



lhv



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

Per e-mail: <https://www.internetconsultatie.nl/zorgcontractering/b1>

**Datum**

27 juli 2023

**Contactpersoon**

Jeannette Smienk  
j.smienk@kngf.nl

**Onderwerp:** Reactie van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) op de internetconsultatie inzake het wetsvoorstel bevorderen zorgcontractering

Geachte heer/ mevrouw,

Deze brief bevat de *gezamenlijke* reactie van de beroepsverenigingen van fysiotherapeuten, apothekers, huisartsen en verloskundigen op het 'wetsvoorstel bevorderen contractering'.

**Inhoudsopgave**

- I. Inleiding
- II. Algemene opmerkingen bij wetsvoorstel
- III. Opmerkingen bij onderdeel 'instrumenten om meer te sturen op contractering' in het wetsvoorstel
- IV. Overwegingen ten overvloede

**I. Inleiding**

De notitie kent 3 subonderdelen: algemene opmerkingen bij het wetsvoorstel (hoofdstuk II), opmerkingen bij onderdeel 'instrumenten om meer te sturen op contractering' (hoofdstuk III) en overwegingen ten overvloede (hoofdstuk IV).

De belangrijkste opmerkingen van KNGF, KNMP, KNOV en LHV betreffen de volgende onderwerpen:

1. Vrije artsen-/zorgverlenerskeuze
  2. Verhouding wetsvoorstel tot het in het IZA afgesproken doel van lokale en regionale multidisciplinaire samenwerking
  3. Het wettelijk verankeren van het hinderpaalcriterium
  4. Zorgcontractering
  5. Meer macht voor zorgverzekeraars
  6. Zorgaanbieders en beroepsgroepen zelf actief in transitie naar passende zorg
- Hieronder worden deze en andere punten verder uitgewerkt.



lhv



## II. Algemene opmerkingen bij wetsvoorstel

### 1. Vrije artsen-/zorgverlenerskeuze

De vrije artsenkeuze, zoals vastgelegd in art. 13 van de Zvw, vormt het fundament van het huidige zorgstelsel. De patiënt heeft het recht zelf te bepalen door wie hij wordt behandeld, ongeacht of daarbij sprake is van gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorg. Beperking van de vrije artsen-/zorgaanbiederskeuze kan volgens de beroepsverenigingen alleen aan de orde zijn als dat aantoonbaar bijdraagt aan passende zorg (inclusief passende organisatie), én indien er geen alternatieven voorhanden zijn om dit doel langs andere (minder ingrijpende) wegen te bereiken. Dat geldt in elk geval voor de eerstelijnszorg, waarbij een transitie plaatsvindt naar netwerkzorg die waarbij – dicht bij de patiënt – huisarts, verloskundige, paramedische zorg, apotheek, wijkverpleging, gemeente (Wmo 2015/Jeugdwet) en bewoners-initiatieven nauw samenwerken. Wij herkennen daarbij de overtuigingen als verwoord in het beleidskader bij deze consultatie niet en missen verwijzingen naar bronnen die hieraan ten grondslag liggen. Het wetsvoorstel gaat in zijn geheel niet in op de gevolgen die dit voorstel heeft voor de transformatie naar netwerkzorg of anderszins bijdraagt aan de transitie naar passende zorg. De toegang tot (passende) zorg wordt met dit wetsvoorstel juist beperkt. Wij verzoeken u dit nader te motiveren.

### 2. Verhouding wetsvoorstel tot het in het IZA afgesproken doel van lokale en regionale multidisciplinaire samenwerking

KNGF, KNMP, KNOV en LHV vragen zich af of dit wetsvoorstel wel past bij een belangrijk doel van het IZA, namelijk lokale en regionale multidisciplinaire samenwerking. Zo is bijvoorbeeld niet duidelijk wat dit wetsvoorstel voor gevolgen heeft voor de samenwerkingspartners van bijvoorbeeld huisartsen en apothekers in de eerste lijn. De beroepsverenigingen plaatsen grote vraagtekens bij de eenzijdige focus op (meer) contractering. De beroepsverenigingen merken in dit kader op dat het wetsvoorstel in feite helemaal geen instrumenten bevat, die daadwerkelijk zien op het bevorderen van contractering en/of samenwerking, maar vooral de zorgverzekeraars bevoegdheden geeft om niet-gecontracteerde zorg onaantrekkelijk (onmogelijk) te maken door de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg nog verder te verlagen. De beroepsverenigingen schatten in dat dit wetsvoorstel de steeds grotere behoefte en noodzaak om samen te werken, niet ten goede zal komen.

