

# STICHTING “HANDHAVING VRIJE ARTSENKEUZE”



**VRIJE ARTSENKEUZE**  
een grondrecht

Zusterplein 22 – 3703 CB Zeist --- [info@handhavingvrijeartsenkeuze.nl](mailto:info@handhavingvrijeartsenkeuze.nl)

## Reactie van Stichting Handhaving Vrije Artsenkeuze op internetconsultatie Wetsvoorstel “Bevorderen Zorgcontractering”

---

Samengesteld door: Mr. K. Mous, mr. B.V.K. de Louw en mr. S. Donkelaar, advocaten  
Dirkzwager en G.J. Jager Stichting Handhaving Vrijeartsenkeuze

### Samenvatting

- *Dit wetsvoorstel leidt tot opheffen van de vrije artsenkeuze en tot verdere tweedeling in de maatschappij*
- *Vele zorgaanbieders moeten stoppen en nieuwe zorgaanbieders worden afgeschrikt om te starten*
- *De wet geeft zorgverzekeraars dictatoriale marktmacht*
- *Zorgverzekeraars falen in hun zorgplicht en met dit wetsvoorstel wordt dit falen gelegitimeerd.*
- *De wachtlijsten in de zorg zullen toenemen en dit wetsvoorstel betekent minachting van de verzekerde/patiënt*

### Advies:

- *VWS neem maatregelen die leiden tot het verkorten van de wachtlijsten ofwel ga de zorgplicht van zorgverzekeraars formaliseren en naar de verzekerde faciliteren door de NZa.*

---

## A. Inleiding

1. De Stichting Handhaving Vrije Artsenkeuze (**‘Stichting HVA’**) heeft kennis genomen van het ‘Wetsvoorstel bevorderen zorgcontractering’ (**‘het wetsvoorstel’**) inclusief de daarbij horende toelichting. Dit memo bevat de reactie van de Stichting HVA op het wetsvoorstel.
2. De reactie is als volgt opgebouwd. Allereerst zal kort de aanleiding en de inhoud van het wetsvoorstel besproken worden. Daarna volgt een reactie op het wetsvoorstel; eerst in algemene zin en vervolgens artikelsgewijs.

## **B. Opmerking vooraf**

3. De Stichting HVA stelt vooraf vast dat de zorgverzekeraars de afgelopen jaren in strijd hebben gehandeld met artikel 13 van de Zorgverzekeringswet ('Zvw'). Hun vergoedingsbeleid was immers "niet fijnmazig genoeg", er waren geen uitzonderingen voor duurdere vormen van zorg en over het algemeen waren er geen hardheidsclausules. De beperkte hardheidsclausules die er wel waren, waren bovendien zodanig gemaximeerd dat nooit meer dan maximaal 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief kon worden verkregen. Volgens Stichting HVA heeft deze onjuiste toepassing ernstig verstorend gewerkt op de markt: er was geen balans meer aan de onderhandelingstafel, zorgverzekeraars voerden regie op basis van zuivere financiële (in plaats van kwalitatieve) instrumenten en zorgaanbieders werden gedwongen wachttijden te hanteren, zorg te leveren tegen bodemtarieven en concurrentie op de markt was er niet of nauwelijks. Juist nu, met de recente arresten van de Hoge Raad, het moment daar is dat zorgverzekeraars in beweging moeten komen en serieus invulling moeten gaan geven aan het hinderpaalcriterium, komt er een wetsvoorstel dat zorgverzekeraars juist weer meer ruimte gaat geven. De Stichting HVA meent dat de lobby van zorgverzekeraars niet vaak zó zichtbaar is geweest.

***De Stichting HVA beschikt namelijk over e-mails waarin zorgverzekeraars aan het Ministerie van VWS erkennen dat zij het hinderpaalcriterium onjuist toepassen en aanbieden om het non-concurrentieel goed toe te passen als VWS artikel 13 wijzigt zoals ZN dat wil. Stichting HVA beschikt over een Power Point Presentatie van ZN aan VWS met de door hen voorgestelde wetswijziging. Het voorliggend voorstel tot wetswijziging is conform dit voorstel van ZN.***

De Stichting HVA meent dat de politiek er verstandig aan doet om nu eerst te bezien wat de effecten zijn van de recente arresten van de Hoge Raad, en zorgverzekeraars er zo nodig toe te dwingen recht te doen aan de oorspronkelijke bedoeling die de wetgever had met artikel 13 Zvw.

Het is volgens de Stichting prematuur om de effecten van de recente arresten van de Hoge Raad en een correcte toepassing van artikel 13 Zvw niet af te wachten (met serieus toezicht van de Nederlandse Zorgautoriteit ('NZa'), maar in de plaats daarvan direct toe te geven aan de wensen van de zorgverzekeraars en hen (nog) meer macht te geven en de balans verder te verstoren.

## **C. Het wetsvoorstel**

### **Aanleiding**

4. Met het opstellen van het Integraal Zorgakkoord ('IZA') hebben verschillende partijen uit de zorg afspraken gemaakt om de zorg in de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. De transitie naar 'passende zorg' staat in het IZA centraal. De wetgever acht het, gelet op de hiervoor genoemde afspraken uit het IZA, noodzakelijk om

zorgverzekeraars meer mogelijkheden te geven om via contractering te sturen op passende zorg die betaalbaar en toegankelijk is.

