

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
T.a.v. mevrouw E.I. Schippers

Onderwerp: Internetconsultatie wet herpositionering taken NZa en deregulering

Utrecht, 20 mei 2015

Geachte mevrouw Schippers,

In reactie op het gepubliceerde conceptwetsvoorstel wijziging Wet Marktordening Gezondheidszorg informeren wij u graag als volgt.

De patiënt

Wij vinden het opvallend dat de positie van de patiënt geen onderdeel is van het voorstel. Het samenspel van de zorg wordt immers gevormd door drie partijen: de zorgverzekeraar, de zorgaanbieder en de patiënt. Het voorstel focust met name op de zorgverzekeraars en zorgaanbieders, hun onderlinge verhoudingen en de marktwerking. Uiteindelijk zou de regelgeving moeten leiden tot kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg voor de patiënt. Wij willen pleiten voor meer keuzemogelijkheden en vrijheden voor de patiënt. Op die manier kan de patiënt daadwerkelijk invulling geven aan zijn positie. Wij menen dat de ontwikkeling van de zorg wordt gestimuleerd wanneer de patiënt daarop proactief invloed kan uitoefenen. Bijvoorbeeld door een patiënt zelf te laten beslissen of hij bij een vaste huisarts ingeschreven wil zijn of liever zijn zorg op een flexibeler manier vorm geeft. Voor bepaalde aanvullende diensten of bijzondere omstandigheden is een patiënt wellicht bereid zelf een extra vergoeding te betalen. Binnen de huidige regulering is het echter bijna onmogelijk (snel) in te spelen op dit soort (individuele) wensen van de patiënt.

Deregulering

Als zorgaanbieder ervaren wij dat wij worden belemmerd in het implementeren van innovatieve zorgvormen. Deregulering kan de positie van de patiënt versterken en een positief effect hebben op het realiseren van innovatie. In dat opzicht zijn wij dan ook groot voorstander van het wetsvoorstel. Wij vrezen echter dat deregulering nog lange tijd op zich zal laten wachten en dat wellicht nimmer zal worden overgegaan tot deregulering van de basishuisartsenzorg. Wij adviseren daarom duidelijkere tijdslijnen en concrete dereguleringsdoelstellingen vast te stellen.

Ook de NZa onderschrijft in een recente brief aan u¹ dat het wenselijk is om de huisartsenzorg te dereguleren. De NZa stelt echter voor alleen de zorg die buiten de "continue, persoonsgerichte, integrale (levenslang en levensbrede) zorg" (de "basishuisartsenzorg") valt te dereguleren. Het dereguleren van de basishuisartsenzorg staat volgens de NZa dan ook niet ter discussie. De focus van de NZa ligt voornamelijk op innovaties als aanvulling op de basisverzekerde huisartsenzorg, en niet op het stimuleren van innovaties binnen de basisverzekerde huisartsenzorg. Wij zijn van mening dat het van groot belang is ook binnen de basishuisartsenzorg innovatie na te streven en te stimuleren. Het maken van deze knip werkt belemmerend aangezien een samenspel tussen basishuisartsenzorg en alles wat daarbuiten valt onmogelijk wordt gemaakt. Zo kan een huisarts voor zijn ingeschreven patiënten geen gebruik maken van financiering via de beleidsregel "Zorg op afroep van de patiënt en zorg geleverd in een inlooptkliniek". Waarom zou een andere huisarts deze zorg wel mogen aanbieden aan de patiënt, maar de huisarts waar de patiënt staat ingeschreven niet?

¹ Brief aan Minister VWS 'Signalering: nieuwe dienstverlening in de (huisartsen)zorg' (12 maart 2015)

Wij streven ook deregulering van de basishuisartsenzorg na omdat dit het grootste deel van de huisartsenzorg betreft én omdat de komende jaren steeds meer verwacht wordt van de eerstelijns. Substitutie van tweede- naar eerstelijns kan in onze optiek alleen slagen als er ook genoeg mogelijkheden zijn tot innovatie binnen de basishuisartsenzorg. Innoveren binnen de basishuisartsenzorg moet daarom gestimuleerd worden. Wij willen u adviseren om (gedeeltelijke) deregulering van de basishuisartsenzorg te onderzoeken als middel om ook binnen de basishuisartsenzorg innovaties te kunnen realiseren.

Het wetsvoorstel voorziet in de mogelijkheid facultatieve prestatiebeschrijvingen op te stellen voor zorgonderdelen die gedereguleerd zijn. Wij vrezen dat deze beschrijvingen van vrije prestaties dan alsnog de norm zullen worden en het nagenoeg onmogelijk zal zijn van deze prestatiebeschrijvingen af te wijken. Wij adviseren u deze mogelijkheid te heroverwegen, dan wel meer aandacht te besteden aan het voorkomen van normaliseren van facultatieve prestatiebeschrijvingen.

