

Van: 5.1 lid 2 sub
Aan:
Onderwerp: 483084-1524568 Informatieverzoek 5.1 lid 2 sub e en 5.1 lid 5
Datum: maandag 15 april 2024 13:12:00
Bijlagen: [483084-1524568 Informatieverzoek image001.png](#) 5.1 lid 5 ..pdf

Geachte heer/mevrouw,

Hierbij ontvangt u een informatieverzoek naar aanleiding van een handhavingsverzoek inzake mogelijke overtreding art. 13 Zvw.

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e

| Toezicht zorgverzekeraars

5.1 lid 2 sub e

Aanwezig op 5.1 lid 2 sub e



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#)



5.1 lid 2 sub e en 5.1 lid 5

T.a.v.

Behandeld door

5.1 lid 2 sub e

Telefoonnummer

5.1 lid 2 sub e

E-mailadres

5.1 lid 2 sub e

Uitsluitend aangetekend per e-mail verzonden:

5.1 lid 2 sub e

Kenmerk

483084/1524568

Onderwerp

Informatieverzoek

Datum

15 april 2024

Geachte 5.1 lid 2 sub e

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft een verzoek tot handhaving van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) ontvangen. Op grond van de beginselplicht tot handhaving is de NZa gehouden om het verzoek in behandeling te nemen, en, indien daar concrete aanleiding toe is, om nader onderzoek te doen. In het licht van dit onderzoek verzoekt de NZa u om informatie, middels deze brief. Dit wordt hierna toegelicht.

Verzoek tot handhaving

Het verzoek tot handhaving behelst, kort gezegd, dat de NZa wordt aangemaand handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars, vanwege handelen in strijd met artikel 13, Zvw. Op basis van artikel 13 van de Zvw mogen verzekerden met een zorgverzekering met gecontracteerd zorgaanbod een lagere vergoeding krijgen als ze naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaan. De vergoeding mag echter niet dusdanig laag zijn dat dat een feitelijke hinderpaal oplevert om zich te wenden tot een ongecontracteerde zorgaanbieder.

Verzoekers menen dat hun modelovereenkomstvoorwaarden en vergoedingsbeleid in strijd met is de uitleg die de wetgever en rechtspraak geeft aan artikel 13, Zvw. Hierbij wordt onder meer gewezen op de uitspraak van de Hoge Raad, van 9 december 2022. Eveneens overleggen verzoekers voorbeelden van verzoeken van verzekerden op toepassing van de hardheidsclausule en de reactie van diverse zorgverzekeraars daarop. Op grond daarvan menen verzoekers dat zorgverzekeraars de hardheidsclausule in strijd met voornoemde interpretatie van artikel 13, Zvw, toepassen. Tenslotte stellen verzoekers dat zorgverzekeraars in strijd handelen met artikel 10, van de NZa Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (met kenmerk: TH/NR-022), door inhoudelijk onjuiste en onbruikbare informatie te verstrekken over de vergoeding als bedoeld in artikel 13, Zvw, en de (toepassing van de) hardheidsclausule.

Achtergrond

Gezien de beginselplicht tot handhaving is de NZa gehouden nader onderzoek te doen naar vermeende overtredingen van wet- en regelgeving waar zij op toeziet. Uitgangspunt bij dit onderzoek is de NZa Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (met kenmerk: TH/BR-025). Ten aanzien van het toezicht op artikel 13, Zvw, heeft de NZa in artikel 8.4 en toelichting daarop, onder andere het volgende gesteld:

“8.4. Bij een zorgverzekering met een gecontracteerd zorgaanbod als bedoeld in artikel 13, eerste lid, Zvw, ontvangt de verzekerde een door de zorgverzekeraar te bepalen (al dan niet gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van de zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze vergoeding mag niet dusdanig zijn dat die een feitelijke hinderpaal opwerpt voor de verzekerde om zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Toelichting:

Op basis van die jurisprudentie is de NZa van oordeel dat vergoedingspercentages voor niet gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het door de NZa vastgestelde (maximum- of vaste) tarief voor de betreffende prestatie naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

Een dergelijke hardheidsclausule moet de verzekerde dan in een concreet geval de mogelijkheid geven om bij de zorgverzekeraar aanspraak te maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg. Uiteindelijk laat een eventueel oordeel dat een in een modelovereenkomst opgenomen percentage op voorhand niet in strijd kan worden geacht met artikel 13 Zvw, onverlet dat hierover in een concreet geval anders moet worden geoordeeld.”

Uit jurisprudentie van onder meer de Hoge Raad⁸ volgt onder andere dat of een generiek kortingspercentage een feitelijke hinderpaal oplevert moet worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden en op het moment waarop de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarbij is met name de hoogte van de kosten van de desbetreffende vorm van zorg van belang. Hierbij moet worden uitgegaan van de ‘gemiddelde, modale zorggebruiker’. Bij ‘feiten en omstandigheden’ spelen mee of de zorgverzekeraar een hardheidsclausule hanteert en toepast en of de zorgaanbieder een coulanceregeling aanbiedt en toepast.

Verzoek om informatie

Gelet op voornoemde verzoekt de NZa u om namens alle risicodragers binnen uw concern de volgende vragen te beantwoorden en waar nodig te voorzien van onderbouwing met behulp van bijvoorbeeld documentatie:

⁸ In het bijzonder Cassatie van de Hoge Raad, 9 december 2022, ECLI:NL:HR:2022:1789. Zie hier r.o. 3.4.2, 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3, 3.6.4, en 3.6.5.

Hoogte van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg

- 1) Hoe zorgt u dat de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg geen feitelijke hinderpaal oplevert? Hoe bepaalt u dit? Wij verzoeken u dit per risicodrager binnen uw concern en per modelovereenkomst aan te geven voor modelovereenkomsten waarbij een vergoedingsbeperking wordt toegepast voor niet gecontracteerde zorg.
- 2) Heeft u bij de vaststelling van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg rekening gehouden met de mogelijkheid dat met name bij duurdere vormen van zorg respectievelijk vormen van zorg met hoge kosten eerder sprake kan zijn van een feitelijke hinderpaal voor de modale zorggebruiker? Hoe heeft u dit meegewogen bij de vaststelling van de vergoeding? Wij verzoeken u dit per risicodrager binnen uw concern en per modelovereenkomst aan te geven. Graag ontvangen wij ter zake documentatie waaruit dit blijkt.

Hardheidsclausule: uitleg, informatieverstrekking en toepassing

Maakt u voor de vergoeding van niet gecontracteerde zorg gebruik van een hardheidsclausule zoals beschreven in onze Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025)? Wij verzoeken u deze en onderstaande vragen per risicodrager en per modelovereenkomst te beantwoorden. Indien informatieverstrekking voor een label of een merk op een afwijkende wijze plaatsvindt verzoeken wij u dit hier ook aan te geven.

Zo ja,

- 3) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over de mogelijkheid een beroep te doen op de hardheidsclausule, en via welk informatiekanaal?
 - a) Kunt u hierbij specifiek in gaan op:
 - i) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden, over welke informatie zij dienen aan te leveren bij een beroep op de hardheidsclausule?
 - ii) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over hoe het proces rondom een beroep op de hardheidsclausule verloopt (bijvoorbeeld: hoe kunnen zij een beroep indienen, wat zijn de beslistermijnen die de zorgverzekeraar hanteert)?
- 4) Hoe past u de hardheidsclausule in de praktijk toe? Wat is uw beleid voor het toepassen van de hardheidsclausule? Graag ontvangen wij dat beleid.
- 5) Indien de hardheidsclausule beperkt is tot maximaal 75% van het van het gemiddelde tarief waarvoor zorg is ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners): Hoe borgt u dat verzekerden in een concreet geval aanspraak kunnen maken op een hogere vergoeding ingeval dat vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg?
- 6) Wij verzoeken u een overzicht te verstrekken per modelovereenkomst met daarin, waar nodig voorzien van onderbouwing, de volgende informatie:
 - a) Hoe vaak is er in 2023 een beroep gedaan op de hardheidsclausule?
 - b) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek toegewezen? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - c) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek afgewezen? Waarom zijn deze afgewezen?
 - d) Is er een mogelijkheid om een herbeoordeling van het verzoek te vragen, dan wel bezwaar te maken tegen de beslissing van de zorgverzekeraar?
 - i) Zo ja:

- (1) In hoeveel gevallen is er bezwaar gemaakt tegen een afwijzing van het oorspronkelijke beroep op de hardheidsclausule?
 - (2) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar toegekend? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - (3) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar afgewezen? Wat zijn de redenen van afwijzing geweest?
 - (4) Welke vervolgstappen biedt u verzekerden aan, bij afwijzing van het bezwaar? Kunt u aangeven in hoeveel gevallen daar gebruik van is gemaakt?
- e) Wij verzoeken u waar van toepassing een aantal geanonimiseerde brieven (tenminste 5) met betrekking tot voornoemde onderdelen te verstrekken.

Indien u geen gebruik maakt van een hardheidsclausule,

- 7) Hoe borgt u dat verzekerden in een concreet geval aanspraak kunnen maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet-gecontracteerde zorg?
- 8) Indien u verzekerden de op een andere wijze de mogelijkheid biedt een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg dan in de modelovereenkomstvoorwaarden vermeld is:
 - a) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden, over welke informatie zij dienen aan te leveren bij verzoek om een hogere vergoeding?
 - b) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over hoe het proces rondom een dergelijk verzoek er uit ziet? (bijvoorbeeld: hoe kunnen zij een verzoek indienen, wat zijn de beslistermijnen die de zorgverzekeraar hanteert)
 - c) Indien u verzekerden de mogelijkheid biedt een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg dan in de modelovereenkomstvoorwaarden vermeld is verzoeken wij u een overzicht te verstrekken met daarin, waar nodig voorzien van onderbouwing, de volgende informatie:
 - i) Hoe vaak is er in 2023 een verzoek gedaan om een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg (NB. Dit kan voorafgaand aan de behandeling, of nadien hebben plaatsgevonden)?
 - ii) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek toegewezen? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - iii) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek afgewezen? Waarom zijn deze afgewezen?
 - iv) Is er een mogelijkheid om een herbeoordeling van het verzoek te vragen, dan wel bezwaar te maken tegen de beslissing van de zorgverzekeraar?
 - (1) Zo ja:
 - (a) In hoeveel gevallen is er bezwaar gemaakt tegen een afwijzing van het oorspronkelijke verzoek om een hogere vergoeding?
 - (b) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar toegekend? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - (c) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar afgewezen? Wat zijn de redenen van afwijzing geweest?
 - (d) Welke vervolgstappen biedt u verzekerden aan, bij afwijzing van het bezwaar? Kunt u aangeven in hoeveel gevallen daar gebruik van is gemaakt?

- (e) Wij verzoeken u waar van toepassing een aantal geanonimiseerde brieven (tenminste 5) met betrekking tot voornoemde onderdelen te verstrekken.

Termijn voor en wijze van aanleveren informatie

Ik verzoek u de gevraagde informatie binnen vier weken na dagtekening van deze brief te verstrekken, ter attentie van **5.1 lid 2 sub e**

Om ons op een veilige manier informatie te kunnen toesturen, vragen wij u om gebruik te maken van het online platform Zivver. U kunt een e-mail sturen naar dataloket@nza.nl, o.v.v. uw naam, een mobiel nummer (geen vast nummer in verband met een verificatie-sms), e-mailadres én het kenmerk van deze brief. U ontvangt vervolgens een uitnodigingslink om de informatie veilig met ons te kunnen delen.

Vermeldt u hierbij het kenmerk van deze brief.

Plicht tot meewerken

Op ons onderzoek en dit informatieverzoek zijn de bepalingen en de bevoegdheden van de Wet marktordening gezondheidszorg en Hoofdstuk 5 van de Algemene wet bestuursrecht van toepassing. Op grond van artikel 61 en 63 Wmg bent u verplicht om uw medewerking aan ons onderzoek te verlenen en om ons de gevraagde gegevens en inlichtingen volledig en naar waarheid te verstrekken.

Voor de volledigheid vermeld ik dat het niet verlenen van medewerking aan dit onderzoek kan leiden tot inzet van handhavingsinstrumenten.

Vragen

Indien u naar aanleiding van deze brief vragen heeft, dan kunt u contact opnemen met **5.1 lid 2 sub e**
5.1 lid 2 sub e De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd.

Ik dank u bij voorbaat voor uw medewerking.

Hoogachtend,
 Nederlandse Zorgautoriteit,

5.1 lid 2 sub e

Toezicht zorgverzekeraars

Van: 5.1 lid 2 sub e
Aan: [redacted]
Onderwerp: Gespreksverslag NZa/[redacted] van donderdag 19 sept. jl. 5.1 lid 5
Datum: maandag 23 september 2024 16:33:00
Bijlagen: [image001.png](#)
[Gespreksverslag \[redacted\] 9-24.pdf](#)

Beste 5.1 lid 2 sub e, beste 5.1 lid 2 sub e

In de bijlage vindt u het gespreksverslag NZa/[redacted] van donderdag 19 september jl. Uw collega [redacted] is vermoedelijk nu uit dienst, zodoende stuur ik het gespreksverslag aan u. 5.1 lid 2 sub e en 5.1 lid 5

Mocht jullie eventuele op- of aanmerkingen hebben, dan zien wij deze graag tegemoet.

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e

5.1 lid 2 sub e | Toezicht Zorgverzekeraars

5.1 lid 2 sub e

Aanwezig op maandag, dinsdag, woensdag, donderdag en (vrijdag)

Vrijdag in oneven weken vrij.



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)

Van: 5.1 lid 2 sub e
Aan: 5.1 lid 2 sub e
Cc: 5.1 lid 5
Onderwerp: Voornemen tot aanwijzing 5.1 lid 5
Datum: vrijdag 25 oktober 2024 16:30:00
Bijlagen: 500542-1561048 Voornemen tot aanwijzing 5.1 lid 5
image001.png

Geachte 5.1 lid 2 sub e , 5.1 lid 5

Zoals besproken in het overleg met 5.1 lid 2 sub e op 19 september 2024 naar aanleiding van ons informatieverzoek inzake artikel 13, Zvw, ontvangt u hierbij u een voornemen tot aanwijzing voor 5.1 lid 2 sub e. U heeft de gelegenheid hierop te reageren. Daarna zal de NZa op basis van alle informatie beslissen welke vervolgstappen zijn aangewezen.

5.1 lid 5

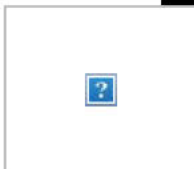
Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e

| Toezicht Zorgverzekeraars

5.1 lid 2 sub e

Aanwezig op 5.1 lid 2 sub e



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)



5.1 lid 2 sub e en 5.1 lid 5

T.a.v.

Behandeld door

5.1 lid 2 sub e

Telefoonnummer

030 296 81 11

E-mailadres

info@nza.nl

Kenmerk

500542/1561048

Datum

25 oktober 2024

Onderwerp

Voornemen tot aanwijzing

Geachte 5.1 lid 2 sub e

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) heeft op 12 februari 2024 een verzoek ontvangen om handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars vanwege een overtreding van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (Regeling informatieverstrekking)¹. Naar aanleiding van dit verzoek heeft de NZa 5.1 lid 5 op 15 april 2024 verzocht om informatie te sturen. Voorts heeft de NZa op 19 september 2024 met 5.1 lid 5 een gesprek gevoerd. Van dit gesprek is een zakelijk verslag opgesteld.

Voornemen tot aanwijzing

Uit het onderzoek van de NZa blijkt dat 5.1 lid 5 geen informatie verstrekt over het hinderpaalcriterium of een verzoek om een hogere vergoeding in verband met een feitelijke hinderpaal. Daarmee voldoet 5.1 lid 5 niet aan artikelen 4 en 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking.

Met deze brief informeren wij u over het voornemen van de NZa om 5.1 lid 5 een aanwijzing te geven op grond van artikel 76 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De aanwijzing houdt in dat 5.1 lid 5 de geconstateerde overtredingen moet beëindigen binnen drie weken.

Alvorens te beslissen een aanwijzing op te leggen stellen wij 5.1 lid 5 in de gelegenheid om uiterlijk binnen drie weken na dagtekening van deze brief een zienswijze te geven op de voorgenoemde aanwijzing.

Hieronder lichten wij dit toe.

¹ Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, met kenmerk TH/NR-027. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_743668_22/

Aanleiding

De NZa heeft een verzoek tot handhaving van artikel 13, Zvw en de Regeling informatieverstrekking ontvangen. De verzoeker stelt – kort gezegd – in het verzoek het volgende:

- Verzoekers menen dat zorgverzekeraars in strijd handelen met artikel 13, Zvw en het kader dat ter zake in de jurisprudentie is ontwikkeld. Hierbij wordt onder meer gewezen op de uitspraak van de Hoge Raad, van 9 december 2022.² Verzoeker stelt dat zorgverzekeraars per 2023 niet hebben gekozen voor een fijnmaziger systeem van vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Daarbij hebben zorgverzekeraars hun generieke kortingspercentages gehandhaafd zonder uitzonderingen te maken voor duurdere vormen van zorg. Volgens verzoeker moet worden aangenomen dat een korting van meer dan EUR 200,- een hinderpaal oplevert voor de gemiddelde modale zorggebruiker.
- Zorgverzekeraars hanteren nauwelijks hardheidsclausules en de hardheidsclausules die wel bestaan voldoen niet. Namens diverse patiënten heeft verzoeker een beroep gedaan op een hardheidsclausule.
- Zorgverzekeraars concretiseren op geen enkele manier hoe deze hardheidsclausule in de praktijk wordt toegepast en welke gegevens een verzekerde moet aanleveren. Daartoe zijn zorgverzekeraars volgens de verzoeker wel toe gehouden op grond van de Regeling informatieverstrekking.

Onderzoek NZa

De NZa heeft onderzoek gedaan naar hetgeen door de verzoeker in het verzoek om handhaving is gesteld. Daartoe heeft de NZa 5.1 lid 5 op 15 april 2024 verzocht om informatie te sturen. 5.1 lid 5 heeft op 10 mei 2024 het verzoek om informatie beantwoord. De NZa heeft vervolgens a.s.r. uitgenodigd voor een gesprek, dat op 19 september 2024 plaatsvond. Van dit gesprek is een zakelijk verslag opgemaakt. In dat gesprek heeft de NZa aangegeven dat zij voornemens is 5.1 lid 5 een aanwijzing op te leggen. Daartoe zal de NZa 5.1 lid 5 een voornemen tot het geven van een aanwijzing sturen. Hierop kan 5.1 lid 5 reageren. De NZa zal daarna beslissen over de te nemen vervolgstappen.

Juridisch kader

Alvorens de conclusies van het onderzoek te presenteren gaat de NZa kort in op het juridisch kader. Dit kader is leidend bij de beoordeling van de feiten.

In artikel 13, lid 1, Zvw, is bepaald dat indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.

Artikel 13, lid 2, Zvw, bepaalt dat de zorgverzekeraar de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst opneemt.

Artikel 13, lid 4, Zvw, bepaalt dat de wijze waarop de vergoeding wordt berekend voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk is.

² Hoge Raad, 9 december 2022. ECLI:NL:HR:2022:1789.

Blijkens de wetsgeschiedenis beoogde de wetgever hiermee te bewerkstelligen dat de wijze van berekenen niet afhankelijk mag worden gemaakt van verzekerdenkenmerken.

Dat staat de zorgverzekeraar overigens wel toe de hoogte van de vergoeding afhankelijk te maken van de situatie waarin de verzekerde zich bij het inroepen van de niet-gecontracteerde zorg bevond.³

In de jurisprudentie is over de toepassing van artikel 13 door de Hoge Raad onder meer, en voor de NZa leidend in het licht van het verzoek om handhaving, het volgende gesteld. Een zorgverzekeraar kan een generieke korting toepassen voor alle typen of vormen van niet-gecontracteerde zorg. Of en in hoeverre het hinderpaalcriterium zich in bepaalde gevallen verzet tegen een generieke korting kan slechts worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden, waaronder eventuele beleidsregels van de NZa. Daarbij is met name de hoogte van de kosten van desbetreffende vorm van zorg van belang. Een generiek kortingspercentage kan bij complexe en dure vormen van zorg immers resulteren in een relatief lage vergoeding die voor de gemiddelde ('modale') zorggebruiker een feitelijke hinderpaal kan opleveren, terwijl datzelfde kortingspercentage bij minder dure vormen van zorg niet leidt tot strijd met het hinderpaalcriterium.

Voorts is relevant dat de Hoge Raad heeft gesteld dat het antwoord op de vraag of sprake is van een hinderpaal het moment is dat de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verschillende omstandigheden kunnen hierbij worden meegenomen: de ondubbelzinnige toezegging van de verzekeraar dat een bepaald bedrag aan de verzekerde zal worden vergoed en of de zorgaanbieder op grond van een coulanceregeling een deel van de kosten voor eigen rekening neemt.

Op grond van artikel 16, b, Wmg, houdt de NZa toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars, waaronder de rechtmatige uitvoering van artikel 13, Zvw. Ter zake heeft de NZa in de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw⁴ onder meer gesteld dat vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

Op grond van artikel 114, lid 1, Zvw, zorgt de zorgverzekeraar ervoor dat zijn verzekeringsnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie. Hieraan wordt door zorgverzekeraars uitvoering gegeven via de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. In artikel 20, van de Regeling informatieverstrekking heeft de NZa bepaald dat zorgverzekeraars de verzekerden moeten informeren over de mogelijkheid tot het indienen van een klacht of een verzoek tot heroverweging van een besluit.

De Regeling informatieverstrekking bepaalt voorts in artikel 4, lid 1, dat informatie voor consumenten bruikbaar moet zijn, zodat zij hun keuze daarop kunnen baseren. Artikel 4, lid 2, van de Regeling informatieverstrekking bepaalt wanneer informatie bruikbaar is, doordat deze onder andere relevant is voor de zorgkeuze op dat moment.

³ Kamerstukken II, 2003-2004, 29 763, nr. 3, p. 109-110.

⁴ Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, met kenmerk TH/BR-025. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21832_22/1/

Artikel 10, lid 1, sub a, van de Regeling informatieverstrekking bepaalt dat als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde, de zorgverzekeraar dit meldt via zijn relevante openbare communicatiekanalen en dat de zorgverzekeraar hierbij de informatie vermeldt die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze.

Tenslotte, de NZa is op grond van artikel 76, Wmg bevoegd ter handhaving van het bepaalde bij of krachtens de artikelen 40, lid 3 en lid 4, en artikel 38, lid 7, Wmg een aanwijzing te geven, erop gericht dat aan het bepaalde bij of krachtens die artikelen wordt voldaan.

Op grond van artikel 77, Wmg, kan de NZa een zorgverzekeraar een aanwijzing opleggen ten aanzien van haar taak, bedoeld in artikel 16, onderdeel b, Wmg – de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars.

Beoordelingskader

De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Op grond van artikel 79, lid 1, in combinatie met artikel 3, lid 4, Wmg, geeft de NZa geen oordeel over de vraag of in een concreet geval een op grond van artikel 13, lid 1, Zvw toegekende vergoeding in strijd is met het hinderpaalcriterium.

Naar opvatting van de NZa is in eerste instantie een zorgverzekeraar gehouden om te borgen dat in lijn met artikel 13, lid 1, Zvw, een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg geen feitelijke hinderpaal oplevert. Zorgverzekeraars mogen hierbij uitgaan van een 'generiek kortingspercentage', of bijvoorbeeld uitgaan van lijsten met vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg waarin concrete bedragen genoemd zijn. Uit jurisprudentie volgt naar opvatting van de NZa dat een zorgverzekeraar die in zijn polisvoorwaarden heeft bepaald dat hij een vergoeding van 75% of hoger van het gemiddeld gecontracteerde tarief toekent voor niet-gecontracteerde zorg, deels de Zvw rechtmatig uitvoert. Immers, ook bij een dergelijk vergoedingspercentage heeft op basis van jurisprudentie te gelden dat bij duurdere vormen van zorg er voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal kan ontstaan. In het kader van de rechtmatige uitvoering van de Zvw zal de zorgverzekeraar hier in de uitvoering rekening mee moeten houden. Dat kan bijvoorbeeld door polisvoorwaarden fijnmazig vorm te geven, waarbij voor duurdere vormen van zorg een hoger vergoedingsbedrag van toepassing is. In dat geval zal de zorgverzekeraar aan de verzekerden moeten kunnen motiveren waarom een bepaald bedrag geen feitelijke hinderpaal oplevert. De zorgverzekeraar kan er ook voor kiezen om op andere wijze uitvoering te geven aan hetgeen in jurisprudentie is bepaald over het hinderpaalcriterium. Hierbij is voor de NZa leidend dat door de zorgverzekeraar aan de verzekerde een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid wordt aangeboden die hem in staat stelt een verzoek te doen om een hogere vergoeding. Ook dient de zorgverzekeraar op grond van artikel 114 Zvw en artikel 20 van de Regeling informatieverstrekking, de verzekerde de mogelijkheid te bieden om een klacht of verzoek tot heroverweging in te dienen bij de zorgverzekeraar en dient de zorgverzekeraar de verzekerde te informeren over de mogelijkheid om een geschil aanhangig te maken bij de SKGZ.

Vergoedingen die lager zijn dan 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief zullen naar verwachting een feitelijke hinderpaal opleveren voor verzekerden. Dat geldt voor zowel 'duurdere' als voor 'goedkopere' zorgvormen. In dat geval voeren zorgverzekeraars de Zvw rechtmatig uit door verzekerden een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid te bieden om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding, voor zowel 'duurdere' als 'goedkopere' zorgvormen. De motiveringsplicht die bij een vergoeding onder de 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief op de zorgverzekeraar rust, brengt met zich mee dat hij moet kunnen aangeven waarom die lagere vergoeding geen feitelijke hinderpaal oplevert.

Hierbij verwacht de NZa dat de zorgverzekeraar ook rekening houdt met een stapeling van zorgkosten bij een in beginsel 'goedkopere' zorgvorm in het kader van een behandeling van de verzekerde. Ook hierbij geldt dat de zorgverzekeraar op grond van artikel 114 Zvw en artikel 20 van de Regeling informatieverstrekking, de verzekerde de mogelijkheid moet bieden om een klacht of verzoek tot heroverweging in te dienen bij de zorgverzekeraar en dient de zorgverzekeraar de verzekerde te informeren over de mogelijkheid om een geschil aanhangig te maken bij de SKGZ.

De NZa verwacht voorts van zorgverzekeraars dat zij verzoeken van verzekerden om een hogere vergoeding, een klacht of een verzoek tot heroverweging op redelijke wijze toetsen aan, en in lijn met, het bepaalde in jurisprudentie over het hinderpaalcriterium. Dit behelst dat de verzekeraar uitgaat van de modale zorggebruiker als maatman en handelt in lijn met artikel 13, lid 4, Zvw. De NZa adviseert zorgverzekeraars beleid te voeren, waarin zij aangeven hoe zij een verzoek om een hogere vergoeding toetsen en welke feiten en omstandigheden daarin worden meegewogen. Dit bevordert consistent handelen richting verzekerden. De wijze waarop de zorgverzekeraar bepaalt of er sprake is van een feitelijke hinderpaal voor de verzekerde om zich te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is aan de zorgverzekeraar zelf; immers, het gaat in artikel 13, lid 1, Zvw om een vergoeding die de zorgverzekeraar toekent aan de verzekerde indien die er voor kiest om zich niet te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De zorgverzekeraar kan hierbij bijvoorbeeld rekening houden met de uitkomsten van geschillenbeslechting van de SKGZ, of uitspraken van rechters.

Wat betreft informatieverstrekking geldt nog het volgende. Artikel 4, lid 1 en artikel 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking spreken van voor de consument bruikbare informatie om een keuze te kunnen maken. Hierbij gaat het ook om informatie die nodig is voor het kiezen van een zorgaanbieder. In het licht van artikel 13, Zvw, en de jurisprudentie, is voor de NZa leidend dat de zorgverzekeraar bruikbare informatie verschaft over a) de hoogte van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg en b) over dat en de wijze waarop de verzekerde een verzoek om een hogere vergoeding kan doen. Indien de zorgverzekeraar een hardheidsclausule toepast dan vermeldt de zorgverzekeraar dit eveneens, alsook de wijze waarop de verzekerde daarvan gebruik kan maken. Dit is overigens niet hetzelfde als de informatieverstrekking als bedoeld in artikel 13, lid 2, van de Zvw. De zorgverzekeraar kan daaraan voldoen door bijvoorbeeld in de polisvoorwaarden te vermelden dat de vergoeding gebaseerd is op een bepaald percentage van het gemiddelde gecontracteerde tarief, of door te verwijzen naar lijsten met vergoedingen op de website.

Conclusies onderzoek NZa

Uit het door de NZa verrichte onderzoek blijkt het volgende:

- 5.1 lid 5 hanteert in de modelovereenkomsten generieke vergoedingspercentages voor de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg.⁵ Dit vergoedingspercentage is nooit lager dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief, of wettelijk vastgestelde tarief. 5.1 lid 5 heeft in haar modelovereenkomsten geen hardheidsclausule opgenomen.
- 5.1 lid 5 informeert verzekerden via de website over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg maar biedt verzekerden, anders dan de reguliere klachtenprocedure, niet de mogelijkheid om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Ook niet bij duurdere vormen van zorg.

5.1 lid 5 van het gemiddeld gecontracteerde tarief; 5.1 lid 5 van het gemiddeld gecontracteerde tarief; 5.1 lid 5 van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

- 5.1 lid 5 heeft over geheel 2023 geen verzoek om een hogere vergoeding ontvangen. 5.1 lid 5 voert geen beleid ten aanzien van de behandeling van verzoeken om een hogere vergoeding.

Uit voorgaande blijkt dat 5.1 lid 5 verzekerden niet een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid biedt om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Hieruit volgt eveneens dat 5.1 lid 5 de verzekerde geen bruikbare informatie verstrekt om een keuze te kunnen maken voor een (niet-gecontracteerde) zorgaanbieder. Ook niet als het gaat om een verzoek om een hogere vergoeding in verband met een duurdere vorm van zorg.

Gelet op artikel 4, lid 1, juncto 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking, is hier sprake van een overtreding door 5.1 lid 5. De NZa is voornemens 5.1 lid 5 een aanwijzing op te leggen, op grond van artikel 76, van de Wmg. De aanwijzing houdt in dat 5.1 lid 5 verzekerden voorziet van bruikbare keuzeinformatie binnen een termijn van drie weken.

Voorts adviseert de NZa 5.1 lid 5 om beleid te voeren over de wijze waarop 5.1 lid 5 een verzoek om een hogere vergoeding behandelt. Hierbij geldt dat het gaat om een advies en geen onderdeel is van de aanwijzing.

Zienswijze

Alvorens te beslissen een aanwijzing op te leggen, stellen wij 5.1 lid 5 in de gelegenheid om uiterlijk binnen drie weken na dagtekening van deze brief een zienswijze te geven op de voorgenomen aanwijzing. Hierbij vermelden wij volledigheidshalve dat 5.1 lid 5 hiertoe niet verplicht is.

Indien wij binnen deze termijn geen reactie van 5.1 lid 5 ontvangen dan gaan wij ervan uit dat 5.1 lid 5 geen gebruik wenst te maken van de mogelijkheid uw zienswijze te geven op het voornemen een aanwijzing op te leggen.

U kunt een schriftelijke zienswijze per post of per e-mail sturen naar de NZa, onder vermelding van het kenmerk. De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd. Als 5.1 lid 5 de zienswijze mondeling wil geven dan kunt u uiterlijk binnen 1 week contact met ons opnemen om daartoe een afspraak te maken.

Vragen

Heeft u naar aanleiding van deze brief vragen? Dan kunt u contact opnemen met 5.1 lid 2 sub e of 5.1 lid 2 sub e. De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd.

Hoogachtend,

Nederlandse Zorgautoriteit.

5.1 lid 2 sub e

5.1 lid 2 sub e
Toezicht Zorgverzekeraars

Directie Toezicht

Van: [REDACTED]
Aan: 5.1 lid 2 sub e [REDACTED]
Cc: [REDACTED]
Onderwerp: 479248-1568360 Afschrift besluit op handhavingsverzoek NZa artikel 13, lid 4, Zvw
Datum: donderdag 21 november 2024 15:27:00
Bijlagen: [479248-1568360 Besluit Stichting Handhaving Vrije Artsenkeuze.pdf](#)
[image001.png](#)

Geachte 5.1 lid 2 sub e [REDACTED]

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 12 februari 2024 een verzoek ontvangen om handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars vanwege een overtreding van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (Regeling informatieverstrekking).

De NZa heeft besloten het verzoek van de Stichting af te wijzen.
 De NZa heeft een aantal zorgverzekeraars een voornemen tot het geven van een aanwijzing opgelegd.
 Een afschrift van dit besluit treft u aan als bijlage bij deze brief.

Hoewel geen onderdeel van het verzoek om handhaving waarop dient te worden gereageerd met een besluit, geeft de NZa nog het volgende aan. De NZa ziet in de bevindingen van haar onderzoek naar aanleiding van het handhavingsverzoek

aanleiding om haar beleid^[1] ten aanzien van de wijze waarop zij toezicht houdt op artikel 13, Zvw, aan te vullen.

De NZa zal bij de aanpassing van het beleid de inhoud van dit besluit betrekken. Eveneens zal de NZa alle zorgverzekeraars hierover op zo kort mogelijke termijn informeren.

Voornemen tot publicatie

De NZa is transparant over haar beleid en de uitvoering daarvan, en hanteert daarom als uitgangspunt dat haar besluiten en handelen zoveel als mogelijk openbaar moeten zijn.

Wij hebben dan ook het voornemen om dit besluit op grond van artikel 3.1 van de Wet open overheid (Woo) openbaar te maken.

Dit door middel van publicatie van een afschrift hiervan, geschoond van persoonsgegevens, op het documentenplatform van de NZa:

<https://puc.overheid.nl/nza/>.

Voordat definitief tot publicatie wordt besloten, stellen wij u, als derde belanghebbende, graag in de gelegenheid om een zienswijze op dit voornemen kenbaar te maken.

U kunt uw eventuele zienswijzereactie binnen 14 dagen na dagtekening van dit bericht digitaal toezenden aan info@nza.nl. Vermeld u daarbij alstublieft het bovenstaande onderwerp.

Contact

Ik ga ervan uit dat ik u hiermee voldoende heb geïnformeerd. Indien u vragen heeft kunt u met mij contact opnemen.

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e

| Toezicht zorgverzekeraars

5.1 lid 2 sub e

Aanwezig op

5.1 lid 2 sub e



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#)

^[1] Bedoeld wordt de beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, met kenmerk TH.BR-025. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21832_22/1/.

Van: [REDACTED]
Aan: 5.1 lid 2 sub e [REDACTED]
Onderwerp: 483084-1524568 informatieverzoek 5.1 lid 5 [REDACTED]
Datum: maandag 15 april 2024 13:00:00
Bijlagen: [483084-1524568 Informatieverzoek](#) 5.1 lid 5 [REDACTED].pdf
[image001.png](#)

Geachte heer/mevrouw,

Hierbij ontvangt u een informatieverzoek naar aanleiding van een handhavingsverzoek inzake mogelijke overtreding art. 13 Zvw bij de NZa.

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e [REDACTED]

| Toezicht zorgverzekeraars

5.1 lid 2 sub e [REDACTED]

Aanwezig op 5.1 lid 2 sub e [REDACTED]



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#)



5.1 lid 2 sub e en 5.1 lid 5

Behandeld door

5.1 lid 2 sub e

Telefoonnummer

5.1 lid 2 sub e

E-mailadres

5.1 lid 2 sub e

Uitsluitend aangetekend per e-mail verzonden:

5.1 lid 2 sub e

Kenmerk

483084/1524568

Onderwerp

Informatieverzoek

Datum

15 april 2024

Geachte 5.1 lid 2 sub e

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft een verzoek tot handhaving van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) ontvangen. Op grond van de beginselplicht tot handhaving is de NZa gehouden om het verzoek in behandeling te nemen, en, indien daar concrete aanleiding toe is, om nader onderzoek te doen. In het licht van dit onderzoek verzoekt de NZa u om informatie, middels deze brief. Dit wordt hierna toegelicht.

Verzoek tot handhaving

Het verzoek tot handhaving behelst, kort gezegd, dat de NZa wordt aangemaand handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars, vanwege handelen in strijd met artikel 13, Zvw. Op basis van artikel 13 van de Zvw mogen verzekerden met een zorgverzekering met gecontracteerd zorgaanbod een lagere vergoeding krijgen als ze naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaan. De vergoeding mag echter niet dusdanig laag zijn dat dat een feitelijke hinderpaal oplevert om zich te wenden tot een ongecontracteerde zorgaanbieder.

Verzoekers menen dat hun modelovereenkomstvoorwaarden en vergoedingsbeleid in strijd met is de uitleg die de wetgever en rechtspraak geeft aan artikel 13, Zvw. Hierbij wordt onder meer gewezen op de uitspraak van de Hoge Raad, van 9 december 2022. Eveneens overleggen verzoekers voorbeelden van verzoeken van verzekerden op toepassing van de hardheidsclausule en de reactie van diverse zorgverzekeraars daarop. Op grond daarvan menen verzoekers dat zorgverzekeraars de hardheidsclausule in strijd met voornoemde interpretatie van artikel 13, Zvw, toepassen. Tenslotte stellen verzoekers dat zorgverzekeraars in strijd handelen met artikel 10, van de NZa Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (met kenmerk: TH/NR-022), door inhoudelijk onjuiste en onbruikbare informatie te verstrekken over de vergoeding als bedoeld in artikel 13, Zvw, en de (toepassing van de) hardheidsclausule.

Achtergrond

Gezien de beginselplicht tot handhaving is de NZa gehouden nader onderzoek te doen naar vermeende overtredingen van wet- en regelgeving waar zij op toeziet. Uitgangspunt bij dit onderzoek is de NZa Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (met kenmerk: TH/BR-025). Ten aanzien van het toezicht op artikel 13, Zvw, heeft de NZa in artikel 8.4 en toelichting daarop, onder andere het volgende gesteld:

“8.4. Bij een zorgverzekering met een gecontracteerd zorgaanbod als bedoeld in artikel 13, eerste lid, Zvw, ontvangt de verzekerde een door de zorgverzekeraar te bepalen (al dan niet gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van de zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze vergoeding mag niet dusdanig zijn dat die een feitelijke hinderpaal opwerpt voor de verzekerde om zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Toelichting:

Op basis van die jurisprudentie is de NZa van oordeel dat vergoedingspercentages voor niet gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het door de NZa vastgestelde (maximum- of vaste) tarief voor de betreffende prestatie naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

Een dergelijke hardheidsclausule moet de verzekerde dan in een concreet geval de mogelijkheid geven om bij de zorgverzekeraar aanspraak te maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg. Uiteindelijk laat een eventueel oordeel dat een in een modelovereenkomst opgenomen percentage op voorhand niet in strijd kan worden geacht met artikel 13 Zvw, onverlet dat hierover in een concreet geval anders moet worden geoordeeld.”

Uit jurisprudentie van onder meer de Hoge Raad¹ volgt onder andere dat of een generiek kortingspercentage een feitelijke hinderpaal oplevert moet worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden en op het moment waarop de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarbij is met name de hoogte van de kosten van de desbetreffende vorm van zorg van belang. Hierbij moet worden uitgegaan van de ‘gemiddelde, modale zorggebruiker’. Bij ‘feiten en omstandigheden’ spelen mee of de zorgverzekeraar een hardheidsclausule hanteert en toepast en of de zorgaanbieder een coulanceregeling aanbiedt en toepast.

Verzoek om informatie

Gelet op voornoemde verzoekt de NZa u om namens alle risicodragers binnen uw concern de volgende vragen te beantwoorden en waar nodig te voorzien van onderbouwing met behulp van bijvoorbeeld documentatie:

¹ In het bijzonder Cassatie van de Hoge Raad, 9 december 2022, ECLI:NL:HR:2022:1789. Zie hier r.o. 3.4.2, 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3, 3.6.4, en 3.6.5.

Hoogte van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg

- 1) Hoe zorgt u dat de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg geen feitelijke hinderpaal oplevert? Hoe bepaalt u dit? Wij verzoeken u dit per risicodrager binnen uw concern en per modelovereenkomst aan te geven voor modelovereenkomsten waarbij een vergoedingsbeperking wordt toegepast voor niet gecontracteerde zorg.
- 2) Heeft u bij de vaststelling van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg rekening gehouden met de mogelijkheid dat met name bij duurdere vormen van zorg respectievelijk vormen van zorg met hoge kosten eerder sprake kan zijn van een feitelijke hinderpaal voor de modale zorggebruiker? Hoe heeft u dit meegewogen bij de vaststelling van de vergoeding? Wij verzoeken u dit per risicodrager binnen uw concern en per modelovereenkomst aan te geven. Graag ontvangen wij ter zake documentatie waaruit dit blijkt.

Hardheidsclausule: uitleg, informatieverstrekking en toepassing

Maakt u voor de vergoeding van niet gecontracteerde zorg gebruik van een hardheidsclausule zoals beschreven in onze Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025)? Wij verzoeken u deze en onderstaande vragen per risicodrager en per modelovereenkomst te beantwoorden. Indien informatieverstrekking voor een label of een merk op een afwijkende wijze plaatsvindt verzoeken wij u dit hier ook aan te geven.

Zo ja,

- 3) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over de mogelijkheid een beroep te doen op de hardheidsclausule, en via welk informatiekanaal?
 - a) Kunt u hierbij specifiek in gaan op:
 - i) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden, over welke informatie zij dienen aan te leveren bij een beroep op de hardheidsclausule?
 - ii) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over hoe het proces rondom een beroep op de hardheidsclausule verloopt (bijvoorbeeld: hoe kunnen zij een beroep indienen, wat zijn de beslistermijnen die de zorgverzekeraar hanteert)?
- 4) Hoe past u de hardheidsclausule in de praktijk toe? Wat is uw beleid voor het toepassen van de hardheidsclausule? Graag ontvangen wij dat beleid.
- 5) Indien de hardheidsclausule beperkt is tot maximaal 75% van het van het gemiddelde tarief waarvoor zorg is ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners): Hoe borgt u dat verzekerden in een concreet geval aanspraak kunnen maken op een hogere vergoeding ingeval dat vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg?
- 6) Wij verzoeken u een overzicht te verstrekken per modelovereenkomst met daarin, waar nodig voorzien van onderbouwing, de volgende informatie:
 - a) Hoe vaak is er in 2023 een beroep gedaan op de hardheidsclausule?
 - b) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek toegewezen? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - c) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek afgewezen? Waarom zijn deze afgewezen?
 - d) Is er een mogelijkheid om een herbeoordeling van het verzoek te vragen, dan wel bezwaar te maken tegen de beslissing van de zorgverzekeraar?
 - i) Zo ja:

- (1) In hoeveel gevallen is er bezwaar gemaakt tegen een afwijzing van het oorspronkelijke beroep op de hardheidsclausule?
- (2) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar toegekend? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
- (3) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar afgewezen? Wat zijn de redenen van afwijzing geweest?
- (4) Welke vervolgstappen biedt u verzekerden aan, bij afwijzing van het bezwaar? Kunt u aangeven in hoeveel gevallen daar gebruik van is gemaakt?
- e) Wij verzoeken u waar van toepassing een aantal geanonimiseerde brieven (tenminste 5) met betrekking tot voornoemde onderdelen te verstrekken.

