Zorgverzekeraars Nederland

Ministerie van VWS, directie Zorgverzekeringen
Mevrouw
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Per e-mail: @minvws.nl

Onderwerp	Uitvoeringbaarheidstoets ontwerp van een concept wetsvoorstel bevorderen zorgcontractering
Datum	1 augustus 2023
Uw kenmerk	
Ons kenmerk	B-23-6234
Contactpersoon	

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM Zeist
030 6988911
info@zn.nl
www.zn.nl

Geachte

In het voorjaar van 2023 heeft u Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gevraagd een "light toets" uit te voeren op het concept wetsvoorstel verlagen vergoeding niet gecontracteerde zorg. ZN is destijds gevraagd te kijken naar de uitvoerbaarheid van het wetsvoorstel, zodat bevindingen meegenomen konden worden in de verdere uitwerking van het wetsvoorstel ten behoeve van de uiteindelijke internetconsultatie. Inmiddels is de internetconsultatie van het wetsvoorstel gestart en heeft u ZN gevraagd het ontwerp van het wetsvoorstel opnieuw te toetsen op uitvoerbaarheid voor zorgverzekeraars en een inschatting te maken van de effecten voor de regeldruk voor zorgverzekeraars.

ZN/zorgverzekeraars hebben het IZA ondertekend en steunen de maatregel om de contractering te bevorderen door de vergoeding aan verzekerden voor niet-gecontracteerde zorg te verlagen. Vanwege de uitvoerbaarheid hebben verzekeraars eerder bij VWS aangegeven dat het wetsvoorstel:

- moet voorzien in een heldere en duidelijke invulling van het begrip hinderpaal en een toegevoegde waarde moet hebben ten opzichte van de huidige praktijk o.b.v. jurisprudentie;
- er geen tariefdifferentiatie per zorgsoort moet komen (generiek kortingspercentage).

ZN constateert dat veel punten uit de "light toets" zijn overgenomen. Desondanks is het wetsvoorstel inclusief de Memorie van Toelichting (MvT) nog onvoldoende concreet. Op basis van het wetsvoorstel wordt niet duidelijk hoe de vergoeding voor de verzekerde bij het gebruik van niet-gecontracteerde zorg bepaald moet worden. De wettelijke verankering heeft daarmee nog te weinig toegevoegde waarde ten opzichte van de praktijk op basis van de jurisprudentie. Dit is ook in lijn met onze eerdere reactie van de "light toets".

Wetsvoorstel moet concreter worden

ZN/zorgverzekeraars blijven voorstander van het wetsvoorstel, maar er zijn nog de nodige aandachtspunten om te komen tot een in de praktijk goed werkende maatregel te komen, die duidelijkheid verschaft aan verzekerde, zorgaanbieders en zorgverzekeraars:

- Het wetsvoorstel heeft als doel de contractering te bevorderen: het verlagen van de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg moet verzekerden met een naturapolis stimuleren om gebruik te maken van gecontracteerde zorg en moet zorgaanbieders stimuleren om contracten aan te gaan met zorgverzekeraars. Hiervoor is het van belang dat het hinderpaalcriterium nog concreter wordt uitgewerkt of wordt geduid. De scheidslijn tussen een 'feitelijke hindering' en 'merkbaar gehinderd' voor een gemiddelde ('modale') verzekerde blijft onduidelijk en gewenste (objectieve) kaders ontbreken nog. Zorgverzekeraars pleiten voor een rekenregel waarin het verschil tussen feitelijk en merkbaar hinderen tot uitdrukking wordt gebracht. Daarbij moet in het wetsvoorstel duiding worden gegeven van het gemiddeld gecontracteerd tarief als uitgangstarief.
- In het conceptwetsvoorstel wordt uitgegaan van toepassing van verschillende vergoedingspercentages afhankelijk van de aard van de zorg of de inzet van een hardheidsclausule, in plaats van een generiek kortingspercentage. Zorgverzekeraars hebben eerder aangeven dat dit leidt tot problemen in de uitvoering. Daarnaast is het toepassen van de differentiatie niet duidelijk en concreet. Een rekenregel zou ook hier behulpzaam zijn.
- In het wetsvoorstel moet duidelijk gemaakt worden wat verstaan wordt onder de zorgplicht. Zorgverzekeraars nemen aan dat het gaat om voldoende gecontracteerd aanbod (voor zover voldoende zorgaanbieders aanwezig zijn). Immers er kan alleen sprake zijn van schending van de zorgplicht als dit binnen de invloedssfeer van de zorgverzekeraar ligt. Het is niet duidelijk hoe wordt omgegaan met wachttijden in relatie tot zorgplicht. Datzelfde geldt voor zorg op afstand.
- In de MvT wordt gesteld dat " het *in beginsel niet aan de wetgever is om voor te schrijven hoe de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg berekend moet worden. Dat zou een onnodige en onwenselijke beperking zijn van de regierol van zorgverzekeraars alsmede van de dynamiek van de zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt. Tegen deze achtergrond zal terughoudend gebruik gemaakt worden van de delegatiegrondslag in het voorgestelde artikel 13, vijfde lid, Zvw".*
  Voor zorgverzekeraars is het juist wel van belang dat VWS gebruik gaat maken van de delegatiebevoegdheid en een AMvB voor de sectoren wijk en GGZ wordt opgesteld en inwerking treedt per 2025. Dit helpt de vergoeding voor een sector zodanig te verlagen dat de zorgaanbieder een deel van de rekening bij de verzekerde moet leggen, omdat de vergoeding dan niet kostendekkend is. Zoals bekend zijn zorgverzekeraars voorstander van een coulance verbod voor zorgaanbieders, zodat er een juiste prikkel gaat naar de verzekerde om gebruik te maken van gecontracteerde zorg.
- Aandacht wordt gevraagd voor het verschil tussen sectoren waar maximale NZa tarieven gelden en sectoren waar vrije tarieven gelden. Zo speelt in de wijkverpleging het experiment met vrije tarieven voor gecontracteerde zorgaanbieders. Het experiment loopt eind 2027 af. De kans dat teruggaan wordt naar max. NZa tarieven voor gecontracteerde zorgaanbieders wijkverpleging is nihil. Voor niet gecontracteerde zorgaanbieders wijkverpleging moet vastgehouden worden aan max tarieven. Het wetsvoorstel is anders niet helpend.