Versnipperde zorgmarkt en nieuwe toetreders

De zorgmarkt is versnipperd in verschillende ingekaderde zorgsoorten. Deze versnippering is ook weerspiegeld in de (inkoop)organisatie van de zorgverzekeraars. Er wordt gefocust op het behoud van het domein. Deze versnippering staat innovatie in de weg doordat het lastig blijkt over de verschillende domeinen heen te kijken. Deze omstandigheden belemmeren het toetreden van nieuwe aanbieders tot een bepaalde zorgsoort en ook bestaat weinig aandacht voor het creëren van waarde voor de patiënt over het geheel.

Daarnaast is een trend gaande waarbij steeds meer zorgaanbieders fuseren. Zo blijft per zorgonderdeel maar een beperkte groep aanbieders over. Daarbij hebben zorgverzekeraars aangekondigd vanaf volgend jaar voor bepaalde zorgonderdelen slechts één aanbieder te contracteren. Deze ontwikkelingen resulteren in een stilstand in de voortgang en innovatie van de zorg en leiden tot een drastische beperking van de keuzemogelijkheden van de patiënt. Wij hechten groot belang aan eenvoudige toelating van nieuwe toetreders omdat zij de markt in beweging kunnen zetten waardoor nieuwe innovatieve zorg kan ontstaan.

Wij willen benadrukken dat de hiervoor omschreven ontwikkeling een serieuze bedreiging vormt voor het voortbestaan van het ondernemerschap in de zorg, terwijl ondernemerschap een onmisbare factor is bij het realiseren van innovatie. Wij willen u daarom adviseren het ondernemerschap in de zorg te blijven stimuleren en het toetreden van nieuwe aanbieders te waarborgen. Hierbij is het naar ons idee belangrijk dat er ook aandacht wordt gevestigd op de rol van de zorgverzekeraar.

Verhouding zorgaanbieder en zorgverzekeraar

Wij menen dat in het wetsvoorstel de verhouding tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar niet voldoende in balans is. In het algemeen hebben de zorgverzekeraars een doorslaggevende rol in de innovatie. De zorgverzekeraar zal immers uiteindelijk het innovatieve zorgaanbod met de zorgaanbieder moeten contracteren. In die zin is de zorgverzekeraar leidend in het slagen van de innovatiedoelstellingen. Op welke wijze worden de zorgverzekeraars gestimuleerd daadwerkelijk innovatieve contracten met zorgaanbieders aan te gaan? Op dit moment ervaren wij dat alle initiatieven van de zorgaanbieder moeten uitgaan en dat het daadwerkelijk maken van afspraken moeilijk is. Het enkel dereguleren van de zorg is niet voldoende om de zorgverzekeraars te bewegen tot het overeenkomen van contracten ten behoeve van innovatie.

Meer specifiek wijzen wij hieronder op enkele onderdelen uit het wetsvoorstel die in dit verband onze aandacht hebben getrokken.

1. In de toelichting bij het voorstel wordt geconstateerd dat er op de landelijke zorgverzekeringsmarkt sprake is van een hoge concentratiegraad en dat verzekeraars op regionaal niveau nóg een groter marktaandeel en daardoor een grote inkoopmacht hebben. De effecten hiervan op de kwaliteit en prijs van zorg zijn onduidelijk. Er wordt vervolgens aangegeven dat het markttoezicht versterkt zal moeten worden om in de gaten te houden of er sprake is van negatieve gevolgen. Op welke wijze wordt via het markttoezicht het gedrag van zorgverzekeraars gemonitord?
2. In het voorstel is de mogelijkheid opgenomen de zorgaanbieder een contracteer- en leveringsplicht op te leggen. Ter onderbouwing hiervan wordt als voorbeeld genoemd dat aan een zorgaanbieder een leveringsplicht opgelegd kan worden wanneer een zorgverzekeraar voor zijn verzekerden exclusieve zorg heeft bedongen en daardoor de toegang tot zorg voor consumenten van andere verzekeraars wordt bemoeilijkt. Het bevreemdt ons dat in een dergelijke situatie alleen wordt ingegaan op de manier waarop de zorgaanbieder kan worden aangesproken. In deze situatie zou toch de zorgverzekeraar geadresseerd moeten worden?
3. In welke mate is de zorgaanbieder, met een dreiging van een contracteer- en leveringsplicht, nog vrij zelf te bepalen met welke partijen hij een relatie wenst aan te gaan? Wanneer een zorgverzekeraar weigert een contract met de zorgaanbieder aan te gaan (waarvan nu in bepaalde gevallen ook al sprake is zonder enige motivatie van de zorgverzekeraar), dan zou de zorgaanbieder de zorg aan die specifieke patiëntengroep toch moeten kunnen weigeren? Het bevreemdt ons dat wanneer een verzekeraar zonder gegronde reden stelselmatig weigert een met de preferente zorgverzekeraar overeengekomen contract te volgen en eveneens weigert een vergelijkbaar contract rechtstreeks met de zorgaanbieder aan te gaan, deze verzekeraar niet verplicht is de daadwerkelijk aan zijn verzekerden geleverde zorg te vergoeden aan de zorgaanbieder.
4. In het verlengde van voorgaande punten vragen wij ons af op welke wijze de "redelijke voorwaarden" worden vastgesteld waaronder de zorg geleverd dient te worden wanneer een contracteer- of leveringsplicht wordt opgelegd. Wat ons betreft kan het niet zo zijn dat deze voorwaarden worden bepaald door de condities die de zorgaanbieder met andere verzekeraars is overeengekomen. Op die manier zou het niet mogelijk zijn met één zorgverzekeraar vanwege de omstandigheden specifieke afspraken te maken.
5. Binnen het voorstel voor het macrobeheersingsinstrument wordt de mogelijkheid geschapen onderscheid te maken in de heffing voor gecontracteerd en niet gecontracteerd zorgaanbod. Hoe verhoudt zich dit tot de onder punt 3 omschreven weigerachtige houding van zorgverzekeraars?

