

Aan: Leden van de Vaste Kamercommissie van VWS
Van: Verenigde Eerstelijns Organisaties (VELO) - beste zorg in de buurt
Datum: 30 januari 2014
Betreft: Inbreng VELO plenair debat over de wijziging van artikel 13 Zorgverzekeringswet (Zvw)

Geachte leden,

Binnenkort heeft u met de minister van VWS een plenair debat over de wijziging van artikel 13 Zorgverzekeringswet (Zvw). De wijziging maakt onderdeel uit van de bredere *Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben* (Kamerstuknummer 33 362).

Na het lezen van de Nota naar aanleiding van het nader verslag hebben de VELO-partners, het samenwerkingsverband van acht eerstelijnszorgaanbieders dat verantwoordelijkheid wil nemen voor de 'beste zorg in de buurt, nog steeds grote zorgen. De eerder door ons gesignaleerde knelpunten worden door de minister in haar antwoorden niet weggenomen. Graag brengen wij onze wensen ten aanzien van de belangrijkste knelpunten nogmaals onder uw aandacht, te weten:

1. Verplicht transparantie inkoopbeleid
2. Verbeter toezicht aanmerkelijke marktmacht
3. Stel inschrijving op naam gelijk aan behandelrelatie (specifiek voor huisartsen)
4. Borg contracteervrijheid in de aanvullende verzekering

1. Verplicht transparantie inkoopbeleid

Verzekerden en zorgaanbieders worden nog onvoldoende beschermd tegen willekeur in de selectieve inkoop door zorgverzekeraars, omdat verplichte transparantie over inkoopbeleid en inkoopcriteria ontbreekt. Ook de minister heeft in de Nota naar aanleiding van het verslag aangegeven dit standpunt te delen. "Er is jurisprudentie die stelt dat het inkoopbeleid van een zorgverzekeraar verifieerbaar, transparant en non-discriminatoir dient te zijn en dat de aangelegde normen bovendien niet onredelijk mogen zijn." Het voorstel van de minister van VWS om de nadere invulling aan de NZa over te laten is volgens ons niet afdoende.

Om ervoor te zorgen dat het inkoopbeleid aan de jurisprudentie-eisen voldoet, is het essentieel dat zorgverzekeraars wettelijk verplicht worden het inkoopbeleid en de inkoopcriteria, gericht op kwaliteit van zorg, jaarlijks ruim voor aanvang van het contracteringsproces openbaar maken.

2. Verbeter toezicht aanmerkelijke marktmacht

De marktmacht van zorgverzekeraars wordt door dit wetsvoorstel aanmerkelijk vergroot. Met het dreigement niet te hoeven contracteren en vervolgens niets te hoeven vergoeden, hebben zij immers een extra drukmiddel in handen. Zo wordt nog verder afbreuk gedaan aan de reeds nu al niet gelijkwaardige onderhandelingspositie van zorgaanbieders.

In dit kader is het van belang te melden dat het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) van mening is dat zorgverzekeraars in principe niet verplicht kunnen worden om te onderhandelen over contracten. Het staat zorgverzekeraars, met andere woorden, vrij om een niet-onderhandelbaar aanbod te doen. Deze lijn is uiterst onbevredigend voor zorgaanbieders en patiënten.

Zorgaanbieders krijgen te maken met contracten waar zij niet mee uit de voeten kunnen en die in sommige gevallen onredelijke voorwaarden bevatten. Zorgaanbieders worden dus gedwongen contracten te sluiten. Zonder contract van de preferente zorgverzekeraar, de zorgverzekeraar met het grootste marktaandeel in de regio, wordt zijn omzet niet meer gegarandeerd. Ook is de kans aanzienlijk dat in dat geval de andere zorgverzekeraars de preferente zorgverzekeraar volgen en de zorgaanbieder niet contracteren.

Fysiotherapeuten worden bijvoorbeeld gedwongen een contract te sluiten waarin een tarief wordt vastgelegd dat al zes jaar niet is verhoogd.

In de farmacie werken zorgverzekeraars met verschillende zeer complexe prijssystemen waarbij onbeheersbare risico's worden afgewenteld op de apotheek. Bovendien heeft dit tot gevolg dat patiënten van verschillende zorgverzekeraars bij dezelfde apotheek andere prijzen betalen voor exact hetzelfde geneesmiddel. Voor apothekers is dit niet uit te leggen. De apotheekbalie fungeert in toenemende mate als loket van de zorgverzekeraar, terwijl het gesprek juist over veilig gebruik van geneesmiddelen zou moeten gaan.

