

Kenmerk	W13.19.0217/III
Datum aanhangig	18 juli 2019
Datum vastgesteld	16 oktober 2019
Datum advies	18 oktober 2019
Datum publicatie	16 juni 2022
Vindplaats	Website Raad van State

Volledige tekst

Bij Kabinetsmissive van 18 juli 2019, no.2019001453, heeft Uwe Majesteit, op voordracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bij de Afdeling advisering van de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het voorstel van wet tot wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het bevorderen van zorgcontractering, met memorie van toelichting.

Het wetsvoorstel regelt een wettelijke mogelijkheid om de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg vast te stellen voor nader aan te wijzen sectoren. Daarnaast wordt het zogeheten hinderpaalcriterium wettelijk vastgelegd.

De Afdeling advisering van de Raad van State onderkent dat de toename van niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging en delen van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) nopen tot het treffen van maatregelen. Om de toename van het aantal uren niet-gecontracteerde zorg te beperken acht de Afdeling het echter in de eerste plaats noodzakelijk om te komen tot een adequate omschrijving van de te leveren zorg in deze sectoren en een bekostigingswijze die is gebaseerd op te leveren prestaties, in plaats van op gedeclareerde uren.

Bovendien acht de Afdeling op voorhand niet duidelijk waarom de mogelijkheid wordt gecreëerd ook andere sectoren aan te wijzen, nu de problematiek zich in andere sectoren niet in dezelfde mate lijkt voor te doen. Ten slotte adviseert de Afdeling nader toe te lichten hoe het hinderpaalcriterium en de uitgangspunten voor de hoogte van de vast te stellen vergoeding zich tot elkaar verhouden. In verband daarmee dient het voorstel nader dient te worden overwogen.

1. Inleiding

Het stelsel van de Zorgverzekeringswet (Zvw) gaat uit van zorgverzekeraars die namens hun verzekerden contracten afsluiten met zorgaanbieders. Een contract tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder bevat onder meer afspraken over prijs en aantallen behandelingen. Partijen houden daarbij rekening met de in hoofdlijnenakkoorden afgesproken omzetplafonds.

Bij de contractering wordt gebruik gemaakt van zogenoemde diagnose behandelcombinaties (dbc's), die worden vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Een dbc bevat alle handelingen die gemiddeld nodig zijn om bij een patiënt een diagnose te stellen en een behandeling te verrichten. Een contract is dus een afspraak over p x q (prijs maal aantallen dbc's).

Daarnaast bevatten de contracten onder meer afspraken over de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening. Doel van deze doelmatigheidsafspraken is beheersing van de zorgkosten. Dit vertaalt zich onder meer in een lagere premie voor de verzekerde. Tegenover deze lagere premie staat dat de verzekerde in beginsel alleen zorg afneemt van gecontracteerde zorgaanbieders. Wil een verzekerde liever zelf een zorgaanbieder kunnen kiezen, dan ligt een restitutiepolis meer voor de hand. Daar staat dan wel een hogere premie tegenover.

Op de voorgaande systematiek is een uitzondering gemaakt in artikel 13 Zvw. Daarin is bepaald dat een zorgverzekeraar ook in geval van een naturapolis verplicht is zorg te vergoeden die een verzekerde heeft afgenomen van een andere zorgaanbieder dan waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft gesloten. De zorgverzekeraar mag de hoogte van die vergoeding echter wel zelf bepalen. In de praktijk betekent dit dat deze vergoeding lager uitvalt. Doel daarvan is dat de verzekerde wordt geprikkeld om gecontracteerde zorg af te nemen. De hoogte van de vergoeding mag volgens jurisprudentie echter niet zo laag zijn dat deze de verzekerde verhindert om zorg af te nemen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, het zogeheten 'hinderpaalcriterium'. (zie noot 1)

2. Betekenis van het voorstel

a. Wettelijk vaststellen vergoeding wijkverpleging en delen GGZ

Volgens de toelichting is de aanleiding voor het wetsvoorstel gelegen in de uitkomsten van verschillende onderzoeken (zie noot 2) waaruit is gebleken dat het aandeel niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging en delen van de GGZ fors toeneemt. Bovendien is gebleken dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders meer uren zorg declareren, wat niet kan worden verklaard door kenmerken van de cliënten of door andere resultaten van de zorgverlening. (zie noot 3)

Het voorstel beoogt daarom te bevorderen dat zorgaanbieders met zorgverzekeraars een contract sluiten en dat verzekerden vooral gecontracteerde zorg afnemen. Als sluitstuk van andere maatregelen (zie noot 4) introduceert het voorstel daarom de wettelijke mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg vast te stellen in nader aan te wijzen sectoren. (zie noot 5) Deze vergoeding wordt op een zodanige hoogte vastgesteld dat de zorgaanbieder een deel van de rekening bij de verzekerde zal moeten neerleggen, omdat de vergoeding niet kostendekkend is. (zie noot 6) Wel is hierop het hinderpaalcriterium van toepassing. (zie noot 7)

De Afdeling onderschrijft dat de ontwikkelingen van de niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging en delen van de GGZ aanleiding geven om maatregelen te treffen. Om de toename van het aantal uren niet-gecontracteerde zorg te beperken acht de Afdeling het echter in de eerste plaats noodzakelijk om te komen tot een adequate omschrijving van de te leveren zorg in deze sectoren en een bekostigingswijze die is gebaseerd op te leveren prestaties, in plaats van gedeclareerde uren. De Afdeling wijst daarbij op het volgende.

