

VERZEKERAARS MAKEN ZICH ONNODIG DRUK OM PIEPKLEIN SEGMENT

# Ongecontracteerde zorg is juist nuttig

Zorgverzekeraars maken een probleem van ongecontracteerde zorg. Ten onrechte. Het biedt nieuwe aanbieders de broodnodige ruimte om te innoveren. (Zie ook het artikel op blz. 10.)

**Z**orgverzekeraars houden niet van zorgaanbieders waarmee ze geen afspraken hebben. Dat dateert al van de jaren negentig van de vorige eeuw, toen de eerste zelfstandige behandelcentra ontstonden; en het is nog steeds actueel – nu met de focus op wijkverpleging en ggz. Beste zorgverzekeraars: ongecontracteerde zorgaanbieders horen erbij en hebben nut. U doet er

verstandig aan uw afwijzing van het verschijnsel eindelijk los te laten.

### Principiële keuze

Het bestaan van ongecontracteerde zorg is een principiële keuze van de achtereenvolgende ministers van Volksgezondheid die in de loop van de jaren negentig en nul het huidige stelsel van zorgfinanciering op poten hebben gezet.

Dat stelsel stoelt op een drietal principes. In de eerste plaats mocht er geen inkomensafhankelijk onderscheid meer zijn. Dat wil zeggen: rijk of arm, iedereen heeft recht op dezelfde zorg. Ten tweede moest de voorheen gebruikelijke aanbodgestuurde zorg (de overheid financierde de bouw van ziekenhuizen en bepaalde voor een belangrijk deel de budgetten van de zorgaanbieders) plaats maken voor vraaggestuurde zorg. Daarmee zou de burger, door zelf te kiezen voor zijn zorgaanbieders en zorgverzekeraars, meer invloed krijgen op de aard van het zorgaanbod. Het derde principe luidde dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer ruimte

## HOE ZIT HET OOK ALWEER?

- Basisverzekerde zorg die wordt verleend door wettelijk toegelaten aanbieders die geen contract hebben met een zorgverzekeraar, moet op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door de verzekeraar van de betrokken patiënt tóch worden vergoed. In de medisch-specialistische zorg (msz) betreft het vrijwel uitsluitend planbare zorg, in de ggz gaat het bijna alleen om ambulante zorg.
- Ongecontracteerde zorg wordt meest verleend door kleine zorgaanbieders; grote aanbieders gaan dit bijna nooit aan.
- Recente cijfers zijn niet beschikbaar, maar een opgave van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over het jaar 2013 telde op tot een totale omzet van ongecontracteerde msz- en ggz-zorg van 200 miljoen euro, minder dan 1 procent van de totale uitgaven aan msz + ggz. Het aandeel ongecontracteerd geleverde zorg binnen de msz is waarschijnlijk onveranderd gebleven (ca. 0,3%), in de ggz is het aandeel van destijds, rond 3 procent, inmiddels (2016) toegenomen tot circa 5 procent.<sup>1</sup>
- Ongecontracteerde zorgverlening zegt niets over de kwaliteit van die zorg. Die wordt immers bewaakt door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Niet contracteren wegens te lage zorgkwaliteit van een individuele aanbieder zonder dat de IGJ aanleiding ziet tot ingrijpen, komt erg weinig voor.
- Wel is voor de zorgaanbieder ongecontracteerde zorgverlening financieel (en ook logistiek) onaantrekkelijk. De vergoeding die de verzekeraars hiervoor uitkeren mag namelijk op grond van de wet met een bepaald percentage worden gekort. In doorsnee bedraagt de vergoeding 75 van de 100 procent die de zorgaanbieder factureert en in het overgrote deel van de gevallen schrijft de zorgaanbieder het niet-vergoede deel af.

