

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:

Rijnstraat 50
2551 XP Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk

197314-117157-Z

Uw kenmerk

2104Z1178

Bijlagen

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 13 maart 2014

Betreft Commissiebrief inzake Reactie Psychologen Weerdsingel m.b.t.
hinderpaalcriterium

Geachte voorzitter,

Ik ontving op 30 januari 2014 uw brief met het verzoek een reactie te geven op een tweetal brieven van Psychologen Weerdsingel te Utrecht. Ik zal hieronder in gaan op de diverse aspecten die in deze brieven aan de orde worden gesteld.

Onderhandelingsproces en gestelde eisen door verzekeraars

Eén van de briefschrijvers geeft aan al jaren geen contracten met zorgverzekeraars te tekenen omdat er geen sprake is van een onderhandelingsproces tussen zorgverzekeraars en psychologen/psychotherapeuten. Volgens de betrokkene worden belachelijke eisen gesteld door zorgverzekeraars en moet er "getekend worden bij het kruisje".

Het is mij bekend dat met name kleine zorgaanbieders en/of vrijgevestigde zorgaanbieders het onderhandelingsproces met verzekeraars niet ervaren als een onderhandelingsproces maar als een eenzijdig voorstel van de kant van de verzekeraars. Vanwege de relatief grote omvang van het aantal vrijgevestigde psychologen/psychotherapeuten en paramedici (zoals fysiotherapeuten, logopedisten en ergotherapeuten)¹ is het voor zorgverzekeraars erg lastig om met elke aanbieder individuele contractonderhandelingen te voeren, vandaar dat de contractering veelal digitaal verloopt. Dit kan door zorgaanbieders worden ervaren als dat er geen andere keuze is dan te tekenen bij het kruisje.

Uiteraard is het wel van belang dat de zorgverzekeraar goed bereikbaar is voor de zorgaanbieder en dat er sprake is van een behoorlijk contracteringsproces. De NZa heeft ten behoeve van het onderhandelingsproces een handreiking geformuleerd (Good Contracting Practices) waarin de voornaamste knelpunten bij het contracteren met vrije beroepsbeoefenaren in kaart zijn gebracht en aanbieders en zorgverzekeraars aangeven hoe die opgelost kunnen worden. De NZa verwacht dat partijen zich aan de geschetste kaders houden. Indien dat niet gebeurt, kan de NZa optreden door nadere regels te stellen.

¹ In 2011 waren er 4.286 zorgaanbieders in de eerstelijns psychologische zorg, in 2010 waren er 522 vrijgevestigde psychiaters in de tweedelijns zorg (bron: Marktscan GGZ, NZa, februari 2013). In 2010 waren er 16.410 extramuraal werkzame fysiotherapeuten (bron: Marktscan eerstelijns bewegingszorg, NZa, juli 2013).

Voor wat betreft het stellen van eisen door zorgverzekeraars, kan ik aangeven dat zorgverzekeraars privaatrechtelijke instanties zijn. Het is de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars zelf om te bepalen welke extra criteria zij hanteren bij de zorginkoop. Zorgverzekeraars maken hierin individuele beslissingen.

Uitvoeren van behandelingen door niet gekwalificeerd personeel

De schrijvers van de brieven maken zich zorgen over de kwaliteit van de zorg die nieuwe GGZ-instellingen leveren. Uit onderzoek² blijkt dat zorgverzekeraars voorzichtig zijn met het inkopen van zorg bij instellingen die ze niet kennen en waarvan ze niet bij voorbaat weten of de kwaliteit van de zorg goed is. Ten aanzien van dit punt wil ik benadrukken dat nieuwe zorgaanbieders uiteraard net als alle zorgaanbieders verantwoorde zorg moeten leveren. Ook nieuwe aanbieders moeten voldoen aan richtlijnen, kwaliteitsstandaarden en de regels voor hoofdbehandelaarschap. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet toe op de naleving hiervan. En net als alle aanbieders moeten ook nieuwe aanbieders de effectiviteit van de zorg meten. Nieuwe aanbieders denken dat zij het beter kunnen of goedkoper en dagen de al bestaande aanbieders uit. Deze dynamiek is cruciaal voor een sector. Ook voor de zorg! Ik koester dan ook de ruimte voor nieuwe toetreding en monitor of deze dynamiek in de praktijk voldoende kans krijgt.

Voorts wordt in de brieven opgemerkt dat psychologen en verpleegkundigen soms worden ingezet als POH-GGZ met betaling via de tweede lijn.