Tandartsen krijgen van zorgverzekeraars nagenoeg altijd een negatief antwoord op hun vraag om over de overeenkomst te onderhandelen. Ook weigeren zorgverzekeraars categorisch de door tandartsen en NMT ontwikkelde modelovereenkomst.

Verloskundigen worden in het overleg over de contracten steeds vaker geconfronteerd met extra kwaliteitscriteria die nog niet breed zijn geaccepteerd en geïmplementeerd binnen de beroepsgroep. Overleg hierover blijkt vaak lastig en levert onnodige werkzaamheden op.

Verpleegkundig specialisten kunnen nu gecontracteerd worden maar in de praktijk blijkt dit niet of nauwelijks te gebeuren.

Twee huisartsen uit Castricum hebben zich recent, zonder succes, verzet tegen een niet-onderhandelbaar contract van zorgverzekeraar VGZ (Uvit).

Het zou dan ook toe te juichen zijn als de toezichthouders, ACM en NZa, meer zouden kijken naar de gevolgen die dit soort contracten op langere termijn hebben op het zorgaanbod en de markt en voor de patiënt, en niet enkel de vrijheid van zorgverzekeraars om niet te onderhandelen voor ogen houden. Bij de gevolgen voor het zorgaanbod willen wij u er ten overvloede op wijzen dat het niet alleen kwantitatieve gevolgen betreffen, maar ook inhoudelijke gevolgen: het kan niet zo zijn dat patiënten in de basisverzekering per zorgverzekeraar bijvoorbeeld andere behandelingen krijgen vergoed. Deze laatste tendens is reeds waar te nemen.

Het is essentieel dat het toezicht op de aanmerkelijke marktmacht van zorgverzekeraars wordt aangescherpt. Ook dit is reden om meer eisen te stellen aan de transparantie van zorgverzekeraars ten aanzien van het gehanteerde inkoopbeleid en inkoopcriteria.

3. Stel inschrijving op naam gelijk aan behandelrelatie (specifiek voor huisartsen)

De kracht en toegevoegde waarde van de huisartsgeneeskunde liggen in de binding tussen huisarts en patiënt en tussen praktijk en patiënt. Huisartsen onderhouden een langdurige vertrouwensrelatie met patiënten en hun gezinnen gedurende het leven en bieden daarmee contextgerichte zorg op maat. Dit is een belangrijke voorwaarde om zinnige en zuinige zorg te kunnen bieden. Om die reden zijn alle Nederlanders ingeschreven op naam van een vaste huisarts, die hun eerste aanspreekpunt vormt en gids en poortwachter is in de gezondheidszorg.

Door de wetwijziging komt de voor huisartsenzorg zo kenmerkende levensloopgeneeskunde onder druk te staan. In de nieuwe situatie bestaat het risico dat een patiënt zich gedwongen ziet van huisarts te wisselen. Dat doet zich voor zodra de verzekeraar het contract verbreekt met de huisarts van de patiënt. Vanaf dat moment wordt de huisartsenzorg voor de patiënt in kwestie niet langer vergoed. Hetzelfde effect treedt op als de patiënt naar een verzekeraar zou overstappen die geen contract heeft met zijn huidige huisarts.

Deze vorm van verbreking van de duurzame relatie tussen patiënt en huisarts (levensloopgeneeskunde) dient te worden voorkomen. Dat kan door de huisarts-patiëntrelatie (inschrijving op naam) gelijk te stellen aan *onder behandeling staan*".

4. Borg contracteervrijheid in de aanvullende verzekering

Hoewel de wetwijziging formeel alleen betrekking heeft op de basisverzekering (BV) (publieke domein), heeft het voorstel ook invloed op de aanvullende verzekering (AV) (private domein). Zorgverzekeraars maken in hun polisvoorwaarden namelijk geen onderscheid tussen de voorwaarden voor de basis- en aanvullende verzekering (zoals wel of geen restitutie voor niet-gecontracteerde zorg). Dit geldt met name voor sectoren die een gemengde financiering kennen, zoals bij de fysiotherapie. Daarmee beperkt het wetsvoorstel dus ook de contracteervrijheid in het private domein en is het mogelijk in strijd met het Europees recht.

Met hartelijke groet,

namens Actiz, KNGF, KNMP, KNOV, LHV, LVE, NMT en V&VN,

Dr. Steven R.A. van Eijck
voorzitter VELO