



Samenvatting internetconsultatie wetsvoorstel bevorderen zorgcontractering

U kunt alle reacties in pdf lezen op de website van de [internetconsultatie](#).

Branchevereniging Kleinschalige Zorg (BVKZ): *“We zijn verontwaardigd over de uitspraken van de minister, waarin ongecontracteerde zorgaanbieders per definitie als ondoelmatig, duurder, inefficiënt of zelfs frauduleus worden bestempeld.”*

Kleinschalige, (deels) ongecontracteerde zorgaanbieders spelen juist een **belangrijke rol in de zorg voor cliënten met complexe zorgvragen**. Deze worden vaak niet door de grote, gecontracteerde partijen opgepakt. Dit speelt, vooral in wijken met een lage sociaal economische status.

In het huidige wetsvoorstel staan **nauwelijks concrete handvaten** waardoor zorgverzekeraars gestimuleerd worden om ook met kleine aanbieders een contract aan te gaan.

Juist de starters dragen bij aan het verbeteren van de toegankelijkheid van de zorg en vullen vaak de gaten op in regio's waar een tekort is aan een bepaald zorgaanbod.

Als er geen alternatief meer is om niet te contracteren, dan is er geen keuze meer voor de zorgaanbieder. Zij zullen de voorwaarden dus altijd moeten accepteren en dit versterkt nog eens de **machtpositie** van de zorgverzekeraar.

[...] voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders geldt dat bij passende zorg een passende vergoeding hoort.

ActiZ: *Zet vanuit VWS en met IZA-partijen stevig in op het verhogen van de contracteergraad door het beperken van concurrentie in de eerste lijn en te werken aan regionale zorginkoop.*

ActiZ mist in dit voorstel andere, meer fundamentele, instrumenten om de contracteergraad te verhogen. Gelet op de toenemende krapte binnen de zorg dient er juist geïnvesteerd te worden in de zorg via contractering (als positieve prikkel) in plaats van sturing op nog meer druk op de al heel krappe tarieven (is een negatieve prikkel) in de (misplaatste) hoop dat dit zou leiden tot **betere contractering** en een hogere contracteergraad.

Kies voor **regionaal samenhangende inkoop** met congruentie op inhoud en prijs. Een regionaal inkopende verzekeraar (met volgers) kent de regio, kent de aanbieder, bespaart veel tijd en kan regie pakken op innovatie en doelmatigheid in de gehele keten.

Mocht dit wetsvoorstel onverhoopt toch worden doorgevoerd, dan is jaarlijkse **monitoring** en **evaluatie** van het verloop van de contractering (waaronder de hoogte van de geboden tarieven door verzekeraars), de contracteergraad en de nakoming van de zorgplicht van de verzekeraars richting verzekerden belangrijk om zo in IZA-verband te beoordelen of deze wetswijziging het beoogde doel vervult. Waar nodig dienen IZA-partijen op landelijk niveau dan **nadere afspraken** te maken om te komen tot vervulling van het doel van deze wetswijziging.

Independer, J. Cohen: Voer dit wetsvoorstel niet in zonder een verplichting aan zorgverzekeraars om op 12 november het inkoopproces afgerond te hebben. Maximeer het bedrag dat een consument moet betalen voor niet-gecontracteerde zorg.

Het voorliggende wetsvoorstel maakt het voor een **consument** onmogelijk om het nadeel van een verzekering waarbij hij mogelijk moet bijbetalen af te wegen tegen de extra premie die hij daarvoor moet betalen. Het is voor een consument **volstrekt onduidelijk hoe hoog de maximale eigen betaling gaat zijn**. Dit komt doordat de invulling van het hinderpaalcriterium aan de verzekeraar en de rechter wordt overgelaten maar ook doordat de kosten van behandelingen vooraf vaak niet bekend zijn en een percentage daarvan dus ook niet.

Het wetsvoorstel lijkt voorbij te gaan aan de mogelijkheid dat een consument meer dan één behandeling door een niet-gecontracteerde aanbieder wenst (stapeling).

Ook voor organisaties met een **Wft-vergunning** is het niet mogelijk om te weten of de maximale eigen betaling in de orde van honderden of enkele duizenden euro's zal liggen. Het is daarom ook niet mogelijk om de klant te helpen bij de afweging van de extra premie tegen dit risico. **Het wetsvoorstel maakt het deze partijen daardoor moeilijk, zo niet onmogelijk, om aan de wettelijke zorgplicht te voldoen.**

Het is daarom aannemelijk dat verzekeraars door dit wetsvoorstel geheel stoppen met het aanbieden van restitutieverzekeringen of dat het premieverschil zodanig groot wordt dat dit door veel consumenten op zichzelf al als een hinderpaal bij vrije-artsenkeuze wordt ervaren.

LHV, KNMP, KNOV, KNGF: De toegang tot (passende) zorg wordt met dit wetsvoorstel beperkt.

Het wetsvoorstel bevat in feite helemaal geen instrumenten, 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.

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.

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.

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

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. 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.

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.

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.

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.

KNMT, NVM, ONT: *Het wetsvoorstel slaat de plank mis en dient als controversieel te worden verklaard.*

Er is in het wetsvoorstel **geen** sprake van een **redelijke verhouding** tussen het doel (terugdringen niet-gecontracteerde zorg in de GGZ-sector en de wijkverpleging) en het middel (inperking vrije artskenkeuze voor patiënten en verslechtering positie van zorgaanbieders).

Het wetsvoorstel impliceert derhalve verdergaande versterking van de positie van de zorgverzekeraars en overheid bij verlaging van de vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg. Ondanks dat het hinderpaalcriterium daarbij uitgangspunt is en blijft en de hoogte van de vergoeding geen “feitelijke” hindering mag opleveren om te kiezen voor een niet-contracteerde zorgaanbieder, **zal de “merkbare” hindering in de praktijk naar verwachting een aanmerkelijk nadelig effect hebben op de “vrije artskenkeuze” voor verzekerden.**

Enkel vermogende patiënten zullen kunnen kiezen voor de door hen gewenste niet-gecontracteerde aanbieder. Vanwege lage vergoedingen aan niet-gecontracteerde aanbieders wordt het overgrote deel patiënten de kans ontnomen om te kiezen voor niet-gecontracteerde aanbieders. Wetende dat een vertrouwensrelatie, eveneens in de Wgbo verankerd, tussen patiënt en zorgverlener onmisbaar is voor het leveren van goede zorg, is het keuzerecht cruciaal. Dit geldt in het bijzonder voor chronische patiënten en andere kwetsbare groepen met een smallere portemonnee, waaronder kwetsbare ouderen of gezinnen met een lage SES. **Door keuzes van zorgverzekeraars zouden zij hun vaste (niet-gecontracteerde) zorgverlener kunnen zien wegvallen. Dit zal leiden tot een tweedeling in de samenleving.**

Het voorstel is in het verleden tot tweemaal toe in de Eerste Kamer gestrand, mede als gevolg van de collectief geuite bezwaren van branche-, beroeps- en patiëntenverenigingen.

De codificatie van het hinderpaalcriterium heeft inhoudelijk geen toegevoegde waarde en is daarmee onwenselijk.

***NIP, NVP, NVvP en P3NL:** De eenzijdige visie op contractering en het inperken van de keuzemogelijkheden van de cliënt door aanpassing van artikel 13 Zvw om een passende zorgverlener met een passend aanbod te vinden is wat ons betreft de verkeerde richting en draagt niet bij aan het doel.*

Wij zien een groot risico dat deze wetsaanpassing rechtstreeks ten koste gaat van het recht en de mogelijkheden van de cliënt om een **passende behandelaar en behandeling** te vinden.

Gecontracteerde zorgaanbieders worden via benchmarks geprikkeld om het aantal behandelingen per cliënt jaar op jaar te verlagen. De cliënt met een **intensieve zorgbehoefte** heeft in het gecontracteerde zorgaanbod steeds minder keuze, krijgt te maken met lange wachttijden en zoekt een passende behandeling bij bijvoorbeeld een ongecontracteerde zorgaanbieder. Dit leidt ertoe dat deze zorgaanbieder relatief **langere en complexere behandelingen** aanneemt die elders niet meer worden aangeboden (MvT artikel 2.1.3 betaalbaarheid). Het verlagen van vergoedingen voor ongecontracteerde zorg raakt vooral de **meest kwetsbare personen**, aangezien een groot gedeelte van hen een inkomen ruim beneden modaal heeft.

Wij stellen ons op het standpunt dat contractering op zichzelf geen garantie is voor **kwaliteit**. De kwaliteit wordt geborgd via opleiding, beroepsregistratie, (her)registratie en lidmaatschap van beroepsverenigingen.

De toelichting laat onvermeld dat het voor zorgverzekeraars financieel aantrekkelijk kan zijn om een deel van de zorg te laten verlopen via ongecontracteerde zorgaanbieders. De **vergoedingen** die zij betalen voor declaraties van ongecontracteerde zorg zijn **fors lager** dan de gecontracteerde tarieven.

Er is vrijwel altijd een mogelijkheid voor zorgverzekeraars om **zelf een bijdrage te leveren** aan de vermindering van ongecontracteerde zorg, door meer volume te contracteren, minder te focussen op het almaar verlagen van de zorginzet per cliënt, budgetplafonds los te laten en met meer zorgaanbieders een contract te sluiten en het contracteerproces te verbeteren.