Dit wil ik graag enigszins nuanceren. Zoals ik in mijn voorhangbrief van 17 mei 2013 (117090-103676-CZ) heb aangegeven, mogen met ingang van 2014 ook andere aanbieders dan huisartsen de functie POH GGZ aanbieden. Voorwaarde voor een dergelijke constructie is dat hierover een afspraak is gemaakt met de huisarts en zorgverzekeraar en dat de praktijkondersteuner werkt onder de inhoudelijke verantwoordelijkheid van de huisarts. De huisarts is eindverantwoordelijk voor de zorg die de praktijkondersteuner levert en voor een eventuele doorverwijzing van een cliënt naar de generalistische basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ. De huisarts en eventueel andere zorgaanbieders zijn vrij om af te spreken hoe de kosten en baten uit het POH-GGZ inschrijftarief en het POH-GGZ consulttarief onderling worden verevend. Daarvoor is er vanaf 2014 de prestatie 'Onderlinge dienstverlening t.b.v. POH-GGZ'. Met deze prestatie kan de huisarts kosten voor bijvoorbeeld managementtijd of praktijkruimte bij de andere zorgaanbieder in rekening brengen, als partijen daarover een overeenkomst hebben afgesloten. Verder is in het kader van het bestuurlijk akkoord dat ik met onder andere de Landelijke Huisartsen Vereniging heb gesloten, afgesproken dat wordt gewerkt aan een functieprofiel en een competentieprofiel voor de praktijkondersteuner GGZ.

Wijziging art 13 en macht verzekeraars

De schrijvers van de brieven maken zich tevens zorgen of zorgverzekeraars niet te veel macht krijgen indien artikel 13 van de Zvw wordt aangepast. Tevens maken zij zich zorgen over de keuzevrijheid van verzekerden.

Met de voorgestelde wijziging van artikel 13 wordt het 'hinderpaalcriterium' losgelaten, zodat verzekeraars zelf de hoogte van de vergoeding van niet-

² Q-Consult, Rapportage uitvraag contractering curatieve GGZ, Kamerstukken Tweede Kamer 25 424 nr. 239.

gecontracteerde zorg kunnen bepalen. Zorgverzekeraars kunnen dan bepalen om bijvoorbeeld 100%, 80%, 50% of een ander percentage te vergoeden maar kunnen ook besluiten om geen vergoeding te verstrekken voor niet-gecontracteerde zorg. Voor verzekerden zal het in deze nieuwe situatie volstrekt helder zijn wie wel en wie niet is gecontracteerd en wat de vergoeding is die bij de verschillende polissen hoort. De vrijheid is aan de verzekerde om de ene of de andere polis te kiezen. De verzekeraar kan zonder dit 'hinderpaalcriterium' besluiten om zorginstellingen/beroepsbeoefenaren die matig presteren, te hoge tarieven vragen of onvoldoende samenwerken niet te contracteren en (natura)verzekerden voor deze niet-gecontracteerde zorg geen of een lagere vergoeding geven. Overigens contracteren zorgverzekeraars uiteraard sowieso niet meer dan nodig voor hun verzekerden.

Ons kenmerk
197314-117157-Z

Mocht er overigens sprake zijn van aanwending van marktmacht in het nadeel van de patiënt of verzekerde, dan is er reden om op te treden op basis van de Mededingingswet of de Wmg, zowel de ACM als de NZa zijn hier waakzaam.

Wat betreft de keuzevrijheid van verzekerden, dit is een belangrijk aspect in ons stelsel. Daarom kunnen verzekeringsplichtigen op dit moment kiezen voor een natura- of restitutiepolis, kunnen ze jaarlijks van zorgverzekeraar wisselen en is een naturaverzekeraar verplicht om zoveel zorg te contracteren, dat zijn verzekerden die op de zorg zijn aangewezen, deze binnen redelijke termijn en afstand kunnen verkrijgen. In de praktijk betekent dit laatste dat verzekerden - behalve mogelijk bij zeer gespecialiseerde zorg die slechts door één zorgaanbieder wordt aangeboden - de keuze hebben uit meerdere zorgaanbieders. Ik verwacht dat verzekeraars, vanuit concurrentieoogpunt, een breed aanbod zullen blijven contracteren en de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg weloverwogen zullen vaststellen.

De positie van verzekerden wordt naar mijn mening op twee manieren versterkt met de aanpassing van artikel 13 Zvw.

Ten eerste ontstaat door de voorgestelde wetswijziging een prikkel voor zorgverzekeraars om uiterlijk zes weken voorafgaand aan het nieuwe polisjaar bekend te maken welke zorgaanbieders zij gecontracteerd hebben. Dit zet druk op zorgverzekeraars om tijdig hun contracten met zorgaanbieders te sluiten. De zorgverzekeraar zal namelijk de volledige kosten van zorg moeten vergoeden als een verzekerde zes weken voor het einde van het jaar niet had kunnen weten dat een door hem ingeroepen zorgaanbieder niet gecontracteerd was. Hiermee wordt de transparantie voor de verzekerde vergroot. Voor de verzekerde is dan namelijk zes weken voorafgaand het nieuwe polisjaar bekend welke zorgaanbieders zijn gecontracteerd. Dit kan hij dan mee laten wegen bij de keuze voor een zorgverzekering.

