

Vergaderjaar 2021–2022

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 617

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR LANGDURIGE ZORG EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 juni 2022

Hierbij stuur ik u de Monitor Contractering ggz 2022 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa brengt met deze monitor het inkoopproces in de ggz in kaart en geeft daarbij handvatten voor het contracteerproces. Een belangrijk onderdeel van de monitor is de aandacht voor de realisatie van de afspraken die partijen hebben gemaakt over het bevorderen van contracteren in het Bestuurlijk akkoord ggz 2019–2022. Een ander belangrijk thema van de monitor is het effect van de invoering van de nieuwe bekostiging (het zorgprestatie­model) op de contractering. Ik voldoe daarmee aan toezeggingen die gedaan zijn om de effecten van de nieuwe bekostiging op de contractering te monitoren. In de tweede helft van deze brief ga ik in op de handhaving­smogelijkheden van de NZa jegens zorgverzekeraars met betrekking tot de zorgplicht, zoals toegezegd in het commissiedebat ggz/ maatschappelijke opvang/ suicidepreventie van 11 mei 2022.

Terugblik op het Bestuurlijk akkoord ggz 2019–2022

De NZa constateert over de jaren 2019–2022 dat de processen rondom het (bij)contracteren zijn verbeterd. Het gaat dan om verduidelijking van het proces, meer uniformiteit in de contracten, het vereenvoudigen van contracten en vereenvoudigen van de (digitale) procedures om een contract te sluiten. Bereikbaarheid en het beantwoorden van vragen zijn nog steeds een aandachtspunt. De NZa doet de aanbeveling aan zorgverzekeraars om een zo passend mogelijke afspraak te maken, om arbeidsintensieve bijcontractering en onzekerheid voor de zorgaanbieders te voorkomen. Zorgverzekeraars dienen voor zo kort mogelijke beslissingstermijnen te zorgen, in het belang van de patiënten, maar ook in het belang van de praktijk/ instelling (bijvoorbeeld in verband met het vasthouden van schaars personeel) en te zorgen voor duidelijke onderbouwing van een besluit over het verzoek tot bijcontractering.

Tarieven en omzetplafonds blijven de belangrijkste redenen voor zorgaanbieders om geen contract af te sluiten of om ontevreden te zijn.

De NZa verwacht niet dat de ontevredenheid helemaal weg te nemen is. Transparantie over het proces en een goede onderbouwing van het geboden tarief door de zorgverzekeraars kunnen mogelijk helpen om de onvrede op dit punt te verzachten.

De NZa vindt het belangrijk dat inhoudelijke afspraken over passende zorg in contracten landen. In veel contracten ziet de NZa afspraken over wachttijden.

Er ligt volgens de NZa wel een taak bij de zorgverzekeraars om meer bekendheid te geven aan regionale transfermechanismen en het gebruik van deze transmechanismen in alle relevante contracten op te nemen. In contracten worden minder afspraken gemaakt over digitale zorg, preventie, innovatie en samenwerkingsafspraken tussen partijen (bijv. over juiste zorg op de juiste plek). Soms worden hierover wel afspraken gemaakt in de vorm van allianties en convenanten. De NZa beveelt aan om best practices op het gebied van passende zorg, preventie, innovatie en samenwerking te delen om te voorkomen dat elke regio opnieuw het wiel uitvindt.

Effect van invoering van het zorgprestatie­model

De invoering van het zorgprestatie­model heeft gevolgen gehad voor het proces van contracteren en de inhoud van de contracten voor 2022. Het contracteerproces kwam laat op gang omdat over enkele punten van de regelgeving onduidelijkheid bestond en ook omdat de maximumtarieven later dan gebruikelijk geleid vastgesteld. Dat heeft tot vertraging geleid en daar zijn partijen unaniem ontevreden over. Geen enkele zorgaanbieder heeft echter uitsluitend de implementatie van het zorgprestatie­model genoemd als reden om geen contract aan te gaan. Dertien procent van de instellingen noemt dit wel als één van de redenen, naast bijvoorbeeld tarieven of dat zij om principiële redenen geen contract afsluiten. Daarnaast zijn er vrijwel geen meerjarencontracten gesloten. Over specifieke implementatie­afspraken in de contracten (transitievergoeding, bevoorschotting en de bekostiging van de inzet van specifieke beroepen en omzetplafonds) is het grootste deel van de respondenten neutraal of tevreden gestemd. Ook over de hoogte van het omzetplafond is – ondanks het feit dat er meer respondenten ontevreden over zijn dan bij de overige implementatie­afspraken – het grootste deel van de respondenten neutraal tot (zeer) tevreden.

Handhaving­smogelijkheden van de NZa

In het commissiedebat ggz/maatschappelijke opvang/ suïcidepreventie van 11 mei 2022 heb ik toegezegd de Kamer te informeren over handhaving­smogelijkheden van de NZa jegens zorgverzekeraars met betrekking tot de zorgplicht. Het gaat hierbij niet alleen om de ggz, maar om alle zorg binnen de Zorgverzekering­swet. Bij een naturopolis houdt de zorgplicht in dat de zorgverzekeraar verplicht is om ervoor te zorgen dat de verzekerde de zorg krijgt waar hij/zij behoefte aan heeft en wettelijk aanspraak op heeft. Het gaat hierbij om zowel de inhoud en omvang van de zorg als om kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van verzekerde zorg. Bij een restitutie­polis heeft de zorgverzekeraar de verplichting de kosten van de zorg te vergoeden. De zorgplicht is grotendeels een open norm. Een zorgverzekeraar heeft een eigen verantwoordelijkheid om er invulling aan te geven – binnen de kaders van de wet- en regelgeving¹.

¹ Zo heeft de NZa de zorgplicht nader ingekleurd in de Beleidsregel toezichtkader zorgverzekeraars https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21832_22/1/

Twee jaar geleden heeft de NZa de invulling van de zorgplicht nader omschreven in het «De zorgplicht: Handvatten voor zorgverzekeraars»². In dit handvat geeft de NZa een scherpere duiding over de uitvoering van de zorgplicht van zorgverzekeraars. Dit doet de NZa voor een aantal thema's: wachttijden, discontinuïteit van zorg, complexe casuïstiek, toekomstbestendig zorglandschap en catastrofe. In dit document staat beschreven welke stappen de zorgverzekeraar moet zetten in het kader van de zorgplicht als bijvoorbeeld de aanbieder failliet dreigt te gaan. Is er sprake van een (dreigende) sluiting van een zorgaanbieder, bijvoorbeeld door faillissement? Dan dient de zorgverzekeraar ervoor te zorgen dat de verzekerde tijdige en passende zorg kan blijven ontvangen. Blijft de verzekerde zorg ontvangen van de onder druk staande zorgaanbieder? Dan moet de verzekerde ervanuit kunnen gaan dat er maatregelen worden getroffen waardoor de zorg doorgang blijft vinden. De zorgverzekeraar stuurt er waar nodig op aan dat de zorgaanbieder op tijd de nodige maatregelen neemt die zorgen voor een duurzaam levensvatbare organisatie. Sluit de zorgaanbieder, bijvoorbeeld door faillissement? Dan moet de verzekerde terecht kunnen bij een andere aanbieder. De zorgverzekeraar dient dan tijdig voldoende contracten te sluiten met overnemende zorgaanbieders. Specifiek voor de wachttijden heeft de NZa de afgelopen jaren een reeks van controleonderzoeken uitgevoerd naar de inspanningen van zorgverzekeraars om de wachttijden terug te dringen³. Hebben zorgverzekeraars inzicht in de wachttijden van zorgaanbieders, maken zij afspraken met zorgaanbieders om de wachttijden te verkorten en bemiddelen zij verzekerden als deze te lang moeten wachten? Naar aanleiding van deze reeks onderzoeken heeft de NZa gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars om verbeteringen te bewerkstelligen.

De NZa ziet toe op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars. De NZa definieert «handhaving» als een breed begrip, in de praktijk gaat het om een veelheid van manieren om normnaleving te bewerkstelligen. Informele instrumenten zijn normoverdragende gesprekken, waarschuwingen, het geven van voorlichting en guidance, en het inzetten van publiciteit. Daarnaast heeft de NZa twee formele (wettelijke) handhaving-instrumenten die bij zorgverzekeraars in het kader van naleving van de zorgplicht ingezet kunnen worden, namelijk de aanwijzing en last onder dwangsom. De aanwijzing en last onder dwangsom zijn gericht op naleving van een regel of norm en de NZa legt bij de overtreder neer wat deze moet doen, nalaten, veranderen of ongedaan maken. In geval van een last onder dwangsom moet de zorgverzekeraar een geldbedrag betalen als de onrechtmatige situatie niet wordt hersteld. De hoogte van het geldbedrag (de last) moet evenredig zijn, dus in redelijke verhouding staan tot de zwaarte van het geschonden belang⁴. Er is geen maximum aan verbonden.

Hoewel er situaties denkbaar zijn dat er vanwege de ernst van de situatie meteen ingegrepen moet worden met (alleen) formele maatregelen, zal de NZa doorgaans een escalatiemodel gebruiken. Zo zal de NZa eerst een gesprek aangaan met een zorgverzekeraar. Als dit niet voldoende effect sorteert kan de NZa een waarschuwing geven. Uiteindelijk kan de NZa ook overgaan tot bijvoorbeeld het geven van een aanwijzing of een last onder dwangsom. Ook kan de NZa in bepaalde gevallen een mix van maatregelen inzetten, bijvoorbeeld bij het opleggen van een last onder dwangsom, ook de naam en toenaam van de overtreder publiceren, en door middel van een persbericht nadere uitleg gericht aan de betreffende branche geven.

² Kamerstuk 29 689, nr. 1088

³ Kamerstuk 32 620, nr. 269

⁴ artikel 5:32b lid 3 Awb

De keuze van (de combinatie van) instrumenten is te allen tijde maatwerk en wordt bepaald door de omstandigheden van het geval. De keuze van het handhavinginstrument wordt met name bepaald door het doel dat de NZa ermee kan bereiken en de inspanning die het vergt om dat doel te bereiken (effectiviteit en doelmatigheid).

Ten slotte

Op basis van deze monitor concludeer ik dat partijen serieus aan de slag zijn gegaan met de afspraken die gemaakt zijn in het Bestuurlijk akkoord ggz om de contractering te bevorderen. Tegelijkertijd zijn er ook verbeterpunten en aanbevelingen van de NZa waar partijen mee aan de slag moeten. Van belang is dat verzekeraars en zorgaanbieders dat in gezamenlijkheid doen. De NZa zal op de uitvoering van de aanbevelingen toezien en waar nodig handhaven.

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport,
C. Helder