Vrijgevestigde aanbieders hebben een **belangrijke toegevoegde waarde** in het zorglandschap. Er is een **gevarieerd zorglandschap nodig** van zowel grote en kleine aanbieders, met ieder een eigen specialisatie. De (grotere) instellingen bieden vaak meer generieke behandel pakketten aan die voor de meerderheid voldoende blijkt. Voor een groot aantal cliënten is dit echter niet passend en blijken vrijgevestigden vaak in zorg te voorzien die beter aansluit. Wij vinden het belangrijk dat deze vorm en innovatie wordt behouden.

De uitspraak dat gecontracteerde en ongecontracteerde zorgaanbieders te maken hebben met dezelfde cliënten met dezelfde kenmerken is wat ons betreft **ongefundeerd** en **onzorgvuldig**.

***De Nederlandse ggz:** In de voorgestelde wijziging van de Zvw missen wij de balans/prikkel voor zorgverzekeraars om te komen tot een redelijk contractueel voorstel.*

Het **bevorderen** van contractering en het **ontmoedigen** van het niet-gecontracteerd werken dienen hand in hand te gaan. Dit komt niet tot uiting in het wetsvoorstel, maar is een belangrijke afspraak die tot uiting komt in het "Spoorboek contracteringsafspraken Integraal Zorgakkoord".

Eventueel ingrijpen moet beperkt worden tot het **segment** waarin niet-gecontracteerde zorg de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg onder druk zet.

Door uit te gaan van gemiddelde of modale verzekerden bij hanteren van het hinderpaalcriterium kan de keuze voor deze groep mensen onder druk komen te staan.

Voor zowel zorgverzekeraars en zorgaanbieders moet het een **voorkeursoptie** zijn om een contract met elkaar af te sluiten.

Verzekeraars dienen ook **contracten** voor te leggen die tegemoetkomen aan een **redelijk voorstel** voor zorgaanbieders om niet te moeten kiezen voor het verlenen van zorg zonder contract.

MIND Platform: *Voor MIND is het conceptwetsvoorstel onacceptabel. De vrije artskenkeuze is opnieuw in het geding. Het voorstel vermindert de solidariteit, het raakt de kwetsbaarsten en lost de problemen in de ggz niet op.*

- 1) De verruiming van de ministeriële zeggenschap gaat **ten koste van de ruimte van de rechter** om individuele **casuïstiek** te beoordelen en te duiden.
- 2) Dit gaat **ten koste van de ruimte van de individuele patiënt** om zo nodig zijn recht op **vergoeding** van zorgkosten bij de rechter af te dwingen.
- 3) Dat gaat **ten koste van de mogelijkheid van de individuele patiënt** om zijn eigen passende **zorgverlener** en passende **behandeling** te vinden.
- 4) MIND vindt dit conceptwetsvoorstel richting patiënten de verkeerde weg en het verkeerde signaal. Het conceptwetsvoorstel zien wij als het bestrijden van een **symptoom** waarbij de onderliggende oorzaken, het disfunctionele zorgstelsel voor de ggz-patiënt, **ongemoeid** wordt gelaten.

De Psychologengroep: *Onbegrijpelijk en oneerlijk dat de ggz, tezamen met de wijkverpleging, wordt genoemd als eerste branche waarbij de overheid via AMvB zal ingrijpen op de tarieven voor ongecontracteerde zorgaanbieders.*

Dit wetsvoorstel vergroot de nu al bestaande disbalans tussen zorgverzekeraars enerzijds en zorgaanbieders en patiënten anderzijds. Een disbalans in macht en mogelijkheden. Het wetsvoorstel dwingt tot contractering en als het lagere tarief van de zorgverzekeraar niet het gewenste effect heeft, grijpt de overheid in. Ik vind dat een onaanvaardbare inbreuk op het principe van **marktwerking**, waarin vrijelijk prijsafspraken moeten kunnen worden gemaakt en waarin vrijelijk keuzes moeten kunnen worden gemaakt over het al dan niet afsluiten van een contract.

In het wetsvoorstel wordt nergens gerefereerd aan de **tarieven** zoals vastgesteld door de **Nza**, tarieven, die als uitgangspunt hebben **kostendekkend** te zijn. De tarieven voor **ongecontracteerde** zorg zijn ook nu **niet kostendekkend**. Het verschil tussen de vergoeding en het in rekening gebrachte tarief wordt wel degelijk in rekening gebracht door vele zorgaanbieders en de vergoeding van dat verschil is noodzakelijk om de bedrijfsvoering kostendekkend te laten plaatsvinden. Welke waarde hebben de door de Nza (na zeer uitgebreid kostprijsonderzoek) vastgestelde tarieven nog, wanneer de zorgverzekeraars of de overheid een tarief ver ónder die tarieven mag vaststellen? Wanneer het uitgangspunt wordt: de tarieven worden juist niet kostendekkend vastgesteld?

