



## Reactie van branchevereniging Zorgthuisnl op internetconsultatie Wetsvoorstel “Bevorderen zorgcontractering”

*Auteurs: H. Buijning (bestuurder) en J. in 't Veld (beleidsmedewerker)*

---

In de memorie van toelichting geeft de wetgever aan dat het wetsvoorstel Bevorderen zorgcontractering tot doel heeft zorgverzekeraars via de contractering beter te laten sturen op de transitie naar (meer) passende zorg. Want zo staat er: *In het IZA is geconstateerd dat het in de huidige uitvoering van het stelsel voor sommige zorgaanbieders te gemakkelijk of aantrekkelijk is om ervoor te kiezen niet te contracteren met zorgverzekeraars.*

De wetgever wekt de suggestie dat niet-gecontracteerde aanbieders zich onttrekken aan de beweging om passende zorg te leveren, en dat zij ondoelmatige zorg leveren. Dit, zo stelt de wetgever, heeft gevolgen voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Om die reden wordt het hinderpaal verankerd in de wet en wordt er de mogelijkheid geboden voor de wetgever om middels algemene maatregel van bestuur vormen van zorg aan te wijzen waarvoor, met inachtneming van het hinderpaal, nadere regels kunnen worden gesteld over de hoogte van de vergoeding ter bescherming van het algemeen belang.

Dit moet er toe leiden dat (1) verzekerden gestimuleerd worden gebruik te maken van een gecontracteerde zorgaanbieder en (2) dat zorgaanbieders gestimuleerd worden een contract te sluiten met zorgverzekeraars.

In deze notitie betogen wij dat de doelstelling van het wetsvoorstel niet correspondeert met de inhoud van het wetsvoorstel. Veel aanbieders in de wijkverpleging willen nu al graag een contract met de zorgverzekeraar, maar krijgen vaak een standaardafwijzing van de zorgverzekeraar op een contractaanvraag. Er zijn al voldoende mogelijkheden voor zorgverzekeraars om aan het roer te gaan staan en meer te gaan contracteren. Zorgverzekeraars hebben naast vrijheid van contractering ook een zorgplicht. Het ontbreekt op dit moment echter aan goed toezicht of de zorgverzekeraar voldoende zorg inkoop om aan zijn zorgplicht te kunnen voldoen.

Het wetsvoorstel heeft een aantal negatieve consequenties waarvoor de wetgever nu onvoldoende oog heeft:

- De machtspositie van de zorgverzekeraar in de contractering wordt verder versterkt.
- Niet-gecontracteerde aanbieders hebben vrijwel geen bestaansmogelijkheid meer.
- Geen keuzevrijheid meer voor lagere inkomens
- Het wetsvoorstel biedt de verzekerde onvoldoende tot geen mogelijkheden om aan te tonen de hoogte van de eigen bijdrage een hinderpaal vormt.

### **1. Zorgaanbieders willen al graag een contract met de zorgverzekeraar**

De wetgever veronderstelt dat de aanbieders die nu ongecontracteerde zorg leveren geen contract willen met de zorgverzekeraar en daarom geprikkeld moeten worden om een contract af te sluiten. Dit klopt echter niet met de praktijk. In de sector wijkverpleging, waar onze achterban actief is, wil het merendeel van de niet-gecontracteerde aanbieders graag een contract met de verzekeraar. Op de contractaanvragen die zij bij zorgverzekeraars indienen, ontvangen zij met regelmaat een standaard afwijzingsbrief. De zorgverzekeraar betoogt in deze brief dat zij al voldoende zorg hebben ingekocht en/of geeft aan dat de aanbieder onvoldoende innovatief is. Echter diezelfde zorgaanbieder wordt vervolgens meermaals benaderd door de afdeling zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar met de vraag of de aanbieder een cliënt in zorg wil nemen, omdat er geen andere aanbieder te vinden is. Is er dan wel voldoende zorg ingekocht door de zorgverzekeraar?

Het komt voor dat een zorgaanbieder besluit af te zien van een contract met de zorgverzekeraar. Dit omdat het aangeboden contract van de verzekeraar voorwaarden bevat waarmee een zorgaanbieder niet akkoord kan gaan. Het aangeboden tarief is bijvoorbeeld dan zo laag, dat deze onder de kostprijs ligt van de aanbieder. Het besluit om een contract niet te tekenen wordt door aanbieders niet lichtvaardig genomen. In tegendeel, het merendeel van de aanbieders, besluit, ondank de ongunstige voorwaarden in het contract, toch het contract te tekenen (tekenen bij het kruisje), omdat het vooruitzicht om niet-gecontracteerd te werken nog ongunstiger is vanwege het machtigingenbeleid, akte van cessie en de lagere vergoeding.

De zorgaanbieder die er bewust voor kiest om geen contract af te sluiten met de zorgverzekeraar, komt ook voor, maar is echt een uitzondering.

## **2. Passende zorg en doelmatigheid**

De wetgever wekt in de toelichting van het wetsvoorstel de suggestie dat niet-gecontracteerde aanbieders geen passende zorg leveren en ondoelmatig zijn. En, zo geeft de wetgever aan, dit heeft gevolgen voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Zo wordt op blz. 11 van de toelichting aangegeven dat in de wijkverpleging zorgverleners zelf indiceren hoeveel zorg zij gaan leveren en dat in de niet-gecontracteerde zorg meer uren zorg dan noodzakelijk worden geïndiceerd. Echter sinds 2019 is er in de wijkverpleging sprake van een machtigingenbeleid. Dit betekent dat bij niet-gecontracteerde zorg de indicatie van de wijkverpleegkundige goedgekeurd moet worden door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar geeft dus voorafgaand aan de zorgverlening zijn goedkeuring op welke en de hoeveelheid zorg die de cliënt van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder geleverd krijgt.

Niet-gecontracteerde aanbieders leveren inderdaad gemiddeld meer uren zorg per cliënt dan gecontracteerde aanbieders (Vektis Monitor). Er is echter nooit onderzocht of dit betekent dat deze geleverde zorg ook minder doelmatig is. De uitspraak klopt als de definitie van doelmatig is dat er zo min mogelijk uren zorg per cliënt worden geleverd. Maar er is geen onderbouwing voor deze uitspraak wanneer we onder doelmatige zorg de inzet van passende zorg verstaan. Er zijn juist argumenten te benoemen die deze uitspraak weerleggen.

- Zo wordt in de wijkverpleging de te leveren niet-gecontracteerde zorg voorafgaand aan de zorgverlening ter goedkeuring voorgelegd aan de zorgverzekeraar in de vorm van een machtiging.
- Niet-gecontracteerde zorg is geconcentreerd in de grote steden en voornamelijk in de wijken met een lage SES. Algemeen bekend is dat deze doelgroep over het algemeen een grotere zorgvraag heeft. In de [Nza-monitor contractering wijkverpleging 2022 \(pagina 10\)](#) staat het volgende benoemd:

*We zien dat cliënten die ongecontracteerde zorg in de wijkverpleging ontvangen hogere zorgkosten maken binnen de medisch-specialistische zorg,*

*farmacie en hulpmiddelen dan cliënten die gecontracteerde zorg krijgen. Mogelijk duidt dit op een zwaardere cliëntpopulatie. Dit laatste is echter nooit onderzocht.*

- Zorgverzekeraars sturen bij gecontracteerde aanbieders in de contracten sterk op doelmatigheid. Dit heeft tot gevolg dat cliënten met een intensieve zorgvraag eerder bij niet-gecontracteerde aanbieders terecht komen dan bij gecontracteerde aanbieders.
- In het door SIRM opgestelde [rapport 'Wachten op wijkverpleging'](#) naar de beschikbaarheid van wijkverpleging is één van de conclusies dat door personele schaarste cliënten minder uren zorg krijgen dan ze nodig hebben. Het aantal uren zorg wat cliënten krijgen, voldoet dus niet altijd aan de behoefte van noodzakelijke zorg.

Het onderscheid tussen gecontracteerde aanbieders en niet-gecontracteerde aanbieders is niet zo zwart/wit als de wetgever nu doet voorkomen. Een groot deel van onze achterban levert zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorg. Dit betekent dat een aanbieder met een aantal zorgverzekeraars wel een contract heeft en met een aantal zorgverzekeraars niet. Zou dit dan betekenen dat de zorgaanbieder bij cliënten van de zorgverzekeraar A wel passende zorg levert en bij de cliënten van zorgverzekeraar B niet?

### **3. De zorgverzekeraar heeft al voldoende sturingsmogelijkheden**

Wij zijn voorstander (net als onze leden) van het zoveel mogelijk gecontracteerd werken door zorgaanbieders. De bereidheid en inspanning bij zorgverzekeraars om zoveel mogelijk zorg te contracteren, is in onze ogen onvoldoende. Dit blijkt uit de standaard en niet inhoudelijk gemotiveerde afwijzingsbrieven die zorgaanbieders ontvangen op hun contractaanvraag en de vermelding van zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid dat zij terughoudend zijn met het contracteren van nieuwe zorgaanbieders omdat zij de versnippering in het zorglandschap willen tegengaan. Echter het meer sturen op samenwerking en samenhang is juist mogelijk via de contractering. Onze oproep aan zorgverzekeraars is dan ook om het roer te pakken en meer te gaan contracteren.

In het wetsvoorstel is geen maatregel terug te vinden die zorgverzekeraars dwingt/stimuleert om met meer zorgaanbieders een contract te sluiten.

In de toelichting staat op pag. 12 dat er in het IZA afspraken zijn gemaakt om het contracteerproces te verbeteren en de contractering te bevorderen. De afspraken die zijn gemaakt in het kader van het verbeteren van het contracteerproces zijn tot nu toe vaag en 'boterzacht' en moeten zich in de praktijk nog gaan bewijzen. Binnen het IZA zijn er geen andere maatregelen dan dit wetsvoorstel of een mogelijke offerteplicht opgenomen om de contractering te bevorderen. In het IZA staat op pag. 98 (hfst. J contractering) dat het voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars de voorkeursoptie moet zijn om een contract af te sluiten. Wij hebben betoogd dat voor het merendeel van de (deels) niet-gecontracteerde aanbieders het de voorkeursoptie is om een contract af te sluiten, maar dat dit niet altijd het geval is bij zorgverzekeraars. Dit maakt het wetsvoorstel eenzijdig en enkel gericht op de rol van zorgaanbieders. Zonder het inbouwen van een dwingende stimulans bij zorgverzekeraars om alle zorgaanbieders die kwaliteit van zorg leveren, te contracteren, zal dit niet plaatsvinden.

#### **4. Toetsing op zorgplicht zorgverzekeraars**

Het ontbreekt aan een (goede) toetsing of zorgverzekeraars voldoende zorg hebben ingekocht en hiermee voldoen aan hun zorgplicht. Nu gebeurt het regelmatig dat aanbieders na het ontvangen van een standaard contractafwijzing, door diezelfde zorgverzekeraar worden benaderd of zij een cliënt in zorg kunnen nemen, omdat er geen gecontracteerd aanbod beschikbaar is.

#### **5. Wetsvoorstel verzwakt de positie van zorgaanbieders**

Het wetsvoorstel heeft een aantal negatieve consequenties waarvoor de wetgever nu onvoldoende oog heeft. Binnen de wijkverpleging is er nu al geen gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Voor kleine zorgaanbieders is de onderhandelingspositie tijdens de contractering nagenoeg nihil en is het tekenen bij het kruisje. Maar ook grote aanbieders ervaren weinig onderhandelingsmogelijkheden. Met het nieuwe wetsvoorstel wordt de positie van zorgaanbieders binnen de contractering nog verder verzwakt als de mogelijkheid nagenoeg ontbreekt om niet-gecontracteerd te werken.

In Nederland hebben we gekozen voor gereguleerde marktwerking in de zorg. Eén van de kenmerken van dit stelsel is als ook zorgaanbieders de mogelijkheid hebben om nee te zeggen tegen een contractvoorstel van de zorgverzekeraar. Bij de keuze voor dit stelsel betekent dit ook de acceptatie dat een deel van de zorg niet-gecontracteerd wordt geleverd.

#### **6. Cijfers niet-gecontracteerde zorg**

De wetgever benoemd op pag. 7 van de memorie van toelichting dat het aandeel niet-gecontracteerde zorg de laatste jaren is gegroeid, met name in de wijkverpleging en in delen van de GGZ. Op pag. 14 staat beschreven dat de toename van het aandeel niet-gecontracteerde noopt tot maatregelen. Uit de cijfers van de [Vektis monitor \(niet\) gecontracteerde wijkverpleging 2016-2021](#) blijkt echter dat er de laatste jaren juist een daling heeft plaatsgevonden van het percentage niet-gecontracteerde zorg binnen de wijkverpleging, met een lichte stijging in 2021 (pag. 17 van de Monitor). Onduidelijk blijft welk percentage niet-gecontracteerde zorg wordt nagestreefd.

#### **7. Niet-gecontracteerde aanbieders hebben geen bestaansmogelijkheid meer**

Mocht de doelstelling van het wetsvoorstel zijn om het aantal zorgaanbieders in de wijkverpleging omlaag te brengen, dan zal dit wetsvoorstel zijn doel bereiken. De niet-gecontracteerde wijkverpleging concentreert zich met name in de lage SES wijken van de grote steden ([Vektis monitor \(niet\) gecontracteerde wijkverpleging 2016-2021](#)). Het verschil tussen het tarief van de (gemiddelde) gecontracteerde aanbieder en de vergoeding die de niet-gecontracteerde zorg ontvangt, wordt nu voor rekening genomen door zorgaanbieders zelf. Dit omdat zorgaanbieders weten dat hun cliënten, met veelal een kleine beurs, niet in staat zijn om een eigen bijdrage te betalen. Met het verder verlaging van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg middels algemene maatregel van bestuur, worden aanbieders gedwongen een eigen bijdrage te vragen aan hun cliënten. Voor veel cliënten zal deze eigen bijdrage een onoverkomelijke drempel zijn.

