

Zorgplicht versus zorgplafond

Na ziekenhuizen en wijkverpleging zien ook huisartsen zich steeds vaker geconfronteerd met door zorgverzekeraars opgelegde zorg- of inclusieplafonds. Wat betekenen die eigenlijk? En hoe moet je hiermee omgaan?

Zorgverzekeraars hebben op grond van de voor hen geldende Zorgverzekeringswet een zogenaamde zorgplicht. Zij moeten het verzekerde basispakket ook daadwerkelijk leveren (art. 11 Zorgverzekeringswet). Zorgverzekeraars ontvangen hiervoor de rijksbijdragen en premies van verzekerden. Al jarenlang wentelen zorgverzekeraars een deel van hun verplichtingen af op zorgaanbieders.

In contracten tussen ziekenhuizen, wijkverpleging of fysiotherapeuten en zorgverzekeraars zijn zorgplafonds, volumeplafonds en doorleververplichtingen heel gewoon (Monitor Contracting Medisch Specialistische Zorg van de Nederlandse Zorgautoriteit). Inmiddels worden dergelijke inkoopafspraken ook voor huisartsen gehanteerd. Wat houden dit soort plafonds nu eigenlijk in?

genlijk naar een andere zorgaanbieder worden verwezen. Voor een inclusieplafond geldt hetzelfde. Als het maximum aantal patiënten is geïncludeerd in het programma, moet de patiënt eigenlijk naar een andere zorgaanbieder worden doorverwezen om aldaar geïncludeerd te worden. Maar in de huisartsenzorg is dat door de inschrijving op naam niet mogelijk. En het aanbieden van 'on-gecontracteerde ketenzorg' is ook niet wenselijk, want dan moet de huisarts aan alle eisen van de NZa-beleidsregel voldoen, terwijl daar over het algemeen een lager tarief tegenover staat.

Soms wordt een zorg- of inclusieplafond voorzien van de bepaling dat wanneer de geleverde zorg of het aantal inclusies het plafond overstijgt, de kosten daarvan niet in rekening kunnen worden gebracht bij de zorgverzekeraar. De



uitkomen. Je mag dan dus niets anders dan zorg leveren ten laste van de eigen middelen.

Bezwaren

Hoewel voor plafonds vanuit zorgverzekeraarsperspectief en vanuit kostenbeheersingsperspectief wel begrip kan worden opgebracht, lijken aan het hanteren van dit soort plafonds wezenlijke bezwaren te kleven. Welke patiënt zit er immers op te wachten om voor een behandeling naar een andere zorgaanbieder dan die van zijn of haar eerste keuze te worden doorverwezen als zijn huidige zorgaanbieder boven een overeengekomen plafond uitkomt? De geneeskundige behandelingsovereenkomst verplicht de hulpverlener om de patiënt de benodigde zorg in overeenstemming met de professionele standaard te verstrekken. Afwijken kan in

*Het is aan de zorgaanbieder
om een plafond wel of niet te accepteren*

Betekenis zorgplafond

Plafonds zijn eigenlijk niets meer en minder dan vooraf bepaalde eindgrenzen. Een zorgplafond betekent feitelijk dat je niet meer zorg kunt leveren dan het maximum. Als je toch meer zorg moet leveren, moet de patiënt ei-

kosten van toch geleverde zorg komen dan geheel ten laste van de zorgaanbieder. Ziekenhuizen en wijkverpleging hebben daarbovenop soms bedingen in het contract waarbij naast een zorgplafond zelfs een doorleverplicht geldt voor patiënten die boven het plafond



principe niet, ook niet als er een zorgplafond geldt. Dat alleen lijkt al een zogeheten 'catch22'. En welke zorgaanbieder wil nu worstelen met het feit dat een patiënt soms geïnccludeerd moet worden of zorg nodig heeft, terwijl de kosten daarvan geheel uit eigen budget moeten worden gefinancierd?

Wettelijke speelruimte

Zoals Edith Schippers, de voormalig minister van VWS, in 2016 tijdens overleg in de Tweede Kamer uitlegde, worden plafonds overeengekomen tijdens contractonderhandelingen. En die worden in de basis beheerst door het gewone burgerlijk recht (TK 2015-2016, Kamervragen nr. 1123). Wij kennen in het burgerlijk recht contracteervrijheid; als een zorgverzekeraar zijn zorg met een plafond wil contracteren, dan staat in de basis niets dat in de weg. Maar het is

aan de zorgaanbieder om dit – zonder meer – te accepteren of niet.

Helemaal vrij spel heeft de zorgverzekeraar daarin niet. De Hoge Raad heeft onder meer al in 2015 beslist dat de zorgplicht die de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden heeft ook voorwaarden beoogt te scheppen voor een behoorlijke functionerende markt in de gezondheidszorg (HR 6 november 2016, VGZ c.s./Nutricia en SPVD c.s.). Zorgaanbieders mogen er op grond daarvan in redelijkheid van uitgaan dat de wettelijk verzekerde zorg wordt ingekocht en bekostigd. Als ingeschat en onderbouwd kan worden dat het zorgplafond of het inclusieplafond niet of bijna niet haalbaar is gezien de populatie en de in de beroepsgroep breed gedragen zorg- of inclusiecriteria, lijkt het dus aanneemelijk dat een zorg- of inclusieplafond

(in beginsel met succes) in rechte ter discussie kan worden gesteld. De handelwijze van de zorgaanbieder in de onderhandelingsfase is hierin echter heel bepalend. Zorgverzekeraars die op basis van een eigen benchmark tot een maximum inclusie komen en deze niet kunnen of willen onderbouwen, staan in de onderhandelingen niet sterk. Maar dan zal de contractpartij hierbij wel 'zijn poot stijf moeten houden'¹.