5. Het wetsvoorstel wekt de suggestie dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders geen of onvoldoende passende zorg zouden verlenen (omdat zij meer uren zorg zouden verlenen dan gecontracteerde aanbieders). Het wetsvoorstel beoogt daarom het aandeel niet-gecontracteerde zorg te verlagen en daarmee de sturingsmogelijkheden van zorgverzekeraars te vergroten.
6. Zorgverzekeraars worden met het wetsvoorstel in staat gesteld om – met inachtneming van het hinderpaalcriterium – de hoogte van de vergoeding zo scherp (lees: zo laag) mogelijk vast te stellen. Een en ander zou de transitie naar passende zorg moeten versnellen.

#### **Inhoud wetsvoorstel**

7. Het wetsvoorstel creëert de mogelijkheid om een (deel)sector aan te wijzen ter zake waarvan de wetgever nadere regels kan stellen over de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders (art. 13 lid 6 Zvw). Deze regels zal de zorgverzekeraar moeten toepassen. Zorgverzekeraars krijgen hiermee uitdrukkelijk de mogelijkheid om ten aanzien van de door de wetgever aangewezen deelsectoren de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg zodanig te verlagen dat een zorgaanbieder gedwongen wordt een deel van de rekening bij de verzekerde *moeten* neerleggen. Zorgverzekeraars krijgen immers de mogelijkheid een vergoeding uit te betalen die niet kostendekkend is voor de zorgaanbieder. Dit zou er in de praktijk toe moeten leiden dat a) verzekerden gestimuleerd worden gebruik te maken van een gecontracteerde zorgaanbieder en b) zorgaanbieders gestimuleerd worden een contract af te sluiten met zorgverzekeraars.
8. De eigen betaling mag geen feitelijke hinderpaal opleveren maar moet de verzekerde blijkens het wetsvoorstel wel *“merkbaar hinderen”*, zodat hij een bewuste keuze moet maken al dan niet gebruik te maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Met het wetsvoorstel wordt het hinderpaalcriterium gecodificeerd. De vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg mag niet zodanig laag zijn dat voor de verzekerde een te hoge drempel ontstaat om zich te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder (artikel 13 lid 5 Zvw). Het verschil tussen feitelijke hinderpaal c.q. een te hoge drempel (niet toegestaan) en het merkbaar hinderen (wel toegestaan) wordt niet duidelijk gemaakt. De eigen bijdrage van *“merkbaar hinderen”* kan hoogstens gelijk zijn aan het bedrag dat bij een *“feitelijk hinderpaal”* hoort, nooit hoger. Ofwel waarom deze wetswijziging nog?

9. Het wetsvoorstel legt verder expliciet vast dat de zorgverzekeraar géén korting mag toepassen indien hij niet aan zijn wettelijke zorgplicht uit artikel 11 Zvw voldoet (art. 13 lid 7 Zvw). De wetgever kan bovendien bepaalde vormen van zorg (zoals acute zorg) aanwijzen waarbij géén korting kan worden toegepast indien de verzekerde zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wendt (artikel 13 lid 7 Zvw)

**D. Algemene reactie op het wetsvoorstel**

**Inleiding**

10. Het wetsvoorstel heeft in de optiek van de Stichting HVA een (zeer) wankelende basis en lijkt vooral ingestoken door de wens van *zorgverzekeraars* om betaalbaarheid van zorg boven toegankelijkheid van zorg te verkiezen. Het wetsvoorstel heeft volgens de stichting HVA tot gevolg dat met name mensen met een smalle beurs een vrije keuze werd ontnomen. Het is de vraag in hoeverre dit in het licht van een al bestaande gezondheidskloof (met ook verschillen in *toegankelijkheid* van zorg) tussen arm en rijk te rechtvaardigen is. De vraag is bovendien of het wetsvoorstel de betaalbaarheid van de zorg daadwerkelijk ten goede zal komen. Het wetsvoorstel is op dat punt bepaald niet overtuigend.
11. Het wetsvoorstel is in feite gebaseerd op een beweerdelijk probleem (een lage contracteergraad), een beweerdelijke oorzaak (zorgaanbieders), beweerdelijke gevolgen (oplopende kosten, gebrek aan passende zorg) en biedt vervolgens schijnoplossingen (waarover hierna meer). Opvallend is dat allerlei ontwikkelingen in de zorgmarkt niet geanalyseerd worden, zoals de vraag welke partij bijvoorbeeld – *werkelijk* – verantwoordelijk is voor de in het wetsvoorstel beschreven problemen (een lage contracteergraad, wachtlijsten en oplopende kosten). In plaats daarvan is het wetsvoorstel gebaseerd op veronderstellingen die zorgaanbieders in een kwaad daglicht zetten. Het wetsvoorstel vertelt volgens de Stichting HVA aldus een verhaal waar betrekkelijk eenvoudig doorheen geprikt kan worden. De Stichting HVA zal dit in deze reactie nader toelichten.

**Dé niet-gecontracteerde zorgaanbieder bestaat niet**

12. Het wetsvoorstel spiegelt de lezer voor dat het bieden van extra mogelijkheden tot korting op niet-gecontracteerde tarieven een oplossing zou bieden voor tal van problemen op de zorgmarkt, zoals wachttijden, oplopende kosten en zelfs de 'passendheid' van de zorg.
13. Het idee dat deze aangekondigde maatregelen de kostenontwikkeling in de zorg zullen beteugelen geeft blijk van een gesimplificeerde blik op de werkelijkheid. De Stichting HVA heeft sterk de indruk dat daarbij met name geluisterd is naar wat de zorgverzekeraars vertellen over de wijze waarop de zorgmarkt functioneert. De wereld is echter (veel) gecompliceerder dan de wereld die de zorgverzekeraars schetsen. Zo

wordt volkomen miskend dat dé niet-gecontracteerde zorgaanbieder in feite helemaal niet bestaat. Veel zorgaanbieders worden door *sommige* zorgverzekeraars gecontracteerd maar door *andere* niet, vaak omdat geen overeenstemming wordt bereikt over het door de zorgverzekeraar opgelegde omzetplafond.<sup>1</sup> Met name nieuwkomers lopen dikwijls tegen het probleem aan dat zorgverzekeraars groeimogelijkheden beperken door een zeer laag omzetplafond aan te bieden. Nieuwkomers kiezen daarom vaak voor risicospreiding: deels gecontracteerd (zonder mogelijkheid van groei) en deels niet-gecontracteerd (met mogelijkheid van groei). Het feit dat een zorgaanbieder vaak *deels* niet-gecontracteerd is, illustreert bovendien dat het onzinnig is om te doen alsof niet-gecontracteerde zorgaanbieders per definitie ‘duurder’, ‘slechter’ of ‘frauduleuzer’ zijn dan gecontracteerde zorgaanbieders. Dé niet-gecontracteerde zorgaanbieder bestaat namelijk helemaal niet. Toch gaat het wetsvoorstel uit van het onderscheid tussen niet-gecontracteerde en gecontracteerde aanbieders. Dat uitgangspunt is op zichzelf dus al onjuist.

#### **Verantwoordelijkheid contracteergraad wordt bij zorgaanbieders gelegd**

14. Het wetsvoorstel legt de verantwoordelijkheid voor het aandeel niet-gecontracteerde zorg (dat, volgens het wetsvoorstel, wanneer het te hoog is als problematisch moet worden gezien) primair bij zorgaanbieders, terwijl de praktijk leert dat het in eerste plaats de *zorgverzekeraars* zijn die invloed hebben op de contracteergraad. Zij zijn de laatste jaren onvoldoende gestimuleerd om de contracteergraad te verhogen en aan hun zorgplicht te voldoen. Wanneer zorgaanbieders in aanmerking willen komen voor een contract schermen zorgverzekeraars nog altijd regelmatig met het argument dat ‘voldoende zorg’ is ingekocht, *zelfs* in sectoren als de GGZ (waarin de wachtlijsten al vele jaren erg lang zijn). De NZa grijpt eenvoudigweg niet in. Ten onrechte wordt in het wetsvoorstel het beeld geschetst van zorgaanbieders die er *bewust* voor kiezen zonder contract te werken. De werkelijkheid is dat zij daartoe meestal gedwongen worden doordat een zorgverzekeraar stelt al voldoende zorg te hebben ingekocht dan wel niet bereid is een realistisch omzetplafond af te spreken.

NB: de Stichting HVA sluit haar ogen niet voor het feit dat het óók kan voorkomen dat zorgaanbieders *bewust* niet voor een contract kiezen. Dit is volgens de Stichting HVA wel eerder de *uitzondering* dan de *regel* (terwijl het wetsvoorstel het omgekeerde suggereert). Alvorens een *oordeel* te geven over de keuze van deze zorgaanbieders, zal volgens de Stichting HVA beoordeeld moeten worden wat de *reden* is dat deze zorgaanbieders bewust zonder contract werken. De reden is, zo is de Stichting HVA bekend, over het algemeen niet dat deze zorgaanbieders niet gebonden zouden willen zijn aan allerlei kwaliteitscriteria (die worden namelijk vaak

---

<sup>1</sup> De Stichting HVA verwijst ter illustratie naar een onderzoek van de Landelijke Vereniging voor Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP) over de problematiek van de te lage omzetplafonds (bron: <https://www.medicalfacts.nl/2017/10/03/249908/>).

helemaal niet opgelegd door zorgverzekeraars), maar dat allerlei dubieuze financieel ingestoken eisen opgelegd worden zoals een KPUC in de GGZ of een maximaal aantal uren in de wijkverpleging. Dit soort afspraken vormen een perverse prikkel tot onderbehandeling of het weigeren van complexe patiënten. Indien en voor zover sprake is van zorgaanbieders die naar objectieve maatstaven teveel zorg verlenen, kan en moet dit volgens de Stichting HVA aangepakt worden middels materiële controles. In plaats daarvan kiest de wetgever er nu voor om met de botte bij álle niet-gecontracteerde zorgaanbieders te straffen (ook degene die welwillend zijn om te contracteren).

### **Geen prikkels voor zorgverzekeraars**

15. Het wetsvoorstel bevat geen enkele verplichting voor *zorgverzekeraars* om transparant te zijn over de keuze om zorgaanbieder A wél en zorgaanbieder B níet te contracteren. Zorgverzekeraars krijgen met de mogelijkheid tot een stringenter artikel 13 Zvw-beleid wél de regie, maar er wordt geen enkele vorm van controle geïntroduceerd. Het is de vraag waar dit grote vertrouwen dat de zorgverzekeraars genieten precies op gebaseerd is, gegeven het feit dat inmiddels door verschillende rechters is geoordeeld dat zorgverzekeraars bij de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg niet in overeenstemming met de wet hebben gehandeld. De Stichting HVA wijst erop dat het in 2014 voorliggende wetsvoorstel dat strekte tot aanpassing van artikel 13 Zvw (dat destijds door de Eerste Kamer werd verworpen) wél bepalingen bevatte dat tenminste een aanzet vormde tot enig evenwicht.<sup>2</sup> Hoewel deze bepalingen in de optiek van de Stichting HVA nog veel te vrijblijvend waren, is het volgens de Stichting HVA een gemiste kans dat dit wetsvoorstel helemaal geen verplichtingen oplegt aan zorgverzekeraars.

### **Regierol en artikel 13 Zvw**

16. Wat verder opvalt aan het wetsvoorstel is de eenzijdige focus op de *regierol* van de zorgverzekeraars. Het wetsvoorstel gaat ervan uit dat méér mogelijkheden tot korting op de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg *nodig* zijn voor zorgverzekeraars om hun regierol te kunnen vervullen en op die manier de contracteergraad te verhogen. Dat is onjuist.
17. In de eerste plaats geldt dat deze denkwijze strijdig is met de **beschermingsgedachte** die juist van artikel 13 Zvw uitgaat; verzekerden moeten in zekere mate worden ‘beschermd’ tegen de regierol die zorgverzekeraars hebben en moeten erop kunnen rekenen dat zij – los van de keuzes die de zorgverzekeraar in zijn inkoopbeleid maakt – terecht kunnen bij de zorgaanbieder van hun keuze. Deze beschermingsgedachte komt in het wetsvoorstel nauwelijks aan bod. In plaats daarvan gaat het wetsvoorstel er vanuit dat artikel 13 Zvw in het teken staat van het kunnen invullen van de *regierol*. Dat is echter nooit de insteek geweest van artikel 13 Zvw. Artikel 13 Zvw is gefundeerd op de

---

<sup>2</sup> EK 2013-2014 33 362 A.

**beschermingsgedachte** en niet op de regierol van zorgverzekeraars (immers: zonder artikel 13 Zvw zouden zorgverzekeraars geen enkele verplichting hebben gehad tot vergoeding van niet-gecontracteerde zorg; artikel 13 Zvw was dus niet nodig om zorgverzekeraars een middel te bieden tot regie). De wetgever heeft in het verleden weliswaar *ruimte* gelaten voor zorgverzekeraars om *binnen de bandbreedte van artikel 13 Zvw* verzekeren te ‘prikkelen’, maar die prikkelruimte wordt begrensd door het in datzelfde artikel besloten liggende hinderpaalcriterium.

18. In de tweede plaats miskent het wetsvoorstel dat zorgverzekeraars, ook buiten de mogelijkheden die artikel 13 Zvw hen biedt, tal van andere mogelijkheden hebben om hun regierol uit te oefenen. Zorgverzekeraars hebben bijvoorbeeld de mogelijkheid om het eigen risico geheel of gedeeltelijk kwijt te schelden als de verzekerde naar een gecontracteerde voorkeursaanbieder gaat.<sup>3</sup> Opvallend genoeg wordt van die sturingsmogelijkheid nagenoeg geen gebruik gemaakt. De ACM concludeert in een onderzoek uit 2017 “*dat minder dan de helft van de verzekeraars een vorm van sturing toepast en dat bij de medisch specialistische zorg geen enkele verzekeraar specifieke aanbieders aanwijst*”.<sup>4</sup>

#### **Machtspositie zorgverzekeraars bij contractonderhandelingen**

19. De wijze waarop zorgverzekeraars op dit moment uitvoering geven aan artikel 13 Zvw biedt hen nu al een ijzersterke (lees overheersende) machtspositie bij onderhandelingen over contracten en het wetsvoorstel zal een en ander alleen maar verergeren. Het vooruitzicht van een niet-gecontracteerde status is zodanig slechts dat zorgaanbieders feitelijk gedwongen worden om met het contractvoorstel van de zorgverzekeraar akkoord te gaan, ook als eigenlijk geen sprake is van reële contractvoorwaarden (‘slikken of stikken’). De positie van zorgverzekeraars is daarentegen zeer sterk. Zij hebben met het cessieverbod, het machtigingsvereiste én de verlaagde vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg reeds allerlei (machts)middelen in handen om zorgaanbieders hun richting op te laten bewegen. Het nóg verder verlagen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg versterkt de machtspositie van de zorgverzekeraar alleen nog maar meer.
20. Het vasthouden en (juist) *krachtiger* maken van het hinderpaalcriterium heeft niet alleen een positief effect op de machtsverhouding in contractonderhandelingen, maar zal volgens de Stichting HVA een einde kunnen maken aan het gebruik van onrealistische omzetplafonds en het als gevolg daarvan ontstaan van wachtlijsten. Het huidige systeem van zorginkoop leidt er namelijk – opvallend genoeg – toe dat juist de *gecontracteerde* zorgaanbieders wachtlijsten kennen. Zij zijn immers gebonden aan omzetplafonds en moeten daarom – daartoe *expliciet* contractueel verplicht – kiezen voor het spreiden

---

<sup>3</sup> Artikel 2.17 lid 2 sub a Bzv.

<sup>4</sup> Rapport ‘Ruimte voor onderscheid tussen zorgverzekeraars’, 2017, p. 63.

(lees: traineren) van de zorgverlening. Regelmatig komt het voor dat zorgaanbieders – ook grote zorginstellingen – in de tweede helft van het jaar moeten besluiten tot een patiëntenstop. Het gebruik van onrealistische en niet-passende omzetplafonds zal mogelijk ten einde komen op het moment dat zorgverzekeraars rekening moeten houden met het feit dat een zorgaanbieder in geval van onredelijke voorwaarden een reële optie heeft om het contract te weigeren (een optie die het huidige wetsvoorstel grotendeels wegneemt).

### **De kwetsbare financiële positie van Nederlandse huishoudens**

21. Het onderhavige wetsvoorstel geeft zorgverzekeraars meer mogelijkheden om de vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg verder te verlagen. Individuele verzekerden die gebruik willen maken van de zorgaanbieder van hún keuze zullen daarmee niet alleen vaker maar ook op hogere kosten worden gejaagd. De Stichting HVA meent dat de wetgever daarmee onvoldoende oog heeft voor de (kwetsbare) financiële positie waarin miljoenen huishoudens op dit moment zitten.
22. Uit Nibud-cijfers over 2019<sup>5</sup> volgt dat voor een tweepersoons huishouden met een modaal inkomen en een gemiddelde huur een maandelijkse reserveringsuitgave mogelijk is van € 422,-. Per persoon is dat € 211,-. Hieruit moeten zaken als kleding, schoenen, meubilair, elektrische apparaten, vakanties en het onderhoud van huis en tuin bekostigd worden. Daarnaast zouden ook niet-vergoede ziektekosten betaald moeten worden uit deze reservering. Op de eerste plaats zal het daarbij gaan om het eigen risico van € 385,-, maar ook kan gedacht worden aan eigen bijdragen die op basis van de Rzv (geneesmiddelen), Wmo of de Wlz betaald moeten worden. Dit betekent dus dat (bijna) niets overblijft om de niet-vergoede zorgkosten (eigen bijdrage) te betalen. Ook deze verzekerden met een laag inkomen hebben recht op vrije artsenukeuze.
23. Daar komt nog bij dat de toenemende inflatie over de afgelopen jaren er toe heeft geleid dat de vaste lasten en huishoudelijke uitgaven (waaronder boodschappen) flink zijn gestegen ten opzichte van 2019, zo blijkt uit cijfers van het CBS. Met name de kosten voor gas, elektriciteit en voeding zijn als gevolg van de gestegen inflatie enorm toegenomen. Aan de inkomstenkant is het beeld (veel) minder rooskleurig. Zo was de reële cao-loonontwikkeling (de cao-loonontwikkeling gecorrigeerd voor de inflatie) maar liefst -6% in 2022.
24. Ook de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving heeft onlangs vastgesteld dat zo'n 5 miljoen verzekerden een zorgtoeslag ontvangen omdat de premie van € 125 a € 155 te hoog is. Deze verzekerden hebben ook niet de ruimte om een hoge eigen bijdrage te betalen als ze gebruik maken van vrijeartsenukeuze.

---

<sup>5</sup> <https://www.nibud.nl/download/6522/?tmstv=1689878143>



25. Geconcludeerd kan worden dat de uitgaven van huishoudens (veel) harder zijn gestegen dan de inkomsten. Dat maakt dat aangenomen kan worden dat het potje ‘reserveringsuitgaven’ dat huishoudens tot hun beschikking hebben (waaruit ook het niet-vergoede deel van de zorg betaald uit moet worden) substantieel is geslonken ten opzichte van 2019, simpelweg omdat het beschikbare geld al opgaat aan vaste lasten en huishoudelijke uitgaven. Hierdoor blijft er anno 2023 weinig tot niets over om het niet-vergoede deel van de zorgkosten mee te betalen.

***NB: Dat er onder aan de streep zeer beperkt tot geen ruimte is voor een maandelijkse eigen bijdrage (bovenop het eigen risico en eigen bijdragen op basis van de Rzv, Wmo, of Wlz) vindt ook bevestiging in het Nibud Budgethandboek 2020.<sup>6</sup> Hieruit blijkt namelijk dat bij een modaal inkomen slechts ruimte bestaat om € 38,- per maand te reserveren om niet-vergoede ziektekosten te betalen. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen omtrent de – gestegen – vaste lasten zal dit bedrag anno 2023 alleen maar zijn geslonken.***

26. Het wetsvoorstel biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg zodanig te verlagen dat een zorgaanbieder gedwongen wordt een deel van de rekening bij de verzekerde moeten neerleggen, simpelweg omdat de uitbetaalde vergoeding niet kostendekkend is. De financiële mogelijkheden van een verzekerde met een modaal inkomen zijn – gelet op hetgeen hiervoor is overwogen – evenwel zodanig beperkt dat deze eigen bijdrage verzekerden hun vrije keuze zal ontnemen. Anders dan het wetsvoorstel suggereert, zal dit niet alleen gaan spelen bij (zeer) complexe en dure vormen van zorg. De Stichting HVA verwacht dat grote groepen Nederlanders – gelet op hun beperkte financiële mogelijkheden – door deze min of meer verplicht gestelde eigen bijdrage gedwongen worden te kiezen voor een zorgaanbieder die niet de eerste keuze is. De Stichting meent dat het wetsvoorstel hier onvoldoende op ingaat.

#### **E. Artikelsgewijs commentaar**

27. Hierna zal het wetsvoorstel artikelsgewijs van commentaar worden voorzien.

#### **Codificatie hinderpaalcriterium (artikel 13 lid 5 Zvw)**

28. Het wetsvoorstel voegt aan artikel 13 Zvw een vijfde lid toe, dat als volgt komt te luiden:

---

<sup>6</sup> Op de website van het Nibud is ter toelichting te lezen: “Het Nibud Budgethandboek is het standaard naslagwerk voor professionals die consumenten adviseren over hun financiën. Jaarlijks actualiseren de experts van het Nibud het boek op basis van de nieuwe wet- en regelgeving. Het Boek bevat informatie over inkomsten, uitgaven, bestedingspatronen en regelingen voor verschillende typen huishoudens. Het gaat dieper in op budgetthema’s als kosten van kinderen, echtscheiding, zorg en schulden.”

*“De hoogte van de vergoeding mag een gemiddelde verzekerde niet verhinderen om de zorg of dienst, rekening houdend met de aard en gangbare omvang ervan, te betrekken van een andere aanbieder als bedoeld in het eerste lid. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels worden gesteld over de wijze waarop de zorgverzekeraar de vergoeding berekent.”*

29. De Stichting HVA juicht het op zichzelf toe dat de wetgever er nu voor kiest het hinderpaalcriterium nadrukkelijk te verankeren in de wet. Dit biedt de wetgever de mogelijkheid om de betekenis van het hinderpaalcriterium te verduidelijken c.q. nader uit te werken. Dit kan de onduidelijkheid en complicaties in de toekomst voorkomen.
30. Desondanks constateert de Stichting HVA dat (de toelichting op) het wetsvoorstel de rechtsbescherming die individuele verzekerden in de loop van de jaren middels de zogeheten hinderpaaljurisprudentie hebben opgebouwd (deels) weer ongedaan maakt.

Het hanteren van een generiek kortingspercentage zonder uitzonderingen voor dure vormen van zorg

31. De Hoge Raad heeft in zijn arrest van 9 december 2022 onder meer geoordeeld dat het hinderpaalcriterium in de wet staat aan het gebruik van een generiek kortingspercentage waarop *“geen uitzonderingen worden gemaakt voor duurdere vormen van zorg”*.<sup>7</sup> Zo'n percentage was volgens het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden namelijk *“niet fijnmazig genoeg”*. De Hoge Raad laat dat oordeel in stand. In deze overwegingen klinkt nadrukkelijk de beschermingsgedachte van artikel 13 Zvw door. Immers, een generiek kortingspercentage dat geen uitzonderingen kent voor duurdere vormen van zorg, creëert bij dure vormen van zorg een feitelijke hinderpaal voor de gemiddeld modale zorggebruiker. Het gaat dan vaak om eigen bijdrages die oplopen tot duizenden euro's.
32. Het wetsvoorstel in zijn huidige vorm doet deze bescherming weer teniet. De wetgever creëert immers nadrukkelijk de mogelijkheid om te werken met generieke kortingspercentages, óók als daarbij geen uitzondering wordt gemaakt voor duurdere vormen van zorg (in de vorm van verschillende kortingspercentages of een hardheidsclausule). De zorgverzekeraar dient zich er blijkens de toelichting enkel *“rekenschap van te geven dat naarmate het vergoedingspercentage lager is, een feitelijke hinderpaal kan ontstaan afhankelijk van de aard van de zorg.”* Blijkens de toelichting op het wetsvoorstel *“kúnnen”* zorgverzekeraars kiezen voor differentiatie in de vorm van verschillende kortingspercentages of een hardheidsclausule, maar is dit niet verplicht:

*“Als een zorgverzekeraar ervoor kiest de vergoeding te berekenen aan de hand van een generiek percentage voor alle zorg, dient hij er zich echter rekenschap van te geven dat*

---

<sup>7</sup> R.o. 3.5.3

*naarmate het vergoedingspercentage lager is, een feitelijke hinderpaal kan ontstaan afhankelijk van de aard van de zorg (...) In plaats van een generiek kortingspercentage zou een zorgverzekeraar daarom ook kunnen kiezen voor verschillende vergoedingspercentages, afhankelijk van de aard van de zorg of de inzet van een hardheidsclausule.”*

En:

*“Wanneer een zorgverzekeraar er bijvoorbeeld voor kiest de vergoeding te berekenen aan de hand van een generiek kortingspercentage voor alle zorg of diensten, dient hij er zich rekenschap van te geven dat naarmate het vergoedingspercentage lager is, voor verhoudingsgewijs dure vormen van zorg een feitelijke hinderpaal kan ontstaan. De zorgverzekeraar kan dan aan het generiek kortingspercentage de mogelijkheid te verbinden om bij wijze van uitzondering voor dure vormen van zorg een hogere vergoeding te verstrekken dan berekend overeenkomstig het percentage. Gelet op artikel 13, vierde lid, Zvw dient zo'n hardheidsclausule voor alle verzekerden gelijk te worden toegepast.”*

[onderstrepingen toegevoegd]

33. Het enkele feit dat zorgverzekeraars ‘rekening moeten houden’ met de omstandigheid dat een hinderpaal zou kunnen ontstaan is volgens de Stichting HVA evenwel volstrekt onvoldoende om de individuele verzekerde te beschermen tegen al te lage vergoedingen. Juist een *verplichting* om te werken met verschillende kortingspercentages of een hardheidsclausule (bij een generiek kortingspercentage) kan onduidelijkheid en complicaties bij de toepassing van het hinderpaalcriterium nog enigszins voorkomen. Op basis van de huidige toelichting is de verzekerde evenwel overgelaten aan de grillen van een individuele zorgverzekeraar. Hem wordt geen enkele verplichting opgelegd; hij dient zich enkel ‘rekenschap’ te geven van het hinderpaalcriterium. Juist het (verplicht) opnemen van een hardheidsclausule in de polisvoorwaarden draagt bij aan de bewustwording bij verzekerden dat zij lang niet altijd akkoord hoeven te gaan met de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg en dat er ook een mogelijkheid bestaat om hier tegen op te komen.
34. De Stichting HVA adviseert de wetgever dan ook nadrukkelijk om zorgverzekeraars te *verplichten* in hun polisvoorwaarden uitzonderingen te maken voor duurdere vormen van zorg, **zoals ook de Hoge Raad de zorgverzekeraars dat verplicht heeft gesteld.**
35. Het enkel opnemen van een hardheidsclausule is volgens de Stichting HVA evenwel niet voldoende. De Stichting HVA is bekend met voorbeelden waarin een verzekerde aangeeft een hinderpaal te ervaren en daarom een beroep gedaan wordt op een hardheidsclausule en de verzekeraar eenvoudigweg *stelt* (zonder dit nader te motiveren) dat volgens hem geen sprake is van een hinderpaal. Voor de verzekerde is niet helder wat hij moet aanvoeren om aan te tonen dat sprake is van een hinderpaal. Een en ander staat op gespannen voet met het bepaalde in artikel 13 lid 2 Zvw, waarin voor de zorgverzekeraar de verplichting staat opgenomen om in de polisvoorwaarden

op te nemen hoe hij de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg berekent. De Stichting adviseert in het verlengde hiervan dan ook dat in het wetsvoorstel wordt opgenomen *hoe* zorgverzekeraars een beroep op een hardheidsclausule moeten beoordelen en welke maatstaven daarbij gehanteerd moeten worden.

