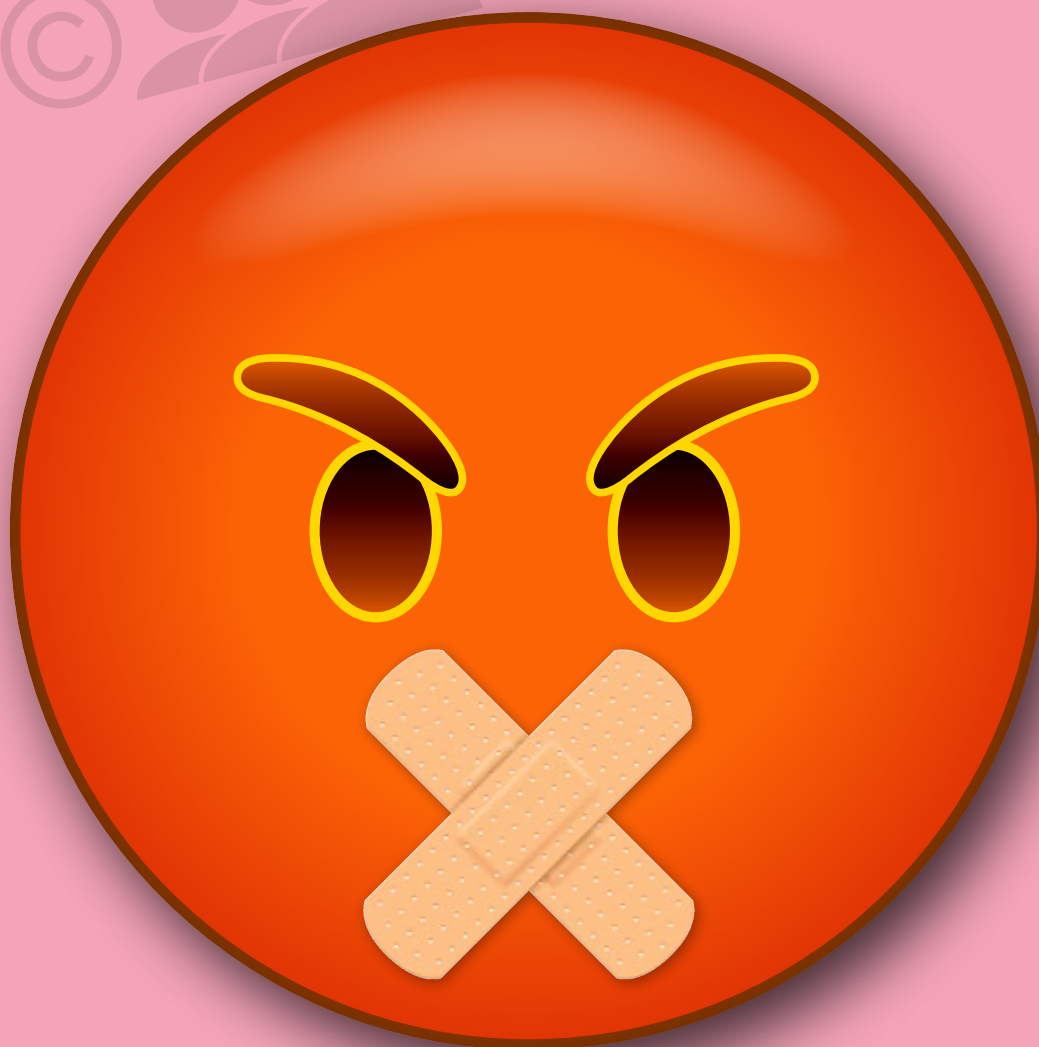




**GEHEIME AFSPRAKEN**

# Patiënt in de knel door zorgcontracten





## WAT & HOE

De Consumentenbond en artsenorganisatie VvAA hebben in september circa 25.000 zorgaanbieders benaderd om inzicht te krijgen in de gevolgen voor consumenten van de werkcontracten die zorgverzekeraars sluiten.

1670 zorgverleners hebben (anoniem) een vragenlijst ingevuld over contractvoorwaarden en het contracteerproces tussen zorgverzekeraars en zorgverleners voor het jaar 2016. Dat was volgens de VvAA voor deze groep de te verwachten respons.

Driekwart van de zorgverleners met een contract die de vragenlijst invulden, wordt in behandelingen beknot door zorgverzekeraars.