In de bijlage wordt gedetailleerder ingegaan op de bevindingen van de uitvoeringstoets.

Resumé

Voor ZN/zorgverzekeraars is het van belang dat het wetsvoorstel toegevoegde waarde biedt ten opzichte van de huidige praktijk door concrete objectieve wettelijke verankering van aspecten die nu leiden tot onduidelijkheid en juridische geschillen. Het wetsvoorstel gaat nu nog uit van open normen met weinig guidance in de memorie van toelichting en veel feitelijke afwegingen (met als gevolg geen uniformerende werking van de arresten van de Hoge Raad). Zorgverzekeraars zien hier dan ook het risico dat met het wetsvoorstel het aantal rechtszaken eerder toeneemt dan afneemt.
Verdere uitwerking en concretisering is nodig. Bij de "light toets" gaven wij aan dat zorgverzekeraars sterk voorstander zijn van het opnemen van een rekenregel in de wet, zodat er een uniforme en duidelijke invulling is van het begrip hinderpaal (ondergrens). Met medewerkers van VWS heeft hierover overleg plaatsgevonden en is afgesproken om in het najaar te kijken of een rekenregel kan worden opgesteld.

Zorgverzekeraars willen meewerken aan een goede wettelijke basis, die uitvoerbaar is en vooraf duidelijkheid geeft aan verzekerden, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Vanzelfsprekend is het daarnaast van belang dat verzekerden vooraf weten of ze te maken hebben met een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en wat daarvan de consequenties zijn. Zorgverzekeraars zijn bezig deze informatie te verbeteren en doen dat graag in afstemming met Patiëntenfederatie Nederland en zorgaanbieders.

Tenslotte willen we VWS wijzen op een tijdig besluitvormingstraject, zodat zorgverzekeraars de wijzigingen tijdig kunnen verwerken in de polissen voor 2025[1].

[1] Mocht het wetsvoorstel niet controversieel worden verklaard.

Bijlage Concept reactie wetsvoorstel en memorie van toelichting (gedetailleerd)

Reactie wetsvoorstel

Lid 7. In afwijking van het eerste lid heeft de verzekerde recht op een vergoeding als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel b, indien de zorgverzekeraar niet voldoet aan zijn zorgplicht, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, of het een bij algemene maatregel van bestuur aangewezen vorm van zorg of overige dienst betreft.

