

Dit wetsvoorstel borduurt onder druk van zorgverzekeraars opnieuw voort op reeds bewezen foute aannames (zoals: niet-gecontracteerd is duurder en frauduleuzer). Leg het hele verhaal begrijpelijk en eerlijk/open voor aan het volk zoals het echt is en zal uitwerken (en naar volstrekte willekeur van zorgverzekeraars bewezen onrechtmatig reeds uitgewerkt heeft de afgelopen jaren) en het hele volk zal tegen stemmen omdat dit in niemands belang is. Zie bijlage.

Enkel het belang van zorgverzekeraars welke rucksichtslos enkel macro omzetplafonds bewaken (zonder enig verstand van goede zorg en zich niet bekommerend over kosteneffectieve zorg) wordt hier gediend. Zorgverzekeraars kiezen (bewezen) al jaren de makkelijkste weg: alles boven het omzetplafond (op welke manier dan ook, als ware het een heksenjacht) dood slaan onder het mom 'we hebben reeds voldoende zorg ingekocht'. Ondanks alle ellenlange wachtlijsten; aan de Treek norm hebben de zorgverzekeraars en de NZA blijkbaar gewoonweg lak. Zorgverzekeraars verzaken daarmee aan hun zorgplicht te voldoen en de NZA verzaakt in haar plicht om te handhaven.

Bij aannname zal de aanneming van dit voorstel zorgen voor (nog) meer willekeur in zorg contractering.

In plaats van dat zorgverzekeraars juist gedwongen worden om contracten tegen fatsoenlijke (op NZA prijzen gebaseerde) tarieven aan te bieden aan zorgaanbieders die aan transparante inkoopvoorwaarden voldoen wordt de schuld van het niet contracteren zeer onterecht opnieuw als onterecht correcte aanneming bij zorgaanbieders gelegd die juist vaak niks liever willen dan fatsoenlijk contracteren, maar daar vanaf worden gehouden door zorgverzekeraars ('er is al voldoende zorg ingekocht'). Hoe kosteneffectief, passend, zinnig en zuinig, gecertificeerd, kwalitatief goed, door verwijzers en cliënten gewaardeerd en gewenst de aangeboden zorg ook is; contracteren is vaak onmogelijk. Zorgaanbieders die dit aan de kaak stellen (en keer op keer hun principiële peperdure rechtszaken winnen vs. zorgverzekeraars) worden aan alle praattafels waar zorgverzekeraars zitten (ZIN en via ZIN SKGZ, NZA, VWS, minister, ZN, VAV), achter hun rug om en zonder weerwoord te kunnen geven, gedemoniseerd en als zorgcowboy weg gezet. Zie het vergelijk met de toeslagenaffaire: de geloofwaardigheid van zorgverzekeraars is blijkbaar te groot en die van niet gecontracteerde zorgaanbieders te klein. Ook al kan elk kind zien dat de niet gecontracteerde zorgaanbieder gelijk heeft als men echt even goed luistert en objectief kijkt.

Dit wetsvoorstel wordt door zorgverzekeraars gepushed bij beleidsmakers en instituten die vaak weinig van zorginhoud en/of kwaliteit en/of de dagelijkse zorgpraktijk en gang van zaken weten.

Zorgverzekeraars, die al jarenlang (net als de belastingdienst i.g.v. de toeslagenaffaire) klakkeloos geloofd worden door beleidsmakers zoals NZA, ZIN (en via hen SKGZ), VWS, AP en minister, ondanks allerlei meerdere malen verloren (in feite telkens identieke!!) rechtszaken waarbij bij voortdurende bewezen wordt dat zorgverzekeraars de wet aan hun laars lappen (vaak ten koste van goedwillende en kosteneffectieve zorgaanbieders): zie b.v. ECLI:NL:GHARL:2023:4604. De hogere rechters in dit dubbele hoger beroep (enkel nog cassatie mogelijk) zijn duidelijk over de wettelijke rol van de medisch adviseurs van zorgverzekeraars welke al jaren jurisprudentie aan hun laars lappen en opzichtig (gesteund door hierboven genoemde stakeholders) niet zoals verplicht is onafhankelijk van zorgverzekeraars maar in opdracht van zorgverzekeraars onrechtmatig handelen vs. niet gecontracteerde zorgverleners. Een regelrechte blamage voor onze rechtsstaat en een duidelijk vertoon van onrechtmatig machtsmisbruik. Hier is ook weer sprake van (reeds vaak bewezen onrechtmatig) misbruik maken van bevoegdheden om niet gecontracteerde zorg af te stoppen. Wie is hier nu al bewezen jarenlang een zorgcowboy? Dat zijn nu juist de zorgverzekeraars i.p.v. de niet gecontracteerde zorgaanbieder toch? Zoiets verwacht je niet in rechtsstaat Nederland, maar het gebeurt opzichtig onder ieders ogen al jaren. Maar beleidsmakers willen dit blijkbaar niet zien.