### 3. Het wettelijk verankeren van het hinderpaalcriterium

Het is positief dat het hinderpaalcriterium (eindelijk) expliciet in de wet zal worden verankerd. Ook is het positief dat voor de verzekerde een wettelijk recht wordt gecreëerd op een volledige vergoeding (conform restitutiepols) indien de zorgverzekeraar niet aan zijn zorgplicht voldoet.



lhv



Het door zorgverzekeraars in zijn algemeenheid gehanteerde onevenwichtige, eenzijdige en niet wederkerige inkoopbeleid (inclusief bijbehorende overeenkomsten zonder kostendekkende tarieven), dwingt steeds meer zorgaanbieders om (deels) niet-gecontracteerd te gaan werken omdat we zien dat er zorgaanbieders zijn die met één of enkele zorgverzekeraars wel een contract hebben maar juist met anderen niet. De overeenkomsten, van bijvoorbeeld fysiotherapeuten, bevatten over het algemeen veel plichten en weinig rechten voor de zorgverlener. Voor zorgverzekeraars geldt het tegenovergestelde (weinig plichten, veel rechten).

Bij andere zorgaanbieders, zoals apothekers, hanteren verzekeraars ook vaak niet-onderhandelbare basiscontracten waarbij hetzelfde mechanisme optreedt.

#### 4. Zorgcontactering

Zorgcontractering kan worden bevorderd door aan de voorkant een evenwichtiger en fatsoenlijker inkoopbeleid vorm te geven. Dan hoeft er minder aan de achterkant (lees: lagere vergoedingen bij niet-gecontracteerd werken) gerepareerd te worden. Dit levert een win-winsituatie voor zorgaanbieders en verzekeraars op. En ook een win voor de verzekerden (burgers), waarmee er een nadrukkelijk maatschappelijke meerwaarde is van deze benadering.

#### 5. Meer macht voor zorgverzekeraars

Dit wetsvoorstel geeft zorgverzekeraars (nog) meer macht in het zorgcontracteringsproces en het verzwakt de (toch al geringe) onderhandelingspositie van zorgverleners. Het wetsvoorstel mist een uitwerking om deze disbalans te voorkomen. Een te grote disbalans zal steeds meer leiden tot niet passende tarieven, verminderde kwaliteit en toegankelijkheid in de wijk. Nog meer dan nu al het geval is, wordt de controle op de kwaliteit van de zorg bij de zorgverzekeraar neergelegd door te stellen dat de kwaliteitsstandaarden *alleen* niet voldoende zijn. Dit terwijl kwaliteit primair een taak van de beroepsgroep zelf is en de controle hierop bij de IGJ ligt.

Voor de werkingssfeer van het wetsvoorstel is van belang dat sprake is van duidelijke afbakening.

Daarnaast is het goed te beseffen dat het wetsvoorstel niet ziet op de aanvullende verzekering. Daar heeft de overheid geen zeggenschap over en hebben zorgverzekeraars een ruime mate van (beleids-)vrijheid bij het bepalen van het inkoopbeleid voor zorgaanbieders. Dit geldt zeker voor de fysiotherapeuten.

#### 6. Zorgaanbieders en beroepsgroepen zelf actief in transitie naar passende zorg

Het wetsvoorstel miskent dat zorgaanbieders en beroepsgroepen zélf al heel veel doen om de transitie naar passende zorg te maken. Belangrijk is dat ook zorgverzekeraars bijdragen aan passende zorg, via duurzame (inkoop)relaties, door zorg in te kopen die voldoet aan de basiskwaliteit zoals door de beroepsgroepen gedefinieerd (basis op orde) en door via zorginkoop te sturen op kwaliteitsverbetering waar zij kansen zien (lat omhoog).



lhv



KNGF, KNMP, KNOV en LHV vinden het belangrijk dat de overheid het ontwikkelen van richtlijnen met kwaliteitsgelden zou moeten stimuleren over de volle breedte van de zorgsectoren en bij voorkeur met behulp integrale richtlijnontwikkeling. Nu gaan die gelden vooral naar medisch specialistische zorg.