Ga voor meer informatie over het onderzoek en reacties naar consumentenbond.nl/zorgcontractering

1670 zorgverleners vulden de vragenlijst in

Driekwart van hen zegt te worden beknot

De één krijgt te weinig behandelingen, de ander niet de beste medicijnen. Oorzaak zijn de contracten die zorgverzekeraars met zorgverleners sluiten. Zorgverleners kunnen vanwege de beperkingen in die contracten steeds vaker niet de behandelingen geven die zij nodig vinden. **De patiënt staat machteloos.**

Vanwege langdurige nek- en spierpijn heeft Anita Niemeijer veel fysiotherapie nodig. Ze sluit daarom bij Zilveren Kruis een uitgebreide aanvullende verzekering af die per jaar 27 behandelingen vergoedt. Maar bij de fysiotherapeut hoort ze tot haar schrik dat die haar de gewenste behandelingen niet kan geven. Vanwege het werkcontract dat de zorgverzekeraar met de fysiotherapeut heeft gesloten, moet zij klachten als die van Niemeijer in 12 tot 15 behandelingen verhelpen. Gaat de therapeut hier overheen, dan kan ze door de verzekeraar worden gekort op haar inkomen. Niemeijer: 'Maar met 15 behandelingen ben ik niet van mijn klachten af.'

Artsen, fysiotherapeuten, psychologen en andere (para)medici kunnen vanwege de beperkingen in hun werkcontracten met zorgverzekeraars steeds vaker niet de behandelingen geven die zij nodig vinden, blijkt uit onderzoek door de Consumentenbond en artsenorganisatie VvAA onder 1670 zorgverleners. Voor het eerst wordt duidelijk hoe groot de gevolgen van deze contracten zijn voor de zorg en hoe weinig invloed consumenten hierop hebben.

### Behandelmaximum

Driekwart van de ondervraagde zorgverleners met een contract wordt door zorgverzekeraars beknot in het aantal of de duur van behandelingen. Gaan ze daar overheen, dan riskeren ze een boete of zelfs verlies van het contract (zie kader 'Zorgcontracten' op pagina 20). Volgens de Wet op de Genees-

kundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) moet een zorgverlener een behandelovereenkomst met een patiënt altijd afronden, maar vanwege de werkcontracten is dit lang niet altijd haalbaar. Als het maximumaantal behandelingen dat een zorgverlener in een jaar mag geven dreigt te worden bereikt, worden nieuwe patiënten geweigerd of op een wachtlijst gezet. 'Lichte' patiënten die met een paar behandelingen klaar zijn, worden vaak nog wel aangenomen, maar de zorg voor langdurig zieken komt in de knel. Reumapatiënten of patiënten met meerdere psychische aandoeningen bijvoorbeeld hebben veel behandelingen nodig, waardoor de zorgverlener sneller 'vol' zit. Gevolg is dat deze patiënten niet worden aangenomen, of worden 'rondgepompt tussen behandelaren', zoals een psychiater het beschrijft.

Drie van de tien zorgverleners met een contract verwijzen patiënten nog vóór de behandeling afgerond is door naar collega's die binnen >>

“Als het maximumaantal behandelingen dreigt te worden bereikt, worden nieuwe patiënten geweigerd of op een wachtlijst gezet”



## **FROUKE TAM SMA, REDACTEUR-ONDERZOEKER 'JE KUNT NIET VOORZIEN WANNEER JE ZORG NODIG HEBT'**

Zorgverleners kunnen hun patiënten niet waarschuwen

'Zolang er afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgverleners bestaan over hoeveel zorg er jaarlijks mag worden verleend, hebben patiënten aan het begin van het jaar de beste kansen om bij de

zorgverlener van hun keuze terecht te kunnen. Hoe verder in het jaar, hoe groter het risico dat de zorgverlener "vol" zit. Jammer genoeg valt meestal niet te voorzien wanneer je zorg nodig hebt. Opmerkelijk is dat

veel zorgverleners hun patiënten niet kunnen waarschuwen voor mogelijke knelpunten in hun contracten: veel zorgverleners in ons onderzoek zeggen dat ze een geheimhoudingsplicht in hun contract hebben.'

hun werkcontract nog wel ruimte hebben. Ook Anita Niemeijers fysiotherapeut stelt dit voor. 'Voor de laatste 12 behandelingen zou ik naar een andere fysiotherapeut kunnen.' Als Niemeijer haar verzekeraar Zilveren Kruis om opheldering vraagt, is het antwoord vaag: 'Het kan zijn dat dit in het contract van uw fysiotherapeut met ons een voorwaarde is.'

Patiënten halverwege de rit doorverwijzen is fnuikend voor de arts-patiëntrelatie, terwijl die een belangrijke voorwaarde is voor een succesvolle behandeling. Het komt ook voor dat behandelingen voortijdig worden gestaakt, soms zonder de patiënt in te lichten over het waarom. 'Je probeert de behandeling zo snel mogelijk af te ronden om de financiële schade te beperken', zegt een psychotherapeut die meewerkt aan het onderzoek.

**“Soms worden behandelingen voortijdig gestaakt”**

'Deze patiënten staan gewoon in de kou', aldus een fysiotherapeut.

### **Beperkingen**

Patiënten staan inderdaad machteloos aan de zijlijn. Het op deze manier beperken van de 'productie' van een zorgaanbieder kan de keuzevrijheid voor de verzekerde ernstig beperken, zegt Carl Jakobs, campagneleider zorg bij de Consumentenbond. 'Het leidt tot onduidelijkheid en tot een beperking van je recht op zorg bij de gewenste zorgverlener. Zelfs als je bij de zorgverzekeraar hebt gecontroleerd of je zorgverlener gecontracteerd is, kun je van een koude kermis thuiskomen. De zorg komt ten onrechte op de tweede plaats.'

Het is bovendien onacceptabel dat zorgverzekeraars ondertussen aanvullende zorgverzekeringen blijven aanbieden met bijvoorbeeld 30 behandelingen extra, terwijl zorgverleners vanwege hun werkcontract nog niet de helft mogen geven. Consumenten worden hierdoor misleid. Bij een vrijekeuzepolis (waarbij je zelf je behandelaar mag kiezen) speelt dit probleem net zo goed. De verzekerde heeft daarmee

## **ZORGCONTRACTEN**

Zorgverzekeraars maken elk jaar afspraken met zorgverleners over de zorg die ze mogen leveren en de prijs daarvan. Ook worden er meerjarige contracten afgesloten. Belangrijk doel is om de zorg betaalbaar te houden. Een groeiende groep zorgverleners besluit geen contracten meer met zorgverzekeraars te sluiten. Zij rekenen zonder tussenkomst van de verzekeraar af met de patiënt. In ons onderzoek werkt één op de vijf zorgverleners inmiddels volledig contractvrij. Als deze groep blijft groeien, kan dat gevolgen hebben voor de toegankelijkheid van de zorg voor verzekerden. Zorgverzekeraars vergoeden deze zorg namelijk meestal niet volledig.

weliswaar recht op volledige vergoeding van behandelingen, maar door de beperkingen in de contracten kunnen zorgverleners die niet altijd geven.

### **Klip en klaar**

Geheimhoudingsbepalingen in de contracten zijn wat de Consumentenbond betreft uit den boze en moeten verboden worden: zorgverzekeraars moeten volledige helderheid geven over de contracten die zij met zorgaanbieders sluiten. Aanbieders moeten verzekerden informeren over de ware redenen van het stoppen van een behandeling of het plaatsen op een wachtlijst. Beperkende contracten mogen geen gevolgen hebben voor lopende behandelingen. Jakobs: 'Transparantie alleen lost hier het probleem voor de consument niet op. Immers, dat je weet dat er een beperkende voorwaarde geldt, wil niet zeggen dat je ook kunt inschatten wanneer die zich voordoet. Laat staan dat je je behandelingsmoment daarop kunt aanpassen.' Verzekeraars en zorgaanbieders moeten hier met een oplossing komen. Verzekerden dienen de zorg te krijgen



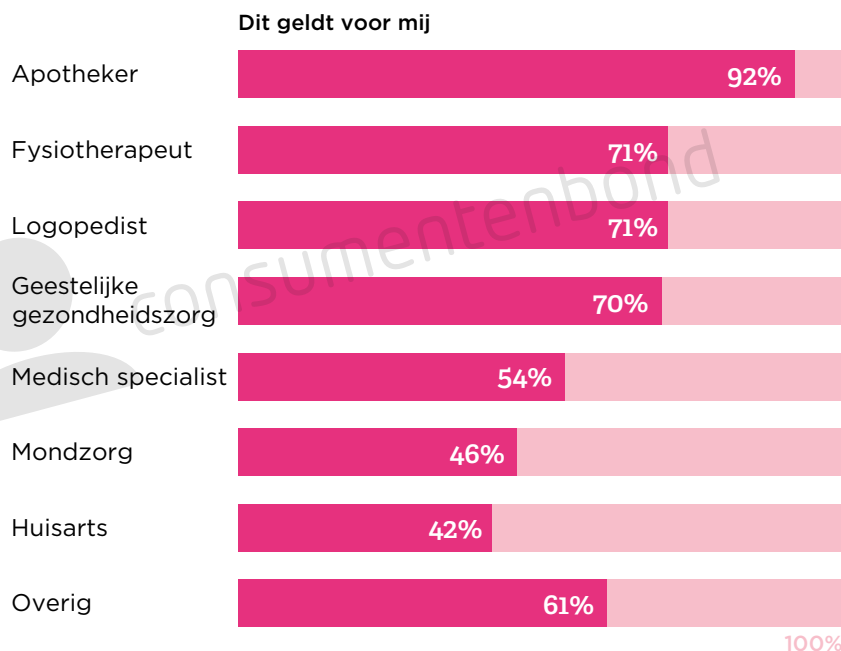
waarvoor ze hebben betaald en van de zorgaanbieder waar ze aan het begin van het jaar voor hebben gekozen. De Nederlandse Zorgautoriteit en de Autoriteit Consument en Markt moeten erop toezien dat dit gebeurt. Jakobs: 'Deze geheime bepalingen zijn een aantasting van de marktwerking in de zorg en vormen een inbreuk op het recht op informatie van verzekerden'.

### Nee verkopen

Ook gespecialiseerde praktijken met patiënten die langdurig worden behandeld, moeten vaker nee verkopen. 'Onze zorg aan kinderen en jongvolwassenen met een verstandelijke beperking komt in het gedrang', zegt een oefentherapeut. Een logopedist verklaart in de problemen te komen als zich veel kinderen melden die langdurig hulp nodig hebben. 'Die wil je dus liever niet.'

Sommige zorgverleners ontlopen het risico op een boete door het tweede deel van de behandeling direct met de patiënt af te rekenen, buiten het zicht van de zorgverzekeraar om, of zelfs door gratis te werken. Zorgverleners moeten aan de bel trekken als ze hun maximum dreigen te overschrijden, vinden zorgverzekeraars. Maar volgens de medici worden verzoeken om meer budget vaak afgewezen. Ook is vooraf lastig in te schatten hoeveel zorg een patiënt nodig heeft. Ruim negen van de tien onderzochte apothekers en ruim de helft van de huisartsen melden dat ze het preferentiebeleid, waarbij de zorgverzekeraar bepaalt welk merk medicijnen patiënten krijgen, moeten volgen. Dit remt weliswaar de zorgkosten, maar volgens zorgverleners krijgen patiënten hierdoor vaak niet de juiste medicijnen of stoppen ze mogelijk met ze te gebruiken. 'Mensen slikken de verkeerde of helemaal geen pillen, omdat ze in een ander doosje zitten', aldus een apotheker. <<

## 'Door beperkende voorwaarden in mijn contract kan ik niet altijd de beste zorg geven'



Het gaat in deze tabel om zorgverleners die een of meer contracten hebben met zorgverzekeraars.

### ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND: 'BEPERKENDE VOORWAARDEN BLIJVEN'

Zorgverzekeraars Nederland: 'De Consumentenbond constateert dat zorgverzekeraars in hun contracten met zorgverleners een aantal beperkende bepalingen opnemen. Dat is juist en zal ook zo blijven. Het hangt rechtstreeks samen met wat zorgverzekeraars zien als een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle partijen in de zorg, en als een nadrukkelijke opdracht: het realiseren van goede en toegankelijke zorg voor alle verzekerden. Daarvoor is het nodig dat we de zorg met elkaar betaalbaar houden. De verzekerde is soms patiënt en altijd premiebetaler. Zorgverzekeraars maken zich sterk voor voldoende en kwalitatief goede zorg, maar ook voor doelmatige en zinnige zorg. Ten onrechte wordt de indruk gewekt dat mensen door het zorginkoopbeleid het risico lopen dat zij niet de zorg krijgen waar ze recht op hebben. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht: de verzekerde moet binnen redelijke tijd en afstand de zorg krijgen

waarop hij recht heeft. De maatregelen tasten dat recht niet aan, maar zijn er juist op gericht dat verzekerden kunnen blijven rekenen op passende zorg tegen aanvaardbare kosten. Zorgverzekeraars doen hun best om te voorkomen dat verzekerden last hebben van die maatregelen. Dat lukt in het overgrote deel van de gevallen, maar niet altijd. Soms kan het nodig zijn dat verzekerden naar een andere zorgverlener moeten dan hun eerste keuze, of dat ze een andere geneesmiddelverpakking krijgen. Met het preferentiebeleid voor geneesmiddelen hebben zorgverzekeraars vele honderden miljoenen euro's bespaard. Dat zorgverleners vanwege beperkingen geen contract meer willen sluiten, vinden zorgverzekeraars zorgwekkend. De patiënt kan zo onnodig met hogere kosten te maken krijgen. Deze zorgverleners ontlopen hun maatschappelijke verantwoordelijkheid en kunnen de doelmatigheid van het zorgaanbod in gevaar brengen.'