

Hierbij mijn zorgen,

Te grote sturingsmacht bij een private partij.

Met zoveel sturingsmacht bij een private financiële partij als de zorgverzekeraar, waar er geen Wet openbaarheid van bestuur geldt ten behoeve van een gedegen en transparante controle, zijn de belangen van patiënten, zorgverleners en andere verzekerden niet goed gewaarborgd. Dat vraagt om problemen en is onwenselijk.

Oplossing:

Vorm zorgverzekeraars om tot publieke zorgfondsen. Of, als niet, zorg voor tegenwicht: Verzekeraars moeten bijvoorbeeld dan ook (deels) aansprakelijk gesteld kunnen worden voor slechte zorg dat onder contract is geleverd. Zodat ook voor de zorgverzekeraar een gezonde afweging noodzakelijk wordt. Immers bij de gewenste regie hoort ook de verantwoordelijkheid over de gevolgen daarvan.

Te weinig bescherming van de patiënt, gaarne daarom nog toe te voegen:

- Heldere definities van 'wat op redelijke termijn is en wat nog op redelijke afstand' is.
- Opstellen van heldere, concrete sancties, die zullen worden opgelegd aan een zorgverzekeraar bij falend zorgplicht verzekeraar.
- Welke sanctie de verzekeraar opgelegd krijgt als op 12 november van het voorgaand jaar niet duidelijk is wie voor wat gecontracteerd is in een bepaald jaar.
- Meer zekerheid voor de verzekerde over de te verwachten vergoeding. Met toevoegen van de delegatie grondslag zoals verwoord, worden de rechten van de patiënt eerder onduidelijker en onzekerder dan tot voorheen. Dit moet beter.

'Het hinderpaalcriterium ... dat de vergoeding voor de kosten van niet-gecontracteerde zorgaanbieders niet zo laag mag zijn dat die daardoor voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal zou vormen om gebruik te maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Jurisprudentie gaat uit dat een vergoeding van 75-80% van het gemiddelde bedrag dat de zorgverzekeraar voor soortgelijke behandelingen betaalt aan gecontracteerde zorgaanbieders als een breed gedragen praktijknorm kan worden beschouwd die geen feitelijke hinderpaal oplevert.' Dat was helder.

De delegatiegrondslag zou meer helderheid moeten geven. Daarover staat dat het bedoeld is om nader te kunnen regelen waar zorgverzekeraars rekening mee dienen te houden om bij het vaststellen van de vergoeding te voldoen aan het hinderpaalcriterium. Echter vervolgens wordt dat weer volledig afgezwakt en daarmee onzeker gemaakt door het toevoegen van 'In beginsel is het echter niet aan de wetgever om voor te schrijven hoe de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg berekend moet worden.'

- Willekeur moet vermeden worden.

'Overigens rust op de zorgverzekeraar geen algemene plicht om informatie of bewijs te verschaffen over de hoogte van uitgangstarieven. Die plicht kan er wel zijn bij een concreet verzoek in een individuele zaak.' Zet dat niet de deur wagenwijd open voor willekeur? Laat de die algemene plicht maar wel bestaan.

Vraag 1:

'Situaties waarin een zorgaanbieder wel gecontracteerd is, maar de zorgverlening bijvoorbeeld vanwege een omzetplafond niet langer op grond van de overeenkomst vergoed wordt, zijn in de jurisprudentie niet aan de orde geweest.'

Wat zijn dan de rechten van de patiënt in dat geval? Of het omzetplafond bereikt is, is vaak pas veel later bekend. Sowieso, de patiënt kan het niet weten en kan er niets aan doen.

Vraag 2:

'Ook is bepaald dat het gewogen gemiddeld door de zorgverzekeraar gecontracteerde tarief als uitgangspunt genomen mag worden, waarmee overigens niet is gezegd dat het ongewogen gemiddelde niet toegestaan zou zijn.'

Is het nu wel of niet?? Waar kan de patiënt nu op rekenen of niet?

Algemene opmerkingen:

Het valt op dat er wel plichten en regels worden benoemd voor de zorgverzekeraar, maar deze dan meteen weer worden afgezwakt of onhelder worden gemaakt.

Ter overdenking:

- VvAA: Onderzoek toont aan dat zorgprofessionals uit alle beroepsgroepen last hebben van de toenemende werk- en regeldruk en een gebrek aan autonomie. De cijfers zijn schrikbarend: 22% kampt met burn-outklachten, 40% overweegt de zorg te verlaten en 75% twijfelt over blijven werken tot het pensioen.

'zorgverzekeraars de grootste veroorzaker van regeldruk is..., bij huisartsen is dat vooral de overheid/ gemeente (36%), bij de medisch specialisten het management/bestuur (45%) en bij de fysiotherapeuten de eigen beroepsvereniging (30%). (p.13 Quickscan bezieling 2022).'

Dit kan toch niet de bedoeling zijn? De ontwikkeling hiertoe is lang vóór de Coronacrisis gestart. Zou de ingeslagen weg van marktwerking in de zorg met de verzekeraars en managers steeds meer in regie hier niet iets mee te maken hebben...? En hoe de consequenties hiervan te zien in het licht van de reeds ontstane personeelskrapte? Je kunt mensen tenslotte niet dwingen in de zorg te blijven werken,... gelukkig maar, we zijn nog steeds een vrij land.

- Wel, triest dat men op deze wijze aanstuurt op een situatie waar de vrijeartsenkeuze een privilege is, voorbehouden aan hen, die het kunnen betalen.

Vast heel erg bedankt voor de aandacht,