Het zijn de instellingen en praktijken mét contract waar de **wachlijsten het hoogst** zijn - niet bij de ongecontracteerde zorgaanbieders. Het is onbegrijpelijk dat geen gedachten worden gewijd aan de vraag waaróm dat zo is en dat niet wordt overwogen dat de **ongecontracteerden** juist een **positieve bijdrage** leveren aan zowel de kwaliteit als de doelmatige inzet van zorg.

Een voorzichtige conclusie is dat **ongecontracteerde zorg veelal goedkoper** is dan gecontracteerde zorg - en daarmee wellicht ook doelmatiger. Het is in ieder geval onbegrijpelijk dat om deze drogredenen (doelmatigheid en kwaliteit) wordt ingezet op contractering.

De **kwaliteit** bij ongecontracteerde zorgaanbieder is **niet lager dan** bij gecontracteerde zorgaanbieders - integendeel: ook ongecontracteerde zorgaanbieders hebben zich te houden aan alle kwaliteitseisen die gelden. Sturing op kwaliteit klinkt aantrekkelijk, maar welke verhoging van kwaliteit daadwerkelijk kan worden bereikt door het sluiten van contracten is onduidelijk. **Het voorstel geeft zorgverzekeraars een vrijbrief om sturing op doelmatigheid en kwaliteit volledig vrij in te vullen.**

Het periodiek verplicht aanleveren van gegevens zorgt voor een verhoging van de administratieve belasting en een minder doelmatige inzet van de zorgprofessional. Het voorstel bevat **geen enkele bescherming** van de zorgaanbieder om zich te wapenen tegen de **uitvraag van gegevens** door de zorgverzekeraar of welk middel de zorgverzekeraar ook wenst in te zetten voor sturing op doelmatigheid of kwaliteit.

Het zou de Minister sieren wanneer hij het belang van het bestaan van de **restitutiepolis**, die een vrije artskeuze voor patiënt garandeert, niet alleen erkent maar daarnaast stevig inzet op het verplicht aanbieden van de restitutiepolis door zorgverzekeraars, óók voor ggz.

Door dit wetsvoorstel wordt niet alleen de keuzevrijheid van de zorgaanbieder maar met name die van een groot deel van de patiënten tenietgedaan.

De zorgverzekeraar hoeft nauwelijks iets te onderbouwen, mag uitgaan van gemiddelden en met welke feiten en omstandigheden concreet dan wél rekening moet worden gehouden wordt niet omschreven. Alle middelen om zorgaanbieders te dwingen een contract te sluiten lijken geoorloofd, terwijl de doelen die de Minister nastreeft niet zullen worden behaald. De vrijbrief die de Minister zowel de zorgverzekeraars als zichzelf toebedeelt, is een regelrechte **minachting** van de beroepsgroep en van patiënten.

***LVVP:** Het wetsvoorstel bouwt voort op foute aannames en is disproportioneel. Het wetsvoorstel is paradoxaal en genereert daarmee rechtsonzekerheid. Het wetsvoorstel ondergraaft de invloed van de Tweede en Eerste Kamer. Maar bovenal heeft het wetsvoorstel gevolgen voor het zorgstelsel en bevordert het een tweedeling in de maatschappij.*

Vrijgevestigde ggz-praktijken zonder contract worden wederom onterecht gebombardeerd tot het 'zwarte schaap', waarop alle problemen in de ggz worden afgewenteld. Juist zorgverzekeraars en de NZa moeten worden aangesproken.

Zorgverzekeraars kunnen **kostendekkende tarieven** gaan bieden. Ook de NZa en het ministerie van VWS kunnen contracteren stimuleren, bijvoorbeeld door het vaststellen van minimumtarieven voor prestaties.

Dit wetsvoorstel helpt de verzekerden vervolgens **niet om meer duidelijkheid** te krijgen.

Helaas maken juist zorgverzekeraars het kleinere zorgaanbieders en vrijgevestigden steeds **lastiger** om gecontracteerd te werken.

De ongecontracteerde ggz is niet duurder dan de gecontracteerde ggz.

Het merendeel van de vrijgevestigde praktijken in de ggz blijkt gewoon overeenkomsten met zorgverzekeraars hebben.

VWS vraagt de Kamer om de vrije artskeuze voor miljoenen burgers in te perken omdat 30 grotere zorgaanbieders in de ggz geen overeenkomst hebben met zorgverzekeraars.