Indien u geen gebruik maakt van een hardheidsclausule,

- 7) Hoe borgt u dat verzekerden in een concreet geval aanspraak kunnen maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet-gecontracteerde zorg?
- 8) Indien u verzekerden de op een andere wijze de mogelijkheid biedt een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg dan in de modelovereenkomstvoorwaarden vermeld is:
 - a) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden, over welke informatie zij dienen aan te leveren bij verzoek om een hogere vergoeding?
 - b) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over hoe het proces rondom een dergelijk verzoek er uit ziet? (bijvoorbeeld: hoe kunnen zij een verzoek indienen, wat zijn de beslistermijnen die de zorgverzekeraar hanteert)
 - c) Indien u verzekerden de mogelijkheid biedt een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg dan in de modelovereenkomstvoorwaarden vermeld is verzoeken wij u een overzicht te verstrekken met daarin, waar nodig voorzien van onderbouwing, de volgende informatie:
 - i) Hoe vaak is er in 2023 een verzoek gedaan om een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg (NB. Dit kan voorafgaand aan de behandeling, of nadien hebben plaatsgevonden)?
 - ii) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek toegewezen? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - iii) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek afgewezen? Waarom zijn deze afgewezen?
 - iv) Is er een mogelijkheid om een herbeoordeling van het verzoek te vragen, dan wel bezwaar te maken tegen de beslissing van de zorgverzekeraar?
 - (1) Zo ja:
 - (a) In hoeveel gevallen is er bezwaar gemaakt tegen een afwijzing van het oorspronkelijke verzoek om een hogere vergoeding?
 - (b) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar toegekend? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - (c) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar afgewezen? Wat zijn de redenen van afwijzing geweest?
 - (d) Welke vervolgstappen biedt u verzekerden aan, bij afwijzing van het bezwaar? Kunt u aangeven in hoeveel gevallen daar gebruik van is gemaakt?

- (e) Wij verzoeken u waar van toepassing een aantal geanonimiseerde brieven (tenminste 5) met betrekking tot voornoemde onderdelen te verstrekken.

Termijn voor en wijze van aanleveren informatie

Ik verzoek u de gevraagde informatie binnen vier weken na dagtekening van deze brief te verstrekken, ter attentie van **5.1 lid 2 sub e**

Om ons op een veilige manier informatie te kunnen toesturen, vragen wij u om gebruik te maken van het online platform Zivver. U kunt een e-mail sturen naar dataloket@nza.nl, o.v.v. uw naam, een mobiel nummer (geen vast nummer in verband met een verificatie-sms), e-mailadres én het kenmerk van deze brief. U ontvangt vervolgens een uitnodigingslink om de informatie veilig met ons te kunnen delen.

Vermeldt u hierbij het kenmerk van deze brief.

Plicht tot meewerken

Op ons onderzoek en dit informatieverzoek zijn de bepalingen en de bevoegdheden van de Wet marktordening gezondheidszorg en Hoofdstuk 5 van de Algemene wet bestuursrecht van toepassing. Op grond van artikel 61 en 63 Wmg bent u verplicht om uw medewerking aan ons onderzoek te verlenen en om ons de gevraagde gegevens en inlichtingen volledig en naar waarheid te verstrekken.

Voor de volledigheid vermeld ik dat het niet verlenen van medewerking aan dit onderzoek kan leiden tot inzet van handhavingsinstrumenten.

Vragen

Indien u naar aanleiding van deze brief vragen heeft, dan kunt u contact opnemen met **5.1 lid 2 sub e**. De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd.

Ik dank u bij voorbaat voor uw medewerking.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

5.1 lid 2 sub e

Toezicht zorgverzekeraars

Van: 5.1 lid 2 sub e
Aan: 5.1 lid 5
Onderwerp: RE: Gespreksverslag NZa 9/9/24
Datum: vrijdag 20 september 2024 15:16:18
Bijlagen: [image002.png](#)
[image003.jpg](#)
[image004.png](#)
[image005.jpg](#)
[image006.jpg](#)
[image007.png](#)
[Gespreksverslag 9-9-24.pdf](#)

Beste 5.1 lid 2 sub e

Naar ons idee is het gespreksverslag (bijlage) een goede weergave van het gesprek.

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e

5.1 lid 2 sub e

5.1 lid 2 sub e

5.1 lid 2 sub e

M



5.1 lid 2 sub e

Van: 5.1 lid 2 sub e
Verzonden: woensdag 18 september 2024 09:12
Aan: 5.1 lid 2 sub e
Onderwerp: Gespreksverslag NZa 9/9/24 5.1 lid 5

U ontvangt niet vaak e-mail van 5.1 lid 2 sub e [Meer informatie over waarom dit belangrijk is](#)

Goedemorgen 5.1 lid 2 sub e

In de bijlage vind je het gespreksverslag van maandag 9 september jl.
Indien er nog opmerkingen of aanvullingen zijn, dan verneem ik dit graag.
We houden contact.

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e

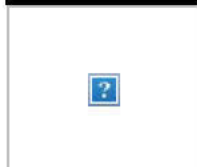
5.1 lid 2 sub e

| Toezicht Zorgverzekeraars

5.1 lid 2 sub e

Aanwezig op 5.1 lid 2 sub e

5.1 lid 2 sub e



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)

Disclaimer NZa

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht per abuis aan u is toegezonden, wordt u vriendelijk verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. De NZa aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

*****DISCLAIMER*****

De informatie in dit bericht is vertrouwelijk. Het is daarom niet toegestaan dat u deze informatie openbaar maakt, vermenigvuldigt of verspreidt, tenzij de verzender aangeeft dat dit wel is toegestaan. Als dit e-mailbericht niet voor u bestemd is, vragen wij u vriendelijk maar dringend om het bericht en kopieën daarvan te vernietigen. Dit bericht is gecontroleerd op bekende virussen. Helaas kunnen wij niet garanderen dat het bericht dat u ontvangt volledig en tijdig verzonden is, of tijdig ontvangen wordt en vrij is van virussen of aantasting door derden.

Van: [redacted]
Aan: [redacted]
Cc: [redacted]
Onderwerp: voornemen tot aanwijzing [redacted] 5.1 lid 5
Datum: vrijdag 25 oktober 2024 16:02:00
Bijlagen: [image001.png](#)
[500400-1560457 Voornemen tot aanwijzing \[redacted\].pdf](#) 5.1 lid 5

Geachte [redacted] 5.1 lid 2 sub e

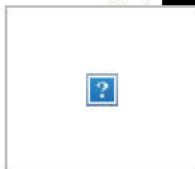
Zoals besproken in het overleg met [redacted] 5.1 lid 5 op 9 september 2024 naar aanleiding van ons informatieverzoek inzake artikel 13, Zvw, ontvangt u hierbij u een voornemen tot aanwijzing voor [redacted] 5.1 lid 5. U heeft de gelegenheid hierop te reageren. Daarna zal de NZa op basis van alle informatie beslissen welke vervolgstappen zijn aangewezen.

Met vriendelijke groet,

[redacted] 5.1 lid 2 sub e

Toezicht Zorgverzekeraars

Aanwezig op [redacted] 5.1 lid 2 sub e



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)



5.1 lid 5

T.a.v.

5.1 lid 2 sub e

Behandeld door

5.1 lid 2 sub e

Telefoonnummer

030 29 68 11

E-mailadres

info@nza.nl

Kenmerk

500400/1560457

Datum

25 oktober 2024

Onderwerp

Voornemen tot aanwijzing

5.1 lid 5

Geachte

5.1 lid 2 sub e

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 12 februari 2024 een verzoek ontvangen om handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars vanwege een overtreding van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (Regeling informatieverstrekking)¹. Naar aanleiding van dit verzoek heeft de NZa 5.1 lid 5 op 15 april 2024 verzocht om informatie te sturen. Dit verzoek om informatie is op 8 mei mede namens 5.1 lid 5 beantwoord. Voorts heeft de NZa op 17 september 2024 met 5.1 lid 5 een gesprek gevoerd. Van dit gesprek is een zakelijk verslag opgesteld.

Voornemen tot aanwijzing

Uit ons onderzoek blijkt dat 5.1 lid 5 in zijn modelovereenkomst 5.1 lid 5 een hardheidsclausule hanteert. Op grond van deze hardheidsclausule kan de verzekerde 5.1 lid 5 verzoeken om een hogere vergoeding, dat, conform beleid van 5.1 lid 5 tot maximaal 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief kan worden toegekend.

Uit het onderzoek blijkt voorts dat 5.1 lid 5 zijn verzekerden geen informatie verstrekt over de mogelijkheid om op basis van de hardheidsclausule een verzoek te doen om een hogere vergoeding in verband met duurdere vormen van zorg.

Voorts blijkt uit het onderzoek dat 5.1 lid 5 voor wat betreft de andere modelovereenkomsten verzekerden, anders dan de algemene klachtenprocedure, geen informatie verstrekt over het doen van een verzoek om een hogere vergoeding voor duurdere vormen van zorg. Daarmee voldoet 5.1 lid 5 niet aan artikelen 4 en 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking.

¹ Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, met kenmerk TH/NR-027. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_743668_22/

Met deze brief informeren wij u over het voornemen van de NZa om [REDACTED] een aanwijzing te geven op grond van artikel 76 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De aanwijzing houdt in dat [REDACTED] de geconstateerde overtredingen moet beëindigen binnen drie weken.

Alvorens te beslissen een aanwijzing op te leggen, stellen wij [REDACTED] de gelegenheid om uiterlijk binnen drie weken na dagtekening van deze brief een zienswijze te geven op de voorgenoemde aanwijzing.

Hieronder lichten wij dit toe.

Aanleiding

De NZa heeft een verzoek tot handhaving van artikel 13, Zvw en de Regeling informatieverstrekking ontvangen. De verzoeker stelt – kort gezegd – in het verzoek het volgende:

- Verzoekers menen dat zorgverzekeraars in strijd handelen met artikel 13, Zvw en het kader dat ter zake in de jurisprudentie is ontwikkeld. Hierbij wordt onder meer gewezen op de uitspraak van de Hoge Raad, van 9 december 2022.² Verzoeker stelt dat zorgverzekeraars per 2023 niet hebben gekozen voor een fijnmaziger systeem van vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Daarbij hebben zorgverzekeraars hun generieke kortingspercentages gehandhaafd zonder uitzonderingen te maken voor duurdere vormen van zorg. Volgens verzoeker moet worden aangenomen dat een korting van meer dan EUR 200,- een hinderpaal oplevert voor de gemiddelde modale zorggebruiker.
- Zorgverzekeraars hanteren nauwelijks hardheidsclausules en de hardheidsclausules die wel bestaan voldoen niet. Namens diverse patiënten heeft verzoeker een beroep gedaan op een hardheidsclausule.
- Zorgverzekeraars concretiseren op geen enkele manier hoe deze hardheidsclausule in de praktijk wordt toegepast en welke gegevens een verzekerde moet aanleveren. Daartoe zijn zorgverzekeraars volgens de verzoeker wel toe gehouden op grond van de Regeling informatieverstrekking.

Onderzoek NZa

De NZa heeft onderzoek gedaan naar hetgeen door de verzoeker in het verzoek om handhaving is gesteld. Daartoe heeft de NZa [REDACTED] op 15 april 2024 verzocht om informatie te sturen. [REDACTED] heeft op 8 mei 2024 mede namens [REDACTED] het verzoek om informatie beantwoord. De NZa heeft vervolgens [REDACTED] uitgenodigd voor een gesprek, dat op 9 september 2024 plaatsvond. Van dit gesprek is een zakelijk verslag opgemaakt. In dat gesprek heeft de NZa aangegeven dat zij voornemens is [REDACTED] een aanwijzing op te leggen. Daartoe zal de NZa [REDACTED] een voornemen tot het geven van een aanwijzing sturen. Hierop kan [REDACTED] reageren. De NZa zal daarna beslissen over de te nemen vervolgstappen.

Juridisch kader

Alvorens de conclusies van het onderzoek te presenteren gaat de NZa kort in op het juridisch kader. Dit kader is leidend bij de beoordeling van de feiten.

² Hoge Raad, 9 december 2022. ECLI:NL:HR:2022:1789.

In artikel 13, lid 1, Zvw, is bepaald dat indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.

Artikel 13, lid 2, Zvw, bepaalt dat de zorgverzekeraar de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst opneemt.

Artikel 13, lid 4, Zvw, bepaalt dat de wijze waarop de vergoeding wordt berekend voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk is. Blijkens de wetsgeschiedenis beoogde de wetgever hiermee te bewerkstelligen dat de wijze van berekenen niet afhankelijk mag worden gemaakt van verzekerdenkenmerken. Dat staat de zorgverzekeraar overigens wel toe de hoogte van de vergoeding afhankelijk te maken van de situatie waarin de verzekerde zich bij het invoeren van de niet-gecontracteerde zorg bevond.³

In de jurisprudentie is over de toepassing van artikel 13 door de Hoge Raad onder meer, en voor de NZa leidend in het licht van het verzoek om handhaving, het volgende gesteld. Een zorgverzekeraar kan een generieke korting toepassen voor alle typen of vormen van niet-gecontracteerde zorg. Of en in hoeverre het hinderpaalcriterium zich in bepaalde gevallen verzet tegen een generieke korting kan slechts worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden, waaronder eventuele beleidsregels van de NZa. Daarbij is met name de hoogte van de kosten van desbetreffende vorm van zorg van belang. Een generiek kortingspercentage kan bij complexe en dure vormen van zorg immers resulteren in een relatief lage vergoeding die voor de gemiddelde ('modale') zorggebruiker een feitelijke hinderpaal kan opleveren, terwijl datzelfde kortingspercentage bij minder dure vormen van zorg niet leidt tot strijd met het hinderpaalcriterium.

Voorts is relevant dat de Hoge Raad heeft gesteld dat het antwoord op de vraag of sprake is van een hinderpaal het moment is dat de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verschillende omstandigheden kunnen hierbij worden meegenomen: de ondubbelzinnige toezegging van de verzekeraar dat een bepaald bedrag aan de verzekerde zal worden vergoed en of de zorgaanbieder op grond van een coulancregeling een deel van de kosten voor eigen rekening neemt.

Op grond van artikel 16, b, Wmg, houdt de NZa toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars, waaronder de rechtmatige uitvoering van artikel 13, Zvw. Ter zake heeft de NZa in de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw⁴ onder meer gesteld dat vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

³ Kamerstukken II, 2003-2004, 29 763, nr. 3, p. 109-110.

⁴ Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, met kenmerk TH/BR-025. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21832_22/1/

Op grond van artikel 114, lid 1, Zvw, zorgt de zorgverzekeraar ervoor dat zijn verzekeringsnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie. Hieraan wordt door zorgverzekeraars uitvoering gegeven via de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. In artikel 20, van de Regeling informatieverstrekking heeft de NZa bepaald dat zorgverzekeraars de verzekerden moeten informeren over de mogelijkheid tot het indienen van een klacht of een verzoek tot heroverweging van een besluit.

De Regeling informatieverstrekking bepaalt voorts in artikel 4, lid 1, dat informatie voor consumenten bruikbaar moet zijn, zodat zij hun keuze daarop kunnen baseren. Artikel 4, lid 2, van de Regeling informatieverstrekking bepaalt wanneer informatie bruikbaar is, doordat deze onder andere relevant is voor de zorgkeuze op dat moment. Artikel 10, lid 1, sub a, van de Regeling informatieverstrekking bepaalt dat als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde, de zorgverzekeraar dit meldt via zijn relevante openbare communicatiekanalen en dat de zorgverzekeraar hierbij de informatie vermeldt die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze.

Tenslotte, de NZa is op grond van artikel 76, Wmg bevoegd ter handhaving van het bepaalde bij of krachtens de artikelen 40, lid 3 en lid 4, en artikel 38, lid 7, Wmg een aanwijzing te geven, erop gericht dat aan het bepaalde bij of krachtens die artikelen wordt voldaan.

Op grond van artikel 77, Wmg, kan de NZa een zorgverzekeraar een aanwijzing opleggen ten aanzien van haar taak, bedoeld in artikel 16, onderdeel b, Wmg – de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars.

Beoordelingskader

De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Op grond van artikel 79, lid 1, in combinatie met artikel 3, lid 4, Wmg, geeft de NZa geen oordeel over de vraag of in een concreet geval een op grond van artikel 13, lid 1, Zvw toegekende vergoeding in strijd is met het hinderpaalcriterium.

Naar opvatting van de NZa is in eerste instantie een zorgverzekeraar gehouden om te borgen dat in lijn met artikel 13, lid 1, Zvw, een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg geen feitelijke hinderpaal oplevert.

Zorgverzekeraars mogen hierbij uitgaan van een 'generiek kortingspercentage', of bijvoorbeeld uitgaan van lijsten met vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg waarin concrete bedragen genoemd zijn. Uit jurisprudentie volgt naar opvatting van de NZa dat een zorgverzekeraar die in zijn polisvoorwaarden heeft bepaald dat hij een vergoeding van 75% of hoger van het gemiddeld gecontracteerde tarief toekent voor niet-gecontracteerde zorg, deels de Zvw rechtmatig uitvoert. Immers, ook bij een dergelijk vergoedingspercentage heeft op basis van jurisprudentie te gelden dat bij duurdere vormen van zorg er voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal kan ontstaan. In het kader van de rechtmatige uitvoering van de Zvw zal de zorgverzekeraar hier in de uitvoering rekening mee moeten houden. Dat kan bijvoorbeeld door polisvoorwaarden fijnmazig vorm te geven, waarbij voor duurdere vormen van zorg een hoger vergoedingsbedrag van toepassing is. In dat geval zal de zorgverzekeraar aan de verzekerden moeten kunnen motiveren waarom een bepaald bedrag geen feitelijke hinderpaal oplevert. De zorgverzekeraar kan er ook voor kiezen om op andere wijze uitvoering te geven aan hetgeen in jurisprudentie is bepaald over het hinderpaalcriterium. Hierbij is voor de NZa leidend dat door de zorgverzekeraar aan de verzekerde een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid wordt aangeboden die hem in staat stelt een verzoek te doen om een hogere vergoeding.

Ook dient de zorgverzekeraar op grond van artikel 114 Zvw en artikel 20 van de Regeling informatieverstrekking, de verzekerde de mogelijkheid te bieden om een klacht of verzoek tot heroverweging in te dienen bij de zorgverzekeraar en dient de zorgverzekeraar de verzekerde te informeren over de mogelijkheid om een geschil aanhangig te maken bij de SKGZ.

Vergoedingen die lager zijn dan 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief zullen naar verwachting een feitelijke hinderpaal opleveren voor verzekerden. Dat geldt voor zowel 'duurdere' als voor 'goedkopere' zorgvormen. In dat geval voeren zorgverzekeraars de Zvw rechtmatig uit door verzekerden een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid te bieden om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding, voor zowel 'duurdere' als 'goedkopere' zorgvormen. De motiveringsplicht die bij een vergoeding onder de 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief op de zorgverzekeraar rust, brengt met zich mee dat hij moet kunnen aangeven waarom die lagere vergoeding geen feitelijke hinderpaal oplevert. Hierbij verwacht de NZa dat de zorgverzekeraar ook rekening houdt met een stapeling van zorgkosten bij een in beginsel 'goedkopere' zorgvorm in het kader van een behandeling van de verzekerde. Ook hierbij geldt dat de zorgverzekeraar op grond van artikel 114 Zvw en artikel 20 van de Regeling informatieverstrekking, de verzekerde de mogelijkheid moet bieden om een klacht of verzoek tot heroverweging in te dienen bij de zorgverzekeraar en dient de zorgverzekeraar de verzekerde te informeren over de mogelijkheid om een geschil aanhangig te maken bij de SKGZ.

De NZa verwacht voorts van zorgverzekeraars dat zij verzoeken van verzekerden om een hogere vergoeding, een klacht of een verzoek tot heroverweging op redelijke wijze toetsen aan, en in lijn met, het bepaalde in jurisprudentie over het hinderpaalcriterium. Dit behelst dat de verzekeraar uitgaat van de modale zorggebruiker als maatman en handelt in lijn met artikel 13, lid 4, Zvw. De NZa adviseert zorgverzekeraars beleid te voeren, waarin zij aangeven hoe zij een verzoek om een hogere vergoeding toetsen en welke feiten en omstandigheden daarin worden meegewogen. Dit bevordert consistent handelen richting verzekerden. De wijze waarop de zorgverzekeraar bepaalt of er sprake is van een feitelijke hinderpaal voor de verzekerde om zich te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is aan de zorgverzekeraar zelf; immers, het gaat in artikel 13, lid 1, Zvw om een vergoeding die de zorgverzekeraar toekent aan de verzekerde indien die er voor kiest om zich niet te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De zorgverzekeraar kan hierbij bijvoorbeeld rekening houden met de uitkomsten van geschillenbeslechting van de SKGZ, of uitspraken van rechters.

Wat betreft informatieverstrekking geldt nog het volgende. Artikel 4, lid 1 en artikel 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking spreken van voor de consument bruikbare informatie om een keuze te kunnen maken. Hierbij gaat het ook om informatie die nodig is voor het kiezen van een zorgaanbieder. In het licht van artikel 13, Zvw, en de jurisprudentie, is voor de NZa leidend dat de zorgverzekeraar bruikbare informatie verschaft over a) de hoogte van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg en b) over dat en de wijze waarop de verzekerde een verzoek om een hogere vergoeding kan doen. Indien de zorgverzekeraar een hardheidsclausule toepast dan vermeldt de zorgverzekeraar dit eveneens, alsook de wijze waarop de verzekerde daarvan gebruik kan maken. Dit is overigens niet hetzelfde als de informatieverstrekking als bedoeld in artikel 13, lid 2, van de Zvw. De zorgverzekeraar kan daaraan voldoen door bijvoorbeeld in de polisvoorwaarden te vermelden dat de vergoeding gebaseerd is op een bepaald percentage van het gemiddelde gecontracteerde tarief, of door te verwijzen naar lijsten met vergoedingen op de website.

Conclusies onderzoek NZa

Uit het door de NZa verrichte onderzoek blijkt het volgende:

- [redacted] hanteert in de modelovereenkomsten een maximumvergoeding voor zorg geleverd door niet-gecontracteerde zorgaanbieders⁵. De maximumvergoedingen zijn gebaseerd op een percentage van de gemiddeld gecontracteerde tarieven voor de betreffende zorgvorm.
- Voor de modelovereenkomst [redacted] hanteert [redacted] een hardheidsclausule. Met een beroep op de hardheidsclausule kan een verzekerde de kosten van niet-gecontracteerde zorg tot maximaal 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief vergoed krijgen [redacted] voert beleid ten aanzien van de toepassing van de hardheidsclausule. [redacted] heeft over geheel 2023 5 verzoeken om een hogere vergoeding ontvangen. Deze verzoeken zijn toegewezen.
- [redacted] informeert verzekerden voor wat betreft de [redacted] via de website over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg en biedt verzekerden de mogelijkheid om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Deze mogelijkheid biedt zij echter niet bij hogere zorgkosten in verband met duurdere vormen van zorg.
- [redacted] hanteert geen hardheidsclausule voor de andere twee modelovereenkomsten. Voor wat betreft deze modelovereenkomsten informeert [redacted] verzekerden niet via de website over de mogelijkheid om een verzoek te doen om een hogere vergoeding van niet-gecontracteerde zorg, anders dan de reguliere klachtenprocedure. Ook niet voor hogere zorgkosten in verband met duurdere vormen van zorg.

Uit voorgaande blijkt dat [redacted] voor wat betreft de modelovereenkomst [redacted] verzekerden niet een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid biedt om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg bij hogere zorgkosten in verband met duurdere vormen van zorg.

Uit voorgaande blijkt eveneens dat [redacted] verzekerden niet een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid biedt om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg voor wat betreft de modelovereenkomsten [redacted] en de [redacted]. Hieruit volgt eveneens dat [redacted] de verzekerde geen bruikbare informatie verstrekt om een keuze te kunnen maken voor een (niet-gecontracteerde) zorgaanbieder.

Gelet op artikel 4, lid 1, juncto 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking, is hier sprake van een overtreding door [redacted]. De NZa is voornemens [redacted] een aanwijzing op te leggen, op grond van artikel 76, van de Wmg. De aanwijzing houdt in dat [redacted] verzekerden voorziet van bruikbare keuzeinformatie binnen een termijn van drie weken.

Zienswijze

Alvorens te beslissen een aanwijzing op te leggen, stellen wij [redacted] in de gelegenheid om uiterlijk binnen drie weken na dagtekening van deze brief een zienswijze te geven op de voorgenoemde aanwijzing. Hierbij vermelden wij volledigheidshalve dat [redacted] hiertoe niet verplicht is.

Indien wij binnen deze termijn geen reactie van [redacted] ontvangen dan gaan wij ervan uit dat [redacted] geen gebruik wenst te maken van de mogelijkheid uw zienswijze te geven op het voornemen een aanwijzing op te leggen.

⁵ [redacted] 65% van het gemiddeld gecontracteerde tarief; [redacted] 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief; [redacted] 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief voor de zorgvormen ggz en wijkverpleging.

U kunt een schriftelijke zienswijze per post of per e-mail sturen naar de NZa, onder vermelding van het kenmerk. De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd. Als 5.1 lid 5 de zienswijze mondeling wilt geven dan kunt u uiterlijk binnen 1 week contact opnemen met ons opnemen om daartoe een afspraak te maken.

Vragen

Heeft u naar aanleiding van deze brief vragen? Dan kunt u contact opnemen met 5.1 lid 2 sub e of 5.1 lid 2 sub e De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

5.1 lid 2 sub e

toezicht Zorgverzekeraars

Directie Toezicht

Van: [redacted]
Aan: 5.1 lid 2 sub e [redacted]
Cc: [redacted]
Onderwerp: voornemen tot aanwijzing 5.1 lid 5
Datum: vrijdag 25 oktober 2024 16:03:00
Bijlagen: 5.1 lid 5 [redacted]

Geachte 5.1 lid 2 sub e [redacted]

Zoals besproken in het overleg met 5.1 lid 5 [redacted] op 9 september 2024 naar aanleiding van ons informatieverzoek inzake artikel 13, Zvw, ontvangt u hierbij u een voornemen tot aanwijzing voor 5.1 lid 5 [redacted]. U heeft de gelegenheid hierop te reageren. Daarna zal de NZa op basis van alle informatie beslissen welke vervolgstappen zijn aangewezen.

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e [redacted]

Toezicht Zorgverzekeraars

Aanwezig op 5.1 lid 2 sub e [redacted]



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)



5.1 lid 2 sub e en 5.1 lid 5

Behandeld door

5.1 lid 2 sub e

Telefoonnummer
sub e

E-mailadres
info@nza.nl

Kenmerk
500399/1561006

Datum
25 oktober 2024

Onderwerp

Voornemen tot aanwijzing 5.1 lid 5

Geachte 5.1 lid 2 sub e

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 12 februari 2024 een verzoek ontvangen om handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars vanwege een overtreding van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (Regeling informatieverstrekking)¹. Naar aanleiding van dit verzoek heeft de NZa 5.1 lid 5 op 15 april 2024 verzocht om informatie te sturen. Dit verzoek om informatie is op 8 mei mede namens 5.1 lid 5 beantwoord. Voorts heeft de NZa op 17 september 2024 met 5.1 lid 5 een gesprek gevoerd. Van dit gesprek is een zakelijk verslag opgesteld.

Voornemen tot aanwijzing

Uit ons onderzoek blijkt dat 5.1 lid 5 in zijn modelovereenkomsten geen hardheidsclausule hanteert. 5.1 lid 5 verstrekt verzekerden geen informatie over het hinderpaalcriterium of een verzoek om een hogere vergoeding in verband met een feitelijke hinderpaal in verband met duurdere vormen van zorg. Daarmee voldoet 5.1 lid 5 niet aan artikelen 4 en 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking.

Met deze brief informeren wij u over het voornemen van de NZa om 5.1 lid 5 een aanwijzing te geven op grond van artikel 76 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De aanwijzing houdt in dat 5.1 lid 5 de geconstateerde overtredingen moet beëindigen binnen drie weken.

Alvorens te beslissen een aanwijzing op te leggen stellen wij 5.1 lid 5 in de gelegenheid om uiterlijk binnen drie weken na dagtekening van deze brief een zienswijze te geven op de voorgenomen aanwijzing.

¹ Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, met kenmerk TH/NR-027. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_743668_22/

Hieronder lichten wij dit toe.

Aanleiding

De NZa heeft een verzoek tot handhaving van artikel 13, Zvw en de Regeling informatieverstrekking ontvangen. De verzoeker stelt – kort gezegd – in het verzoek het volgende:

- Verzoekers menen dat zorgverzekeraars in strijd handelen met artikel 13, Zvw en het kader dat ter zake in de jurisprudentie is ontwikkeld. Hierbij wordt onder meer gewezen op de uitspraak van de Hoge Raad, van 9 december 2022.² Verzoeker stelt dat zorgverzekeraars per 2023 niet hebben gekozen voor een fijnmaziger systeem van vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Daarbij hebben zorgverzekeraars hun generieke kortingspercentages gehandhaafd zonder uitzonderingen te maken voor duurdere vormen van zorg. Volgens verzoeker moet worden aangenomen dat een korting van meer dan EUR 200,- een hinderpaal oplevert voor de gemiddelde modale zorggebruiker.
- Zorgverzekeraars hanteren nauwelijks hardheidsclausules en de hardheidsclausules die wel bestaan voldoen niet. Namens diverse patiënten heeft verzoeker een beroep gedaan op een hardheidsclausule.
- Zorgverzekeraars concretiseren op geen enkele manier hoe deze hardheidsclausule in de praktijk wordt toegepast en welke gegevens een verzekerde moet aanleveren. Daartoe zijn zorgverzekeraars volgens de verzoeker wel toe gehouden op grond van de Regeling informatieverstrekking.

Onderzoek NZa

De NZa heeft onderzoek gedaan naar hetgeen door de verzoeker in het verzoek om handhaving is gesteld. Daartoe heeft de NZa 5.1 lid 5 op 15 april 2024 verzocht om informatie te sturen. 5.1 lid 5 5.1 lid 5 heeft op 8 mei 2024 mede 5.1 lid 5 het verzoek om informatie beantwoord. De NZa heeft vervolgens 5.1 lid 5 uitgenodigd voor een gesprek, dat op 9 september 2024 plaatsvond. Van dit gesprek is een zakelijk verslag opgemaakt. In dat gesprek heeft de NZa aangegeven dat zij voornemens is een aanwijzing op te leggen. Daartoe zal de NZa 5.1 lid 5 een voornemen tot het geven van een aanwijzing sturen. Hierop kan 5.1 lid 5 reageren. De NZa zal daarna beslissen over de te nemen vervolgstappen.

Juridisch kader

Alvorens de conclusies van het onderzoek te presenteren gaat de NZa kort in op het juridisch kader. Dit kader is leidend bij de beoordeling van de feiten.

In artikel 13, lid 1, Zvw, is bepaald dat, indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.

² Hoge Raad, 9 december 2022. ECLI:NL:HR:2022:1789.

Artikel 13, lid 2, Zvw, bepaalt dat de zorgverzekeraar de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst opneemt.

Artikel 13, lid 4, Zvw, bepaalt dat de wijze waarop de vergoeding wordt berekend voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk is. Blijkens de wetsgeschiedenis beoogde de wetgever hiermee te bewerkstelligen dat de wijze van berekenen niet afhankelijk mag worden gemaakt van verzekerdenkenmerken. Dat staat de zorgverzekeraar overigens wel toe de hoogte van de vergoeding afhankelijk te maken van de situatie waarin de verzekerde zich bij het inroepen van de niet-gecontracteerde zorg bevond.³

In de jurisprudentie is over de toepassing van artikel 13 door de Hoge Raad onder meer, en voor de NZa leidend in het licht van het verzoek om handhaving, het volgende gesteld. Een zorgverzekeraar kan een generieke korting toepassen voor alle typen of vormen van niet-gecontracteerde zorg. Of en in hoeverre het hinderpaalcriterium zich in bepaalde gevallen verzet tegen een generieke korting kan slechts worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden, waaronder eventuele beleidsregels van de NZa. Daarbij is met name de hoogte van de kosten van desbetreffende vorm van zorg van belang. Een generiek kortingspercentage kan bij complexe en dure vormen van zorg immers resulteren in een relatief lage vergoeding die voor de gemiddelde ('modale') zorggebruiker een feitelijke hinderpaal kan opleveren, terwijl datzelfde kortingspercentage bij minder dure vormen van zorg niet leidt tot strijd met het hinderpaalcriterium.

Voorts is relevant dat de Hoge Raad heeft gesteld dat het antwoord op de vraag of sprake is van een hinderpaal het moment is dat de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verschillende omstandigheden kunnen hierbij worden meegenomen: de ondubbelzinnige toezegging van de verzekeraar dat een bepaald bedrag aan de verzekerde zal worden vergoed en of de zorgaanbieder op grond van een coulanceregeling een deel van de kosten voor eigen rekening neemt.

Op grond van artikel 16, b, Wmg, houdt de NZa toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars, waaronder de rechtmatige uitvoering van artikel 13, Zvw. Ter zake heeft de NZa in de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw⁴ onder meer gesteld dat vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

Op grond van artikel 114, lid 1, Zvw, zorgt de zorgverzekeraar ervoor dat zijn verzekeringsnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie. Hieraan wordt door zorgverzekeraars uitvoering gegeven via de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. In artikel 20, van de Regeling informatieverstrekking heeft de NZa bepaald dat zorgverzekeraars de verzekerden moeten informeren over de mogelijkheid tot het indienen van een klacht of een verzoek tot heroverweging van een besluit.

³ Kamerstukken II, 2003-2004, 29 763, nr. 3, p. 109-110.

⁴ Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, met kenmerk TH/BR-025. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21832_22/1/

De Regeling informatieverstrekking bepaalt voorts in artikel 4, lid 1, dat informatie voor consumenten bruikbaar moet zijn, zodat zij hun keuze daarop kunnen baseren. Artikel 4, lid 2, van de Regeling informatieverstrekking bepaalt wanneer informatie bruikbaar is, doordat deze onder andere relevant is voor de zorgkeuze op dat moment. Artikel 10, lid 1, sub a, van de Regeling informatieverstrekking bepaalt dat als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde, de zorgverzekeraar dit meldt via zijn relevante openbare communicatiekanalen en dat de zorgverzekeraar hierbij de informatie vermeldt die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze.

Tenslotte, de NZa is op grond van artikel 76, Wmg bevoegd ter handhaving van het bepaalde bij of krachtens de artikelen 40, lid 3 en lid 4, en artikel 38, lid 7, Wmg een aanwijzing te geven, erop gericht dat aan het bepaalde bij of krachtens die artikelen wordt voldaan.

Op grond van artikel 77, Wmg, kan de NZa een zorgverzekeraar een aanwijzing opleggen ten aanzien van haar taak, bedoeld in artikel 16, onderdeel b, Wmg – de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars.

Beoordelingskader

De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Op grond van artikel 79, lid 1, in combinatie met artikel 3, lid 4, Wmg, geeft de NZa geen oordeel over de vraag of in een concreet geval een op grond van artikel 13, lid 1, Zvw toegekende vergoeding in strijd is met het hinderpaalcriterium.

Naar opvatting van de NZa is in eerste instantie een zorgverzekeraar gehouden om te borgen dat in lijn met artikel 13, lid 1, Zvw, een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg geen feitelijke hinderpaal oplevert. Zorgverzekeraars mogen hierbij uitgaan van een 'generiek kortingspercentage', of bijvoorbeeld uitgaan van lijsten met vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg waarin concrete bedragen genoemd zijn. Uit jurisprudentie volgt naar opvatting van de NZa dat een zorgverzekeraar die in zijn polisvoorwaarden heeft bepaald dat hij een vergoeding van 75% of hoger van het gemiddeld gecontracteerde tarief toekent voor niet-gecontracteerde zorg, deels de Zvw rechtmatig uitvoert. Immers, ook bij een dergelijk vergoedingspercentage heeft op basis van jurisprudentie te gelden dat bij duurdere vormen van zorg er voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal kan ontstaan. In het kader van de rechtmatige uitvoering van de Zvw zal de zorgverzekeraar hier in de uitvoering rekening mee moeten houden. Dat kan bijvoorbeeld door polisvoorwaarden fijnmazig vorm te geven, waarbij voor duurdere vormen van zorg een hoger vergoedingsbedrag van toepassing is. In dat geval zal de zorgverzekeraar aan de verzekerden moeten kunnen motiveren waarom een bepaald bedrag geen feitelijke hinderpaal oplevert. De zorgverzekeraar kan er ook voor kiezen om op andere wijze uitvoering te geven aan hetgeen in jurisprudentie is bepaald over het hinderpaalcriterium. Hierbij is voor de NZa leidend dat door de zorgverzekeraar aan de verzekerde een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid wordt aangeboden die hem in staat stelt een verzoek te doen om een hogere vergoeding. Ook dient de zorgverzekeraar op grond van artikel 114 Zvw en artikel 20 van de Regeling informatieverstrekking, de verzekerde de mogelijkheid te bieden om een klacht of verzoek tot heroverweging in te dienen bij de zorgverzekeraar en dient de zorgverzekeraar de verzekerde te informeren over de mogelijkheid om een geschil aanhangig te maken bij de SKGZ.

Vergoedingen die lager zijn dan 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief zullen naar verwachting een feitelijke hinderpaal opleveren voor verzekerden. Dat geldt voor zowel 'duurdere' als voor 'goedkopere' zorgvormen. In dat geval voeren zorgverzekeraars de Zvw rechtmatig uit door verzekerden een kenbare,

bruikbare en vindbare mogelijkheid te bieden om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding, voor zowel 'duurdere' als 'goedkopere' zorgvormen. De motiveringsplicht die bij een vergoeding onder de 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief op de zorgverzekeraar rust, brengt met zich mee dat hij moet kunnen aangeven waarom die lagere vergoeding geen feitelijke hinderpaal oplevert. Hierbij verwacht de NZa dat de zorgverzekeraar ook rekening houdt met een stapeling van zorgkosten bij een in beginsel 'goedkopere' zorgvorm in het kader van een behandeling van de verzekerde. Ook hierbij geldt dat de zorgverzekeraar op grond van artikel 114 Zvw en artikel 20 van de Regeling informatieverstrekking, de verzekerde de mogelijkheid moet bieden om een klacht of verzoek tot heroverweging in te dienen bij de zorgverzekeraar en dient de zorgverzekeraar de verzekerde te informeren over de mogelijkheid om een geschil aanhangig te maken bij de SKGZ.

De NZa verwacht voorts van zorgverzekeraars dat zij verzoeken van verzekerden om een hogere vergoeding, een klacht of een verzoek tot heroverweging op redelijke wijze toetsen aan, en in lijn met, het bepaalde in jurisprudentie over het hinderpaalcriterium. Dit behelst dat de verzekeraar uitgaat van de modale zorggebruiker als maatman en handelt in lijn met artikel 13, lid 4, Zvw. De NZa adviseert zorgverzekeraars beleid te voeren, waarin zij aangeven hoe zij een verzoek om een hogere vergoeding toetsen en welke feiten en omstandigheden daarin worden meegewogen. Dit bevordert consistent handelen richting verzekerden. De wijze waarop de zorgverzekeraar bepaalt of er sprake is van een feitelijke hinderpaal voor de verzekerde om zich te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is aan de zorgverzekeraar zelf; immers, het gaat in artikel 13, lid 1, Zvw om een vergoeding die de zorgverzekeraar toekent aan de verzekerde indien die er voor kiest om zich niet te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De zorgverzekeraar kan hierbij bijvoorbeeld rekening houden met de uitkomsten van geschillenbeslechting van de SKGZ, of uitspraken van rechters.

Wat betreft informatieverstrekking geldt nog het volgende. Artikel 4, lid 1 en artikel 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking spreken van voor de consument bruikbare informatie om een keuze te kunnen maken. Hierbij gaat het ook om informatie die nodig is voor het kiezen van een zorgaanbieder. In het licht van artikel 13, Zvw, en de jurisprudentie, is voor de NZa leidend dat de zorgverzekeraar bruikbare informatie verschaft over a) de hoogte van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg en b) over dat en de wijze waarop de verzekerde een verzoek om een hogere vergoeding kan doen. Indien de zorgverzekeraar een hardheidsclausule toepast dan vermeldt de zorgverzekeraar dit eveneens, alsook de wijze waarop de verzekerde daarvan gebruik kan maken. Dit is overigens niet hetzelfde als de informatieverstrekking als bedoeld in artikel 13, lid 2, van de Zvw. De zorgverzekeraar kan daaraan voldoen door bijvoorbeeld in de polisvoorwaarden te vermelden dat de vergoeding gebaseerd is op een bepaald percentage van het gemiddelde gecontracteerde tarief, of door te verwijzen naar lijsten met vergoedingen op de website.

Conclusies onderzoek NZa

Uit het door de NZa verrichte onderzoek blijkt het volgende:

- 5.1 lid 5 hanteert in de modelovereenkomsten een maximumvergoeding voor zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders⁵. De maximumvergoedingen zijn gebaseerd op een percentage van de gemiddeld gecontracteerde tarieven voor de betreffende zorgvorm. Dit vergoedingspercentage is nooit lager dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

⁵ Polis met 75% vergoeding van het gemiddeld gecontracteerd tarief: 5.1 lid 5 en polis met 80% vergoeding van het gemiddeld gecontracteerd tarief 5.1 lid 5

- 5.1 lid 5 informeert verzekerden via de website over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg, maar biedt verzekerden, anders dan de reguliere klachtenprocedure, niet de mogelijkheid om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding van niet-gecontracteerde zorg bij bijvoorbeeld hogere zorgkosten bij duurdere vormen van zorg.
- 5.1 lid 5 heeft mede namens 5.1 lid 5 over 2023 7 verzoeken om een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg ontvangen. Deze verzoeken zijn niet toegekend. 5.1 lid 5 hanteert geen beleid voor wat betreft de beoordeling van verzoeken om een hogere vergoeding.

Uit voorgaande blijkt dat 5.1 lid 5 verzekerden niet een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid biedt om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg, waarbij het ook kan gaan om een verzoek in verband met de kosten van duurdere vormen van zorg. Hieruit volgt eveneens dat 5.1 lid 5 de verzekerde geen bruikbare informatie verstrekt om een keuze te kunnen maken voor een (niet-gecontracteerde) zorgaanbieder.

Gelet op artikel 4, lid 1, juncto 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking, is hier sprake van een overtreding door De Friesland. De NZa is voornemens 5.1 lid 5 een aanwijzing op te leggen, op grond van artikel 76, van de Wmg. De aanwijzing houdt in dat 5.1 lid 5 verzekerden voorziet van bruikbare keuzeinformatie binnen een termijn van drie weken.

Voorts adviseert de NZa 5.1 lid 5 om beleid te voeren over de wijze waarop 5.1 lid 5 een verzoek om een hogere vergoeding behandelt. Hierbij geldt dat het gaat om een advies en geen onderdeel is van de aanwijzing.

Zienswijze

Alvorens te beslissen een aanwijzing op te leggen, stellen wij 5.1 lid 5 in de gelegenheid om uiterlijk binnen drie weken na dagtekening van deze brief een zienswijze te geven op de voorgenomen aanwijzing. Hierbij vermelden wij volledigheidshalve dat 5.1 lid 5 hiertoe niet verplicht is.