De minister kent enkel de academische zorgwereld goed. Zijn mening is kort door de bocht daarom: elke niet gecontracteerde zorgaanbieder zal wel zorgcowboy zijn (met in zijn gedachten de cherry picking zorgaanbieders die goedkope handelingen tegen hoge winsten uit het ziekenhuis trekken en de dure verliesgevende behandelingen terugverwijzen naar het ziekenhuis). Daarom legt hij, zonder goede onderbouwing (enkel op basis van goedgelovigheid, insinuaties en aannames van zorgverzekeraars en tegen de bewezen feiten in), met dit wetsvoorstel alle macht in handen van zorgverzekeraars.

Het wetsvoorstel creëert rechtsongelijkheid. Het wetsvoorstel zet de Tweede en Eerste Kamer zonder goede reden buitenspel. De bekende Rutte-tactiek zo langzamerhand, welke normaal handelen lijkt geworden: als je iets niet voor elkaar krijgt wat je wel wil doordrukken, zoek dan een maas in de wet zodat je het alsnog voor elkaar krijgt zonder de wil van beide Kamers en het volk te respecteren.

Dit wetsvoorstel heeft ernstige gevolgen voor het zorgstelsel (alle macht gaat naar zorgverzekeraars, die van toeten nog blazen weten op gebied van kwaliteit). Keuzes zijn enkel nog voor de rijken mogelijk.

Er is een grote variatie in contracteergraad tussen zorgverzekeraars. De grootste oorzaak voor niet gecontracteerd werken in de ggz blijken de zorgverzekeraars te zijn, niet de zorgaanbieders. Tevens bieden verzekeraars steeds lagere tarieven: aanbieders moeten soms zelfs onder kostprijs werken. De hoge generieke afslagen van 8% tot 25% op de NZa-tarieven - die de NZa baseert op reële kostprijzen! – maken het onaantrekkelijk of soms zelfs onmogelijk om een contract af te sluiten.

De Memorie van Toelichting (p.27) stelt: 'In beginsel is het echter niet aan de wetgever om voor te schrijven hoe de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg berekend moet worden. Dat zou een onnodige en onwenselijke beperking zijn van de regierol van zorgverzekeraars alsmede van de dynamiek van de zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden moeten de ruimte hebben om in te spelen op nieuwe ontwikkelingen en aan de hand daarvan hun keuzes te maken.' Deze toelichting is verbijsterend omdat dit wetsvoorstel het einde betekent van de zorginkoopmarkt, omdat vrijgevestigde zorgaanbieders feitelijk gedwongen worden om een contract te sluiten om (1) hun patiënten niet te duperen en (2) voldoende inkomen te kunnen verwerven om in hun levensonderhoud te voorzien. Dit wetsvoorstel leidt in de praktijk tot contractdwang. Er is geen onderhandeling meer mogelijk, enkel tekenen bij het kruisje.

VWS wil verzekerden ontmoedigen om naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Echter, tegelijkertijd stelt VWS dat er geen hinderpaal mag zijn om naar een niet gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Dat is tegenstrijdig met elkaar en daarmee niet houdbaar in de praktijk. Het wetsvoorstel biedt bijvoorbeeld geen duidelijkheid over de hoogte van de vergoeding voor individuele verzekerden als deze zorg ontvangt van een niet gecontracteerde zorgaanbieder. De formulering van VWS dat de hoogte van de vergoeding voor verzekerden 'geen feitelijke verhindering' mag zijn om gebruik te maken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders, maar dit wel 'merkbaar moet verhinderen' is een uitnodiging voor veel nieuwe juridische procedures. De HR heeft hier echter al over gesproken; vreemd dat VWS ook daar aan wil morrelen. Als zorgverzekeraars alle procedures op dit vlak verliezen, dan is blijkbaar de (hierboven reeds genoemde) bekende Rutte-weg om de wet te veranderen i.p.v. om toe te geven dat het hier om foutief handelen gaat wat per direct gestopt dient te worden. De tekst van de Memorie van Toelichting duidt er daarnaast op dat dit wetsvoorstel niet alleen gaat over het hinderpaalcriterium voor verzekerden.