Klant, kwaliteit, kosten

Wij hanteren als uitgangspunt dat wij gezamenlijk de verantwoordelijkheid dragen voor het beheersen van de zorgkosten. Door AEF is geconstateerd dat er meer aandacht moet zijn voor toegankelijkheid en kwaliteit van zorg². Dit onderschrijven wij en wij menen dat voor de beheersing van de zorgkosten innovatie noodzakelijk is. In het verleden was er in alle

² Brief aan Voorzitter van de Eerste Kamer 'Kabinetsreactie rapport commissie Borstlap en evaluatie Wmg en NZa' (2 april 2015)

onderdelen van de zorgcontractering aandacht voor klant, kwaliteit en kosten. De laatste tijd hebben wij in het contact met de zorgverzekeraars een verschuiving waargenomen en zien wij dat de focus van de verzekeraars voornamelijk ligt op kosten en dat klant en kwaliteit op de tweede plek terecht zijn gekomen. Deze ontwikkeling heeft een negatief effect op innovatie. Er is nagenoeg geen ruimte meer voor afspraken die op het kostenaspect niet direct op korte termijn een resultaat laten zien. Hoe wordt gewaarborgd dat de kostenbeheersing de innovatie niet in de weg staat?

Toename administratieve lasten en zorgspecifieke fusietoets

Wij zijn voorstander van het verschaffen van inzicht aan zorgverzekeraars en onze patiënten. Wij denken echter dat als gevolg van dit voorstel de administratielast voor de zorgaanbieder zal toenemen. Er wordt gesproken over aanvullende transparantieplichtingen, registratieplichtingen en sterker markttoezicht door de NZa. Het steeds meer zoeken naar transparantie op zeer gedetailleerd niveau kost veel menskracht en systemen en dat betekent voor de zorgaanbieder een grote financiële last. Ook nu al merken wij dat door de zorgverzekeraars tot in elke nuance informatie wordt gevraagd. Zo wordt verlangd dat bij de verantwoording van de besteding van de ketenzorgfinanciering een accountantsverklaring wordt overlegd ongeacht de hoogte van de omzet. Ook ontvangen wij zo nu en dan materiele controles met betrekking tot één declaratieregel. Het uitzoekwerk dat gepaard gaat met een dergelijke controle staat niet in verhouding. Wij willen adviseren nadere aandacht te besteden aan het voorkomen van een toename van administratieve lasten.

Wanneer transparantie en registratieplichtingen een belangrijk onderdeel blijven van dit voorstel willen wij ervoor pleiten in deze verplichtingen meer uniformiteit aan te brengen. Nu vragen de verzekeraars op verschillende manieren en voor verschillende focusgebieden naar informatie. Hierdoor wordt de reeds bestaande administratieve last nog eens verveelvoudigd.

De zorgspecifieke fusietoets zoals deze nu wordt gehanteerd heeft een te grote reikwijdte. Dit leidt tot disproportioneel zware administratieve lasten bij fusies met een beperkte omvang. Dit is wat ons betreft een voorbeeld van een ongewenst en onvoorzien effect van nieuwe regelgeving. Wij zijn voorstander van het laten vervallen van de huidige ondergrens en de aansluiting bij de omzetrempels zoals worden gehanteerd binnen de Mededingingswet. Wel vragen wij ons af of de zorgspecifieke fusietoets dan nog in stand zou moeten blijven, aangezien dan al uitgebreide toetsing door ACM plaatsvindt. De overheveling van het markttoezicht van de NZa naar de ACM ondersteunen wij.

Gelijksoortige onvoorziene effecten kunnen ook opgaan voor andere administratieve verplichtingen. Daarom willen wij u adviseren aandacht te besteden aan het voorkomen van ongewenste administratieve lasten als gevolg van deze nieuwe regelgeving.

Tot slot willen wij u graag uitnodigen voor een gesprek over dit wetsvoorstel, onze ideeën en ervaringen, maar met name over het innoveren van het zorgaanbod in de eerstelijns.

Met vriendelijke groet,

Amon van den Borg
Algemeen directeur Arts en Zorg

Harmen Sietsma
Medisch directeur Arts en Zorg