

Afz.: Dribergseweg 16c, 3708 JB Zeist

**Uitsluitend per e-mail**

Aan: Tweede Kamerleden (portefeuillehouders zorg)

Zeist, 15 januari 2015

Advocaat : Mr. K. van Berloo  
Inzake : Ronde tafel gesprek 19 januari 2015  
Onze ref. : Position paper Ronde Tafel - 1235  
Tel. : 030 2393386  
Fax : 030 2322722  
E-mail : [berloo@eldermans-geerts.nl](mailto:berloo@eldermans-geerts.nl)

Geachte heer, mevrouw,

U ontvangt deze brief ter voorbereiding op het ronde tafel gesprek op 19 januari aanstaande over de zorg. Ik richt dit bericht aan u als woordvoerder van uw fractie voor dit dossier.

Als advocaat en zorgmakelaar vertegenwoordigen wij een groot aantal eerstelijns zorgaanbieders, ook bij onderhandelingen met zorgverzekeraars over contracten en voorwaarden. In deze onderhandelingen is momenteel geen sprake van een level playing field tussen zorgaanbieder en de zorgverzekeraar. VWS acht dit toelaatbaar, zolang het belang van de consument daarmee wordt gediend.

Hoewel wij begrijpen dat de zorg efficiënt ingekocht moet kunnen worden, en het voor de betaalbaarheid van de zorg van belang is dat de kosten beperkt blijven, is het in onze optiek gewenst – zelfs noodzakelijk – dat een aantal wijzigingen worden doorgevoerd om een evenwichtiger situatie te creëren, overigens zonder dat dit ten koste hoeft te gaan van de inkoopmogelijkheden van zorgverzekeraars.

Hieronder worden daartoe een aantal onderwerpen benoemd, die ieder afzonderlijk dienen te worden beschouwd en niet als totaalpakket, al spreekt voor zich dat wij menen dat al deze onderwerpen aanpassing behoeven. De volgorde van de genoemde onderwerpen zegt niets over prioritering.

1.

**Voor vrije artskeuze is een verbod op het hanteren omzetplafonds in de eerstelijns vereist**

Zorgverzekeraars hanteren omzetplafonds, onder meer voor de eerstelijns GGZ.

Omzetplafonds zijn in onze optiek niet verenigbaar met marktwerking, aangezien daardoor een limiet wordt gesteld aan het aantal patiënten dat behandeld kan worden door een zorgaanbieder. Sterker nog, zorgverzekeraars die een hogere vergoeding over hebben voor een kwalitatief goede zorgaanbieder houden daarmee geen rekening bij het bepalen van het omzetplafond, zodat een kwalitatief betere zorgaanbieder per saldo minder patiënten kan behandelen, omdat deze zorgaanbieder eerder het omzetplafond bereikt heeft.<sup>1</sup> Dat wrikt.

Zodra een zorgaanbieder het omzetplafond heeft bereikt, kan deze niet meer tegen betaling zorg verlenen aan andere patiënten (ook niet als de patiënt zelf wil betalen en/of genoeg neemt met een restitutievergoeding). Omzetplafonds staan dus haaks op de vrije artskeuze en betekenen een beperking van de vrije artskeuze.

Ook bij een restitutiepolis wordt de vrije keuze beperkt, want de verzekeraar maakt geen onderscheid tussen omzetplafond voor natura- en restitutieverzekerden. Zo heeft de patiënt wel recht op vergoeding, maar kan deze niet terecht bij de zorgaanbieder van zijn of haar keuze zodra diens omzetplafond is bereikt. De patiënt kan ook niet de zorg zelf betalen en dan de rekening insturen aan de verzekeraar. De zorgaanbieder is het namelijk op grond van de overeenkomst ook niet toegestaan om voor verzekerde zorg rechtstreeks af te rekenen met de verzekerde. De verzekerde blijft ondanks diens aanspraak dan toch met lege handen staan. Dit geldt ook indien hij eerder onder behandeling is geweest bij die zorgaanbieder en – nadat de behandeling is afgesloten – zich een nieuw probleem voordoet waarvoor hij weer terecht wil bij dezelfde zorgaanbieder. Als het omzetplafond is bereikt moet hij toch op zoek naar een andere zorgaanbieder.