Uit hierboven genoemde onderzoeken blijkt dat er sprake is van een niet te verklaren toename van het aantal geïndiceerde uren in de niet-gecontracteerde zorg ten opzichte van

gecontracteerde zorg. In deze sectoren lijkt het leveren van niet-gecontracteerde zorg zogezegd lucratief ten opzichte van het leveren van gecontracteerde zorg. Dit wordt deels veroorzaakt door een volumeprikkel in de bekostiging in beide sectoren. In de wijkverpleging is de bekostiging ingericht op het declareren van geleverde uren. (zie noot 8) In de GGZ is er weliswaar gedeeltelijk sprake van dbc's, maar ook daarin is sprake van een prikkel tot het leveren van meer uren zorg. (zie noot 9) In de gecontracteerde zorg wordt de mogelijkheid daartoe beperkt door de afspraken met de zorgverzekeraar. Daarin wordt immers rekening gehouden met de geldende omzetplafonds. Dit omzetplafond wordt door zorgaanbieders in de wijkverpleging en de GGZ expliciet als reden genoemd om af te zien van een contract met de zorgverzekeraar. (zie noot 10)

Daarbij komt dat zorgverzekeraars de doelmatigheid van de geleverde zorg moeilijk kunnen controleren, omdat anders dan in andere onder de Zvw vallende sectoren, in de wijkverpleging en in delen van de GGZ een duidelijke omschrijving van de te leveren zorg vooralsnog ontbreekt. (zie noot 11) In combinatie met de zorgplicht voor verzekeraars in de Zvw en het hinderpaalcriterium leidt dit tot een prikkel voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders om zoveel mogelijk uren te indiceren. Zo bezien is het niet verwonderlijk dat het aandeel niet-gecontracteerde zorg in deze sectoren eveneens is toegenomen.

Gelet op het voorgaande is het echter de vraag of een vast te stellen vergoeding een afdoende prikkel zal zijn voor zorgaanbieders om een contract te sluiten met de zorgverzekeraars en voor verzekerden om te kiezen voor gecontracteerde zorg. De mogelijkheid bestaat zelfs dat zorgaanbieders door vaststelling van de vergoeding juist worden aangezet tot het indiceren van meer uren zorg om zo het verschil in omzet als gevolg van het vaststellen van de vergoeding te compenseren.

Daarbij komt dat de hoogte van de vergoeding weliswaar lager mag worden vastgesteld, maar toch niet zodanig laag dat het voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal vormt om de zorg van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder af te nemen. Ook wanneer de vergoedingen voor niet-gecontracteerde zorg worden vastgesteld, dient het hinderpaalcriterium te worden gerespecteerd. Bovendien valt op voorhand niet uit te sluiten dat zorgaanbieders alsnog ervoor zullen kiezen om de kosten niet of slechts gedeeltelijk door te berekenen aan de verzekerden. Het wetsvoorstel maakt dit niet onmogelijk.

Gelet op het voorgaande acht de Afdeling het in de eerste plaats noodzakelijk om te komen tot een adequate omschrijving van de te leveren zorg in deze sectoren en een bekostigingswijze die zo min mogelijk is gebaseerd op urendeclaratie, maar op prestaties.

b. Wettelijk vaststellen vergoeding andere sectoren Zvw

Hoewel de problematiek van de wijkverpleging en delen van de GGZ de aanleiding vormt voor de voorgestelde regeling, is deze niet tot deze sectoren beperkt. Het wetsvoorstel voorziet immers in een algemene regeling voor nader bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen sectoren. Zoals de Afdeling hiervoor heeft opgemerkt doet de problematiek van de toename van het aantal uren niet-gecontracteerde zorg zich met name voor in de wijkverpleging en delen van de GGZ. In de andere onder de Zvw vallende sectoren doet zich dit probleem niet in dezelfde mate voor, omdat de dbc's daar anders zijn vormgegeven en het declareren van (meer)uren in deze sectoren niet in dezelfde mate aan de orde lijkt.

