

Wetsvoorstel bevorderen zorgcontractering

Internetconsultatie

Het hinderpaalcriterium is een artikel binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). Hierin staat dat de vergoeding van een zorgverzekeraar niet dusdanig laag mag zijn dat daardoor een feitelijke hinderpaal voor verzekerden ontstaat om zich tot een zorgaanbieder te wenden die niet door de zorgverzekeraar gecontracteerd is.

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. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen ter bescherming van het algemeen belang vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvoor bij of krachtens algemene maatregel van bestuur met inachtneming van het bepaalde bij of krachtens het vijfde lid nadere regels kunnen worden gesteld over de hoogte van de vergoeding. In afwijking van het eerste lid heeft de verzekerde recht op een vergoeding als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel b, indien de zorgverzekeraar niet voldoet aan zijn zorgplicht, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, of het een bij algemene maatregel van bestuur aangewezen vorm van zorg of overige dienst betreft. *Dit werkt nu al een scheefgroei in onze maatschappij in de hand: mensen met een gevulde portemonnee kunnen bijbetalen voor ongecontracteerde zorg. Wanneer dat niet het geval is, ben je aangewezen op de (afgeknepen, uitgewrongen, overbelaste, onderbetaalde) gecontracteerde eerstelijnszorgverleners met grote wachtlijsten. Dat is overigens meteen de reden waarom veel logopedisten tóch besloten hebben om keer op keer wél te tekenen: zorg dient voor iedereen op gelijke wijze toegankelijk te zijn voor iedereen.*

Tenslotte gaat het wetsvoorstel in op de uitzonderingssituaties waarin sprake is van een volledige vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dat is onder meer het geval als de zorgverzekeraar zijn zorgplicht niet is nagekomen. De verzekerde en de zorgaanbieder worden dan niet geconfronteerd met een korting. *ZN komen hun zorgplicht w.b. logopedie nu al niet na. Kunnen hier op geen enkele manier op worden aangesproken.*

Dit betreffen onder andere afspraken over een verbeterplan van Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN) met partijen ten aanzien van het Hoofdlijnenakkoord verminderen van administratieve lasten, betere bereikbaarheid voor de zorginkoop en een verkenning met de Autoriteit Consument en Markt (hierna: ACM) naar meer ruimte voor groepsgewijs onderhandelen voor kleine zorgaanbieders. *Kan dit concreter worden gemaakt? Zoals het er nu staat kunnen ZN onder alle afspraken uitkomen, zoals nu al het geval is.*

2.1.1 Recht op zorg

Bijna iedereen heeft op enig moment in het leven zorg nodig, in meer of mindere mate, voor lichte tot zware aandoeningen, voor een kortere of langere periode. Die zorg moet voor een ieder beschikbaar en betaalbaar zijn, binnen redelijke termijn en afstand. En natuurlijk moet de zorg professioneel worden verleend en georganiseerd. De patiënt moet kunnen vertrouwen op kwalitatief goede zorg. Niet alleen overdag, maar ook in de avond-, nacht- en weekenduren. Niet alleen in elk afzonderlijk onderdeel van de zorg, maar zorgverleners moeten ook goed samenwerken, zodat de zorg in samenhang wordt verleend, zeker voor kwetsbare mensen. Niet als doel op zich maar met als uitkomst dat iemand beter kan functioneren of zo goed mogelijk met zijn of haar beperkingen kan omgaan. **Om het recht op zorg in bovenstaande zin te kunnen waarborgen is contractering van belang.** Enerzijds blijft de zorgvraag stijgen en anderzijds is er sprake van een brede arbeidsmarktkrapte. Op dit moment werkt al ongeveer één op de zes werknemers in Nederland in de zorg. Wanneer we niets doen, loopt dit aandeel op tot ongeveer één op de vier in 2040. Het is irrealistisch te veronderstellen dat het beroep van de zorg op de Nederlandse arbeidsmarkt of in de collectieve middelen in deze mate kan oplopen. **Met een verbeterd contracteerproces, waar dit wetsvoorstel op aansluit, kan gestuurd worden op de doelmatige inzet van het schaarse personeel in combinatie met een betere sturing voor een hoge(re) kwaliteit van zorg. Gebeurt dit niet, dan vallen er willekeurig gaten in de toegankelijkheid van de zorg. Kan iemand precies maken hoe een en ander samenhangt? We hebben ook meer mensen nodig in de horeca omdat we daar meer gebruik van maken. Ik bedoel te zeggen: op dit moment is het onfatsoen van de zorgverzekeraars in tarifiering een reden om te stoppen met praktijkvoering, om te stoppen met het beroep of om te stoppen met het tekenen van contracten. Wat wordt hier bedoeld met verbeterd? Vanuit mijn optie zou dit betekenen dat contracten worden aangeboden die**

