomst

Op pagina's 23-24 van de MvT wordt de situatie besproken van het huidige artikel 13, vijfde lid Zvw (achtste lid in nieuwe situatie). De NZa wijst op haar position paper voor het 'Rondetafelgesprek vrije artskenkeuze' op 5 december 2022. Daarin wordt de problematiek besproken wanneer de overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar niet wordt verlengd terwijl de verzekerde nog wel in behandeling is in het nieuwe verzekeringsjaar.² Voor een volledige bespreking van het huidige artikel 13, vijfde lid Zvw (achtste lid in nieuwe situatie) is raadzaam om de problematiek zoals besproken in de position paper mee te nemen.

h. Korting

Pagina 24 van de MvT behandelt het onderwerp van de korting die de zorgverzekeraar mag toepassen in het kader van artikel 13 Zvw. Hierbij is de volgende zin opgenomen "Daarbij hoeft de zorgverzekeraar niet aan te tonen dat de korting overeenkomt met bepaalde (extra) kosten of gemiste voordelen". Deze zin is onduidelijk. Het kan behulpzaam zijn om hierbij een aantal voorbeelden te noemen.

i. Uitgangstarief

De hoogte van de vergoeding hoeft de zorgverzekeraar niet te berekenen aan de hand van een bepaald uitgangstarief. Het tarief dient wel te voldoen aan het representativiteitsvereiste en daartoe worden een aantal voorbeelden gegeven op pagina 24 van de MvT. Het kan nuttig zijn om een aantal voorbeelden te noemen die niet voldoen aan het representativiteitsvereiste.

j. Hardheidsclausule

De tekst op pagina 26 van de MvT is onduidelijk over de vraag of een eventuele hardheidsclausule ook dient te worden vermeld in de modelovereenkomst, overeenkomstig artikel 13, derde lid Zvw. Dit zou nader kunnen worden toegelicht in de MvT.

² Vindplaats: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_728194_22/1/

k. Coulanceregeling zorgaanbieders

Op pagina 27 van de MvT staat dat de coulanceregeling niet meer per zorgaanbieder of per verzekerde wordt gezien. Het gaat erom of in een bepaalde (deel)sector van de zorg het merendeel van de niet-gecontracteerde zorgaanbieders zorg of overige diensten verlenen zonder kosten in rekening te brengen bij hun cliënten. Dit is een afwijking van de lijn in de jurisprudentie waarin wel wordt gesproken over een individuele zorgaanbieder en verzekerde. De NZa beveelt aan om duidelijker in de MvT te vermelden wanneer van de jurisprudentie wordt afgeweken. Dit voorkomt onduidelijkheid en verschil van interpretatie. Daarnaast vraagt de NZa zich af in hoeverre de toepassing van een coulanceregeling kan worden aangetoond in sectoren waar sprake is van sterk wisselende praktijken.

Een andere vraag hierbij is of het wel juist is om niet langer op individueel niveau te kijken. Het kan leiden tot rechtsongelijkheid, en daarmee rechtszaken en mogelijk handhavingsverzoeken, als in een sector het wel gebruikelijk is om coulanceregelingen te hebben en in andere sectoren niet. Zeker als in sector A wordt vastgesteld dat het niet gebruikelijk is om een coulanceregeling te hebben, terwijl net die ene niet-gecontracteerde zorgaanbieder een coulanceregeling heeft. Dit roept de vraag op of dit vanuit het belang van rechtsgelijkheid juist is.

B.2. Mogelijkheden tot niet-naleving

De NZa ziet een aantal risico's op fouten en fraude met het conceptwetsvoorstel. Met het conceptwetsvoorstel worden een groot aantal (bestaande) definities nader gedefinieerd en afgebakend in de MvT. Hiermee komt meer duidelijkheid en aanknopingspunten voor zorgverzekeraars om het conceptvoorstel goed uit te voeren, waardoor het risico op fouten en fraude afneemt. Echter in het onderdeel B.1. van deze toets is stilgestaan bij de gehanteerde definities die niet eenduidig interpreteerbaar, helder of duidelijk zijn. Dit kan leiden tot interpretatieverschillen en daarmee mogelijk ook tot fouten en fraude. De NZa adviseert om deze definities te verduidelijken.

