

Vergaderjaar 2023–2024

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1227

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 11 oktober 2023

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport over de brief van 31 maart 2023 de 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 vragen en opmerkingen zijn op 16 juni 2023 aan de Minister voor Langdurige Zorg en Sport voorgelegd. Bij brief van 10 oktober 2023 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Smals

De adjunct-griffier van de commissie,
Heller

Vragen en opmerkingen vanuit de fracties en reactie van de bewindspersoon

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 is 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 Verzamelwet 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 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?

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.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen ook over de leden genoemde onderwerpen afspraken maken in hun contracten. Omdat zorgkantoren en zorgverzekeraars afspraken maken over het leveren van zorg komt ook aan de orde of de betreffende zorgaanbieder in staat is tot levering van zorg. Daarmee komt impliciet het arbeidsmarktbeleid van de betreffende instelling aan de orde.

Daarnaast merk ik op dat in het Integraal Zorgakkoord (hierna: IZA, blz. 100, hoofdstuk J «Contractering») en in het beoordelingskader voor impactvolle transformaties de inzet van personeel nadrukkelijk is genoemd. Een transformatie wordt onder andere aangemerkt als impactvol als er sprake is van een substantiële impact (conform IZA-doelen) op de inzet van personeel. Hiermee wordt bedoeld dat de transformatie leidt tot substantieel minder en/of effectiever inzetten van schaars personeel (in aansluiting op de regionale arbeidsmarkt). Hieronder kan ook bij/nascholing vallen, waardoor personeel effectiever zorg kan verlenen.

Met andere woorden, het oplossen van het arbeidsmarktprobleem is ook een van de doelen van de IZA-afspraken rond impactvolle transformaties. Op dit moment is het echter nog te vroeg om een goed beeld te geven in hoeverre dit op dit moment ook al daadwerkelijk plaatsvindt. Er zijn al veel transformatieplannen in voorbereiding, maar deze zijn nog niet allemaal goedgekeurd.

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 artskenkeuze 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.

Het ontwerp van het wetsvoorstel bevat de bevoegdheid om ter bescherming van het algemeen belang voor een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst regels te stellen over de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dat kan bij algemene maatregel van bestuur en een daarop te baseren ministeriële regeling. Deze regelgevende bevoegdheid kan worden ingezet indien bijvoorbeeld uit de monitoring door de Nederlandse Zorgautoriteit (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.

Op basis van deze regels wordt de vergoeding op een zodanige hoogte vastgesteld dat deze voor de zorgaanbieder niet kostendekkend is. Daarom zal de zorgaanbieder een deel van de rekening bij de verzekerde

moeten neerleggen. Het wetsvoorstel borgt dat bij het vaststellen van de nadere regels het hinderpaalcriterium in acht wordt genomen.

Desalniettemin zullen verzekerden gestimuleerd worden gebruik te maken van een gecontracteerde zorgaanbieder omdat zij dan niet zelf een deel van de rekening hoeven te betalen. Hierdoor zullen meer zorgaanbieders gestimuleerd worden een contract af te sluiten met zorgverzekeraars.

Wat betreft de ruimte voor nieuwe en kleine aanbieders merk ik het volgende op. Zoals afgesproken in het IZA heeft het Ministerie van VWS samen met de IZA-partijen en de Autoriteit Consument en Markt (hierna: ACM) verkend welke ruimte er binnen de mededingingsregels bestaat voor het gezamenlijk onderhandelen van kleine aanbieders.¹ Kern van de uitkomst van die verkenning is dat gezamenlijk onderhandelen wel degelijk mogelijk is, mits het uitgaat van een zorginhoudelijk doel dat onderschreven wordt door de driehoek van aanbieders, verzekeraar(s) en vertegenwoordigers van patiënten. Het is dus niet de bedoeling dat er «blok tegen blok» onderhandelingen plaatsvinden die enkel zijn gericht op commerciële belangen zoals de tarieven; dergelijke onderhandelingen zijn in het algemeen niet in het belang van de patiënt/verzekerde. Zie voor een nadere toelichting ook de website van de ACM op dit punt (<https://www.acm.nl/nl/samenwerken-de-eerstelijnszorg>) en de handvatten voor contractering en transparantie die de NZa deze zomer heeft opgesteld om partijen te ondersteunen bij de contractering (Zorgcontractering moet soepeler en sneller | Nieuwsbericht | Nederlandse Zorgautoriteit (nza.nl)).