Een voorwaarde voor passende zorg, is dat sprake is van een lerend systeem. In een lerend systeem, werken zorgaanbieders aan het onderhouden en verbeteren van relevante kennis en competenties. Door te monitoren wat wel of juist geen waarde toevoegt voor de patiënt leveren zij passende zorg. Dit kan ook betekenen dat activiteiten gestopt of anders ingericht worden. Om goed te leren, is het meten van kwaliteit die er echt voor patiënten toe doet, nodig. Dat kan ook helpen bij het contracteren en succesvol multidisciplinair samenwerken in de keten.

We verwijzen hierbij ook naar de wetgeving die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg(organisatie) en patiëntenrechten:

- a. de Wet BIG – art. 40 gaat uit van: verantwoorde zorg;
- b. de Wkkgz ( [wetten.nl](http://wetten.nl) - Regeling - Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg - BWBR0037173 ([overheid.nl](http://overheid.nl)) )
- c. de WGBO - art. 7:447 gaat uit van: de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen, met als uitgangspunt de verantwoordelijkheid die voortvloeit uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.

7. Geen prikkels voor zorgverzekeraars voor verbetering overeenkomsten

Zorgverzekeraars zouden volgens ons juist gestimuleerd moeten worden betere contracten (tegen reële contractvoorwaarden) aan te bieden, in plaats van dat zij nog meer mogelijkheden krijgen niet-gecontracteerde zorgaanbiederstraffen vanwege hun (soms noodgedwongen) niet-gecontracteerde status. Het wetsvoorstel houdt daarnaast geen rekening met de situatie dat er zorgaanbieders zijn, die wel een contract willen, maar simpelweg geen contract aangeboden krijgen, bijvoorbeeld omdat zij te klein zijn of de zorgverzekeraar vindt dat er al voldoende zorg is ingekocht. De zorgaanbieder wordt vervolgens wel geconfronteerd met een verlaagde vergoeding. Dat terwijl die verlaagde vergoeding juist – zoals ook expliciet is beschreven in dit wetsvoorstel – bedoeld is om niet-gecontracteerde zorg te ontmoedigen. Dat is niet rechtvaardig.

8. Is er nog een toekomst voor niet-gecontracteerde zorg?

De vier beroepsorganisaties betwijfelen of er voor niet-gecontracteerde zorg nog wel een toekomst zal zijn, indien dit wetsvoorstel wordt aangenomen. Hoewel in de toelichting vaak wordt opgemerkt dat het hinderpaalcriterium (in theorie) blijft bestaan, is duidelijk dat de vergoeding dusdanig laag mag worden dat de eigen betaling de verzekerde 'merkbaar hindert' bij het afnemen van niet-gecontracteerde zorg. In dat kader zijn we benieuwd hoe het hinderpaalcriterium, wat landelijk in een AMvB wordt vastgesteld, zich verhoudt tot de Europese regelgeving. Bovendien is het maar zeer de vraag hoeveel verzekerden in de praktijk nog echt gebruik kunnen maken van niet-gecontracteerde zorg en of de vrije artskeuze daarmee niet tot een lege huls



lhv



verwordt. Het risico bestaat dat vrije artskeuze een voorrecht wordt voor kapitaalkrachtige verzekerden die zich een (duurdere) restitutiepolis kunnen veroorloven.

9. Verbeteragenda zorgverzekeraars

In het IZA is sprake van een omvangrijke verbeteragenda voor verzekeraars, aanvullend op eerder gemaakte afspraken in het kader van 'Ontregel de zorg'. Uit het beleidskompas is niet duidelijk hoe in de samenhang tussen die afspraken en dit wetsvoorstel is voorzien. In onze ogen zou dit wetsvoorstel, in elk geval voor de 1e lijn, het sluitstuk moeten zijn.