1. **Leesbaar zijn met helder (niet-juridische) taal**
2. **Die uitgaan van vertrouwen in de zorgverlener**
3. **Die een kostendekkend tarief aanbieden.**

2.1.2 Zorgplicht verzekeraars

Naast dit recht op zorg staat de zorgplicht van verzekeraars. Als verzekerden recht hebben op goede en toegankelijke zorg, zijn zorgverzekeraars – aan wie verzekerden de premie betalen – verplicht om die goede en toegankelijke zorg in te kopen en vervolgens aan de gecontracteerde zorgverleners te vergoeden (natura) dan wel direct aan de verzekerde te vergoeden (restitutie). Een combinatie van natura en restitutie is ook mogelijk. Daarbij moet de verzekeraar uit hoofde van zijn zorgplicht zorgen voor aanbod van zorg uit het basispakket binnen redelijke tijd en reisafstand. Om deze verantwoordelijkheid voor het verlenen van zorg waar te maken, **moeten zorgverzekeraars zorg inkopen en met zorgaanbieders afspraken maken over kwaliteit en beschikbaarheid**, en dus ook over de manier waarop de zorg georganiseerd en geleverd wordt. En natuurlijk moet er bij het inkopen ruimte zijn voor vernieuwing in de zorg en aandacht voor goede samenwerking met andere zorgprofessionals, gericht op de juiste zorg op de juiste plek. **Ik lees weer het eufemistisch gebruik van de zinsnede “zorgaanbieders moeten afspraken maken met zorgaanbieders”. Deze zinsnede vertaalt zich in de dagelijkse gang van zaken bij contracteerrondes in “eenzijdig opleggen”. Zorgverzekeraars zullen het niet eens zijn hiermee want zij vinden dat we niet verplicht zijn te tekenen bij het kruisje. Als zorgverlener heb ik jarenlang de ervaring dat op geen enkele wijze afspraken kunnen worden gemaakt met een zorgverzekeraar: niet bereikbaar. Mails worden automatisch gegenereerd met nietszeggende algemene antwoorden.**

Daarnaast mag ook hier worden toegevoegd dat vertrouwd wordt op de wijze van praktijkvoeren door de zorgverlener.

2.1.3 Betaalbaarheid De zorg kan niet geleverd worden tegen elke prijs.

Het is de taak van alle partijen, in het bijzonder die van de zorgverzekeraars, om zorg betaalbaar te houden. *Als de betaalbaarheid valt of staat bij datgene wat aan de eerste lijn wordt uitgekeerd, dan kunnen we stellen dat het huishoudboekje van de zorgverzekeraar verkeerd wordt beheerd. Om in termen van een echt gezond draaiend huishouden te spreken: beknibbelen op groente en fruit tegenover de aanschaf van een nieuwe auto terwijl de oude auto pas twee jaar in eigendom is en goed rijdt, kunnen we dom noemen.*

Om terug te keren naar de eerstelijns zorg: het is de intentie vanuit IZA om zoveel mogelijk in de eerstelijns op te vangen. Dat kan alleen als de eerste lijn kostendekkend kan werken en er contracten gaan komen die vanuit vertrouwen over en weer worden aangegaan (de overbodige controle-protocollen en richtlijnen loslaten).

2.2 Doel contractering

Zorgverleners betalen voor datgene wat zij leveren aan verzekerden, aan de burgers.

Zorgverleners hebben hun eigen middelen om de kwaliteit te borgen: vertrouwen in de trots van de vakmensen zou op zijn plaats zijn. Vertrouwen in de wens om bekwaam zorg te verlenen en daarvoor gericht na- en bijscholing te volgen en met collega's te sparren over casussen.

Daarnaast impliceert de afspraak in het IZA tot verlaging van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders dat zorgverzekeraars ten aanzien van alle zorgsectoren in staat gesteld moeten worden om – met inachtneming van het hinderpaalcriterium – de hoogte van deze vergoeding zo scherp mogelijk vast te kunnen stellen. Het uiteindelijke doel hiervan is het realiseren van de transitie naar passende zorg en daarmee van zorg die van goede kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar is. *Ik herhaal: dit werkt nu al een scheefgroei in onze maatschappij in de hand: mensen met een gevulde portemonnee kunnen bijbetalen voor ongecontracteerde zorg. Wanneer dat niet het geval is, ben je aangewezen op de (afgeknepen, uitgewrongen, overbelaste, onderbetaalde) gecontracteerde eerstelijnszorgverleners met grote wachtlijsten. Dat is overigens meteen de reden waarom veel logopedisten tóch besloten hebben om keer op keer wél te tekenen: zorg dient voor iedereen op gelijke wijze toegankelijk te zijn voor iedereen.*

Ik voeg toe: de haalbaarheid van contractering en het regelen van de zorg wordt wederom afgewenteld op de werkvloer en versterkt de machtspositie van de zorgverzekeraars.

4.1 Het Coalitieakkoord

In het Coalitieakkoord is over contractering in de zorg het volgende opgenomen: “Een contract vormt de basis voor aanbieders en verzekeraars om afspraken te maken over passende zorg, betaalbaarheid en doelmatigheid.” Daarom verbeteren we het contracteerproces. **Met name in de ggz en wijkverpleging wordt op dit moment een deel van de zorg niet-gecontracteerde geleverd.** In het IZA is daarom opgenomen dat als dit onvoldoende afneemt, *Ik spreek hier mijn angst uit dat deze zinsnede door zorgverzekeraars uit hun verband zal worden gerukt (namelijk opgenomen voor wijkverpleging en ggz) en wordt ingezet voor alle eerstelijnszorg.*

4.2 Het IZA

In het IZA zijn afspraken gemaakt om de omslag te maken naar passende zorg. In de ideale wereld zijn zorgaanbieders en zorgverzekeraars partners, die gedurende het jaar elkaar meerdere malen spreken over de zorg die verleend wordt, de kwaliteit van die zorg, de organisatie van zorg, samenwerking met andere zorgaanbieders, toekomstige ontwikkelingen enzovoorts. Dit gesprek op inhoud loopt op den duur uiteraard ook steeds concreter op met het gesprek over de financiën, met het streven te eindigen in een contract. **Boeiend gegeven bij dit punt: namens mijn collega's worden deze gesprekken gevoerd door mijn beroepsvereniging die zich weer laat vertegenwoordigen door Paramedisch Platform Nederland. Kunt u mij uitleggen hoe ikzelf als zorgaanbieder hierbij betrokken ben? Alles wat ik tot nu toe gelezen heb, wordt bedacht vanachter beleidstafels zonder écht de werkvloer te betrekken.**

Met zorgaanbieders die zich aan contractering onttrekken, kunnen dergelijke afspraken niet worden gemaakt. Het samenspel tussen patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars is de kern van ons zorgstelsel, waarbij de overheid aan zet is om de juiste randvoorwaarden te creëren. **Ik kom weer met het woord VERTROUWEN: op de werkvloer zijn zorgverleners zoals ik het 42 jaar heb meegemaakt merendeels graag bereid om onderling contact te hebben over de zorgvrager, indien nodig.**

Paragraaf 4.2. ademt ambtelijke controletaal uit, vol met algemeenheden.