Overigens maak ik de kanttekening dat de zorgplicht van verzekeraars ten aanzien van hun verzekerden geldt op basis waarvan de verzekeraars er voor moeten zorgen dat er voldoende aanbod van verzekerde zorg beschikbaar is.

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?

In de brief van 12 juni jl.² van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is de verbeteragenda contractering nader toegelicht waarmee, in aanvulling op de afspraken uit het IZA, meer gestuurd wordt op contracteren. In aanvulling op hetgeen in deze brief staat, merk ik op dat de NZa inmiddels handvatten voor het contracteerproces heeft gepubliceerd: Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl). De Handvatten hebben een aantal doelen. Ten eerste zijn ze bedoeld als hulpmiddel om de contractering soepeler en sneller te laten verlopen. Dit zodat de consument beter weet waarop zij kan rekenen, in het bijzonder gedurende de overstapperiodes. Daarnaast stellen de handvatten partijen in staat om hun contracteerproces te evalueren en versterken. Dit draagt bij aan de samenwerking tussen inkopende partijen, waardoor in meer gezamenlijkheid de beweging naar passende zorg tot stand komt. Ten slotte creëert de NZa met deze handvatten voor zichzelf als toezichthouder een duidelijke basis om zorgverzekeraars en zorgaanbieders aan te spreken wanneer zij niet handelen in lijn met de bedoeling van deze handvatten. In de Handvatten heeft de NZa naast de al bestaande verplichtingen over contractering dertien nieuwe richtsnoeren opgenomen.

¹ Brief van 12 juni 2023, Kamerstuk 26 689, nr. 1198.

² Kamerstuk 29 689, nr. 1198.

Daarnaast hebben partijen in het IZA afgesproken meer in te zetten op de beweging naar passende zorg. Hiervoor is nodig dat de zorgaanbieders hun zorgprocessen transformeren. Om dit te stimuleren zijn er transformatiemiddelen beschikbaar gesteld. Partijen kunnen daar een beroep op doen als de twee leidende zorgverzekeraars hun transformatieplannen hebben goedgekeurd. De afspraken over de uitvoering van deze plannen landen in de contracten.

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?

De Zorgverzekeringswet (Zvw) kent een verzekeringsplicht (artikel 2). De verzekeringnemer kan op basis van artikel 7 van de Zvw de zorgverzekering uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar opzeggen. Het is van belang dat de verzekeringnemer op basis van het gecontracteerde aanbod een keuze kan maken voor een polis. Gelet op de zorgplicht heeft de zorgverzekeraar vanaf 1 januari te voorzien in voldoende aanbod van gecontracteerde zorg voor verzekerden met een naturapolis. Voor de keuze van een polis, waarvoor men na opzegging overigens nog een maand heeft (art 5, lid 5, sub b, Zvw), is het wenselijk dat het gecontracteerde zorgaanbod zo snel mogelijk duidelijk is. Daarom is het in principe zo dat de contracten per 1 januari van het jaar gesloten moeten zijn. Dat hoeft echter niet. Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat een zorgverzekeraar vanwege zijn zorgplicht moet bijcontracteren bij een reeds gecontracteerde zorgaanbieder dan wel om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen een contract afsluit met een nog niet-gecontracteerde aanbieder.

Waarom worden er slechts indicaties voor maximaal drie maanden afgegeven? Is dit ook het geval bij gecontracteerde zorgaanbieders?

Dit klopt niet. Indicaties worden niet door zorgverzekeraars afgegeven. Bij zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorg bepaalt de wijkverpleegkundige (volgens het normenkader van de V&VN) op basis van de zorgbehoefte welke zorg nodig is.

Machtigingen worden door zorgverzekeraars afgegeven voor één jaar, soms korter als dat voor de situatie geldt (denk aan palliatieve zorg). Bij uitzondering ook voor twee jaar.

Ook bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders is de drie maanden niet aan de orde. Dit is alleen het geval als de wijkverpleegkundige aangeeft dat de zorg na drie maanden niet meer nodig is. Het is aan de indicerende verpleegkundige om te bepalen hoe lang zorg nodig is en deze kan ook korter zijn dan twaalf maanden. Daarbij is geen onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De gezondheidssituatie van cliënten is nu eenmaal altijd verschillend en vaak sterk fluctuerend. Op die manier is de indicatie continu passend bij de gezondheidssituatie en daarmee ook de toekenning.

Hoe hoog moet de omzet zijn voordat nieuwe zorgaanbieders een contract af kunnen sluiten?

Het merendeel van de zorgverzekeraars stelt geen eisen aan een omzet. Zorgaanbieders moeten aantoonbaar voldoen aan minimumeisen, welke terug te vinden zijn in het zorginkoopbeleid. Alleen voor Zilveren Kruis geldt als voorwaarde een totaalomzet vanaf € 100.000,- (voor verzekerden van alle zorgverzekeraars).

Waarom duurt goedkeuring van de machtiging coulance-regeling voor niet-gecontracteerde zorg bij verschillende zorgverzekeraars soms wel drie tot vier maanden? Vindt de Minister dit een redelijke termijn?

Er is bij een machtiging geen sprake van coulance. Zorgverzekeraars beoordelen of er sprake is van verzekerde zorg, omdat ze alleen zorg mogen vergoeden die binnen de aanspraak valt. Bij niet-gecontracteerde zorg gebeurt dat vooraf, bij gecontracteerde zorg achteraf. Hoe lang het traject duurt is afhankelijk van verschillende factoren.

Zorgverzekeraars beoordelen een aanvraag binnen vijf tot maximaal tien werkdagen. In bijna alle gevallen moeten adviserend verpleegkundigen van zorgverzekeraars extra vragen stellen omdat aanvragen bijvoorbeeld nog niet compleet zijn. Het is dan afhankelijk van de aanvragende wijkverpleegkundige hoe snel deze aanvullende informatie weer wordt opgestuurd. Als de informatie compleet is, en op basis daarvan vastgesteld kan worden dat er sprake is van verzekerde zorg, dan wordt de machtiging afgegeven. Voor het Zvw-pgb kan dit langer duren doordat zorgverzekeraars hier andere eisen aan stellen maar ook daar wordt gestreefd naar zo kort mogelijke termijnen.

De NZa doet hier ook onderzoek naar. Ik verwijs hiervoor naar het Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2022 (bijlage bij Kamerstuk 29 689, nr. 1203) waarin de NZa vermeldde dat zij over de doorlooptijd niet-gecontracteerde wijkverpleging en Zvw-pgb in 2022 bij alle zorgverzekeraars op controlebezoek zijn geweest. Bij twee zorgverzekeraars is een vervolgesprek gevoerd.

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?

De betaling van niet-gecontracteerde zorgaanbieders gaat niet rechtstreeks, maar via de cliënt omdat de aanbieder en de zorgverzekeraar geen afspraken met elkaar hebben gemaakt. De afspraak voor de te leveren zorg wordt bij niet-gecontracteerde zorg immers gemaakt tussen de patiënt/cliënt en de zorgaanbieder. Via een akte van cessie draagt een verzekerde zijn recht op vergoeding door de zorgverzekeraar over aan een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Een zorgaanbieder kan dan, namens de verzekerde, rechtstreeks de zorg declareren bij de zorgverzekeraar. Het is aan de zorgverzekeraar om te bepalen of verzekerden die beroep doen op niet-gecontracteerde zorg gebruik kunnen maken van een akte van cessie.

Waarom worden er steeds meer eisen gesteld aan facturen van niet-gecontroleerde zorgaanbieders?

Zorgverzekeraars herkennen niet het beeld dat er steeds meer eisen worden gesteld aan facturen van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De eisen waaraan de facturen moeten voldoen – en welke informatie daarin moet zijn opgenomen – zijn al een aantal jaren onveranderd gebleven en op grond van wet- en regelgeving tot stand gekomen. De eisen die gesteld worden aan de declaratie zijn niet veranderd sinds 2017 voor het Zvw-pgb en sinds 2015 voor Zvw natura (AW319).

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?

Het is mij niet bekend dat er ziekenhuisbedden bezet worden gehouden omdat er eerst vijf dagen naar gecontracteerde zorg gezocht moet worden voordat niet-gecontracteerde zorg ingezet mag worden. Wellicht wordt gedoeld op het ontslag na ziekenhuisopname richting wijkverpleging enerzijds en ontslag richting eerstelijnsverblijf-bedden anderzijds. In dat verband zij opgemerkt dat de huidige regionale coördinatiefuncties een belangrijke rol vervullen om mensen versneld uit het ziekenhuis te kunnen ontslaan of om mensen zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen. De coördinatiefuncties ondersteunen in de vindbaarheid van passende vervolgzorg naar bijvoorbeeld het eerstelijnsverblijf, de geriatrische revalidatiezorg of de Wlz crisiszorg. Zo vervullen zij een belangrijke rol in de ondersteuning bij triage, inzicht in de beschikbare bedden en de ondersteuning richting opname.

Het is aan de zorgverzekeraars hun verzekerden goed te informeren overeenkomstig de NZa-Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten van de NZa.³ Of zorgverzekeraars dat ook nog op een andere manieren doen, via de door de leden van de PVV-fractie geschetste wegen, is mij niet bekend.

Het is mij bekend dat er niet-gecontracteerde zorgaanbieders wijkverpleging zijn die de eigen bijdrage van hun cliënten voor hun rekening nemen. Uit het rapport van Arteria blijkt dat er cliënten wijkverpleging zijn die niet-gecontracteerde zorg ontvangen, geen declaraties thuis ontvangen en niks betalen voor de zorg die zij krijgen.⁴

Kan de Minister de rol van niet-gecontracteerde zorgaanbieders is 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).

Het door de leden van de PVV-fractie genoemde probleemgebiedenregister is mij niet bekend.

Voor de prestatie- en tariefbeschikking van de tarieven voor de wijkverpleging van de NZa verwijs ik de leden van de PVV-fractie naar de website van de NZa: Welke regels gelden voor de wijkverpleging in 2023? | Wijkverpleging | Nederlandse Zorgautoriteit (nza.nl).

Voor informatie over de tarieven die zorgverzekeraars hanteren voor gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg, verwijs ik u naar de websites van de verschillende verzekeraars.

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?

³ Zie TH/NR-022 – Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

⁴ Arteria Consulting, Rapport (Niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging, Een kwantitatief en kwalitatief onderzoek van 23 januari 2018. Aangeboden aan de Tweede Kamer bij brief van 23 januari 2018, Kamerstuk 29 689, nr. 885.

Het is aan de NZa als onafhankelijke toezichts- en handhavingsautoriteit te beslissen om al dan niet een onderzoek te doen naar de polisvoorwaarden van zorgverzekeraars en of deze in lijn zijn met de regelgeving. De NZa bekijkt bijvoorbeeld al wel welke soort polissen er zijn, wat de vergoedingspercentages en het inkoopbeleid van de verschillende polissen is, etc. Hierover rapporteert de NZa in de monitor zorgverzekeringen. Zie hierover bijvoorbeeld mijn brief van 3 november 2022.⁵

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?

Zorgverzekeraars moeten hun verzekerden goed informeren voor welke zorgaanbieders de zorg wel en voor welke (nog) niet volledig vergoed wordt bij een bepaalde zorgverzekering. Zorgaanbieders moeten patiënten informeren over datgene wat voor hen van belang is om een weloverwogen keuze te maken voor zorg, zoals eventuele eigen betalingen omdat er geen contract is met de zorgverzekeraar. Dat gaat helaas nog niet altijd goed. Daarom heb ik in het IZA met zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken gemaakt over het verbeteren van de transparantie over de contractering naar de verzekerde. Dit betreft onder andere een voorlichtingsprogramma over de gevolgen van niet-gecontracteerde zorg en stevige inzet om voortaan voor 12 november meer duidelijkheid te geven over het gecontracteerde aanbod (kwaliteit, welke aanbieders etc.). Partijen zijn inmiddels gezamenlijk aan de slag gegaan met deze afspraken.