**III. Opmerkingen bij onderdeel 'instrumenten om meer te sturen op contractering' in het wetsvoorstel**

1. Nieuwe instrumenten

De vier beroepsorganisaties zijn van mening dat (nieuwe) instrumenten om meer te sturen op contractering overbodig zijn als zorgverzekeraars gestimuleerd zouden worden om betere overeenkomsten aan te bieden aan zorgverleners met een reëel tarief. Dat het wetsvoorstel het mogelijk maakt om een tarief vast te stellen dat niet kostendekkend is, is voor ons onacceptabel.

2. Geen verplichting zorgverzekeraars met betrekking tot transparantie

De vermelde instrumenten bevatten bovendien geen enkele verplichting voor zorgverzekeraars om transparant te zijn over de keuze om zorgaanbieder A wél en zorgaanbieder B niet te contracteren. Zorgverzekeraars krijgen dus wel de volledige regie, maar er wordt geen enkele vorm van transparantie dan wel controle geïntroduceerd.

3. Offerteplicht

KNGF, KNMP, KNOV en LHV zijn geen voorstander van het invoeren van een offerteplicht bij niet-gecontracteerde zorg. Zorgaanbieders zijn al verplicht om hun tarieven te publiceren. De offerteplicht gaat gepaard met een forse toename van administratieve lasten, terwijl overal wordt ingezet op vermindering van die lasten. Daarnaast zijn (bijvoorbeeld) de vergoedingen voor niet-gecontracteerde fysiotherapeutische zorg over het algemeen al lager dan het percentage dat momenteel als hinderpaal binnen de Zvw wordt gehanteerd, doordat het grootste deel van de fysiotherapie niet in de basisverzekering zit. De fysiotherapie staat op dit moment al enorm onder druk. In de paramedische sector vonden in 2022 al bedrijfsbeëindigingen plaats als gevolg van te lage tarieven en te hoge kosten. De gevolgen van het nog verder verlagen van de vergoeding, zijn niet te overzien.



lhv



4. Verdere verlaging vergoeding niet-gecontracteerd werken

De vier beroepsorganisaties zijn van mening dat het nog verder verlagen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg geen goede zaak is. Wij denken dat voor sectoren, waarin met name (relatief) meer uren zorg worden geleverd, andere oplossingen voorhanden moeten zijn dan het verder verlagen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg.

5. Minder niet-gecontracteerd werken?

De vraag is of met de in het wetsvoorstel opgenomen instrumenten het doel van het verminderen van niet-gecontracteerd werken wordt bereikt. KNGF, KNMP, KNOV en LHV onderschrijven de principes van passende zorg. We stellen echter wel vragen bij de manier waarop niet-gecontracteerd werken daarbij wordt aangepakt. Daarbij valt het ons op dat het wetsvoorstel voor een groot deel gebaseerd is op niet onderbouwde (veronder)stellingen. De hieronder staande punten 6 en 7 zijn voorbeelden van die niet onderbouwde stellingen.

6. Meer zorg verleend en hogere kosten bij niet-gecontracteerd werken?

Er wordt op verschillende plaatsen in de Memorie van Toelichting opgemerkt dat niet-gecontracteerd werkende zorgverleners meer zorg en hogere kosten declareren en niet kunnen bijdragen aan de transitie naar passende zorg. Daarbij worden wijkverpleging en GGZ genoemd. Dit is, voor zover ons bekend, niet aangetoond voor andere zorgverleners die zonder overeenkomst(en) werken.

7. Minder doelmatigheid en kwaliteit bij niet-gecontracteerd werken?

Tevens is niet aangetoond dat niet-gecontracteerd werkende zorgaanbieders in algemene zin minder doelmatig werken of kwalitatief mindere zorg leveren. Zonder overeenkomst werken wil niet zeggen dat er per definitie sprake is van kwalitatief mindere zorg. Ook voor deze zorgaanbieders gelden de door de beroepsgroep ontwikkelde standaarden en richtlijnen. Daarbij komt dat zorgverzekeraars op grond van de wet bevoegd zijn om materiële controles te verrichten en zij daarmee reeds beschikken over een belangrijk instrument om te kunnen controleren op doelmatigheid.