#### Delegatiegrondslag nadere regels hinderpaalcriterium

Het voorgestelde artikel 13 lid 5 Zvw bevat voorts de mogelijkheid om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nadere regels te stellen over de wijze van berekening door de zorgverzekeraar van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De toelichting merkt op dat het daarbij niet gaat om regels over *“de hoogte van de vergoeding”*, maar om *“nader te kunnen regelen waar zorgverzekeraars rekening mee dienen te houden om bij het vaststellen van de vergoeding te voldoen aan het hinderpaalcriterium”*.

36. De Stichting HVA merkt op dat het wetsvoorstel onvoldoende inzicht geeft in de belangenafweging van de wetgever om het bepalen van de *hoogte* van de vergoeding expliciet bij de zorgverzekeraars te laten (in plaats van op dit punt zelf meer regie te pakken). De wetgever merkt enkel op dat regels over de hoogte van de vergoeding *“een onnodige en onwenselijke beperking zijn van de regierol van zorgverzekeraars alsmede van de dynamiek van de zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt”*. Nog daargelaten dat deze stelling niet wordt onderbouwd, volgt uit de toelichting ook niet waarom dit (eenzijdige) belang van de zorgverzekeraar zwaarder zou wegen dan het belang van individuele verzekerden om vooraf duidelijkheid te krijgen over de hoogte van de vergoeding. Juist dit laatste belang (van de verzekerden) is zo benadrukt door de Hoge Raad in de recente arresten. Door enkel ‘kaders’ te schetsen waar zorgverzekeraars ‘rekening mee moeten houden’, is de individuele verzekerde (opnieuw) overgeleverd aan de grillen van een individuele zorgverzekeraar.
37. Kennelijk heeft de wetgever (groot) vertrouwen in de wijze waarop zorgverzekeraars bij de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg rekening houden met het hinderpaalcriterium. Het is de vraag waar dit op is gebaseerd, gegeven het feit dat inmiddels door verschillende rechters is geoordeeld dat zorgverzekeraars bij de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg niet in overeenstemming met het hinderpaalcriterium hebben gehandeld. De Stichting HVA adviseert de wetgever daarom om in overweging te nemen (ook) ten aanzien van de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg (in meer of mindere mate) meer regie te nemen.
38. De Stichting HVA adviseert in dit kader om in nadere regelgeving op te nemen dat zorgverzekeraars bij de toepassing van het hinderpaalcriterium de cijfers van het NIBUD, CBS en andere gezaghebbende (overheids)instanties over de financiële positie van de gemiddeld modale zorggebruiker moeten betrekken. De Stichting HVA verwijst naar

hetgeen zij daarover in randnummers 20 tot en met 24 van deze reactie heeft opgemerkt. Ook zou hierin een rol voor de NZa weggelegd moeten zijn.

39. Wat verder opvalt aan de toelichting op het wetsvoorstel is dat de wetgever nu al uitspreekt dat zij van de delegatiegrondslag uit artikel 13 lid 5 Zvw “*terughoudend*” gebruik zal maken. De wetgever beperkt zich dus enkel tot het formuleren van gezichtspunten waar zorgverzekeraars rekening mee moeten houden én gaat daar vervolgens ook nog eens terughoudend mee om. Dit is in strijd met de beschermingsgedachte van artikel 13 Zvw, die zoals opgemerkt uitgaat van de bescherming van de verzekerden in plaats van bescherming van de zorgverzekeraars. De stichting HVA adviseert de wetgever nadrukkelijk deze passage over de terughoudendheid te heroverwegen c.q. te schrappen.

**Het aanwijzen van deelsectoren waar een niet-kostendekkende vergoeding mag worden geboden (artikel 13 lid 6 Zvw)**

40. Het wetsvoorstel maakt het daarnaast mogelijk dat de wetgever (middels nadere regelgeving) een (deel)sector van de zorg aanwijst ter zake waarvan nadere regels over de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders kunnen worden gesteld (artikel 13 lid 6 Zvw). Deze vergoeding kan zodanig laag zijn dat “*niet-gecontracteerde zorgaanbieders een deel van de rekening bij de verzekerden zullen moeten neerleggen*”, simpelweg omdat de geboden vergoedingen niet kostendekkend zijn. Een dergelijke bepaling is volgens de Stichting onacceptabel.
41. De Stichting HVA vindt het onbegrijpelijk dat zorgaanbieders in bepaalde sectoren (zeer waarschijnlijk de GGZ en de wijkverpleging) geconfronteerd gaan worden met tarieven waarvan zeker is dat deze niet kostendekkend en dus verlieslatend zullen zijn voor zorgaanbieders. Het recht op vrije artskeuze wordt hiermee om zeep geholpen.
42. Met deze bepaling wordt bovendien alsnog een verkapt coulanceverbod ingevoerd terwijl het coulanceverbod nou juist expliciet uit het IZA is *geschrapt* (de conceptversie van het IZA bevatte nog wel een coulanceverbod).
43. De coulanceregeling bood zorgaanbieders nou juist de mogelijkheid om een hinderpaal voor verzekerden *weg te nemen*. Met de invoering van een verkapt coulanceverbod wordt die mogelijkheid ontnomen. Zorgaanbieders worden immers verplicht een eigen bijdrage in rekening te brengen, terwijl het zeer waarschijnlijk is dat deze eigen bijdrage (gelet op de beperkte financiële mogelijkheden van een gemiddeld modale zorggebruiker) een hinderpaal zal vormen voor individuele verzekerden. Stichting HVA verwacht dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders hun bestaansrecht verliezen. De wachtlijsten zullen bovendien nog groter worden. Verzekerden kunnen dan immers alleen nog naar gecontracteerde aanbieders, terwijl juist daar de wachtlijstproblematiek