Indien wij binnen deze termijn geen reactie van 5.1 lid 5 ontvangen dan gaan wij ervan uit dat 5.1 lid 5 geen gebruik wenst te maken van de mogelijkheid uw zienswijze te geven op het voornemen een aanwijzing op te leggen.

U kunt een schriftelijke zienswijze per post of per e-mail sturen naar de NZa, onder vermelding van het kenmerk. De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd. Als 5.1 lid 5 de zienswijze mondeling wilt geven dan kunt u uiterlijk binnen 1 week contact opnemen met ons opnemen om daartoe een afspraak te maken.

Vragen

Heeft u naar aanleiding van deze brief vragen? Dan kunt u contact opnemen met **5.1 lid 2 sub e**
5.1 lid 2 sub e De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

5.1 lid 2 sub e

5.1 lid 2 sub e Toezicht Zorgverzekeraars
directie Toezicht

Van: [redacted]
Aan: 5.1 lid 2 sub e [redacted]
Cc: [redacted]
Onderwerp: voornemen tot aanwijzing [redacted] 5.1 lid 5
Datum: vrijdag 25 oktober 2024 16:04:00
Bijlagen: [image001.png](#)
[500398-1560998 Voornemen tot aanwijzing \[redacted\] 5.1 lid 5 .pdf](#)

Geachte [redacted] sub e [redacted],

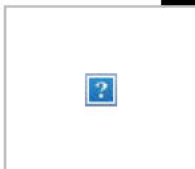
Zoals besproken in het overleg met [redacted] 5.1 lid 5 op 9 september 2024 naar aanleiding van ons informatieverzoek inzake artikel 13, Zvw, ontvangt u hierbij u een voornemen tot aanwijzing voor [redacted] 5.1 lid 5. U heeft de gelegenheid hierop te reageren. Daarna zal de NZa op basis van alle informatie beslissen welke vervolgstappen zijn aangewezen.

Met vriendelijke groet,

[redacted]
5.1 lid 2 sub e [redacted]

| Toezicht Zorgverzekeraars

Aanwezig op [redacted] 5.1 lid 2 sub e [redacted]



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)



5.1 lid 2 sub e en 5.1 lid 5

T.a.v.

Behandeld door

5.1 lid 2 sub e

Telefoonnummer

sub e

E-mailadres

info@nza.nl

Kenmerk

500398/1560998

Datum

25 oktober 2024

Onderwerp

Voornemen tot aanwijzing

5.1 lid 5

Geachte

5.1 lid 2 sub e

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 12 februari 2024 een verzoek ontvangen om handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars vanwege een overtreding van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (Regeling informatieverstrekking)¹. Naar aanleiding van dit verzoek heeft de NZa 5.1 lid 5

5.1 lid 5

op 15 april 2024 verzocht om informatie te sturen. Dit verzoek om informatie is op 8 mei mede namens 5.1 lid 5 beantwoord. Voorts heeft de NZa op 17 september 2024 met 5.1 lid 5 een gesprek gevoerd. Van dit gesprek is een zakelijk verslag opgesteld.

Voornemen tot aanwijzing

Uit ons onderzoek blijkt dat 5.1 lid 5 in zijn modelovereenkomsten geen hardheidsclausule hanteert. 5.1 lid 5 verstrekt verzekerden geen informatie over het hinderpaalcriterium of een verzoek om een hogere vergoeding in verband met een feitelijke hinderpaal in verband met duurdere vormen van zorg. Daarmee voldoet 5.1 lid 5 niet aan artikelen 4 en 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking.

Met deze brief informeren wij u over het voornemen van de NZa om 5.1 lid 5 een aanwijzing te geven op grond van artikel 76 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De aanwijzing houdt in dat 5.1 lid 5 de geconstateerde overtredingen moet beëindigen binnen drie weken.

Alvorens te beslissen een aanwijzing op te leggen stellen wij 5.1 lid 5 in de gelegenheid om uiterlijk binnen drie weken na dagtekening van deze brief een zienswijze te geven op de voorgenomen aanwijzing.

¹ Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, met kenmerk TH/NR-027. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_743668_22/

Hieronder lichten wij dit toe.

Aanleiding

De NZa heeft een verzoek tot handhaving van artikel 13, Zvw en de Regeling informatieverstrekking ontvangen. De verzoeker stelt – kort gezegd – in het verzoek het volgende:

- Verzoekers menen dat zorgverzekeraars in strijd handelen met artikel 13, Zvw en het kader dat ter zake in de jurisprudentie is ontwikkeld. Hierbij wordt onder meer gewezen op de uitspraak van de Hoge Raad, van 9 december 2022.² Verzoeker stelt dat zorgverzekeraars per 2023 niet hebben gekozen voor een fijnmaziger systeem van vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Daarbij hebben zorgverzekeraars hun generieke kortingspercentages gehandhaafd zonder uitzonderingen te maken voor duurdere vormen van zorg. Volgens verzoeker moet worden aangenomen dat een korting van meer dan EUR 200,- een hinderpaal oplevert voor de gemiddelde modale zorggebruiker.
- Zorgverzekeraars hanteren nauwelijks hardheidsclausules en de hardheidsclausules die wel bestaan voldoen niet. Namens diverse patiënten heeft verzoeker een beroep gedaan op een hardheidsclausule.
- Zorgverzekeraars concretiseren op geen enkele manier hoe deze hardheidsclausule in de praktijk wordt toegepast en welke gegevens een verzekerde moet aanleveren. Daartoe zijn zorgverzekeraars volgens de verzoeker wel toe gehouden op grond van de Regeling informatieverstrekking.

Onderzoek NZa

De NZa heeft onderzoek gedaan naar hetgeen door de verzoeker in het verzoek om handhaving is gesteld. Daartoe heeft de NZa 5.1 lid 5 op 15 april 2024 verzocht om informatie te sturen.

5.1 lid 5 heeft op 8 mei 2024 mede namens 5.1 lid 5 het verzoek om informatie beantwoord. De NZa heeft vervolgens 5.1 lid 5 uitgenodigd voor een gesprek, dat op 9 september 2024 plaatsvond. Van dit gesprek is een zakelijk verslag opgemaakt. In dat gesprek heeft de NZa aangegeven dat zij voornemens is een aanwijzing op te leggen. Daartoe zal de NZa 5.1 lid 5 een voornemen tot het geven van een aanwijzing sturen. Hierop kan 5.1 lid 5 reageren. De NZa zal daarna beslissen over de te nemen vervolgstappen.

Juridisch kader

Alvorens de conclusies van het onderzoek te presenteren gaat de NZa kort in op het juridisch kader. Dit kader is leidend bij de beoordeling van de feiten.

In artikel 13, lid 1, Zvw, is bepaald dat, indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.

² Hoge Raad, 9 december 2022. ECLI:NL:HR:2022:1789.

Artikel 13, lid 2, Zvw, bepaalt dat de zorgverzekeraar de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst opneemt.

Artikel 13, lid 4, Zvw, bepaalt dat de wijze waarop de vergoeding wordt berekend voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk is. Blijkens de wetsgeschiedenis beoogde de wetgever hiermee te bewerkstelligen dat de wijze van berekenen niet afhankelijk mag worden gemaakt van verzekerdenkenmerken. Dat staat de zorgverzekeraar overigens wel toe de hoogte van de vergoeding afhankelijk te maken van de situatie waarin de verzekerde zich bij het invoeren van de niet-gecontracteerde zorg bevond.³

In de jurisprudentie is over de toepassing van artikel 13 door de Hoge Raad onder meer, en voor de NZa leidend in het licht van het verzoek om handhaving, het volgende gesteld. Een zorgverzekeraar kan een generieke korting toepassen voor alle typen of vormen van niet-gecontracteerde zorg. Of en in hoeverre het hinderpaalcriterium zich in bepaalde gevallen verzet tegen een generieke korting kan slechts worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden, waaronder eventuele beleidsregels van de NZa. Daarbij is met name de hoogte van de kosten van desbetreffende vorm van zorg van belang. Een generiek kortingspercentage kan bij complexe en dure vormen van zorg immers resulteren in een relatief lage vergoeding die voor de gemiddelde ('modale') zorggebruiker een feitelijke hinderpaal kan opleveren, terwijl datzelfde kortingspercentage bij minder dure vormen van zorg niet leidt tot strijd met het hinderpaalcriterium.

Voorts is relevant dat de Hoge Raad heeft gesteld dat het antwoord op de vraag of sprake is van een hinderpaal het moment is dat de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verschillende omstandigheden kunnen hierbij worden meegenomen: de ondubbelzinnige toezegging van de verzekeraar dat een bepaald bedrag aan de verzekerde zal worden vergoed en of de zorgaanbieder op grond van een coulanceregeling een deel van de kosten voor eigen rekening neemt.

Op grond van artikel 16, b, Wmg, houdt de NZa toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars, waaronder de rechtmatige uitvoering van artikel 13, Zvw. Ter zake heeft de NZa in de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw⁴ onder meer gesteld dat vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

Op grond van artikel 114, lid 1, Zvw, zorgt de zorgverzekeraar ervoor dat zijn verzekeringsnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie.

Hieraan wordt door zorgverzekeraars uitvoering gegeven via de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. In artikel 20, van de Regeling informatieverstrekking heeft de NZa bepaald dat zorgverzekeraars de verzekerden moeten informeren over de mogelijkheid tot het indienen van een klacht of een verzoek tot heroverweging van een besluit.

³ Kamerstukken II, 2003-2004, 29 763, nr. 3, p. 109-110.

⁴ Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, met kenmerk TH/BR-025. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21832_22/1/

De Regeling informatieverstrekking bepaalt voorts in artikel 4, lid 1, dat informatie voor consumenten bruikbaar moet zijn, zodat zij hun keuze daarop kunnen baseren. Artikel 4, lid 2, van de Regeling informatieverstrekking bepaalt wanneer informatie bruikbaar is, doordat deze onder andere relevant is voor de zorgkeuze op dat moment. Artikel 10, lid 1, sub a, van de Regeling informatieverstrekking bepaalt dat als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde, de zorgverzekeraar dit meldt via zijn relevante openbare communicatiekanalen en dat de zorgverzekeraar hierbij de informatie vermeldt die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze.

Tenslotte, de NZa is op grond van artikel 76, Wmg bevoegd ter handhaving van het bepaalde bij of krachtens de artikelen 40, lid 3 en lid 4, en artikel 38, lid 7, Wmg een aanwijzing te geven, erop gericht dat aan het bepaalde bij of krachtens die artikelen wordt voldaan.

Op grond van artikel 77, Wmg, kan de NZa een zorgverzekeraar een aanwijzing opleggen ten aanzien van haar taak, bedoeld in artikel 16, onderdeel b, Wmg – de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars.

Beoordelingskader

De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Op grond van artikel 79, lid 1, in combinatie met artikel 3, lid 4, Wmg, geeft de NZa geen oordeel over de vraag of in een concreet geval een op grond van artikel 13, lid 1, Zvw toegekende vergoeding in strijd is met het hinderpaalcriterium.

Naar opvatting van de NZa is in eerste instantie een zorgverzekeraar gehouden om te borgen dat in lijn met artikel 13, lid 1, Zvw, een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg geen feitelijke hinderpaal oplevert. Zorgverzekeraars mogen hierbij uitgaan van een 'generiek kortingspercentage', of bijvoorbeeld uitgaan van lijsten met vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg waarin concrete bedragen genoemd zijn. Uit jurisprudentie volgt naar opvatting van de NZa dat een zorgverzekeraar die in zijn polisvoorwaarden heeft bepaald dat hij een vergoeding van 75% of hoger van het gemiddeld gecontracteerde tarief toekent voor niet-gecontracteerde zorg, deels de Zvw rechtmatig uitvoert. Immers, ook bij een dergelijk vergoedingspercentage heeft op basis van jurisprudentie te gelden dat bij duurdere vormen van zorg er voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal kan ontstaan. In het kader van de rechtmatige uitvoering van de Zvw zal de zorgverzekeraar hier in de uitvoering rekening mee moeten houden. Dat kan bijvoorbeeld door polisvoorwaarden fijnmazig vorm te geven, waarbij voor duurdere vormen van zorg een hoger vergoedingsbedrag van toepassing is. In dat geval zal de zorgverzekeraar aan de verzekerden moeten kunnen motiveren waarom een bepaald bedrag geen feitelijke hinderpaal oplevert. De zorgverzekeraar kan er ook voor kiezen om op andere wijze uitvoering te geven aan hetgeen in jurisprudentie is bepaald over het hinderpaalcriterium. Hierbij is voor de NZa leidend dat door de zorgverzekeraar aan de verzekerde een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid wordt aangeboden die hem in staat stelt een verzoek te doen om een hogere vergoeding.

Ook dient de zorgverzekeraar op grond van artikel 114 Zvw en artikel 20 van de Regeling informatieverstrekking, de verzekerde de mogelijkheid te bieden om een klacht of verzoek tot heroverweging in te dienen bij de zorgverzekeraar en dient de zorgverzekeraar de verzekerde te informeren over de mogelijkheid om een geschil aanhangig te maken bij de SKGZ.

Vergoedingen die lager zijn dan 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief zullen naar verwachting een feitelijke hinderpaal opleveren voor verzekerden.

Dat geldt voor zowel 'duurdere' als voor 'goedkopere' zorgvormen. In dat geval voeren zorgverzekeraars de Zvw rechtmatig uit door verzekerden een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid te bieden om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding, voor zowel 'duurdere' als 'goedkopere' zorgvormen. De motiveringsplicht die bij een vergoeding onder de 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief op de zorgverzekeraar rust, brengt met zich mee dat hij moet kunnen aangeven waarom die lagere vergoeding geen feitelijke hinderpaal oplevert. Hierbij verwacht de NZa dat de zorgverzekeraar ook rekening houdt met een stapeling van zorgkosten bij een in beginsel 'goedkopere' zorgvorm in het kader van een behandeling van de verzekerde. Ook hierbij geldt dat de zorgverzekeraar op grond van artikel 114 Zvw en artikel 20 van de Regeling informatieverstrekking, de verzekerde de mogelijkheid moet bieden om een klacht of verzoek tot heroverweging in te dienen bij de zorgverzekeraar en dient de zorgverzekeraar de verzekerde te informeren over de mogelijkheid om een geschil aanhangig te maken bij de SKGZ.

De NZa verwacht voorts van zorgverzekeraars dat zij verzoeken van verzekerden om een hogere vergoeding, een klacht of een verzoek tot heroverweging op redelijke wijze toetsen aan, en in lijn met, het bepaalde in jurisprudentie over het hinderpaalcriterium. Dit behelst dat de verzekeraar uitgaat van de modale zorggebruiker als maatman en handelt in lijn met artikel 13, lid 4, Zvw. De NZa adviseert zorgverzekeraars beleid te voeren, waarin zij aangeven hoe zij een verzoek om een hogere vergoeding toetsen en welke feiten en omstandigheden daarin worden meegewogen. Dit bevordert consistent handelen richting verzekerden. De wijze waarop de zorgverzekeraar bepaalt of er sprake is van een feitelijke hinderpaal voor de verzekerde om zich te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is aan de zorgverzekeraar zelf; immers, het gaat in artikel 13, lid 1, Zvw om een vergoeding die de zorgverzekeraar toekent aan de verzekerde indien die er voor kiest om zich niet te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De zorgverzekeraar kan hierbij bijvoorbeeld rekening houden met de uitkomsten van geschillenbeslechting van de SKGZ, of uitspraken van rechters.

Wat betreft informatieverstrekking geldt nog het volgende. Artikel 4, lid 1 en artikel 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking spreken van voor de consument bruikbare informatie om een keuze te kunnen maken. Hierbij gaat het ook om informatie die nodig is voor het kiezen van een zorgaanbieder. In het licht van artikel 13, Zvw, en de jurisprudentie, is voor de NZa leidend dat de zorgverzekeraar bruikbare informatie verschaft over a) de hoogte van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg en b) over dat en de wijze waarop de verzekerde een verzoek om een hogere vergoeding kan doen. Indien de zorgverzekeraar een hardheidsclausule toepast dan vermeldt de zorgverzekeraar dit eveneens, alsook de wijze waarop de verzekerde daarvan gebruik kan maken. Dit is overigens niet hetzelfde als de informatieverstrekking als bedoeld in artikel 13, lid 2, van de Zvw. De zorgverzekeraar kan daaraan voldoen door bijvoorbeeld in de polisvoorwaarden te vermelden dat de vergoeding gebaseerd is op een bepaald percentage van het gemiddelde gecontracteerde tarief, of door te verwijzen naar lijsten met vergoedingen op de website.

Conclusies onderzoek NZa

Uit het door de NZa verrichte onderzoek blijkt het volgende:

- **5.1 lid 5** hanteert in de modelovereenkomsten een maximumvergoeding voor zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders⁵. De maximumvergoedingen zijn gebaseerd op een percentage van de gemiddeld gecontracteerde tarieven voor de betreffende zorgvorm. Dit vergoedingspercentage is nooit lager dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

⁵ Polissen met 75% vergoeding van het gemiddeld gecontracteerd tarief **5.1 lid 5** en **5.1 lid 5**

- 5.1 lid 5 informeert verzekerden via de website over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg, maar biedt verzekerden, anders dan de reguliere klachtenprocedure, niet de mogelijkheid om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding van niet-gecontracteerde zorg bij bijvoorbeeld hogere zorgkosten bij duurdere vormen van zorg.
- 5.1 lid 5 heeft mede namens 5.1 lid 5 over 2023 7 verzoeken om een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg ontvangen. Deze verzoeken zijn niet toegekend 5.1 lid 5 hanteert geen beleid voor wat betreft de beoordeling van verzoeken om een hogere vergoeding.

Uit voorgaande blijkt dat 5.1 lid 5 verzekerden niet een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid biedt om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg, waarbij het ook kan gaan om een verzoek in verband met de kosten van duurdere vormen van zorg. Hieruit volgt eveneens dat 5.1 lid 5 de verzekerde geen bruikbare informatie verstrekt om een keuze te kunnen maken voor een (niet-gecontracteerde) zorgaanbieder.

Gelet op artikel 4, lid 1, juncto 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking, is hier sprake van een overtreding door 5.1 lid 5. De NZa is voornemens 5.1 lid 5 een aanwijzing op te leggen, op grond van artikel 76, van de Wmg. De aanwijzing houdt in dat 5.1 lid 5 verzekerden voorziet van bruikbare keuzeinformatie binnen een termijn van drie weken.

Voorts adviseert de NZa 5.1 lid 5 om beleid te voeren over de wijze waarop 5.1 lid 5 een verzoek om een hogere vergoeding behandelt. Hierbij geldt dat het gaat om een advies en geen onderdeel is van de aanwijzing.

Zienswijze

Alvorens te beslissen een aanwijzing op te leggen, stellen wij 5.1 lid 5 in de gelegenheid om uiterlijk binnen drie weken na dagtekening van deze brief een zienswijze te geven op de voorgenomen aanwijzing. Hierbij vermelden wij volledigheidshalve dat 5.1 lid 5 hiertoe niet verplicht is.

Indien wij binnen deze termijn geen reactie van 5.1 lid 5 ontvangen dan gaan wij ervan uit dat 5.1 lid 5 geen gebruik wenst te maken van de mogelijkheid uw zienswijze te geven op het voornemen een aanwijzing op te leggen.

U kunt een schriftelijke zienswijze per post of per e-mail sturen naar de NZa, onder vermelding van het kenmerk. De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd. Als 5.1 lid 5 de zienswijze mondeling wilt geven dan kunt u uiterlijk binnen 1 week contact opnemen met ons opnemen om daartoe een afspraak te maken.

Vragen

Heeft u naar aanleiding van deze brief vragen? Dan kunt u contact opnemen met 5.1 lid 2 sub e

5.1 lid 2 sub e

De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd.

Hoogachtend,

Nederlandse Zorgautoriteit. 5.1 lid 2 sub e

5.1 lid 2 sub e

Toezicht Zorgverzekeraars

directie Toezicht

Van: [redacted]
Aan: 5.1 lid 2 sub e [redacted]
Cc: [redacted]
Onderwerp: voornemen tot aanwijzing [redacted]
Datum: vrijdag 25 oktober 2024 16:03:00
Bijlagen: [500396-1561000 Voornemen tot aanwijzing - 5.1 lid 5 .pdf](#)
[image001.png](#)

Geachte 5.1 lid 2 sub e [redacted],

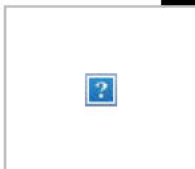
Zoals besproken in het overleg met 5.1 lid 5 [redacted] op 9 september 2024 naar aanleiding van ons informatieverzoek inzake artikel 13, Zvw, ontvangt u hierbij u een voornemen tot aanwijzing voor 5.1 lid 5 [redacted]. [redacted] heeft de gelegenheid hierop te reageren. Daarna zal de NZa op basis van alle informatie beslissen welke vervolgstappen zijn aangewezen.

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e [redacted]

| Toezicht Zorgverzekeraars

Aanwezig op 5.1 lid 2 sub e [redacted]



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)



5.1 lid 2 sub e en 5.1 lid 5

I.a.v

Behandeld door

5.1 lid 2 sub e

Telefoonnummer

5.1 lid 2 sub e

E-mailadres

info@nza.nl

Kenmerk

500396/1561000

Datum

25 oktober 2024

Onderwerp

Voornemen tot aanwijzing

5.1 lid 5

Geachte 5.1 lid 2 sub e

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 12 februari 2024 een verzoek ontvangen om handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars vanwege een overtreding van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (Regeling informatieverstrekking)¹. Naar aanleiding van dit verzoek heeft de NZa 5.1 lid 5 op 15 april 2024 verzocht om informatie te sturen. Voorts heeft de NZa op 17 september 2024 met 5.1 lid 5 een gesprek gevoerd. Van dit gesprek is een zakelijk verslag opgesteld.

Voornemen tot aanwijzing

Uit ons onderzoek blijkt dat 5.1 lid 5 in zijn modelovereenkomsten geen hardheidsclausule hanteert. 5.1 lid 5 verstrekt verzekerden geen informatie over het hinderpaalcriterium of een verzoek om een hogere vergoeding in verband met een feitelijke hinderpaal in verband met duurdere vormen van zorg. Daarmee voldoet 5.1 lid 5 niet aan artikelen 4 en 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking.

Met deze brief informeren wij u over het voornemen van de NZa om 5.1 lid 5 een aanwijzing te geven op grond van artikel 76 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De aanwijzing houdt in dat 5.1 lid 5 de geconstateerde overtredingen moet beëindigen binnen drie weken.

Alvorens te beslissen een aanwijzing op te leggen stellen wij 5.1 lid 5 in de gelegenheid om uiterlijk binnen drie weken na dagtekening van deze brief een zienswijze te geven op de voorgenomen aanwijzing.

¹ Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, met kenmerk TH/NR-027. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_743668_22/

Hieronder lichten wij dit toe.

Aanleiding

De NZa heeft een verzoek tot handhaving van artikel 13, Zvw en de Regeling informatieverstrekking ontvangen. De verzoeker stelt – kort gezegd – in het verzoek het volgende:

- Verzoekers menen dat zorgverzekeraars in strijd handelen met artikel 13, Zvw en het kader dat ter zake in de jurisprudentie is ontwikkeld. Hierbij wordt onder meer gewezen op de uitspraak van de Hoge Raad, van 9 december 2022.² Verzoeker stelt dat zorgverzekeraars per 2023 niet hebben gekozen voor een fijnmaziger systeem van vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Daarbij hebben zorgverzekeraars hun generieke kortingspercentages gehandhaafd zonder uitzonderingen te maken voor duurdere vormen van zorg. Volgens verzoeker moet worden aangenomen dat een korting van meer dan EUR 200,- een hinderpaal oplevert voor de gemiddelde modale zorggebruiker.
- Zorgverzekeraars hanteren nauwelijks hardheidsclausules en de hardheidsclausules die wel bestaan voldoen niet. Namens diverse patiënten heeft verzoeker een beroep gedaan op een hardheidsclausule.
- Zorgverzekeraars concretiseren op geen enkele manier hoe deze hardheidsclausule in de praktijk wordt toegepast en welke gegevens een verzekerde moet aanleveren. Daartoe zijn zorgverzekeraars volgens de verzoeker wel toe gehouden op grond van de Regeling informatieverstrekking.

Onderzoek NZa

De NZa heeft onderzoek gedaan naar hetgeen door de verzoeker in het verzoek om handhaving is gesteld. Daartoe heeft de NZa 5.1 lid 5 op 15 april 2024 verzocht om informatie te sturen.

5.1 lid 5 heeft op 8 mei 2024 het verzoek om informatie beantwoord. De NZa heeft vervolgens 5.1 lid 5 uitgenodigd voor een gesprek, dat op 9 september 2024 plaatsvond. Van dit gesprek is een zakelijk verslag opgemaakt. In dat gesprek heeft de NZa aangegeven dat zij voornemens is 5.1 lid 5 een aanwijzing op te leggen. Daartoe zal de NZa 5.1 lid 5 een voornemen tot het geven van een aanwijzing sturen. Hierop kan 5.1 lid 5 reageren. De NZa zal daarna beslissen over de te nemen vervolgstappen.

Juridisch kader

Alvorens de conclusies van het onderzoek te presenteren gaat de NZa kort in op het juridisch kader. Dit kader is leidend bij de beoordeling van de feiten.

In artikel 13, lid 1, Zvw, is bepaald dat, indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.

² Hoge Raad, 9 december 2022. ECLI:NL:HR:2022:1789.

Artikel 13, lid 2, Zvw, bepaalt dat de zorgverzekeraar de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst opneemt.

Artikel 13, lid 4, Zvw, bepaalt dat de wijze waarop de vergoeding wordt berekend voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk is. Blijkens de wetsgeschiedenis beoogde de wetgever hiermee te bewerkstelligen dat de wijze van berekenen niet afhankelijk mag worden gemaakt van verzekerdenkenmerken. Dat staat de zorgverzekeraar overigens wel toe de hoogte van de vergoeding afhankelijk te maken van de situatie waarin de verzekerde zich bij het inroepen van de niet-gecontracteerde zorg bevond.³

In de jurisprudentie is over de toepassing van artikel 13 door de Hoge Raad onder meer, en voor de NZa leidend in het licht van het verzoek om handhaving, het volgende gesteld. Een zorgverzekeraar kan een generieke korting toepassen voor alle typen of vormen van niet-gecontracteerde zorg. Of en in hoeverre het hinderpaalcriterium zich in bepaalde gevallen verzet tegen een generieke korting kan slechts worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden, waaronder eventuele beleidsregels van de NZa. Daarbij is met name de hoogte van de kosten van desbetreffende vorm van zorg van belang. Een generiek kortingspercentage kan bij complexe en dure vormen van zorg immers resulteren in een relatief lage vergoeding die voor de gemiddelde ('modale') zorggebruiker een feitelijke hinderpaal kan opleveren, terwijl datzelfde kortingspercentage bij minder dure vormen van zorg niet leidt tot strijd met het hinderpaalcriterium.

Voorts is relevant dat de Hoge Raad heeft gesteld dat het antwoord op de vraag of sprake is van een hinderpaal het moment is dat de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verschillende omstandigheden kunnen hierbij worden meegenomen: de ondubbelzinnige toezegging van de verzekeraar dat een bepaald bedrag aan de verzekerde zal worden vergoed en of de zorgaanbieder op grond van een coulanceregeling een deel van de kosten voor eigen rekening neemt.

Op grond van artikel 16, b, Wmg, houdt de NZa toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars, waaronder de rechtmatige uitvoering van artikel 13, Zvw. Ter zake heeft de NZa in de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw⁴ onder meer gesteld dat vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

Op grond van artikel 114, lid 1, Zvw, zorgt de zorgverzekeraar ervoor dat zijn verzekeringsnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie. Hieraan wordt door zorgverzekeraars uitvoering gegeven via de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. In artikel 20, van de Regeling informatieverstrekking heeft de NZa bepaald dat zorgverzekeraars de verzekerden moeten informeren over de mogelijkheid tot het indienen van een klacht of een verzoek tot heroverweging van een besluit.

³ Kamerstukken II, 2003-2004, 29 763, nr. 3, p. 109-110.

⁴ Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, met kenmerk TH/BR-025. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21832_22/1/

De Regeling informatieverstrekking bepaalt voorts in artikel 4, lid 1, dat informatie voor consumenten bruikbaar moet zijn, zodat zij hun keuze daarop kunnen baseren. Artikel 4, lid 2, van de Regeling informatieverstrekking bepaalt wanneer informatie bruikbaar is, doordat deze onder andere relevant is voor de zorgkeuze op dat moment. Artikel 10, lid 1, sub a, van de Regeling informatieverstrekking bepaalt dat als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde, de zorgverzekeraar dit meldt via zijn relevante openbare communicatiekanalen en dat de zorgverzekeraar hierbij de informatie vermeldt die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze.

Tenslotte, de NZa is op grond van artikel 76, Wmg bevoegd ter handhaving van het bepaalde bij of krachtens de artikelen 40, lid 3 en lid 4, en artikel 38, lid 7, Wmg een aanwijzing te geven, erop gericht dat aan het bepaalde bij of krachtens die artikelen wordt voldaan.

Op grond van artikel 77, Wmg, kan de NZa een zorgverzekeraar een aanwijzing opleggen ten aanzien van haar taak, bedoeld in artikel 16, onderdeel b, Wmg – de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars.

Beoordelingskader

De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Op grond van artikel 79, lid 1, in combinatie met artikel 3, lid 4, Wmg, geeft de NZa geen oordeel over de vraag of in een concreet geval een op grond van artikel 13, lid 1, Zvw toegekende vergoeding in strijd is met het hinderpaalcriterium.

Naar opvatting van de NZa is in eerste instantie een zorgverzekeraar gehouden om te borgen dat in lijn met artikel 13, lid 1, Zvw, een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg geen feitelijke hinderpaal oplevert. Zorgverzekeraars mogen hierbij uitgaan van een 'generiek kortingspercentage', of bijvoorbeeld uitgaan van lijsten met vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg waarin concrete bedragen genoemd zijn. Uit jurisprudentie volgt naar opvatting van de NZa dat een zorgverzekeraar die in zijn polisvoorwaarden heeft bepaald dat hij een vergoeding van 75% of hoger van het gemiddeld gecontracteerde tarief toekent voor niet-gecontracteerde zorg, deels de Zvw rechtmatig uitvoert. Immers, ook bij een dergelijk vergoedingspercentage heeft op basis van jurisprudentie te gelden dat bij duurdere vormen van zorg er voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal kan ontstaan. In het kader van de rechtmatige uitvoering van de Zvw zal de zorgverzekeraar hier in de uitvoering rekening mee moeten houden. Dat kan bijvoorbeeld door polisvoorwaarden fijnmazig vorm te geven, waarbij voor duurdere vormen van zorg een hoger vergoedingsbedrag van toepassing is. In dat geval zal de zorgverzekeraar aan de verzekerden moeten kunnen motiveren waarom een bepaald bedrag geen feitelijke hinderpaal oplevert. De zorgverzekeraar kan er ook voor kiezen om op andere wijze uitvoering te geven aan hetgeen in jurisprudentie is bepaald over het hinderpaalcriterium. Hierbij is voor de NZa leidend dat door de zorgverzekeraar aan de verzekerde een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid wordt aangeboden die hem in staat stelt een verzoek te doen om een hogere vergoeding. Ook dient de zorgverzekeraar op grond van artikel 114 Zvw en artikel 20 van de Regeling informatieverstrekking, de verzekerde de mogelijkheid te bieden om een klacht of verzoek tot heroverweging in te dienen bij de zorgverzekeraar en dient de zorgverzekeraar de verzekerde te informeren over de mogelijkheid om een geschil aanhangig te maken bij de SKGZ.

Vergoedingen die lager zijn dan 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief zullen naar verwachting een feitelijke hinderpaal opleveren voor verzekerden. Dat geldt voor zowel 'duurdere' als voor 'goedkopere' zorgvormen. In dat geval voeren zorgverzekeraars de Zvw rechtmatig uit door verzekerden een kenbare,

bruikbare en vindbare mogelijkheid te bieden om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding, voor zowel 'duurdere' als 'goedkopere' zorgvormen. De motiveringsplicht die bij een vergoeding onder de 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief op de zorgverzekeraar rust, brengt met zich mee dat hij moet kunnen aangeven waarom die lagere vergoeding geen feitelijke hinderpaal oplevert. Hierbij verwacht de NZa dat de zorgverzekeraar ook rekening houdt met een stapeling van zorgkosten bij een in beginsel 'goedkopere' zorgvorm in het kader van een behandeling van de verzekerde. Ook hierbij geldt dat de zorgverzekeraar op grond van artikel 114 Zvw en artikel 20 van de Regeling informatieverstrekking, de verzekerde de mogelijkheid moet bieden om een klacht of verzoek tot heroverweging in te dienen bij de zorgverzekeraar en dient de zorgverzekeraar de verzekerde te informeren over de mogelijkheid om een geschil aanhangig te maken bij de SKGZ.

De NZa verwacht voorts van zorgverzekeraars dat zij verzoeken van verzekerden om een hogere vergoeding, een klacht of een verzoek tot heroverweging op redelijke wijze toetsen aan, en in lijn met, het bepaalde in jurisprudentie over het hinderpaalcriterium. Dit behelst dat de verzekeraar uitgaat van de modale zorggebruiker als maatman en handelt in lijn met artikel 13, lid 4, Zvw. De NZa adviseert zorgverzekeraars beleid te voeren, waarin zij aangeven hoe zij een verzoek om een hogere vergoeding toetsen en welke feiten en omstandigheden daarin worden meegewogen. Dit bevordert consistent handelen richting verzekerden. De wijze waarop de zorgverzekeraar bepaalt of er sprake is van een feitelijke hinderpaal voor de verzekerde om zich te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is aan de zorgverzekeraar zelf; immers, het gaat in artikel 13, lid 1, Zvw om een vergoeding die de zorgverzekeraar toekent aan de verzekerde indien die er voor kiest om zich niet te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De zorgverzekeraar kan hierbij bijvoorbeeld rekening houden met de uitkomsten van geschillenbeslechting van de SKGZ, of uitspraken van rechters.

Wat betreft informatieverstrekking geldt nog het volgende. Artikel 4, lid 1 en artikel 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking spreken van voor de consument bruikbare informatie om een keuze te kunnen maken. Hierbij gaat het ook om informatie die nodig is voor het kiezen van een zorgaanbieder. In het licht van artikel 13, Zvw, en de jurisprudentie, is voor de NZa leidend dat de zorgverzekeraar bruikbare informatie verschaft over a) de hoogte van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg en b) over dat en de wijze waarop de verzekerde een verzoek om een hogere vergoeding kan doen. Indien de zorgverzekeraar een hardheidsclausule toepast dan vermeldt de zorgverzekeraar dit eveneens, alsook de wijze waarop de verzekerde daarvan gebruik kan maken. Dit is overigens niet hetzelfde als de informatieverstrekking als bedoeld in artikel 13, lid 2, van de Zvw. De zorgverzekeraar kan daaraan voldoen door bijvoorbeeld in de polisvoorwaarden te vermelden dat de vergoeding gebaseerd is op een bepaald percentage van het gemiddelde gecontracteerde tarief, of door te verwijzen naar lijsten met vergoedingen op de website.

Conclusies onderzoek NZa

Uit het door de NZa verrichte onderzoek blijkt het volgende:

- **5.1 lid 5** hanteert in de modelovereenkomsten een maximumvergoeding voor zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders⁵. De maximumvergoedingen zijn gebaseerd op een percentage van de gemiddeld gecontracteerde tarieven voor de betreffende zorgvorm. Dit vergoedingspercentage is nooit lager dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief.

⁵ Polissen met 75% vergoeding van het gemiddeld gecontracteerd tarief:

5.1 lid 5 Idem. voor de

5.1 lid 5

- 5.1 lid 5 informeert verzekerden via de website over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg, maar biedt verzekerden, anders dan de reguliere klachtenprocedure, niet de mogelijkheid om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding van niet-gecontracteerde zorg bij bijvoorbeeld hogere zorgkosten bij duurdere vormen van zorg.
- 5.1 lid 5 heeft over 2023 7 verzoeken om een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg ontvangen. Deze verzoeken zijn niet toegekend. 5.1 lid 5 hanteert geen beleid voor wat betreft de beoordeling van verzoeken om een hogere vergoeding.

Uit voorgaande blijkt dat 5.1 lid 5 verzekerden niet een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid biedt om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg, waarbij het ook kan gaan om een verzoek in verband met de kosten van duurdere vormen van zorg. Hieruit volgt eveneens dat 5.1 lid 5 de verzekerde geen bruikbare informatie verstrekt om een keuze te kunnen maken voor een (niet-gecontracteerde) zorgaanbieder.

Gelet op artikel 4, lid 1, juncto 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking, is hier sprake van een overtreding door 5.1 lid 5. De NZa is voornemens 5.1 lid 5 een aanwijzing op te leggen, op grond van artikel 76, van de Wmg. De aanwijzing houdt in dat 5.1 lid 5 verzekerden voorziet van bruikbare keuzeinformatie binnen een termijn van drie weken.

Voorts adviseert de NZa 5.1 lid 5 om beleid te voeren over de wijze waarop 5.1 lid 5 een verzoek om een hogere vergoeding behandelt. Hierbij geldt dat het gaat om een advies en geen onderdeel is van de aanwijzing.

Zienswijze

Alvorens te beslissen een aanwijzing op te leggen, stellen wij 5.1 lid 5 de gelegenheid om uiterlijk binnen drie weken na dagtekening van deze brief een zienswijze te geven op de voorgenomen aanwijzing. Hierbij vermelden wij volledigheidshalve dat 5.1 lid 5 hiertoe niet verplicht is.

Indien wij binnen deze termijn geen reactie van 5.1 lid 5 ontvangen dan gaan wij ervan uit dat 5.1 lid 5 geen gebruik wenst te maken van de mogelijkheid uw zienswijze te geven op het voornemen een aanwijzing op te leggen.

U kunt een schriftelijke zienswijze per post of per e-mail sturen naar de NZa, onder vermelding van het kenmerk. De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd. Als 5.1 lid 5 de zienswijze mondeling wilt geven dan kunt u uiterlijk binnen 1 week contact opnemen met ons opnemen om daartoe een afspraak te maken.

Vragen

Heeft u naar aanleiding van deze brief vragen? Dan kunt u contact opnemen met **5.1 lid 2 sub e**
5.1 lid 2 sub e De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

5.1 lid 2 sub e

directie Toezicht Zorgverzekeraars
directie Toezicht

Van: [REDACTED]
Aan: [REDACTED]
Cc: 5.1 lid 2 sub e [REDACTED]
Onderwerp: 479248-1568360 Afschrift besluit op handhavingsverzoek NZa artikel 13, lid 4, Zvw
Datum: donderdag 21 november 2024 15:36:00
Bijlagen: [479248-1568360 Besluit Stichting Handhaving Vrije Artsenkeuze.pdf](#)
[image001.png](#)

Geachte 5.1 lid 2 sub e [REDACTED],

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 12 februari 2024 een verzoek ontvangen om handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars vanwege een overtreding van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (Regeling informatieverstrekking).

De NZa heeft besloten het verzoek van de Stichting af te wijzen.
 De NZa heeft een aantal zorgverzekeraars een voornemen tot het geven van een aanwijzing opgelegd.
 Een afschrift van dit besluit treft u aan als bijlage bij deze brief.

Hoewel geen onderdeel van het verzoek om handhaving waarop dient te worden gereageerd met een besluit, geeft de NZa nog het volgende aan. De NZa ziet in de bevindingen van haar onderzoek naar aanleiding van het handhavingsverzoek aanleiding om haar beleid^[1] ten aanzien van de wijze waarop zij toezicht houdt op artikel 13, Zvw, aan te vullen.
 De NZa zal bij de aanpassing van het beleid de inhoud van dit besluit betrekken. Eveneens zal de NZa alle zorgverzekeraars hierover op zo kort mogelijke termijn informeren.

Voornemen tot publicatie

De NZa is transparant over haar beleid en de uitvoering daarvan, en hanteert daarom als uitgangspunt dat haar besluiten en handelen zoveel als mogelijk openbaar moeten zijn.

Wij hebben dan ook het voornemen om dit besluit op grond van artikel 3.1 van de Wet open overheid (Woo) openbaar te maken.

Dit door middel van publicatie van een afschrift hiervan, geschoond van persoonsgegevens, op het documentenplatform van de NZa:

<https://puc.overheid.nl/nza/>.

Voordat definitief tot publicatie wordt besloten, stellen wij u, als derde belanghebbende, graag in de gelegenheid om een zienswijze op dit voornemen kenbaar te maken.

U kunt uw eventuele zienswijzereactie binnen 14 dagen na dagtekening van dit bericht digitaal toezenden aan info@nza.nl. Vermeld u daarbij alstublieft het bovenstaande onderwerp.

Contact

Ik ga ervan uit dat ik u hiermee voldoende heb geïnformeerd. Indien u vragen heeft kunt u met mij contact opnemen.

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e

| Toezicht zorgverzekeraars

5.1 lid 2 sub e

Aanwezig op

5.1 lid 2 sub e



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#)

[1] Bedoeld wordt de beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, met kenmerk TH.BR-025. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21832_22/1/.

Van: 5.1 lid 2 sub e
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: 483084-1524568 Informatieverzoek 5.1 lid 5
Datum: maandag 15 april 2024 13:01:00
Bijlagen: [483084-1524568 Informatieverzoek](#) 5.1 lid 5 [pdf](#)
[image001.png](#)

Geachte heer/mevrouw,

Hierbij ontvangt u een informatieverzoek naar aanleiding van een handhavingsverzoek inzake mogelijke overtreding art. 13 Zvw bij de NZa.

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e

| Toezicht zorgverzekeraars

Aanwezig op 5.1 lid 2 sub e



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#)



5.1 lid 5

Raad van Bestuur

T.a.v.

5.1 lid 2 sub e

Uitsluitend aangetekend per e-mail verzonden:

5.1 lid 2 sub e

Onderwerp

Informatieverzoek

Behandeld door

5.1 lid 2 sub e

Telefoonnummer

5.1 lid 2 sub e

E-mailadres

5.1 lid 2 sub e @nza.nl

Kenmerk

483084/1524568

Datum

15 april 2024

Geachte

5.1 lid 2 sub e

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft een verzoek tot handhaving van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) ontvangen. Op grond van de beginselplicht tot handhaving is de NZa gehouden om het verzoek in behandeling te nemen, en, indien daar concrete aanleiding toe is, om nader onderzoek te doen. In het licht van dit onderzoek verzoekt de NZa u om informatie, middels deze brief. Dit wordt hierna toegelicht.

Verzoek tot handhaving

Het verzoek tot handhaving behelst, kort gezegd, dat de NZa wordt aangemaand handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars, vanwege handelen in strijd met artikel 13, Zvw. Op basis van artikel 13 van de Zvw mogen verzekerden met een zorgverzekering met gecontracteerd zorgaanbod een lagere vergoeding krijgen als ze naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaan. De vergoeding mag echter niet dusdanig laag zijn dat dat een feitelijke hinderpaal oplevert om zich te wenden tot een ongecontracteerde zorgaanbieder.