## Ze werken aanzienlijke goedkoper dan traditionele aanbieders



GETTY IMAGES

Slechts 1 procent van alle zorg is ongecontracteerd.

moesten krijgen om nieuwe vormen van zorgverlening te ontwikkelen en dat nieuwe zorgaanbieders vrij moesten kunnen toetreden.<sup>2</sup>

Het eerste principe leidde uiteindelijk tot het wettelijk verankerde basispakket en staat, tezamen met de algemene verzekeringsplicht, garant voor de enorme mate van gelijkheid en solidariteit die we nu in de Nederlandse gezondheidszorg hebben. Het tweede en derde uitgangspunt tonen de onvermijdelijkheid van ongecontracteerde zorg: anders zou een nieuwe zorgaanbieder met een goed idee dat de zorgverlening verbetert, eerst bij alle (!) zorgverzekeraars een fiat moeten halen. Maar zo is het stelsel toch echt niet bedoeld.

### **Belang van recente toetreders**

Nou is het natuurlijk, vijftien jaar verder, gemakkelijk om te stellen dat deze inzichten zijn achterhaald. Wie dat doet, sluit

echter zijn ogen voor belangrijke ontwikkelingen die mogelijk zijn gemaakt door de vrije markttoetreding en ongecontracteerde zorgverlening die zich sinds 2006 hebben voorgedaan. Gedurende de afgelopen twintig jaar is het aantal 'niet-traditionele' instellingen voor medisch-specialistische zorg toegenomen van een handvol tot circa 250. Deze instellingen zijn in het algemeen klein (karakteristieke omzet 1 tot 5 miljoen euro per jaar) in vergelijking met de traditionele geïntegreerde ziekenhuizen (karakteristieke omzet 100 tot 500 miljoen per jaar), alhoewel ook de qua omvang met traditionele ziekenhuizen vergelijkbare conglomeraten DC-Klinieken en Bergman/NL Healthcare – en, in de wijkverpleging, Buurtzorg – tot deze categorie behoren. Het zijn instellingen die in de loop van de tijd in het algemeen contracten met zorgverzekeraars hebben verworven, maar bijna zonder uitzondering hun bestaan ongecontracteerd

zijn begonnen. De ontwikkeling in de ggz is vergelijkbaar geweest.

Het belang van deze recente toetreders voor de Nederlandse gezondheidszorg is tweërlei. Ten eerste werken ze aanzienlijk goedkoper dan traditionele geïntegreerde aanbieders. Dat is logisch: het zijn in het algemeen focusinstellingen die veel aandacht besteden aan de organisatie van hun zorgverlening en weinig overhead nodig hebben.

Ten tweede zijn uit deze groep van voormalige ongecontracteerde aanbieders interessante zorginhoudelijke vernieuwingen voortgevloeid. Ik noem een aantal voorbeelden in de medisch-specialistische zorg. Voor de goede orde: geen van deze zorgaanbieders is te beschouwen als een geïsoleerde eigenheer, alle drie werken op hun eigen terrein nauw samen met academische ziekenhuizen. Zo bijvoorbeeld Ksyos, een aanbieder die zich volledig heeft geworpen op telediagnostiek en uit

dat veld niet meer weg te denken is. De technologie van Ksyos verbindt de waarnemingen van een huisarts (bijvoorbeeld foto's van huid- en oogandoeningen, hartmetingen, longmetingen, etc.) met de interpretatie op afstand van die waarnemingen door een medisch specialist. Een vergelijkbare ontwikkeling is het door CCN (Cardiologie Centra Nederland) geïnitieerde Hartwacht. Maar ook het volledig in mammaoncologie gespecialiseerde Alexander Monro Ziekenhuis in Bilthoven. Al bij de oprichting in 2013 werd deze kliniek gecontracteerd door drie van de vier grote zorgverzekeraars, maar niet door het in de regio dominante Achmea. De eerste tijd heeft het ziekenhuis ongecontracteerd gewerkt voor Achmea-patiënten. Inmiddels heeft het zich ontwikkeld tot een hooggewaarderd behandelcentrum.

Een derde voorbeeld is het in de thuisdiagnostiek van slaapafwijkingen gespecialiseerde Nederlands Slaap Instituut. Waar patiënten bij traditionele ziekenhuizen voor diagnostisch onderzoek in het ziekenhuis moeten overnachten, heeft het NSI technologie ontwikkeld die korte tijd bij de patiënt thuis wordt geplaatst en diens normale slaapgewoonten nauwkeurig verstoort.

## Bezwaren

Het is eigenlijk meer dan verbazend dat het totaalvolume van ongeveer 1 procent ongecontracteerde zorg bij zorgverzekeraars zoveel weerstand oproept, maar het is een gegeven. We horen een aantal bezwaren tegen ongecontracteerde zorg en de wettelijke plicht om die toch te vergoeden. Ik heb ze hieronder geparafraseerd.

‘Het is duur: ongecontracteerde aanbieders rekken indicatiecriteria vaak te ver op en zijn daarom niet doelmatig.’ Dat kan natuurlijk voorkomen bij ongecontracteerde aanbieders en vraagt aandacht, maar bij wel-gecontracteerde aanbieders evenzo. Het vraagt altijd enige aandacht (materiële controle) van de zorgverzekeraars.

‘We kennen vooraf de omvang niet, dus het is een beheersingsrisico.’ Maar zoals

## Het is meer dan verbazend dat het zoveel weerstand oproept



gezegd: het gaat om een min of meer constante 1 procent van de totale kosten. Dan klinkt dat argument toch wat kinderachtig.

‘Nieuwe aanbieders cherrypicken op zorg met relatief lage kosten en/of lage complexiteit.’ Echter, we hebben het over vrije tarieven. Als de aanbieder bepaalde zorg tegen relatief lage kosten kan leveren, dan is het ook aan de verzekeraar om er een contract met voor beiden aantrekkelijke tarieven uit te slepen.

‘Van ongecontracteerde aanbieders kunnen we de rechtmatigheid van de verleende zorg niet controleren.’ Dat is zonder meer onjuist. Het recht om deze controles uit te voeren vloeit niet voort uit het contract met de zorgverlener, maar uit een wettelijke regeling die óók van toepassing is op ongecontracteerd verleende zorg.

## Kanarie

Los van de wettelijke verplichting om ongecontracteerde zorg te moeten vergoeden, zijn er ook aspecten die de zorgverzekeraars direct in de kaart spelen:

- In de medisch-specialistische zorg is het creëren van concurrentie in de chronische en planbare zorg op de langere termijn de enige manier voor de zorgverzekeraars om uit de houdgreep van de traditionele geïntegreerde ziekenhuizen te ontsnappen.

- Het is een ‘kanarie in de kolenmijn’. In de oligopsonie waarin de zorgverzekeraars verkeren – waarbij een klein aantal grote afnemers de inkooprijzen in hoge mate kan bepalen – bestaat het risico dat aanbieders hun diensten niet meer tegen aanvaardbare kosten kunnen leveren. Dat zo’n situatie bestaat is voor de vrager niet altijd onmiddellijk duidelijk omdat het nou eenmaal niet zijn eigen bedrijfsproces is. Ik wijs in dit verband op de grootschalige uitstroom van zorgprofessionals uit de gecontracteerde ggz- en wijkverplegingsinstellingen. Hier hangen kanaries aan hun stokjes. Zorgverzekeraars: mogelijk doet u iets te veel of te weinig in deze sectoren.
- Die 1 procent ongecontracteerde zorg is een bescheiden kweekvijvertje, waarin nieuwe ideeën hun waarde kunnen bewijzen. Het garanderen van vrije toegang tot de ‘markt’ is daarom een simpele maatschappelijke wenselijkheid.

Al met al is de ongecontracteerde zorgverlening voor zorgverzekeraars een bruikbaar verschijnsel met een begrijpelijke wettelijke inbedding, een prima staat van dienst, verwaarloosbare kosten en (vooralsnog) geen duidelijke nadelen. Zorgverzekeraars: wees een vent, staakt uw gepiep hierover, gaat moedig voorwaarts met uw belangrijke hervormingswerk! ■

## contact

knotnerus.interimcontrolling@xs4all.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

De auteur adviseert zbc's en is bestuurder van ongecontracteerde zorgaanbieder Beter in je Buurt.

## web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).