Vraag/reactie: Welk gedeelte van de zorgplicht wordt hier bedoeld? Gaat om voldoende gecontracteerd aanbod of gaat dit ook om de wachtlijsten? De zorgplicht heeft wat ons betreft twee kanten:
1. Het voldoen aan dat we voldoende ingekocht hebben (en van voldoende kwaliteit)
2. Dat de zorg binnen afzienbare tijd geleverd moet kunnen worden.
De zorgplicht als in de eerste betekenis past binnen het wetsvoorstel, maar ten aanzien van het tweede komen we hier in de praktische uitvoering niet verder mee. Het zou goed zijn als dit ook in het wetsvoorstel (in de toelichting) duidelijker verwoord wordt.
Zorgplicht (en volledige vergoeding bij de schending ervan door te weinig in te kopen) bestaat al. Dat de zorgverzekeraar de vergoeding niet mag beperken als de zorgplicht niet is/wordt nagekomen, ligt al vast in de wet en de polisvoorwaarden en is dus niet nieuw. Het formeel vastleggen van het hinderpaalcriterium in artikel 13 terwijl er niet wordt geconcretiseerd wanneer er sprake is van een hinderpaal gaat de discussie ook niet verder helpen. Bij elke goedbedoelde uitleg in de MvT met beoogde mogelijkheden voor zorgverzekeraars om de vergoeding te bepalen komt uiteindelijk dezelfde voorwaarde terug 'mits ze het hinderpaalcriterium in acht nemen'.
Risico bestaat dat met de voorgestelde wettekst (leden 5 en 6) er een (staatsrechtelijke) tegenstijdigheid in de wet wordt vastgelegd als het hinderpaalcriterium vooropgesteld/vastgesteld wordt en in dezelfde zin de mogelijkheid wordt geopperd om in lagere wetgeving bepaalde vergoedingen vast te kunnen stellen (met inachtneming van hinderpaalcriterium, welk criterium dus nog steeds niet verder wordt geconcretiseerd). De mogelijk vast te stellen lagere vergoeding voor ongecontracteerde V&V of GGZ o.g.v. lid 6 laat nog steeds de mogelijkheid bestaan dat die vergoeding toch een hinderpaal kan zijn in de zin van artikel 13/jurisprudentie, en daarmee kun je dus strijdigheid krijgen tussen de lagere AmvB en de hogere wet in formele zin (Zvw). Die lager vastgestelde vergoeding/regeling zal dan dus onverbindend verklaard (of buiten toepassing gelaten) kunnen worden door de rechter. Dit wordt ook bevestigd in hoofdstuk 8. Hoe kijkt VWS hier naar?

Reactie memorie van toelichting

Blz. 3, 1.2 Inhoud wetsvoorstel
Tenslotte gaat het wetsvoorstel in op de uitzonderingssituaties waarin sprake is van een volledige vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dat is onder meer het geval als de zorgverzekeraar zijn zorgplicht niet is nagekomen. De verzekerde en de zorgaanbieder worden dan niet geconfronteerd met een korting.

Vraag/reactie: Zie eerdere opmerking over betekenis zorgplicht. Houdt dit in dat bij langere wachtlijsten iemand wel 100% gecompenseerd wordt, ondanks het bemiddelen naar gecontracteerde zorg als iemand niet wil? Dit moet wel duidelijker gemaakt worden. Dit geldt evenmin voor duidelijke inzicht in wachtlijsten en wie er op staat, zodat de zorgverzekeraar hierin voor zijn verzekerde ook duidelijkheid kan geven of kan bemiddelen. Het is nu een blackbox die niet te besturen is.

Blz. 5, c. Afspraken om meer te kunnen sturen op contractering van passende zorg
Dit betreft het uitwerken van een offerteplicht voor niet gecontracteerde zorg en het uitwerken van het verlagen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg waar dit wetsvoorstel betrekking op heeft.
Reactie: Kan werken, maar is wel afhankelijk van de inhoudsvereiste van de offerte; niet allen prijs, maar eisen ten aanzien van de kwaliteit van levering.
Niet-gecontracteerde zorgaanbieders zijn niet of minder goed aanspreekbaar op de gelijkgerichte en de gecommitteerde betrokkenheid die noodzakelijk is om (de transitie naar) passende zorg daadwerkelijk voor elkaar te krijgen. Ook kan de keuze om niet-gecontracteerde zorg aan te bieden leiden tot een te grote versnippering van het zorgaanbod en kan dit (de transformatie naar) passende zorg belemmeren.

Vraag/reactie: Aanvullen er zijn ook vaak mindere kwaliteitseisen waardoor ook vaak minder efficiënt behandeld wordt. Inzichten van wachtlijsten bij niet gecontracteerde aanbieders is er ook niet Daarnaast werkt het ook selectieve zorg in de hand; alleen maar de gemakkelijke cliënten worden in zorg genomen.