Daarnaast zal door de beoogde wetswijziging artikel 13 Zvw niet langer kunnen worden toegepast op de restitutiepolis. Als de zorg is verzekerd op basis van restitutie heeft de verzekerde altijd recht op een in Nederland gebruikelijke marktconforme vergoeding, ongeacht of de zorg gecontracteerd is of niet. Er ontstaat dus een meer transparante polismarkt, waar de verzekerde kan kiezen tussen een naturapolis, een 'zuivere' restitutiepolis of een combinatiepolis.

Controle op declaraties door verzekeraars

De schrijvers van de brieven geven aan dat zij, als ongecontracteerde zorgaanbieders, door de NZa en zorgverzekeraars vaak worden weg gezet als fraudeurs. Waar de declaratie van de niet-gecontracteerde aanbieder vaak na controle door de verzekerde zelf wordt ingediend bij de verzekeraar, komt de declaratie van de gecontracteerde zorgaanbieder direct bij de zorgverzekeraar terecht zonder dat de verzekerde deze gezien heeft.

In het zorgverzekeringsstelsel hebben zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid gekregen om de zorg in te kopen bij zorgaanbieders voor hun verzekerden. Daarnaast hebben zij de taak om de declaraties die zij ontvangen te controleren. Immers, alleen declaraties voor zorg die aan de wettelijke eisen voldoet, mogen via de risicoverevening collectief gefinancierd worden. Volgens de NZa zijn de controles nog lang niet voldoende en dienen ze geïntensiveerd te worden. De NZa constateert dat zorgverzekeraars werken aan het verbeteren van hun controles³. Zo is de branchevereniging Zorgverzekeraars Nederland het programma 'Zinnige zorg, zuivere rekening' gestart. Bovendien neemt Zorgverzekeraars Nederland deel aan de Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ). Samen met de NZa zie ik er nauwgezet op toe dat zorgverzekeraars daadwerkelijk verbeteringen aanbrengen.

Verder werk ik momenteel samen met zorgverzekeraars en zorgaanbieders aan het verbeteren van de inzichtelijkheid van de zorgdeclaratie. De informatie op de zorgdeclaratie wordt uitgebreid en voor verzekerden inzichtelijk via de "mijnomgeving" op de website van zijn verzekeraar. Dit stelt verzekerden/patiënten in staat om declaraties te controleren op mogelijke onjuistheden en biedt hen inzicht in de gemaakte zorgkosten.

Declaraties van niet-gecontracteerde aanbieders die niet vergoed worden

Tot slot wordt gemeld dat verzekeraars declaraties van niet-gecontracteerde zorgaanbieders niet altijd vergoeden aan verzekerden, ook indien een rechter uit spreekt dat een verzekerde recht heeft op vergoeding. De schrijvers van de brieven vragen zich af waarom de NZa in dit geval niet ingrijpt.

Indien een verzekerde van mening is dat een verzekeraar ten onrechte niet over gaat tot vergoeding van een declaratie van een zorgaanbieder, dan dient de verzekerde hierover ten eerste een bezwaar in te dienen bij zijn zorgverzekeraar. Mocht de verzekerde er niet uitkomen met zijn zorgverzekeraar, nadat de verzekerde de zorgverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, dan kan de verzekerde direct naar de Burgerlijk rechter stappen of naar de Stichting Klachten en Geschillen Commissie Zorgverzekeringen (SKGZ). Het doel van de SKGZ is het helpen oplossen van problemen tussen de verzekerde en zijn zorgverzekeraar. Is de verzekerde het niet eens met de uitspraak van de SKGZ dan kan hij alsnog naar de Burgerlijk rechter.

Verzekerden kunnen problemen met hun zorgverzekering overigens ook melden bij de NZa. Voor het goed uitvoeren van haar toezichthoudende taak zijn signalen van verzekerden belangrijk voor de NZa. Signalen geven de NZa inzicht in het functioneren van de markt, van een individuele zorgverzekeraar of zorgaanbieder en kunnen aanleiding geven tot onderzoek. De NZa mengt zich echter niet in individuele

³ Kamerstukken II 2012-2013, 28828, nummer 54.

geschillen tussen een verzekerde en een zorgverzekeraar. Dergelijke geschillen dienen in beginsel tussen partijen zelf te worden opgelost, zoals hierboven geschetst.

Ons kenmerk
197314-117157-Z

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers