

27 juli 2023

Geachte mevrouw, heer,

Namens het NIP, NVP, NVvP en P3NL reageren wij hierbij op het conceptwetsvoorstel 'bevorderen zorgcontractering'. Het wetsvoorstel zelf bevat drie toevoegingen aan de Zorgverzekeringswet. Het betreft:

- Het verduidelijken en opnemen van het Hinderpaalcriterium in de Zvw.
- De mogelijkheid om een (deel)sector aan te wijzen waarvoor de overheid de vergoeding voor gaat bepalen.
- Het wettelijk verankeren van het recht van de verzekerde op een vergoeding (conform art 11, eerste lid, onderdeel b Zvw) indien de zorgverzekeraar niet voldoet aan zijn zorgplicht.

Wij vinden het positief dat hiermee het Hinderpaalcriterium in de wet wordt vastgelegd en voor verzekerden meer zekerheid biedt. Echter, door de toevoeging krijgt de minister van VWS, na raadpleging van de Tweede Kamer, de mogelijkheid om door middel van Algemene Maatregelen van Bestuur in te grijpen. Dit achten wij absoluut onwenselijk. In deze reactie lichten wij ons standpunt nader toe, mede aan de hand de Memorie van Toelichting (MvT).

Wij verwijzen ook graag naar ons gezamenlijk [position paper](#) hierover.

Client heeft recht om zelf behandelaar te kiezen

Gezien het feit dat de ggz-zorgmarkt op dit moment onvoldoende functioneert, de enorme wachtlijsten in de ggz en het gebrek aan passende ggz-zorg is het voor ons onwenselijk en onlogisch om de keuzemogelijkheden voor de cliënt te beperken en de ministeriële zeggenschap over vergoedingen verder te verruimen. Wij zien een groot risico dat deze wetsaanpassing rechtstreeks ten koste gaat van het recht en de mogelijkheden van de cliënt om een passende behandelaar en behandeling te vinden. Dit is een probleem, omdat de behandelrelatie een belangrijke(re) rol speelt binnen de ggz en het succes van behandeling afhankelijk is van diverse cliënt en behandelaar factoren.

Ook gaat het ten koste van de ruimte van de rechter om individuele casuïstiek te beoordelen en de ruimte van de individuele cliënt om zo nodig zijn recht op vergoeding van zorgkosten bij de rechter af te dwingen. Wij vinden daarom dat dit conceptwetsvoorstel richting cliënten de verkeerde weg en het verkeerde signaal is. Het conceptwetsvoorstel lijkt eerder op het bestrijden van een symptoom (namelijk ongecontracteerde zorg) waarbij de onderliggende oorzaken (namelijk het ongelijke speelveld tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars) ongemoeid wordt gelaten. Het ligt voor de hand om juist de oorzaken aan te pakken.

De vergoeding die verzekeraars betalen voor niet-gecontracteerde zorg bedraagt ca. 75% van het gemiddeld gecontracteerd tarief. Dat is 25% goedkoper dan voor gecontracteerde zorg en ook al lager dan het NZa tarief. De uiteindelijke zorgkosten per cliënt bij ongecontracteerde zorgaanbieders kunnen weliswaar in sommige gevallen hoger zijn dan bij gecontracteerde zorgaanbieders, door o.a. intensievere zorg, meer uren zorg per cliënt. Gecontracteerde zorgaanbieders worden via benchmarks geprikkeld om het aantal behandelingen per cliënt jaar op jaar te verlagen. Dit leidt vaak niet tot betere zorg, maar aanpassing in de inrichting van de zorg, bijvoorbeeld tot het sluiten van afdelingen of tot het stoppen van bepaalde behandelingslijnen voor (hoog) complexe zorg, of het hanteren van in- en exclusiecriteria waarmee dergelijke complexere vragen worden geweerd. De cliënt met een intensieve zorgbehoefte heeft zo in het gecontracteerde zorgaanbod steeds minder keuze, krijgt te maken met lange wachttijden en zoekt een passende behandeling bij bijvoorbeeld een ongecontracteerde zorgaanbieder. Dit leidt ertoe dat deze zorgaanbieder relatief langere en complexere behandelingen aanneemt die elders niet meer worden aangeboden (MvT artikel 2.1.3 betaalbaarheid).

Het verlagen van vergoedingen voor ongecontracteerde zorg raakt vooral de meest kwetsbare personen, aangezien een groot gedeelte van hen een inkomen ruim beneden modaal heeft. (MvT artikel 4.4 wetgeving).

Contractering is geen garantie voor kwaliteit

Het instrument contractering wordt, ook in dit wetsvoorstel, gezien als een belangrijk instrument voor het leveren van kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Wij stellen ons op het standpunt dat contractering op zichzelf geen garantie is voor kwaliteit. De kwaliteit wordt geborgd via opleiding, beroepsregistratie, (her)registratie en lidmaatschap van beroepsverenigingen (en daarmee conformeren aan de beroepscodes en het verenigingstuchtrecht of tuchtcollege) (MvT artikel 5.1. wettelijk vastleggen vergoeding).

Stimuleren contracteren vraagt om vertrouwen en een level playing field

Verzekeraars komen hun zorgplicht jegens ggz-patiënten al enige tijd niet na. De wachtlijsten zijn lang. 80.000 patiënten wachten op een passende behandeling. De wachttijden zijn veel te lang. Deze bedraagt gemiddeld 20 weken en voor sommige (ernstige) aandoeningen is de wachttijd aanzienlijk langer. De wijze van handhaving en toezicht door NZa leidt niet tot verbetering. Iedereen in de zorg weet dat de wachtlijsten in januari dalen, want dan hebben de zorgaanbieders weer budgetruimte. Tegen de tijd dat de eerste budgetplafonds in zicht komen, in april/mei, nemen de wachtlijsten weer toe. Deze uitvoering van contractering wordt toegestaan. Dat is onbegrijpelijk omdat het niet leidt tot verandering ten aanzien van de kwaliteit van de zorg, de lange wachttijden of het bereiken van de gewenste resultaten. Een herziening van de wijze waarop contractering tot stand komt, evenals de procedure rond contractering moet hiervoor aangepast worden met een level playing field tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, waarbij het beraamde NZa tarief een neutraal uitgangspunt kan zijn (MvT artikel 2.1.2 zorgplicht zorgverzekeraars).

Sinds de start van de zorgverzekeringswet is het zo dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders in november nog (lang) niet klaar zijn met de contractering. De NZa heeft hierop nog niet ingegrepen en staat deze praktijk toe. Er is dan ook geen reden om te verwachten dat de praktijk de komende jaren sterk zal veranderen. Zo lang er geen wettelijk verbod komt op overschrijding van de datum in combinatie met handhaving door de NZa, gaan wij ervan uit dat het blijft bij goede voornemens. Dat betekent dat de verzekerde ervan uit moet gaan dat hij/zij niet weet welke zorgaanbieders gecontracteerd zijn en welke niet op het moment dat hij/zij een verzekeringspolis kiest. Deze onduidelijkheid op het moment van polis keuze is een aanjager van ongecontracteerde zorg (MvT artikel 4.2.1 verbeteren contracteerproces).

De manier waarop in de memorie van toelichting wordt gesproken over zorgaanbieders en opportunistisch declaratiegedrag is wat ons betreft onwenselijk. Los van dat we ons van die praktijken distantiëren draagt deze wijze van communiceren niet bij aan het vertrouwen in de zorg. Wij pleiten ervoor om afstand te nemen van deze wantrouwende communicatiepatronen. Er is in de zorg breed behoefte aan herstel van vertrouwen en het uitgaan van goede intenties i.p.v. wantrouwen (MvT artikel 4.3 bekostigingssystematiek).

De toelichting laat onvermeld dat het voor zorgverzekeraars financieel aantrekkelijk kan zijn om een deel van de zorg te laten verlopen via ongecontracteerde zorgaanbieders. De vergoedingen die zij betalen voor declaraties van ongecontracteerde zorg zijn fors lager dan de gecontracteerde tarieven. Hierdoor blijft onterecht de indruk achter dat het alleen voor zorgaanbieders aantrekkelijk kan zijn om ongecontracteerd te werken.

Er is vrijwel altijd een mogelijkheid voor zorgverzekeraars om zelf een bijdrage te leveren aan de vermindering van ongecontracteerde zorg, door meer volume te contracteren, minder te focussen op het almaar verlagen van de zorginzet per cliënt, budgetplafonds los te laten en met meer zorgaanbieders een contract te sluiten en het contracteerproces te verbeteren (MvT artikel 4.2.3 verminderen omvang niet-gecontracteerde zorg).



Innovatie en vrijgevestigde aanbieders blijven nodig

Vrijgevestigde aanbieders hebben een belangrijke toegevoegde waarde in het zorglandschap. Er is een gevarieerd zorglandschap nodig van zowel grote en kleine aanbieders, met ieder een eigen specialisatie. De (grotere) instellingen bieden vaak meer generieke behandelpakketten aan die voor de meerderheid voldoende blijkt. Voor een groot aantal cliënten is dit echter niet passend en blijken vrijgevestigden vaak in zorg te voorzien die beter aansluit. Wij vinden het belangrijk dat deze vorm en innovatie wordt behouden.

De hoeveelheid zorg die een cliënt nodig heeft, is helaas niet af te leiden uit de zorgvraagtypering of DSM-classificatie. Daarover zijn alle partijen in de ggz het eens. De uitspraak dat gecontracteerde en ongecontracteerde zorgaanbieders te maken hebben met dezelfde cliënten met dezelfde kenmerken is wat ons betreft ongefundeerd en onzorgvuldig (MvT artikel 2.2 doel contractering).

Tot slot

Wij hebben eerder aangegeven dat het Integraal Zorgakkoord op hoofdlijnen goede plannen bevat, omdat de plannen leiden tot verbeterde toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. De eenzijdige visie op contractering en het inperken van de keuzemogelijkheden van de cliënt door aanpassing van artikel 13 Zvw om een passende zorgverlener met een passend aanbod te vinden is wat ons betreft de verkeerde richting en dragen niet bij aan het doel.

Met vriendelijke groet,

Monique Rook
Directeur NIP

Marnix de Romph
Directeur P3NL

Astrid Nolet,
Directeur NVP

Noortje Sax
Directeur NVvP