Zonder nadere motivering valt daarom niet in te zien waarom desalniettemin op voorhand de mogelijkheid wordt open gehouden ook andere sectoren aan te wijzen. Dit klemmt te meer omdat vergoeding van niet-gecontracteerde zorg in de huidige marktsituatie ook mogelijkheden biedt voor nieuwe zorgaanbieders om zich toegang tot de markt te

verschaffen, hetgeen in de toelichting ook lijkt te worden onderkend. (zie noot 12)

c. Conclusie

De Afdeling onderkent dat de ontwikkelingen rond de niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging en delen van de GGZ aanleiding geven tot het treffen van maatregelen. Om de toename van het aantal uren niet-gecontracteerde zorg te beperken acht de Afdeling het echter in de eerste plaats noodzakelijk om te komen tot een adequate omschrijving van de te leveren zorg in deze sectoren en een bekostigingswijze die is gebaseerd op te leveren prestaties, in plaats van gedeclareerde uren. Bovendien ziet zij vooralsnog geen goede argumenten om de voorgestelde maatregel ook toe te passen in andere sectoren van de zorg die valt onder de Zvw. De problemen die in de wijkverpleging en delen van de GGZ aan de orde zijn, lijken zich niet in gelijke mate voor te doen in andere sectoren.

Gelet op het voorgaande adviseert de Afdeling dan ook de wettelijke mogelijkheid om de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg vast te stellen voor bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen sectoren opnieuw te bezien.

3. Hinderpaalcriterium

Het voorstel beoogt voorts het hinderpaalcriterium in de wet vast te leggen en te verduidelijken. Aan het hinderpaalcriterium wordt toegevoegd dat de hoogte van een vergoeding een 'gemiddelde verzekerde' niet mag verhinderen om de zorg of dienst te betrekken van een andere aanbieder, rekening houdend met de 'aard' en de 'gangbare omvang' ervan. (zie noot 13) Daarmee wordt beoogd te verduidelijken dat de verzekeraar bij het vaststellen van de bijdrage geen rekening hoeft te houden met de financiële draagkracht van de verzekerde, onderscheid mag maken tussen de vergoeding voor dure, complexe en relatief goedkope, eenvoudige zorg en mag uitgaan van gemiddeld zorggebruik door een verzekerde. (zie noot 14)

De Afdeling merkt op dat dit hinderpaalcriterium volgens de toelichting ook van toepassing zal zijn op de vast te stellen vergoeding voor de nader aan te wijzen sectoren. Daarnaast worden in de toelichting uitgangspunten geformuleerd voor het vaststellen van deze vergoeding. Zo geldt als uitgangspunt dat de vergoeding lager wordt vastgesteld dan het bedrag waarmee de zorgkosten gedekt worden, zodat een eigen betaling van de verzekerde nodig is. (zie noot 15)

Dit roept de vraag op hoe deze uitgangspunten zich verhouden tot het hinderpaalcriterium. Te verwachten valt bovendien dat deze uitgangspunten ook richting zullen geven aan de toepassing van het hinderpaalcriterium in andere sectoren. Alsdan zou kunnen worden volstaan met één regeling ter verduidelijking van het hinderpaalcriterium. De Afdeling adviseert hierop in de toelichting nader in te gaan.

De Afdeling advisering van de Raad van State heeft een aantal bezwaren bij het voorstel en adviseert het voorstel niet bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal in te dienen, tenzij het is aangepast.

De waarnemend vice-president van de Raad van State

Voetnoten

(1) Zie: Hoge Raad, 11 juli 2014, ECLI:NL:HR:2014:1646 en Hoge Raad, 7 juni 2019, ECLI:NL:HR:2019:853.

(2) Kamerstukken II 2017/18, 29689, nr.885 en Kamerstukken II 2017/18, 25424, nr.422. Zie inmiddels ook Kamerstukken II 2018/19, 29689, nr.1022.

- (3) Memorie van Toelichting, paragraaf 3.4.
- (4) Zie voor deze maatregelen het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging, Kamerstukken II 2018/19, 29689, nr.911 en Hoofdlijnenakkoord GGZ, Kamerstukken II 2018/19, nr.941.
- (5) Voorgestelde artikel 13, zesde lid, Zvw.
- (6) Memorie van Toelichting, paragraaf 5.1.
- (7) Memorie van Toelichting, paragraaf 1.
- (8) Kamerstukken II 2018/19, 23235, nr.181, paragraaf 4.
- (9) Zie ook: R. Douven, M. Remmerswaal, T. Vervliet, Zorgaanbieders in de ggz behandelen langer na afname aantal patiënten, ESB, 10 september 2019.
- (10) Zie Kamerstukken II 2017/18, 25424, nr.422 en Kamerstukken II 2017/18, 29689, nr.885.
- (11) idem.
- (12) Memorie van Toelichting, paragraaf 4.2.1.
- (13) Voorgestelde artikel 13, vijfde lid, Zvw.
- (14) Memorie van Toelichting, paragraaf 5.4.2.
- (15) Memorie van Toelichting, paragraaf 5.1.2.