

POSITION PAPER

Aan: Vaste commissie VWS Tweede Kamer der Staten-Generaal
Van: Mr. K. Mous, advocaat gezondheidszorg Dirkzwager
Datum: 30 november 2022

- Zorgaanbieders zonder contract met een zorgverzekeraar liggen al jarenlang onder vuur, vooral in de GGZ en wijkverpleging. Zij worden structureel gediskwalificeerd.
- Dé niet-gecontracteerde zorgaanbieder bestaat niet. Veel zorgaanbieders worden door *sommige* zorgverzekeraars gecontracteerd maar door *andere* niet; vaak spelen financiële redenen een rol (en niet kwaliteit¹). Met name nieuwe (innovatieve) toetreders hebben moeite een gecontracteerde status te krijgen. Dit remt investeringen en de doorontwikkeling van innovatieve concepten.
- Het feit dat een zorgaanbieder vaak *deels* niet-gecontracteerd is, laat zien dat het onjuist is om te doen alsof niet-gecontracteerde zorgaanbieders per definitie ‘duurder’, ‘slechter’ of ‘frauduleuzer’ zijn dan gecontracteerde zorgaanbieders. Verschillen in kosten (die in onderzoeken worden gezien) kunnen *tenminste* deels verklaard worden door het contracteerbeleid van zorgverzekeraars (o.a. omzetplafonds en KPUC’s) en hoeven niets te zeggen over de kwaliteit.
- De huidige toepassing van artikel 13 Zvw (waarbij in geval van ongecontracteerde zorg een korting van 25% of meer wordt toegepast, zonder dat de zorgverzekeraar heeft getoetst of dit een hinderpaal oplevert) beperkt de vrije artskeuze en biedt de zorgverzekeraars een ijzersterke (lees overheersende) machtspositie bij onderhandelingen over contracten.
- De kortingen bieden geen goede oplossing voor de (beweerdelijk) hogere kosten van ongecontracteerde zorg. *Als* sprake is van overconsumptie in het ongecontracteerde segment dan moet dat gericht worden aangepakt middels materiële controles. Het generiek korten van *alle* aanbieders zonder contract is een paardenmiddel.
- Het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden² heeft bepaald dat een kortingspercentage van 25% *in ieder geval* bij duurdere vormen van zorg een hinderpaal oplevert, uitgaande van de *gemiddeld modale zorgconsument*. Ook bij lagere kortingspercentages kán (bij duurdere

¹ In de contractering blijken kwaliteit en patiëntgerichtheid van ondergeschikt belang te zijn. Dr. S. Ruwaard concludeerde in haar onderzoek ‘*Purchasing healthcare: beyond getting the financial incentives right*’ dat de kwaliteit van zorg een zeer beperkte rol speelt in deze contracten. In plaats van selectieve contracten sluiten verzekeraars vooral contracten op basis van globale afspraken rond budgetplafonds of aanneemsommen. Bron: S. Ruwaard, *Purchasing healthcare: beyond getting the financial incentives right* (diss. Universiteit van Tilburg, online toegankelijk), p. 28 en 43-47.

² o.a. [ECLI:NL:GHARL:2020:8030](https://ecli.nl/GHARL:2020:8030)

vormen van zorg) een hinderpaal ontstaan. Zorgverzekeraar onderzoeken bij de vaststelling van polisvoorwaarden niet wanneer een hinderpaal bestaat.

- Beperking van de mogelijkheid om dergelijke riante kortingen toe te passen (die met name bij duurdere vormen van zorg problematisch zijn) waarborgt niet alleen het recht op vrije artskeuze van de patiënt, maar komt bovendien de verhoudingen op de markt ten goede.
- Het schrappen van de *restitutiepolis* zal het recht op vrije artskeuze *verder* beperken: patiënten hebben niet meer de mogelijkheid te kiezen voor een polis waarbinnen géén afhankelijkheid bestaat van het inkoopbeleid van zorgverzekeraars.
- Wrang is dat zorgverzekeraars de verlaging van de ongecontracteerde tarieven in het verleden verdedigd hebben door te wijzen op de mogelijkheid van een *restitutiepolis* ('als je een volledig vrije keuze wil, dan kies je voor een restitutiepolis').
- De wijze waarop het recht op vrije artskeuze wordt beperkt, heeft onmiskenbaar effect op de wachtlijsten. Juist in de GGZ en de wijkverpleging staan de tarieven al langere tijd onder druk. Niet iedereen krijgt de *kans* om een contract te sluiten. Deze zorgaanbieders moeten genoeg nemen met een vergoeding van slechts 75% of minder. Investerings in personeel zijn dan niet mogelijk. Tegelijkertijd zijn aanbieders die wél een contract krijgen gebonden aan omzetplafonds, die aanzetten tot beperking of trainieren van zorgverlening.
- Zorgverzekeraars nemen allerlei beperkende maatregelen die bedoeld zijn om de contracteergraad te verhogen (verlaagde vergoeding, machtigingsbeleid, cessieverbod), maar bieden zorgaanbieders lang niet altijd een reële mogelijkheid om *daadwerkelijk* te contracteren (bijvoorbeeld omdat al voldoende zorg zou zijn ingekocht). Het ontbreekt aan effectieve sturing richting *zorgverzekeraars* om daadwerkelijk méér te contracteren.
- Nog steeds komt het in de praktijk voor dat partijen in de GGZ of wijkverpleging worden uitgesloten van contractering omdat 'al genoeg zou zijn ingekocht' (en dus niet omdat deze aanbieders lagere kwaliteit bieden). In een markt met extreme wachtlijsten valt dit moeilijk uit te leggen. Het gaat óók om partijen die in eerdere jaren wél een contract hadden.
- Wanneer zorgverzekeraars aangezet zouden worden het hinderpaalcriterium écht in acht te nemen, kan dit bijdragen aan het beperken van wachttijden. Verder zou overwogen moeten worden om patiënten het recht te *geven* op *volledige* vergoeding wanneer sprake is van wachttijden die *niet* voldoen aan de Treeknormen. Dit stimuleert zorgverzekeraars om aan hun zorgplicht te voldoen. Tot slot zou de NZa een meer actieve rol moeten spelen bij de handhaving van de zorgplicht door zorgverzekeraars (artikel 11 Zvw).