

Reactie SoloPartners op wetsvoorstel Bevorderen Contractering

Dit wetsvoorstel is gebaseerd op een afspraak in het coalitieakkoord om zorgcontractering te bevorderen. Het eerste deel van de toelichting bevat dan ook een uitgebreide uitleg over de voordelen van gecontracteerde zorg voor de gehele sector zorg en welzijn. Met name de mogelijkheden die contractering biedt bij de transitie naar passende zorg, lijken belangrijk. In dat verband is het vreemd dat slechts twee praktijkvoorbeelden, namelijk de GGZ en de wijkverpleging, worden aangehaald ter onderbouwing van de noodzaak van dit wetsvoorstel.

Waar het in de toelichting vervolgens aan ontbreekt, is een duidelijke analyse met betrekking tot de problemen rondom niet gecontracteerde zorg. Op basis van de bewering dat in de GGZ en wijkverpleging niet gecontracteerde zorg duurder is, wordt geconcludeerd dat een wet voor de gehele sector nodig is.

De volgende vragen komen op: wat zijn de redenen van cliënten in de GGZ en wijkverpleging om te kiezen voor ongecontracteerde zorg; is er sprake van een keuze of zijn er omstandigheden aan te wijzen waardoor gecontracteerde zorg geen optie is. Biedt het wetsvoorstel een oplossing voor de antwoorden op deze vragen? Anders gesteld: biedt het wetsvoorstel een oplossing voor de daadwerkelijke problemen die maken dat cliënten kiezen voor ongecontracteerde zorg?

Het zal niet verbazen dat naar onze mening het antwoord op die laatste vraag 'nee' is. De LVVP geeft, zowel in algemene zin als voor de GGZ, duidelijk aan wat er schort aan het wetsvoorstel. Wij sluiten ons dan ook graag aan bij de reactie van de LVVP. Wij gaan hierna nader in op de foute aannames met betrekking tot de wijkverpleging.

In paragraaf 3 (blz.8) van de toelichting wordt gesteld dat uit onderzoek is gebleken dat niet-gecontracteerde zorgverleners in de wijkverpleging meer uren zorg declareren. Dit hogere aantal uren zou niet worden verklaard door kenmerken van cliënten of door andere resultaten van de zorgverlening. Echter, dit blijkt helemaal niet uit de aangehaalde onderzoeken (voetnoot 9) op dezelfde bladzijde. Deze bewering staat zelfs dusdanig haaks op wat is geconcludeerd in met name de 'Monitor niet gecontracteerde wijkverpleging 2016-2021' dat het grenst aan leugenachtigheid.

In de Monitor staat namelijk dat de meer-uren in de niet gecontracteerde wijkverpleging worden veroorzaakt door complexere zorgvragen van cliënten; hierbij is niet zelden sprake is van multiproblematiek bij een groot deel van de cliënten. Kortom, er is een feitelijke, logische verklaring waarom niet-gecontracteerde wijkverpleging duurder is.

Wat in de Monitor niet naar voren komt, en wat in de voorbereiding van het onderhavige wetsvoorstel klaarblijkelijk niet is onderzocht, is de vraag: hoe komt het dat complexe zorgvragen bovengemiddeld vaak door ongecontracteerde zorgaanbieders worden uitgevoerd? Wij weten waar dat aan ligt. Namelijk aan het contracteerbeleid van de zorgverzekeraars.



In de wijkverpleging passen zorgverzekeraars jaarlijks een eindafrekening toe op basis van het landelijk gemiddeld aantal uren zorg per cliënt. Heeft een zorgaanbieder meer uren gedeclareerd dan het gemiddeld aantal uren vermenigvuldigd met het daadwerkelijke aantal cliënten? Dan moet het te veel gedeclareerde worden terugbetaald; ook als conform indicatie, en voor het overige conform contract, zorg is verleend. Rechters accorderen tot op heden deze contractvoorwaarde.

In de praktijk leidt dit ertoe dat complexe zorgvragen, die meer uren zorg vragen dan het gemiddelde, door gecontracteerde zorgaanbieders worden geweigerd. Hetzelfde geldt ook voor palliatieve zorg. Zorgaanbieders willen niet het risico lopen op het einde van het jaar te moeten terugbetalen. Evenmin voelen ze ervoor om uren te besteden die uiteindelijk niet worden betaald.

Cliënten met een complexe zorgvraag of multiproblematiek zijn zodoende al snel aangewezen op niet gecontracteerde zorgaanbieders. Die zijn namelijk niet contractueel verplicht om uren boven het gemiddelde terug te betalen.

Kortom, verzekeraars hebben in de wijkverpleging zelf veroorzaakt dat verzekerden noodgedwongen moeten kiezen voor ongecontracteerde aanbieders en dat die zorg duurder is. In een enkel geval maakt een gecontracteerde aanbieder over een complexe casus een afzonderlijke afspraak met de zorgverzekeraar om terugvordering uit te sluiten. De uren die op grond van een dergelijke afspraak worden gemaakt, worden vervolgens niet verwerkt in de gemiddelden.

Zo slagen zorgverzekeraars erin om jaarlijks, op papier, het gemiddeld aantal uren per cliënt in de gecontracteerde wijkverpleging te laten dalen. In werkelijkheid stijgt het aantal uren of blijft het gelijk. Cijfers worden buiten de berekening gelaten en het gemiddeld aantal uren in de ongecontracteerde wijkverpleging stijgt.

Het wetsvoorstel miskent bovendien dat ongecontracteerde zorg voor een zorgverzekeraar financieel interessant is omdat deze goedkoper is dan gecontracteerde zorg. Zorgverzekeraars hebben er dan ook baat bij om ongecontracteerde zorg te laten bestaan. Als zij dan ook nog de kans krijgen om, direct via de minister, te bewerkstelligen dat de tarieven voor ongecontracteerde zorg omlaaggaan, wordt het voor de verzekeraar alleen maar goedkoper.

Met dit wetsvoorstel wordt contractering in de zorg dan ook niet bevorderd; het wordt enkel eenvoudiger om ongecontracteerde zorg goedkoper te maken.

Het ligt voor de hand om te verwachten dat, indien zorgverzekeraars hun werkwijze aanpassen, de scheve verhouding tussen gecontracteerde en ongecontracteerde wijkverpleging in evenwicht komt. Er dan wel van uitgaande dat zorgverzekeraars op een eerlijke manier het gemiddeld aantal uren per cliënt berekenen en niet ten onrechte complexe zorgvragen buiten beschouwing laten.

Het onderhavige wetsvoorstel gaat de hiervoor geschetste problemen en oorzaken niet oplossen. Integendeel zelfs. Als de minister de mogelijkheid krijgt om in te grijpen in de vergoedingen, zonder democratische controle van de Eerste en Tweede Kamer, vergroot dit enkel de kans van de verzekeraars om invloed uit te oefenen. Verzekeraars slagen er nu al buitengewoon goed in om, op basis van onjuiste feiten en omstandigheden, de beeldvorming te beïnvloeden en beleid en regelgeving af te dwingen. Het huidige wetsvoorstel is daarvan een voorbeeld. Die invloed moet niet verder worden vergroot.



Hiervoor is al geconstateerd dat met het wetsvoorstel niet wordt bereikt, wat wordt beoogd. Er zal geen aanbieder meer worden gecontracteerd. Dat betekent dat aanbieders van kwalitatieve en doelmatige zorg nog steeds het risico lopen geen contract te krijgen. En dus aangewezen blijven op ongecontracteerde zorg. Ook cliënten met een complexe zorgvraag schieten niets op met dit voorstel. Een gecontracteerde aanbieder zal deze groep nog steeds weigeren. Het enige wat wordt bereikt is dat de cliënt een groter deel van de kosten voor eigen rekening moet nemen. Is dat de bedoeling?

In plaats van te focussen op de kosten van de ongecontracteerde zorg, zou het wetsvoorstel maatregelen moeten bevatten die leiden tot daadwerkelijk meer zorgaanbieders met een contract. En dat vereist wellicht een wet die is gericht op de zorgverzekeraars in plaats van op de ongecontracteerde zorgaanbieders.