Waar ligt straks de **bewijslast** dat zorgverzekeraars niet aan hun zorgplicht voldoen? Dat kunnen verzekerden straks niet aantonen. De wetgever moet daarom de criteria vooraf duidelijk maken. VWS wil verzekerden ontmoedigen om naar een ongecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Echter, tegelijkertijd stelt VWS dat er geen **hinderpaal** mag zijn om naar een ongecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Dat is tegenstrijdig met elkaar en daarmee niet houdbaar in de praktijk.

Een belangrijke pijler onder het stelsel is **solidariteit**. Straks kunnen mensen met een laag inkomen zich de hogere eigen bijdrage voor ongecontracteerde zorg niet veroorloven. Zij komen hierdoor op een langere wachtlijst voor gecontracteerde zorg.

De wetswijziging benoemt geen enkele verplichting richting zorgverzekeraars om zorgcontractering te **bevorderen**. Het gaat alleen om het verlagen van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. Hierdoor slaat de **machtsbalans** tussen grote verzekeringsconcerns en kleine lokale zorgverleners nog meer door naar de eerste partij.

Dit wetsvoorstel legt alle macht bij de zorgverzekeraars neer en daarmee zijn kleinere zorgaanbieders, zoals vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten, overgeleverd aan **eenzijdig opgelegde eisen** door zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars zijn geen hoeders van de kwaliteit, maar blijken in de praktijk vooral te sturen op financiële uitkomsten en het afwentelen van financiële risico's op zorgaanbieders en patiënten.

Dit wetsvoorstel betekent het einde van de zorginkoopmarkt, omdat vrijgevestigde zorgaanbieders feitelijk gedwongen worden om een contract te sluiten om 1) hun patiënten niet te duperen en 2) voldoende inkomen te kunnen verwerven om in hun levensonderhoud te voorzien. Dit wetsvoorstel leidt in de praktijk tot **contractdwang**.

***SoloPartners (wijkverpleging):** In plaats van te focussen op de kosten van de ongecontracteerde zorg, zou het wetsvoorstel maatregelen moeten bevatten die leiden tot daadwerkelijk meer zorgaanbieders met een contract. En dat vereist wellicht een wet die is gericht op de zorgverzekeraars in plaats van op de ongecontracteerde zorgaanbieders.*

In de Monitor staat dat de meer-uren in de niet gecontracteerde wijkverpleging worden veroorzaakt door complexere zorgvragen van cliënten; hierbij is niet zelden sprake is van **multiproblematiek** bij een groot deel van de cliënten. Kortom, er is een feitelijke, logische verklaring waarom niet-gecontracteerde wijkverpleging duurder is.

Hoe komt het dat complexe zorgvragen bovengemiddeld vaak door ongecontracteerde zorgaanbieders worden uitgevoerd? Antwoord: het **contracteerbeleid** van de zorgverzekeraars.

In de praktijk leidt dit ertoe dat **complexe zorgvragen**, die meer uren zorg vragen dan het gemiddelde, door gecontracteerde zorgaanbieders worden **geweigerd**. Hetzelfde geldt ook voor palliatieve zorg. Cliënten met een complexe zorgvraag of multiproblematiek zijn al snel aangewezen op niet gecontracteerde zorgaanbieders.

Zo slagen zorgverzekeraars erin om jaarlijks, op papier, het gemiddeld **aantal uren per cliënt in de gecontracteerde wijkverpleging te laten dalen**. In werkelijkheid stijgt het aantal uren of blijft het gelijk. Cijfers worden buiten de berekening gelaten en het gemiddeld aantal uren in de **ongecontracteerde wijkverpleging stijgt**.

Met dit wetsvoorstel wordt contractering in de zorg dan ook niet bevorderd; het wordt enkel eenvoudiger om ongecontracteerde zorg goedkoper te maken.

Het ligt voor de hand om te verwachten dat, indien zorgverzekeraars hun werkwijze aanpassen, de scheve verhouding tussen gecontracteerde en ongecontracteerde wijkverpleging in evenwicht komt. Er dan wel van uitgaande dat **zorgverzekeraars op een eerlijke manier het gemiddeld aantal uren per cliënt berekenen en niet ten onrechte complexe zorgvragen buiten beschouwing laten. Het onderhavige wetsvoorstel gaat de hiervoor geschetste problemen en oorzaken niet oplossen.**

Integendeel zelfs. **Als de minister de mogelijkheid krijgt om in te grijpen in de vergoedingen, zonder democratische controle van de Eerste en Tweede Kamer, vergroot dit enkel de kans van de verzekeraars om invloed uit te oefenen.** Verzekeraars slagen er nu al buitengewoon goed in om, op basis van onjuiste feiten en omstandigheden, de beeldvorming te beïnvloeden en beleid en regelgeving af te dwingen. Het huidige wetsvoorstel is daarvan een voorbeeld. Die invloed moet niet verder worden vergroot.

