

## Reactie LVVP op Wetvoorstel ‘Bevorderen contractering’

De LVVP is tegen het onderhavige wetsvoorstel. Wij constateren dat de vrijgevestigde ggz-praktijken zonder contract wederom onterecht worden gebombardeerd tot het ‘zwarte schaap’, waarop alle problemen in de ggz worden afgewenteld.

De LVVP is van mening dat niet zorgaanbieders, maar juist zorgverzekeraars en de NZa moeten worden aangesproken. Zorgverzekeraars kunnen contractering stimuleren met duidelijke en leesbare contracten en uniforme eisen voor zorginkoop en verantwoording. Zij zouden ook geen beperkingen moeten opleggen die ten koste gaan van tijdige en passende zorg aan patiënten met psychische problemen (toegangsdrempels, knellende omzetplafonds). Zorgverzekeraars kunnen kostendekkende tarieven gaan bieden. Ook de NZa en het ministerie van VWS kunnen contracteren stimuleren, bijvoorbeeld door het vaststellen van minimumtarieven voor prestaties. Dit wetsvoorstel spreekt weer niet de partijen aan die het verschil kunnen en moeten maken. In het belang van de patiënten en in het belang van de zorgprofessionals in de ggz is een ander voorstel dan dit nodig.

Hieronder hebben we onze concrete bezwaren tegen dit wetsvoorstel op een rij gezet.

### Het wetsvoorstel bouwt voort op foute aannames en is disproportioneel

We roepen VWS op om eens te stoppen met het selectief presenteren van de uitkomsten van de trajecten uit het Hoofdlijnenakkoord (HLA) ggz. En te stoppen met het op één hoop gooien van zorgaanbieders in de ggz en de wijkverpleging. We zetten de feiten daarom maar weer eens op een rij.

- Er wordt geframed dat mensen onbewust naar een ongecontracteerde zorgaanbieder gaan en dat is een van de legitimaties voor dit wetsvoorstel. Echter, dit blijkt totaal niet uit de klachten en geschillen die er in de ggz zijn. Het is daarentegen vaak onduidelijk welk deel van de kosten de verzekerde vergoed krijgt. De informatieverstrekking vanuit zorgverzekeraars richting verzekerden is ontoereikend. De ‘gemiddelde verzekerde’ weet echt niet wat ‘75% van het marktconform tarief’ is. Dit wetsvoorstel helpt de verzekerden vervolgens niet om meer duidelijkheid te krijgen.
- Er wordt geframed dat zorgaanbieders kiezen voor ongecontracteerd werken. Helaas maken juist zorgverzekeraars het kleinere zorgaanbieders en vrijgevestigden steeds lastiger om gecontracteerd te werken. Sommige zorgverzekeraars bieden onaantrekkelijke contracten met hoge administratieve lasten, ondanks het feit dat de sector algemene bepalingen en een uniforme declaratieparagraaf heeft opgesteld. Enkele zorgverzekeraars weigeren ook overeenkomsten af te sluiten met nieuwe zorgaanbieders. Zo heeft CZ een ondergrens van € 10.000 omzet van CZ-patiënten voordat een nieuwe zorgaanbieder een overeenkomst kan afsluiten. Ook al heeft deze behandelaar al 25 jaar ervaring elders opgedaan. De stelling dat deze zorgverlener daarmee niet-passende zorg levert of fraudeert, is volstrekt ongepast.
- Er wordt geframed dat ongecontracteerde zorg per definitie duurder is. Voor een viertal diagnoses klopt het inderdaad dat de kosten per patiënt hoger zijn dan in de gecontracteerde zorg. Maar voor alle andere diagnoses geldt dat de door de verzekeraar vergoede kosten per patiënt juist lager zijn in de niet-gecontracteerde zorg dan in de gecontracteerde zorg (zie pag. 19-20 uit de [beantwoording Kamervragen dd. 4 april jl.](#)). De ongecontracteerde ggz is dus niet duurder dan de gecontracteerde ggz.
- Er wordt geframed dat zorgaanbieders in de ggz massaal ongecontracteerd werken. Nu blijkt uit onderzoek dat het merendeel van de vrijgevestigde praktijken in de ggz gewoon overeenkomsten met zorgverzekeraars hebben. Uit onderzoek van Vektis blijkt wel dat: *“De 30 zorgaanbieders met de hoogste bijdrage binnen de niet-gecontracteerde ggz leveren samen de helft van alle niet-gecontracteerde zorg in 2019. Deze zorgaanbieders hebben allen een omzet van meer dan 1,5 miljoen en zijn nagenoeg allemaal meer dan 3 jaar actief.”* Kortom, VWS vraagt de Kamer om de vrije artskeuze voor miljoenen burgers in te perken omdat 30 grotere zorgaanbieders in de ggz geen overeenkomst hebben met zorgverzekeraars. En blijkbaar hebben zorgverzekeraars, NZa, CIBG of IGJ