Naar aanleiding van mijn brief over de voortgang van het verbeteren van het contracteerproces van 12 juni jl.⁶ zijn c.q. worden deze IZA-afspraken verder geconcretiseerd:

- Een voorlichtingscampagne om verzekerden voor te lichten over de risico's van niet-gecontracteerde zorg die er onder andere op gericht is verzekerden/patiënten voor te lichten over de financiële risico's van niet-gecontracteerde zorg. Daarbij ligt de focus op situaties en locaties waar dit risico zich vooral voor kan doen, zoals bij verwijzers en tijdens het overstapseizoen.
- In de Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg staat wat de NZa minimaal verwacht van zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de contractering en het informeren van consumenten.⁷
- De NZa is bezig met een verkenning van de offerteplicht voor niet-gecontracteerde zorg. Over de voortgang daarvan informeer ik u nog.

Mijn ambitie is dat deze acties leiden tot betere informatievoorziening in het komende overstapseizoen.

⁵ Kamerstuk 29 689, nr. 1171.

⁶ Kamerstuk 29 689, nr. 1198.

⁷ Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

Ik verwijs u ook graag naar mijn brief van 12 april 2023⁸ met informatie over het overstapseizoen van 2022–2023 en de contractering.

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.

Zoals ik eerder heb aangegeven, bereid ik samen met de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een wetsvoorstel voor tot wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het bevorderen van zorgcontractering. Het ontwerp van dit wetsvoorstel heeft van 15 juni tot en met 27 juli jl. voor internetconsultatie voorgelegen (<https://www.internetconsultatie.nl/zorgcontractering>). Uiteraard zal voor de verdere totstandkoming van dit wetsvoorstel de voorgeschreven procedure worden gevolgd.

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.

Er zijn op dit moment geen nieuwe vergoedingsregels anders dan de vergoedingen die door de zorgverzekeraars worden afgesproken c.q. vastgesteld.

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.

Zorgverzekeraars moeten hun verzekerden goed informeren voor welke zorgaanbieders de zorg wel en voor welke (nog) niet volledig vergoed wordt bij een bepaalde zorgverzekering. Zorgaanbieders moeten patiënten informeren over datgene wat voor hen van belang is om een weloverwogen keuze te maken voor zorg, zoals eventuele eigen betalingen omdat er geen contract is met de zorgverzekeraar. Dat gaat helaas nog niet altijd goed. Daarom heb ik in het IZA met zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken gemaakt over het verbeteren van de transparantie over de contractering naar de verzekerde. Dit betreft onder andere een voorlichtingsprogramma over de gevolgen van niet-gecontracteerde zorg en stevige inzet om voortaan voor 12 november meer duidelijkheid te geven over het gecontracteerde aanbod (kwaliteit,

⁸ Kamerstuk 29 689, nr. 1191.

welke aanbieders etc.). Partijen zijn inmiddels gezamenlijk aan de slag gegaan met deze afspraken.

Naar aanleiding van mijn brief over de voortgang van het verbeteren van het contracteerproces van 12 juni jl.⁹ zijn c.q. worden deze IZA-afspraken verder geconcretiseerd:

- Een voorlichtingscampagne om verzekerden voor te lichten over de risico's van niet-gecontracteerde zorg die er onder andere op gericht is verzekerden/patiënten voor te lichten over de financiële risico's van niet-gecontracteerde zorg. Daarbij ligt de focus op situaties en locaties waar dit risico zich vooral voor kan doen, zoals bij verwijzers en tijdens het overstapseizoen.
- De NZa en de Patiëntenfederatie nemen het initiatief om met ZN te onderzoeken in hoeverre het mogelijk is om gedurende het hele jaar een actueel overzicht te hebben van de gecontracteerde zorg.
- In de Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg staat wat de NZa minimaal verwacht van zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de contractering en het informeren van consumenten.¹⁰
- De NZa is bezig met een verkenning van de offerteplicht voor niet-gecontracteerde zorg. Over de voortgang daarvan informeer ik u nog.

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.