Het is geen automatisch gegeven dat de zorgprofessionals die binnen de niet-gecontracteerde zorg aan het werk zijn, bij faillissement van hun werkgever de overstap maken naar een andere zorgaanbieder. Een deel zal dit wel doen, maar er zijn ook zorgprofessionals die bewust hebben gekozen voor een specifieke zorgaanbieder en

het besluit nemen om als zzp'er aan de slag te gaan of een baan buiten de zorg zoeken. Kunnen we ons dit als zorgsector veroorloven waar de schaarste aan zorgpersoneel nu al zo groot is?

### **8. Geen keuzevrijheid meer voor mensen met een lager inkomen**

Met het verder verlagen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg en een (hogere) eigen bijdrage voor cliënten, zullen vooral de lagere inkomens, geen keuzevrijheid meer hebben bij welke zorgaanbieder zij hun zorg willen afnemen. De mogelijkheid om dan een restitutiepols af te sluiten en hiermee gegarandeerd te zijn van een 100% vergoeding bij aanbieder naar keuze, wordt in de wijkverpleging (en de ggz) steeds beperkter. Waar verzekerden in 2022 nog konden kiezen uit 15 verschillende restitutiepolsen, is dat aantal in 2023 geslonken naar 6.

### **9. Het wetsvoorstel biedt de verzekerde onvoldoende tot geen mogelijkheden om aan te tonen dat de hoogte van de eigen bijdrage een hinderpaal vormt**

Ondanks dat het hinderpaalcriterium met dit wetsvoorstel wordt verankerd in de wet, geeft het de verzekerde geen houvast om aan te kunnen tonen dat de hoogte van de eigen bijdrage een hinderpaal vormt. Het is aan de verzekerde/cliënt zelf om, op het moment dat de cliënt een zorgvraag heeft, aan te kaarten en te bewijzen bij de zorgverzekeraar dat er sprake is van een hinderpaal (als de verzekerde er al van op de hoogte is dat hij deze mogelijkheid heeft). Van een overheid die zijn burgers beschermt, mag verwacht worden dat zij duidelijkheid creëert bij welk (maand of totaal)bedrag (dus geen percentage) de hoogte van de eigen bijdrage (bezien vanuit het oogpunt van een modaal verzekerde) een hinderpaal vormt. Dit bedrag wordt ieder jaar opnieuw vastgesteld. Het belang van de verzekerde/burger gaat hier boven het belang dat de dynamiek van de zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt wordt ingeperkt.

### **10. Onduidelijkheid rondom toetsing algemeen belang**

Met het wetsvoorstel wordt de mogelijkheid geboden voor de wetgever om middels algemene maatregel van bestuur vormen van zorg aan te wijzen waarvoor, met inachtneming van het hinderpaal, nadere regels kunnen worden gesteld over de hoogte van de vergoeding ter bescherming van het algemeen belang. In de toelichting staat beschreven dat het algemeen belang in het geding is wanneer het aandeel niet-gecontracteerde zorg in een bepaalde (deel) sector zo groot wordt dat afbreuk wordt



## **Voor betrokken ondernemers.**

gedaan aan de kwaliteit, toegankelijkheid of betaalbaarheid van de desbetreffende vorm van zorg of dat deze (de omslag naar) passende zorg in de weg staat (pag.15).

Zodra enigszins mogelijk zal de aanwijzing worden opgeheven (pag. 16)

Het wetsvoorstel biedt echter geen duidelijkheid bij welk percentage niet-gecontracteerde zorg hier sprake van is. Eveneens wordt niet duidelijk hoe bepaald wordt dat de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in het geding is en wanneer dit niet meer het geval is en de aanwijzing kan worden opgeheven.

### **Tot slot**

Wij sluiten ons aan bij het standpunt van de Stichting Handhaving Vrije Artsenkeuze dat dit wetsvoorstel uitsluitend toeziet op het onaantrekkelijk en onmogelijk maken van de positie van (deels) niet-gecontracteerde aanbieders. Waarborgen om de contractering daadwerkelijk te bevorderen, ontbreken in het wetsvoorstel in het geheel.