niet kunnen constateren dat deze zorgaanbieders moet worden gesloten omdat zij onoirbaar handelen of niet-passende zorg bieden. Het is vervolgens ook nog de vraag of de inperking van de vrije artskeuze ertoe leidt dat deze zorgaanbieders wel contracten gaan afsluiten of dat zij stoppen met het aanbieden van ggz. Dit wetsvoorstel is daarmee voor de ggz een buitengewoon disproportionele oplossing voor een klein probleem.

### **Het wetsvoorstel maakt niet duidelijk wanneer zorgverzekeraars niet aan hun zorgplicht voldoen**

Door artikel 13 lid 7 is er sprake van recht op vergoeding als bedoeld in artikel 11 lid 1b als de zorgverzekeraar niet voldoet aan haar zorgplicht. Op dit moment zijn er al enorme wachtlijsten in de ggz. Toch twijfelt de NZa niet aan de invulling die zorgverzekeraars geven aan hun zorgplicht, terwijl er beperkende omzetplafonds zijn. De NZa geeft zelfs in interviews aan dat zij niet actief handhaven. Het enige dat tot stand is gebracht, is een tijdsintensieve registratie van wachtlijsten. Waar ligt straks de bewijslast dat zorgverzekeraars niet aan hun zorgplicht voldoen? Dat kunnen verzekerden straks niet aantonen, de wetgever moet daarom de criteria vooraf duidelijk maken. Dit wetsvoorstel negeert dit belangrijke element.

### **Het wetsvoorstel is paradoxaal en geeft daarom in de praktijk alleen maar meer rechtsonzekerheid**

VWS wil verzekerden ontmoedigen om naar een ongecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Echter, tegelijkertijd stelt VWS dat er geen hinderpaal mag zijn om naar een ongecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Dat is tegenstrijdig met elkaar en daarmee niet houdbaar in de praktijk.

Het wetsvoorstel biedt bijvoorbeeld geen duidelijkheid over de hoogte van de vergoeding voor individuele verzekerden als deze zorg ontvangt van een ongecontracteerde zorgaanbieder. De formulering van VWS dat de hoogte van de vergoeding voor verzekerden 'geen feitelijke verhindering' mag zijn om gebruik te maken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders, maar dit wel 'merkbaar moet verhinderen' is een uitnodiging voor veel nieuwe juridische procedures.

De tekst van de Memorie van Toelichting duidt er daarnaast op dat dit wetsvoorstel niet alleen gaat over het hinderpaalcriterium voor verzekerden. In paragraaf 1.2 staat dat 'verzekerden en zorgaanbieders dan niet geconfronteerd worden met een korting'. Dit impliceert dat VWS in een AMvB ook kan opnemen dat een zorgaanbieder zonder contract een lager tarief krijgt en niet meer 100% van het NZa-tarief in rekening mag brengen bij de verzekerde. Het lijkt erop dat VWS niet duidelijk is over deze gevolgen van het wetsvoorstel.

### **Het wetsvoorstel ondergraaft de invloed van de Tweede Kamer en Eerste Kamer**

De bewuste keuze om de precieze uitvoering van deze wet via lagere regelgeving te doen zonder de controlerende taak van Tweede Kamer en Eerste Kamer baart zorgen. Deze wetgeving raakt alle burgers, namelijk hun recht om te kiezen voor een zorgaanbieder/zorgverlener waar zij zich veilig bij voelen. Dit verplicht VWS om hier een zorgvuldig democratisch proces te volgen.

### **Het wetsvoorstel vergroot de tweedeling in de samenleving**

Een belangrijke pijler onder het stelsel is solidariteit. Dit wetsvoorstel haalt deze pijler weg. Straks kunnen mensen met een laag inkomen zich de hogere eigen bijdrage voor ongecontracteerde zorg niet veroorloven. Zij komen hierdoor op een langere wachtlijst voor gecontracteerde zorg. Voor mensen die zich dat financieel kunnen veroorloven, worden de wachtlijsten bij ongecontracteerde zorgaanbieders juist kleiner. De toegankelijkheid van de sectoren waarvoor deze maatregel gaat gelden, verschilt straks nog meer tussen mensen met voldoende financiële middelen en mensen die dat niet hebben. We hebben deze onwenselijke ontwikkeling bij de jeugdzorg al zien gebeuren.