Het conceptwetsvoorstel geeft zorgverzekeraars meer mogelijkheden om toe te zien op de rechtmatigheid van zorg. Het probleem bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders in de aanpak van fouten en fraude is dat zorgverzekeraars bij deze aanbieders geen mogelijkheid hebben om vooraf, bij het sluiten van contracten, te sturen op risicopreventie en daarnaast beperkt zijn in het controleren achteraf of de ingediende declaraties rechtmatig zijn. Het risico op fouten en fraude is bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders daardoor groter. Dit conceptwetsvoorstel heeft als doel zorgcontractering te bevorderen waarmee dit risico kleiner wordt. Er zal wel een groep zorgaanbieders blijven bestaan die bewust ervoor kiezen om niet-gecontracteerd te worden of die graag een contract zou willen maar dat niet krijgen van de zorgverzekeraar. Met het conceptwetsvoorstel wordt gestuurd op een laag vergoedingspercentage zonder dat het een hinderpaal vormt voor de verzekerde om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Een groep zorgaanbieders hanteert een coulancebeleid bijvoorbeeld omdat zij te maken heeft met een kwetsbare doelgroep. Het risico bestaat dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders een tarief in rekening brengen dat niet in overeenstemming is met de Wmg om, ondanks het vergoedingspercentage en het coulancebeleid, toch "uit de kosten te komen". Bijvoorbeeld door upcoding, hoge of dubbele declaraties, ophogen van indicaties of niet geleverde zorg wel declareren. Dit is een bestaand risico.

De NZa heeft een aantal bestaande instrumenten tot haar beschikking om deze risico's te beheersen. Ten eerste heeft de NZa de bevoegdheid op de declaratie- en administratievoorschriften te controleren en te handhaven via artikel 35 en 36 Wmg. De NZa heeft al de nodige processen ingericht in haar toezicht op artikel 35 en 36 van de Wmg. Ten tweede heeft de NZa nadere regels gesteld met betrekking tot de

transparantie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars met betrekking de kosten en vergoeding van zorg, en heeft zij op diverse terreinen ook aanvullende administratievoorschriften gesteld.

B.3. Bevoegdheden NZa

De NZa is op grond van artikel 16, onderdeel b, Wmg belast met het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Voor het nalevingstoezicht op de nieuwe normen die worden voorzien in het conceptwetsvoorstel heeft de NZa een aantal controlebevoegdheden. Op grond van artikel 61 en 63 Wmg kan de NZa eenieder, dus ook zorgverzekeraars en zorgaanbieders, verplichten om medewerking te verlenen aan ons onderzoek en om ons de gevraagde gegevens en inlichtingen volledig en naar waarheid te verstrekken. Dit in samenhang met de algemene bevoegdheden uit artikel 5:16 (het vorderen van inlichtingen), artikel 5:16a (het vorderen van inzage identiteitsbewijs) en artikel 5:17 (het vorderen van inzage in zakelijke gegevens en bescheiden) van de Algemene wet bestuursrecht (Awb). Het niet verlenen van medewerking aan dit onderzoek kan leiden tot een aanwijzing jegens de zorgverzekeraar of zorgaanbieder, op basis van artikel 76 Wmg. Hoofdstuk 5 van de Awb is ook van toepassing. Hiermee is de NZa bevoegd om plaatsen te betreden (artikel 5:15 Awb), het doen van onderzoek, opnemings- en monsternemingen van zaken (artikel 5:18 Awb) en het doen van onderzoek aan vervoermiddelen en lading (artikel 5:19 Awb) in het kader van het nalevingstoezicht onder de Wmg.