Blz. 8 3. Aanpak niet-gecontracteerde zorg Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging en Bestuurlijk akkoord ggz
Bovendien is uit deze onderzoeken gebleken dat niet- gecontracteerde zorgaanbieders meer uren zorg declareren. Dit hogere aantal uren wordt niet verklaard door kenmerken van de cliënten of door andere resultaten van de zorgverlening. Veelal worden geen kosten in rekening gebracht bij de cliënt; voor deze zorgaanbieders is de vergoeding die door de zorgverzekeraar wordt betaald, blijkbaar kostendekkend.

Vraag/reactie: er is dus geen sprake van een coulance regeling zoals eerder gesteld?

Blz. 13 , 4.3 Bekostigingssystematiek
De nieuwe bekostiging voor de ggz heeft inmiddels zijn beslag gekregen. Het zorgprestatiemodel is vanaf 2022 de nieuwe bekostiging voor de geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg. Het zorgprestatiemodel is een bekostiging op basis van consulten, gedifferentieerd naar beroepsgroep, setting en minuten, verblijfsdagen, toeslagen en overige declarabele prestaties. Het zorgprestatiemodel draagt bij aan minder administratieve lasten voor behandelaren en ondersteunende afdelingen, een begrijpelijke factuur voor de patiënt en reële tarieven voor geleverde zorg. Met de invoering kunnen declaraties sneller worden verstuurd en verwerkt dan voorheen, waarmee ook sneller inzicht ontstaat in de ontwikkeling van de zorgkosten en tevens via de zorgvraagtypering en de settingen wordt ook bijgedragen aan een betere totstandkoming van

zorginhoudelijke match tussen zorgvraag en -aanbod. Hierdoor ontstaat waardevolle sturingsinformatie die partijen houvast geeft bij het maken van contractafspraken. Dit draagt bij aan een goede ggz-zorg, die toegankelijk is voor iedereen die haar nodig heeft.

Vraag/reactie: Dat is nu nog niet in de praktijk zo, zeker niet voor de niet gecontracteerde partijen.

Blz. 14, 4.4 Wetgeving
In het IZA is afgesproken de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders te verlagen, met inachtneming van het hinderpaalcriterium. Dit geldt voor alle sectoren van de curatieve zorg, met uitzondering van de huisartsenzorg en de hoogcomplex benoemde derdelijnszorg die geleverd wordt in Universitair Medische Centra. Het wetsvoorstel voorziet in een codificatie van het hinderpaalcriterium, zoals dat is ontwikkeld in de jurisprudentie. Hierdoor wordt vastgelegd en verduidelijkt wat de wettelijke grenzen zijn voor zorgverzekeraars bij het bepalen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dat schept voor zorgverzekeraars de mogelijkheid een zodanig lage vergoeding vast te stellen dat deze een maximale stimulans is voor verzekerden met een natura- of combinatiepolis om gebruik te maken van gecontracteerde zorgaanbieders en voor zorgaanbieders om contracten aan te gaan met zorgverzekeraars voor de verlening van zorg aan verzekerden. Hoe de zorgverzekeraars dat doen met betrekking tot het hinderpaalcriterium, kan zo nodig in lagere regelgeving worden uitgewerkt.

Vraag/reactie: welke lagere regelgeving is dit? gaat de NZa hier dan iets van vinden en tarieven differentiëren tussen wel of niet gecontracteerd? Of gaan ze naast een max tarief ook een min tarief vaststellen? Of wordt hier verwezen naar de AMvB?

Blz. 15 5. 5.1 Wettelijk vastleggen vergoeding
Het wetsvoorstel verankert in artikel 13, vijfde lid, het hinderpaalcriterium. Daarnaast kunnen bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nadere regels worden gesteld over de wijze waarop de zorgverzekeraar de vergoeding berekent. Het wetsvoorstel legt in artikel 13, zesde lid, Zvw de bevoegdheid neer ter bescherming van het algemeen belang voor een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst regels te stellen over de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Dat kan bij algemene maatregel van bestuur en een daarop te baseren ministeriële regeling. Deze regels blijven binnen de kaders die artikel 13 Zvw aanlegt. Het is nog steeds de zorgverzekeraar die de vergoeding bepaalt op een wijze die hij vastlegt in de polis, rekening houdend met eventuele eigen betalingen, uniform voor verzekerden met dezelfde zorgbehoefte en met inachtneming van het hinderpaalcriterium.

Vraag/reactie: Hoe moet dit gelezen worden? Gaat het om dezelfde zorgsoort/ aanspraak of de specifieke zorgbehoefte van een individu? Als het laatste betreft, dan is dit niet uitvoerbaar.
T.a.v. met inachtneming van het hinderpaalcriterium: We weten op basis van de definitie niet of deze aanwezig is.