Zoals in mijn vorige reactie opgemerkt, zou de inperking van deze contractsvrijheid voor verzekeraars hun onderhandelingspositie – die in het belang van de verzekerden is – onevenredig benadelen. In het IZA zijn afspraken gemaakt om het contracteerproces te verbeteren. Partijen zijn gezamenlijk bezig deze afspraken uit te werken. Het gaat daarbij om het verbeteren van het contracteerproces, waaronder de informatievoorziening aan verzekerden, waardoor het voor de verzekerden, tijdens het overstapseizoen duidelijk is met welke zorgaanbieders een contract is afgesloten. Ik verwijs hiervoor naar mijn eerdergenoemde brief van 12 juni 2023.¹¹

Ook de ACM heeft in haar position paper voor het Rondetafelgesprek vaste commissie voor VWS op 5 december 2022¹² onderstreept dat een gelijkwaardige onderhandelingspositie van belang is. De ACM geeft hierin aan dat het in het nationale zorgstelsel met gereguleerde marktwerking belangrijk is dat patiënten en verzekerden keuzes kunnen maken op basis van eigen voorkeuren.

Dit stimuleert zorgaanbieders en zorgverzekeraars om zich van elkaar te onderscheiden, wat bijdraagt aan goede, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg. De ACM geeft aan dat het van belang is om de markten voor zorgverlening (patiënt kiest zorgverlener), zorginkoop (zorgverze-

⁹ Kamerstuk 29 689, nr. 1198.

¹⁰ Handvatten Contractering en Transparantie gecontracteerde zorg – Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

¹¹ Kamerstuk 29 689, nr. 1198.

¹² Position paper ACM t.b.v. rondetafelgesprek Vrije Artsenkeuze d.d. 5 december 2022.pdf.

keraar koopt in bij zorgverlener) en zorgverzekering (verzekerde kiest zorgpolis) in samenhang te bekijken. Selectieve contractering is belangrijk om de beweging naar passende zorg te stimuleren, de opgave aan zorgverzekeraars zoals verwoord in het IZA. Daarbij waarborgen de wettelijke zorgplicht en het hinderpaalcriterium dat zorgverzekeraars voldoende zorg inkopen en de vergoeding voor ongecontracteerde zorg niet zodanig laag kunnen zetten dat daardoor voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal zou ontstaan om zich tot een ongecontracteerde zorgaanbieder te wenden.

De leden van de PvdA-fractie lazen in de memorie van toelichting bij de Verzamelwet¹³ 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.

In de door de leden van de PvdA-fractie genoemde Verzamelwet wordt de NZa de mogelijkheid gegeven om een bestuurlijke boete op te leggen indien een zorgverzekeraar de premie te laat bekend maakt. De zorgverzekeraar heeft de wettelijke plicht om 12 november de premie bekend te maken. Bij niet-nakoming van deze verplichting krijgt de NZa nu naast de mogelijkheid een aanwijzing op te leggen ook de mogelijkheid een bestuurlijke boete op te leggen. Er bestaat geen verplichting om te contracteren. Daarom ligt het geven van een aanwijzing of de mogelijkheid een bestuurlijke boete op te leggen hier niet in de rede.

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 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.

Ik beschik niet over de gevraagde informatie en verwijs daarom opnieuw naar het overzicht dat per zorgverzekeraar te vinden is op hun eigen site. Zorgverzekeraars informeren hun eigen verzekerden hierover en houden het overzicht actueel.

¹³ Kamerstuk 36 357, nr. 3.

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?

Bij de toepassing van het hinderpaalcriterium wordt volgens de huidige jurisprudentie over de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg uitgegaan van de gemiddelde («modale») verzekerde. Het is niet mogelijk de vergoeding af te laten hangen van de financiële draagkracht van de verzekerde. Daarbij komt dat uitgaan van de financieel minst draagkrachtige categorie verzekerden de beoogde werking van het zorgverzekeringsstelsel en de zorginkoop door zorgverzekeraars aanzienlijk zou belemmeren. Verzekerden kunnen gebruik maken van de inkomensafhankelijke zorgtoeslag en een polis kiezen die het beste bij hen past. Gelet op de zorgplicht van zorgverzekeraars moet er bij elke polis een voldoende aanbod van gecontracteerde zorgaanbieders zijn. Er zijn ook polissen met een ruimer aanbod van gecontracteerde zorgaanbieders. Een verzekerde die onbeperkte keuzevrijheid wil ten aanzien van zorgaanbieders kan een restitutiepolis afsluiten. Een restitutiepolis maakt immers geen onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Het zorgverzekeringsstelsel bevat daarmee voldoende waarborgen om verzekerden een eigen afweging te kunnen laten maken.