Met het opnemen van het hinderpaalcriterium in de wet en de toelichting daarbij komt er een verbetering voor de mogelijkheden tot toezicht en handhaving door de NZa, omdat een aantal onderwerpen duidelijker worden afgebakend. Echter, het hinderpaalcriterium zoals neergelegd in dit conceptwetsvoorstel is een open norm. Dat betekent dat het primair aan de zorgverzekeraar is om daar invulling aan te geven. Het is inherent aan open normen dat er ruimte is voor verschillende interpretaties. Dat kan beperkingen meebrengen in het toezicht door de NZa op de naleving van het hinderpaalcriterium door zorgverzekeraars. Het is dan ook goed dat het conceptwetsvoorstel de mogelijkheid biedt om bij of krachtens AMvB nadere regels te stellen.

Zoals gezegd, is de NZa op grond van artikel 16, onderdeel b, Wmg belast met het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Voor het toezicht op de naleving van de bepalingen die het conceptwetsvoorstel met zich brengt heeft de NZa op grond van artikel 77 van de Wmg de mogelijkheid om de zorgverzekeraar een aanwijzing te geven. Echter de NZa is onbevoegd om een aanwijzing te geven wanneer het gaat om de beoordeling of behandeling van een individueel geval (artikel 79 Wmg). Het accent van het toezicht door de NZa op de zorgverzekeraars zal met name komen te liggen op de procesmatige kant: geeft de zorgverzekeraar op transparante en navolgbare wijze invulling aan de open norm? Nader toegelicht in onderdeel A.1. in deze uitvoeringstoets. De NZa kan niet oordelen over de vraag of een vergoedingsbedrag dat wordt gehanteerd op grond van artikel 13 Zvw in een individueel geval een hinderpaal oplevert of niet voor de verzekerde. Dit staat er niet aan in de weg om toezicht te houden op de 'structurele' vergoeding die een zorgverzekeraar biedt in vergelijkbare gevallen.

Mocht de zorgverzekeraar niet voldoen aan de aanwijzing die is gegeven op grond van artikel 77 van de Wmg dan heeft de NZa de mogelijkheid om een last onder bestuursdwang op te leggen of tot openbaarmaking, volgens artikel 80 Wmg. De NZa heeft geen bevoegdheid om direct over te gaan tot openbaarmaking bij overtreding van het conceptwetsvoorstel. Evenmin biedt de Wmg de NZa de bevoegdheid om een bestuurlijke boete op te leggen bij een overtreding van artikel 13 Zvw.

De NZa heeft wel de mogelijkheid om direct een last onder dwangsom op te leggen in de situatie zoals beschreven in artikel 83, derde lid van de Wmg. Dus wanneer de zorgverzekeraar een zorgverzekering aanbiedt of uitvoert die niet voldoet aan het bij of krachtens de Zvw geregelde. In aanvulling tot deze

formele handhavinginstrumenten kent de NZa ook een aantal informele handhavinginstrumenten, zoals een waarschuwing.³ Mocht dit nodig zijn dan zou de NZa nadere guidance bieden via toezicht, beleidsregels of informele zienswijzen.

In licht van controle- en handhaving is van belang dat het conceptwetsvoorstel een delegatiegrondslag bevat om bij of krachtens AMvB nadere regels te kunnen stellen over het hinderpaalcriterium. Dit kan behulpzaam voor de controle- en handhavingbevoegdheden van de NZa. Dit betekent ook dat de uitvoerbaarheid van de voorgestelde bepalingen ook afhankelijk is van de inhoud van die nadere regels en daarom zal het nuttig zijn als de NZa deze te zijner tijd ook op de uitvoerbaarheid, toezichtbaarheid en handhaafbaarheid kan toetsen. Tot slot, de NZa voorziet geen lacunes met betrekking tot gegevensuitwisseling in het kader van de privacywetgeving. Het conceptwetsvoorstel bevat een codificatie van de huidige praktijk. Waarbij de bevoegdheden voor de NZa in het kader van artikel 13 Zvw niet worden veranderd.