Verzoekers menen dat hun modelovereenkomstvoorwaarden en vergoedingsbeleid in strijd met is de uitleg die de wetgever en rechtspraak geeft aan artikel 13, Zvw. Hierbij wordt onder meer gewezen op de uitspraak van de Hoge Raad, van 9 december 2022. Eveneens overleggen verzoekers voorbeelden van verzoeken van verzekerden op toepassing van de hardheidsclausule en de reactie van diverse zorgverzekeraars daarop. Op grond daarvan menen verzoekers dat zorgverzekeraars de hardheidsclausule in strijd met voornoemde interpretatie van artikel 13, Zvw, toepassen. Tenslotte stellen verzoekers dat zorgverzekeraars in strijd handelen met artikel 10, van de NZa Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (met kenmerk: TH/NR-022), door inhoudelijk onjuiste en onbruikbare informatie te verstrekken over de vergoeding als bedoeld in artikel 13, Zvw, en de (toepassing van de) hardheidsclausule.

Achtergrond

Gezien de beginselplicht tot handhaving is de NZa gehouden nader onderzoek te doen naar vermeende overtredingen van wet- en regelgeving waar zij op toeziet. Uitgangspunt bij dit onderzoek is de NZa Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (met kenmerk: TH/BR-025). Ten aanzien van het toezicht op artikel 13, Zvw, heeft de NZa in artikel 8.4 en toelichting daarop, onder andere het volgende gesteld:

“8.4. Bij een zorgverzekering met een gecontracteerd zorgaanbod als bedoeld in artikel 13, eerste lid, Zvw, ontvangt de verzekerde een door de zorgverzekeraar te bepalen (al dan niet gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van de zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze vergoeding mag niet dusdanig zijn dat die een feitelijke hinderpaal opwerpt voor de verzekerde om zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Toelichting:

Op basis van die jurisprudentie is de NZa van oordeel dat vergoedingspercentages voor niet gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het door de NZa vastgestelde (maximum- of vaste) tarief voor de betreffende prestatie naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

Een dergelijke hardheidsclausule moet de verzekerde dan in een concreet geval de mogelijkheid geven om bij de zorgverzekeraar aanspraak te maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg. Uiteindelijk laat een eventueel oordeel dat een in een modelovereenkomst opgenomen percentage op voorhand niet in strijd kan worden geacht met artikel 13 Zvw, onverlet dat hierover in een concreet geval anders moet worden geoordeeld.”

Uit jurisprudentie van onder meer de Hoge Raad⁵ volgt onder andere dat of een generiek kortingspercentage een feitelijke hinderpaal oplevert moet worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden en op het moment waarop de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarbij is met name de hoogte van de kosten van de desbetreffende vorm van zorg van belang. Hierbij moet worden uitgegaan van de ‘gemiddelde, modale zorggebruiker’. Bij ‘feiten en omstandigheden’ spelen mee of de zorgverzekeraar een hardheidsclausule hanteert en toepast en of de zorgaanbieder een coulanceregeling aanbiedt en toepast.

Verzoek om informatie

Gelet op voornoemde verzoekt de NZa u om namens alle risicodragers binnen uw concern de volgende vragen te beantwoorden en waar nodig te voorzien van onderbouwing met behulp van bijvoorbeeld documentatie:

⁵ In het bijzonder Cassatie van de Hoge Raad, 9 december 2022, ECLI:NL:HR:2022:1789. Zie hier o.o. 3.4.2, 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3, 3.6.4, en 3.6.5.

Hoogte van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg

- 1) Hoe zorgt u dat de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg geen feitelijke hinderpaal oplevert? Hoe bepaalt u dit? Wij verzoeken u dit per risicodrager binnen uw concern en per modelovereenkomst aan te geven voor modelovereenkomsten waarbij een vergoedingsbeperking wordt toegepast voor niet gecontracteerde zorg.
- 2) Heeft u bij de vaststelling van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg rekening gehouden met de mogelijkheid dat met name bij duurdere vormen van zorg respectievelijk vormen van zorg met hoge kosten eerder sprake kan zijn van een feitelijke hinderpaal voor de modale zorggebruiker? Hoe heeft u dit meegewogen bij de vaststelling van de vergoeding? Wij verzoeken u dit per risicodrager binnen uw concern en per modelovereenkomst aan te geven. Graag ontvangen wij ter zake documentatie waaruit dit blijkt.

Hardheidsclausule: uitleg, informatieverstrekking en toepassing

Maakt u voor de vergoeding van niet gecontracteerde zorg gebruik van een hardheidsclausule zoals beschreven in onze Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025)? Wij verzoeken u deze en onderstaande vragen per risicodrager en per modelovereenkomst te beantwoorden. Indien informatieverstrekking voor een label of een merk op een afwijkende wijze plaatsvindt verzoeken wij u dit hier ook aan te geven.

Zo ja,

- 3) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over de mogelijkheid een beroep te doen op de hardheidsclausule, en via welk informatiekanaal?
 - a) Kunt u hierbij specifiek in gaan op:
 - i) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden, over welke informatie zij dienen aan te leveren bij een beroep op de hardheidsclausule?
 - ii) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over hoe het proces rondom een beroep op de hardheidsclausule verloopt (bijvoorbeeld: hoe kunnen zij een beroep indienen, wat zijn de beslistermijnen die de zorgverzekeraar hanteert)?
- 4) Hoe past u de hardheidsclausule in de praktijk toe? Wat is uw beleid voor het toepassen van de hardheidsclausule? Graag ontvangen wij dat beleid.
- 5) Indien de hardheidsclausule beperkt is tot maximaal 75% van het van het gemiddelde tarief waarvoor zorg is ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners): Hoe borgt u dat verzekerden in een concreet geval aanspraak kunnen maken op een hogere vergoeding ingeval dat vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg?
- 6) Wij verzoeken u een overzicht te verstrekken per modelovereenkomst met daarin, waar nodig voorzien van onderbouwing, de volgende informatie:
 - a) Hoe vaak is er in 2023 een beroep gedaan op de hardheidsclausule?
 - b) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek toegewezen? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - c) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek afgewezen? Waarom zijn deze afgewezen?
 - d) Is er een mogelijkheid om een herbeoordeling van het verzoek te vragen, dan wel bezwaar te maken tegen de beslissing van de zorgverzekeraar?
 - i) Zo ja:

- (1) In hoeveel gevallen is er bezwaar gemaakt tegen een afwijzing van het oorspronkelijke beroep op de hardheidsclausule?
- (2) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar toegekend? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
- (3) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar afgewezen? Wat zijn de redenen van afwijzing geweest?
- (4) Welke vervolgstappen biedt u verzekerden aan, bij afwijzing van het bezwaar? Kunt u aangeven in hoeveel gevallen daar gebruik van is gemaakt?
- e) Wij verzoeken u waar van toepassing een aantal geanonimiseerde brieven (tenminste 5) met betrekking tot voornoemde onderdelen te verstrekken.

Indien u geen gebruik maakt van een hardheidsclausule,

- 7) Hoe borgt u dat verzekerden in een concreet geval aanspraak kunnen maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet-gecontracteerde zorg?
- 8) Indien u verzekerden de op een andere wijze de mogelijkheid biedt een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg dan in de modelovereenkomstvoorwaarden vermeld is:
 - a) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden, over welke informatie zij dienen aan te leveren bij verzoek om een hogere vergoeding?
 - b) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over hoe het proces rondom een dergelijk verzoek er uit ziet? (bijvoorbeeld: hoe kunnen zij een verzoek indienen, wat zijn de beslistermijnen die de zorgverzekeraar hanteert)
 - c) Indien u verzekerden de mogelijkheid biedt een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg dan in de modelovereenkomstvoorwaarden vermeld is verzoeken wij u een overzicht te verstrekken met daarin, waar nodig voorzien van onderbouwing, de volgende informatie:
 - i) Hoe vaak is er in 2023 een verzoek gedaan om een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg (NB. Dit kan voorafgaand aan de behandeling, of nadien hebben plaatsgevonden)?
 - ii) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek toegewezen? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - iii) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek afgewezen? Waarom zijn deze afgewezen?
 - iv) Is er een mogelijkheid om een herbeoordeling van het verzoek te vragen, dan wel bezwaar te maken tegen de beslissing van de zorgverzekeraar?
 - (1) Zo ja:
 - (a) In hoeveel gevallen is er bezwaar gemaakt tegen een afwijzing van het oorspronkelijke verzoek om een hogere vergoeding?
 - (b) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar toegekend? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - (c) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar afgewezen? Wat zijn de redenen van afwijzing geweest?
 - (d) Welke vervolgstappen biedt u verzekerden aan, bij afwijzing van het bezwaar? Kunt u aangeven in hoeveel gevallen daar gebruik van is gemaakt?

- (e) Wij verzoeken u waar van toepassing een aantal geanonimiseerde brieven (tenminste 5) met betrekking tot voornoemde onderdelen te verstrekken.

Termijn voor en wijze van aanleveren informatie

Ik verzoek u de gevraagde informatie binnen vier weken na dagtekening van deze brief te verstrekken, ter attentie van 5.1 lid 2 sub e

Om ons op een veilige manier informatie te kunnen toesturen, vragen wij u om gebruik te maken van het online platform Zivver. U kunt een e-mail sturen naar dataloket@nza.nl, o.v.v. uw naam, een mobiel nummer (geen vast nummer in verband met een verificatie-sms), e-mailadres én het kenmerk van deze brief. U ontvangt vervolgens een uitnodigingslink om de informatie veilig met ons te kunnen delen.

Vermeldt u hierbij het kenmerk van deze brief.

Plicht tot meewerken

Op ons onderzoek en dit informatieverzoek zijn de bepalingen en de bevoegdheden van de Wet marktordening gezondheidszorg en Hoofdstuk 5 van de Algemene wet bestuursrecht van toepassing. Op grond van artikel 61 en 63 Wmg bent u verplicht om uw medewerking aan ons onderzoek te verlenen en om ons de gevraagde gegevens en inlichtingen volledig en naar waarheid te verstrekken.

Voor de volledigheid vermeld ik dat het niet verlenen van medewerking aan dit onderzoek kan leiden tot inzet van handhavingsinstrumenten.

Vragen

Indien u naar aanleiding van deze brief vragen heeft, dan kunt u contact opnemen met 5.1 lid 2 sub e. De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd.

Ik dank u bij voorbaat voor uw medewerking.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

5.1 lid 2 sub e

Toezicht zorgverzekeraars

Van: [redacted]
Aan: 5.1 lid 2 sub e
Cc: [redacted]
Onderwerp: voornemen tot aanwijzing [redacted] 5.1 lid 5
Datum: vrijdag 25 oktober 2024 16:13:00
Bijlagen: [500485-1560822 Voornemen tot aanwijzing - \[redacted\].pdf](#) 5.1 lid 5
[image001.png](#)

Geachte 5.1 lid 2 sub e,

Hierbij het al eerder in ons gesprek op 9 september 2024 besproken voornemen tot het geven van een aanwijzing. [redacted] heeft de gelegenheid hierop te reageren. Daarna zal de NZa op basis van alle informatie beslissen welke vervolgstappen aangewezen zijn.

5.1 lid 5

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e

| Toezicht Zorgverzekeraars

5.1 lid 2 sub e

Aanwezig op 5.1 lid 2 sub e



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)



5.1 lid 5

T.a.v.

5.1 lid 2 sub e

Behandeld door

5.1 lid 2 sub e

Telefoonnummer

sub e

E-mailadres

info@nza.nl

Kenmerk

500485/1560822

Datum

25 oktober 2024

Onderwerp

Voornemen tot aanwijzing

Geachte 5.1 lid 2 sub e

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 12 februari 2024 een verzoek ontvangen om handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars vanwege een overtreding van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (Regeling informatieverstrekking)¹. Naar aanleiding van dit verzoek heeft de NZa 5.1 lid 5

5.1 lid 5 op 15 april 2024 verzocht om informatie te sturen. Voorts heeft de NZa op 9 september 2024 met een gesprek gevoerd. Van dit gesprek is een zakelijk verslag opgemaakt.

Voornemen tot aanwijzing

Uit het onderzoek van de NZa blijkt dat 5.1 lid 5 geen informatie verstrekt over het hinderpaalcriterium of een verzoek om een hogere vergoeding in verband met een feitelijke hinderpaal. Daarmee voldoet 5.1 lid 5 niet aan artikelen 4 en 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking.

Met deze brief informeren wij u over het voornemen van de NZa om 5.1 lid 5 een aanwijzing te geven op grond van artikel 76 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De aanwijzing houdt in dat 5.1 lid 5 de geconstateerde overtredingen moet beëindigen binnen drie weken.

Alvorens te beslissen een aanwijzing op te leggen stellen wij 5.1 lid 5 in de gelegenheid om uiterlijk binnen drie weken na dagtekening van deze brief een zienswijze te geven op de voorgenomen aanwijzing.

Hieronder lichten wij dit toe.

¹ Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, met kenmerk TH/NR-027. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_743668_22/

Aanleiding

De NZa heeft een verzoek tot handhaving van artikel 13, Zvw en de Regeling informatieverstrekking ontvangen. De verzoeker stelt – kort gezegd – in het verzoek het volgende:

- Verzoekers menen dat zorgverzekeraars in strijd handelen met artikel 13, Zvw en het kader dat ter zake in de jurisprudentie is ontwikkeld. Hierbij wordt onder meer gewezen op de uitspraak van de Hoge Raad, van 9 december 2022.² Verzoeker stelt dat zorgverzekeraars per 2023 niet hebben gekozen voor een fijnmaziger systeem van vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Daarbij hebben zorgverzekeraars hun generieke kortingspercentages gehandhaafd zonder uitzonderingen te maken voor duurdere vormen van zorg. Volgens verzoeker moet worden aangenomen dat een korting van meer dan EUR 200,- een hinderpaal oplevert voor de gemiddelde modale zorggebruiker.
- Zorgverzekeraars hanteren nauwelijks hardheidsclausules en de hardheidsclausules die wel bestaan voldoen niet. Namens diverse patiënten heeft verzoeker een beroep gedaan op een hardheidsclausule.
- Zorgverzekeraars concretiseren op geen enkele manier hoe deze hardheidsclausule in de praktijk wordt toegepast en welke gegevens een verzekerde moet aanleveren. Daartoe zijn zorgverzekeraars volgens de verzoeker wel toe gehouden op grond van de Regeling informatieverstrekking.

Onderzoek NZa

De NZa heeft onderzoek gedaan naar hetgeen door de verzoeker in het verzoek om handhaving is gesteld. Daartoe heeft de NZa 5.1 lid 5 op 15 april 2024 verzocht om informatie te sturen. 5.1 lid 5 heeft op 6 mei 2024 het verzoek om informatie beantwoord. De NZa heeft vervolgens 5.1 lid 5 uitgenodigd voor een gesprek, dat op 9 september 2024 plaatsvond. Van dit gesprek is een zakelijk verslag opgemaakt. In dat gesprek heeft de NZa aangegeven dat zij voornemens is 5.1 lid 5 een aanwijzing op te leggen. Daartoe zal de NZa 5.1 lid 5 een voornemen tot het geven van een aanwijzing sturen. Hierop kan 5.1 lid 5 reageren. De NZa zal daarna beslissen over de te nemen vervolgstappen.

Juridisch kader

Alvorens de conclusies van het onderzoek te presenteren gaat de NZa kort in op het juridisch kader. Dit kader is leidend bij de beoordeling van de feiten.

In artikel 13, lid 1, Zvw, is bepaald dat, indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.

Artikel 13, lid 2, Zvw, bepaalt dat de zorgverzekeraar de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst opneemt.

Artikel 13, lid 4, Zvw, bepaalt dat de wijze waarop de vergoeding wordt berekend voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk is. Blijkens de wetsgeschiedenis beoogde de wetgever hiermee te bewerkstelligen dat de wijze van berekenen niet afhankelijk mag worden gemaakt van verzekerdenkenmerken. Dat staat de

² Hoge Raad, 9 december 2022. ECLI:NL:HR:2022:1789.

zorgverzekeraar overigens wel toe de hoogte van de vergoeding afhankelijk te maken van de situatie waarin de verzekerde zich bij het inroepen van de niet-gecontracteerde zorg bevond.³

In de jurisprudentie is over de toepassing van artikel 13 door de Hoge Raad onder meer, en voor de NZa leidend in het licht van het verzoek om handhaving, het volgende gesteld. Een zorgverzekeraar kan een generieke korting toepassen voor alle typen of vormen van niet-gecontracteerde zorg. Of en in hoeverre het hinderpaalcriterium zich in bepaalde gevallen verzet tegen een generieke korting kan slechts worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden, waaronder eventuele beleidsregels van de NZa. Daarbij is met name de hoogte van de kosten van desbetreffende vorm van zorg van belang. Een generiek kortingspercentage kan bij complexe en dure vormen van zorg immers resulteren in een relatief lage vergoeding die voor de gemiddelde ('modale') zorggebruiker een feitelijke hinderpaal kan opleveren, terwijl datzelfde kortingspercentage bij minder dure vormen van zorg niet leidt tot strijd met het hinderpaalcriterium.

Voorts is relevant dat de Hoge Raad heeft gesteld dat het antwoord op de vraag of sprake is van een hinderpaal het moment is dat de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verschillende omstandigheden kunnen hierbij worden meegenomen: de ondubbelzinnige toezegging van de verzekeraar dat een bepaald bedrag aan de verzekerde zal worden vergoed en of de zorgaanbieder op grond van een coulanceregeling een deel van de kosten voor eigen rekening neemt.

Op grond van artikel 16, b, Wmg, houdt de NZa toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars, waaronder de rechtmatige uitvoering van artikel 13, Zvw. Ter zake heeft de NZa in de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw⁴ onder meer gesteld dat vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

Op grond van artikel 114, lid 1, Zvw, zorgt de zorgverzekeraar ervoor dat zijn verzekeringsnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie. Hieraan wordt door zorgverzekeraars uitvoering gegeven via de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. In artikel 20, van de Regeling informatieverstrekking heeft de NZa bepaald dat zorgverzekeraars de verzekerden moeten informeren over de mogelijkheid tot het indienen van een klacht of een verzoek tot heroverweging van een besluit.

De Regeling informatieverstrekking bepaalt voorts in artikel 4, lid 1, dat informatie voor consumenten bruikbaar moet zijn, zodat zij hun keuze daarop kunnen baseren. Artikel 4, lid 2, van de Regeling informatieverstrekking bepaalt wanneer informatie bruikbaar is, doordat deze onder andere relevant is voor de zorgkeuze op dat moment. Artikel 10, lid 1, sub a, van de Regeling informatieverstrekking bepaalt dat als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde, de zorgverzekeraar dit meldt via zijn relevante openbare communicatiekanalen en dat

³ Kamerstukken II, 2003-2004, 29 763, nr. 3, p. 109-110.

⁴ Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, met kenmerk TH/BR-025. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21832_22/1/

de zorgverzekeraar hierbij de informatie vermeldt die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze.

Tenslotte, de NZa is op grond van artikel 76, Wmg bevoegd ter handhaving van het bepaalde bij of krachtens de artikelen 40, lid 3 en lid 4, en artikel 38, lid 7, Wmg een aanwijzing te geven, erop gericht dat aan het bepaalde bij of krachtens die artikelen wordt voldaan.

Op grond van artikel 77, Wmg, kan de NZa een zorgverzekeraar een aanwijzing opleggen ten aanzien van haar taak, bedoeld in artikel 16, onderdeel b, Wmg – de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars.

Beoordelingskader

De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Op grond van artikel 79, lid 1, in combinatie met artikel 3, lid 4, Wmg, geeft de NZa geen oordeel over de vraag of in een concreet geval een op grond van artikel 13, lid 1, Zvw toegekende vergoeding in strijd is met het hinderpaalcriterium.

Naar opvatting van de NZa is in eerste instantie een zorgverzekeraar gehouden om te borgen dat in lijn met artikel 13, lid 1, Zvw, een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg geen feitelijke hinderpaal oplevert. Zorgverzekeraars mogen hierbij uitgaan van een 'generiek kortingspercentage', of bijvoorbeeld uitgaan van lijsten met vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg waarin concrete bedragen genoemd zijn. Uit jurisprudentie volgt naar opvatting van de NZa dat een zorgverzekeraar die in zijn polisvoorwaarden heeft bepaald dat hij een vergoeding van 75% of hoger van het gemiddeld gecontracteerde tarief toekent voor niet-gecontracteerde zorg, deels de Zvw rechtmatig uitvoert. Immers, ook bij een dergelijk vergoedingspercentage heeft op basis van jurisprudentie te gelden dat bij duurdere vormen van zorg er voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal kan ontstaan. In het kader van de rechtmatige uitvoering van de Zvw zal de zorgverzekeraar hier in de uitvoering rekening mee moeten houden. Dat kan bijvoorbeeld door polisvoorwaarden fijnmazig vorm te geven, waarbij voor duurdere vormen van zorg een hoger vergoedingsbedrag van toepassing is. In dat geval zal de zorgverzekeraar aan de verzekerden moeten kunnen motiveren waarom een bepaald bedrag geen feitelijke hinderpaal oplevert. De zorgverzekeraar kan er ook voor kiezen om op andere wijze uitvoering te geven aan hetgeen in jurisprudentie is bepaald over het hinderpaalcriterium. Hierbij is voor de NZa leidend dat door de zorgverzekeraar aan de verzekerde een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid wordt aangeboden die hem in staat stelt een verzoek te doen om een hogere vergoeding. Ook dient de zorgverzekeraar op grond van artikel 114 Zvw en artikel 20 van de Regeling informatieverstrekking, de verzekerde de mogelijkheid te bieden om een klacht of verzoek tot heroverweging in te dienen bij de zorgverzekeraar en dient de zorgverzekeraar de verzekerde te informeren over de mogelijkheid om een geschil aanhangig te maken bij de SKGZ.

Vergoedingen die lager zijn dan 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief zullen naar verwachting een feitelijke hinderpaal opleveren voor verzekerden. Dat geldt voor zowel 'duurdere' als voor 'goedkopere' zorgvormen. In dat geval voeren zorgverzekeraars de Zvw rechtmatig uit door verzekerden een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid te bieden om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding, voor zowel 'duurdere' als 'goedkopere' zorgvormen. De motiveringsplicht die bij een vergoeding onder de 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief op de zorgverzekeraar rust, brengt met zich mee dat hij moet kunnen aangeven waarom die lagere vergoeding geen feitelijke hinderpaal oplevert. Hierbij verwacht de NZa dat de zorgverzekeraar ook rekening houdt met een stapeling van zorgkosten bij een in beginsel 'goedkopere' zorgvorm in het kader van een behandeling van de verzekerde. Ook hierbij geldt dat de zorgverzekeraar op grond van artikel 114 Zvw en artikel 20 van de Regeling informatieverstrekking, de

verzekerde de mogelijkheid moet bieden om een klacht of verzoek tot heroverweging in te dienen bij de zorgverzekeraar en dient de zorgverzekeraar de verzekerde te informeren over de mogelijkheid om een geschil aanhangig te maken bij de SKGZ.

De NZa verwacht voorts van zorgverzekeraars dat zij verzoeken van verzekerden om een hogere vergoeding, een klacht of een verzoek tot heroverweging op redelijke wijze toetsen aan, en in lijn met, het bepaalde in jurisprudentie over het hinderpaalcriterium. Dit behelst dat de verzekeraar uitgaat van de modale zorggebruiker als maatman en handelt in lijn met artikel 13, lid 4, Zvw. De NZa adviseert zorgverzekeraars beleid te voeren, waarin zij aangeven hoe zij een verzoek om een hogere vergoeding toetsen en welke feiten en omstandigheden daarin worden meegewogen. Dit bevordert consistent handelen richting verzekerden. De wijze waarop de zorgverzekeraar bepaalt of er sprake is van een feitelijke hinderpaal voor de verzekerde om zich te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is aan de zorgverzekeraar zelf; immers, het gaat in artikel 13, lid 1, Zvw om een vergoeding die de zorgverzekeraar toekent aan de verzekerde indien die er voor kiest om zich niet te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De zorgverzekeraar kan hierbij bijvoorbeeld rekening houden met de uitkomsten van geschillenbeslechting van de SKGZ, of uitspraken van rechters.

Wat betreft informatieverstrekking geldt nog het volgende. Artikel 4, lid 1 en artikel 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking spreken van voor de consument bruikbare informatie om een keuze te kunnen maken. Hierbij gaat het ook om informatie die nodig is voor het kiezen van een zorgaanbieder. In het licht van artikel 13, Zvw, en de jurisprudentie, is voor de NZa leidend dat de zorgverzekeraar bruikbare informatie verschaft over a) de hoogte van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg en b) over dat en de wijze waarop de verzekerde een verzoek om een hogere vergoeding kan doen. Indien de zorgverzekeraar een hardheidsclausule toepast dan vermeldt de zorgverzekeraar dit eveneens, alsook de wijze waarop de verzekerde daarvan gebruik kan maken. Dit is overigens niet hetzelfde als de informatieverstrekking als bedoeld in artikel 13, lid 2, van de Zvw. De zorgverzekeraar kan daaraan voldoen door bijvoorbeeld in de polisvoorwaarden te vermelden dat de vergoeding gebaseerd is op een bepaald percentage van het gemiddelde gecontracteerde tarief, of door te verwijzen naar lijsten met vergoedingen op de website.

Conclusies onderzoek NZa

Uit het door de NZa verrichte onderzoek blijkt het volgende:

- **5.1 lid 5** hanteert in de modelovereenkomsten een maximumvergoeding voor zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders⁵. De maximumvergoedingen zijn gebaseerd op een percentage van de gemiddeld gecontracteerde tarieven voor de betreffende zorgvorm.
- **5.1 lid 5** informeert verzekerden via de website over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg, maar biedt verzekerden, anders dan de reguliere klachtenprocedure, niet de mogelijkheid om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Ook niet in verband met duurdere vormen van zorg.
- **5.1 lid 5** heeft over geheel 2023 geen verzoek om een hogere vergoeding ontvangen. **5.1 lid 5** voert geen beleid ten aanzien van de behandeling van verzoeken om een hogere vergoeding.

⁵ **5.1 lid 5** en **5.1 lid 5** De tarieven zijn geplaatst op de websites van **5.1 lid 5** De percentages variëren van 70% voor wijkverpleging tot 100% voor huisartsenzorg.

Uit voorgaande blijkt dat 5.1 lid 5 verzekerden niet een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid biedt om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Hieruit volgt eveneens dat 5.1 lid 5 de verzekerde geen bruikbare informatie verstrekt om een keuze te kunnen maken voor een (niet-gecontracteerde) zorgaanbieder.

Gelet op artikel 4, lid 1, juncto 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking, is hier sprake van een overtreding door 5.1 lid 5. De NZa is voornemens 5.1 lid 5 een aanwijzing op te leggen, op grond van artikel 76, van de Wmg. De aanwijzing houdt in dat 5.1 lid 5 verzekerden voorziet van bruikbare keuzeinformatie binnen een termijn van drie weken.

Voorts adviseert de NZa 5.1 lid 5 om beleid te voeren over de wijze waarop 5.1 lid 5 een verzoek om een hogere vergoeding behandelt. Hierbij geldt dat het gaat om een advies en geen onderdeel is van de aanwijzing.

Zienswijze

Alvorens te beslissen een aanwijzing op te leggen, stellen wij 5.1 lid 5 in de gelegenheid om uiterlijk binnen drie weken na dagtekening van deze brief een zienswijze te geven op de voorgenomen aanwijzing. Hierbij vermelden wij volledigheidshalve dat 5.1 lid 5 hiertoe niet verplicht is.

Indien wij binnen deze termijn geen reactie van 5.1 lid 5 ontvangen dan gaan wij ervan uit dat 5.1 lid 5 geen gebruik wenst te maken van de mogelijkheid uw zienswijze te geven op het voornemen een aanwijzing op te leggen.

U kunt een schriftelijke zienswijze per post of per e-mail sturen naar de NZa, onder vermelding van het kenmerk. De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd. Als 5.1 lid 5 de zienswijze mondeling wilt geven dan kunt u uiterlijk binnen 1 week contact opnemen met ons opnemen om daartoe een afspraak te maken.

Vragen

Heeft u naar aanleiding van deze brief vragen? Dan kunt u contact opnemen met 5.1 lid 2 sub e. De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

5.1 lid 2 sub e

Toezicht Zorgverzekeraars
directie Toezicht

Van: [REDACTED]
Aan: 5.1 lid 2 sub e
Cc: [REDACTED]
Onderwerp: 479248-1568360 Afschrift besluit op handhavingsverzoek NZa artikel 13, lid 4, Zvw
Datum: donderdag 21 november 2024 15:35:00
Bijlagen: [479248-1568360 Besluit Stichting Handhaving Vrije Artsenkeuze.pdf](#)
[image001.png](#)

Geachte 5.1 lid 2 sub e,

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 12 februari 2024 een verzoek ontvangen om handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars vanwege een overtreding van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (Regeling informatieverstrekking).

De NZa heeft besloten het verzoek van de Stichting af te wijzen.
 De NZa heeft een aantal zorgverzekeraars een voornemen tot het geven van een aanwijzing opgelegd.
 Een afschrift van dit besluit treft u aan als bijlage bij deze brief.

Hoewel geen onderdeel van het verzoek om handhaving waarop dient te worden gereageerd met een besluit, geeft de NZa nog het volgende aan. De NZa ziet in de bevindingen van haar onderzoek naar aanleiding van het handhavingsverzoek aanleiding om haar beleid^[1] ten aanzien van de wijze waarop zij toezicht houdt op artikel 13, Zvw, aan te vullen.
 De NZa zal bij de aanpassing van het beleid de inhoud van dit besluit betrekken. Eveneens zal de NZa alle zorgverzekeraars hierover op zo kort mogelijke termijn informeren.

Voornemen tot publicatie

De NZa is transparant over haar beleid en de uitvoering daarvan, en hanteert daarom als uitgangspunt dat haar besluiten en handelen zoveel als mogelijk openbaar moeten zijn.

Wij hebben dan ook het voornemen om dit besluit op grond van artikel 3.1 van de Wet open overheid (Woo) openbaar te maken.

Dit door middel van publicatie van een afschrift hiervan, geschoond van persoonsgegevens, op het documentenplatform van de NZa:

<https://puc.overheid.nl/nza/>.

Voordat definitief tot publicatie wordt besloten, stellen wij u, als derde belanghebbende, graag in de gelegenheid om een zienswijze op dit voornemen kenbaar te maken.

U kunt uw eventuele zienswijzereactie binnen 14 dagen na dagtekening van dit bericht digitaal toezenden aan info@nza.nl. Vermeld u daarbij alstublieft het bovenstaande onderwerp.

Contact

Ik ga ervan uit dat ik u hiermee voldoende heb geïnformeerd. Indien u vragen heeft kunt u met mij contact opnemen.

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e

Toezicht zorgverzekeraars

5.1 lid 2 sub e

Aanwezig op

5.1 lid 2 sub e



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#)

[1] Bedoeld wordt de beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, met kenmerk TH.BR-025. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21832_22/1/.

Van: [redacted]
Aan: 5.1 lid 2 sub e [redacted]
Onderwerp: 483084-1524568 Informatieverzoek 5.1 lid 5
Datum: maandag 15 april 2024 13:09:00
Bijlagen: [483084-1524568 Informatieverzoek 5.1 lid 5 .pdf](#)
[image001.png](#)

Geachte heer/mevrouw,

Hierbij ontvangt u een informatieverzoek naar aanleiding van een handhavingsverzoek inzake mogelijke overtreding art. 13 Zvw.

Met vriendelijke groet,

[redacted]
5.1 lid 2 sub e

| Toezicht zorgverzekeraars

[redacted]
5.1 lid 2 sub e

Aanwezig op [redacted]
5.1 lid 2 sub e



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#)



T.a.v. 5.1 lid 2 sub
e en 5.1 lid 5

Uitsluitend aangetekend per e-mail verzonden:

5.1 lid 2 sub e

Onderwerp
Informatieverzoek

Behandeld door

5.1 lid 2 sub e

Telefoonnummer

5.1 lid 2 sub e

E-mailadres

5.1 lid 2 sub e@nza.nl

Kenmerk

483084/1524568

Datum

15 april 2024

Geachte 5.1 lid 2 sub e

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft een verzoek tot handhaving van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) ontvangen. Op grond van de beginselplicht tot handhaving is de NZa gehouden om het verzoek in behandeling te nemen, en, indien daar concrete aanleiding toe is, om nader onderzoek te doen. In het licht van dit onderzoek verzoekt de NZa u om informatie, middels deze brief. Dit wordt hierna toegelicht.

Verzoek tot handhaving

Het verzoek tot handhaving behelst, kort gezegd, dat de NZa wordt aangemaand handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars, vanwege handelen in strijd met artikel 13, Zvw. Op basis van artikel 13 van de Zvw mogen verzekerden met een zorgverzekering met gecontracteerd zorgaanbod een lagere vergoeding krijgen als ze naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaan. De vergoeding mag echter niet dusdanig laag zijn dat dat een feitelijke hinderpaal oplevert om zich te wenden tot een ongecontracteerde zorgaanbieder.

Verzoekers menen dat hun modelovereenkomstvoorwaarden en vergoedingsbeleid in strijd met is de uitleg die de wetgever en rechtspraak geeft aan artikel 13, Zvw. Hierbij wordt onder meer gewezen op de uitspraak van de Hoge Raad, van 9 december 2022. Eveneens overleggen verzoekers voorbeelden van verzoeken van verzekerden op toepassing van de hardheidsclausule en de reactie van diverse zorgverzekeraars daarop. Op grond daarvan menen verzoekers dat zorgverzekeraars de hardheidsclausule in strijd met voornoemde interpretatie van artikel 13, Zvw, toepassen. Tenslotte stellen verzoekers dat zorgverzekeraars in strijd handelen met artikel 10, van de NZa Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (met kenmerk: TH/NR-022), door inhoudelijk onjuiste en onbruikbare informatie te verstrekken over de vergoeding als bedoeld in artikel 13, Zvw, en de (toepassing van de) hardheidsclausule.

Achtergrond

Gezien de beginselplicht tot handhaving is de NZa gehouden nader onderzoek te doen naar vermeende overtredingen van wet- en regelgeving waar zij op toeziet. Uitgangspunt bij dit onderzoek is de NZa Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (met kenmerk: TH/BR-025). Ten aanzien van het toezicht op artikel 13, Zvw, heeft de NZa in artikel 8.4 en toelichting daarop, onder andere het volgende gesteld:

“8.4. Bij een zorgverzekering met een gecontracteerd zorgaanbod als bedoeld in artikel 13, eerste lid, Zvw, ontvangt de verzekerde een door de zorgverzekeraar te bepalen (al dan niet gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van de zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze vergoeding mag niet dusdanig zijn dat die een feitelijke hinderpaal opwerpt voor de verzekerde om zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Toelichting:

Op basis van die jurisprudentie is de NZa van oordeel dat vergoedingspercentages voor niet gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het door de NZa vastgestelde (maximum- of vaste) tarief voor de betreffende prestatie naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

Een dergelijke hardheidsclausule moet de verzekerde dan in een concreet geval de mogelijkheid geven om bij de zorgverzekeraar aanspraak te maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg. Uiteindelijk laat een eventueel oordeel dat een in een modelovereenkomst opgenomen percentage op voorhand niet in strijd kan worden geacht met artikel 13 Zvw, onverlet dat hierover in een concreet geval anders moet worden geoordeeld.”

Uit jurisprudentie van onder meer de Hoge Raad¹⁰ volgt onder andere dat of een generiek kortingspercentage een feitelijke hinderpaal oplevert moet worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden en op het moment waarop de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarbij is met name de hoogte van de kosten van de desbetreffende vorm van zorg van belang. Hierbij moet worden uitgegaan van de ‘gemiddelde, modale zorggebruiker’. Bij ‘feiten en omstandigheden’ spelen mee of de zorgverzekeraar een hardheidsclausule hanteert en toepast en of de zorgaanbieder een coulanceregeling aanbiedt en toepast.

Verzoek om informatie

Gelet op voornoemde verzoekt de NZa u om namens alle risicodragers binnen uw concern de volgende vragen te beantwoorden en waar nodig te voorzien van onderbouwing met behulp van bijvoorbeeld documentatie:

¹⁰ In het bijzonder Cassatie van de Hoge Raad, 9 december 2022, ECLI:NL:HR:2022:1789. Zie hier r.o. 3.4.2, 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3, 3.6.4, en 3.6.5.

Hoogte van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg

- 1) Hoe zorgt u dat de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg geen feitelijke hinderpaal oplevert? Hoe bepaalt u dit? Wij verzoeken u dit per risicodragers binnen uw concern en per modelovereenkomst aan te geven voor modelovereenkomsten waarbij een vergoedingsbeperking wordt toegepast voor niet gecontracteerde zorg.
- 2) Heeft u bij de vaststelling van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg rekening gehouden met de mogelijkheid dat met name bij duurdere vormen van zorg respectievelijk vormen van zorg met hoge kosten eerder sprake kan zijn van een feitelijke hinderpaal voor de modale zorggebruiker? Hoe heeft u dit meegewogen bij de vaststelling van de vergoeding? Wij verzoeken u dit per risicodragers binnen uw concern en per modelovereenkomst aan te geven. Graag ontvangen wij ter zake documentatie waaruit dit blijkt.

Hardheidsclausule: uitleg, informatieverstrekking en toepassing

Maakt u voor de vergoeding van niet gecontracteerde zorg gebruik van een hardheidsclausule zoals beschreven in onze Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025)? Wij verzoeken u deze en onderstaande vragen per risicodragers en per modelovereenkomst te beantwoorden. Indien informatieverstrekking voor een label of een merk op een afwijkende wijze plaatsvindt verzoeken wij u dit hier ook aan te geven.

Zo ja,

- 3) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over de mogelijkheid een beroep te doen op de hardheidsclausule, en via welk informatiekanaal?
 - a) Kunt u hierbij specifiek in gaan op:
 - i) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden, over welke informatie zij dienen aan te leveren bij een beroep op de hardheidsclausule?
 - ii) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over hoe het proces rondom een beroep op de hardheidsclausule verloopt (bijvoorbeeld: hoe kunnen zij een beroep indienen, wat zijn de beslistermijnen die de zorgverzekeraar hanteert)?
- 4) Hoe past u de hardheidsclausule in de praktijk toe? Wat is uw beleid voor het toepassen van de hardheidsclausule? Graag ontvangen wij dat beleid.
- 5) Indien de hardheidsclausule beperkt is tot maximaal 75% van het van het gemiddelde tarief waarvoor zorg is ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners): Hoe borgt u dat verzekerden in een concreet geval aanspraak kunnen maken op een hogere vergoeding ingeval dat vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg?
- 6) Wij verzoeken u een overzicht te verstrekken per modelovereenkomst met daarin, waar nodig voorzien van onderbouwing, de volgende informatie:
 - a) Hoe vaak is er in 2023 een beroep gedaan op de hardheidsclausule?
 - b) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek toegewezen? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - c) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek afgewezen? Waarom zijn deze afgewezen?
 - d) Is er een mogelijkheid om een herbeoordeling van het verzoek te vragen, dan wel bezwaar te maken tegen de beslissing van de zorgverzekeraar?
 - i) Zo ja:

- (1) In hoeveel gevallen is er bezwaar gemaakt tegen een afwijzing van het oorspronkelijke beroep op de hardheidsclausule?
 - (2) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar toegekend? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - (3) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar afgewezen? Wat zijn de redenen van afwijzing geweest?
 - (4) Welke vervolgstappen biedt u verzekerden aan, bij afwijzing van het bezwaar? Kunt u aangeven in hoeveel gevallen daar gebruik van is gemaakt?
- e) Wij verzoeken u waar van toepassing een aantal geanonimiseerde brieven (tenminste 5) met betrekking tot voornoemde onderdelen te verstrekken.

Indien u geen gebruik maakt van een hardheidsclausule,

- 7) Hoe borgt u dat verzekerden in een concreet geval aanspraak kunnen maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet-gecontracteerde zorg?
- 8) Indien u verzekerden de op een andere wijze de mogelijkheid biedt een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg dan in de modelovereenkomstvoorwaarden vermeld is:
 - a) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden, over welke informatie zij dienen aan te leveren bij verzoek om een hogere vergoeding?
 - b) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over hoe het proces rondom een dergelijk verzoek er uit ziet? (bijvoorbeeld: hoe kunnen zij een verzoek indienen, wat zijn de beslistermijnen die de zorgverzekeraar hanteert)
 - c) Indien u verzekerden de mogelijkheid biedt een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg dan in de modelovereenkomstvoorwaarden vermeld is verzoeken wij u een overzicht te verstrekken met daarin, waar nodig voorzien van onderbouwing, de volgende informatie:
 - i) Hoe vaak is er in 2023 een verzoek gedaan om een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg (NB. Dit kan voorafgaand aan de behandeling, of nadien hebben plaatsgevonden)?
 - ii) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek toegewezen? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - iii) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek afgewezen? Waarom zijn deze afgewezen?
 - iv) Is er een mogelijkheid om een herbeoordeling van het verzoek te vragen, dan wel bezwaar te maken tegen de beslissing van de zorgverzekeraar?
 - (1) Zo ja:
 - (a) In hoeveel gevallen is er bezwaar gemaakt tegen een afwijzing van het oorspronkelijke verzoek om een hogere vergoeding?
 - (b) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar toegekend? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - (c) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar afgewezen? Wat zijn de redenen van afwijzing geweest?
 - (d) Welke vervolgstappen biedt u verzekerden aan, bij afwijzing van het bezwaar? Kunt u aangeven in hoeveel gevallen daar gebruik van is gemaakt?

- (e) Wij verzoeken u waar van toepassing een aantal geanonimiseerde brieven (tenminste 5) met betrekking tot voornoemde onderdelen te verstrekken.

Termijn voor en wijze van aanleveren informatie

Ik verzoek u de gevraagde informatie binnen vier weken na dagtekening van deze brief te verstrekken, ter attentie van [REDACTED] 5.1 lid 2 sub e

Om ons op een veilige manier informatie te kunnen toesturen, vragen wij u om gebruik te maken van het online platform Zivver. U kunt een e-mail sturen naar dataloket@nza.nl, o.v.v. uw naam, een mobiel nummer (geen vast nummer in verband met een verificatie-sms), e-mailadres én het kenmerk van deze brief. U ontvangt vervolgens een uitnodigingslink om de informatie veilig met ons te kunnen delen.

Vermeldt u hierbij het kenmerk van deze brief.

Plicht tot meewerken

Op ons onderzoek en dit informatieverzoek zijn de bepalingen en de bevoegdheden van de Wet marktordening gezondheidszorg en Hoofdstuk 5 van de Algemene wet bestuursrecht van toepassing. Op grond van artikel 61 en 63 Wmg bent u verplicht om uw medewerking aan ons onderzoek te verlenen en om ons de gevraagde gegevens en inlichtingen volledig en naar waarheid te verstrekken.

Voor de volledigheid vermeld ik dat het niet verlenen van medewerking aan dit onderzoek kan leiden tot inzet van handhavingsinstrumenten.

Vragen

Indien u naar aanleiding van deze brief vragen heeft, dan kunt u contact opnemen met [REDACTED]

5.1 lid 2 sub e

5.1 lid 2 sub e

[REDACTED] De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd.

Ik dank u bij voorbaat voor uw medewerking.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit, [REDACTED]

5.1 lid 2 sub e

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED] Toezicht zorgverzekeraars

Van: 5.1 lid 2 sub e
Aan:
Cc:
Onderwerp: RE: Gespreksverslag NZa van 17-09-24 5.1 lid 5
Datum: maandag 28 oktober 2024 09:50:00
Bijlagen: [image001.png](#)

Beste 5.1 lid 2 sub e

Dank voor uw reactie.

Wij zien de aanvullingen komende week tegemoet en zullen deze in het verslag verwerken. Dit wordt meegenomen in het dossier.

De voorgenomen aanwijzing is reeds op vrijdag 25 oktober jl. verstuurd. wordt in de gelegenheid gesteld om ook daar nog op te reageren. 5.1 lid 5

Ik zal u het aangepaste gespreksverslag de komende tijd toesturen.

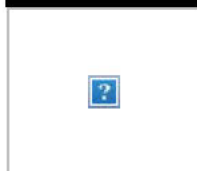
Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e

| Toezicht Zorgverzekeraars

Aanwezig op 5.1 lid 2 sub e

5.1 lid 2 sub e



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)

Van: 5.1 lid 2 sub e

Verzonden: vrijdag 25 oktober 2024 15:24

Aan: 5.1 lid 2 sub e

CC: 5.1 lid 2 sub e

Onderwerp: Re: Gespreksverslag NZa van 17-09-24 5.1 lid 5

Beste 5.1 lid 2 sub e

Bedankt voor het opsturen van het verslag. Wij hebben op diverse plekken aanvullingen op dit verslag. Wij zullen deze punten volgende week aan je sturen.

Hartelijke groet,

5.1 lid 2 sub e

5.1 lid 2 sub e



W: [REDACTED]

E: [REDACTED]

Van: [REDACTED]

Verzonden: dinsdag 24 september 2024 09:29

Aan: [REDACTED]

Onderwerp: Gespreksverslag NZa/[REDACTED] van 17-09-24

Beste [REDACTED],

In de bijlage vindt u het gespreksverslag van vorige week dinsdag, 17 september jl. Ik ben niet in het bezit van het e-mailadres van [REDACTED]. Zou u deze aan hem willen doorsturen?

Wij zien eventuele aanvullingen en/of opmerkingen graag tegemoet.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

| Toezicht Zorgverzekeraars

Aanwezig op [REDACTED]

[REDACTED]



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)

Disclaimer NZa

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht per abuis aan u is toegezonden, wordt u vriendelijk verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. De NZa aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

Van: 5.1 lid 2 sub e
Aan: [redacted]
Onderwerp: Voornemen tot aanwijzing [redacted]
Datum: vrijdag 25 oktober 2024 14:31:00
Bijlagen: [500488-1560840 Voornemen tot aanwijzing - \[redacted\].pdf](#) 5.1 lid 5
[image001.png](#)

Beste [redacted] 5.1 lid 2 sub e

Hierbij het al eerder in ons gesprek op 17 september 2024 besproken voornemen tot het geven van een aanwijzing. [redacted] heeft de gelegenheid hierop te reageren. Daarna zal de NZa op basis van alle informatie beslissen welke vervolgstappen aangewezen zijn.

5.1 lid 5

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e

[redacted] | Toezicht Zorgverzekeraars

5.1 lid 2 sub e

Aanwezig op [redacted] 5.1 lid 2 sub e

**Nederlandse Zorgautoriteit**info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)



5.1 lid 5

T.a.v

5.1 lid 2 sub e

Behandeld door

5.1 lid 2 sub e

Telefoonnummer

5.1 lid sub e

E-mailadres

info@nza.nl

Kenmerk

500488/1560840

Datum

25 oktober 2024

Onderwerp

Voornemen tot aanwijzing

Geachte 5.1 lid 2 sub e

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 12 februari 2024 een verzoek ontvangen om handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars vanwege een overtreding van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (Regeling informatieverstrekking)¹. Naar aanleiding van dit verzoek heeft de NZa 5.1 lid 5 op 15 april 2024 verzocht om informatie te sturen. Voorts heeft de NZa op 17 september 2024 met 5.1 lid 5 een gesprek gevoerd. Van dit gesprek is een zakelijk verslag opgemaakt.

Voornemen tot aanwijzing

Uit het onderzoek van de NZa blijkt dat 5.1 lid 5 geen informatie verstrekt over het hinderpaalcriterium of een verzoek om een hogere vergoeding in verband met een feitelijke hinderpaal. Daarmee voldoet 5.1 lid 5 niet aan artikelen 4 en 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking.

Met deze brief informeren wij u over het voornemen van de NZa om 5.1 lid 5 een aanwijzing te geven op grond van artikel 76 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De aanwijzing houdt in dat 5.1 lid 5 de geconstateerde overtredingen moet beëindigen binnen drie weken.

Alvorens te beslissen een aanwijzing op te leggen stellen wij 5.1 lid 5 in de gelegenheid om uiterlijk binnen drie weken na dagtekening van deze brief een zienswijze te geven op de voorgenomen aanwijzing.

Hieronder lichten wij dit toe.

¹ Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, met kenmerk TH/NR-027. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_743668_22/

Aanleiding

De NZa heeft een verzoek tot handhaving van artikel 13, Zvw en de Regeling informatieverstrekking ontvangen. De verzoeker stelt – kort gezegd – in het verzoek het volgende:

- Verzoekers menen dat zorgverzekeraars in strijd handelen met artikel 13, Zvw en het kader dat ter zake in de jurisprudentie is ontwikkeld. Hierbij wordt onder meer gewezen op de uitspraak van de Hoge Raad, van 9 december 2022.² Verzoeker stelt dat zorgverzekeraars per 2023 niet hebben gekozen voor een fijnmaziger systeem van vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Daarbij hebben zorgverzekeraars hun generieke kortingspercentages gehandhaafd zonder uitzonderingen te maken voor duurdere vormen van zorg. Volgens verzoeker moet worden aangenomen dat een korting van meer dan EUR 200,- een hinderpaal oplevert voor de gemiddelde modale zorggebruiker.
- Zorgverzekeraars hanteren nauwelijks hardheidsclausules en de hardheidsclausules die wel bestaan voldoen niet. Namens diverse patiënten heeft verzoeker een beroep gedaan op een hardheidsclausule.
- Zorgverzekeraars concretiseren op geen enkele manier hoe deze hardheidsclausule in de praktijk wordt toegepast en welke gegevens een verzekerde moet aanleveren. Daartoe zijn zorgverzekeraars volgens de verzoeker wel toe gehouden op grond van de Regeling informatieverstrekking.

Onderzoek NZa

De NZa heeft onderzoek gedaan naar hetgeen door de verzoeker in het verzoek om handhaving is gesteld. Daartoe heeft de NZa 5.1 lid 5 op 15 april 2024 verzocht om informatie te sturen. 5.1 lid 5 heeft op 6 mei 2024 het verzoek om informatie beantwoord. De NZa heeft vervolgens 5.1 lid 5 uitgenodigd voor een gesprek, dat op 9 september 2024 plaatsvond. Van dit gesprek is een zakelijk verslag opgemaakt. In dat gesprek heeft de NZa aangegeven dat zij voornemens is 5.1 lid 5 een aanwijzing op te leggen. Daartoe zal de NZa 5.1 lid 5 een voornemen tot het geven van een aanwijzing sturen. Hierop kan 5.1 lid 5 reageren. De NZa zal daarna beslissen over de te nemen vervolgstappen.

Juridisch kader

Alvorens de conclusies van het onderzoek te presenteren gaat de NZa kort in op het juridisch kader. Dit kader is leidend bij de beoordeling van de feiten.

In artikel 13, lid 1, Zvw, is bepaald dat, indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.

Artikel 13, lid 2, Zvw, bepaalt dat de zorgverzekeraar de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst opneemt.

Artikel 13, lid 4, Zvw, bepaalt dat de wijze waarop de vergoeding wordt berekend voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk is. Blijkens de wetsgeschiedenis beoogde de wetgever hiermee te bewerkstelligen dat de wijze van berekenen niet afhankelijk mag worden gemaakt van verzekerdenkenmerken. Dat staat de

² Hoge Raad, 9 december 2022. ECLI:NL:HR:2022:1789.

zorgverzekeraar overigens wel toe de hoogte van de vergoeding afhankelijk te maken van de situatie waarin de verzekerde zich bij het inroepen van de niet-gecontracteerde zorg bevond.³

In de jurisprudentie is over de toepassing van artikel 13 door de Hoge Raad onder meer, en voor de NZa leidend in het licht van het verzoek om handhaving, het volgende gesteld. Een zorgverzekeraar kan een generieke korting toepassen voor alle typen of vormen van niet-gecontracteerde zorg. Of en in hoeverre het hinderpaalcriterium zich in bepaalde gevallen verzet tegen een generieke korting kan slechts worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden, waaronder eventuele beleidsregels van de NZa. Daarbij is met name de hoogte van de kosten van desbetreffende vorm van zorg van belang. Een generiek kortingspercentage kan bij complexe en dure vormen van zorg immers resulteren in een relatief lage vergoeding die voor de gemiddelde ('modale') zorggebruiker een feitelijke hinderpaal kan opleveren, terwijl datzelfde kortingspercentage bij minder dure vormen van zorg niet leidt tot strijd met het hinderpaalcriterium.

Voorts is relevant dat de Hoge Raad heeft gesteld dat het antwoord op de vraag of sprake is van een hinderpaal het moment is dat de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verschillende omstandigheden kunnen hierbij worden meegenomen: de ondubbelzinnige toezegging van de verzekeraar dat een bepaald bedrag aan de verzekerde zal worden vergoed en of de zorgaanbieder op grond van een coulanceregeling een deel van de kosten voor eigen rekening neemt.

Op grond van artikel 16, b, Wmg, houdt de NZa toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars, waaronder de rechtmatige uitvoering van artikel 13, Zvw. Ter zake heeft de NZa in de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw⁴ onder meer gesteld dat vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

Op grond van artikel 114, lid 1, Zvw, zorgt de zorgverzekeraar ervoor dat zijn verzekeringsnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie. Hieraan wordt door zorgverzekeraars uitvoering gegeven via de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. In artikel 20, van de Regeling informatieverstrekking heeft de NZa bepaald dat zorgverzekeraars de verzekerden moeten informeren over de mogelijkheid tot het indienen van een klacht of een verzoek tot heroverweging van een besluit.

De Regeling informatieverstrekking bepaalt voorts in artikel 4, lid 1, dat informatie voor consumenten bruikbaar moet zijn, zodat zij hun keuze daarop kunnen baseren. Artikel 4, lid 2, van de Regeling informatieverstrekking bepaalt wanneer informatie bruikbaar is, doordat deze onder andere relevant is voor de zorgkeuze op dat moment. Artikel 10, lid 1, sub a, van de Regeling informatieverstrekking bepaalt dat als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde, de zorgverzekeraar dit meldt via zijn relevante openbare communicatiekanalen en dat

³ Kamerstukken II, 2003-2004, 29 763, nr. 3, p. 109-110.

⁴ Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, met kenmerk TH/BR-025. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21832_22/1/

de zorgverzekeraar hierbij de informatie vermeldt die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze.

Tenslotte, de NZa is op grond van artikel 76, Wmg bevoegd ter handhaving van het bepaalde bij of krachtens de artikelen 40, lid 3 en lid 4, en artikel 38, lid 7, Wmg een aanwijzing te geven, erop gericht dat aan het bepaalde bij of krachtens die artikelen wordt voldaan.

Op grond van artikel 77, Wmg, kan de NZa een zorgverzekeraar een aanwijzing opleggen ten aanzien van haar taak, bedoeld in artikel 16, onderdeel b, Wmg – de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars.

Beoordelingskader

De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Op grond van artikel 79, lid 1, in combinatie met artikel 3, lid 4, Wmg, geeft de NZa geen oordeel over de vraag of in een concreet geval een op grond van artikel 13, lid 1, Zvw toegekende vergoeding in strijd is met het hinderpaalcriterium.

Naar opvatting van de NZa is in eerste instantie een zorgverzekeraar gehouden om te borgen dat in lijn met artikel 13, lid 1, Zvw, een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg geen feitelijke hinderpaal oplevert. Zorgverzekeraars mogen hierbij uitgaan van een 'generiek kortingspercentage', of bijvoorbeeld uitgaan van lijsten met vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg waarin concrete bedragen genoemd zijn. Uit jurisprudentie volgt naar opvatting van de NZa dat een zorgverzekeraar die in zijn polisvoorwaarden heeft bepaald dat hij een vergoeding van 75% of hoger van het gemiddeld gecontracteerde tarief toekent voor niet-gecontracteerde zorg, deels de Zvw rechtmatig uitvoert. Immers, ook bij een dergelijk vergoedingspercentage heeft op basis van jurisprudentie te gelden dat bij duurdere vormen van zorg er voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal kan ontstaan. In het kader van de rechtmatige uitvoering van de Zvw zal de zorgverzekeraar hier in de uitvoering rekening mee moeten houden. Dat kan bijvoorbeeld door polisvoorwaarden fijnmazig vorm te geven, waarbij voor duurdere vormen van zorg een hoger vergoedingsbedrag van toepassing is. In dat geval zal de zorgverzekeraar aan de verzekerden moeten kunnen motiveren waarom een bepaald bedrag geen feitelijke hinderpaal oplevert. De zorgverzekeraar kan er ook voor kiezen om op andere wijze uitvoering te geven aan hetgeen in jurisprudentie is bepaald over het hinderpaalcriterium. Hierbij is voor de NZa leidend dat door de zorgverzekeraar aan de verzekerde een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid wordt aangeboden die hem in staat stelt een verzoek te doen om een hogere vergoeding. Ook dient de zorgverzekeraar op grond van artikel 114 Zvw en artikel 20 van de Regeling informatieverstrekking, de verzekerde de mogelijkheid te bieden om een klacht of verzoek tot heroverweging in te dienen bij de zorgverzekeraar en dient de zorgverzekeraar de verzekerde te informeren over de mogelijkheid om een geschil aanhangig te maken bij de SKGZ.

Vergoedingen die lager zijn dan 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief zullen naar verwachting een feitelijke hinderpaal opleveren voor verzekerden. Dat geldt voor zowel 'duurdere' als voor 'goedkopere' zorgvormen. In dat geval voeren zorgverzekeraars de Zvw rechtmatig uit door verzekerden een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid te bieden om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding, voor zowel 'duurdere' als 'goedkopere' zorgvormen. De motiveringsplicht die bij een vergoeding onder de 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief op de zorgverzekeraar rust, brengt met zich mee dat hij moet kunnen aangeven waarom die lagere vergoeding geen feitelijke hinderpaal oplevert. Hierbij verwacht de NZa dat de zorgverzekeraar ook rekening houdt met een stapeling van zorgkosten bij een in beginsel 'goedkopere' zorgvorm in het kader van een behandeling van de verzekerde. Ook hierbij geldt dat de zorgverzekeraar op grond van artikel 114 Zvw en artikel 20 van de Regeling informatieverstrekking, de

verzekerde de mogelijkheid moet bieden om een klacht of verzoek tot heroverweging in te dienen bij de zorgverzekeraar en dient de zorgverzekeraar de verzekerde te informeren over de mogelijkheid om een geschil aanhangig te maken bij de SKGZ.

De NZa verwacht voorts van zorgverzekeraars dat zij verzoeken van verzekerden om een hogere vergoeding, een klacht of een verzoek tot heroverweging op redelijke wijze toetsen aan, en in lijn met, het bepaalde in jurisprudentie over het hinderpaalcriterium. Dit behelst dat de verzekeraar uitgaat van de modale zorggebruiker als maatman en handelt in lijn met artikel 13, lid 4, Zvw. De NZa adviseert zorgverzekeraars beleid te voeren, waarin zij aangeven hoe zij een verzoek om een hogere vergoeding toetsen en welke feiten en omstandigheden daarin worden meegewogen. Dit bevordert consistent handelen richting verzekerden. De wijze waarop de zorgverzekeraar bepaalt of er sprake is van een feitelijke hinderpaal voor de verzekerde om zich te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is aan de zorgverzekeraar zelf; immers, het gaat in artikel 13, lid 1, Zvw om een vergoeding die de zorgverzekeraar toekent aan de verzekerde indien die er voor kiest om zich niet te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De zorgverzekeraar kan hierbij bijvoorbeeld rekening houden met de uitkomsten van geschillenbeslechting van de SKGZ, of uitspraken van rechters.

Wat betreft informatieverstrekking geldt nog het volgende. Artikel 4, lid 1 en artikel 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking spreken van voor de consument bruikbare informatie om een keuze te kunnen maken. Hierbij gaat het ook om informatie die nodig is voor het kiezen van een zorgaanbieder. In het licht van artikel 13, Zvw, en de jurisprudentie, is voor de NZa leidend dat de zorgverzekeraar bruikbare informatie verschaft over a) de hoogte van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg en b) over dat en de wijze waarop de verzekerde een verzoek om een hogere vergoeding kan doen. Indien de zorgverzekeraar een hardheidsclausule toepast dan vermeldt de zorgverzekeraar dit eveneens, alsook de wijze waarop de verzekerde daarvan gebruik kan maken. Dit is overigens niet hetzelfde als de informatieverstrekking als bedoeld in artikel 13, lid 2, van de Zvw. De zorgverzekeraar kan daaraan voldoen door bijvoorbeeld in de polisvoorwaarden te vermelden dat de vergoeding gebaseerd is op een bepaald percentage van het gemiddelde gecontracteerde tarief, of door te verwijzen naar lijsten met vergoedingen op de website.

Conclusies onderzoek NZa

Uit het door de NZa verrichte onderzoek blijkt het volgende:

- **5.1 lid 5** hanteert in de modelovereenkomsten een maximumvergoeding voor zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders⁵. De maximumvergoedingen zijn gebaseerd op een percentage van de gemiddeld gecontracteerde tarieven voor de betreffende zorgvorm.
- Voor de **5.1 lid 5** hanteert **5.1 lid 5** een hardheidsclausule. **5.1 lid 5** voert beleid ten aanzien van de toepassing van de hardheidsclausule. **5.1 lid 5** heeft over geheel 2023 geen verzoek om een hogere vergoeding ontvangen.
- **5.1 lid 5** voert beleid ten aanzien van alle modelovereenkomsten voor het geval voor duurdere vormen van zorg verzekerden alsnog een hinderpaal ervaren. Dit beleid voert **5.1 lid 5** uit ten aanzien van de msz, ggz en zorg in het buitenland.

⁵ **5.1 lid 5** 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven; **5.1 lid 5** 70% - 75% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven; **5.1 lid 5** 75% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven.

- 5.1 lid 5 informeert verzekerden niet via de website over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Ook niet ten aanzien van de hardheidsclausule die geldt voor de 5.1 lid 5

Uit voorgaande blijkt dat 5.1 lid 5 verzekerden niet een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid biedt om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Hieruit volgt eveneens dat 5.1 lid 5 de verzekerde geen bruikbare informatie verstrekt om een keuze te kunnen maken voor een (niet-gecontracteerde) zorgaanbieder.

Gelet op artikel 4, lid 1, juncto 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking, is hier sprake van een overtreding door 5.1 lid 5. De NZa is voornemens 5.1 lid 5 een aanwijzing op te leggen, op grond van artikel 76, van de Wmg. De aanwijzing houdt in dat 5.1 lid 5 verzekerden voorziet van bruikbare keuzeinformatie binnen een termijn van drie weken.

Zienswijze

Alvorens te beslissen een aanwijzing op te leggen, stellen wij 5.1 lid 5 in de gelegenheid om uiterlijk binnen drie weken na dagtekening van deze brief een zienswijze te geven op de voorgenomen aanwijzing. Hierbij vermelden wij volledigheidshalve dat 5.1 lid 5 hiertoe niet verplicht is.

Indien wij binnen deze termijn geen reactie van 5.1 lid 5 ontvangen dan gaan wij ervan uit dat 5.1 lid 5 geen gebruik wenst te maken van de mogelijkheid uw zienswijze te geven op het voornemen een aanwijzing op te leggen.

U kunt een schriftelijke zienswijze per post of per e-mail sturen naar de NZa, onder vermelding van het kenmerk. De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd. Als 5.1 lid 5 de zienswijze mondeling wilt geven dan kunt u uiterlijk binnen 1 week contact opnemen met ons opnemen om daartoe een afspraak te maken.

Vragen

Heeft u naar aanleiding van deze brief vragen? Dan kunt u contact opnemen met 5.1 lid 2 sub e. De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit.

5.1 lid 2 sub e

Toezicht Zorgverzekeraars
directie Toezicht

Van: [REDACTED]
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: 479248-1568360 Afschrift besluit op handhavingsverzoek NZa artikel 13, lid 4, Zvw
Datum: donderdag 21 november 2024 15:31:00
Bijlagen: [479248-1568360 Besluit Stichting Handhaving Vrije Artsenkeuze.pdf](#)
[image001.png](#)

Geachte [REDACTED],

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 12 februari 2024 een verzoek ontvangen om handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars vanwege een overtreding van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (Regeling informatieverstrekking).

De NZa heeft besloten het verzoek van de Stichting af te wijzen.
 De NZa heeft een aantal zorgverzekeraars een voornemen tot het geven van een aanwijzing opgelegd.
 Een afschrift van dit besluit treft u aan als bijlage bij deze brief.

Hoewel geen onderdeel van het verzoek om handhaving waarop dient te worden gereageerd met een besluit, geeft de NZa nog het volgende aan. De NZa ziet in de bevindingen van haar onderzoek naar aanleiding van het handhavingsverzoek aanleiding om haar beleid^[1] ten aanzien van de wijze waarop zij toezicht houdt op artikel 13, Zvw, aan te vullen.
 De NZa zal bij de aanpassing van het beleid de inhoud van dit besluit betrekken. Eveneens zal de NZa alle zorgverzekeraars hierover op zo kort mogelijke termijn informeren.

Voornemen tot publicatie

De NZa is transparant over haar beleid en de uitvoering daarvan, en hanteert daarom als uitgangspunt dat haar besluiten en handelen zoveel als mogelijk openbaar moeten zijn.

Wij hebben dan ook het voornemen om dit besluit op grond van artikel 3.1 van de Wet open overheid (Woo) openbaar te maken.

Dit door middel van publicatie van een afschrift hiervan, geschoond van persoonsgegevens, op het documentenplatform van de NZa:

<https://puc.overheid.nl/nza/>.

Voordat definitief tot publicatie wordt besloten, stellen wij u, als derde belanghebbende, graag in de gelegenheid om een zienswijze op dit voornemen kenbaar te maken.

U kunt uw eventuele zienswijzereactie binnen 14 dagen na dagtekening van dit bericht digitaal toezenden aan info@nza.nl. Vermeld u daarbij alstublieft het bovenstaande onderwerp.

Contact

Ik ga ervan uit dat ik u hiermee voldoende heb geïnformeerd. Indien u vragen heeft kunt u met mij contact opnemen.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
 5.1 lid 2 sub e

5.1 lid 2 sub e | Toezicht zorgverzekeraars

5.1 lid 2 sub e

Aanwezig op 5.1 lid 2 sub e



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#)

^[1] Bedoeld wordt de beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, met kenmerk TH.BR-025. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21832_22/1/.

Van: 5.1 lid 2 sub e
Aan: [redacted]
Onderwerp: 483084-1524568 Informatieverzoek 5.1 lid 5
Datum: maandag 15 april 2024 13:07:00
Bijlagen: [483084-1524568 Informatieverzoek](#) 5.1 lid 5
[image001.png](#)

Geachte heer/mevrouw,

Hierbij ontvangt u een informatieverzoek naar aanleiding van een handhavingsverzoek inzake mogelijke overtreding art. 13 Zvw.

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e

| Toezicht zorgverzekeraars

5.1 lid 2 sub e

Aanwezig op 5.1 lid 2 sub e



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#)

Van: 5.1 lid 2 sub e
Aan: [redacted]
Onderwerp: Agenda [redacted] donderdag 26 september 2024 5.1 lid 5
Datum: vrijdag 20 september 2024 10:13:00
Bijlagen: [Agenda \[redacted\] 26-9-24.docx](#) 5.1 lid 5
[image001.png](#)

Geachte 5.1 lid 2 sub e, Geachte 5.1 lid 2 sub e,

In de bijlage vindt u de agenda voor donderdag 26 september.

Mochten er verdere vragen zijn, dan kunt u met ons contact opnemen.

Met vriendelijke groet,

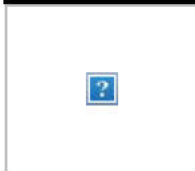
5.1 lid 2 sub e

[redacted] | Toezicht Zorgverzekeraars

5.1 lid 2 sub e

Aanwezig 5.1 lid 2 sub e

5.1 lid 2 sub e



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)



5.1 lid 5

T.a.v.

5.1 lid 2 sub e

Behandeld door

5.1 lid 2 sub e

Telefoonnummer

5.1 lid 2 sub e

E-mailadres

5.1 lid 2 sub e

Uitsluitend aangetekend per e-mail verzonden:

5.1 lid 2 sub e

Kenmerk

483084/1524568

Datum

15 april 2024

Onderwerp

Informatieverzoek

Geachte

5.1 lid 2 sub e

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft een verzoek tot handhaving van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) ontvangen. Op grond van de beginselplicht tot handhaving is de NZa gehouden om het verzoek in behandeling te nemen, en, indien daar concrete aanleiding toe is, om nader onderzoek te doen. In het licht van dit onderzoek verzoekt de NZa u om informatie, middels deze brief. Dit wordt hierna toegelicht.

Verzoek tot handhaving

Het verzoek tot handhaving behelst, kort gezegd, dat de NZa wordt aangemaand handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars, vanwege handelen in strijd met artikel 13, Zvw. Op basis van artikel 13 van de Zvw mogen verzekerden met een zorgverzekering met gecontracteerd zorgaanbod een lagere vergoeding krijgen als ze naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaan. De vergoeding mag echter niet dusdanig laag zijn dat dat een feitelijke hinderpaal oplevert om zich te wenden tot een ongecontracteerde zorgaanbieder.

Verzoekers menen dat hun modelovereenkomstvoorwaarden en vergoedingsbeleid in strijd met is de uitleg die de wetgever en rechtspraak geeft aan artikel 13, Zvw. Hierbij wordt onder meer gewezen op de uitspraak van de Hoge Raad, van 9 december 2022. Eveneens overleggen verzoekers voorbeelden van verzoeken van verzekerden op toepassing van de hardheidsclausule en de reactie van diverse zorgverzekeraars daarop. Op grond daarvan menen verzoekers dat zorgverzekeraars de hardheidsclausule in strijd met voornoemde interpretatie van artikel 13, Zvw, toepassen. Tenslotte stellen verzoekers dat zorgverzekeraars in strijd handelen met artikel 10, van de NZa Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (met kenmerk: TH/NR-022), door inhoudelijk onjuiste en onbruikbare informatie te verstrekken over de vergoeding als bedoeld in artikel 13, Zvw, en de (toepassing van de) hardheidsclausule.

Achtergrond

Gezien de beginselplicht tot handhaving is de NZa gehouden nader onderzoek te doen naar vermeende overtredingen van wet- en regelgeving waar zij op toeziet. Uitgangspunt bij dit onderzoek is de NZa Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (met kenmerk: TH/BR-025). Ten aanzien van het toezicht op artikel 13, Zvw, heeft de NZa in artikel 8.4 en toelichting daarop, onder andere het volgende gesteld:

“8.4. Bij een zorgverzekering met een gecontracteerd zorgaanbod als bedoeld in artikel 13, eerste lid, Zvw, ontvangt de verzekerde een door de zorgverzekeraar te bepalen (al dan niet gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van de zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze vergoeding mag niet dusdanig zijn dat die een feitelijke hinderpaal opwerpt voor de verzekerde om zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Toelichting:

Op basis van die jurisprudentie is de NZa van oordeel dat vergoedingspercentages voor niet gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het door de NZa vastgestelde (maximum- of vaste) tarief voor de betreffende prestatie naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

Een dergelijke hardheidsclausule moet de verzekerde dan in een concreet geval de mogelijkheid geven om bij de zorgverzekeraar aanspraak te maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg. Uiteindelijk laat een eventueel oordeel dat een in een modelovereenkomst opgenomen percentage op voorhand niet in strijd kan worden geacht met artikel 13 Zvw, onverlet dat hierover in een concreet geval anders moet worden geoordeeld.”

Uit jurisprudentie van onder meer de Hoge Raad⁹ volgt onder andere dat of een generiek kortingspercentage een feitelijke hinderpaal oplevert moet worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden en op het moment waarop de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarbij is met name de hoogte van de kosten van de desbetreffende vorm van zorg van belang. Hierbij moet worden uitgegaan van de ‘gemiddelde, modale zorggebruiker’. Bij ‘feiten en omstandigheden’ spelen mee of de zorgverzekeraar een hardheidsclausule hanteert en toepast en of de zorgaanbieder een coulanceregeling aanbiedt en toepast.

Verzoek om informatie

Gelet op voornoemde verzoekt de NZa u om namens alle risicodragers binnen uw concern de volgende vragen te beantwoorden en waar nodig te voorzien van onderbouwing met behulp van bijvoorbeeld documentatie:

⁹ In het bijzonder Cassatie van de Hoge Raad, 9 december 2022, ECLI:NL:HR:2022:1789. Zie hier r.o. 3.4.2, 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3, 3.6.4, en 3.6.5.

Hoogte van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg

- 1) Hoe zorgt u dat de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg geen feitelijke hinderpaal oplevert? Hoe bepaalt u dit? Wij verzoeken u dit per risicodragers binnen uw concern en per modelovereenkomst aan te geven voor modelovereenkomsten waarbij een vergoedingsbeperking wordt toegepast voor niet gecontracteerde zorg.
- 2) Heeft u bij de vaststelling van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg rekening gehouden met de mogelijkheid dat met name bij duurdere vormen van zorg respectievelijk vormen van zorg met hoge kosten eerder sprake kan zijn van een feitelijke hinderpaal voor de modale zorggebruiker? Hoe heeft u dit meegewogen bij de vaststelling van de vergoeding? Wij verzoeken u dit per risicodragers binnen uw concern en per modelovereenkomst aan te geven. Graag ontvangen wij ter zake documentatie waaruit dit blijkt.

Hardheidsclausule: uitleg, informatieverstrekking en toepassing

Maakt u voor de vergoeding van niet gecontracteerde zorg gebruik van een hardheidsclausule zoals beschreven in onze Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025)? Wij verzoeken u deze en onderstaande vragen per risicodragers en per modelovereenkomst te beantwoorden. Indien informatieverstrekking voor een label of een merk op een afwijkende wijze plaatsvindt verzoeken wij u dit hier ook aan te geven.

Zo ja,

- 3) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over de mogelijkheid een beroep te doen op de hardheidsclausule, en via welk informatiekanaal?
 - a) Kunt u hierbij specifiek in gaan op:
 - i) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden, over welke informatie zij dienen aan te leveren bij een beroep op de hardheidsclausule?
 - ii) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over hoe het proces rondom een beroep op de hardheidsclausule verloopt (bijvoorbeeld: hoe kunnen zij een beroep indienen, wat zijn de beslistermijnen die de zorgverzekeraar hanteert)?
- 4) Hoe past u de hardheidsclausule in de praktijk toe? Wat is uw beleid voor het toepassen van de hardheidsclausule? Graag ontvangen wij dat beleid.
- 5) Indien de hardheidsclausule beperkt is tot maximaal 75% van het van het gemiddelde tarief waarvoor zorg is ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners): Hoe borgt u dat verzekerden in een concreet geval aanspraak kunnen maken op een hogere vergoeding ingeval dat vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg?
- 6) Wij verzoeken u een overzicht te verstrekken per modelovereenkomst met daarin, waar nodig voorzien van onderbouwing, de volgende informatie:
 - a) Hoe vaak is er in 2023 een beroep gedaan op de hardheidsclausule?
 - b) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek toegewezen? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - c) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek afgewezen? Waarom zijn deze afgewezen?
 - d) Is er een mogelijkheid om een herbeoordeling van het verzoek te vragen, dan wel bezwaar te maken tegen de beslissing van de zorgverzekeraar?
 - i) Zo ja:

- (1) In hoeveel gevallen is er bezwaar gemaakt tegen een afwijzing van het oorspronkelijke beroep op de hardheidsclausule?
 - (2) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar toegekend? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - (3) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar afgewezen? Wat zijn de redenen van afwijzing geweest?
 - (4) Welke vervolgstappen biedt u verzekerden aan, bij afwijzing van het bezwaar? Kunt u aangeven in hoeveel gevallen daar gebruik van is gemaakt?
- e) Wij verzoeken u waar van toepassing een aantal geanonimiseerde brieven (tenminste 5) met betrekking tot voornoemde onderdelen te verstrekken.

Indien u geen gebruik maakt van een hardheidsclausule,

- 7) Hoe borgt u dat verzekerden in een concreet geval aanspraak kunnen maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet-gecontracteerde zorg?
- 8) Indien u verzekerden de op een andere wijze de mogelijkheid biedt een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg dan in de modelovereenkomstvoorwaarden vermeld is:
 - a) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden, over welke informatie zij dienen aan te leveren bij verzoek om een hogere vergoeding?
 - b) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over hoe het proces rondom een dergelijk verzoek er uit ziet? (bijvoorbeeld: hoe kunnen zij een verzoek indienen, wat zijn de beslistermijnen die de zorgverzekeraar hanteert)
 - c) Indien u verzekerden de mogelijkheid biedt een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg dan in de modelovereenkomstvoorwaarden vermeld is verzoeken wij u een overzicht te verstrekken met daarin, waar nodig voorzien van onderbouwing, de volgende informatie:
 - i) Hoe vaak is er in 2023 een verzoek gedaan om een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg (NB. Dit kan voorafgaand aan de behandeling, of nadien hebben plaatsgevonden)?
 - ii) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek toegewezen? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - iii) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek afgewezen? Waarom zijn deze afgewezen?
 - iv) Is er een mogelijkheid om een herbeoordeling van het verzoek te vragen, dan wel bezwaar te maken tegen de beslissing van de zorgverzekeraar?
 - (1) Zo ja:
 - (a) In hoeveel gevallen is er bezwaar gemaakt tegen een afwijzing van het oorspronkelijke verzoek om een hogere vergoeding?
 - (b) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar toegekend? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - (c) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar afgewezen? Wat zijn de redenen van afwijzing geweest?
 - (d) Welke vervolgstappen biedt u verzekerden aan, bij afwijzing van het bezwaar? Kunt u aangeven in hoeveel gevallen daar gebruik van is gemaakt?

- (e) Wij verzoeken u waar van toepassing een aantal geanonimiseerde brieven (tenminste 5) met betrekking tot voornoemde onderdelen te verstrekken.

Termijn voor en wijze van aanleveren informatie

Ik verzoek u de gevraagde informatie binnen vier weken na dagtekening van deze brief te verstrekken, ter attentie van **5.1 lid 2 sub e**

Om ons op een veilige manier informatie te kunnen toesturen, vragen wij u om gebruik te maken van het online platform Zivver. U kunt een e-mail sturen naar dataloket@nza.nl, o.v.v. uw naam, een mobiel nummer (geen vast nummer in verband met een verificatie-sms), e-mailadres én het kenmerk van deze brief. U ontvangt vervolgens een uitnodigingslink om de informatie veilig met ons te kunnen delen.

Vermeldt u hierbij het kenmerk van deze brief.

Plicht tot meewerken

Op ons onderzoek en dit informatieverzoek zijn de bepalingen en de bevoegdheden van de Wet marktordening gezondheidszorg en Hoofdstuk 5 van de Algemene wet bestuursrecht van toepassing. Op grond van artikel 61 en 63 Wmg bent u verplicht om uw medewerking aan ons onderzoek te verlenen en om ons de gevraagde gegevens en inlichtingen volledig en naar waarheid te verstrekken.

Voor de volledigheid vermeld ik dat het niet verlenen van medewerking aan dit onderzoek kan leiden tot inzet van handhavingsinstrumenten.

Vragen

Indien u naar aanleiding van deze brief vragen heeft, dan kunt u contact opnemen met **5.1 lid 2 sub e** De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd.

Ik dank u bij voorbaat voor uw medewerking.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

5.1 lid 2 sub e

Toezicht zorgverzekeraars

Van: 5.1 lid 2 sub e
Aan: [redacted]
Onderwerp: Gespreksverslag NZa/ [redacted] 26-9-2024 5.1 lid 5
Datum: dinsdag 1 oktober 2024 16:28:00
Bijlagen: [image001.png](#)
[Gespreksverslag NZa \[redacted\].pdf](#) 5.1 lid 5

Beste 5.1 lid 2 sub e, beste 5.1 lid 2 sub e, beste 5.1 lid 2 sub e,

In de bijlage vinden jullie het gespreksverslag.
 Eventuele onjuistheden en aanvullingen op het gespreksverslag vernemen wij graag vanuit jullie.

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e

| Toezicht Zorgverzekeraars

Aanwezig op 5.1 lid 2 sub e



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)

Van: [redacted]
Aan: [redacted] 5.1 lid 2 sub e
Cc: [redacted]
Onderwerp: Voornemen tot aanwijzing [redacted] 5.1 lid 5
Datum: vrijdag 25 oktober 2024 16:18:00
Bijlagen: [500495-1560854 Voornemen tot aanwijzing \[redacted\].pdf](#) 5.1 lid 5
[image001.png](#)

Geachte [redacted] 5.1 lid 2 sub e,

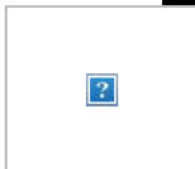
Hierbij het al eerder in ons gesprek op 26 september 2024 besproken voornemen tot het geven van een aanwijzing. [redacted] heeft de gelegenheid hierop te reageren. Daarna zal de NZa op basis van alle informatie beslissen welke vervolgstappen aangewezen zijn.

Met vriendelijke groet,

[redacted] 5.1 lid 2 sub e

| Toezicht Zorgverzekeraars

Aanwezig op [redacted] 5.1 lid 2 sub e



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)



5.1 lid 5

5.1 lid 2 sub e

Behandeld door

5.1 lid 2 sub e

Telefoonnummer

sub e

E-mailadres

info@nza.nl

Kenmerk

500495/1560854

Datum

25 oktober 2024

Onderwerp

Voornemen tot aanwijzing

Geachte 5.1 lid 2 sub e

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 12 februari 2024 een verzoek ontvangen om handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars vanwege een overtreding van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (Regeling informatieverstrekking)¹. Naar aanleiding van dit verzoek heeft de NZa 5.1 lid 5

5.1 lid 5 op 15 april 2024 verzocht om informatie te sturen. Voorts heeft de NZa op 26 september 2024 met 5.1 lid 5 een gesprek gevoerd. Van dit gesprek is een zakelijk verslag opgemaakt.

Voornemen tot aanwijzing

Uit het onderzoek van de NZa blijkt dat 5.1 lid 5 informatie opvraagt ten aanzien van de persoonlijke financiële situatie van verzekerden bij de beoordeling van een verzoek om een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in verband met een feitelijke hinderpaal. Dit vormt een overtreding van artikel 13, lid 4, Zvw en is niet in lijn met de jurisprudentie, waarbij de gemiddeld modale zorggebruiker als maatman moet worden genomen bij de beoordeling of er sprake is van een feitelijke hinderpaal.

De NZa is voornemens 5.1 lid 5 een aanwijzing op te leggen, op grond van artikel 77, van de Wmg. De aanwijzing houdt in dat 5.1 lid 5 handelt in lijn met artikel 13, lid 4, Zvw en geen persoonlijke, financiële informatie opvraagt ten behoeve van de beoordeling van een verzoek op grond van de hardheidsclausule.

Alvorens te beslissen een aanwijzing op te leggen stellen wij 5.1 lid 5 in de gelegenheid om uiterlijk binnen drie weken na dagtekening van deze brief een zienswijze te geven op de voorgenomen aanwijzing.

Hieronder lichten wij dit toe.

¹ Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, met kenmerk TH/NR-027. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_743668_22/

Aanleiding

De NZa heeft een verzoek tot handhaving van artikel 13, Zvw en de Regeling informatieverstrekking ontvangen. De verzoeker stelt – kort gezegd – in het verzoek het volgende:

- Verzoekers menen dat zorgverzekeraars in strijd handelen met artikel 13, Zvw en het kader dat ter zake in de jurisprudentie is ontwikkeld. Hierbij wordt onder meer gewezen op de uitspraak van de Hoge Raad, van 9 december 2022.² Verzoeker stelt dat zorgverzekeraars per 2023 niet hebben gekozen voor een fijnmaziger systeem van vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Daarbij hebben zorgverzekeraars hun generieke kortingspercentages gehandhaafd zonder uitzonderingen te maken voor duurdere vormen van zorg. Volgens verzoeker moet worden aangenomen dat een korting van meer dan EUR 200,- een hinderpaal oplevert voor de gemiddelde modale zorggebruiker.
- Zorgverzekeraars hanteren nauwelijks hardheidsclausules en de hardheidsclausules die wel bestaan voldoen niet. Namens diverse patiënten heeft verzoeker een beroep gedaan op een hardheidsclausule.
- Zorgverzekeraars concretiseren op geen enkele manier hoe deze hardheidsclausule in de praktijk wordt toegepast en welke gegevens een verzekerde moet aanleveren. Daartoe zijn zorgverzekeraars volgens de verzoeker wel toe gehouden op grond van de Regeling informatieverstrekking.

Onderzoek NZa

De NZa heeft onderzoek gedaan naar hetgeen door de verzoeker in het verzoek om handhaving is gesteld. Daartoe heeft de NZa **5.1 lid 5** op 15 april 2024 verzocht om informatie te sturen. **5.1 lid 5** heeft op 13 mei 2024 het verzoek om informatie beantwoord. De NZa heeft vervolgens **5.1 lid 5** uitgenodigd voor een gesprek, dat op 26 september 2024 plaatsvond. Van dit gesprek is een zakelijk verslag opgemaakt. In dat gesprek heeft de NZa aangegeven dat zij voornemens is **5.1 lid 5** een aanwijzing op te leggen. Daartoe zal de NZa **5.1 lid 5** een voornemen tot het geven van een aanwijzing sturen. Hierop kan **5.1 lid 5** reageren. De NZa zal daarna beslissen over de te nemen vervolgstappen.

Juridisch kader

Alvorens de conclusies van het onderzoek te presenteren gaat de NZa kort in op het juridisch kader. Dit kader is leidend bij de beoordeling van de feiten.

In artikel 13, lid 1, Zvw, is bepaald dat, indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.

Artikel 13, lid 2, Zvw, bepaalt dat de zorgverzekeraar de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst opneemt.

Artikel 13, lid 4, Zvw, bepaalt dat de wijze waarop de vergoeding wordt berekend voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk is. Blijkens de wetsgeschiedenis beoogde de wetgever hiermee te bewerkstelligen dat de wijze van berekenen niet afhankelijk mag worden gemaakt van verzekerdenkenmerken.

² Hoge Raad, 9 december 2022. ECLI:NL:HR:2022:1789.

Dat staat de zorgverzekeraar overigens wel toe de hoogte van de vergoeding afhankelijk te maken van de situatie waarin de verzekerde zich bij het invoeren van de niet-gecontracteerde zorg bevond.³

In de jurisprudentie is over de toepassing van artikel 13 door de Hoge Raad onder meer, en voor de NZa leidend in het licht van het verzoek om handhaving, het volgende gesteld. Een zorgverzekeraar kan een generieke korting toepassen voor alle typen of vormen van niet-gecontracteerde zorg. Of en in hoeverre het hinderpaalcriterium zich in bepaalde gevallen verzet tegen een generieke korting kan slechts worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden, waaronder eventuele beleidsregels van de NZa. Daarbij is met name de hoogte van de kosten van desbetreffende vorm van zorg van belang. Een generiek kortingspercentage kan bij complexe en dure vormen van zorg immers resulteren in een relatief lage vergoeding die voor de gemiddelde ('modale') zorggebruiker een feitelijke hinderpaal kan opleveren, terwijl datzelfde kortingspercentage bij minder dure vormen van zorg niet leidt tot strijd met het hinderpaalcriterium.

Voorts is relevant dat de Hoge Raad heeft gesteld dat het antwoord op de vraag of sprake is van een hinderpaal het moment is dat de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verschillende omstandigheden kunnen hierbij worden meegenomen: de ondubbelzinnige toezegging van de verzekeraar dat een bepaald bedrag aan de verzekerde zal worden vergoed en of de zorgaanbieder op grond van een coulancregeling een deel van de kosten voor eigen rekening neemt.

Op grond van artikel 16, b, Wmg, houdt de NZa toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars, waaronder de rechtmatige uitvoering van artikel 13, Zvw. Ter zake heeft de NZa in de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw⁴ onder meer gesteld dat vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

Op grond van artikel 114, lid 1, Zvw, zorgt de zorgverzekeraar ervoor dat zijn verzekeringsnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie. Hieraan wordt door zorgverzekeraars uitvoering gegeven via de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. In artikel 20, van de Regeling informatieverstrekking heeft de NZa bepaald dat zorgverzekeraars de verzekerden moeten informeren over de mogelijkheid tot het indienen van een klacht of een verzoek tot heroverweging van een besluit.

De Regeling informatieverstrekking bepaalt voorts in artikel 4, lid 1, dat informatie voor consumenten bruikbaar moet zijn, zodat zij hun keuze daarop kunnen baseren. Artikel 4, lid 2, van de Regeling informatieverstrekking bepaalt wanneer informatie bruikbaar is, doordat deze onder andere relevant is voor de zorgkeuze op dat moment. Artikel 10, lid 1, sub a, van de Regeling informatieverstrekking bepaalt dat als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde, de zorgverzekeraar dit meldt via zijn relevante openbare communicatiekanalen en dat

³ Kamerstukken II, 2003-2004, 29 763, nr. 3, p. 109-110.

⁴ Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, met kenmerk TH/BR-025. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21832_22/1/

de zorgverzekeraar hierbij de informatie vermeldt die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze.

Tenslotte, de NZa is op grond van artikel 76, Wmg bevoegd ter handhaving van het bepaalde bij of krachtens de artikelen 40, lid 3 en lid 4, en artikel 38, lid 7, Wmg een aanwijzing te geven, erop gericht dat aan het bepaalde bij of krachtens die artikelen wordt voldaan.

Op grond van artikel 77, Wmg, kan de NZa een zorgverzekeraar een aanwijzing opleggen ten aanzien van haar taak, bedoeld in artikel 16, onderdeel b, Wmg – de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars.

Beoordelingskader

De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Op grond van artikel 79, lid 1, in combinatie met artikel 3, lid 4, Wmg, geeft de NZa geen oordeel over de vraag of in een concreet geval een op grond van artikel 13, lid 1, Zvw toegekende vergoeding in strijd is met het hinderpaalcriterium.

Naar opvatting van de NZa is in eerste instantie een zorgverzekeraar gehouden om te borgen dat in lijn met artikel 13, lid 1, Zvw, een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg geen feitelijke hinderpaal oplevert. Zorgverzekeraars mogen hierbij uitgaan van een 'generiek kortingspercentage', of bijvoorbeeld uitgaan van lijsten met vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg waarin concrete bedragen genoemd zijn. Uit jurisprudentie volgt naar opvatting van de NZa dat een zorgverzekeraar die in zijn polisvoorwaarden heeft bepaald dat hij een vergoeding van 75% of hoger van het gemiddeld gecontracteerde tarief toekent voor niet-gecontracteerde zorg, deels de Zvw rechtmatig uitvoert. Immers, ook bij een dergelijk vergoedingspercentage heeft op basis van jurisprudentie te gelden dat bij duurdere vormen van zorg er voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal kan ontstaan. In het kader van de rechtmatige uitvoering van de Zvw zal de zorgverzekeraar hier in de uitvoering rekening mee moeten houden. Dat kan bijvoorbeeld door polisvoorwaarden fijnmazig vorm te geven, waarbij voor duurdere vormen van zorg een hoger vergoedingsbedrag van toepassing is. In dat geval zal de zorgverzekeraar aan de verzekerden moeten kunnen motiveren waarom een bepaald bedrag geen feitelijke hinderpaal oplevert. De zorgverzekeraar kan er ook voor kiezen om op andere wijze uitvoering te geven aan hetgeen in jurisprudentie is bepaald over het hinderpaalcriterium. Hierbij is voor de NZa leidend dat door de zorgverzekeraar aan de verzekerde een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid wordt aangeboden die hem in staat stelt een verzoek te doen om een hogere vergoeding. Ook dient de zorgverzekeraar op grond van artikel 114 Zvw en artikel 20 van de Regeling informatieverstrekking, de verzekerde de mogelijkheid te bieden om een klacht of verzoek tot heroverweging in te dienen bij de zorgverzekeraar en dient de zorgverzekeraar de verzekerde te informeren over de mogelijkheid om een geschil aanhangig te maken bij de SKGZ.

Vergoedingen die lager zijn dan 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief zullen naar verwachting een feitelijke hinderpaal opleveren voor verzekerden. Dat geldt voor zowel 'duurdere' als voor 'goedkopere' zorgvormen. In dat geval voeren zorgverzekeraars de Zvw rechtmatig uit door verzekerden een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid te bieden om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding, voor zowel 'duurdere' als 'goedkopere' zorgvormen. De motiveringsplicht die bij een vergoeding onder de 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief op de zorgverzekeraar rust, brengt met zich mee dat hij moet kunnen aangeven waarom die lagere vergoeding geen feitelijke hinderpaal oplevert. Hierbij verwacht de NZa dat de zorgverzekeraar ook rekening houdt met een stapeling van zorgkosten bij een in beginsel 'goedkopere' zorgvorm in het kader van een behandeling van de verzekerde. Ook hierbij geldt dat de zorgverzekeraar op grond van artikel 114 Zvw en artikel 20 van de Regeling informatieverstrekking, de

verzekerde de mogelijkheid moet bieden om een klacht of verzoek tot heroverweging in te dienen bij de zorgverzekeraar en dient de zorgverzekeraar de verzekerde te informeren over de mogelijkheid om een geschil aanhangig te maken bij de SKGZ.

De NZa verwacht voorts van zorgverzekeraars dat zij verzoeken van verzekerden om een hogere vergoeding, een klacht of een verzoek tot heroverweging op redelijke wijze toetsen aan, en in lijn met, het bepaalde in jurisprudentie over het hinderpaalcriterium. Dit behelst dat de verzekeraar uitgaat van de modale zorggebruiker als maatman en handelt in lijn met artikel 13, lid 4, Zvw. De NZa adviseert zorgverzekeraars beleid te voeren, waarin zij aangeven hoe zij een verzoek om een hogere vergoeding toetsen en welke feiten en omstandigheden daarin worden meegewogen. Dit bevordert consistent handelen richting verzekerden. De wijze waarop de zorgverzekeraar bepaalt of er sprake is van een feitelijke hinderpaal voor de verzekerde om zich te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is aan de zorgverzekeraar zelf; immers, het gaat in artikel 13, lid 1, Zvw om een vergoeding die de zorgverzekeraar toekent aan de verzekerde indien die er voor kiest om zich niet te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De zorgverzekeraar kan hierbij bijvoorbeeld rekening houden met de uitkomsten van geschillenbeslechting van de SKGZ, of uitspraken van rechters.

Wat betreft informatieverstrekking geldt nog het volgende. Artikel 4, lid 1 en artikel 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking spreken van voor de consument bruikbare informatie om een keuze te kunnen maken. Hierbij gaat het ook om informatie die nodig is voor het kiezen van een zorgaanbieder. In het licht van artikel 13, Zvw, en de jurisprudentie, is voor de NZa leidend dat de zorgverzekeraar bruikbare informatie verschaft over a) de hoogte van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg en b) over dat en de wijze waarop de verzekerde een verzoek om een hogere vergoeding kan doen. Indien de zorgverzekeraar een hardheidsclausule toepast dan vermeldt de zorgverzekeraar dit eveneens, alsook de wijze waarop de verzekerde daarvan gebruik kan maken. Dit is overigens niet hetzelfde als de informatieverstrekking als bedoeld in artikel 13, lid 2, van de Zvw. De zorgverzekeraar kan daaraan voldoen door bijvoorbeeld in de polisvoorwaarden te vermelden dat de vergoeding gebaseerd is op een bepaald percentage van het gemiddelde gecontracteerde tarief, of door te verwijzen naar lijsten met vergoedingen op de website.

Conclusies onderzoek NZa

Uit het door de NZa verrichte onderzoek blijkt het volgende:

- 5.1 lid 5 hanteert in de modelovereenkomsten een maximumvergoeding voor zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbieders⁵. 5.1 lid 5 heeft in de polisvoorwaarden een hardheidsclausule opgenomen. Voor de vergoeding wordt verwezen naar lijsten met maximumtarieven. Deze zijn gebaseerd op een percentage van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
- 5.1 lid 5 informeert verzekerden via de website over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg, en biedt verzekerden de mogelijkheid om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Dit geldt ook voor duurdere vormen van zorg.
- 5.1 lid 5 vraagt ten behoeve van de beoordeling van een verzoek op grond van de hardheidsclausule persoonlijke financiële informatie op bij de verzekerde.

Uit voorgaande blijkt dat 5.1 lid 5 artikel 13, lid 1, Zvw als ook artikelen 4, lid 1, juncto 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking rechtmatig uitvoert. Echter blijkt ook dat ten behoeve van de

5.1 lid 5 (combinatiepolis)

beoordeling van een verzoek om een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg op grond van de hardheidsclausule **5.1 lid 5** persoonlijke financiële informatie opvraagt bij de verzekerde. Dit is in strijd met artikel 13, lid 4, van de Zvw. Eveneens is dit niet in lijn met de jurisprudentie, waarbij de gemiddeld modale zorggebruiker als maatman moet worden genomen bij de beoordeling of er sprake is van een feitelijke hinderpaal.

Gelet op het voorgaande is de NZa **5.1 lid 5** een aanwijzing op te leggen, op grond van artikel 77, van de Wmg. De aanwijzing houdt in dat **5.1 lid 5** handelt in lijn met artikel 13, lid 4, Zvw en geen persoonlijke, financiële informatie opvraagt ten behoeve van de beoordeling van een verzoek op grond van de hardheidsclausule.

Zienswijze

Alvorens te beslissen een aanwijzing op te leggen, stellen wij **5.1 lid 5** in de gelegenheid om uiterlijk binnen drie weken na dagtekening van deze brief een zienswijze te geven op de voorgenomen aanwijzing. Hierbij vermelden wij volledigheidshalve dat **5.1 lid 5** hiertoe niet verplicht is.

Indien wij binnen deze termijn geen reactie van **5.1 lid 5** ontvangen dan gaan wij ervan uit dat **5.1 lid 5** geen gebruik wenst te maken van de mogelijkheid uw zienswijze te geven op het voornemen een aanwijzing op te leggen.

U kunt een schriftelijke zienswijze per post of per e-mail sturen naar de NZa, onder vermelding van het kenmerk. De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd. Als **5.1 lid 5** de zienswijze mondeling wilt geven dan kunt u uiterlijk binnen 1 week contact opnemen met ons opnemen om daartoe een afspraak te maken.

Vragen

Heeft u naar aanleiding van deze brief vragen? Dan kunt u contact opnemen met **5.1 lid 2 sub e** **5.1 lid 2 sub e** De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

5.1 lid 2 sub e

toezicht Zorgverzekeraars

directie Toezicht

Van: [REDACTED]
Aan: 5.1 lid 2 sub e [REDACTED]
Cc: [REDACTED]
Onderwerp: 479248-1568360 Afschrift besluit op handhavingsverzoek NZa artikel 13, lid 4, Zvw
Datum: donderdag 21 november 2024 15:33:00
Bijlagen: [479248-1568360 Besluit Stichting Handhaving Vrije Artsenkeuze.pdf](#)
[image001.png](#)

Geachte [REDACTED] 5.1 lid 2 sub e

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 12 februari 2024 een verzoek ontvangen om handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars vanwege een overtreding van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (Regeling informatieverstrekking).

De NZa heeft besloten het verzoek van de Stichting af te wijzen.
 De NZa heeft een aantal zorgverzekeraars een voornemen tot het geven van een aanwijzing opgelegd.
 Een afschrift van dit besluit treft u aan als bijlage bij deze brief.

Hoewel geen onderdeel van het verzoek om handhaving waarop dient te worden gereageerd met een besluit, geeft de NZa nog het volgende aan. De NZa ziet in de bevindingen van haar onderzoek naar aanleiding van het handhavingsverzoek

aanleiding om haar beleid^[1] ten aanzien van de wijze waarop zij toezicht houdt op artikel 13, Zvw, aan te vullen.

De NZa zal bij de aanpassing van het beleid de inhoud van dit besluit betrekken. Eveneens zal de NZa alle zorgverzekeraars hierover op zo kort mogelijke termijn informeren.

Voornemen tot publicatie

De NZa is transparant over haar beleid en de uitvoering daarvan, en hanteert daarom als uitgangspunt dat haar besluiten en handelen zoveel als mogelijk openbaar moeten zijn.

Wij hebben dan ook het voornemen om dit besluit op grond van artikel 3.1 van de Wet open overheid (Woo) openbaar te maken.

Dit door middel van publicatie van een afschrift hiervan, geschoond van persoonsgegevens, op het documentenplatform van de NZa:

<https://puc.overheid.nl/nza/>.

Voordat definitief tot publicatie wordt besloten, stellen wij u, als derde belanghebbende, graag in de gelegenheid om een zienswijze op dit voornemen kenbaar te maken.

U kunt uw eventuele zienswijzereactie binnen 14 dagen na dagtekening van dit bericht digitaal toezenden aan info@nza.nl. Vermeld u daarbij alstublieft het bovenstaande onderwerp.

Contact

Ik ga ervan uit dat ik u hiermee voldoende heb geïnformeerd. Indien u vragen heeft kunt u met mij contact opnemen.

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e

5.1 lid 2 sub e | Toezicht zorgverzekeraars

5.1 lid 2 sub e

Aanwezig op 5.1 lid 2 sub e



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#)

[1] Bedoeld wordt de beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, met kenmerk TH.BR-025. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21832_22/1/.

Van: [redacted]
Aan: [redacted] 5.1 lid 2 sub e
Cc: [redacted]
Onderwerp: 483084-1524568 Informatieverzoek 5.1 lid 5
Datum: maandag 15 april 2024 13:05:00
Bijlagen: [483084-1524568 Informatieverzoek image001.png](#) 5.1 lid 5 [pdf](#)

Geachte heer/mevrouw,

Hierbij ontvangt u een informatieverzoek naar aanleiding van een handhavingsverzoek inzake mogelijke overtreding art. 13 Zvw.

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e

| Toezicht zorgverzekeraars

5.1 lid 2 sub e

Aanwezig op [redacted]



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#)



5.1 lid 2 sub e en 5.1 lid 5

Uitsluitend aangezekend per e-mail verzonden:

5.1 lid 2 sub e

Onderwerp
Informatieverzoek

Behandeld door

5.1 lid 2 sub e

Telefoonnummer

5.1 lid 2 sub e

E-mailadres

5.1 lid 2 sub e

Kenmerk

483084/1524568

Datum

15 april 2024

Geachte 5.1 lid 2 sub e

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft een verzoek tot handhaving van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) ontvangen. Op grond van de beginselplicht tot handhaving is de NZa gehouden om het verzoek in behandeling te nemen, en, indien daar concrete aanleiding toe is, om nader onderzoek te doen. In het licht van dit onderzoek verzoekt de NZa u om informatie, middels deze brief. Dit wordt hierna toegelicht.

Verzoek tot handhaving

Het verzoek tot handhaving behelst, kort gezegd, dat de NZa wordt aangemaand handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars, vanwege handelen in strijd met artikel 13, Zvw. Op basis van artikel 13 van de Zvw mogen verzekerden met een zorgverzekering met gecontracteerd zorgaanbod een lagere vergoeding krijgen als ze naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaan. De vergoeding mag echter niet dusdanig laag zijn dat dat een feitelijke hinderpaal oplevert om zich te wenden tot een ongecontracteerde zorgaanbieder.

Verzoekers menen dat hun modelovereenkomstvoorwaarden en vergoedingsbeleid in strijd met is de uitleg die de wetgever en rechtspraak geeft aan artikel 13, Zvw. Hierbij wordt onder meer gewezen op de uitspraak van de Hoge Raad, van 9 december 2022. Eveneens overleggen verzoekers voorbeelden van verzoeken van verzekerden op toepassing van de hardheidsclausule en de reactie van diverse zorgverzekeraars daarop. Op grond daarvan menen verzoekers dat zorgverzekeraars de hardheidsclausule in strijd met voornoemde interpretatie van artikel 13, Zvw, toepassen. Tenslotte stellen verzoekers dat zorgverzekeraars in strijd handelen met artikel 10, van de NZa Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (met kenmerk: TH/NR-022), door inhoudelijk onjuiste en onbruikbare informatie te verstrekken over de vergoeding als bedoeld in artikel 13, Zvw, en de (toepassing van de) hardheidsclausule.

Achtergrond

Gezien de beginselplicht tot handhaving is de NZa gehouden nader onderzoek te doen naar vermeende overtredingen van wet- en regelgeving waar zij op toeziet. Uitgangspunt bij dit onderzoek is de NZa Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (met kenmerk: TH/BR-025). Ten aanzien van het toezicht op artikel 13, Zvw, heeft de NZa in artikel 8.4 en toelichting daarop, onder andere het volgende gesteld:

"8.4. Bij een zorgverzekering met een gecontracteerd zorgaanbod als bedoeld in artikel 13, eerste lid, Zvw, ontvangt de verzekerde een door de zorgverzekeraar te bepalen (al dan niet gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van de zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze vergoeding mag niet dusdanig zijn dat die een feitelijke hinderpaal opwerpt voor de verzekerde om zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Toelichting:

Op basis van die jurisprudentie is de NZa van oordeel dat vergoedingspercentages voor niet gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het door de NZa vastgestelde (maximum- of vaste) tarief voor de betreffende prestatie naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

Een dergelijke hardheidsclausule moet de verzekerde dan in een concreet geval de mogelijkheid geven om bij de zorgverzekeraar aanspraak te maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg. Uiteindelijk laat een eventueel oordeel dat een in een modelovereenkomst opgenomen percentage op voorhand niet in strijd kan worden geacht met artikel 13 Zvw, onverlet dat hierover in een concreet geval anders moet worden geoordeeld."

Uit jurisprudentie van onder meer de Hoge Raad³ volgt onder andere dat of een generiek kortingspercentage een feitelijke hinderpaal oplevert moet worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden en op het moment waarop de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarbij is met name de hoogte van de kosten van de desbetreffende vorm van zorg van belang. Hierbij moet worden uitgegaan van de 'gemiddelde, modale zorggebruiker'. Bij 'feiten en omstandigheden' spelen mee of de zorgverzekeraar een hardheidsclausule hanteert en toepast en of de zorgaanbieder een coulanceregeling aanbiedt en toepast.

Verzoek om informatie

Gelet op voornoemde verzoekt de NZa u om namens alle risicodragers binnen uw concern de volgende vragen te beantwoorden en waar nodig te voorzien van onderbouwing met behulp van bijvoorbeeld documentatie:

³ In het bijzonder Cassatie van de Hoge Raad, 9 december 2022, ECLI:NL:HR:2022:1789. Zie hier r.o. 3.4.2, 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3, 3.6.4, en 3.6.5.

Hoogte van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg

- 1) Hoe zorgt u dat de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg geen feitelijke hinderpaal oplevert? Hoe bepaalt u dit? Wij verzoeken u dit per risicodragers binnen uw concern en per modelovereenkomst aan te geven voor modelovereenkomsten waarbij een vergoedingsbeperking wordt toegepast voor niet gecontracteerde zorg.
- 2) Heeft u bij de vaststelling van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg rekening gehouden met de mogelijkheid dat met name bij duurdere vormen van zorg respectievelijk vormen van zorg met hoge kosten eerder sprake kan zijn van een feitelijke hinderpaal voor de modale zorggebruiker? Hoe heeft u dit meegewogen bij de vaststelling van de vergoeding? Wij verzoeken u dit per risicodragers binnen uw concern en per modelovereenkomst aan te geven. Graag ontvangen wij ter zake documentatie waaruit dit blijkt.

Hardheidsclausule: uitleg, informatieverstrekking en toepassing

Maakt u voor de vergoeding van niet gecontracteerde zorg gebruik van een hardheidsclausule zoals beschreven in onze Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025)? Wij verzoeken u deze en onderstaande vragen per risicodragers en per modelovereenkomst te beantwoorden. Indien informatieverstrekking voor een label of een merk op een afwijkende wijze plaatsvindt verzoeken wij u dit hier ook aan te geven.

Zo ja,

- 3) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over de mogelijkheid een beroep te doen op de hardheidsclausule, en via welk informatiekanaal?
 - a) Kunt u hierbij specifiek in gaan op:
 - i) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden, over welke informatie zij dienen aan te leveren bij een beroep op de hardheidsclausule?
 - ii) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over hoe het proces rondom een beroep op de hardheidsclausule verloopt (bijvoorbeeld: hoe kunnen zij een beroep indienen, wat zijn de beslistermijnen die de zorgverzekeraar hanteert)?
- 4) Hoe past u de hardheidsclausule in de praktijk toe? Wat is uw beleid voor het toepassen van de hardheidsclausule? Graag ontvangen wij dat beleid.
- 5) Indien de hardheidsclausule beperkt is tot maximaal 75% van het van het gemiddelde tarief waarvoor zorg is ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners): Hoe borgt u dat verzekerden in een concreet geval aanspraak kunnen maken op een hogere vergoeding ingeval dat vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg?
- 6) Wij verzoeken u een overzicht te verstrekken per modelovereenkomst met daarin, waar nodig voorzien van onderbouwing, de volgende informatie:
 - a) Hoe vaak is er in 2023 een beroep gedaan op de hardheidsclausule?
 - b) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek toegewezen? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - c) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek afgewezen? Waarom zijn deze afgewezen?
 - d) Is er een mogelijkheid om een herbeoordeling van het verzoek te vragen, dan wel bezwaar te maken tegen de beslissing van de zorgverzekeraar?
 - i) Zo ja:

- (1) In hoeveel gevallen is er bezwaar gemaakt tegen een afwijzing van het oorspronkelijke beroep op de hardheidsclausule?
- (2) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar toegekend? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
- (3) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar afgewezen? Wat zijn de redenen van afwijzing geweest?
- (4) Welke vervolgstappen biedt u verzekerden aan, bij afwijzing van het bezwaar? Kunt u aangeven in hoeveel gevallen daar gebruik van is gemaakt?
- e) Wij verzoeken u waar van toepassing een aantal geanonimiseerde brieven (tenminste 5) met betrekking tot voornoemde onderdelen te verstrekken.

Indien u geen gebruik maakt van een hardheidsclausule,

- 7) Hoe borgt u dat verzekerden in een concreet geval aanspraak kunnen maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet-gecontracteerde zorg?
- 8) Indien u verzekerden de op een andere wijze de mogelijkheid biedt een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg dan in de modelovereenkomstvoorwaarden vermeld is:
 - a) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden, over welke informatie zij dienen aan te leveren bij verzoek om een hogere vergoeding?
 - b) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over hoe het proces rondom een dergelijk verzoek er uit ziet? (bijvoorbeeld: hoe kunnen zij een verzoek indienen, wat zijn de beslistermijnen die de zorgverzekeraar hanteert)
 - c) Indien u verzekerden de mogelijkheid biedt een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg dan in de modelovereenkomstvoorwaarden vermeld is verzoeken wij u een overzicht te verstrekken met daarin, waar nodig voorzien van onderbouwing, de volgende informatie:
 - i) Hoe vaak is er in 2023 een verzoek gedaan om een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg (NB. Dit kan voorafgaand aan de behandeling, of nadien hebben plaatsgevonden)?
 - ii) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek toegewezen? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - iii) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek afgewezen? Waarom zijn deze afgewezen?
 - iv) Is er een mogelijkheid om een herbeoordeling van het verzoek te vragen, dan wel bezwaar te maken tegen de beslissing van de zorgverzekeraar?
 - (1) Zo ja:
 - (a) In hoeveel gevallen is er bezwaar gemaakt tegen een afwijzing van het oorspronkelijke verzoek om een hogere vergoeding?
 - (b) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar toegekend? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - (c) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar afgewezen? Wat zijn de redenen van afwijzing geweest?
 - (d) Welke vervolgstappen biedt u verzekerden aan, bij afwijzing van het bezwaar? Kunt u aangeven in hoeveel gevallen daar gebruik van is gemaakt?

- (e) Wij verzoeken u waar van toepassing een aantal geanonimiseerde brieven (tenminste 5) met betrekking tot voornoemde onderdelen te verstrekken.

Termijn voor en wijze van aanleveren informatie

Ik verzoek u de gevraagde informatie binnen vier weken na dagtekening van deze brief te verstrekken, ter attentie van **5.1 lid 2 sub e**

Om ons op een veilige manier informatie te kunnen toesturen, vragen wij u om gebruik te maken van het online platform Zivver. U kunt een e-mail sturen naar dataloket@nza.nl, o.v.v. uw naam, een mobiel nummer (geen vast nummer in verband met een verificatie-sms), e-mailadres én het kenmerk van deze brief. U ontvangt vervolgens een uitnodigingslink om de informatie veilig met ons te kunnen delen.

Vermeldt u hierbij het kenmerk van deze brief.

Plicht tot meewerken

Op ons onderzoek en dit informatieverzoek zijn de bepalingen en de bevoegdheden van de Wet marktordening gezondheidszorg en Hoofdstuk 5 van de Algemene wet bestuursrecht van toepassing. Op grond van artikel 61 en 63 Wmg bent u verplicht om uw medewerking aan ons onderzoek te verlenen en om ons de gevraagde gegevens en inlichtingen volledig en naar waarheid te verstrekken.

Voor de volledigheid vermeld ik dat het niet verlenen van medewerking aan dit onderzoek kan leiden tot inzet van handhavingsinstrumenten.

Vragen

Indien u naar aanleiding van deze brief vragen heeft, dan kunt u contact opnemen met **5.1 lid 2 sub e**. De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd.

Ik dank u bij voorbaat voor uw medewerking.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

5.1 lid 2 sub e

Toezicht zorgverzekeraars

Van: [REDACTED] 5.1 lid 2 sub e
Aan: [REDACTED]
Onderwerp: NZa [REDACTED] agenda voor maandag 21 okt. i.h.k.v. informatieverzoek/handhavingsverzoek artikel 13
Datum: donderdag 10 oktober 2024 11:21:00
Bijlagen: [image001.png](#) 5.1 lid 5
[Agenda \[REDACTED\].pdf](#)

Geachte [REDACTED] 5.1 lid 2 sub e

In de bijlage vindt u de agenda en enkele vragen aan [REDACTED], voor het overleg van maandag 21 oktober.

5.1 lid 5

Mocht u verder nog vragen hebben, dan kunt u mij mailen.

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e [REDACTED] | Toezicht Zorgverzekeraars

5.1 lid 2 sub e [REDACTED] Aanwezig op [REDACTED])



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)

Van: [REDACTED]
Aan: 5.1 lid 2 sub e [REDACTED]
Cc: [REDACTED]
Onderwerp: Voornemen tot aanwijzing [REDACTED] 5.1 lid 5
Datum: vrijdag 25 oktober 2024 16:36:00
Bijlagen: [500535-1561030 Voornemen tot aanwijzing \[REDACTED\].pdf](#)
[image001.png](#)

Geachte 5.1 lid 2 sub e [REDACTED], 5.1 lid 5

5.1 lid 5 Zoals besproken in het overleg met [REDACTED] op 21 oktober 2024 naar aanleiding van ons informatieverzoek inzake artikel 13, Zvw, ontvangt u hierbij u een voornemen tot aanwijzing voor [REDACTED]. U heeft de gelegenheid hierop te reageren. Daarna zal de NZa op basis van alle informatie beslissen welke vervolgstappen zijn aangewezen.

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e [REDACTED]

| Toezicht Zorgverzekeraars

06 – [REDACTED]

5.1 lid 2 sub e [REDACTED]



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)



5.1 lid 5

5.1 lid 2 sub e

Behandeld door

5.1 lid 2 sub e

Telefoonnummer
sub e**E-mailadres**
info@nza.nl**Kenmerk**
500535/1561030**Datum**
25 oktober 2024**Onderwerp**

Voornemen tot aanwijzing

Geachte

5.1 lid 2 sub e

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 12 februari 2024 een verzoek ontvangen om handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars vanwege een overtreding van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (Regeling informatieverstrekking)¹. Naar aanleiding van dit verzoek heeft de NZa 5.1 lid 5 op 15 april 2024 verzocht om informatie te sturen. Voorts heeft de NZa op 21 oktober 2024 met 5.1 lid 5 een gesprek gevoerd. Van dit gesprek is een zakelijk verslag opgemaakt.

Voornemen tot aanwijzing

Uit het onderzoek van de NZa blijkt dat 5.1 lid 5 geen informatie verstrekt over het hinderpaalcriterium of een verzoek om een hogere vergoeding in verband met een feitelijke hinderpaal. Daarmee voldoet 5.1 lid 5 niet aan artikelen 4 en 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking.

Met deze brief informeren wij u over het voornemen van de NZa om 5.1 lid 5 een aanwijzing te geven op grond van artikel 76 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De aanwijzing houdt in dat 5.1 lid 5 de geconstateerde overtredingen moet beëindigen binnen drie weken.

Alvorens te beslissen een aanwijzing op te leggen stellen wij 5.1 lid 5 in de gelegenheid om uiterlijk binnen drie weken na dagtekening van deze brief een zienswijze te geven op de voorgenomen aanwijzing.

Hieronder lichten wij dit toe.

¹ Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, met kenmerk TH/NR-027. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_743668_22/

Aanleiding

De NZa heeft een verzoek tot handhaving van artikel 13, Zvw en de Regeling informatieverstrekking ontvangen. De verzoeker stelt – kort gezegd – in het verzoek het volgende:

- Verzoekers menen dat zorgverzekeraars in strijd handelen met artikel 13, Zvw en het kader dat ter zake in de jurisprudentie is ontwikkeld. Hierbij wordt onder meer gewezen op de uitspraak van de Hoge Raad, van 9 december 2022.² Verzoeker stelt dat zorgverzekeraars per 2023 niet hebben gekozen voor een fijnmaziger systeem van vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Daarbij hebben zorgverzekeraars hun generieke kortingspercentages gehandhaafd zonder uitzonderingen te maken voor duurdere vormen van zorg. Volgens verzoeker moet worden aangenomen dat een korting van meer dan EUR 200,- een hinderpaal oplevert voor de gemiddelde modale zorggebruiker.
- Zorgverzekeraars hanteren nauwelijks hardheidsclausules en de hardheidsclausules die wel bestaan voldoen niet. Namens diverse patiënten heeft verzoeker een beroep gedaan op een hardheidsclausule.
- Zorgverzekeraars concretiseren op geen enkele manier hoe deze hardheidsclausule in de praktijk wordt toegepast en welke gegevens een verzekerde moet aanleveren. Daartoe zijn zorgverzekeraars volgens de verzoeker wel toe gehouden op grond van de Regeling informatieverstrekking.

Onderzoek NZa

De NZa heeft onderzoek gedaan naar hetgeen door de verzoeker in het verzoek om handhaving is gesteld. Daartoe heeft de NZa 5.1 lid 5 op 15 april 2024 verzocht om informatie te sturen 5.1 lid 5 heeft op 17 mei 2024 het verzoek om informatie beantwoord. De NZa heeft vervolgens 5.1 lid 5 uitgenodigd voor een gesprek, dat 21 oktober 2024 plaatsvond. Van dit gesprek is een zakelijk verslag opgemaakt. In dat gesprek heeft de NZa aangegeven dat zij voornemens is 5.1 lid 5 een aanwijzing op te leggen. Daartoe zal de NZa 5.1 lid 5 een voornemen tot het geven van een aanwijzing sturen. Hierop kan 5.1 lid 5 reageren. De NZa zal daarna beslissen over de te nemen vervolgstappen.

Juridisch kader

Alvorens de conclusies van het onderzoek te presenteren, gaat de NZa kort in op het juridisch kader. Dit kader is leidend bij de beoordeling van de feiten.

In artikel 13, lid 1, Zvw, is bepaald dat, indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.

Artikel 13, lid 2, Zvw, bepaalt dat de zorgverzekeraar de wijze waarop hij de vergoeding berekent in de modelovereenkomst opneemt.

Artikel 13, lid 4, Zvw, bepaalt dat de wijze waarop de vergoeding wordt berekend voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk is.

² Hoge Raad, 9 december 2022. ECLI:NL:HR:2022:1789.

Blijkens de wetsgeschiedenis beoogde de wetgever hiermee te bewerkstelligen dat de wijze van berekenen niet afhankelijk mag worden gemaakt van verzekerdenkenmerken.

Dat staat de zorgverzekeraar overigens wel toe de hoogte van de vergoeding afhankelijk te maken van de situatie waarin de verzekerde zich bij het inroepen van de niet-gecontracteerde zorg bevond.³

In de jurisprudentie is over de toepassing van artikel 13 door de Hoge Raad onder meer, en voor de NZa leidend in het licht van het verzoek om handhaving, het volgende gesteld. Een zorgverzekeraar kan een generieke korting toepassen voor alle typen of vormen van niet-gecontracteerde zorg. Of en in hoeverre het hinderpaalcriterium zich in bepaalde gevallen verzet tegen een generieke korting kan slechts worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden, waaronder eventuele beleidsregels van de NZa. Daarbij is met name de hoogte van de kosten van desbetreffende vorm van zorg van belang. Een generiek kortingspercentage kan bij complexe en dure vormen van zorg immers resulteren in een relatief lage vergoeding die voor de gemiddelde ('modale') zorggebruiker een feitelijke hinderpaal kan opleveren, terwijl datzelfde kortingspercentage bij minder dure vormen van zorg niet leidt tot strijd met het hinderpaalcriterium.

Voorts is relevant dat de Hoge Raad heeft gesteld dat het antwoord op de vraag of sprake is van een hinderpaal het moment is dat de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Verschillende omstandigheden kunnen hierbij worden meegenomen: de ondubbelzinnige toezegging van de verzekeraar dat een bepaald bedrag aan de verzekerde zal worden vergoed en of de zorgaanbieder op grond van een coulanceregeling een deel van de kosten voor eigen rekening neemt.

Op grond van artikel 16, b, Wmg, houdt de NZa toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars, waaronder de rechtmatige uitvoering van artikel 13, Zvw. Ter zake heeft de NZa in de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw⁴ onder meer gesteld dat vergoedingspercentages voor niet-gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

Op grond van artikel 114, lid 1, Zvw, zorgt de zorgverzekeraar ervoor dat zijn verzekeringsnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie. Hieraan wordt door zorgverzekeraars uitvoering gegeven via de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. In artikel 20, van de Regeling informatieverstrekking heeft de NZa bepaald dat zorgverzekeraars de verzekerden moeten informeren over de mogelijkheid tot het indienen van een klacht of een verzoek tot heroverweging van een besluit.

De Regeling informatieverstrekking bepaalt voorts in artikel 4, lid 1, dat informatie voor consumenten bruikbaar moet zijn, zodat zij hun keuze daarop kunnen baseren. Artikel 4, lid 2, van de Regeling informatieverstrekking bepaalt wanneer informatie bruikbaar is, doordat deze onder andere relevant is voor de zorgkeuze op dat moment.

³ Kamerstukken II, 2003-2004, 29 763, nr. 3, p. 109-110.

⁴ Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, met kenmerk TH/BR-025. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21832_22/1/

Artikel 10, lid 1, sub a, van de Regeling informatieverstrekking bepaalt dat als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde, de zorgverzekeraar dit meldt via zijn relevante openbare communicatiekanalen en dat de zorgverzekeraar hierbij de informatie vermeldt die relevant is voor de consument voor het maken van een keuze.

Tenslotte, de NZa is op grond van artikel 76, Wmg bevoegd ter handhaving van het bepaalde bij of krachtens de artikelen 40, lid 3 en lid 4, en artikel 38, lid 7, Wmg een aanwijzing te geven, erop gericht dat aan het bepaalde bij of krachtens die artikelen wordt voldaan.

Op grond van artikel 77, Wmg, kan de NZa een zorgverzekeraar een aanwijzing opleggen ten aanzien van haar taak, bedoeld in artikel 16, onderdeel b, Wmg – de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars.

Beoordelingskader

De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Op grond van artikel 79, lid 1, in combinatie met artikel 3, lid 4, Wmg, geeft de NZa geen oordeel over de vraag of in een concreet geval een op grond van artikel 13, lid 1, Zvw toegekende vergoeding in strijd is met het hinderpaalcriterium.

Naar opvatting van de NZa is in eerste instantie een zorgverzekeraar gehouden om te borgen dat in lijn met artikel 13, lid 1, Zvw, een vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg geen feitelijke hinderpaal oplevert. Zorgverzekeraars mogen hierbij uitgaan van een 'generiek kortingspercentage', of bijvoorbeeld uitgaan van lijsten met vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg waarin concrete bedragen genoemd zijn. Uit jurisprudentie volgt naar opvatting van de NZa dat een zorgverzekeraar die in zijn polisvoorwaarden heeft bepaald dat hij een vergoeding van 75% of hoger van het gemiddeld gecontracteerde tarief toekent voor niet-gecontracteerde zorg, deels de Zvw rechtmatig uitvoert. Immers, ook bij een dergelijk vergoedingspercentage heeft op basis van jurisprudentie te gelden dat bij duurdere vormen van zorg er voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal kan ontstaan. In het kader van de rechtmatige uitvoering van de Zvw zal de zorgverzekeraar hier in de uitvoering rekening mee moeten houden. Dat kan bijvoorbeeld door polisvoorwaarden fijnmazig vorm te geven, waarbij voor duurdere vormen van zorg een hoger vergoedingsbedrag van toepassing is. In dat geval zal de zorgverzekeraar aan de verzekerden moeten kunnen motiveren waarom een bepaald bedrag geen feitelijke hinderpaal oplevert. De zorgverzekeraar kan er ook voor kiezen om op andere wijze uitvoering te geven aan hetgeen in jurisprudentie is bepaald over het hinderpaalcriterium. Hierbij is voor de NZa leidend dat door de zorgverzekeraar aan de verzekerde een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid wordt aangeboden die hem in staat stelt een verzoek te doen om een hogere vergoeding. Ook dient de zorgverzekeraar op grond van artikel 114 Zvw en artikel 20 van de Regeling informatieverstrekking, de verzekerde de mogelijkheid te bieden om een klacht of verzoek tot heroverweging in te dienen bij de zorgverzekeraar en dient de zorgverzekeraar de verzekerde te informeren over de mogelijkheid om een geschil aanhangig te maken bij de SKGZ.

Vergoedingen die lager zijn dan 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief zullen naar verwachting een feitelijke hinderpaal opleveren voor verzekerden. Dat geldt voor zowel 'duurdere' als voor 'goedkopere' zorgvormen. In dat geval voeren zorgverzekeraars de Zvw rechtmatig uit door verzekerden een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid te bieden om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding, voor zowel 'duurdere' als 'goedkopere' zorgvormen. De motiveringsplicht die bij een vergoeding onder de 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief op de zorgverzekeraar rust, brengt met zich mee dat hij moet kunnen aangeven waarom die lagere vergoeding geen feitelijke hinderpaal oplevert.

Hierbij verwacht de NZa dat de zorgverzekeraar ook rekening houdt met een stapeling van zorgkosten bij een in beginsel 'goedkopere' zorgvorm in het kader van een behandeling van de verzekerde. Ook hierbij geldt dat de zorgverzekeraar op grond van artikel 114 Zvw en artikel 20 van de Regeling informatieverstrekking, de verzekerde de mogelijkheid moet bieden om een klacht of verzoek tot heroverweging in te dienen bij de zorgverzekeraar en dient de zorgverzekeraar de verzekerde te informeren over de mogelijkheid om een geschil aanhangig te maken bij de SKGZ.

De NZa verwacht voorts van zorgverzekeraars dat zij verzoeken van verzekerden om een hogere vergoeding, een klacht of een verzoek tot heroverweging op redelijke wijze toetsen aan, en in lijn met, het bepaalde in jurisprudentie over het hinderpaalcriterium. Dit behelst dat de verzekeraar uitgaat van de modale zorggebruiker als maatman en handelt in lijn met artikel 13, lid 4, Zvw. De NZa adviseert zorgverzekeraars beleid te voeren, waarin zij aangeven hoe zij een verzoek om een hogere vergoeding toetsen en welke feiten en omstandigheden daarin worden meegewogen. Dit bevordert consistent handelen richting verzekerden. De wijze waarop de zorgverzekeraar bepaalt of er sprake is van een feitelijke hinderpaal voor de verzekerde om zich te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is aan de zorgverzekeraar zelf; immers, het gaat in artikel 13, lid 1, Zvw om een vergoeding die de zorgverzekeraar toekent aan de verzekerde indien die er voor kiest om zich niet te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De zorgverzekeraar kan hierbij bijvoorbeeld rekening houden met de uitkomsten van geschillenbeslechting van de SKGZ, of uitspraken van rechters.

Wat betreft informatieverstrekking geldt nog het volgende. Artikel 4, lid 1 en artikel 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking spreken van voor de consument bruikbare informatie om een keuze te kunnen maken. Hierbij gaat het ook om informatie die nodig is voor het kiezen van een zorgaanbieder. In het licht van artikel 13, Zvw, en de jurisprudentie, is voor de NZa leidend dat de zorgverzekeraar bruikbare informatie verschaft over a) de hoogte van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg en b) over dat en de wijze waarop de verzekerde een verzoek om een hogere vergoeding kan doen. Indien de zorgverzekeraar een hardheidsclausule toepast dan vermeldt de zorgverzekeraar dit eveneens, alsook de wijze waarop de verzekerde daarvan gebruik kan maken. Dit is overigens niet hetzelfde als de informatieverstrekking als bedoeld in artikel 13, lid 2, van de Zvw. De zorgverzekeraar kan daaraan voldoen door bijvoorbeeld in de polisvoorwaarden te vermelden dat de vergoeding gebaseerd is op een bepaald percentage van het gemiddelde gecontracteerde tarief, of door te verwijzen naar lijsten met vergoedingen op de website.

Conclusies onderzoek NZa

Uit het door de NZa verrichte onderzoek blijkt het volgende:

- 5.1 lid 5 hanteert in de modelovereenkomsten een maximumvergoeding voor zorg door niet-gecontracteerde zorgaanbiders⁵. De maximumvergoedingen zijn gebaseerd op een percentage van de gemiddeld gecontracteerde tarieven voor de betreffende zorgvorm. Het percentage verschilt voor de 5.1 lid 5 polis per zorgvorm, er is geen generiek afslagpercentage. Voor de 5.1 lid 5 polis geldt voor twee zorgvormen wel eenzelfde vergoedingspercentage.