Overschrijding plafonds

Wat nu als het plafond wordt overschreden? Het uitgangspunt in het contractenrecht is dat twee partijen die met elkaar iets hebben afgesproken elkaar daaraan kunnen houden. Houd er daarom rekening mee dat een zorgverzekeraar die met een zorgaanbieder een plafond heeft afgesproken in veel gevallen de consequenties van overschrijding daarvan aan de zorgaanbieder kan toerekenen.

In beginsel ligt de deskundigheid over de haalbaarheid van een plafond bij de zorgaanbieder. Als een plafond echt niet haalbaar of realistisch is, dan zal in de meeste gevallen de zorgaanbieder dit schriftelijk moeten communiceren voorafgaand aan het sluiten van de overeenkomst met de zorgverzekeraar. Doet de zorgaanbieder dat niet, dan is er een reëel risico dat – ondanks de onhaalbaarheid van het plafond – het aangaan van de overeenkomst met het plafond toch voor risico en rekening van de zorgaanbieder komt.

Heeft de zorgaanbieder vooraf gemotiveerd gecommuniceerd dat het plafond onhaalbaar is en wordt bijvoorbeeld onder protest een overeenkomst gesloten, dan zal in het algemeen:

- de zorgverzekeraar voor patiënten die een overschrijding van het plafond inhouden een alternatief moe-

- ten regelen (verwijzing naar een andere zorgaanbieder), en
- als dat alternatief er niet is toch voor die overschrijdingen een aanvullende (financiële) regeling moeten treffen met de zorgaanbieder.

inclusieplafond, hiermee voor de toekomst ook de stand van de wetenschap en de praktijk wordt beïnvloed. Dat zal dan immers de veldnorm worden. In de fysiotherapie is onder druk van het maximum aantal gemiddelde behande-

Voor je het weet is het plafond de nieuwe veldnorm

Laat de zorgverzekeraar deze (of vergelijkbare) regelingen achterwege, dan lijkt het zeer aannemelijk dat het plafond als strijdig met de redelijkheid en billijkheid en/of de strekking van de Zorgverzekeringswet kan worden gekwalificeerd. De specifieke feiten en omstandigheden van de situatie zullen hierin steeds doorslaggevend zijn. Bijkomend effect is dat als de gehele sector akkoord gaat met een zorg- of

lingen de norm van gemiddeld 15 naar 12 en vervolgens naar 8 behandelingen gezakt. Dat is anno 2018 de stand van de wetenschap en de praktijk. Echter, bij huisartsen kunnen patiënten met wie een behandelovereenkomst is gesloten niet zomaar worden doorverwezen naar een collega en zij mogen ook niet bij meerdere zorggroepen aangesloten zijn om gebruik te maken van quota van een andere zorggroep.

Een zorgplafond voor een ziekenhuisbehandeling of inclusiebeperking voor chronisch zieken kan vorm krijgen door een maximum aantal behandelingen, door een percentage patiënten dat geïncludeerd mag worden of een gemaximeerd budget voor een bepaalde aandoening, maar heeft in essentie hetzelfde effect: het beperken van het aantal patiënten dat behandeld mag worden, dan wel waarvoor een declaratie naar de zorgverzekeraar mag worden verzonden.

Conclusie

Het gebruik van zorg- en inclusieplafonds door zorgverzekeraars is niet ongelimiteerd. Adequate informatievoorziening hierover en duidelijk acteren door de zorgaanbieder in het traject voorafgaand aan het sluiten van een zorginkoopovereenkomst, zijn belangrijke voorwaarden om tot goede overeenkomsten te komen, dan wel om bij problemen rondom de haalbaarheid van het plafond in de praktijk een disculpatiemogelijkheid (mogelijkheid om de aansprakelijkheid af te wijzen) te hebben bij discussies met zorgverzekeraars in en buiten rechte. Tot zover enkele juridische overwegingen ter voorbereiding op verdere ontwikkelingen, maar de principiële discussie over inclusiequota bij diabetes-, long- of hartpatiënten zal dit jaar wel gevoerd (moeten) gaan worden. <<

Tekst: Mr. drs. Nicole U.N. Kien, advocaat bij LS&H Lawyers, Rotterdam
Foto's: Thinkstock



Heeft de zorgaanbieder voor het ondertekenen van het contract schriftelijk gecommuniceerd dat het plafond onhaalbaar is, dan moet de zorgverzekeraar bij overschrijding een alternatief regelen of aanvullend financieren.

I | Zorggroep DOH versus zorgverzekeraar VGZ, december 2018