B.4. Toerusting van toezicht

In onderdeel B.3. van deze uitvoeringstoets zijn de bestaande controle- en handhavingbevoegdheden van de NZa beschreven die zij tot haar beschikking heeft en die relevant zijn voor het toezicht op deze voorgestelde bepaling in het conceptwetsvoorstel. Het conceptwetsvoorstel gaat gepaard met een uitvoerige MvT waar veel begrippen zijn afgebakend en toegelicht. Deze uitvoerige toelichting draagt bij aan de nalevingsbereidheid van het conceptwetsvoorstel door zorgverzekeraars en kan nog verder worden versterkt, mits de onderwerpen aangehaald in onderdeel B.1. van deze uitvoeringstoets worden verhelderd. De NZa onderschrijft dan ook het belang dat artikel 13, vijfde lid Zvw een delegatiegrondslag bevat om bij of krachtens AMvB nadere regels te stellen over de wijze waarop de zorgverzekeraar de vergoeding berekent.

Tot slot, merkt de NZa voor de volledigheid op dat de aanwijzing (artikel 77 Wmg), last onder bestuursdwang (artikel 80 Wmg) en last onder dwangsom (artikel 83, derde lid Wmg) besluiten zijn in de zin van de Awb waar bezwaar en beroep tegen openstaat. Zoals toegelicht in onderdeel B.3 kan de NZa ook handhavingverzoeken (waaronder wij in dit kader kort gezegd verstaan: een aanvraag afkomstig van een belanghebbende in de zin van de Awb om tot handhaving over te gaan) ontvangen, waarop de NZa een besluit moet nemen. Echter dit kan ook een afwijzend besluit zijn (met andere woorden waarin besloten wordt om *geen* actie te nemen). Bijvoorbeeld, de verzoeker stelt dat zorgverzekeraar X het voorgenomen artikel 13, vijfde lid Zvw overtreedt maar de NZa komt tot de conclusie dat van een overtreding geen sprake is. Ook tegen een dergelijk besluit kan bezwaar en beroep worden ingesteld.

³ Vindplaats: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_691956_22/1/

B.5. Transparantietoezicht NZa

Het conceptwetsvoorstel kan ook gevolgen hebben voor het transparantietoezicht van de NZa, omdat het hinderpaalcriterium als open norm in de wet wordt vastgelegd. Dit betekent dat consument ook goed geïnformeerd dient te worden over de gevolgen voor de keuze van niet-gecontracteerde zorg. Op grond van de Wmg heeft de NZa verschillende regels vastgesteld over de informatieverstrekking aan burgers door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Te weten de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten'⁴ en 'Regeling transparantie zorgaanbieders'⁵. Daarnaast zijn soms transparantieregels opgenomen in sectorspecifieke regelgeving van de NZa. De NZa houdt toezicht op deze regels en op de transparantiebepalingen in de Wmg. Transparantie van zowel de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder over niet-gecontracteerde zorg en de vergoeding daarvoor is hierbij een kernelement. Dit belang wordt bevestigd door de resultaten van het 'Rapport Zorgverzekering Kiezen' van de Patiëntenfederatie⁶ en het 'Consumentenonderzoek zorgverzekeringsmarkt 2023' van de Autoriteit Consument en Markt (ACM)⁷.

Op grond van artikel 10 van de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' dient de zorgverzekeraar ook informatie te verstrekken over niet-gecontracteerde zorg als dit consequenties heeft voor consumenten. Daaronder valt ook informatie over de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Deze informatie dient bruikbaar te zijn voor de consument, zodat zij hun zorgkeuze op kunnen baseren. Complementair daaraan verplicht artikel 4 van de 'Regeling transparantie zorgaanbieders' de zorgaanbieder de consument te informeren over datgene dat voor de consument van belang is voor het maken van een weloverwogen keuze. Dus ook als de zorgaanbieder geen contract heeft met een zorgverzekeraar.

