

Aan: Tweede Kamer, Commissie VWS

Datum: 3 juni 2020

Kenmerk: 20-040

Onderwerp: Wet Zorgcontractering – AO GGZ 8 juni 2020

Contact: Mirjam Drost, mirjam.drost@wijzijnmind.nl; 06 - 199 73 092

Geachte Kamerleden,

Bijgaand ontvangt u specifieke inbreng van MIND voor het AO GGZ van 8 juni a.s., namelijk over **de wet Zorgcontractering**. Deze wet staat geagendeerd bij agendapunt 3. Voorafgaande aan de Procedurevergadering van 12 mei jl. van de commissie VWS, hebben we gewaarschuwd voor een onzorgvuldig en haastig proces. Daar komt nu bovenop dat minister de Jonge met een flinterdunne onderbouwing in zijn brief van 20 februari jl. haast lijkt te willen maken.

MIND is van mening dat de wijziging van de Zorgverzekeringswet om zorgcontractering te bevorderen zo fundamenteel is, dat deze niet zonder zorgvuldig proces en in een kort tijdsbestek tijdens de Corona crisis, kan worden behandeld.

De aanpassing van deze wet heeft verstreckende gevolgen voor ggz-patiënten en de fundamentele van het stelsel. Hierover moet uitgebreid en in alle openheid over worden gedebatteerd. We verzoeken de Kamerleden vriendelijk doch dringend de behandeling en de eventuele wijziging van deze wet uit te stellen tot eind van het jaar, of na de verkiezingen. Dit is immers zo'n fundamenteel onderwerp dat behandeling na de verkiezingen zeer gerechtvaardigd zou zijn.

Bovendien zijn de doelen van het Hoofdlijnenakkoord GGZ niet behaald: de wachtlijsten zijn hoog, vooral voor mensen met complexe ggz-problematiek die bovendien in veel gevallen (80 procent) een laag inkomen hebben en dan ook nog te maken zouden krijgen met extra kosten en inperking van de keuzevrijheid. Ook het verkrijgen van integrale zorg is voor een grote groep ggz cliënten nog steeds een weg met hobbels, waarin zij regelmatig te maken krijgen met veel loketten.

Toelichting

Als de Zorgverzekeringswet wordt aangepast om zorgcontractering te bevorderen, dan is de vrije artskeuze (artikel 13) wederom in het geding. Dit heeft verstreckende gevolgen voor ggz-patiënten en hun naasten. De vergoeding aan de patiënt van behandeling bij een ongecontracteerde zorgverlener wordt mogelijk 75% of minder van de gemiddelde gecontracteerde prijs per zorgverzekeraar. Er wordt beweerd dat dit geen hinderpaal zal opleveren. Dat is volgens MIND een utopie. Verderop in deze brief lichten we toe waarom.

In deze brief gaan we in op de adders onder het gras i.v.m. de aanpassing van de Zorgverzekeringswet om zorgcontractering te bevorderen. Tevens gaan we in op de beoogde doelen die hiermee bovendien niet gehaald zullen worden.

Recht op vrije artskeuze (artikel 13 Zorgverzekeringswet) en recht op contracteervrijheid (wederom) in het geding

Het fundamentele recht op vrij artskeuze wordt ter discussie gesteld (artikel 13 uit de Zorgverzekeringswet). In tegenstelling tot een eerder wetsvoorstel van toenmalig minister Schippers van VWS, waarin de vrije artskeuze in artikel 13 generiek werd ingeperkt en dat destijds door de Eerste Kamer is verworpen, wordt nu de nadruk gelegd op het gebruik van een hinderpaal (zie verder) als pressiemiddel om zorgverleners over de rug van patiënten te dwingen een contract te sluiten met een zorgverzekeraar.

De patiënt wordt ongewild een speelbal in het contracteringsproces tussen zorgverlener en zorgverzekeraar. Het argument van vrije artskeuze wordt feitelijk misbruikt om een contract tussen zorgverzekeraar en zorgverlener af te dwingen. Anders gezegd: zowel het fundamentele recht op vrije artskeuze als het fundamentele recht van contracteervrijheid worden op deze manier recht aangedaan.