Het enige wat wordt bereikt is dat de cliënt een **groter deel van de kosten voor eigen rekening** moet nemen.

Branchevereniging Zorgthuisnl: *De doelstelling van het wetsvoorstel correspondeert niet met de inhoud van het wetsvoorstel.*

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.

- 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.

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.

Het besluit om een contract niet te tekenen wordt door aanbieders niet lichtvaardig genomen. In tegendeel, het merendeel van de aanbieders, besluit, ondanks de ongunstige voorwaarden in het contract, toch het contract te tekenen (tekenen bij het kruisje), omdat het **voorzicht om niet-gecontracteerd te werken nog ongunstiger is vanwege het machtigenbeleid, akte van cessie en de lagere vergoeding**.

De wetgever wekt in de toelichting van het wetsvoorstel de suggestie dat niet-gecontracteerde aanbieders geen passende zorg leveren en ondoelmatig zijn.

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 **machtigenbeleid**. 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.**

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.

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.

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.

De bereidheid en inspanning bij zorgverzekeraars om zoveel mogelijk zorg te contracteren, is in onze ogen onvoldoende.

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.

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.

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.

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 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.**

Het wetsvoorstel ziet uitsluitend toe 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.

Patiëntenfederatie Nederland (mw W. Toersen): Er zijn en blijven patiënten voor wie het nodig is om een beroep te doen op een niet-gecontracteerde zorgverlener. De vergoeding van niet-gecontracteerde zorg mag hiervoor geen te grote belemmering vormen.

Geef patiënten een ruime en gevarieerde keuze uit zorg van goede kwaliteit, transparantie over de kwaliteit van de zorg en goede voorlichting over contractering. En bied patiënten die dat willen, ruimte om zorg van ongecontracteerde zorgverleners te ontvangen.

Wij achten nodig:

- Tijdig beschikbaar stellen van bruikbare **informatie** voor patiënten door zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders over niet-gecontracteerde zorg en de vergoeding daarvan, met extra aandacht voor het faciliteren van o.a. verwijzers om patiënten vooraf te informeren;
- Heldere uitleg met **handelingsperspectief** voor de patiënt over de wettelijke uitzonderingen.
- **Transparantie** over hoe de zorgverzekeraar bij zorginkoop rekening houdt met kwaliteit van zorg, met benodigde vernieuwing van zorg, en met het bieden van voldoende keuze voor patiënten;
- **Inzicht** voor patiënten in wachtlijsten, kwaliteit van zorg, en in normen die gelden voor het naleven van de **zorgplicht**;
- Een **berekening** met uitleg over vergoeding van niet-gecontracteerde zorg (eventueel per zorgsector) die iedereen snapt, inclusief de stappen die patiënten kunnen ondernemen als zij zich willen beroepen op bijvoorbeeld het niet nakomen van zorgplicht of het hinderpaalcriterium;
- Goede ondersteuning advies en bemiddeling voor patiënten bij **wachtlijsten** in de zorg.

De Memorie van Toelichting stelt dat rekening houden met de financiële draagkracht van iedere verzekerde niet uitvoerbaar is. Dit kan leiden tot verschillen in toegang tot zorg voor verschillende inkomensgroepen met mogelijk meer **gezondheidsverschillen** tot gevolg. Dat vinden wij onwenselijk.

Passende zorg alleen beoordelen op basis van doelmatigheid geeft een onzorgvuldig en incompleet beeld, en kan dan ook **geen goed vertrekpunt** zijn voor het aanwijzen van een sector waarvoor deze nadere regels zouden gelden.

Stichting Handhaving Vrije Artsenkeuze: VWS, neem maatregelen die leiden tot het verkorten van de wachtlijsten ofwel ga de zorgplicht van zorgverzekeraars formaliseren en naar de verzekerde faciliteren door de NZa.

Dit wetsvoorstel leidt tot opheffen van de vrije artskenkeuze en tot verdere tweedeling in de maatschappij. Vele zorgaanbieders moeten stoppen en nieuwe zorgaanbieders worden afgeschrikt om te starten. De wet geeft zorgverzekeraars dictatoriale marktmacht. Zorgverzekeraars falen in hun zorgplicht en met dit wetsvoorstel wordt dit falen gelegitimeerd. De wachtlijsten in de zorg zullen toenemen. Dit wetsvoorstel betekent minachting van de verzekerde/patiënt.