Een verbod tot het hanteren van omzetplafonds voor de eerste lijn kan deze onrechtvaardigheid doorbreken. Eerstelijns zorgaanbieders hebben zelf geen zodanige marktpositie dat zij reëel tegenwicht kunnen bieden en kunnen onderhandelen over een hoger, wel passend plafond.

Bijkomend voordeel van een verbod tot het hanteren van omzetplafonds is dat dit ook positief zal bijdragen aan de wachttijden in de GGZ. Omdat zorgaanbieders hun plafonds over het jaar moeten verdelen, kunnen zij maar een beperkt aantal patiënten per jaar aannemen. Andere patiënten die zich melden kunnen of worden doorverwezen (maar willen dat vaak niet, of kunnen niet worden doorverwezen omdat andere aanbieders ook wachtlijsten hebben) of op de wachtlijst worden geplaatst. De kentering die de laatste jaren in de lange wachttijden is ontstaan wordt zo volledig teniet gedaan. De NZa heeft in een recent rapport (december 2014) vastgesteld dat juist in de GGZ de Treeknormen worden overschreden.

---

<sup>1</sup> Voorbeeld. Zorgaanbieder A heeft een pluscontract en krijgt daardoor 1200 euro per behandeltraject. Zorgaanbieder B voldoet niet aan de aanvullende voorwaarden voor een pluscontract en krijgt daarom een tarief van 800 euro per behandeltraject. Beide zorgaanbieders werken in dezelfde regio en krijgen een omzetplafond toegekend van 24000 euro. Zorgaanbieder A -die kwalitatief beter is- kan daarvoor 20 patiënten behandelen. Zorgaanbieder B -die als kwalitatief lager gewaardeerd wordt- kan met zijn omzetplafond 30 patiënten behandelen.

Dat is uiterst onwenselijk, nu o.a. psychische problematiek snel kan verergeren wanneer de behandeling niet wordt ingezet, terwijl patiënten vaak toch al lang wachten voordat zij psychologische hulp zoeken. Als gevolg daarvan zijn vaak zwaardere typen van zorg noodzakelijk. De daarmee gemoeide kosten zijn zoals bekend vele malen hoger dan kosten voor laagdrempeliger GGZ. Als dat al niet aan de orde is dan worden de kosten door de wachtlijsten uitgesteld in plaats van beperkt. Op welke manier de omzetplafonds dan bijdragen aan het beheersen van de kosten zien wij niet in. Daarnaast is het – los van het kostenaspect – onacceptabel vanuit de patiënt zelf gezien.

Omzetplafonds zijn een te eenvoudig en bovendien oncontroleerbaar sturingsinstrument voor verzekeraars om het risico van overschrijding van kosten te leggen bij de zorgaanbieder en, omdat deze het plafond bereikt heeft, uiteindelijk bij de patiënt. Wij zien een tendens dat verzekeraars de omzetplafonds 2015 sterk verlaagd hebben ten opzichte van 2014. Zo heeft een grote verzekeraar bij de overgang van 2014 naar 2015 de plafonds in de GGZ in sommige gevallen met 50 tot 70% verlaagd, waarbij hooguit 20% van deze omzetverlaging is toe te schrijven aan een verschuiving van de Jeugdzorg naar de gemeente! Dit verergert de wachtlijstenproblematiek alleen maar.

Qua uitvoering is een dergelijk verbod makkelijk mee te nemen als motie in het kader van aanpassing van het wetsvoorstel tot behandeling van artikel 13 Zorgverzekeringswet.

## **2. Spreekverbod**

In contracten of algemene inkoopvoorwaarden leggen diverse verzekeraars restricties op over wat zorgaanbieders met verzekerden mogen communiceren. Zo vereist VGZ dat voor iedere bericht dat aan meer dan één verzekerde wordt gestuurd met de naam van VGZ of een label van VGZ voorafgaande toestemming door de verzekeraar verleend moet worden op straffe van een boete en tussentijdse beëindiging van de overeenkomst.

Dergelijke beperkingen zijn niet van deze tijd en staan eraan in de weg dat de zorgaanbieder in het belang van de patiënt aan de bel trekt over het handelen van een verzekeraar. Tekenend is overigens dat deze bepaling één kant op werkt en de zorgverzekeraar zich kennelijk wel de vrijheid voorbehoudt om zich over de zorgaanbieder uit te laten.

Dergelijke bepalingen zullen ook in de weg kunnen staan aan het verstrekken van transparante informatie door de zorgaanbieder over wat goede verzekeringen zijn voor de verzekerde, gelet op de zorg die deze nodig heeft.

In de praktijk hebben met name kleinere eerstelijns zorgaanbieders onvoldoende mogelijkheid zich te verweren tegen dergelijke bepalingen. Teneinde te voorkomen dat zij mond dood worden gemaakt, is een verbod op dergelijke bepalingen noodzakelijk.

Op zijn minst is nodig dat de Minister kenbaar maakt dat dit soort bepalingen ongewenst zijn en zonodig de NZa gevraagd wordt te onderzoeken welke maatregelen daartegen genomen kunnen worden.

### 3.

#### **Good contracting practices**

De good contracting practices zijn opgesteld door de NZa om richtlijnen te geven voor het contracteerproces. De NZa heeft evenwel aangegeven dat dit geen bindende richtlijnen zijn en slechts een maatstaf. De NZa handhaaft deze richtlijnen niet en registreert alleen signalen naar aanleiding van het handelen in strijd met deze richtlijnen. Dit komt het contracteerproces niet ten goede. Het is wenselijk dat er duidelijke en afdwingbare richtlijnen zijn die ook bindend moeten zijn voor de zorgverzekeraar. Daarbij is het wenselijk dat er ook een sanctie staat op handelen in strijd met deze richtlijnen. De NZa moet tenminste de mogelijkheid hebben om handhavend op te treden bij schending van de good contracting practices.

### 4.

#### **Verbod op opnemen bepaling in overeenkomsten voor zorgaanbieders om zelf betaling te vragen aan verzekerden.**

Het is inmiddels bijna gemeengoed in de algemene inkoopvoorwaarden van zorgverzekeraars om daarin op te nemen dat het vragen van betaling aan de verzekerde zelf voor verzekerde zorg niet is toegestaan. Hoewel de gedachte achter deze bepaling begrijpelijk is: voorkomen van misbruik, levert het in praktijk problemen op.

Verzekerden die ervoor kiezen om zelf voor zorg te betalen, bijvoorbeeld om privacy-redenen, lopen er nu tegen aan dat zij bij gecontracteerde zorgaanbieders niet terecht kunnen. De reden om zelf te willen betalen is veelal omdat zij niet willen dat er ten aanzien van henzelf of een kind bijvoorbeeld een DSM-stoornis wordt geregistreerd. Indien deze personen niet naar een zorgaanbieder kunnen, omdat het deze niet vrij staat hen – op factuurbasis – te helpen, heeft dit als risico in zich dat deze personen dan geen hulp zoeken, met alle gevolgen van dien.

De zorgaanbieder die deze wens van de verzekerde wil faciliteren komt in een conflict tussen enerzijds de wens van de patiënt en anderzijds een contractueel verbod om verzekerde zorg op eigen verzoek bij de patiënt in rekening te brengen. Dit is onwenselijk. Een verbod voor het opnemen van een dergelijke bepaling is wenselijk. Daarbij kan ter voorkoming van misbruik worden opgenomen dat de zorgaanbieder in een dergelijk geval de patiënt middels een vooraf vastgesteld formulier moet laten verklaren dat deze bewust afstand doet van een recht op vergoeding.

Daarnaast stellen een aantal zorgverzekeraars in overeenkomsten de voorwaarde dat de contractant voor niet onder de polisdekking vallende aanvullende zorg dezelfde tarieven hanteert als voor de wel verzekerde zorg. Dat staat in de weg aan marktwerking, want de zorgaanbieder zal juist voor die zorg op kwaliteit en prijs moeten kunnen concurreren.

