

Gesproken bijdrage Patientenfederatie Nederland t.b.v. Ronde Tafelgesprek Vrije Artsenkeuze

Ik wil het met u hebben over de black box van de zorg. In het Nederlands zou ik zeggen: het zwarte gat waar je als patient geen hand voor ogen ziet.

Je ziet geen hand voor ogen omdat je niet weet of een zorgaanbieder goed of minder goed is, want er is geen openbare informatie over de kwaliteit. En je weet ook niet of die zorgaanbieder wel gecontracteerd is door jouw zorgverzekeraar voor jouw type polis. Tenzij je hele kleine lettertjes bekijkt.

De discussie over vrije artsenkeuze is naar mijn mening vooral een discussie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Die discussiëren al jaren over contractering. Ik durf hier wel de stelling aan dat patiënten het slachtoffer zijn van al dat gedoe tussen verzekeraars en aanbieders over geld. De problemen in het systeem worden afgewenteld op patiënten.

Een willekeurig voorbeeld:

Meneer de Vries kreeg na het bevolkingsonderzoek darmkanker een brief dat er bloed in zijn ontlasting zat en dat er een coloscopie nodig was.

Hij belde met Bevolkingsonderzoek Midden-West waar hij daarvoor terecht kon. Die verwezen hem door naar een particuliere polikliniek waar er binnen twee weken plek was. Meneer de Vries vroeg of hij niet naar zijn eigen ziekenhuis kon. Men zei dat het daar wel zes weken zou duren.

Als er risico is op kanker laat je het wel uit je hoofd om langer te wachten dan nodig. Dus ging meneer de Vries naar die kliniek. Binnen 1,5 uur stond hij weer buiten. Met een goede uitslag gelukkig.

Een paar weken later kreeg hij een bericht van zijn zorgverzekeraar. Het onderzoek had 1240,- euro gekost. Maar daarvan vergoedde de verzekering maar 670 euro. De andere 540 euro moest hij zelf betalen omdat deze polikliniek niet was gecontracteerd door zijn verzekeraar.

In dit voorbeeld realiseren de mensen van Bevolkingsonderzoek zich niet dat een zorgaanbieder waar ze naar doorverwijzen wel eens geen contract zou kunnen hebben met de verzekering van meneer. Ze wilden hem alleen maar zo snel mogelijk helpen. En de particuliere kliniek waar hij terecht kwam heeft ook niets gezegd. Een ander punt is dat het een lekker verdienmodel is voor die kliniek om 1240 euro te vragen voor zo'n ingreepje. Dus misschien is het best te begrijpen dat de verzekeraar hen geen contract geeft. Maar wie is de pineut van die discussie? Juist, de nietsvermoedende patient!

Dit voorbeeld laat zien dat patiënten door gebrek aan informatie soms op de verkeerde plek terechtkomen. En daar flink voor in de portemonnee moeten tasten. Meneer de Vries moest uiteindelijk van de 670 euro die zijn zorgverzekering vergoedde ook nog eens 385 euro eigen risico betalen. Dus hij betaalde uiteindelijk 75% van de rekening zelf.

Door het gebrek aan informatie aan verzekerden en patiënten gaat het op drie momenten mis:

1. Ten eerste: als je aan het eind van het jaar je zorgverzekering moet kiezen, is meestal nog niet bekend welke aanbieders er gecontracteerd zijn. Dus je moet kiezen, terwijl je niet weet of de zorgverlener die je misschien of zeker nodig hebt, wel volledig vergoed wordt.

Voor mensen die een budgetpolis kiezen, met veel minder gecontracteerde zorgaanbieders, is dat nog veel belangrijker. En we weten allemaal dat veel mensen die zo'n polis nemen dat niet doen op basis van een goede risico-analyse. Welnee, ze kunnen een betere polis niet betalen. Veel mensen die een budgetpolis kiezen zitten ook nog eens in de risicogroep qua gezondheid met een grotere kans dat ze ook werkelijk zorg nodig zullen hebben. En flink moeten bijbetalen als ze bij de verkeerde zorgaanbieder terecht komen.

2. Moment 2 waarbij het misgaat is het moment dat je door je huisarts doorverwezen wordt, of bijv. door het bevolkingsonderzoek, zoals in mijn voorbeeld. Dan wordt er door niemand met een woord gerept over het feit dat niet elke zorgaanbieder altijd een contract heeft. Dus word je met het grootste gemak door de verwijzer die jij vertrouwt, verwezen naar een partij die later met een fikse rekening komt.
3. Het derde moment is als je onbedoeld dan bij zo'n ongecontracteerde zorgaanbieder aanklopt. In de regel gaat die je niet wijzer maken, en merk je pas na afloop van de behandeling dat je zelf een deel moet betalen.

In het IZA zijn goede afspraken gemaakt over contractering **en** voorlichting. Als die afspraken echt uitgevoerd worden, zijn wij blij.

Want dan gaan bijvoorbeeld zorgverzekeraars ruim en gevarieerd contracteren, met ruimte voor innovatieve aanbieders en aandacht voor en inzicht in de kwaliteit van zorgaanbieders.

Dat betekent wat ons betreft niet dat tot en met de laatste zorgaanbieder een contract moet krijgen. Wildgroei moeten we tegengaan. In de wijkverpleging zijn daarmee de afgelopen jaren goede resultaten geboekt.

(Tussen 2018 en 2019 is het aantal cliënten dat terecht kwam bij een ongecontracteerde zorgaanbieder met bijna 40% verminderd: van 5,5 % van het totaal aantal cliënten naar 3,5%. In 1 jaar.)

Dat is de richting waarin wij denken: niet patiënten en cliënten financieel straffen voor het feit dat ze **onbedoeld en ongewild** bij een ongecontracteerde partij terecht komen. Maar door meer goede zorgaanbieders te contracteren, strengere eisen te stellen aan nieuwe toetreders en door betere controle.

Ook over betere **voorlichting** hebben we afspraken gemaakt in het IZA: voorlichting **en** tijdens het overstapseizoen **en** op het moment van verwijzing **en** als iemand bij een ongecontracteerde zorgaanbieder terecht komt.

Patiënten moeten er bewust van gemaakt worden wat de consequenties zijn als je geholpen wordt door een zorgaanbieder die niet is gecontracteerd. Wij denken dat als mensen zich bewust zijn van dat risico er heel wat minder ongecontracteerde zorg verleend zal worden.

In het IZA is ook een onderzoek aangekondigd naar het hinderpaalcriterium. Wij hopen en we gaan er eigenlijk ook van uit dat dit criterium niet aangepast wordt in negatieve zin voor patiënten. Want we vinden dat het mensen niet financieel onmogelijk moet worden gemaakt voor een ongecontracteerde zorgaanbieder te kiezen, want daar hebben ze vaak goede redenen voor.

Ik zei u aan het begin van mijn betoog dat de problemen rond contractering nu worden afgewenteld op patiënten. Teveel patiënten komen onbedoeld en ongewild terecht in een situatie waarin ze fors moeten bijbetalen. Aan die oneerlijke situatie moet wat gebeuren. Daarvoor reken ik op uw aandacht en steun.

Dianda Veldman, 5 december 2022