ZKN (Zelfstandige Klinieken Nederland): "De overheid stuurt alleen bij met regulering waar dat nodig is om marktfalen weg te nemen en zo de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg ook voor de langere termijn overeind te houden. Volgens ZKN raakt, middels het wetsvoorstel

‘Bevorderen contractering’ de goede werking van dit systeem verstoord omdat deze marktfaalen niet wegneemt maar juist in de hand werkt.”

De ongecontracteerde status wordt onaantrekkelijk en op den duur onmogelijk gemaakt waardoor aanbieders min of meer **‘gedwongen’** worden om een contract te **tekenen**, ongeacht de inhoud. Hiermee **verdwijnt de onderhandelpositie** van zorgaanbieders, hoeven zorgverzekeraars zich niet meer in te spannen, is op enig moment van enige betekenisvolle marktwerking geen sprake meer en ontbreekt de countervailing power bij de zorgaanbieders. **Daarnaast zijn we van mening dat bij lagere tarieven zorgverzekeraars geen prikkel meer hebben om te contracteren.** Immers, een lager ongecontracteerd tarief is aantrekkelijker dan een hoger gecontracteerd tarief. Dit staat haaks op de doelstelling van het IZA om contractering te stimuleren.

Op deze wijze grendelen zij niet alleen de markt af voor nieuwe toetreders die een impuls kunnen geven aan een goede werking van de zorgsector maar creëren zij ook zelf een situatie van marktfaalen en wordt de **toegankelijkheid van zorg juist belemmerd.**

Wanneer beschikbare capaciteit (van b.v. klinieken) bewust niet of onvoldoende wordt gecontracteerd, ondanks de lange wachttijden, voldoen zorgverzekeraars ons inziens niet aan hun zorgplicht. Dit probleem wordt met het wetsvoorstel in zijn huidige vorm **niet verholpen maar juist vergroot**, omdat er geen prikkel meer zal zijn voor zorgverzekeraars om te contracteren. Dit terwijl in het IZA is afgesproken dat de contracteergraad wordt verhoogd en zorgverzekeraars ruim voldoende gevarieerd aanbod inkopen, waarbij ook innovatieve nieuwe aanbieders in aanmerking komen voor een contract.

In het wetsvoorstel is als uitzondering op de toepasselijkheid van het lager vastgestelde tarief opgenomen dat in geval de zorgverzekeraar niet voldoet aan zijn zorgplicht de verzekerde c.q. de niet-gecontracteerde zorgaanbieder recht heeft op volledige vergoeding en dat er van een korting geen sprake mag zijn. **Voor de zorgaanbieder en patiënt is het echter onvoldoende transparant wanneer er sprake is van het niet voldoen aan de zorgplicht door de zorgverzekeraar. Het wetsvoorstel beoogt het hinderpaalcriterium te verduidelijken maar doet niets ter verduidelijking van de zorgplicht.**

Door de mogelijkheid om de vergoeding voor ongecontracteerde zorg verder te verlagen in combinatie met het niet handhaven op de zorgplicht zal het **aandeel gecontracteerde zorg verlaagd worden in plaats van verhoogd.** Hierdoor zal de toegankelijkheid van de zorg afnemen en de vrije artsenkeuze voor de patiënt verdwijnen, ondanks het hinderpaalcriterium.

De voorgestelde aanpassing van de wetgeving, met name de verlaging van de vergoeding voor ongecontracteerde zorg, kan leiden tot **tweedeling** wanneer slechts een klein deel van de burgers in staat zal zijn om een **restitutiepolis** af te sluiten, of een hoge eigen betaling te veroorloven in het geval van ongecontracteerde zorg of een rechtszaak tegen de zorgverzekeraar te voeren over het hinderpaalcriterium of de nakoming van de zorgplicht.

LOC Waardevolle zorg: *Artikel 13 is absoluut noodzakelijk om de cliënt nog enigszins zelf keuzes te laten maken.*

De vertrouwensband kan zonder Artikel 13 doorgesneden worden als de zorgverzekeraar geen contract meer sluit met deze behandelaar. Zo wordt iemand gedwongen om naar een andere zorgverlener te gaan met wie wel een contract is. Voor veel (kwetsbare) mensen heeft dat grote gevolgen.

De verzekeraars krijgen nog meer macht, terwijl het vertrouwen in de samenleving in verzekeraars, overheden en instituties toch al steeds kleiner wordt.

Zorgverzekeraars Nederland: *Met het oog op de enorme uitdagingen voor de zorg is het van belang dat we de roep om onbeperkte keuze loslaten en ons inzetten voor goede toegang tot zorg met voldoende keuze en betere samenwerking rondom de patiënt.*

Gecontracteerde zorgaanbieders zullen soms ook lastige keuzes moeten maken in hun aanbod en hun organisatie. Dat kan alleen als zij over een langere periode worden gesteund en niet het risico lopen dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders deze transformaties (onbedoeld) ondermijnen door buiten de regionale samenwerkingsafspraken zorgaanbod te creëren.