Bovendien heeft de verzekeraar bij een dergelijke voorwaarde geen enkel belang. Ook deze praktijk moet worden tegengegaan in het kader van een meer evenwichtig level playing field.

## 5.

### **Opname eerstelijns GGZ bij 13 ZVW**

Bij het wetsvoorstel inzake wijziging van artikel 13 Zorgverzekeringswet is op het allerlaatste moment de eerstelijns GGZ uitgezonderd van de bescherming van het hinderpaalcriterium. Dit is niet wenselijk, aangezien de eerstelijns GGZ een relatief goedkope vorm van zorg is door veelal kleine aanbieders die onvoldoende tegenkracht kunnen bieden tegen een machtige verzekeraar. Deze groep zorgaanbieders moet terug kunnen vallen op een redelijke restitutievergoeding indien de condities van de overeenkomst van de betreffende verzekeraar voor hen niet acceptabel zijn. Dit moet niet alleen gelden voor een psycholoog die uitsluitend werkzaam is voor welgestelde burgers, maar moet ook voor psychologen die zich bezighouden met burgers met een kleine beurs. In het kader van de behandeling van het wetsvoorstel omtrent het afschaffen van de vrije artskeuze, dat vooralsnog gestrand is in de Eerste Kamer, en de amendementen daarop, is geen motivering ten aanzien van het op het laatste moment schrappen van deze doelgroep. Het is wenselijk dat deze doelgroep – eerstelijns GGZ – net als de overige eerstelijns aanbieders onder deze bescherming vallen, ingeval het wetsvoorstel alsnog wordt aanvaard.

## **6. Nadere invulling hinderpaalcriterium voor eerste lijn**

In het door de Eerste Kamer verworpen wetsvoorstel was uitsluitend voorzien in een bepaling in algemene termen ten aanzien van het hinderpaalcriterium. Dit betekent dat er drie parameters zijn waarbij er onduidelijkheid bestaat en waar meer duidelijkheid gewenst is:

- a. Wat is het minimum percentage dat dient te worden vergoed?
- b. Hoe wordt vastgesteld wat een marktconform tarief is?
- c. Wanneer is er onvoldoende zorg ingekocht?

### *Ad a. Wat is het minimum percentage dat dient te worden vergoed?*

In recente jurisprudentie van de Hoge Raad is aangenomen 75-80% van een marktconform tarief als restitutievergoeding voor ongecontracteerde zorg een breed gedragen veldnorm is. In de praktijk wordt echter duidelijk dat zorgverzekeraars ook andere percentages hanteren, tot wel 50% voor budgetpolissen, ook voor de disciplines die zouden vallen onder de bescherming van 13 Zvw (nieuw). De argumentatie is dan dat 50% vergoeding voor die vormen van zorg geen hinderpaal is.

Dit zou betekenen dat voor iedere vorm van zorg apart naar de rechter gestapt moet worden om daar het concrete vergoedingspercentage te laten vaststellen. Voor een verzekerde is dan niet meer goed na te gaan wat deze vergoed zal krijgen bij bepaalde typen zorg. Want in dezelfde

polis kan de vergoeding voor psychologische zorg bij een ongecontracteerde aanbieder 80% zijn, terwijl dit voor farmaceutische zorg 50% is.

Het laten voortbestaan van deze onduidelijkheid is niet wenselijk, want intransparant en voor de verzekerde onwerkbaar. Want niet iedereen zal de gang naar de rechter kunnen of willen maken. Het is daarom van belang dat de breed gedragen veldnorm, 75%-80% van het marktconforme tarief, zoals door de Hoge Raad genoemd, als minimumnorm in de wet wordt vastgelegd.

Ad b. Hoe wordt vastgesteld wat marktconform is?