⁵ 5.1 lid 5 2024 en 5.1 lid 5 2024. De vergoedingspercentages van de 5.1 lid 5 polis zijn geplaatst op de in het vergoedingenoverzicht op de website van 5.1 lid 5 hanteert voor niet-gecontracteerde zorgverleners in de wijkverpleging en GGZ een vergoeding van maximaal 75% van het NZa Tarief.

- 5.1 lid 5 informeert verzekerden via de website over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg, maar biedt verzekerden, anders dan de reguliere klachtenprocedure, niet de mogelijkheid om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Ook niet in verband met duurdere vormen van zorg.
- 5.1 lid 5 heeft over geheel 2023 38 verzoeken ontvangen om een hogere vergoeding voor niet gecontracteerde zorg. 5.1 lid 5 voert beleid ten aanzien van de behandeling van verzoeken om een hogere vergoeding.

Uit voorgaande blijkt dat 5.1 lid 5 verzekerden niet een kenbare, bruikbare en vindbare mogelijkheid biedt om een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Hieruit volgt eveneens dat 5.1 lid 5 de verzekerde geen bruikbare informatie verstrekt om een keuze te kunnen maken voor een (niet-gecontracteerde) zorgaanbieder.

Gelet op artikel 4, lid 1, juncto 10, lid 1, onderdeel a, van de Regeling informatieverstrekking, is hier sprake van een overtreding door 5.1 lid 5. De NZa is voornemens 5.1 lid 5 een aanwijzing op te leggen, op grond van artikel 76, van de Wmg. De aanwijzing houdt in dat 5.1 lid 5 verzekerden voorziet van bruikbare keuzeinformatie binnen een termijn van drie weken.

Zienswijze

Alvorens te beslissen een aanwijzing op te leggen, stellen wij 5.1 lid 5 in de gelegenheid om uiterlijk binnen drie weken na dagtekening van deze brief een zienswijze te geven op de voorgenomen aanwijzing. Hierbij vermelden wij volledigheidshalve dat 5.1 lid 5 hiertoe niet verplicht is.

Indien wij binnen deze termijn geen reactie van 5.1 lid 5 ontvangen dan gaan wij ervan uit dat 5.1 lid 5 geen gebruik wenst te maken van de mogelijkheid een zienswijze te geven op het voornemen een aanwijzing op te leggen.

U kunt een schriftelijke zienswijze per post of per e-mail sturen naar de NZa, onder vermelding van het kenmerk. De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd. Als 5.1 lid 5 de zienswijze mondeling wilt geven dan kunt u uiterlijk binnen 1 week contact opnemen met ons opnemen om daartoe een afspraak te maken.

Vragen

Heeft u naar aanleiding van deze brief vragen? Dan kunt u contact opnemen met 5.1 lid 2 sub e. De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd.

5.1 lid 2 sub e

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

5.1 lid 2 sub e

Toezicht Zorgverzekeraars
Directie Toezicht

Van: 5.1 lid 2 sub e
Aan: [redacted]
Cc: [redacted]
Onderwerp: 479248-1568360 Afschrift besluit op handhavingsverzoek NZa artikel 13, lid 4, Zvw
Datum: donderdag 21 november 2024 15:30:00
Bijlagen: [479248-1568360 Besluit Stichting Handhaving Vrije Artsenkeuze.pdf](#)
[image001.png](#)

Geachte 5.1 lid 2 sub e,

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 12 februari 2024 een verzoek ontvangen om handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars vanwege een overtreding van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (Regeling informatieverstrekking).

De NZa heeft besloten het verzoek van de Stichting af te wijzen.
 De NZa heeft een aantal zorgverzekeraars een voornemen tot het geven van een aanwijzing opgelegd.
 Een afschrift van dit besluit treft u aan als bijlage bij deze brief.

Hoewel geen onderdeel van het verzoek om handhaving waarop dient te worden gereageerd met een besluit, geeft de NZa nog het volgende aan. De NZa ziet in de bevindingen van haar onderzoek naar aanleiding van het handhavingsverzoek aanleiding om haar beleid^[1] ten aanzien van de wijze waarop zij toezicht houdt op artikel 13, Zvw, aan te vullen.
 De NZa zal bij de aanpassing van het beleid de inhoud van dit besluit betrekken. Eveneens zal de NZa alle zorgverzekeraars hierover op zo kort mogelijke termijn informeren.

Voornemen tot publicatie

De NZa is transparant over haar beleid en de uitvoering daarvan, en hanteert daarom als uitgangspunt dat haar besluiten en handelen zoveel als mogelijk openbaar moeten zijn.

Wij hebben dan ook het voornemen om dit besluit op grond van artikel 3.1 van de Wet open overheid (Woo) openbaar te maken.

Dit door middel van publicatie van een afschrift hiervan, geschoond van persoonsgegevens, op het documentenplatform van de NZa:

<https://puc.overheid.nl/nza/>.

Voordat definitief tot publicatie wordt besloten, stellen wij u, als derde belanghebbende, graag in de gelegenheid om een zienswijze op dit voornemen kenbaar te maken.

U kunt uw eventuele zienswijzereactie binnen 14 dagen na dagtekening van dit bericht digitaal toezenden aan info@nza.nl. Vermeld u daarbij alstublieft het bovenstaande onderwerp.

Contact

Ik ga ervan uit dat ik u hiermee voldoende heb geïnformeerd. Indien u vragen heeft kunt u met mij contact opnemen.

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e

5.1 lid 2 sub e | Toezicht zorgverzekeraars

5.1 lid 2 sub e

Aanwezig op 5.1 lid 2 sub e



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#)

[1] Bedoeld wordt de beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, met kenmerk TH.BR-025. Te raadplegen via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21832_22/1/.

Van: [REDACTED]
Aan: 5.1 lid 2 sub e [REDACTED]
Onderwerp: 483084-1524568 Informatieverzoek 5.1 lid 5
Datum: maandag 15 april 2024 13:09:00
Bijlagen: [483084-1524568](#) 5.1 lid 5
[image001.png](#)

Geachte heer/mevrouw,

Hierbij ontvangt u een informatieverzoek naar aanleiding van een handhavingsverzoek inzake mogelijke overtreding art. 13 Zvw.

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e [REDACTED]

| Toezicht zorgverzekeraars

5.1 lid 2 sub e [REDACTED]

Aanwezig op 5.1 lid 2 sub e [REDACTED]



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#)



5.1 lid 2 sub e en 5.1 lid 5

Uitsluitend aangetekend per e-mail verzonden:

5.1 lid 2 sub e

Onderwerp
Informatieverzoek

Behandeld door

5.1 lid 2 sub e

Telefoonnummer

5.1 lid 2 sub e

E-mailadres

5.1 lid 2 sub e

Kenmerk

483084/1524568

Datum

15 april 2024

Geachte 5.1 lid 2
sub e

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft een verzoek tot handhaving van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) ontvangen. Op grond van de beginselplicht tot handhaving is de NZa gehouden om het verzoek in behandeling te nemen, en, indien daar concrete aanleiding toe is, om nader onderzoek te doen. In het licht van dit onderzoek verzoekt de NZa u om informatie, middels deze brief. Dit wordt hierna toegelicht.

Verzoek tot handhaving

Het verzoek tot handhaving behelst, kort gezegd, dat de NZa wordt aangemaand handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars, vanwege handelen in strijd met artikel 13, Zvw. Op basis van artikel 13 van de Zvw mogen verzekerden met een zorgverzekering met gecontracteerd zorgaanbod een lagere vergoeding krijgen als ze naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaan. De vergoeding mag echter niet dusdanig laag zijn dat dat een feitelijke hinderpaal oplevert om zich te wenden tot een ongecontracteerde zorgaanbieder.

Verzoekers menen dat hun modelovereenkomstvoorwaarden en vergoedingsbeleid in strijd met is de uitleg die de wetgever en rechtspraak geeft aan artikel 13, Zvw. Hierbij wordt onder meer gewezen op de uitspraak van de Hoge Raad, van 9 december 2022. Eveneens overleggen verzoekers voorbeelden van verzoeken van verzekerden op toepassing van de hardheidsclausule en de reactie van diverse zorgverzekeraars daarop. Op grond daarvan menen verzoekers dat zorgverzekeraars de hardheidsclausule in strijd met voornoemde interpretatie van artikel 13, Zvw, toepassen. Tenslotte stellen verzoekers dat zorgverzekeraars in strijd handelen met artikel 10, van de NZa Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (met kenmerk: TH/NR-022), door inhoudelijk onjuiste en onbruikbare informatie te verstrekken over de vergoeding als bedoeld in artikel 13, Zvw, en de (toepassing van de) hardheidsclausule.

Achtergrond

Gezien de beginselplicht tot handhaving is de NZa gehouden nader onderzoek te doen naar vermeende overtredingen van wet- en regelgeving waar zij op toeziet. Uitgangspunt bij dit onderzoek is de NZa Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (met kenmerk: TH/BR-025). Ten aanzien van het toezicht op artikel 13, Zvw, heeft de NZa in artikel 8.4 en toelichting daarop, onder andere het volgende gesteld:

"8.4. Bij een zorgverzekering met een gecontracteerd zorgaanbod als bedoeld in artikel 13, eerste lid, Zvw, ontvangt de verzekerde een door de zorgverzekeraar te bepalen (al dan niet gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van de zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze vergoeding mag niet dusdanig zijn dat die een feitelijke hinderpaal opwerpt voor de verzekerde om zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Toelichting:

Op basis van die jurisprudentie is de NZa van oordeel dat vergoedingspercentages voor niet gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het door de NZa vastgestelde (maximum- of vaste) tarief voor de betreffende prestatie naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

Een dergelijke hardheidsclausule moet de verzekerde dan in een concreet geval de mogelijkheid geven om bij de zorgverzekeraar aanspraak te maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg. Uiteindelijk laat een eventueel oordeel dat een in een modelovereenkomst opgenomen percentage op voorhand niet in strijd kan worden geacht met artikel 13 Zvw, onverlet dat hierover in een concreet geval anders moet worden geoordeeld."

Uit jurisprudentie van onder meer de Hoge Raad⁴ volgt onder andere dat of een generiek kortingspercentage een feitelijke hinderpaal oplevert moet worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden en op het moment waarop de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarbij is met name de hoogte van de kosten van de desbetreffende vorm van zorg van belang. Hierbij moet worden uitgegaan van de 'gemiddelde, modale zorggebruiker'. Bij 'feiten en omstandigheden' spelen mee of de zorgverzekeraar een hardheidsclausule hanteert en toepast en of de zorgaanbieder een coulanceregeling aanbiedt en toepast.

Verzoek om informatie

Gelet op voornoemde verzoekt de NZa u om namens alle risicodragers binnen uw concern de volgende vragen te beantwoorden en waar nodig te voorzien van onderbouwing met behulp van bijvoorbeeld documentatie:

⁴ In het bijzonder Cassatie van de Hoge Raad, 9 december 2022, ECLI:NL:HR:2022:1789. Zie hier r.o. 3.4.2, 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3, 3.6.4, en 3.6.5.

Hoogte van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg

- 1) Hoe zorgt u dat de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg geen feitelijke hinderpaal oplevert? Hoe bepaalt u dit? Wij verzoeken u dit per risicodragers binnen uw concern en per modelovereenkomst aan te geven voor modelovereenkomsten waarbij een vergoedingsbeperking wordt toegepast voor niet gecontracteerde zorg.
- 2) Heeft u bij de vaststelling van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg rekening gehouden met de mogelijkheid dat met name bij duurdere vormen van zorg respectievelijk vormen van zorg met hoge kosten eerder sprake kan zijn van een feitelijke hinderpaal voor de modale zorggebruiker? Hoe heeft u dit meegewogen bij de vaststelling van de vergoeding? Wij verzoeken u dit per risicodragers binnen uw concern en per modelovereenkomst aan te geven. Graag ontvangen wij ter zake documentatie waaruit dit blijkt.

Hardheidsclausule: uitleg, informatieverstrekking en toepassing

Maakt u voor de vergoeding van niet gecontracteerde zorg gebruik van een hardheidsclausule zoals beschreven in onze Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025)? Wij verzoeken u deze en onderstaande vragen per risicodragers en per modelovereenkomst te beantwoorden. Indien informatieverstrekking voor een label of een merk op een afwijkende wijze plaatsvindt verzoeken wij u dit hier ook aan te geven.

Zo ja,

- 3) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over de mogelijkheid een beroep te doen op de hardheidsclausule, en via welk informatiekanaal?
 - a) Kunt u hierbij specifiek in gaan op:
 - i) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden, over welke informatie zij dienen aan te leveren bij een beroep op de hardheidsclausule?
 - ii) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over hoe het proces rondom een beroep op de hardheidsclausule verloopt (bijvoorbeeld: hoe kunnen zij een beroep indienen, wat zijn de beslistermijnen die de zorgverzekeraar hanteert)?
- 4) Hoe past u de hardheidsclausule in de praktijk toe? Wat is uw beleid voor het toepassen van de hardheidsclausule? Graag ontvangen wij dat beleid.
- 5) Indien de hardheidsclausule beperkt is tot maximaal 75% van het van het gemiddelde tarief waarvoor zorg is ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners): Hoe borgt u dat verzekerden in een concreet geval aanspraak kunnen maken op een hogere vergoeding ingeval dat vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg?
- 6) Wij verzoeken u een overzicht te verstrekken per modelovereenkomst met daarin, waar nodig voorzien van onderbouwing, de volgende informatie:
 - a) Hoe vaak is er in 2023 een beroep gedaan op de hardheidsclausule?
 - b) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek toegewezen? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - c) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek afgewezen? Waarom zijn deze afgewezen?
 - d) Is er een mogelijkheid om een herbeoordeling van het verzoek te vragen, dan wel bezwaar te maken tegen de beslissing van de zorgverzekeraar?
 - i) Zo ja:

- (1) In hoeveel gevallen is er bezwaar gemaakt tegen een afwijzing van het oorspronkelijke beroep op de hardheidsclausule?
- (2) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar toegekend? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
- (3) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar afgewezen? Wat zijn de redenen van afwijzing geweest?
- (4) Welke vervolgstappen biedt u verzekerden aan, bij afwijzing van het bezwaar? Kunt u aangeven in hoeveel gevallen daar gebruik van is gemaakt?
- e) Wij verzoeken u waar van toepassing een aantal geanonimiseerde brieven (tenminste 5) met betrekking tot voornoemde onderdelen te verstrekken.

Indien u geen gebruik maakt van een hardheidsclausule,

- 7) Hoe borgt u dat verzekerden in een concreet geval aanspraak kunnen maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet-gecontracteerde zorg?
- 8) Indien u verzekerden de op een andere wijze de mogelijkheid biedt een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg dan in de modelovereenkomstvoorwaarden vermeld is:
 - a) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden, over welke informatie zij dienen aan te leveren bij verzoek om een hogere vergoeding?
 - b) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over hoe het proces rondom een dergelijk verzoek er uit ziet? (bijvoorbeeld: hoe kunnen zij een verzoek indienen, wat zijn de beslistermijnen die de zorgverzekeraar hanteert)
 - c) Indien u verzekerden de mogelijkheid biedt een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg dan in de modelovereenkomstvoorwaarden vermeld is verzoeken wij u een overzicht te verstrekken met daarin, waar nodig voorzien van onderbouwing, de volgende informatie:
 - i) Hoe vaak is er in 2023 een verzoek gedaan om een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg (NB. Dit kan voorafgaand aan de behandeling, of nadien hebben plaatsgevonden)?
 - ii) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek toegewezen? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - iii) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek afgewezen? Waarom zijn deze afgewezen?
 - iv) Is er een mogelijkheid om een herbeoordeling van het verzoek te vragen, dan wel bezwaar te maken tegen de beslissing van de zorgverzekeraar?
 - (1) Zo ja:
 - (a) In hoeveel gevallen is er bezwaar gemaakt tegen een afwijzing van het oorspronkelijke verzoek om een hogere vergoeding?
 - (b) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar toegekend? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - (c) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar afgewezen? Wat zijn de redenen van afwijzing geweest?
 - (d) Welke vervolgstappen biedt u verzekerden aan, bij afwijzing van het bezwaar? Kunt u aangeven in hoeveel gevallen daar gebruik van is gemaakt?

- (e) Wij verzoeken u waar van toepassing een aantal geanonimiseerde brieven (tenminste 5) met betrekking tot voornoemde onderdelen te verstrekken.

Termijn voor en wijze van aanleveren informatie

Ik verzoek u de gevraagde informatie binnen vier weken na dagtekening van deze brief te verstrekken, ter attentie van **5.1 lid 2 sub e**

Om ons op een veilige manier informatie te kunnen toesturen, vragen wij u om gebruik te maken van het online platform Zivver. U kunt een e-mail sturen naar dataloket@nza.nl, o.v.v. uw naam, een mobiel nummer (geen vast nummer in verband met een verificatie-sms), e-mailadres én het kenmerk van deze brief. U ontvangt vervolgens een uitnodigingslink om de informatie veilig met ons te kunnen delen.

Vermeldt u hierbij het kenmerk van deze brief.

Plicht tot meewerken

Op ons onderzoek en dit informatieverzoek zijn de bepalingen en de bevoegdheden van de Wet marktordening gezondheidszorg en Hoofdstuk 5 van de Algemene wet bestuursrecht van toepassing. Op grond van artikel 61 en 63 Wmg bent u verplicht om uw medewerking aan ons onderzoek te verlenen en om ons de gevraagde gegevens en inlichtingen volledig en naar waarheid te verstrekken.

Voor de volledigheid vermeld ik dat het niet verlenen van medewerking aan dit onderzoek kan leiden tot inzet van handhavingsinstrumenten.

Vragen

Indien u naar aanleiding van deze brief vragen heeft, dan kunt u contact opnemen met **5.1 lid 2 sub e**

De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd.

Ik dank u bij voorbaat voor uw medewerking.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

5.1 lid 2 sub e

Toezicht zorgverzekeraars

Van: 5.1 lid 2 sub e
Aan: [redacted]
Onderwerp: 483084-1524568 Informatieverzoek 5.1 lid 5
Datum: maandag 15 april 2024 13:11:00
Bijlagen: [483084-1524568 Informatieverzoek 5.1 lid 5.pdf](#)
[image001.png](#)

Geachte heer/mevrouw,

Hierbij ontvangt u een informatieverzoek naar aanleiding van een handhavingsverzoek inzake mogelijke overtreding art. 13 Zvw.

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e

| Toezicht zorgverzekeraars

5.1 lid 2 sub e

Aanwezig 5.1 lid 2 sub e



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#)



5.1 lid 5

5.1 lid 2 sub e

Behandeld door

5.1 lid 2 sub e

Telefoonnummer

5.1 lid 2 sub e

E-mailadres

5.1 lid 2 sub e

Uitsluitend aangetekend per e-mail verzonden:

5.1 lid 2 sub e

Kenmerk

483084/1524568

Onderwerp

Informatieverzoek

Datum

15 april 2024

Geachte 5.1 lid 2 sub e

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft een verzoek tot handhaving van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) ontvangen. Op grond van de beginselplicht tot handhaving is de NZa gehouden om het verzoek in behandeling te nemen, en, indien daar concrete aanleiding toe is, om nader onderzoek te doen. In het licht van dit onderzoek verzoekt de NZa u om informatie, middels deze brief. Dit wordt hierna toegelicht.

Verzoek tot handhaving

Het verzoek tot handhaving behelst, kort gezegd, dat de NZa wordt aangemaand handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars, vanwege handelen in strijd met artikel 13, Zvw. Op basis van artikel 13 van de Zvw mogen verzekerden met een zorgverzekering met gecontracteerd zorgaanbod een lagere vergoeding krijgen als ze naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaan. De vergoeding mag echter niet dusdanig laag zijn dat dat een feitelijke hinderpaal oplevert om zich te wenden tot een ongecontracteerde zorgaanbieder.

Verzoekers menen dat hun modelovereenkomstvoorwaarden en vergoedingsbeleid in strijd met is de uitleg die de wetgever en rechtspraak geeft aan artikel 13, Zvw. Hierbij wordt onder meer gewezen op de uitspraak van de Hoge Raad, van 9 december 2022. Eveneens overleggen verzoekers voorbeelden van verzoeken van verzekerden op toepassing van de hardheidsclausule en de reactie van diverse zorgverzekeraars daarop. Op grond daarvan menen verzoekers dat zorgverzekeraars de hardheidsclausule in strijd met voornoemde interpretatie van artikel 13, Zvw, toepassen. Tenslotte stellen verzoekers dat zorgverzekeraars in strijd handelen met artikel 10, van de NZa Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (met kenmerk: TH/NR-022), door inhoudelijk onjuiste en onbruikbare informatie te verstrekken over de vergoeding als bedoeld in artikel 13, Zvw, en de (toepassing van de) hardheidsclausule.

Achtergrond

Gezien de beginselplicht tot handhaving is de NZa gehouden nader onderzoek te doen naar vermeende overtredingen van wet- en regelgeving waar zij op toeziet. Uitgangspunt bij dit onderzoek is de NZa Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (met kenmerk: TH/BR-025). Ten aanzien van het toezicht op artikel 13, Zvw, heeft de NZa in artikel 8.4 en toelichting daarop, onder andere het volgende gesteld:

“8.4. Bij een zorgverzekering met een gecontracteerd zorgaanbod als bedoeld in artikel 13, eerste lid, Zvw, ontvangt de verzekerde een door de zorgverzekeraar te bepalen (al dan niet gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van de zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze vergoeding mag niet dusdanig zijn dat die een feitelijke hinderpaal opwerpt voor de verzekerde om zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Toelichting:

Op basis van die jurisprudentie is de NZa van oordeel dat vergoedingspercentages voor niet gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het door de NZa vastgestelde (maximum- of vaste) tarief voor de betreffende prestatie naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

Een dergelijke hardheidsclausule moet de verzekerde dan in een concreet geval de mogelijkheid geven om bij de zorgverzekeraar aanspraak te maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg. Uiteindelijk laat een eventueel oordeel dat een in een modelovereenkomst opgenomen percentage op voorhand niet in strijd kan worden geacht met artikel 13 Zvw, onverlet dat hierover in een concreet geval anders moet worden geoordeeld.”

Uit jurisprudentie van onder meer de Hoge Raad⁶ volgt onder andere dat of een generiek kortingspercentage een feitelijke hinderpaal oplevert moet worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden en op het moment waarop de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarbij is met name de hoogte van de kosten van de desbetreffende vorm van zorg van belang. Hierbij moet worden uitgegaan van de ‘gemiddelde, modale zorggebruiker’. Bij ‘feiten en omstandigheden’ spelen mee of de zorgverzekeraar een hardheidsclausule hanteert en toepast en of de zorgaanbieder een coulanceregeling aanbiedt en toepast.

Verzoek om informatie

Gelet op voornoemde verzoekt de NZa u om namens alle risicodragers binnen uw concern de volgende vragen te beantwoorden en waar nodig te voorzien van onderbouwing met behulp van bijvoorbeeld documentatie:

⁶ In het bijzonder Cassatie van de Hoge Raad, 9 december 2022, ECLI:NL:HR:2022:1789. Zie hier o.o. 3.4.2, 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3, 3.6.4, en 3.6.5.

Hoogte van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg

- 1) Hoe zorgt u dat de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg geen feitelijke hinderpaal oplevert? Hoe bepaalt u dit? Wij verzoeken u dit per risicodrager binnen uw concern en per modelovereenkomst aan te geven voor modelovereenkomsten waarbij een vergoedingsbeperking wordt toegepast voor niet gecontracteerde zorg.
- 2) Heeft u bij de vaststelling van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg rekening gehouden met de mogelijkheid dat met name bij duurdere vormen van zorg respectievelijk vormen van zorg met hoge kosten eerder sprake kan zijn van een feitelijke hinderpaal voor de modale zorggebruiker? Hoe heeft u dit meegewogen bij de vaststelling van de vergoeding? Wij verzoeken u dit per risicodrager binnen uw concern en per modelovereenkomst aan te geven. Graag ontvangen wij ter zake documentatie waaruit dit blijkt.

Hardheidsclausule: uitleg, informatieverstrekking en toepassing

Maakt u voor de vergoeding van niet gecontracteerde zorg gebruik van een hardheidsclausule zoals beschreven in onze Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025)? Wij verzoeken u deze en onderstaande vragen per risicodrager en per modelovereenkomst te beantwoorden. Indien informatieverstrekking voor een label of een merk op een afwijkende wijze plaatsvindt verzoeken wij u dit hier ook aan te geven.

Zo ja,

- 3) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over de mogelijkheid een beroep te doen op de hardheidsclausule, en via welk informatiekanaal?
 - a) Kunt u hierbij specifiek in gaan op:
 - i) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden, over welke informatie zij dienen aan te leveren bij een beroep op de hardheidsclausule?
 - ii) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over hoe het proces rondom een beroep op de hardheidsclausule verloopt (bijvoorbeeld: hoe kunnen zij een beroep indienen, wat zijn de beslistermijnen die de zorgverzekeraar hanteert)?
- 4) Hoe past u de hardheidsclausule in de praktijk toe? Wat is uw beleid voor het toepassen van de hardheidsclausule? Graag ontvangen wij dat beleid.
- 5) Indien de hardheidsclausule beperkt is tot maximaal 75% van het van het gemiddelde tarief waarvoor zorg is ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners): Hoe borgt u dat verzekerden in een concreet geval aanspraak kunnen maken op een hogere vergoeding ingeval dat vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg?
- 6) Wij verzoeken u een overzicht te verstrekken per modelovereenkomst met daarin, waar nodig voorzien van onderbouwing, de volgende informatie:
 - a) Hoe vaak is er in 2023 een beroep gedaan op de hardheidsclausule?
 - b) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek toegewezen? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - c) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek afgewezen? Waarom zijn deze afgewezen?
 - d) Is er een mogelijkheid om een herbeoordeling van het verzoek te vragen, dan wel bezwaar te maken tegen de beslissing van de zorgverzekeraar?
 - i) Zo ja:

- (1) In hoeveel gevallen is er bezwaar gemaakt tegen een afwijzing van het oorspronkelijke beroep op de hardheidsclausule?
- (2) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar toegekend? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
- (3) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar afgewezen? Wat zijn de redenen van afwijzing geweest?
- (4) Welke vervolgstappen biedt u verzekerden aan, bij afwijzing van het bezwaar? Kunt u aangeven in hoeveel gevallen daar gebruik van is gemaakt?
- e) Wij verzoeken u waar van toepassing een aantal geanonimiseerde brieven (tenminste 5) met betrekking tot voornoemde onderdelen te verstrekken.

Indien u geen gebruik maakt van een hardheidsclausule,

- 7) Hoe borgt u dat verzekerden in een concreet geval aanspraak kunnen maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet-gecontracteerde zorg?
- 8) Indien u verzekerden de op een andere wijze de mogelijkheid biedt een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg dan in de modelovereenkomstvoorwaarden vermeld is:
 - a) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden, over welke informatie zij dienen aan te leveren bij verzoek om een hogere vergoeding?
 - b) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over hoe het proces rondom een dergelijk verzoek er uit ziet? (bijvoorbeeld: hoe kunnen zij een verzoek indienen, wat zijn de beslistermijnen die de zorgverzekeraar hanteert)
 - c) Indien u verzekerden de mogelijkheid biedt een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg dan in de modelovereenkomstvoorwaarden vermeld is verzoeken wij u een overzicht te verstrekken met daarin, waar nodig voorzien van onderbouwing, de volgende informatie:
 - i) Hoe vaak is er in 2023 een verzoek gedaan om een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg (NB. Dit kan voorafgaand aan de behandeling, of nadien hebben plaatsgevonden)?
 - ii) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek toegewezen? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - iii) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek afgewezen? Waarom zijn deze afgewezen?
 - iv) Is er een mogelijkheid om een herbeoordeling van het verzoek te vragen, dan wel bezwaar te maken tegen de beslissing van de zorgverzekeraar?
 - (1) Zo ja:
 - (a) In hoeveel gevallen is er bezwaar gemaakt tegen een afwijzing van het oorspronkelijke verzoek om een hogere vergoeding?
 - (b) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar toegekend? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - (c) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar afgewezen? Wat zijn de redenen van afwijzing geweest?
 - (d) Welke vervolgstappen biedt u verzekerden aan, bij afwijzing van het bezwaar? Kunt u aangeven in hoeveel gevallen daar gebruik van is gemaakt?

- (e) Wij verzoeken u waar van toepassing een aantal geanonimiseerde brieven (tenminste 5) met betrekking tot voornoemde onderdelen te verstrekken.

Termijn voor en wijze van aanleveren informatie

Ik verzoek u de gevraagde informatie binnen vier weken na dagtekening van deze brief te verstrekken, ter attentie van 5.1 lid 2 sub e

Om ons op een veilige manier informatie te kunnen toesturen, vragen wij u om gebruik te maken van het online platform Zivver. U kunt een e-mail sturen naar dataloket@nza.nl, o.v.v. uw naam, een mobiel nummer (geen vast nummer in verband met een verificatie-sms), e-mailadres én het kenmerk van deze brief. U ontvangt vervolgens een uitnodigingslink om de informatie veilig met ons te kunnen delen.

Vermeldt u hierbij het kenmerk van deze brief.

Plicht tot meewerken

Op ons onderzoek en dit informatieverzoek zijn de bepalingen en de bevoegdheden van de Wet marktordening gezondheidszorg en Hoofdstuk 5 van de Algemene wet bestuursrecht van toepassing. Op grond van artikel 61 en 63 Wmg bent u verplicht om uw medewerking aan ons onderzoek te verlenen en om ons de gevraagde gegevens en inlichtingen volledig en naar waarheid te verstrekken.

Voor de volledigheid vermeld ik dat het niet verlenen van medewerking aan dit onderzoek kan leiden tot inzet van handhavingsinstrumenten.

Vragen

Indien u naar aanleiding van deze brief vragen heeft, dan kunt u contact opnemen met 5.1 lid 2 sub e. De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd.

Ik dank u bij voorbaat voor uw medewerking.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

5.1 lid 2 sub e

Toeziicht zorgverzekeraars

Van: 5.1 lid 2 sub
Aan:
Onderwerp: 483084-1524568 Informatieverzoek 5.1 lid 5
Datum: maandag 15 april 2024 13:06:00
Bijlagen: [483084-1524568 Informatieverzoek image001.png](#) 5.1 lid 5 pdf

Geachte heer/mevrouw,

Hierbij ontvangt u een informatieverzoek naar aanleiding van een handhavingsverzoek inzake mogelijke overtreding art. 13 Zvw.

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e

| Toezicht zorgverzekeraars

5.1 lid 2 sub e

Aanwezig op 5.1 lid 2 sub e



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#)



5.1 lid 5

5.1 lid 2 sub e

Behandeld door

5.1 lid 2 sub e

Telefoonnummer

5.1 lid 2 sub e

E-mailadres

5.1 lid 2 sub e

Uitsluitend aangetekend per e-mail verzonden:

5.1 lid 2 sub e

Onderwerp

Informatieverzoek

Kenmerk

483084/1524568

Datum

15 april 2024

Geachte 5.1 lid 2 sub e

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft een verzoek tot handhaving van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) ontvangen. Op grond van de beginselplicht tot handhaving is de NZa gehouden om het verzoek in behandeling te nemen, en, indien daar concrete aanleiding toe is, om nader onderzoek te doen. In het licht van dit onderzoek verzoekt de NZa u om informatie, middels deze brief. Dit wordt hierna toegelicht.

Verzoek tot handhaving

Het verzoek tot handhaving behelst, kort gezegd, dat de NZa wordt aangemaand handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars, vanwege handelen in strijd met artikel 13, Zvw. Op basis van artikel 13 van de Zvw mogen verzekerden met een zorgverzekering met gecontracteerd zorgaanbod een lagere vergoeding krijgen als ze naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaan. De vergoeding mag echter niet dusdanig laag zijn dat dat een feitelijke hinderpaal oplevert om zich te wenden tot een ongecontracteerde zorgaanbieder.

Verzoekers menen dat hun modelovereenkomstvoorwaarden en vergoedingsbeleid in strijd met is de uitleg die de wetgever en rechtspraak geeft aan artikel 13, Zvw. Hierbij wordt onder meer gewezen op de uitspraak van de Hoge Raad, van 9 december 2022. Eveneens overleggen verzoekers voorbeelden van verzoeken van verzekerden op toepassing van de hardheidsclausule en de reactie van diverse zorgverzekeraars daarop. Op grond daarvan menen verzoekers dat zorgverzekeraars de hardheidsclausule in strijd met voornoemde interpretatie van artikel 13, Zvw, toepassen. Tenslotte stellen verzoekers dat zorgverzekeraars in strijd handelen met artikel 10, van de NZa Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (met kenmerk: TH/NR-022), door inhoudelijk onjuiste en onbruikbare informatie te verstrekken over de vergoeding als bedoeld in artikel 13, Zvw, en de (toepassing van de) hardheidsclausule.

Achtergrond

Gezien de beginselplicht tot handhaving is de NZa gehouden nader onderzoek te doen naar vermeende overtredingen van wet- en regelgeving waar zij op toeziet. Uitgangspunt bij dit onderzoek is de NZa Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (met kenmerk: TH/BR-025). Ten aanzien van het toezicht op artikel 13, Zvw, heeft de NZa in artikel 8.4 en toelichting daarop, onder andere het volgende gesteld:

“8.4. Bij een zorgverzekering met een gecontracteerd zorgaanbod als bedoeld in artikel 13, eerste lid, Zvw, ontvangt de verzekerde een door de zorgverzekeraar te bepalen (al dan niet gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van de zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze vergoeding mag niet dusdanig zijn dat die een feitelijke hinderpaal opwerpt voor de verzekerde om zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Toelichting:

Op basis van die jurisprudentie is de NZa van oordeel dat vergoedingspercentages voor niet gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het door de NZa vastgestelde (maximum- of vaste) tarief voor de betreffende prestatie naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

Een dergelijke hardheidsclausule moet de verzekerde dan in een concreet geval de mogelijkheid geven om bij de zorgverzekeraar aanspraak te maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg. Uiteindelijk laat een eventueel oordeel dat een in een modelovereenkomst opgenomen percentage op voorhand niet in strijd kan worden geacht met artikel 13 Zvw, onverlet dat hierover in een concreet geval anders moet worden geoordeeld.”

Uit jurisprudentie van onder meer de Hoge Raad² volgt onder andere dat of een generiek kortingspercentage een feitelijke hinderpaal oplevert moet worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden en op het moment waarop de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarbij is met name de hoogte van de kosten van de desbetreffende vorm van zorg van belang. Hierbij moet worden uitgegaan van de ‘gemiddelde, modale zorggebruiker’. Bij ‘feiten en omstandigheden’ spelen mee of de zorgverzekeraar een hardheidsclausule hanteert en toepast en of de zorgaanbieder een coulanceregeling aanbiedt en toepast.

Verzoek om informatie

Gelet op voornoemde verzoekt de NZa u om namens alle risicodragers binnen uw concern de volgende vragen te beantwoorden en waar nodig te voorzien van onderbouwing met behulp van bijvoorbeeld documentatie:

² In het bijzonder Cassatie van de Hoge Raad, 9 december 2022, ECLI:NL:HR:2022:1789. Zie hier r.o. 3.4.2, 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3, 3.6.4, en 3.6.5.

Hoogte van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg

- 1) Hoe zorgt u dat de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg geen feitelijke hinderpaal oplevert? Hoe bepaalt u dit? Wij verzoeken u dit per risicodrager binnen uw concern en per modelovereenkomst aan te geven voor modelovereenkomsten waarbij een vergoedingsbeperking wordt toegepast voor niet gecontracteerde zorg.
- 2) Heeft u bij de vaststelling van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg rekening gehouden met de mogelijkheid dat met name bij duurdere vormen van zorg respectievelijk vormen van zorg met hoge kosten eerder sprake kan zijn van een feitelijke hinderpaal voor de modale zorggebruiker? Hoe heeft u dit meegewogen bij de vaststelling van de vergoeding? Wij verzoeken u dit per risicodrager binnen uw concern en per modelovereenkomst aan te geven. Graag ontvangen wij ter zake documentatie waaruit dit blijkt.

Hardheidsclausule: uitleg, informatieverstrekking en toepassing

Maakt u voor de vergoeding van niet gecontracteerde zorg gebruik van een hardheidsclausule zoals beschreven in onze Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025)? Wij verzoeken u deze en onderstaande vragen per risicodrager en per modelovereenkomst te beantwoorden. Indien informatieverstrekking voor een label of een merk op een afwijkende wijze plaatsvindt verzoeken wij u dit hier ook aan te geven.

Zo ja,

- 3) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over de mogelijkheid een beroep te doen op de hardheidsclausule, en via welk informatiekanaal?
 - a) Kunt u hierbij specifiek in gaan op:
 - i) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden, over welke informatie zij dienen aan te leveren bij een beroep op de hardheidsclausule?
 - ii) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over hoe het proces rondom een beroep op de hardheidsclausule verloopt (bijvoorbeeld: hoe kunnen zij een beroep indienen, wat zijn de beslistermijnen die de zorgverzekeraar hanteert)?
- 4) Hoe past u de hardheidsclausule in de praktijk toe? Wat is uw beleid voor het toepassen van de hardheidsclausule? Graag ontvangen wij dat beleid.
- 5) Indien de hardheidsclausule beperkt is tot maximaal 75% van het van het gemiddelde tarief waarvoor zorg is ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners): Hoe borgt u dat verzekerden in een concreet geval aanspraak kunnen maken op een hogere vergoeding ingeval dat vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg?
- 6) Wij verzoeken u een overzicht te verstrekken per modelovereenkomst met daarin, waar nodig voorzien van onderbouwing, de volgende informatie:
 - a) Hoe vaak is er in 2023 een beroep gedaan op de hardheidsclausule?
 - b) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek toegewezen? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - c) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek afgewezen? Waarom zijn deze afgewezen?
 - d) Is er een mogelijkheid om een herbeoordeling van het verzoek te vragen, dan wel bezwaar te maken tegen de beslissing van de zorgverzekeraar?
 - i) Zo ja:

- (1) In hoeveel gevallen is er bezwaar gemaakt tegen een afwijzing van het oorspronkelijke beroep op de hardheidsclausule?
 - (2) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar toegekend? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - (3) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar afgewezen? Wat zijn de redenen van afwijzing geweest?
 - (4) Welke vervolgstappen biedt u verzekerden aan, bij afwijzing van het bezwaar? Kunt u aangeven in hoeveel gevallen daar gebruik van is gemaakt?
- e) Wij verzoeken u waar van toepassing een aantal geanonimiseerde brieven (tenminste 5) met betrekking tot voornoemde onderdelen te verstrekken.

Indien u geen gebruik maakt van een hardheidsclausule,

- 7) Hoe borgt u dat verzekerden in een concreet geval aanspraak kunnen maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet-gecontracteerde zorg?
- 8) Indien u verzekerden de op een andere wijze de mogelijkheid biedt een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg dan in de modelovereenkomstvoorwaarden vermeld is:
 - a) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden, over welke informatie zij dienen aan te leveren bij verzoek om een hogere vergoeding?
 - b) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over hoe het proces rondom een dergelijk verzoek er uit ziet? (bijvoorbeeld: hoe kunnen zij een verzoek indienen, wat zijn de beslisttermijnen die de zorgverzekeraar hanteert)
 - c) Indien u verzekerden de mogelijkheid biedt een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg dan in de modelovereenkomstvoorwaarden vermeld is verzoeken wij u een overzicht te verstrekken met daarin, waar nodig voorzien van onderbouwing, de volgende informatie:
 - i) Hoe vaak is er in 2023 een verzoek gedaan om een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg (NB. Dit kan voorafgaand aan de behandeling, of nadien hebben plaatsgevonden)?
 - ii) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek toegewezen? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - iii) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek afgewezen? Waarom zijn deze afgewezen?
 - iv) Is er een mogelijkheid om een herbeoordeling van het verzoek te vragen, dan wel bezwaar te maken tegen de beslissing van de zorgverzekeraar?
 - (1) Zo ja:
 - (a) In hoeveel gevallen is er bezwaar gemaakt tegen een afwijzing van het oorspronkelijke verzoek om een hogere vergoeding?
 - (b) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar toegekend? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - (c) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar afgewezen? Wat zijn de redenen van afwijzing geweest?
 - (d) Welke vervolgstappen biedt u verzekerden aan, bij afwijzing van het bezwaar? Kunt u aangeven in hoeveel gevallen daar gebruik van is gemaakt?

- (e) Wij verzoeken u waar van toepassing een aantal geanonimiseerde brieven (tenminste 5) met betrekking tot voornoemde onderdelen te verstrekken.

Termijn voor en wijze van aanleveren informatie

Ik verzoek u de gevraagde informatie binnen vier weken na dagtekening van deze brief te verstrekken, ter attentie van **5.1 lid 2 sub e**

Om ons op een veilige manier informatie te kunnen toesturen, vragen wij u om gebruik te maken van het online platform Zivver. U kunt een e-mail sturen naar dataloket@nza.nl, o.v.v. uw naam, een mobiel nummer (geen vast nummer in verband met een verificatie-sms), e-mailadres én het kenmerk van deze brief. U ontvangt vervolgens een uitnodigingslink om de informatie veilig met ons te kunnen delen.

Vermeldt u hierbij het kenmerk van deze brief.

Plicht tot meewerken

Op ons onderzoek en dit informatieverzoek zijn de bepalingen en de bevoegdheden van de Wet marktordening gezondheidszorg en Hoofdstuk 5 van de Algemene wet bestuursrecht van toepassing. Op grond van artikel 61 en 63 Wmg bent u verplicht om uw medewerking aan ons onderzoek te verlenen en om ons de gevraagde gegevens en inlichtingen volledig en naar waarheid te verstrekken.

Voor de volledigheid vermeld ik dat het niet verlenen van medewerking aan dit onderzoek kan leiden tot inzet van handhavingsinstrumenten.

Vragen

Indien u naar aanleiding van deze brief vragen heeft, dan kunt u contact opnemen met **5.1 lid 2 sub e**. De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd.

Ik dank u bij voorbaat voor uw medewerking.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit

5.1 lid 2 sub e

Toezicht zorgverzekeraars

Van: [REDACTED]
Aan: [REDACTED]
Cc: [REDACTED]
Onderwerp: 483084-1524568 Informatieverzoek [REDACTED] 5.1 lid 5
Datum: maandag 15 april 2024 13:02:00
Bijlagen: [483084-1524568 Informatieverzoek \[REDACTED\] 5.1 lid 5.pdf](#)
[image001.png](#)

Geachte heer/mevrouw,

Hierbij ontvangt u een informatieverzoek naar aanleiding van een handhavingsverzoek inzake mogelijke overtreding art. 13 Zvw bij de NZa.

Met vriendelijke groet,

[REDACTED]
5.1 lid 2 sub e

| Toezicht zorgverzekeraars

[REDACTED]
5.1 lid 2 sub e

Aanwezig op [REDACTED] 5.1 lid 2 sub e



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl

[LinkedIn](#)



5.1 lid 2 sub e en 5.1 lid 5

Uitsluitend aangetekend per e-mail verzonden:

5.1 lid 2 sub e

Onderwerp
Informatieverzoek

Behandeld door

5.1 lid 2 sub e

Telefoonnummer

5.1 lid 2 sub e

E-mailadres

5.1 lid 2 sub e

Kenmerk

483084/1524568

Datum

15 april 2024

Geachte 5.1 lid 2 sub e

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft een verzoek tot handhaving van artikel 13, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) ontvangen. Op grond van de beginselplicht tot handhaving is de NZa gehouden om het verzoek in behandeling te nemen, en, indien daar concrete aanleiding toe is, om nader onderzoek te doen. In het licht van dit onderzoek verzoekt de NZa u om informatie, middels deze brief. Dit wordt hierna toegelicht.