Memorie van Toelichting recht op vrije artskeuze (artikel 13 Zorgverzekeringswet)

Volgens de Memorie van Toelichting bij artikel 13 behelst het artikel het “recht van verzekerde die op grond van, op basis van zijn zorgverzekering naar een gecontracteerde zorgaanbieder moet, om toch tegen vergoeding zorg van een niet gecontracteerde zorgaanbieder te betrekken”

Over de hoogte van die vergoeding meldt de MvT onder meer: “De vergoeding zal veelal niet volledig zijn. De hier bedoelde verzekerde veroorzaakt voor zijn zorgverzekeraar immers extra kosten. Deze is er bij het in dienst nemen of contracteren van zorgaanbieders namelijk van uitgegaan dat al zijn naturaverzekerden voor de desbetreffende vormen van zorg of overige diensten verstrekking van zorg in plaats van vergoeding van zorg wensen, en heeft de omvang van zijn contracten daarop afgestemd.”

Er wordt een hinderpaal gecreëerd met verstrekkende gevolgen voor patiënten

Uit jurisprudentie van onder meer de Hoge Raad volgt dat de vergoeding die de zorgverzekeraar in het hiervoor bedoelde geval aan de verzekerde dient te vergoeden, niet zo laag mag worden vastgesteld dat sprake is van een hinderpaal voor de verzekerde om van dat recht gebruik te maken.

Die bedoeling van de wetgever lijkt nu te worden losgelaten ten faveure van het kunnen afdwingen van contractering.

Was de oorspronkelijk bedoeling van de wetgever nog primair gericht op het voorkomen van een hinderpaal voor de verzekerde, het nu voorliggende wetsvoorstel lijkt de bedoeling te hebben om juist een hinderpaal te creëren. Zij het ditmaal via de weg van de zorgaanbieder. Niet voor niets is in het nu voorliggende wetsvoorstel niet langer de minimale hoogte van de vergoeding voor de verzekerde het uitgangspunt, maar de maximale vergoeding voor de zorgaanbieder. Waarbij de hoogte van de vergoeding zo laag kan worden vastgesteld dat een zorgaanbieder genoodzaakt is om een nog groter deel van de rekening bij de verzekerde neer te leggen. Hiermee wordt een fundamenteel recht voor verzekerden en een fundamenteel onderdeel van de werking van het zorgstelsel ondermijnd.

Mensen met laag inkomen worden extra gestraft

De minister overweegt om de vergoeding aan de patiënt van behandeling bij een ongecontracteerde zorgverlener, vast te stellen op 75% of minder van de gemiddelde gecontracteerde prijs per zorgverzekeraar. Er wordt beweerd dat dit geen hinderpaal zal opleveren. Dat is een utopie.

Voor patiënten met een laag inkomen (dit is in ieder geval van toepassing voor veel mensen met ernstige psychische aandoeningen) betekent iedere verlaging van de vergoeding een niet of nauwelijks te dragen extra lastenverzwaring. Hierdoor hebben zij feitelijk geen recht meer op vrije artskeuze, gewoonweg omdat ze het niet kunnen betalen. Daarmee wordt deze toch al zo kwetsbare groep extra gestraft en blijft de keuze voor een ongecontracteerde behandelaar straks alleen nog maar mogelijk voor de meer vermogende burgers: dat is dus rechtsongelijkheid.

Vergroting toenemende machtsongelijkheid tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders

Vooropgesteld moet worden dat het sluiten van een goed contract tussen zorgverzekeraar en aanbieder voor alle partijen als de meest wenselijke uitkomst wordt beschouwd. Echter, de praktijk is nog steeds zo dat kleine zorgaanbieders moeten tekenen bij het kruisje. Van onderhandeling of zelfs maar overleg is geen sprake. Verzekeraars zijn er – ondanks afspraken hierover in zorgakkoorden - nog steeds niet in geslaagd om de contracten aantrekkelijk te maken. Met dit wetsvoorstel zal het in de toekomst vrijwel onmogelijk worden om nog enige invloed uit te oefenen op de inhoud van de contracten. Over de rug van de patiënt worden zij met dit voorstel namelijk gedwongen om een contract te sluiten met de verzekeraar. Daarmee verdwijnt de laatste trigger bij de verzekeraar om aantrekkelijke contractvoorwaarden te maken.

