

STICHTING “HANDHAVING VRIJE ARTSENKEUZE”

Zusterplein 22 – 3703 CB Zeist

info@handhavingvrijeartsenkeuze.nl

Position paper voor hoorzitting CDA, Groen Links en SP op maandag 16 juni 2014.

De Stichting Handhaving Vrije Artsenkeuze is een paar maanden geleden opgericht op initiatief van een grote groep klinieken en hun patiënten. Opheffen van de vrije artskenkeuze betekent dat vele patiënten op zoek moeten naar een andere zorgverlener en vele zorgverleners komen direct in continuïteitsproblemen. Niet omdat ze slechte zorg leveren, alleen omdat zorgverzekeraars ze niet willen contracteren om volstrekt onduidelijke redenen. Vele zorgverzekeraars zeggen zonder een aanbieding te beoordelen reeds bij voorbaat “We willen u niet contracteren”. Ook al leveren ze minstens de zelfde kwaliteit en zijn ze goedkoper. Het is de macht van de zorgverzekeraars die alleen maar groter wordt als artikel 13 wordt aangepast.

Draagvlak

De Stichting heeft No Ties B.V. een onafhankelijk onderzoeksbureau, opdracht gegeven onderzoek te verrichten naar de bekendheid bij de Nederlandse bevolking met het voornemen van de minister van VWS de vrije artskenkeuze op te heffen en wat hun mening is over dit voornemen. Opvallend is dat 58% van de Nederlandse bevolking op de hoogte is en 85% van de ondervraagden wil de keuzevrijheid houden van naar welke zorgverlener ze willen gaan. Duidelijke cijfers, voldoende om het doel van de stichting met draagvlak na te streven.

Gesteld wordt dat met het opheffen van de vrije artskenkeuze € 1 mld. bespaard wordt, puntsgewijs het volgende:

- Niemand kan de onderbouwing van de € 1 mld. leveren. Prof Wim Groot is er mee begonnen in de Telegraaf, medio maart. Ook hij reageert niet op verzoeken tot onderbouwing.
- In een brief van de NZa van 31 januari 2014 aan VWS staat dat de verwachte kosten restitutie medisch specialistische zorg in 2014 € 62 mln. is en voor de GGZ € 112 mln. Hoe kun je dan € 1 mld besparen? Het lijken pure verzinsels.
- Sterker nog als artikel 13 voor medisch specialistische zorg en GGZ verdwijnt, moeten de zorgverzekeraars weer het volle pond betalen. De kosten gaan dan weer omhoog. Zorgverzekeraars vergoeden nu gemiddeld 60% van een nota. Dat wordt dus 100% als de patiënt naar een gecontracteerde dienstverlener gaat. De kosten worden dan € 272 mln. en nemen dan met € 115 mln. toe.

Sluiting en faillissementen

40% van de klinieken voor medisch specialistische zorg hebben slechts 3 of minder overeenkomsten met zorgverzekeraars. Er zijn 5 zorgverzekeraars. Op basis van ervaringen in het verleden verwijzen huisartsen geen patiënten door naar dergelijke klinieken omdat de kans dat de patiënt terugkomt omdat hij niet behandeld kan worden groot. Nu worden die patiënten op basis van de vrije artskenkeuze behandeld in de klinieken. Dat verdwijnt dus en

dan zullen deze klinieken binnen de kortst mogelijke tijd moeten sluiten. Mede gelet op de huidige contracteercriteria 2015 zullen ongeveer 120 klinieken moeten sluiten.

Dit betekent:

- Patiënten moeten op zoek naar een andere zorgverlener dan die van hun keuze
- Goede en goedkope zorg wordt vervangen door dure zorg
- Verdwijnen van innovatieve zorgaanbod

Juridisch gezien zijn er ook kanttekeningen te plaatsen, te weten:

- Het is ontneming van kapitaal en inkomen door een wettelijke maatregel. De schade loopt in de honderden miljoenen. Een claim mag niet worden uitgesloten
- Toetsing bij het Europese Hof ligt in de rede alvorens dit besluit te nemen. Vele signalen wijzen in de richting dat het Europees niet kan.

Hoofdpijnen akkoord

Het Hoofdpijnen akkoord wordt op het punt van Good Contracting Practices met voeten getreden door de zorgverzekeraars. Ze zijn niet transparant en willen het ook niet worden.

Goedkope polis of toch niet?

Minister Schippers en de zorgverzekeraars stellen dat de basis natura verzekering goedkoper wordt dan de natura met vrije artskeuze, maar kan dat?

- Ziekenhuizen en zorgverzekeraars onderhandelen over tarieven van DBC's onafhankelijk van hoe de patiënten verzekerd zijn. Dit kan dus geen prijsverschil in premie geven.
- Zorgverzekeraars contracteren voor de basis natura verzekering alleen de goedkoper ziekenhuizen. In een markt in balans betekent dit meestal dat de kwaliteit minder is, dit leidt direct tot een ongewenste tweedeling in de zorg.
- Een alternatief zou zijn dat zorgverzekeraars voor hun basis natura verzekerden lagere prijzen bedingen, dit betekent direct dat er ook kwalitatief mindere diensten worden geleverd. Een basis natura verzekerde krijgt alleen een Chinese pacemaker, de rest een Amerikaanse. Gelukkig werken zorgverleners niet mee aan deze idioterie, dat is in het verleden bvb gebleken bij een goedkope chemotherapie.
- Het enige dat wij zien is dat in het eerste jaar de basis natura polis wordt gedumpt, de winsten van de zorgverzekeraars van de afgelopen jaren worden hiervoor gebruikt en vervolgens gaat de premie gewoon weer omhoog. Nu is de premie differentiatie tussen de restitutiepolis van de ONVZ en de natura van de 4 grote verzekeraars ook verwaarloosbaar.

Het gaat om de macht van de zorgverzekeraars, patiënten en zorgverleners zijn ondergeschikt. De omgekeerde wereld van de zorg.

Zeist, 15 juni 2014,
Ger Jager, voorzitter