4.2.1 Verbeteren contracteerproces

In het IZA is afgesproken dat het sluiten van een contract randvoorwaardelijk is om te komen tot de transformatie naar passende zorg. Om de beweging naar passende zorg goed vorm te kunnen geven is het nodig dat in de gesprekken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, meer dan nu, de inhoud van de zorg het startpunt is. **De inhoud van de zorg is de zorg van de zorgverlener en wordt goed beheerd door de diverse (para-)medische beroepsgroepen. De zorg van zorgverzekeraars is het om goede zorg te borgen door kostendekkende tarieven.**

4.2.2 Samenwerking tussen zorgaanbieders

De contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders kent per sector een eigen dynamiek. Deze dynamiek is voor een groot deel afhankelijk van de wijze waarop de sector is georganiseerd. Zo is het aantal academische ziekenhuizen in Nederland beperkt, waardoor alle zorgverzekeraars meerdere malen per jaar inhoudelijke gesprekken voeren met deze zorgaanbieders. Dit in tegenstelling tot de wijkverpleging waar veel meer zorgaanbieders actief zijn en waar de contractering veelal digitaal plaats vindt en **het niet mogelijk is om met alle zorgaanbieders een inhoudelijk gesprek te voeren.** Dit betekent dat elke sector zijn eigen problemen kent en dit per sector ook een andere oplossing vraagt. **Partijen kiezen daarom in aanvulling op de afspraken die in het IZA zijn gemaakt, voor een sectorale aanpak van de verbeterplannen. Voor het eerst zie ik helder weergegeven dat de zorgverzekeraars niet met alle zorgverleners een inhoudelijk gesprek kunnen voeren. Desalniettemin wordt keer op keer in ambtelijke taal gesuggereerd dat dit wél zo is. De partijen kiezen voor een sectorale aanpak van de verbeterplannen: welke partijen? Aan logopedisten, aan paramedici in de eerstelijns worden deze plannen opgelegd. Let wel: ik begrijp dat ons zorglandschap anno 2023 andere dingen van ons vraagt dan in 1980. Waar ik tegen ageer keer op keer dat het lijkt alsof de werkvloer inspraak heeft en dat is gewoon echt niet zo. Lees het artikel van Rinske van de Goor in de Volkskrant van 29 juni.**

(bijgevoegd)

4.2.3 Vermindering omvang niet-gecontracteerde zorg

Dit punt lijkt beschreven voor (wederom) wijkzorg en ggz maar wordt uitgerold over alle eerstelijns zorg.

4.2.4 Randvoorwaardelijke afspraken

Vergroten transparantie voor verzekerden

Ik lees in deze paragraaf de schijn dat door tijdig te contracteren en zichtbaarheid over welke contracten door wie zijn afgesloten bij welke verzekeraar de verzekerde, de burger, in het ondoorzichtige woud beter zijn zorgweg kan vinden. De illusie dat een verzekerde kan overzien of er gekozen moet worden voor verzekering A vanwege bepaalde medicijnen of juist voor verzekering B vanwege paramedische zorg wordt in stand gehouden. Je zult als verzekerde gewoon vanwege je krappe portemonnee verzekeraar C kiezen.... Dan kom je van een koude kermis thuis. Dit is schijntransparantie en schijnborging van zorg voor iedereen goed toegankelijk.

Ik stop op bladzijde 14 met lezen van de ambtelijke taal. Ik heb het vervolg gescand en zie in andere bewoordingen hetzelfde terugkomen. Het merendeel lijkt bedoeld te zijn op de thuiszorg en ggz. Ondertussen gaat deze wet voor iedereen in de eerstelijns gelden!