

Zorgaanbieders zien kansen en be

Na een eerdere zaak van VPHuisartsen tegen de Nederlandse Zorgautoriteit maakte VPHuisartsen recent wederom een zaak aanhangig bij het College van Beroep voor het Bedrijfsleven, nu samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging. De uitspraak van het CBb schept op punten duidelijkheid, maar laat ook onduidelijkheden en zorgen bestaan.

In 2015 stelde VPHuisartsen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) een beroep in tegen de tariefbeschikking Huisartsenzorg en Multidisciplinaire zorg 2015 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het CBb deed uitspraak in het voordeel van VPHuisartsen: de NZa mag geen hinderpaal opwerpen voor de vrije artskeuze. Maar in de aanpassing van de beleidsregels en tariefbeschikking in maart 2016 deed de NZa volgens VPHuisartsen te weinig recht aan de uitspraak, op een aantal punten gold toch weer een contractverplichting. Gezamenlijk met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) spande VPHuisartsen een nieuwe zaak aan, over de jaren 2015 en 2016. De inzet: het schrappen van alle contractvereisten en van de verplichting voor 24/7 huisartsenzorg, die de NZa had toegevoegd aan het inschrijftarief. Inmiddels heeft het CBb wederom uitspraak gedaan. Wat dit betekent, leest u in drie reacties.

Jolien Sjoerdsma, Zorggroep Hoeksewaard

“Effect op ketenzorg moeilijk te duiden”

Het CBb stelt dat de contractvereiste voor zorgprestaties in segment 2 een hinderpaal vormt voor de verzekerde/patiënt bij de uitoefening van zijn recht op vrije keuze van een zorgverlener. Deze contractvereiste mag thans niet meer als voorwaarde gelden voor het declareren van zorg, aldus het CBb. Het CBb geeft aan dat er een declaratietitel voor multidisciplinaire zorg voor een samenwerkingsverband zonder contract moet worden geschapen. Het CBb onderkent hiermee het belang van samenwerking voor de chronische zorg. Maar wat onder een samenwerkingsverband moet worden verstaan, blijft onduidelijk.

Jolien Sjoerdsma, Zorggroep Hoeksewaard: “Ik vind het heel moeilijk om het effect van deze uitspraak goed te duiden. Er ontstaat nu een onzekere situatie waarin twee regimes naast elkaar bestaan. Het eerste is dat van de zorggroepen, die op basis van contractafspraken met de zorgverzekeraars ketenzorg leveren. Het tweede is dat van de huisartsen, die weliswaar met elkaar samenwerken maar zonder contractovereenkomst zorg leveren op basis van een nog te ontwikkelen prestatiecode. De vraag is wat dit gaat betekenen. In ieder geval verwacht ik dat zorggroepen die met een overeenkomst werken zich kunnen onderscheiden op basis van kwaliteit. En zij kunnen als zorggroep inspelen op de regionale situatie. De contractering waaraan zij gehouden zijn, geeft immers de ruimte om innovatief te zijn. Daarover zijn afspraken met zorgverzekeraars te maken. Ik geloof niet dat er een verschil zal ontstaan in de basiskwaliteit van de ketenzorg. Maar innovatie blijft bij partijen die niet willen contracteren wel iets dat die partijen voor eigen rekening en risico moeten doen.”

De beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit zal wel duidelijkheid moeten bieden over wat precies een samenwerkingsverband is, welke kwaliteitseisen worden gesteld en of daarin een integraal tarief gaat gelden, stelt Sjoerdsma. Ze zegt: “De eisen waaraan je als gecontracteerde partij moet voldoen, moeten hetzelfde zijn als die van de niet-gecontracteerde aanbieders. De beleidsregel moet waarborgen dat het een *level playing field* blijft.”

Wat betekent de uitspraak op het niveau van de patiënten? “Voor hen is deze uitspraak wel goed nieuws”, zegt Sjoerdsma. “Die krijgen zorg volgens de standaard, ongeacht of de huisarts wel of niet een contract afsluit. Daar zit geen beletsel meer op nu. Ketenzorg is met deze uitspraak de norm geworden voor mensen met een chronische aandoening.” <

dreigingen

Bert Prins, huisartsenposten Rotterdam

“Werkdruk grotere bedreiging voor 24/7 zorg dan prestatiebeschrijving”

Het CBb vindt dat de door de NZa gekozen koppeling tussen het mogen declareren van het inschrijftarief en het 24/7 waarborgen van continuïteit van zorg strijdig is met het evenredigheidsbeginsel. Het vindt de eventuele financiële consequentie onevenredig, maar ziet wel het belang van verduidelijking van wat een huisarts wordt geacht te leveren voor het inschrijftarief. Daarom geeft het CBb een nieuwe formulering van de prestatiebeschrijving, waarin de 24/7 beschikbaarheid van huisartsenzorg terugkomt.

Bert Prins, directeur huisartsenposten Rotterdam: “De uitspraak van het CBb wakkerd op dit punt geen nieuwe visies aan onder huisartsen. Of nu sprake is van contractuele vastlegging of niet, de patiënt kan uitgaan van 24/7 huisartsenzorg. De uitspraak biedt geen maas om daaraan te ontsnappen en ik heb ook niet de indruk dat er onder huisartsen behoefte bestaat om daarnaar op zoek te gaan. Tegelijkertijd constateer ik wel dat de huisartsen zich de laatste twee jaar in toenemende mate druk maken over de drukte op de huisartsenpraktijk en de huisartsenpost. Alle collega's die ik hierover spreek, bevestigen dat dit een grote collectieve zorg is en een veel grotere bedreiging voor die 24/7 zorg dan de prestatiebeschrijving voor die zorg. De ongerustheid hierover blijft bestaan. Dankzij de uitspraak van het CBb is nu meer ruimte ontstaan voor focus op dit veel grotere achterliggende probleem.” <

Judith van Duren, InEen

“GEZ lijkt buiten reikwijdte uitspraak te vallen”

Over de GEZ is de uitspraak onduidelijk. Het CBb heeft het in een persbericht alleen over multidisciplinaire zorg voor bepaalde chronische aandoeningen (DM, VRM, COPD, astma). Judith van Duren, programmamanager InEen: “De rechter spreekt alleen over ketenzorg, maar heeft het in de slotconclusie ook over S2, over de GEZ dus. De GEZ is echter geen bekostiging van zorg aan de individuele huisarts, dus onze conclusie is dat het buiten de reikwijdte van de uitspraak valt. Maar de NZa moet er richting aan geven of dit daadwerkelijk zo is. De uitspraak is op dit punt niet helemaal helder. In zijn algemeenheid hebben we wel de zorg dat de uitvoering van de CBb-uitspraak zal leiden tot meer versnippering – kleinere organisaties – in het zorgaanbod en daarmee tot het niet kunnen handhaven van het huidige hoge kwaliteitsniveau van de ketenzorg. Dat hoge kwaliteitsniveau is namelijk wel iets om trots op te zijn en is mede het gevolg van het gehanteerde goede kwaliteitsbeleid van de zorggroepen.” <

Tekst: Frank van Wijck

Foto: Thinkstock

Een juridische verkenning

Wat zijn vanuit juridisch oogpunt de consequenties van de uitspraak van het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBb) in het beroep van VPHuisartsen en LHV tegen de prestatiebeschrijving huisartsenzorg? Jurist Karik van Berloo van Eldermans | Geerts zocht het uit.

In het beroep van VPHuisartsen en LHV is wederom het contractvereiste aan de orde gesteld. De NZa bleef voor bepaalde prestaties een contractvereiste hanteren en daar waren de huisartsen het niet mee eens. De NZa en het CBb maken een onderscheid tussen – kort samengevat – prestaties die betrekking hebben op specifieke zorghandelingen en declaratietitels die geen specifieke zorghandelingen beschrijven, maar aanvullende vergoedingsmogelijkheden voor innovaties en dergelijke. Het contractvereiste is volgens de NZa en een eerdere uitspraak van het CBb voor de eerste vorm niet toelaatbaar, maar voor de tweede vorm wel. Vervolgens ontstond er tussen de huisartsen en de NZa een verschil van

inzicht over de prestaties ANW-diensten, POH-GGZ, ketenzorg, POH-S en de module achterstandsfonds. In dit artikel beperken we ons tot de eerste drie.

ANW-diensten

Voor de ANW-diensten krijgen de huisartsen deels gelijk. Het CBb heelt een technische fout in de tariefbeschikking op grond waarvan discussie zou kunnen ontstaan over de rechtmatigheid van alle inschrijftarieven van huisartsen wanneer zij de 24/7 zorg niet zouden waarborgen. Dit zou disproportioneel zijn. Het CBb bevestigt wel dat het inschrijftarief ziet op 24/7 zorg, dus een grote wijziging is het niet.

Module POH-GGZ

Interessanter zijn de overwegingen van het CBb voor de module POH-GGZ en ketenzorg, waarbij het contractvereiste niet verenigbaar wordt geacht. Voor de POH-GGZ is de conclusie dat dit extra zorgprestaties zijn die de huisarts – via de POH-GGZ – placht te verlenen en dat een contractvereiste daarmee niet verenigbaar is.

Ketenzorg

Een soortgelijke conclusie wordt getrokken voor ketenzorg, met de kanttekening dat ketenzorg door zorggroepen wordt gecontracteerd en dat de kosten voor de organisatie van de multidisciplinaire zorg niet voldaan kunnen worden uit het consulttarief van de huisarts.

Interessant is dat ketenzorg in S2 wordt gezien als zorg die een huisarts mede (via een zorggroep) levert en waar de verzekerde op grond van artikel 11 Zorgverzekeringswet (Zvw) recht op heeft. Omdat de kosten voor de organisatie van de ketenzorg niet voldaan kunnen worden uit het consulttarief en het wel gaat om zorg waarop de verzekerde op basis van artikel 11 Zvw recht heeft, is het contractvereiste voor ketenzorg niet toelaatbaar volgens het CBb.

Het CBb concludeert vervolgens dat het contractvereiste ten onrechte is gehanteerd voor 2015 en 2016, maar accepteert daarbij dat het – gelet op de effecten voor het stelsel – onwenselijk is om dat voor deze jaren terug te draaien. Het CBb onderkent de regionale verschillen en geeft de NZa de tijd om een prestatie te creëren die ook geldt voor het onge-



contracteerd leveren van ketenzorg. De huisartsen moeten dus wachten tot deze prestatie er is.

Ketenzorg en artikel 13 lid 5 Zvw

In het beroep van VPHuisartsen en LHV is de tariefbeschikking 2017 niet ter sprake gekomen (dat was gelet op de doorlooptijd van bezwaar en beroep ook niet mogelijk), dus heeft het CBb zich daarover niet uitgelaten. De NZa heeft nog geen wijziging voor 2017 aangekondigd en zou kunnen menen dat zij kan wachten tot 2018 met het aanbieden van een aangepaste tariefbeschikking met de ongecontracteerde variant voor ketenzorg. Ik ben van mening dat dit niet kan.

Uit de uitspraak van het CBb volgt immers dat de verzekerde op grond van artikel 11 Zvw recht heeft op ketenzorg. Het CBb refereert bovendien aan de toepasselijkheid van artikel 13 Zvw en dat resulteert in een voor de NZa complicerende factor. Op grond van artikel 13 lid 5 Zvw heeft een verzekerde namelijk ook recht op vergoeding van zorg die valt onder artikel 11 Zvw als de contractuele relatie tussen de partij die deze zorg levert en de zorgverzekeraar die dit moet betalen, is geëindigd. Had een zorggroep in 2016 overeenstemming met een zorgverzekeraar over ketenzorg en in 2017 niet meer, dan houdt de verzekerde dus aanspraak op vergoeding van ketenzorg terwijl de zorgaanbieder (huisarts/zorggroep) deze prestatie zoals het er nu naar uitziet in 2017 niet kan leveren, omdat een variant van deze prestatie zonder contractvereiste ontbreekt. De NZa kan dus niet wachten tot 2018 en moet al voor 2017 een variant van de ongecontracteerde variant van de ketenzorgprestaties realiseren om zo de aanspraak van de verzekerde op grond van artikel 13 lid 5 Zvw niet te frustreren.

Bal bij de NZa

Dat het contractvereiste komt te vervallen, is voor zorggroepen goed nieuws. Het biedt namelijk perspectief voor verzekeraars die geen zin hebben om de afspraken van de hoofdverzekeraar in een regio te volgen. Met het vervallen van het contractvereiste komt er immers een betaaltitel voor het leveren van ketenzorg aan de verzekerden van deze verzekeraar.

De oplossing hiervoor is niet zo complex. De NZa kan allereerst bepalen dat de prestatie door een ongecontracteerde zorgaanbieder geleverd kan worden als er in het voorgaande jaar een overeenkomst was met de betreffende verzekeraar. In dat geval kan aangehaakt worden bij de tarieven die toen golden. Daarnaast kan de NZa aanhaken bij de situatie dat er met een andere verzekeraar wel afspraken zijn gemaakt voor ketenzorg. Daartoe hoeft de NZa alleen de bepaling die al geldt voor zuivere restitutieverzekerden zodanig op te rekken dat het hebben van een contract met tenminste één verzekeraar afdoende is om de prestatie ketenzorg te mogen leveren aan de verzekerde van een andere verzekeraar, ook als daar geen overeenkomst mee is gesloten. In beide situaties is voldaan aan de problemen die de NZa blijkens de uitspraak van het CBb ervaart: zowel de prestatie als het tarief zijn duidelijk genoeg omschreven om in rekening te kunnen brengen. Voorts heeft de zorgaanbieder in die situatie de (kwaliteits)toets van de verzekeraar al doorstaan.

Resteert nog de oplossing voor de situatie dat er met geen enkele verzekeraar een overeenkomst voor ketenzorg tot stand is gekomen. Voor die situatie zou de NZa – net als bij nieuwe innovatieve zorgprestaties – als voorwaarde kunnen stellen dat de prestatie pas geleverd kan worden nadat deze door de NZa is goetoeget en er een tarief en omschrijving is vastgesteld. Dat is tijdrovend, maar zal in de praktijk weinig voorkomen omdat doorgaans met de meeste verzekeraars wel overeenstemming is bereikt over ketenzorg. De verzekeraars die

De NZa kan niet tot 2018 wachten met een aangepaste tariefbeschikking voor de ongecontracteerde variant

niet willen, kunnen op deze wijze geconfronteerd worden met een vorm van gedwongen volgebeld. Dat is praktisch voor de patiënt en voorkomt *free rider*-gedrag van de verzekeraar.

Tot slot

Het is te hopen dat de NZa de stappen zoals hierboven geschetst uit zichzelf en tijdig zet, zodat het niet opnieuw tot een procedure komt. Heeft de NZa dit niet voor 1 januari 2017 geregeld, dan is het wachten op een nieuwe procedure aangespannen door de huisartsen óf door een verzekerde die verstoken blijft van de zorg waar hij aanspraak op heeft. <<

Tekst: Karik van Berloo, Eldermans | Geerts
Advocaten

Foto: Thinkstock