Met dergelijke niet onderbouwde – en volgens KNGF, KNMP, KNOV en LHV onjuiste – stellingen, miskent het wetsvoorstel dat ‘dé niet-gecontracteerde zorgaanbieder’ als zodanig niet bestaat. Realiteit is namelijk dat veel zorgaanbieders door sommige zorgverzekeraars wel en door andere niet worden gecontracteerd. De zorg die zij leveren aan verzekerde van gecontracteerde verzekeraar X is gewoon dezelfde als de zorg die zij leveren aan verzekerde van niet-gecontracteerde verzekeraar Y. De aanname dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders per definitie duurder of ondoelmatiger zouden zijn dan gecontracteerde zorgaanbieders, is daarmee volgens de beroepsverenigingen onterecht.





lhv



Dat veel zorgaanbieders deels gecontracteerd zijn, kan allerlei redenen hebben, waaronder bijvoorbeeld de onmogelijkheid voor de meeste (kleine) zorgaanbieders om met alle zorgverzekeraars een contract te kunnen sluiten. Hiervoor is al toegelicht dat lang niet alle zorgaanbieders een contract krijgen aangeboden of zelfs maar de mogelijkheid krijgen om überhaupt met de verzekeraar in onderhandeling te treden over een contract. Het is volgens het KNGF, KNMP, KNOV en LHV onterecht en onrechtvaardig om zorgaanbieders – die uitdrukkelijk een contract wensen maar dit niet bij (alle) zorgverzekeraars kunnen krijgen – te confronteren met maatregelen die juist bedoeld zijn om niet-gecontracteerde zorg onaantrekkelijk te maken en de contracteergraad te verhogen.

8. Keuze vrijheid patiënten ontnomen en ‘tekenen bij het kruisje’ voor zorgaanbieder  
Door het bemoeilijken van het niet-gecontracteerd werken wordt patiënten de vrijheid ontnomen om zich te laten behandelen door een zorgverlener naar keuze en worden zorgaanbieders nog meer gedwongen ‘om te tekenen bij het kruisje’. Daarbij speelt ook de (on)bereikbaarheid van zorgverzekeraars een rol. Zo ontvangen beroepsorganisaties veel signalen van praktijken die graag een contract willen maar dit simpelweg niet krijgen aangeboden. Voor veel (kleine) zorgaanbieders blijkt het überhaupt niet mogelijk om met de zorgverzekeraar in gesprek te komen. Het wetsvoorstel gaat volgens het KNGF, KNMP, KNOV en LHV ten onrechte voorbij aan deze realiteit.

#### IV. Overwegingen ten overvloede

Tot slot plaatsen we nog een drietal overwegingen bij een aantal te nemen stappen in het kader van contractering.

1. Lerend systeem  
Zorgverzekeraars Nederland zal samen met sectorspecifieke brancheorganisaties afspraken maken over de verbetering van de contractering. Een belangrijk doel daarbij is passende zorg (en passende organisatie). Daarvoor is o.a. een lerend systeem nodig.
2. Overbodige aanvullende wetgeving  
Waar de NZa (de laatste tijd steeds vaker) werkt met 'principle-based' regelgeving, zonder dat voor patiënten/verzekerden en zorgaanbieders duidelijk is wat dit voor de handhaving betekent, lijkt dit al doorgetrokken te worden in de regulering. Dit wetsvoorstel komt daar dan nog eens bovenop.
3. Kleine zorgaanbieders  
Branches met kleine zorgaanbieders dienen te onderzoeken op welke wijze zij meer verenigd kunnen worden om gezamenlijk gesprekken met de zorgverzekeraar te voeren. De openbare farmacie liep hierin voorop en dit heeft geleid tot duidelijke kaders (Informeel Zienswijze beoordeling concurrentie tussen apotheken | ACM.nl). Actueel is wel hoe om te gaan met regionale samenwerking in het licht van de mededingingswetgeving (Nieuwe handreiking: ‘Regionale samenwerking in het licht van de Mededingingswet’ | KNMP). Dit is nog minder bekend terrein.



lhv



Het KNGF richt zich al jaren op het vormen van regionale mono- en multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, die het gesprek met zorgverzekeraars en andere relevante stakeholders aan (kunnen) gaan. Dat heeft nog veel voeten in aarde, gelet op het vigerende mededingingsrecht.

Met vriendelijke groet,

G. van Woerkom  
Voorzitter KNGF

A. Prins  
Voorzitter KNMP

A. Verdaasdonk  
Voorzitter a.i. LHV

M. Smith  
Voorzitter KNOV