Zorgverzekeraars zien dat **niet-gecontracteerde aanbieders** steeds meer uitsluitingscriteria hanteren, wat betekent dat zij **vaak ‘zwaardere’ patiënten niet in behandeling nemen.**

Zij bieden hun verzekerden voldoende keuze uit gecontracteerde zorgaanbieders (ruim 90% van de zorgaanbieders is gecontracteerd).

Naast deze ruime keuze aan gecontracteerde zorgaanbieders houden verzekerden met een natura of combinatiepolis óók het recht op vergoeding van zorg van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Zorgverzekeraars moeten daarbij het hinderpaalcriterium in acht nemen.

Het is essentieel dat het wetsvoorstel de onduidelijkheid over het hinderpaalcriterium wegneemt. **Punt van aandacht is dat in het huidige wetsvoorstel de scheidslijn tussen een ‘feitelijke hinderling’ en ‘merkbaar gehinderd’ voor een gemiddelde verzekerde onduidelijk blijft en de gewenste (objectieve) kaders nog ontbreken. Het wetsvoorstel mag die onduidelijkheid niet laten bestaan. We moeten voorkomen dat deze onduidelijkheid wederom leidt tot lange rechterlijke procedures en beleid op basis van jurisprudentie, zoals nu het geval is.**

Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM), prof. dr. M. Varkevisser: *Nog steeds wordt geen duidelijkheid geboden over de hoogte van de vergoeding waar verzekerden recht op hebben. Die ‘hete aardappel’ blijft liggen waar deze nu ook al ligt: bij de zorgverzekeraar en de rechter.*

Rechters nemen beslissingen over de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg, terwijl de wetgever dit zou moeten doen.

- Een oplossing is om verzekerden niet meer dan een maximumbedrag per jaar aan niet-gecontracteerde zorg te laten betalen.
 - Een maximumbedrag biedt duidelijkheid voor alle partijen en moet zorgaanbieders stimuleren om contracten af te sluiten.
-

Erelid NVLF (senior logopediste, gespecialiseerd generaliste M.P.A. (Ineke) Hendriks): *Dit is schijntransparantie en schijnborging van zorg voor iedereen goed toegankelijk.*

Het is de intentie vanuit IZA om zoveel mogelijk in de eerste lijn op te vangen. Dat kan alleen als de eerste lijn kostendekkend kan werken en er contracten gaan komen die vanuit vertrouwen over en weer worden aangegaan (de overbodige controle-protocollen en richtlijnen loslaten). De

haalbaarheid van contractering en het regelen van de zorg worden wederom afgewenteld op de werkvloer en versterken de machtspositie van de zorgverzekeraars. Het merendeel lijkt bedoeld te zijn op de thuiszorg en ggz. Ondertussen gaat deze wet voor iedereen in de eerste lijn gelden!

Anonieme reactie ongecontracteerd vrijgevestigd psychologe:

“Het is aan de overheid om vooral ook de belangen van de meest kwetsbare groepen te beschermen, waarbij het recht op vrije keuze van zorgverlener alsmede het recht op borgen van privacy in GGZ-trajecten m.i. heel zwaar dienen te wegen.

Jaarlijks stelt de NZA tarieven vast die marktconform zijn. Daarbij houdt ze slechts rekening met registraties maar geen rekening met doelgroep, ervaring van therapeut of complexiteit van de zorgvragen die vrijgevestigden krijgen. Het tarief is derhalve net dekkend voor degenen met complexe cliënten, die veel bijscholing volgen. Juist die groep zorgverleners heeft vaak geen contract, simpelweg omdat contracteren een **eenzijdig dictaat van de zorgverzekeraar** is waarin geen enkele ruimte is voor maatwerk. Solopraktijken zijn bij uitstek de plekken waar therapeuten werken die maatwerk leveren. Patiënten en met name solopraktijk zijn de dupe van dit wetsvoorstel.

De **kwaliteitsborging** ligt bij de beroepsverenigingen, het BIG-register en kan worden afgemeten aan de tevredenheid van cliënten. Daar heeft de zorgverzekeraar niets mee van doen.

Wat dit wetsvoorstel betreft gaat het uit van foute, niet objectief te staven aannames, vergroot het de tweedeling in de maatschappij, holt de zorg nog verder uit (waardoor zorg alleen maar duurder, langduriger en complexer gaat worden), treedt het rechten van patiënten met voeten, zorgt het voor rechtsonzekerheid en versterkt het machtspositie van de toch al sterkste partij in het geheel, de zorgverzekeraar.”