### **De balans slaat door naar machtspositie zorgverzekeraars**

De wetswijziging benoemt geen enkele verplichting richting zorgverzekeraars om zorgcontractering te bevorderen. Het gaat alleen om het verlagen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Hierdoor slaat de machtsbalans tussen grote verzekeringsconcerns en kleine lokale zorgverleners nog

meer door naar de eerste partij. Het is nu al voor sommige zorgverzekeraars te gemakkelijk of aantrekkelijk om niet te contracteren met vrijgevestigde zorgaanbieders. Dat blijkt uit de volgende feiten:

- Er is een grote variatie in contracteergraad tussen zorgverzekeraars. De zorgverzekeraar met het laagste aandeel niet-gecontracteerde ggz heeft 0,5% niet-gecontracteerde ggz in 2019, de zorgverzekeraar met het hoogste aandeel heeft 19,7% niet-gecontracteerde ggz. De grootste oorzaak voor ongecontracteerd werken in de ggz blijken dus de zorgverzekeraars te zijn, niet de zorgaanbieders.
- Tevens bieden verzekeraars steeds lagere tarieven: aanbieders moeten soms zelfs onder kostprijs werken. De hoge generieke afslagen van 8% tot 25% op de NZa-tarieven - die de NZa baseert op reële kostprijzen! – maken het onaantrekkelijk of soms zelfs onmogelijk om een contract af te sluiten.

De Memorie van Toelichting benoemt als tegenwicht alleen de boterzachte verbeterplannen van zorgverzekeraars om de administratieve lasten te verminderen. Ook dit waren harde afspraken uit het HLA ggz. Helaas hebben vrijgevestigde zorgaanbieders de afgelopen jaren moeten merken dat de administratieve lasten fors zijn toegenomen, mede door de inhoud van de contracten van de verzekeraars.

Dit wetsvoorstel legt alle macht bij de zorgverzekeraars neer en daarmee zijn kleinere zorgaanbieders, zoals vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten, overgeleverd aan eenzijdig opgelegde eisen door zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars zijn geen hoeders van de kwaliteit, maar blijken in de praktijk vooral te sturen op financiële uitkomsten en het afwentelen van financiële risico's op zorgaanbieders en patiënten.

#### **Het wetsvoorstel is het einde van de gereguleerde marktwerking in de Zvw**

De Memorie van Toelichting (p.27) stelt: 'In beginsel is het echter niet aan de wetgever om voor te schrijven hoe de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg berekend moet worden. Dat zou een onnodige en onwenselijke beperking zijn van de regierol van zorgverzekeraars alsmede van de dynamiek van de zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden moeten de ruimte hebben om in te spelen op nieuwe ontwikkelingen en aan de hand daarvan hun keuzen te maken.'

Deze toelichting is verbijsterend omdat dit wetsvoorstel het einde betekent van de zorginkoopmarkt, omdat vrijgevestigde zorgaanbieders feitelijk gedwongen worden om een contract te sluiten om (1) hun patiënten niet te duperen en (2) voldoende inkomen te kunnen verwerven om in hun levensonderhoud te voorzien. Dit wetsvoorstel leidt in de praktijk tot contractdwang.

#### **Passende zorg: draagt dit wetsvoorstel hier werkelijk aan bij of juist niet?!**

Het wetsvoorstel en het IZA hebben als hoger doel 'passende zorg'. In de ggz zijn alle randvoorwaarden voor passende zorg al ingevuld; het maakt daarbij niet uit of de zorgaanbieder gecontracteerd is of niet. Toegang is alleen mogelijk met een gerichte verwijzing door bijvoorbeeld de huisarts. De kwaliteit van de organisatie van de zorg is beschreven in het openbare kwaliteitsstatuut dat elke zorgaanbieder in de Zvw moet hebben; dit is verankerd in de Wkkgz. Zorgaanbieders moeten deel uitmaken van een professioneel netwerk in hun werkgebied. Alle regiebehandelaren moeten BIG-geregistreerd zijn en participeren in lerende netwerken. Zij moeten ook kwaliteitsvisitaties ondergaan. De IGJ houdt toezicht op de kwaliteit. Tot slot moeten zorgaanbieders zich houden aan de NZa-maximumtarieven. Via de Wtza hebben toezichthouders zicht op de financiële geldstromen. Het is daarmee volstrekt onduidelijk welke aanvullende eisen zorgverzekeraars nog kunnen stellen.