onverminderd groot is (vanwege de toepassing van omzetplafonds in contracten). De kans is groot dat verzekerden noodgedwongen op een wachtlijst van een gecontracteerde aanbieder komen, terwijl zij snel in behandeling kunnen en willen komen van hun zorgaanbieder naar keuze. Dit valt, gelet op de huidige wachtlijstproblematiek, niet uit te leggen. Ook de niet-gecontracteerde aanbieders (die niet vastzitten aan strenge omzetplafonds) zijn nodig om de huidige wachtlijstproblematiek het hoofd te bieden.

44. De Stichting HVA vindt het niet te rechtvaardigen dat de wetgever als doelen stelt 1) het aanpakken van wachtlijsten in de GGZ en 2) het langer thuis wonen van ouderen, en tegelijkertijd maatregelen treft (artikel 13 lid 6 Zvw) die het tegengestelde zullen bereiken.

**Uitzonderingssituaties; vergoeding conform restitutiepolis (artikel 13 lid 7 Zvw)**

45. Het wetsvoorstel legt in artikel 13 lid 7 Zvw expliciet vast dat de zorgverzekeraar géén korting voor niet-gecontracteerde zorg mag toepassen indien hij niet aan zijn wettelijke zorgplicht ex artikel 11 Zvw voldoet.
46. De Stichting HVA juicht het op zichzelf toe dat de wetgever er nu voor kiest om het recht op volledige vergoeding in geval van een zorgplichtschending wettelijk te verankeren. Wel meent de Stichting HVA dat de wetgever onvoldoende toelicht *wanneer* de zorgplicht is geschonden (en wanneer dus recht bestaat op volledige vergoeding). Dit werkt discussie over het recht op volledige vergoeding onnodig in de hand.
47. De Stichting HVA merkt allereerst op dat het wetsvoorstel (wellicht per abuis) uitgaat van een onjuiste invulling van de wettelijke zorgplicht. Het wetsvoorstel doet voorkomen alsof niet aan de zorgplicht wordt voldaan als de zorg voor de verzekerde niet op redelijke termijn óf redelijke afstand beschikbaar is:

*“Indien de zorg voor de verzekerde niet op redelijke termijn of afstand beschikbaar was bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, is de zorgverzekeraar tekortgeschoten in zijn zorgplicht als bedoeld in artikel 11 Zvw. In dat geval is een korting niet aan de orde.”*

[onderstreping toegevoegd]

48. Dit is onjuist. De wettelijke zorgplicht houdt – blijkens de toepasselijke NZa-beleidsregel<sup>8</sup> – in dat de zorg binnen redelijke termijn én binnen redelijke afstand beschikbaar moet zijn. Stichting HVA verzoekt de wetgever dan ook dit te herstellen in de toelichting.

---

<sup>8</sup> [Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw - TH/BR-025](#)

49. Verder adviseert de Stichting HVA de wetgever om de criteria voor een geslaagd beroep op deze bepaling te verduidelijken, zodat voor verzekerden en zorgaanbieders helder is wanneer alsnog recht bestaat op een volledige vergoeding voor de afgenomen niet-gecontracteerde zorg. De wetgever dient volgens Stichting HVA in de toelichting in ieder geval te verduidelijken dat met een 'redelijke termijn' wordt bedoeld op de Treeknormen zoals die volgen uit de NZa-beleidsregels. Stichting HVA adviseert om in de toelichting expliciet op te nemen dat een verzekerde recht heeft op een volledige vergoeding indien de verzekeraar er niet in slaagt de verzekerde door te bemiddelen naar een gecontracteerde aanbieder die de verzekerde *zowel* binnen de Treeknormen in behandeling kan nemen *als* op redelijke afstand van de verzekerde ligt. Stichting HVA is van oordeel dat de NZa hier ook een voorwaarde scheppende functie moet vervullen, zodat een verzekerde op moment dat hij/zij patiënt wordt hierover geen discussie hoeft aan te gaan met zijn of haar zorgverzekeraar. Een verzekerde is geen partij voor een zorgverzekeraar en meestal heeft een patiënt ook niet de tijd deze discussie te voeren, hij/zij heeft zorg nodig.
50. Indien de wetgever deze verduidelijking niet aanbrengt, wordt willekeur troef. Zonder duidelijke regels zal een zorgverzekeraar namelijk altijd kunnen stellen dat hij wél aan zijn zorgplicht heeft voldaan. Verzekerden worden dan gedwongen om hun recht op volledige vergoeding via de rechter af te dwingen.

**Slotopmerking**

51. Het wetsvoorstel ziet uitsluitend - anders dan de titel ervan doet vermoeden - op het onaantrekkelijk (lees: onmogelijk) maken van de positie van (deels) niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Waarborgen om de contractering *daadwerkelijk* te bevorderen, ontbreken in het wetsvoorstel in het geheel. De Stichting HVA meent dat de oplossing juist meer gezocht moet worden in het daadwerkelijk aantrekkelijk en mogelijk maken van een contract.