De methodieken die zorgverzekeraars hanteren zijn divers en variëren van een vast bedrag, het gemiddeld door de verzekeraar zelf gecontracteerde tarief en een verwijzing naar het marktconforme tarief zonder dat nader in te vullen. In de praktijk weet zowel de zorgaanbieder als de verzekerde niet waar hij/zij aan toe is. Bovendien is het in veel gevallen de vraag of de zorgverzekeraar de betreffende eis kan stellen. Het gemiddelde gecontracteerde tarief is bijvoorbeeld een vreemde maatstaf. Een verzekeraar die dat uitgangspunt hanteert en – als gevolg van een heel laag tarief – maar weinig zorgaanbieders bereid heeft gevonden om een overeenkomst aan te gaan, zou dan ook maar een beperkt percentage van dit lage tarief behoeven te vergoeden. Het is wenselijk dat voor de bescherming van de vrije artskeuze geborgd wordt een nadere inkadering van het begrip “marktconform” op te nemen, waarbij bijvoorbeeld als uitgangspunt genomen kan worden het door de NZa vastgestelde tarief (dat is er niet voor niets) of, ingeval van vrije tarieven, het gemiddeld in Nederland door alle zorgverzekeraars gecontracteerde tarief.

Ad c. Wanneer is er onvoldoende zorg ingekocht?

De lijn die thans gehanteerd wordt lijkt te gelden ten aanzien van de beantwoording van de vraag of afdoende zorg is ingekocht, is gebaseerd op het al dan niet massaal klagen door verzekerden. Dit is een vreemde en diffuse maatstaf die niet gebaseerd is op objectieve criteria. Ook hiervoor is een nadere inbedding in de wetgeving wenselijk. Hierbij kan gedacht worden aan een minimale contracteergraad die behaald moet worden. Daarbij ligt het voor de hand dat de bewijslast dat voldoende zorg is ingekocht komt te rusten bij de zorgverzekeraar. Daarbij zou als sanctie moeten gelden dat, indien deze contracteergraad in een bepaalde regio niet gehaald is, de verzekeraar gehouden is ook aan ongecontracteerde zorgaanbieders 100% van het marktconforme tarief te vergoeden.

## **7. Beperk het aantal polissen en schaf de budgetpolis af**

De keuze in het aantal polissen heeft tot gevolg dat verzekerden door de bomen het bos niet zien en mede om reden niet overstappen vanwege keuzestress.

Bij budgetpolissen is de verzekerde zich bovendien vaak onvoldoende bewust van de consequenties. Want hoewel de zorgaanbieder om de hoek vaak wel gewoon een contract heeft met het hoofdlabel van de verzekeraar, is deze niet altijd eveneens geselecteerd voor de budgetpolis. Ook in de contractsonderhandelingen komt vaak onvoldoende naar voren dat een zorgaanbieder geen zorg mag leveren voor een budgetlabel. Hierdoor kan de zorgaanbieder zijn bestaande patiënten daar ook niet op wijzen, met als gevolg dat een verzekerde ineens niet meer bij de bestaande zorgaanbieder terecht kan.

De verzekerde heeft behoefte aan een beperkte maar duidelijke keuze voor een overzichtelijk aantal polissen.

#### **8. Verbied beperkingen die niet uit de polisvoorwaarden zelf voortvloeien**

In de praktijk is vaak sprake van een discrepantie tussen de aanspraak van de verzekerde en de behandelmogelijkheden van de zorgaanbieder. Een eerder genoemd voorbeeld is het omzetplafond. Een verzekerde heeft dan wel recht op vergoeding, maar de zorgaanbieder kan dan geen zorg leveren, althans niet tegen betaling.

Zorgverzekeraars hanteren in hun contracten ook andere mechanismen die haaks staan op toezeggingen in de polis. Voorbeelden zijn het gebruik van benchmarks of behandelindexen, bij afwijking waarvan een audit of controle door de zorgverzekeraar volgt of uitsluiting van een contract. Met benchmarks en behandelindexen sturen zorgverzekeraars op het terugdringen van het aantal behandelingen per patiënt. Dit heeft tot gevolg dat het zorgaanbieders patiënten die relatief weinig zorg nodig liever behandelen en patiënten die veel zorg nodig hebben zelfs mijden. Deze patiënten worden daarmee beperkt in hun vrije keuze van behandelaar.

Uiteraard zijn wij te allen tijde tot nadere toelichting bereid.

Met vriendelijke groet,

Eldermans|Geerts  
Karik van Berloo