Ongecontracteerde zorg versus gecontracteerde zorg staat los van kwaliteit van de zorg

De minister geeft te kennen dat ongecontracteerde zorg onwenselijk is, omdat daarmee de kwaliteit van zorg niet kan worden gewaarborgd. De toezichthouder op de kwaliteit van de zorg, de IGJ, lijkt deze mening niet te zijn toegedaan. Bovendien hebben partijen in de ggz in 2017 een kwaliteitsstatuut vastgesteld, dat is verankerd in de Wkkgz en waaraan alle zorgaanbieders moeten voldoen. Ook in de andere delen van de gezondheidszorg is de kwaliteit in allerlei vormen van wet- en regelgeving geborgd. Het Kwaliteitsstatuut GGZ had en heeft als bedoeling om als toetredingsdrempel te fungeren. De verplichting tot het voeren van een kwaliteitsstatuut geldt voor alle aanbieders in de ggz: gecontracteerd en ongecontracteerd. Daarmee is de kwaliteit in de ggz al geborgd en is een borging in contracten met zorgverzekeraars een overbodige extra maatregel die bovendien leidt tot extra administratieve lasten. Belangrijk om te weten is dat verzekeraars bij kleine aanbieders in de ggz louter het hebben van een kwaliteitsstatuut als voorwaarde hanteert voor een contract. Een verplichting die zoals gezegd ook al geldt voor niet-gecontracteerde zorgverleners.

Onterechte vergelijking ggz en wijkverpleging

Het wetsvoorstel geldt breed, maar de minister focust op de ggz en ook de wijkverpleging. Daarmee worden de problemen in de wijkverpleging ten onrechte gelijkgesteld aan de ggz. Ongecontracteerde zorg is een groter en ander probleem in de wijkverpleging. In de ggz zijn de gevolgen van ongecontracteerde zorg anders. Uit onderzoek van Arteria blijkt zelfs dat ongecontracteerde zorg in de ggz veelal goedkoper is dan gecontracteerde zorg.

Contracteervrijheid wordt verder beperkt en contractering onvoldoende gestimuleerd

Ons zorgverzekeringsstelsel is gebaseerd op het principe van gereguleerde marktwerking. Binnen dit stelsel opereren -binnen grenzen- de partijen als marktpartijen die onderling concurreren om de gunst van de verzekerde dan wel de patiënt. Daarbij hoort ook het principe van contracteervrijheid. Zonder deze vrijheid zou immers de zorginkoopmarkt niet naar behoren kunnen werken.

Een van de uitgangspunten daarbij is het beginsel van het “level playing field”. Helaas komt hier in de praktijk maar weinig van terecht. Op grond van diverse rechtelijke uitspraken zijn zorgverzekeraars immers niet gehouden om met iedere kleine zorgaanbieder te onderhandelen over een contract. Zij bieden daarom in de regel louter standaardcontracten aan onder het mom van “tekenen bij het kruisje”.

Een klein deel van de zorgaanbieders kiest er dan ook bewust voor om gebruik te maken van het recht om niet te contracteren. Uit onderzoeken blijkt dat dit niet-contracteren slechts selectief is: slechts met een enkele verzekeraar wordt geen contract gesloten. De reden hiervoor is veelal dat de zorgaanbieder niet kan of wil voldoen aan allerlei administratieve eisen van de verzekeraar of vanwege te krappe omzetplafonds. Ook komt het voor dat de zorgverzekeraar niet wil contracteren: dit is vooral het geval bij nieuw toetredende aanbieders. Zelden wordt er met geen enkele verzekeraar een contract gesloten. Dit gegeven is een belangrijke nuance in de beeldvorming die er gecreëerd wordt over niet-gecontracteerde zorg.

Deze contracteervrijheid wordt nu nog verder beperkt: hoefden zorgverzekeraars al niet te onderhandelen met kleine zorgaanbieders, met het nu voorliggende wetsvoorstel kunnen zorgaanbieders bovendien worden gedwongen te tekenen bij het kruisje. Er is dus geen sprake van een “level playing field”.

Als er dan min of meer een verplichting, dan wel dringende noodzaak in (delen van) de sector wordt neergelegd, dan zou er gespiegeld ook een contracteerverplichting voor verzekeraars moeten worden ingesteld. Zo krijgen met name nieuwe toetreders momenteel bij zorgverzekeraars geen contract aangeboden of een contract met een zeer beperkt omzetplafond, waardoor je feitelijk geen praktijk kunt opbouwen. Naast grote ggz-organisaties zijn juist ook kleinere innovatieve ggz-aanbieders nodig om de benodigde cultuurverandering in de ggz mogelijk te maken en de kwaliteit van de zorg en de clientvriendelijkheid te verbeteren.

In het Hoofdlijnenakkoord GGZ is afgesproken om contractering te stimuleren. Wat partijen feitelijk zien, is dat het ministerie van VWS en zorgverzekeraars pogingen ondernemen om contractering af te dwingen. In de triade verzekeraar, aanbieder en patiënt leidt dit tot een verstoord evenwicht. De afspraken van het Hoofdlijnenakkoord komen daarmee in het gedrang.

Juist het stimuleren van contractering zal ook leiden tot een beter werkklimaat in de ggz-sector. Dit is van groot belang als je ziet voor welke uitdaging de sector staat: wegwerken van de wachtlijsten via kwalitatief goede zorg. Er worden nog steeds te weinig vorderingen gemaakt om de contractering te stimuleren. De administratieve lasten die verzekeraars creëren zijn nog steeds hoog. De afspraak was dat hier eerst aan gewerkt zou worden.

Conclusie: het wetsvoorstel zorgcontractering gaat grote problemen in de ggz niet helpen oplossen

De ggz-sector staat voor grote uitdagingen en de zorg voor de patiënt staat onder druk: de wachtlijsten nemen nog steeds toe, de administratieve lasten blijven onverminderd hoog, het tekort aan psychiaters en

andere geschoolde professionals blijft onverminderd groot, de jeugd-ggz en ambulantisering blijven zorgen baren. Om deze uitdagingen het hoofd te kunnen bieden is samenwerking noodzakelijk en zijn maatregelen nodig die daadwerkelijk helpen bij het oplossen van die problemen.

Het nu voorliggende wetsvoorstel zorgcontractering draagt niet bij aan het oplossen van de problemen in de ggz en het bevorderen van de nodige samenwerking. Bovendien is het nog maar zeer de vraag De vraag is echter of het kleine percentage ongecontracteerde zorg een probleem vormt en of het oplossen hiervan een oplossing vormt voor de grote uitdagingen waarvoor de sector staat.

Het zou wel een probleem zijn wanneer daarmee de kwaliteit van de zorg in het geding zou komen. Daarvoor bestaat echter geen enkele aanwijzing. Zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorgverleners in de ggz zijn immers gebonden aan dezelfde kwaliteitseisen, vastgelegd in het Kwaliteitsstatuut GGZ dat wordt gehandhaafd door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Ook in de somatische zorg is de kwaliteit geborgd in allerlei wet- en regelgeving. De noodzakelijkheid van dit wetsvoorstel is daarmee nog niet gegeven.

Het zou ook een probleem zijn wanneer de kosten hoger zouden zijn in het geval van ongecontracteerde zorg. In de ggz is dit nauwelijks waarneembaar. Waar het wel waarneembaar is, zoals bijvoorbeeld in de verslavingszorg, zouden verzekeraars hier veel beter op kunnen sturen via bijvoorbeeld een machtigenbeleid of duidelijker voorwaarden in de polissen.

Al met al kunnen dan ook vraagtekens geplaatst worden bij de proportionaliteit van de maatregel nu de maatregel meer kapot lijkt te maken dan het zegt op te lossen. Het al genoemde (wankele) evenwicht in de triade zorgverzekeraar, aanbieder en patiënt komt onder zware druk te staan nu enerzijds de aanbieder geconfronteerd wordt met een verkapte contracteerverplichting en anderzijds de patiënt de rekening krijgt gepresenteerd, zoals hierboven is aangegeven. Waar het Hoofdlijnenakkoord GGZ vol met goede bedoelingen staat en uitgaat van het bouwen aan het broodnodige vertrouwen tussen partijen, haalt dit wetsvoorstel dit alles onderuit.

Concluderend: MIND is tegen een aanpassing op de Zorgverzekeringswet om zorgcontractering te bevorderen in de huidige vorm en al op dit moment wordt voorbereid en wordt voorgelegd aan de Tweede Kamer. MIND heeft grote bezwaren tegen dit voorstel gezien de veelheid van nadelige gevolgen.

Wij zijn uiteraard zeer bereid u een nadere toelichting te geven.

Met vriendelijke groet,