De NZa benadrukt bij dit conceptwetsvoorstel het belang van een goede informatieverstrekking naar verzekerden over niet-gecontracteerde zorg en de gevolgen daarvan. Het conceptwetsvoorstel, nu dit voorziet in de mogelijkheid om bij of krachtens AMvB nadere regels te stellen over de wijze van berekening van de vergoeding en de hoogte van de vergoeding, heeft mogelijk als gevolg dat verzekerden potentieel meer gaan betalen voor zorg bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Het is belangrijk dat verzekerden vooraf duidelijk weten wat zij moeten bijbetalen. Daarnaast dient de nodige voorlichting worden verstrekt indien de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders bij of krachtens AMvB wordt vastgelegd middels het voorgestelde zesde lid. De NZa verkent dan hoe de informatievoorziening over niet-gecontracteerde zorg voor cliënten verder verbeterd kan worden, in het bijzonder de informatievoorziening over de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

Het conceptwetsvoorstel maakt onderdeel uit van een aantal voorgenomen acties van de IZA-partijen om de zorgcontractering te bevorderen. Het conceptwetsvoorstel vormt een maatregel waarmee zorgverzekeraars beter kunnen sturen op de contractering. Complementair aan deze ambitie is de mogelijkheid om een offerteplicht voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders te introduceren. De NZa verkent momenteel in overleg met de betrokken zorgpartijen en het ministerie van VWS de

⁴ Vindplaats Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-022): https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_692634_22/1/. Let op: de Regeling wijzigt per 1 november 2023 en krijgt dan het nummer (TH/NR-027): https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_743668_22/1/.

⁵ Vindplaats Regeling transparantie zorgaanbieders (TH/NR-028): https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_744299_22/1/.

⁶ Vindplaats: <https://www.patiëntenfederatie.nl/actueel/nieuws/informatie-over-ongecontracteerde-zorg-schiet-tekort-risico-op-hoge-zorgrekening>.

⁷ Vindplaats: <https://www.acm.nl/nl/publicaties/onduidelijkheid-over-gecontracteerde-zorg-en-focus-op-prijs-vormen-risicos-voor-zorgverzekerden>

mogelijkheden om niet-gecontracteerde zorgaanbieders te verplichten om patiënten vooraf schriftelijk een offerte te sturen met daarin de behandeling en de bijbehorende kosten die door de patiënt moeten worden voldaan. De eerste resultaten zullen worden besproken tijdens het evaluatiemoment (februari 2024) in het IZA-spoorboekje van VWS. De NZa zal in het najaar van 2023 extra aandacht besteden aan de huidige informatieverplichtingen van zorgaanbieders in relatie tot niet-gecontracteerde zorg.

Op 11 juli 2023 heeft de NZa het document Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg gepubliceerd (hierna: het document Handvatten).⁸ Het document Handvatten is een hulpmiddel om de contractering te bevorderen, soepeler en sneller te laten verlopen. Passend binnen de doelstellingen van het IZA. Dit zodat de consument beter weet waarop zij kan rekenen, in het bijzonder gedurende de overstapperiode. Daartoe bevat het document Handvatten een overzicht van de bestaande NZa-regelgeving op het gebied van een transparant inkoopproces en informatieverstrekking aan consumenten over gecontracteerde zorg. Daarnaast introduceert het document Handvatten nieuwe richtsnoeren met betrekking tot de genoemde onderwerpen.

B.6. Conclusies en aanbevelingen

Overwegende de voorgaande opmerkingen met betrekking tot de toezicht- en handhaafbaarheid (onderdeel B) van het conceptwetsvoorstel trekt de NZa de volgende conclusies en de volgende aanbevelingen.

Met de codificatie van het hinderpaalcriterium in het voorliggende conceptwetsvoorstel blijft het hinderpaalcriterium een open norm. Zorgverzekeraars hebben de vrijheid om invulling te geven aan het hinderpaalcriterium. Dit karakter van een open norm maakt dat de mogelijkheden voor toezicht en handhaving door de NZa daarmee enigszins beperkt blijft.

Over het algemeen zijn de gehanteerde definities in het conceptwetsvoorstel en de MvT voor onder toezicht gestelde partijen en de NZa eenduidig interpreteerbaar, helder en duidelijk afgebakend. Veel van de jurisprudentie wordt gecodificeerd met dit conceptwetsvoorstel. De NZa acht het, voor zover aan de orde, raadzaam om in de MvT te benadrukken waar wordt afgeweken van de lijn in de jurisprudentie. De NZa geeft in het onderdeel "B.1. Afbakening" aan waar de gehanteerde definities niet eenduidig interpreteerbaar, helder of duidelijk zijn. De NZa ziet hierdoor een aantal risico's op fouten en fraude met het conceptwetsvoorstel. Definities die niet eenduidig interpreteerbaar, helder of duidelijk zijn kunnen namelijk leiden tot interpretatieverschillen en daarmee mogelijk ook tot fouten en fraude. De NZa beveelt aan om deze definities te verduidelijken.

De NZa heeft een aantal bestaande instrumenten tot haar beschikking om de risico's op fouten en fraude te beheersen. Ten eerste heeft de NZa de bevoegdheid op de declaratie- en administratievoorschriften te controleren en te handhaven via artikel 35 en 36 Wmg. De NZa heeft al de nodige processen ingericht in haar toezicht op artikel 35 en 36 van de Wmg. Ten tweede heeft de NZa nadere regels gesteld met betrekking tot de transparantie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars betreffende kosten en vergoeding van zorg, en heeft zij op diverse terreinen ook aanvullende administratievoorschriften gesteld.

Voor het nalevingstoezicht op de nieuwe normen die worden voorzien in het conceptwetsvoorstel heeft de NZa voldoende onderzoeksbevoegdheden. Met het opnemen van het hinderpaalcriterium in de wet en de bijbehorende toelichting komt er een verbetering voor de mogelijkheden tot toezicht en handhaving door

⁸ Vindplaats: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_745492_22/1.

de NZa, omdat een aantal onderwerpen duidelijker worden afgebakend. Echter, zoals eerder benoemd, blijft het hinderpaalcriterium een open norm.

Het conceptwetsvoorstel kan ook gevolgen hebben voor het transparantietoezicht van de NZa, juist omdat het hinderpaalcriterium als open norm in de wet wordt vastgelegd. Het is essentieel dat consumenten goed geïnformeerd dienen te worden over de gevolgen voor de keuze van niet-gecontracteerde zorg. Op grond van de Wmg heeft de NZa verschillende regels vastgesteld over de informatieverstrekking aan burgers door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Transparantie van zowel de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder over niet-gecontracteerde zorg en de vergoeding daarvoor is hierbij belangrijk.

C. Afsluiting

In deze toets is de NZa ingegaan op de consequenties van het conceptwetsvoorstel voor de uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid. De NZa beveelt uw ministerie aan de in deze toets voorgestelde punten te verwerken in het conceptwetsvoorstel en de bijbehorende MvT. Desgewenst kan de NZa de uitgevoerde toets nader toelichten. De NZa houdt zich tevens aanbevolen om de - als daar sprake van is - lagere regelgeving samen met uw ministerie en andere betrokkenen verder vorm te geven.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

Bijlage: Overige opmerkingen

Bijlage 1. Overige opmerkingen

- Op pagina's 6, 12, 18 en 23 van de MvT in voetnoten 6, 13, 17 en 23 wordt verwezen naar de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-022)'. Deze regeling heeft per 1 november een ander nummer, namelijk '(TH/NR-027)' wegens een wijziging van de regeling.
- Op pagina 10 van de MvT wordt verwezen naar het initiatief van de NZa tot het opstellen van een handreiking ten behoeve van het contracteerproces. Deze is inmiddels opgeleverd en heeft als titel 'Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg'.
- Op pagina's 12 en 18 van de MvT voetnoten 13 en 18 wordt verwezen naar de 'Regeling transparantie zorgaanbieders (TH/BR-018)'. Deze regeling heeft per 1 juli een ander nummer, namelijk '(TH/NR-028)' wegens een actualisering van de regeling.