

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

De voorzitter van de commissie,  
Smals

Adjunct-griffier van de commissie,  
Bakker

## **Inhoudsopgave**

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

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

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

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

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

De leden van de PVV-fractie hebben met verbijstering kennisgenomen van de reactie van de Minister op vragen van de commissie inzake het hinderpaalcriterium. Deze leden hebben hierover aanvullende vragen. Zij zijn geschokt door de reactie van de Minister in de beantwoording op hun vragen dat ze voornemens is zelf de regels voor het hinderpaalcriterium te gaan aanpassen. Dat is een radicale breuk met het recht op vrije artskeuze in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Welke wettelijke grondslag heeft haar handelen? Wil de Minister het fatsoen hebben haar inperking van de vrije artskeuze (artikel 13 van de Zvw) middels wetgeving voor te leggen aan de Tweede Kamer in plaats van gedupeerde patiënten de gang naar de rechter te laten maken? Genoemde leden achten het in dit kader van belang om een chronologisch overzicht te krijgen van alle rechtszaken die gevoerd zijn over contractering, vergoeding en het hinderpaalcriterium in de zorg, inclusief de motivatie en de uitspraken van de rechters. Kunnen deze leden dit overzicht krijgen? Zij laten alvast weten niet te zullen instemmen met een aanpassing van het hinderpaalcriterium als dit tot lagere vergoedingen of minder keuzevrijheid leidt. De volgende stap dreigt immers dat zorgverzekeraars dan alleen nog maar zorg zullen vergoeden van zorgaanbieders waar zij zeggenschap over hebben. Deze leden zien dat als een rampscenario omdat de meeste zorgverzekeraars onvoldoende oog voor kwaliteit hebben en alleen naar de kosten kijken en voor een dubbeltje op de eerste rang willen zitten. Graag ontvangen genoemde leden een reactie.

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

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

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

De leden van de PVV-fractie begrijpen uit de beantwoording dat de Minister veel waarde hecht aan zogenaamde hardheidsclausules. Volgens de Minister kan de zorgverzekeraar door middel van zo'n hardheidsclausule een uitzondering maken op het generieke vergoedingspercentage in geval van duurdere vormen van zorg. Om die reden hebben deze leden nog de volgende vervolgvragen:

1. Is de Minister bekend met het feit dat de meeste zorgverzekeraars ofwel überhaupt geen hardheidsclausule in hun polisvoorwaarden hebben opgenomen, ofwel een hardheidsclausule hanteren die alleen in geval van een *budgetpolis* (waar de vergoedingen lager liggen dan 75%) kan worden ingeroepen en dan nog altijd maar een vergoedingspercentage van maximaal 75% bieden (en dus nooit meer dan 75%)?
2. In hoeverre voldoen deze zorgverzekeraars aan de verplichting om in geval van een generiek kortingspercentage, uitzonderingen te maken voor duurdere vormen van zorg? Wil de Minister bij de beantwoording van deze vraag ook ingaan op het feit dat de Hoge Raad in de uitspraak (rechtsoverweging 3.5.2) een eerdere uitlating van de Minister aanhaalt waarin de Minister schreef: *«Een vergoeding van 85% kan een feitelijke hinderpaal opleveren bij een complexe en dure operatie, terwijl een vergoeding van bijv. 30% geen hinderpaal hoeft op te leveren bij een kleine, goedkope ingreep»*, waaruit volgt dat de Minister onderkent dat hardheidsclausules niet gemaximeerd zouden moeten worden op een percentage van 75%?
3. Is de Minister bereid om de NZa te verzoeken om de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraars, met het oog op de recente uitspraak van de Hoge Raad, opnieuw te laten toetsen en de NZa te verzoeken om, daar waar geen uitzonderingen gemaakt worden voor duurdere vormen van zorg, handhavend op te treden?
4. Is de Minister van mening dat het wenselijk is dat verzekeren bij het afsluiten van hun polis duidelijk weten welk deel van de kosten zij zelf moeten betalen als zij naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaan?
5. Is de Minister van mening dat het wenselijk is dat een zorgverzekeraar die ervoor kiest een generiek kortingspercentage te hanteren dat in geval van duurdere vormen van zorg een hinderpaal kan opleveren en dit oplost door middel van een hardheidsclausule, transparant moet maken voor verzekeren hoe en op basis waarvan en hardheidsclausule in de praktijk wordt toegepast? Zo ja, is de Minister bereid om de

NZa te vragen hier regels voor op te stellen in het kader van de zogenaamde transparantie-eisen die gesteld worden aan zorgverzekeraars? Zo niet, hoe meent de Minister dan dat voor verzekerden helder is of zij er verstandig aan doen om voor een bepaalde zorgverzekering te kiezen?

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

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

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

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

opschorten van de zorgplicht tijdens de klachtenprocedure achteraf niet terecht te zijn?

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

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

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

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

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

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