

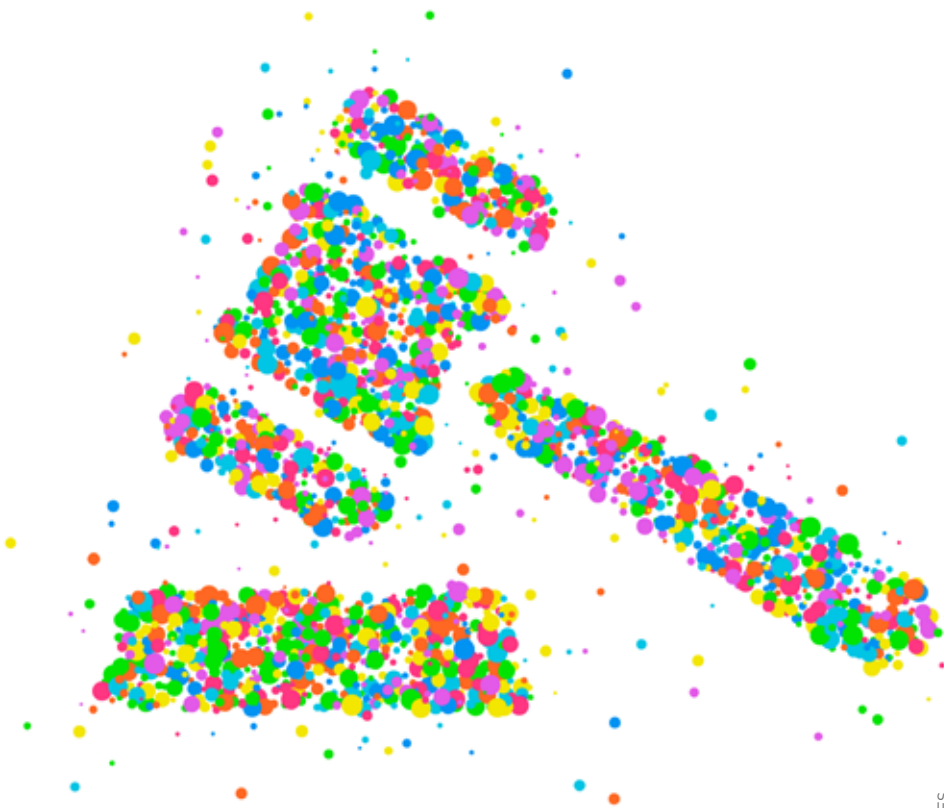
Henk Maassen

h.maassen@medischcontact.nl

@medischcontact

## Rechter versterkt positie niet-gecontracteerde zorg

Het verschil tussen de vergoedingen voor gecontracteerde en ongecontracteerde zorg mag niet te groot zijn, vindt de rechter. Welke gevolgen kan die uitspraak hebben? Zie ook het artikel van Ivo Knotnerus op blz. 18.



**T**wee keer deed de rechter de afgelopen weken uitspraak in zaken die ongecontracteerde zorgaanbieders hadden aangespannen tegen zorgverzekeraars. Twee keer stelde de rechter de zorgaanbieders in het gelijk. En dat lijkt hun onderhandelingsmacht te vergroten.

### Rechtstreekse declaratie

In de ene zaak ging het erom dat zorgverzekeraar Zilveren Kruis per 1 januari voor wijkverpleging een nieuwe polisvoorwaarde had opgenomen: koos een verzekerde voor ongecontracteerde zorg dan moest hij dat zelf eerst uit eigen zak betalen en later de nota indienen bij de verzekeraar. Uitbetaling van die nota's zou pas gebeuren als Zilveren Kruis vooraf een machtiging voor die zorg had verleend. Daar gingen de ongecontracteerde wijkverpleegkundigen – dit jaar heeft slechts een derde van hen een contract – niet mee akkoord: zij wilden een betaalovereenkomst, zodat ze zelf konden declareren namens de patiënt. De rechter wees dat toe en veegde de machtigingsvereiste van tafel. De verzekeraar probeerde het nog door te stellen dat het blokkeren van rechtstreekse declaratie fraude zou tegengaan en dat niet-gecontracteerde thuiszorgaanbieders 'buitensporig hoge kosten' in rekening brengen, maar de rechter was niet onder de indruk, omdat het ontbrak aan feitelijke onderbouwing van die beweringen. In de Volkskrant toonde een woordvoerder van de Stichting Zorgrecht, dat Zilveren Kruis voor het gerecht daagde, zich zeer ingenomen met de uitspraak: 'We werden weggezet als fraudeurs die veel te veel uren schrijven. Dat heeft de rechter nu een halt toegevoerd.'

### Feitelijke hinderpaal

In de andere zaak stonden Forte GGZ en zorgverzekeraar De Friesland tegenover elkaar. Hier ging het om de vergoeding van ongecontracteerde zorg. De rechter bepaalde die op het gemiddelde van het gecontracteerde tarief minus 500 euro. Dat zit zo: de Zorgverzekeringswet bepaalt in artikel 13 dat voor niet-gecontracteerde zorg de verzekerde een vergoeding ontvangt die de verzekeraar mag vaststellen.

GETTY IMAGES

In de Memorie van Toelichting staat dat die vergoeding niet zo laag mag zijn dat er een hinderpaal voor de verzekerde ontstaat om naar de niet-gecontracteerde aanbieder te gaan. Over de grootte van die hinderpaal heeft de wetgever zich echter nooit uitgelaten. De afgelopen jaren is daarom een reeks rechtszaken gevoerd om invulling te geven aan dat criterium. Zorgaanbieders daagden verzekerders voor de rechter waarbij ze in gevallen dat verzekerders 60 procent of minder vergoedden een hoger tarief (75%) eisten. Dat hebben rechters goedgekeurd. Zo is die – ook door de Hoge Raad bevestigde – 75 procent het criterium geworden en bij dat percentage is het gebleven. Maar nu heeft de rechter voor het eerst een exact bedrag genoemd en bepaald dat er ook sprake is van een hinderpaal als het verschil tussen het gemiddelde gecontracteerde tarief en het daadwerkelijke tarief groter is dan 500 euro.

Het vonnis vermeldt niet of die 500 euro geldt per dag, per maand of per jaar, per behandeling of per zorgaanbieder. De rechter heeft het bedrag afgeleid van het maximale, vrijwillige eigen risico waarvan de overheid vindt dat iemand dat mag nemen. Volgens Wynand van de Ven, emeritus hoogleraar sociale ziektekostenverzekering aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, zou je daaruit kunnen afleiden dat het gaat om een bedrag per jaar. Zilveren Kruis gaat in hoger beroep tegen de uitspraak; De Friesland, dat net als Zilveren Kruis ook deel uitmaakt van Achmea, doet dat ook, zo melden woordvoerders.

### Geen goede zaak

Van de Ven zegt dat dankzij beide uitspraken verzekerders minder instrumenten in handen hebben om ongecontracteerde zorg onaantrekkelijk te maken. Hij vindt dat geen goede zaak: 'De basis van ons zorgstelsel is een private overeenkomst: het contract tussen verzekerders en zorgaanbieders, gebaseerd op onderhandelingen over prijs en kwaliteit. Verdwijnt die basis dan kan in principe elke zorgaanbieder elke zorg leveren en declareren bij de verzekerder. En als die alles moet betalen, dan is the sky the limit. De budgetplafonds lopen dan gevaar, want die zijn

gebaseerd op afspraken tussen verzekeraars en aanbieders. Voor zorgaanbieders – zeker die met hoge rekeningen zoals ziekenhuizen en zbc's – kan het aantrekkelijk worden om niet te contracteren. Want wat is nou 500 euro op een hoge rekening; dat scheld je kwijt aan je patiënt.' Maar vooralsnog beperken de gevolgen van de rechterlijke uitspraken zich vooral tot wijkverpleegkundigen en ggz-instellingen. Onder deze zorgaanbieders zijn veel ongecontracteerden. Van de Ven: 'Huisartsen en ziekenhuizen zijn vrijwel allemaal gecontracteerd. Maar ze hebben bij toekomstige onderhandelingen nu wel meer macht. Ze kunnen dan immers tegen de verzekerder zeggen niet langer akkoord te gaan met bepaalde eisen, en als de verzekerder die eisen niet intrekt, kunnen ze dreigen geen contract af te sluiten.' In zijn afscheidscollege van oktober 2015 voorzag hij dat dit zou gebeuren en pleitte daarom voor een wettelijk bepaalde minimumvergoeding voor niet-gecontracteerde zorg – apart te regelen per zorgtype. Die vergoeding zou zo laag moeten zijn dat de meeste verzekerden in de regel niet

## Voor zorgaanbieders kan het aantrekkelijk worden om niet te contracteren

gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. Het wettelijk vastleggen van een minimumvergoeding geeft verzekerders zo de juridische zekerheid dat zij jaren later niet door de rechter worden teruggefloten. In feite komt dat overeen met de poging om artikel 13 van de Zorgverzekeringswet te veranderen, zo brengt hij in herinnering. Verzekerders zouden dan de mogelijkheid krijgen om naast de bestaande zorgpolissen ook polissen aan te bieden waarbij de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg zo laag is dat die wel een hinderpaal vormt voor de verzekerden. De Tweede Kamer aanvaardde een wetsvoorstel met die strekking, maar de Eerste Kamer verwierp het in december 2014. Vrije

artsenkeuze stond voor een kleine meerderheid van senatoren voorop. Van de Ven: 'Dat wetsontwerp zou je weer uit de kast kunnen halen, maar nu voorzien van een heldere toelichting dat de keuze voor een polis met vrije artskenkeuze niet in het geding is.'

### Proefproces

Of het kabinet dat gaat doen, is de vraag. In het regeerakkoord staat dat het kabinet zal onderzoeken hoe het onderscheid tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg kan worden 'verhelderd en versterkt'. In een brief van 22 januari heeft minister De Jonge van VWS dat nog eens aan de Tweede Kamer bevestigd: 'Het kabinet is van mening dat het (meerjarige) contract tussen zorgaanbieders en zorgverzekerders de basis is voor het maken van afspraken over kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening.' De minister kondigt aan dit voorjaar met voorstellen te komen om het contracteren te bevorderen. Intussen kan de Stichting Handhaving Vrije Artsenkeuze misschien hoop putten uit de nieuwe jurisprudentie. Zij spande

een zaak aan tegen VGZ en Menzis. De stichting meent dat zorgverzekerders die niet-gecontracteerde zorg maar gedeeltelijk vergoeden de vrije artskenkeuze belemmeren; Menzis zou bij de budgetpolis nog minder dan 75 procent uitkeren en VGZ zou onderscheid maken tussen de bedragen die het uitkeert aan ziekenhuizen en aan zbc's. Voor dit 'proefproces' kan de stichting rekenen op de steun van 25 klinieken, waaronder zbc's, ggz-instellingen en revalidatiecentra. ■

### web

Meer informatie over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen)