

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport (LZS) over het nader verslag over de reactie op het verzoek van de commissie inzake de uitspraak van de Hoge Raad over het hinderpaalcriterium inzake de vrije artskeuze en het voornemen tot het verlagen van de tarieven door verzekeraars voor ongecontracteerde ggz- en wijkverpleging-aanbieders¹.

De voorzitter van de commissie,
Smals

De adjunct-griffier van de commissie,
Heller

¹ Kamerstuk 29 689, nr. 1189

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie
Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

II. Reactie van de Minister

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 antwoorden van de Minister in het verslag van het nader schriftelijk overleg. Zij hebben hierbij nog een enkele vraag.

De leden van de VVD-fractie zijn zich bewust van de krapte op de arbeidsmarkt en het oplopende tekort aan zorgpersoneel. Genoemde leden vragen dan de Minister ook hoe er in de zorgcontractering aandacht kan worden besteed aan de arbeidsmarktsituatie en welke mogelijkheden er zijn om in de contractering afspraken te maken die bij kunnen dragen aan bijvoorbeeld behoud van schaars zorgpersoneel, roosterzekerheid en doorgroeimogelijkheden.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de antwoorden van de Minister in het nader verslag naar aanleiding van vragen van de commissie inzake het hinderpaalcriterium inzake de vrije artsenuitvoering en het voornemen tot het verlagen van de tarieven door verzekeraars voor niet-gecontracteerde ggz- en wijkverpleging-aanbieders. Genoemde leden hebben hierover nog aanvullende vragen.

De Minister wil het leveren van niet-gecontracteerde zorg ontmoedigen, onduidelijk is tot welk niveau. Deze leden ontvangen in dit kader graag een reactie van de Minister. Voor kleine en nieuwe zorgaanbieders is de kans op een contract, sowieso de eerste jaren, nihil. Terwijl een ruime meerderheid van de aanbieders die niet-gecontracteerde zorg levert, wel een contract met de zorgverzekeraar zou willen. Het lage tarief lijkt dan ook niet bedoeld om zorgaanbieders te verleiden tot het leveren van gecontracteerde zorg. Deze leden ontvangen in dit kader graag een reactie van de Minister.

De leden van de PVV-fractie willen verder weten waar het ontmoedigingsbeleid van de Minister concreet uit bestaat (graag een opsomming van de verschillende maatregelen). Welke instrumenten worden ingezet om meer te sturen op contracteren?

De leden van de PVV-fractie hebben signalen ontvangen dat steeds meer wijkverpleegkundigen de grote zorgaanbieders verlaten en in dienst gaan bij nieuwe kleinere zorgaanbieders waar nog wel tijd en ruimte is voor maatwerk en persoonlijke zorg. Echter, deze nieuwe zorgaanbieders zijn vaak niet-gecontracteerd en zij worden op allerlei manieren tegengewerkt. Waarom kan er slechts eenmaal per jaar een contract afgesloten worden voor gecontracteerde zorg bij de zorgverzekeraars? Waarom worden er slechts indicaties voor maximaal drie maanden afgegeven? Is dit ook het geval bij gecontracteerde zorgaanbieders? Hoe hoog moet de omzet zijn

voordat nieuwe zorgaanbieders een contract af kunnen sluiten? Waarom duurt goedkeuring van de machtiging coulonce-regeling voor niet-gecontracteerde zorg bij verschillende zorgverzekeraars soms wel drie tot vier maanden? Vindt de Minister dit een redelijke termijn? Waarom kan de betaling aan niet-gecontracteerde zorgaanbieders niet rechtstreeks, maar gaat dit via de cliënt? Kan dit niet anders? Waarom is akte van cessie alleen van toepassing op niet-gecontracteerde zorgaanbieders? Waarom worden er steeds meer eisen gesteld aan facturen van niet-gecontroleerde zorgaanbieders?

Klopt het dat er onnodig ziekenhuisbedden bezet gehouden worden, omdat er eerst vijf dagen naar gecontracteerde zorg gezocht moet worden, voordat (vanaf de eerste dag wel) beschikbare niet-gecontracteerde zorg ingezet mag worden? Waarom worden cliënten van niet-gecontracteerde zorgaanbieders opgebeld door de medewerkers van zorgverzekeraars en bang gemaakt met verhalen over hoge eigen bijdrage? Waarom ontvangen cliënten van niet-gecontracteerde zorgaanbieders brieven van de zorgverzekeraars met het verzoek over te stappen naar een gecontracteerde zorgaanbieder? Is dit onderdeel van het ontmoedigingsbeleid van de Minister? Is de Minister ervan op de hoogte dat veel niet-gecontracteerde zorgaanbieders wijkverpleging de eigen bijdrage van hun cliënt voor eigen rekening nemen, nog eens bovenop de korting van de zorgverzekeraars op de tarieven?

Kan de Minister de rol van niet-gecontracteerde zorgaanbieders in het probleemgebiedenregister uitleggen? Kan de Minister een overzicht geven van de prestatie- en tariefbeschikking van de tarieven wijkverpleging van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (1), van de marktconforme tarieven die de zorgverzekeraars hanteren voor gecontracteerde zorg (2) en van de tarieven die zorgverzekeraars hanteren voor niet-gecontracteerde zorg (3).

De Minister geeft in haar beantwoording, met het oog op de recente uitspraak van de Hoge Raad, aan dat het aan de NZa is om te beslissen om onderzoek te doen naar de polisvoorwaarden van zorgverzekeraars. De leden van de PVV-fractie willen weten of de Minister bereid is hierover met de NZa in overleg te gaan. Zo nee, waarom niet?

De Minister heeft in haar beantwoording aangeven dat zij het zeker wenselijk acht dat verzekerden bij het afsluiten van hun polis duidelijk weten welk deel van de kosten zij zelf moeten betalen als zij naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaan. Inmiddels blijkt uit onderzoek van Patiëntenfederatie Nederland dat ruim een op de tien patiënten de afgelopen drie jaar te maken had met een zorgaanbieder die geen contract had met hun zorgverzekeraar. De helft wist dat niet voor de behandeling. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat patiënten niet achteraf geconfronteerd worden met een hoge rekening, nu blijkt dat steeds meer mensen een zorgverzekering hebben die niet alles dekt? Sommige zorgverzekeraars zijn halverwege het jaar nog bezig afspraken te maken met zorgaanbieders. Hoe kunnen patiënten dan kiezen voor de juiste zorgverzekeraar?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met stijgende verbazing de antwoorden in het nader verslag inzake de uitspraak van de Hoge Raad over het hinderpaalcriterium gelezen.

Zij vragen in hoeverre het rechtsgeldig is als een Minister zelf nieuwe regels opstelt over een wetsartikel, zonder dit aan de Tweede Kamer voor te leggen via de gangbare wetsprocedure. Deze leden gaan ervan uit dat deze zelfgemaakte regels niet gelden voordat het hinderpaalcriterium expliciet in de wet is verankerd en verduidelijkt.

De leden van de PvdA-fractie vragen de Minister hoeveel beroepsbeoefenaren in de zorg moeten stoppen met hun werk vanwege deze nieuwe vergoedingsregels. Zij vragen de Minister dit nauwkeurig te monitoren en de Kamer een overzicht te zenden voor de volgende begrotingsbehandeling. Zij vragen daarbij aan te geven in hoeverre de wachtlijsten hierdoor zijn toegenomen.

De leden van de PvdA-fractie vinden het noodzakelijk dat verzekerden ruim voor 1 januari van ieder jaar weten welke zorg zij wel of niet vergoed krijgen bij hun zorgverzekeraar. Hoe kan het dat nog steeds wordt gedoogd dat zorgverzekeraars niet op tijd alle zorg gecontracteerd hebben en verzekerden te maken krijgen met zorg die in het volgende jaar doorloopt maar opeens niet meer wordt vergoed, zodat zij van zorgaanbieder moeten wisselen? De Minister antwoordt dat partijen «aan de slag zijn» om het contracteerproces beter en transparanter te maken, maar dat is nog steeds erg vrijblijvend volgens deze leden.

Deze leden vinden het hoogst merkwaardig dat de Minister niet van plan is om in de wet op te nemen dat contracten voor 12 november moeten zijn afgesloten, «omdat deze verplichting de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars onevenredig zou benadelen». De leden van de PvdA-fractie zien graag uitgebreid uitgelegd waarom de Minister van mening is dat zorgverzekeraars de mogelijkheid geboden moet worden de onderhandelingen eindeloos te rekken of uit te stellen en waarom dat zo veel belangrijker is dan burgers een heldere en transparante keuze te geven als zij zich weer voor een jaar verplichten premie te gaan betalen aan een zorgverzekeraar.

De leden van de PvdA-fractie lazen in de memorie van toelichting bij de Verzamelwet² dat voorgesteld wordt om de NZa de bevoegdheid te geven om een bestuurlijke boete op te leggen ingeval de zorgverzekeraar de wettelijke termijn voor de bekendmaking van een wijziging in de grondslag van de premie voor de zorgverzekering niet in acht neemt. De NZa heeft nu slechts de bevoegdheid om een aanwijzing te geven. De Minister schrijft dat een aanwijzing een instrument is om het gevolg van al opgetreden overtredingen voor zover mogelijk ongedaan te maken en om toekomstige overtredingen te vermijden en dat nu voor een bestuurlijke boete gekozen wordt omdat daar ook een preventieve werking van uit gaat. Deze leden vragen de Minister waarom ten minste een aanwijzing bij te late contractering een zorgverzekeraar al zou benadelen.

De leden van de PvdA-fractie vragen nu voor de derde keer een overzicht per verzekeraar ten aanzien van de contractering, en dan wel als volgt: een overzicht per verzekeraar en per vorm van zorg, dus op welke datum, per verzekeraar, alle contracten per vorm van zorg waren afgerond. De Minister antwoordt dat dat per verzekeraar terug te vinden is op de eigen site. Op de site van verzekeraars staat inderdaad met welke zorgverlener een contract is afgesloten, maar niet per welke datum en ook niet per welke datum alle contracten voor een bepaalde vorm van zorg rond waren (en de verzekerde dus over complete informatie kon beschikken). De leden van de PvdA-fractie willen inzichtelijk hebben welke verzekeraars zich niet of onvoldoende houden aan het bieden van volledige informatie aan hun

² Kamerstuk 36 357, nr. 3

verzekerden en welke termijnen ze daarbij hanteren. Deze leden vragen de Minister dus nogmaals om deze gegevens en gaan ervan uit dat zij deze keer een antwoord krijgen en niet naar de site van een zorgverzekeraar worden verwezen. Om nog duidelijker te zijn: het gaat er deze leden om een overzicht te krijgen waaruit is af te lezen: verzekeraar A heeft op datum x alle contracten afgesloten ten aanzien van zorgvorm 1, op datum y alle contracten voor zorgvorm 2, enzovoort. Zij willen voor dit moment deze vraag beperken tot wijkverpleging en ggz.

Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

Het lid van de BBB-fractie heeft kennisgenomen van de antwoorden van de Minister op vragen van de commissie. Het lid heeft hier nog een vraag over.

Het lid van de BBB-fractie is van mening dat het hinderpaalcriterium niet te laag mag worden waardoor de verzekerde wordt verhinderd zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te wenden. Kan de Minister garanderen dat dit niet gebeurt?

II. Reactie van de Minister