

# 29 689            Herziening Zorgstelsel

Nr.

## VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld ..... 2022

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 over de brief Reactie op verzoek 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 (Kamerstuk 29 689, nr. 1177).

Voorzitter van de commissie,  
Smals

Adjunct-griffier van de commissie,  
Bakker

### Inhoudsopgave

blz.

#### 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 D66-fractie  
Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie  
Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie  
Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie  
Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie  
Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie  
Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie  
Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

#### II.       **Reactie van de minister**

III.

## **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) 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

---

<sup>1</sup> Aanhangsel van de Handelingen II, vergaderjaar 2022-2023, nr. 1344.

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 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?

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 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 €2350,- 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

---

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

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?

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 restitutiepolissen, 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 terugschroefd. 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 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?

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

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

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**