Verzoek tot handhaving

Het verzoek tot handhaving behelst, kort gezegd, dat de NZa wordt aangemaand handhavend op te treden jegens zorgverzekeraars, vanwege handelen in strijd met artikel 13, Zvw. Op basis van artikel 13 van de Zvw mogen verzekerden met een zorgverzekering met gecontracteerd zorgaanbod een lagere vergoeding krijgen als ze naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder gaan. De vergoeding mag echter niet dusdanig laag zijn dat dat een feitelijke hinderpaal oplevert om zich te wenden tot een ongecontracteerde zorgaanbieder.

Verzoekers menen dat hun modelovereenkomstvoorwaarden en vergoedingsbeleid in strijd met is de uitleg die de wetgever en rechtspraak geeft aan artikel 13, Zvw. Hierbij wordt onder meer gewezen op de uitspraak van de Hoge Raad, van 9 december 2022. Eveneens overleggen verzoekers voorbeelden van verzoeken van verzekerden op toepassing van de hardheidsclausule en de reactie van diverse zorgverzekeraars daarop. Op grond daarvan menen verzoekers dat zorgverzekeraars de hardheidsclausule in strijd met voornoemde interpretatie van artikel 13, Zvw, toepassen. Tenslotte stellen verzoekers dat zorgverzekeraars in strijd handelen met artikel 10, van de NZa Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (met kenmerk: TH/NR-022), door inhoudelijk onjuiste en onbruikbare informatie te verstrekken over de vergoeding als bedoeld in artikel 13, Zvw, en de (toepassing van de) hardheidsclausule.

Achtergrond

Gezien de beginselplicht tot handhaving is de NZa gehouden nader onderzoek te doen naar vermeende overtredingen van wet- en regelgeving waar zij op toeziet. Uitgangspunt bij dit onderzoek is de NZa Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (met kenmerk: TH/BR-025). Ten aanzien van het toezicht op artikel 13, Zvw, heeft de NZa in artikel 8.4 en toelichting daarop, onder andere het volgende gesteld:

“8.4. Bij een zorgverzekering met een gecontracteerd zorgaanbod als bedoeld in artikel 13, eerste lid, Zvw, ontvangt de verzekerde een door de zorgverzekeraar te bepalen (al dan niet gedeeltelijke) vergoeding van de kosten van de zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze vergoeding mag niet dusdanig zijn dat die een feitelijke hinderpaal opwerpt voor de verzekerde om zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

Toelichting:

Op basis van die jurisprudentie is de NZa van oordeel dat vergoedingspercentages voor niet gecontracteerde zorg van minder dan 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief of het door de NZa vastgestelde (maximum- of vaste) tarief voor de betreffende prestatie naar verwachting een feitelijke hinderpaal zullen opleveren, tenzij de zorgverzekeraar kan motiveren en zo nodig onderbouwen waarom het lagere percentage geen feitelijke hinderpaal zal opleveren. Daarbij kan in de visie van de NZa een rol spelen of de verzekeraar in de modelovereenkomst een hardheidsclausule heeft opgenomen.

Een dergelijke hardheidsclausule moet de verzekerde dan in een concreet geval de mogelijkheid geven om bij de zorgverzekeraar aanspraak te maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg. Uiteindelijk laat een eventueel oordeel dat een in een modelovereenkomst opgenomen percentage op voorhand niet in strijd kan worden geacht met artikel 13 Zvw, onverlet dat hierover in een concreet geval anders moet worden geoordeeld.”

Uit jurisprudentie van onder meer de Hoge Raad⁷ volgt onder andere dat of een generiek kortingspercentage een feitelijke hinderpaal oplevert moet worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden en op het moment waarop de verzekerde voor de keuze staat of hij gebruik wil maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Daarbij is met name de hoogte van de kosten van de desbetreffende vorm van zorg van belang. Hierbij moet worden uitgegaan van de ‘gemiddelde, modale zorggebruiker’. Bij ‘feiten en omstandigheden’ spelen mee of de zorgverzekeraar een hardheidsclausule hanteert en toepast en of de zorgaanbieder een coulanceregeling aanbiedt en toepast.

Verzoek om informatie

Gelet op voornoemde verzoekt de NZa u om namens alle risicodragers binnen uw concern de volgende vragen te beantwoorden en waar nodig te voorzien van onderbouwing met behulp van bijvoorbeeld documentatie:

⁷ In het bijzonder Cassatie van de Hoge Raad, 9 december 2022, ECLI:NL:HR:2022:1789. Zie hier o.o. 3.4.2, 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3, 3.6.4, en 3.6.5.

Hoogte van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg

- 1) Hoe zorgt u dat de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg geen feitelijke hinderpaal oplevert? Hoe bepaalt u dit? Wij verzoeken u dit per risicodragers binnen uw concern en per modelovereenkomst aan te geven voor modelovereenkomsten waarbij een vergoedingsbeperking wordt toegepast voor niet gecontracteerde zorg.
- 2) Heeft u bij de vaststelling van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg rekening gehouden met de mogelijkheid dat met name bij duurdere vormen van zorg respectievelijk vormen van zorg met hoge kosten eerder sprake kan zijn van een feitelijke hinderpaal voor de modale zorggebruiker? Hoe heeft u dit meegewogen bij de vaststelling van de vergoeding? Wij verzoeken u dit per risicodragers binnen uw concern en per modelovereenkomst aan te geven. Graag ontvangen wij ter zake documentatie waaruit dit blijkt.

Hardheidsclausule: uitleg, informatieverstrekking en toepassing

Maakt u voor de vergoeding van niet gecontracteerde zorg gebruik van een hardheidsclausule zoals beschreven in onze Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025)? Wij verzoeken u deze en onderstaande vragen per risicodragers en per modelovereenkomst te beantwoorden. Indien informatieverstrekking voor een label of een merk op een afwijkende wijze plaatsvindt verzoeken wij u dit hier ook aan te geven.

Zo ja,

- 3) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over de mogelijkheid een beroep te doen op de hardheidsclausule, en via welk informatiekanaal?
 - a) Kunt u hierbij specifiek in gaan op:
 - i) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden, over welke informatie zij dienen aan te leveren bij een beroep op de hardheidsclausule?
 - ii) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over hoe het proces rondom een beroep op de hardheidsclausule verloopt (bijvoorbeeld: hoe kunnen zij een beroep indienen, wat zijn de beslistermijnen die de zorgverzekeraar hanteert)?
- 4) Hoe past u de hardheidsclausule in de praktijk toe? Wat is uw beleid voor het toepassen van de hardheidsclausule? Graag ontvangen wij dat beleid.
- 5) Indien de hardheidsclausule beperkt is tot maximaal 75% van het van het gemiddelde tarief waarvoor zorg is ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners): Hoe borgt u dat verzekerden in een concreet geval aanspraak kunnen maken op een hogere vergoeding ingeval dat vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet gecontracteerde zorg?
- 6) Wij verzoeken u een overzicht te verstrekken per modelovereenkomst met daarin, waar nodig voorzien van onderbouwing, de volgende informatie:
 - a) Hoe vaak is er in 2023 een beroep gedaan op de hardheidsclausule?
 - b) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek toegewezen? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - c) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek afgewezen? Waarom zijn deze afgewezen?
 - d) Is er een mogelijkheid om een herbeoordeling van het verzoek te vragen, dan wel bezwaar te maken tegen de beslissing van de zorgverzekeraar?
 - i) Zo ja:

- (1) In hoeveel gevallen is er bezwaar gemaakt tegen een afwijzing van het oorspronkelijke beroep op de hardheidsclausule?
- (2) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar toegekend? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
- (3) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar afgewezen? Wat zijn de redenen van afwijzing geweest?
- (4) Welke vervolgstappen biedt u verzekerden aan, bij afwijzing van het bezwaar? Kunt u aangeven in hoeveel gevallen daar gebruik van is gemaakt?
- e) Wij verzoeken u waar van toepassing een aantal geanonimiseerde brieven (tenminste 5) met betrekking tot voornoemde onderdelen te verstrekken.

Indien u geen gebruik maakt van een hardheidsclausule,

- 7) Hoe borgt u dat verzekerden in een concreet geval aanspraak kunnen maken op een hogere vergoeding ingeval het in de modelovereenkomst opgenomen vergoedingspercentage vanwege de omstandigheden van het geval een feitelijke hinderpaal vormt voor de toegang tot niet-gecontracteerde zorg?
- 8) Indien u verzekerden de op een andere wijze de mogelijkheid biedt een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg dan in de modelovereenkomstvoorwaarden vermeld is:
 - a) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden, over welke informatie zij dienen aan te leveren bij verzoek om een hogere vergoeding?
 - b) Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over hoe het proces rondom een dergelijk verzoek er uit ziet? (bijvoorbeeld: hoe kunnen zij een verzoek indienen, wat zijn de beslistermijnen die de zorgverzekeraar hanteert)
 - c) Indien u verzekerden de mogelijkheid biedt een verzoek in te dienen voor een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg dan in de modelovereenkomstvoorwaarden vermeld is verzoeken wij u een overzicht te verstrekken met daarin, waar nodig voorzien van onderbouwing, de volgende informatie:
 - i) Hoe vaak is er in 2023 een verzoek gedaan om een hogere vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg (NB. Dit kan voorafgaand aan de behandeling, of nadien hebben plaatsgevonden)?
 - ii) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek toegewezen? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - iii) In hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek afgewezen? Waarom zijn deze afgewezen?
 - iv) Is er een mogelijkheid om een herbeoordeling van het verzoek te vragen, dan wel bezwaar te maken tegen de beslissing van de zorgverzekeraar?
 - (1) Zo ja:
 - (a) In hoeveel gevallen is er bezwaar gemaakt tegen een afwijzing van het oorspronkelijke verzoek om een hogere vergoeding?
 - (b) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar toegekend? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?
 - (c) In hoeveel gevallen heeft u het bezwaar afgewezen? Wat zijn de redenen van afwijzing geweest?
 - (d) Welke vervolgstappen biedt u verzekerden aan, bij afwijzing van het bezwaar? Kunt u aangeven in hoeveel gevallen daar gebruik van is gemaakt?

- (e) Wij verzoeken u waar van toepassing een aantal geanonimiseerde brieven (tenminste 5) met betrekking tot voornoemde onderdelen te verstrekken.

Termijn voor en wijze van aanleveren informatie

Ik verzoek u de gevraagde informatie binnen vier weken na dagtekening van deze brief te verstrekken, ter attentie van **5.1 lid 2 sub e**

Om ons op een veilige manier informatie te kunnen toesturen, vragen wij u om gebruik te maken van het online platform Zivver. U kunt een e-mail sturen naar dataloket@nza.nl, o.v.v. uw naam, een mobiel nummer (geen vast nummer in verband met een verificatie-sms), e-mailadres én het kenmerk van deze brief. U ontvangt vervolgens een uitnodigingslink om de informatie veilig met ons te kunnen delen.

Vermeldt u hierbij het kenmerk van deze brief.

Plicht tot meewerken

Op ons onderzoek en dit informatieverzoek zijn de bepalingen en de bevoegdheden van de Wet marktordening gezondheidszorg en Hoofdstuk 5 van de Algemene wet bestuursrecht van toepassing. Op grond van artikel 61 en 63 Wmg bent u verplicht om uw medewerking aan ons onderzoek te verlenen en om ons de gevraagde gegevens en inlichtingen volledig en naar waarheid te verstrekken.

Voor de volledigheid vermeld ik dat het niet verlenen van medewerking aan dit onderzoek kan leiden tot inzet van handhavingsinstrumenten.

Vragen

Indien u naar aanleiding van deze brief vragen heeft, dan kunt u contact opnemen met **5.1 lid 2 sub e**. De contactgegevens staan vermeld in het briefhoofd.

Ik dank u bij voorbaat voor uw medewerking.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

5.1 lid 2 sub e

Toezicht zorgverzekeraars

From: [REDACTED]
To: 5.1 lid 2 sub e [REDACTED]
Cc: [REDACTED]
Subject: FW: Voortgang handhavingsverzoek stichting vrije artsen keuze
Date: donderdag 4 juli 2024 16:09:00

Hoi [REDACTED] 5.1 lid 2 sub e

Ik wil jullie even kort informeren over de voortgang van het handhavingsverzoek van Stichting vrije artsenkeuze over de correcte toepassing van artikel 13 door zorgverzekeraars.

Het is ons niet gelukt om de door ons gestelde beslistermijn van begin juli te halen. Er bestaat geen formele mogelijkheid om de (reeds verlengde) beslistermijn te verdagen. We hebben de advocaat van de Stichting Vrije Artsen Keuze hierover geïnformeerd. Ook hebben we daarbij aangegeven dat we graag met hen willen spreken omdat wij hebben gezien dat er soms een verschil lijkt te zitten tussen de door de stichting geschetste problematiek en de door zorgverzekeraars aangeleverde informatie. De stichting heeft ons hierop laten weten een in gebrekestelling te overwegen, maar wel bereid te zijn tot overleg op zeer korte termijn. Die termijn is echter dusdanig kort dat die voor ons niet haalbaar is (voor 10 juli). Daarbij wil de stichting tevens dat iemand met beslissingsbevoegdheid bij het gesprek aanwezig is. Wat ons betreft zou jij dat zijn [REDACTED] is overigens onduidelijk wat de bedoeling hierachter is; in een dergelijk gesprek nemen we vanzelfsprekend geen besluit, maar wellicht is het om er wat meer druk achter te zetten.

5.1 lid 2 sub e

De stichting heeft ook al voor de tweede keer om inzage in de reacties van zorgverzekeraars gevraagd. Wij geven aan dat wij dit gaande een onderzoek niet zullen doen (betreft toezichtsinformatie en dat verstrekken wij niet). Wel kunnen we hun op hoofdlijnen de door ons geconstateerde verschillen aanreiken, eventueel op schrift.

Als jullie vragen hebben horen we dat graag.

Groeten namens het team,
[REDACTED] 5.1 lid 2 sub e

From: 5.1 lid 2 sub e
To:
Subject: Gespreksverslag Stichting Vrije Artsenkeuze concept
Date: donderdag 18 juli 2024 09:14:27
Attachments: [Verslag Stichting Vrije Artsenkeuze 17-7.docx](#)
[image001.png](#)

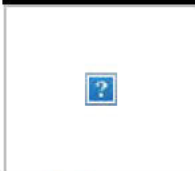
Goedemorgen 5.1 lid 2 sub e

In de bijlage vinden jullie het concept gespreksverslag van het gister gevoerde overleg. Graag hoor ik van jullie eventuele op- en aanmerkingen, alvorens ik het verslag (of sub e kan versturen aan de andere leden van de werkgroep. sub e, zou jij het definitieve verslag aan de heren kunnen mailen?

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e
toezichthouder | Toezicht Zorgverzekeraars

Aanwezig op)



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)

From: 5.1 lid 2 sub e
To: 5.1 lid 2 sub e
Subject: RE: Gespreksverslag Stichting Vrije Artsenkeuze concept
Date: donderdag 18 juli 2024 10:49:21
Attachments: [Verslag Stichting Vrije Artsenkeuze 17-7 B1.docx](#)
[image001.png](#)

Goed verslag 5.1 lid 2 sub e. Dank!

Ik had maar 1 kleine aanpassing. Zie bijgaand. Wat mij betreft kan die snel intern en daarna extern door.

5.1 lid 2 sub e

Van: 5.1 lid 2 sub e
Verzonden: donderdag 18 juli 2024 9:13
Aan: 5.1 lid 2 sub e
Onderwerp: Gespreksverslag Stichting Vrije Artsenkeuze concept

Goedemorgen 5.1 lid 2 sub e,

In de bijlage vinden jullie het concept gespreksverslag van het gister gevoerde overleg. Graag hoor ik van jullie eventuele op- en aanmerkingen, alvorens ik het verslag (of 5.1 lid 2 sub e kan versturen aan de andere leden van de werkgroep. 5.1 lid 2 sub e zou jij het definitieve verslag aan de heren kunnen mailen?

Met vriendelijke groet,

5.1 lid 2 sub e

| Toezicht Zorgverzekeraars

Aanwezig op 5.1 lid 2 sub e

5.1 lid 2 sub e



Nederlandse Zorgautoriteit

info@nza.nl | www.nza.nl | [LinkedIn](#)

From: [REDACTED]
 To: 5.1 lid 2 sub e
 Subject: RE: graag reactie: opzet agenda gesprek stichting VA
 Date: dinsdag 16 juli 2024 10:46:32

Eens, mooie en heldere voorbereiding.

Hiermee is eigenlijk alles al gezegd. Kunnen [REDACTED] en ik het alleen nog maar slechter maken hahaha

Dank!

[REDACTED]

Van: 5.1 lid 2 sub e
 Verzonden: dinsdag 16 juli 2024 9:21
 Aan: 5.1 lid 2 sub e
 5.1 lid 2 sub e
 5.1 lid 2 sub e
 Onderwerp: Re: graag reactie: opzet agenda gesprek stichting VA

Ziet er volgens mij netjes uit. Zal hem straks verzenden. Eerst even voorbespreking?

Groetjes [REDACTED]

Verzonden vanuit [Outlook voor iOS](#)

Van: 5.1 lid 2 sub e
 Verzonden: Monday, July 15, 2024 1:41:16 PM
 Aan: 5.1 lid 2 sub e
 [REDACTED]
 [REDACTED]
 Onderwerp: graag reactie: opzet agenda gesprek stichting VA

Hallo,

Ik heb voor jullie voor komende woensdag een opzetje gemaakt voor een agenda met een korte toelichting, om te versturen naar de stichting en advocaten. Kijk er even naar, en vul aan. 5.1 lid 2 sub e verzenden jullie?

Gr 5.1 lid 2

Goedendag,

Woensdag 17 juli spreken wij elkaar over het door de Stichting Vrije Artsenkeuze ingediende verzoek om handhaving. Hieronder vindt u een korte agenda met toelichting voor het gesprek. Ook vindt u alvast enkele vragen die wij u willen stellen.

Namens de NZa zullen aan het gesprek deelnemen: [redacted]
 Toezicht zorgverzekeraars), [redacted] 5.1 lid 2 sub e [redacted] Toezicht
 zorgverzekeraars), [redacted] Toezicht zorgverzekeraars).

Agenda

1. Opening
2. Toelichting Stichting Vrije Artsenkeuze op het verzoek om handhaving
3. Vragen van de NZa aan de Stichting
4. Afsluiting

Toelichting

De NZa heeft in het kader van haar onderzoek uitgebreid en schriftelijk informatie opgevraagd bij alle zorgverzekeraars. Hierbij heeft zij onder meer de volgende vragen gesteld:

- Hoe zorgt u dat de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg geen feitelijke hinderpaal oplevert? Hoe bepaalt u dit?
- Heeft u bij de vaststelling van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg rekening gehouden met de mogelijkheid dat met name bij duurdere vormen van zorg respectievelijk vormen van zorg met hoge kosten eerder sprake kan zijn van een feitelijke hinderpaal voor de modale zorggebruiker?
- Maakt u voor de vergoeding van niet gecontracteerde zorg gebruik van een hardheidsclausule zoals beschreven in onze Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025)?
- Welke informatie verstrekt u aan uw verzekerden over de mogelijkheid een beroep te doen op de hardheidsclausule, en via welk informatiekanaal?
- Hoe vaak is er in 2023 een beroep gedaan op de hardheidsclausule en in hoeveel gevallen is een dergelijk verzoek toegewezen? Wat zijn de redenen van toewijzing geweest?

Uit de informatie die zorgverzekeraars hebben verstrekt blijkt dat vier zorgverzekeraars of geen vergoedingssystematiek gebaseerd op een hardheidsclausule hanteren dan wel dat zij niet of niet volledig toetsen of er sprake is van een feitelijke hinderpaal. Verder kan worden opgemaakt dat, in totaal, zorgverzekeraars over geheel 2023 123 verzoeken om een hogere vergoeding hebben ontvangen van verzekerden. Daarvan zijn er 41 toegewezen. Zorgverzekeraars hebben 82 verzoeken afgewezen. In 10 gevallen hebben zorgverzekeraars geen reactie meer ontvangen op een verzoek aan de verzekerde om een nadere onderbouwing.

Wij willen u de volgende vragen stellen:

- In uw verzoek stelt u dat hardheidsclausules nauwelijks voorkomen. Kunt u dit in het licht van voornoemde nader toelichten?
- Bij uw verzoek heeft u brieven toegevoegd, waaruit u opmaakt dat zorgverzekeraars de hardheidsclausule niet toepassen. Uit de door zorgverzekeraars aangeleverde informatie blijkt echter dat zij verzoeken gedaan om een hogere vergoeding behandelen, afwijzen en ook toewijzen. Kunt u hierop reageren?
- In de brieven die u verstuurt namens verzekerden aan zorgverzekeraars geeft u aan dat een bedrag boven de EUR 200,- een feitelijke hinderpaal is. Uit diverse uitspraken van de SKGZ blijkt dat zij in gevallen tot het oordeel komen dat hogere

bedragen *geen* feitelijke hinderpaal vormen. Kunt u hier op in gaan?

- Kunt u aangeven welke opvolging u geeft aan de brieven van zorgverzekeraars, waarbij zij uw verzoek om een lagere, eigen bedrage (de hiervoor genoemde EUR 200,-) hebben afgewezen? Heeft u zich namens verzekerden bijvoorbeeld gewend tot de SKGZ?

De informatie die de NZa heeft ontvangen van zorgverzekeraars is informatie verzameld in het kader van het toezichtonderzoek dat de NZa uitvoert naar aanleiding van uw verzoek om handhaving. De NZa verstrekt geen informatie lopende een toezichtonderzoek. Ten behoeve van het gesprek geeft u de NZa de hierboven weergeven, verkorte weergave van enige informatie die zij heeft vergaard. In hoeverre de NZa namen van zorgverzekeraars die mogelijk overtredingen hebben begaan openbaar maakt hangt af van de uitkomsten van het onderzoek, de op te leggen maatregel(en) en de uitkomst van de procedure die de toezichthouder ter zake dient te bewandelen en bepalingen uit de Wmg en WOO die erop van toepassing zijn. We kunnen u hierover op dit moment, of tijdens het gesprek, nog geen uitsluitsel over geven.

Van: 5.1 lid 2 sub e
Aan: [redacted]
Onderwerp: RE: Handhavingsverzoek hinderpaalcriterium
Datum: dinsdag 23 juli 2024 11:00:16

Hi,

Ingewikkeld; wat de Stichting hier aanvoert is wel een uitbreiding van/aanvulling op hun oorspronkelijke verzoek. Daarin is immers niet de link gelegd met toegankelijkheid/zorgplicht.

Lijkt me goed om eerst even de aangezegde reactie af te wachten om te kijken of dat ook zo op schrift gesteld gaat worden; daarna contact op te nemen met de advocaat en de vraag expliciet stellen of hun verzoek aangevuld wordt. In dat geval zal ook het onderzoek moeten worden uitgebreid en het concept besluit worden aangevuld.

Voor nu volstaat m.i. een ontvangstbevestiging van het bericht, dat jij het verslag spoedig zult toezenden ^{sub e}, en dat we in afwachting zijn van hun schriftelijke reactie.

Gr ^{sub e}

Van: 5.1 lid 2 sub e @nza.nl>
Verzonden: dinsdag 23 juli 2024 09:19
Aan: 5.1 lid 2 sub e
 5.1 lid 2 sub e
Onderwerp: FW: Handhavingsverzoek hinderpaalcriterium

Hierbij nog een reactie op het overleg met ST VA.
 Denken jullie dat we hier nog iets mee moeten/kunnen doen?

Groet, ^{sub e}

Van: Handhaving | Vrijeartsenkeuze 5.1 lid 2 sub e
Verzonden: maandag 22 juli 2024 12:51
Aan: 5.1 lid 2 sub e
CC: 5.1 lid 2 sub e
 5.1 lid 2 sub e
Onderwerp: Handhavingsverzoek hinderpaalcriterium

U ontvangt niet vaak e-mail van 5.1 lid 2 sub e

Beste ^{sub e}, Beste ^{sub e}

Dank voor het gesprek op 17 juli j.l. bij jullie op kantoor inzake ons verzoek tot handhaving van het hinderpaalcriterium.

Jullie zouden een verslag van ons gesprek maken, wij ontvangen die gaarne zo spoedig mogelijk. Vooruitlopend op het verslag willen we nu reeds opmerken dat het ons verbaast heeft dat jullie je helemaal lijken te richten op de info van de zorgverzekeraars, zij hebben – aldus de zorgverzekeraars – 123 verzoeken in het kader van de hardheidsclausule ontvangen, waarvan 41 gehonoreerd zouden zijn. Wij begrepen dat u deze cijfers van ZN verder wilde uitdiepen. Tijdens het gesprek hebben wij ook aangegeven dat het ons verbaast dat u alleen naar de

zorgverzekeraars lijkt te kijken en niet onderzoekt wat de positie van de verzekerde is op moment dat hij patiënt wordt.

Ons handhavingsverzoek pleit juist voor duidelijke informatie voor verzekerden dat op moment dat zij patiënt worden duidelijk weten welke rechten en plichten zij hebben, zij hebben als ze ziek worden niet de tijd en gelegenheid om een beroep te doen op een eventuele hardheidsclausule bij de zorgverzekeraar, laat staan dat zij dan alsnog een procedure bij de SKGZ kunnen starten of in kort geding de zorgverzekeraar aanspreken. Ons verzoek tot handhaving is juist gericht op transparantie voor de verzekerde van vrije artskeuze ex artikel 13 van de ZVW bij het sluiten van de polis. De uitspraak van de Hoge Raad zal hierbij leidend moeten zijn.

Wat ons ook verbaasd heeft is dat u geen enkele vraagteken heeft gezet bij slechts 123 verzoeken inzake de hardheidsclausule terwijl er alleen al in de GGZ 98.000 verzekerden op de wachtlijst staan en in de overige sectoren waar de ZVW van toepassing is zal dit niet veel anders zijn. Stel dat er 150.000 verzekerden op een wachtlijst staan, hoe kan het dan dat slechts 0.08% zich tot zijn of haar zorgverzekeraar richt voor een aangepaste vergoeding? Bekend is dat er veel meer behandelcapaciteit is dan zorgverzekeraars contracteren, alleen al in de GGZ beschikken wij na een beperkte inventarisatie over 80 afgewezen verzoeken voor een overeenkomst omdat er --- aldus de reactie van de zorgverzekeraars -- voldoende zorg is ingekocht. Wij zijn er van overtuigd dat de wachtlijsten onnodig verder zijn toegenomen als direct na de uitspraak van de Hoge Raad er transparant uitvoerend beleid was neergezet. Zorgverzekeraar hebben helemaal niets gedaan aan hun polisvoorwaarden en nog steeds komen zij weg met een gemiddelde extra eigen bijdrage van € 1.600,- voor een GGZ behandeling. Deze € 1.600,- verhoudt zich niet met de uitspraak van de Hoge Raad dat het maximale bedrag van de hinderpaal gebaseerd moet worden op het gemiddeld inkomen per verzekerde.

Tot slot, ons verzoek tot handhaving past geheel binnen uw missie en visie, de zorg moet voor de verzekerde/patiënt bereikbaar en betaalbaar zijn. Uiteraard zijn wij bereid om ons verzoek tot handhaving nader toe te lichten.

Zoals aangekondigd zal mr. sub e in augustus nog aanvullend schriftelijk reageren op de door jullie gestelde vragen.

Met vriendelijke groet,

sub e

From: [REDACTED]
To: [REDACTED] 5.1 lid 2 sub e
Cc: [REDACTED]
Subject: RE: vragen over toepassing 13, Zvw
Date: dinsdag 12 maart 2024 18:22:40
Attachments: [advies handhaving hinderpaalcriterium PRDF-11001268.msg](#)

Zie in de bijlage ook het eerdere advies van PRDF over artikel 13, alweer uit 2018 geloof ik.

5.1 lid 2 sub e; 5.1 lid 5

Groet,

[REDACTED]

Van: [REDACTED]
Verzonden: dinsdag 12 maart 2024 5:47
Aan: [REDACTED] 5.1 lid 2 sub e
CC: [REDACTED]
Onderwerp: RE: vragen over toepassing 13, Zvw

Dag [REDACTED],

Prima om hier nader over van gedachte te wisselen, plan maar wat in hoor. Ten algemene zie je ook aan deze uitspraak dat er nog tal van open vragen resteren (even afgezien van de onleesbaarheid met al die dubbele ontkenningen, die ook niet bijdragen aan de duidelijkheid). De wetgever heeft het zich aan getrokken om meer duidelijkheid te creëren. Waarschijnlijk heb je al kennisgenomen van dat wetsvoorstel over bevordering van zorgcontractering en onze toets daarbij. Hoewel daar vermoedelijk ook wel enige eigen interpretatie en beleid van VWS is zit, kan het mogelijk wel behulpzaam zijn bij de interpretatie. De concept MvT poogt de dan bekende rechtspraak ook samen te vatten.

Alvast uit de losse pols (t.z.t. nog eens beter naar kijken):

- Ik begreep het eerder zo: vlak taks mag als uitgangspunt, echter kan voor modale zorggebruiker onredelijk uitpakken in een concreet geval, gezien de kosten van zorg in dat geval. Dus kan een soort drietraps zijn dan: vlaktaks, dan kijken naar modale zorggebruiker voor de vraag of de zorgkosten in concreto voor die modale zorggebruiken (in termen van het wetsvoorstel 'bij een modale inkomenssituatie') alsnog een hinderpaal oplevert, 'rekening houdend met de aard en gangbare omvang ervan'.

Als je kijkt naar de consultatieversie van het beoogde nieuwe lid 5 voor art. 13 dan lijkt dat ook zo door VWS gecodificeerd te gaan worden:

‘5. 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.’

- M.b.t. de hardheidsclausule: Ik kauw er nog even op, maar ik denk dat het lastig gaat worden om bij de hardheidsclausule echt persoonlijke omstandigheden te betrekken (anders dan de zorg die in concreto nodig is). Ik denk dat het meer gaat om de vraag of de verzekerde in concreto zo veel of zo veel dure zorg nodig heeft dat de vlaktaks alsnog een hinderpaal wordt (dus de hardheidsclausule als een middel om de vlaktaks in de polis toch acceptabel te maken, want gecombineerd met een hardheidsclausule als correctie indien de hoge zorguitgave – rekening houdend met de aard en gangbare en omvang w.m.b. - een vlaktaks in een concreet geval toch een hinderpaal kan maken). Dan is nog meest sterk te beredeneren dat de wijze van berekening nog steeds voor iedereen het zelfde is. De discussie over het peilmoment (bij kunnen kennisnemen polisvoorwaarden of bij moment van de zorgvraag), wijst daar ook een beetje op. Op laatst moment weet je wat het in concreto werkelijk gaat kosten gezien benodigde zorg. Ook de MvT bij het concept wetsvoorstel lijkt op die uitleg te hinten.
Maar als er een gaatje is, zou het mooi zijn als er wel meer ruimte is om het hinderpaalcriterium in te vullen.

Zie onder mijn mail wat tekst uit de concept MvT bij het beoogde wetsvoorstel (versie internetconsultatie) waar ik mijn eerste gedachten op baseer (p. 25 e.v.).

Groet,

5.1 lid 2 sub e

‘Verzekerde

In de jurisprudentie is niet uitgekristalliseerd wat verstaan wordt onder een gemiddelde (“modale”) zorggebruiker. In dit verband wordt het volgende opgemerkt. De vergoeding mag niet zo laag zijn dat het voor verzekerden een feitelijke hinderpaal vormt gebruik te maken van niet-gecontacteerde zorgaanbieders. Benadrukt wordt dat hier niet bedoeld wordt elke verzekerde en elke niet[1]gecontracteerde zorgaanbieder. Of gebruik van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder voor een verzekerde daadwerkelijk uit financieel oogpunt een verandering vormt als gevolg van de door zijn zorgverzekeraar te verstrekken vergoeding, zou in theorie in elk concreet geval afhangen van de financiële draagkracht van de verzekerde en de hoogte van de kosten van de zorg. Dit is in de praktijk echter onuitvoerbaar. Zorgverzekeraars kunnen geen inkomensgegevens van verzekerden verwerken. Bovendien geldt dat de vergoeding hetzelfde dient te zijn voor alle verzekerden die in eenzelfde situatie eenzelfde vorm van zorg of dienst behoeven (artikel 13, vierde lid, Zvw). Daarom wordt bij de toetsing aan het hinderpaalcriterium geabstraheerd van individuele verzekerden en specifieke zorgkosten. Dat is in het voorgestelde artikel 13, vijfde lid, Zvw verwoord met de termen "gemiddelde verzekerde" en "gangbare omvang" van de zorg of dienst. Deze termen worden hieronder nader toegelicht.

Er wordt geen rekening gehouden met de financiële draagkracht van een verzekerde bij de berekening van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Door de vergoeding te baseren op een "gemiddelde verzekerde" wordt geabstraheerd van individuele verzekerden. Voor de toetsing aan het hinderpaalcriterium is een gemiddelde verzekerde iemand in een modale inkomenssituatie. Wat een modale inkomenssituatie is kan niet zonder meer worden vastgesteld. Modaal inkomen is een berekend bedrag door het CPB. Vanaf 2013 is het modale inkomen het meest voorkomende inkomen. Een voorbeeld daarvan is te vinden op: <https://www.cpb.nl/artikel/toelichting-op-prijzen-lonen-en-koopkracht> Verder mag een zorgverzekeraar voor de toetsing aan het hinderpaalcriterium uitgaan van het gemiddeld zorggebruik van zijn verzekerden die zich met een vergelijkbare medische indicatie wel wenden tot een gecontracteerde zorgaanbieder. Door middel van zorgcontractering maakt de zorgverzekeraar afspraken zodat op doelmatige wijze passende zorg wordt verleend. Het resultaat van deze afspraken mag geëxtrapoleerd worden naar niet-gecontracteerde zorgaanbieders via de vergoeding die voor hun zorgverlening wordt verstrekt. In het voorgestelde artikel 13, vijfde lid, Zvw is dat tot uitdrukking gebracht met het begrip "gangbare omvang" van de zorg of dienst. Daarmee is ook niet relevant of de verzekerde al dan niet voor verschillende vormen van zorg of diensten gebruik maakt van meerdere niet-gecontracteerde zorgaanbieders en zijn kosten daardoor oplopen.

Peilmoment

Of een verzekerde feitelijk wordt verhinderd gebruik te maken van een niet[1]gecontracteerde zorgaanbieder kan slechts worden getoetst op basis van de feiten en omstandigheden op het moment dat de verzekerde daadwerkelijk gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Toetsing aan het hinderpaalcriterium is dus niet aan de orde op het moment van kennisneming door de verzekerde van de polisvoorwaarden, waarin de wijze van berekening van de vergoeding voor niet-contracteerde zorgaanbieders moet zijn opgenomen. Hardheidsclausule zorgverzekeraar Geabstraheerd van individuele verzekerden en specifieke zorgkosten, moet de vergoeding voldoen aan het hinderpaalcriterium. 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. De toepassing van de hardheidsclausule impliceert dus niet dat rekening gehouden dient te worden met specifieke feiten en omstandigheden van het individuele geval, zoals de werkelijke financiële draagkracht van de desbetreffende verzekerde of de exacte kosten van de zorg. Ook bij toepassing van de hardheidsclausule wordt immers in abstracto getoetst of de vergoeding een gemiddelde verzekerde verhindert gebruik te maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, waarbij wordt uitgegaan van de aard en gangbare omvang van de zorg in kwestie. Verder moet de wijze waarop de vergoeding wordt berekend ingevolge artikel 13, derde lid, Zvw in de modelovereenkomst worden opgenomen, zodat een aanvullende hardheidsclausule slechts voor een beperkt aantal situaties bestemd zal kunnen zijn. Niet in de laatste plaats gaat het uiteindelijk om de ondubbelzinnige toezegging van de zorgverzekeraar aan de verzekerde omtrent de toepassing van de hardheidsclausule, zodat de verzekerde op het moment dat hij daadwerkelijk gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder weet wat de hoogte van de vergoeding is.'

Van: [REDACTED]

Verzonden: dinsdag 12 maart 2024 4:18

5.1 lid 2 sub e

Aan: [REDACTED]

CC: [REDACTED]

Onderwerp: vragen over toepassing 13, Zvw

Hi [REDACTED]

Zou ik jullie wat vragen kunnen voorleggen, over de toepassing van een vergoeding op grond van 13, Zvw, door zorgverzekeraars? Het is alweer even geleden dat ik mij hiermee bezig heb gehouden, maar het is actueel geworden vanwege een verzoek om handhaving dat we ontvangen hebben. [REDACTED], ik benader jou vanwege je eerdere fantastische input bij de zorgplicht, maar wellicht kan ik mij beter richten tot een collega van jou?

5.1 lid 2 sub e

Zonder in te gaan op alle feiten en omstandigheden – en het onderzoek loopt ook nog, dus daar kan ik nog weinig over zeggen – loop ik wel tegen wat onduidelijkheden aan in het – inmiddels - oerwoud aan jurisprudentie. Het meest actuele is volgens mij wat dat betreft de uitspraak van HR, in 2022 ([ECLI:NL:HR:2022:1789](#)). Hierin gebeurt er iets wat bij mij wat verwarring veroorzaakt. Kan ik hierover even met jullie sparren? Zo ja, dan plan ik wat in.

5.1 lid 2 sub e

Dank alvast!

Gr [REDACTED]

Toelichting:

Het gaat specifiek over de onderdelen die volgen bij r.o 3.5.1 en verder., en dan over de interpretatie van “Of en in hoeverre het hinderpaalcriterium zich in bepaalde gevallen verzet tegen een generieke korting, kan slechts worden bepaald aan de hand van concrete feiten en omstandigheden, waaronder eventuele beleidsregels van de NZa.”

1. Allereerst de vraag of de zorgverzekeraars een vlaktaks (generiek kortingspercentage) mogen toepassen. Daarvan zegt de HR (even kort in mijn woorden), ja, dat kan, maar de kans is groot dat er dan sprake zal zijn van een hinderpaal, omdat dat niet ‘fijnmazig’ genoeg is. In ieder geval houdt het geen rekening met de kosten van dure, complexe vormen van zorg.

Vervolgens stelt de HR in 3.5.2 dat voornoemde ‘korting’ toegestaan is “bij wijze van uitgangspunt”, maar dit voor de gemiddelde modale zorggebruiker een hinderpaal kan opleveren. Hiermee is er voor mij een eerste onduidelijkheid; wat is de verhouding tussen fijnmazig en ‘gemiddelde modale zorggebruiker’? Moet voornoemde ‘fijnmazigheid’ worden toegepast, door uit te gaan van de ‘gemiddelde modale zorggebruiker’? Dat lijkt niet zo uit de woorden van de HR onder 3.5.1 dat het heeft onder ‘duurdere complexe vormen van zorg’. Of moet ‘duurdere complexe vormen van zorg’ worden gedefinieerd aan de hand van van de definitie van ‘gemiddelde modale zorggebruiker’? Of is juist volgorde belangrijk: eerst maakt de zorgverzekeraar zijn vergoedingsbeleid ‘fijnmazig’, maar vervolgens kan er alsnog sprake zijn van een hinderpaal voor de ‘gemiddelde modale zorggebruiker’? Wat is dan de toegevoegde waarde van voornoemde ‘fijnmazigheid’? Of ligt de crux in 3.5.3, waarin de HR stelt:

“Het hof heeft met zijn oordeel dat het gebruik van een generiek kortingspercentage niet fijnmazig genoeg is, omdat dit in ieder geval bij de duurdere en/of duurste vormen van zorg een feitelijke hinderpaal kan opleveren, terecht tot uitdrukking gebracht dat **een generieke korting, die in algemene zin is toegestaan, bij bepaalde dure vormen van zorg ervoor kan zorgen dat de vergoeding een hinderpaal kan opleveren voor de gemiddelde ('modale') zorggebruiker** en dat daarom 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.”

Hiermee lijkt de HR ‘fijnmazig’ in te vullen met het criterium ‘wat voor de gemiddelde modale zorggebruiker’ aan korting te dragen is. En dat is bij duurdere vormen van zorg minder dan bij andere vormen van zorg. Hoe zien jullie dit?

2. Vervolgens gaat de HR in op de hardheidsclausule, coulanceregeling en wanneer er sprake is van een hinderpaal. In een eerdere zaak stelde het Hof nog dat dat laatste het moment is dat de verzekerde kennis neemt van de polisvoorwaarden. Daarmee zou een clausule of regeling irrelevant zijn. Maar de HR draait dit terug. “Het oordeel van het hof dat het peilmoment het moment is van kennisneming door de verzekerde van de polisvoorwaarden getuigt dus van een onjuiste rechtsopvatting”

Vervolgens haalt de HR de ‘concrete feiten en omstandigheden’ aan (zie 3.6.4). Daarbij speelt een hardheidsclausule een rol, maar ook een coulance regeling van de zorgaanbieder. Echter, in beide situaties stelt de HR iets wat ik niet kan volgen. Namelijk dat als de zorgverzekeraar de hardheidsclausule toepast, de vraag dan is “of deze hogere vergoeding een dergelijke hinderpaal oplevert voor de gemiddelde ('modale') zorggebruiker.” Hier wordt wederom ‘gemiddelde modale zorggebruiker’ aangehaald. Maar zoals ik het – soort van – begrijp, is dit de maatstaf die de zorgverzekeraar moet gebruiken bij het bepalen van een ‘fijnmazige vergoedingssystematiek’. Stel nu dat de verzekerde zich beroept op een hardheidsclausule, dan werkt het volgens mij niet door te stellen dat voor de gemiddelde modale zorggebruiker er sprake is van een hinderpaal. Dat voegt niks toe aan de eerdere stap die de zorgverzekeraar zet. Ik zou juist denken dat het hier gaat om omstandigheden van de betreffende verzekerde zelf, en niet de toepassing van, wederom, dezelfde maatstaf?

Complicatie is dan wel de toepassing van 13, lid 4, Zvw: De wijze waarop de vergoeding wordt berekend is voor alle verzekerden, bedoeld in het eerste lid, die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, gelijk. Blijkens de toelichting mag de zorgverzekeraar hier geen onderscheid maken obv “verzekerdenkenmerken”. Ik interpreteer dit echter zo, dat dit niet een individuele toets uitsluit op basis van de situatie waarin de verzekerde verkeert op het moment van het inroepen van niet gecontracteerde zorg (zie ook het voorbeeld genoemd in de toelichting, p. 109-110). Verzekerdenkenmerken in Zvw-kader zijn de gezondheidstoestand, leeftijd, geslacht; dat soort zaken relevant ook voor bv. de risicoverevening. Ik schaar hier niet omstandigheden onder, zoals de draagkracht van de verzekerde op het moment dat hij een beroep doet op de hardheidsclausule, of de bereikbaarheid/beschikbaarheid van gecontracteerde zorg op dat moment, in hoeverre de verzekerde zich heeft geprobeerd te wenden tot gecontracteerde zorg, etc.

Mijn vraag hierbij is, lijkt het oordeel van de HR een individuele beoordeling uit te sluiten? Hoe moet bij de toepassing van een hardheidsclausule “voor de gemiddelde modale zorggebruiker” worden opgevat? En hoe interpreteren jullie 13, lid 4, Zvw?

5.1 lid 5