

Opinie

Verzekeraars doen meer kwaad dan goed

<http://www.medischondernemen.nl/Columns/opinie-verzekeraars-doen-meer-kwaad-dan-goed.html> (5 november 2009)

Voor een gezonde zorgverlening is het nodig dat de verzekeraar teruggaat naar de rol die bij een verzekeraar hoort: het vergoeden van de benodigde zorg en het herstel van de autonomie van de verzekerde en de zorgverlener. Dat bepleit eerstelijnspsychologe **Jessica Terwiel**.

Sinds de eerstelijnspsychologische zorg op 1 januari 2008 onder de nieuwe zorgverzekeringswet in het basispakket is opgenomen, worden wij elp-zorgverleners geconfronteerd met een grote verandering in de aard van het contact met de zorgverzekeraar. Voorheen waren zorgverzekeraars vooral verzekeraars, dat wil zeggen dat zij vergoedingen uitbetaalden voor zorg die verzekerd is. Tegenwoordig zijn zij dankzij de nieuwe zorgverzekeringswet iets heel anders, maar wat?

Zorgverzekeraars hebben een 'zorgplicht' zonder dat zij zorgverlener zijn, zij 'kopen zorg in' en doen 'veilingen van zorgbehoefte', zij 'onderhandelen' door eenzijdig een contract op te stellen en af te wachten wie er tekent, zij proberen inzage te krijgen in patiëntendossiers, en de helpdesks vertellen verzekerden grote onzin over restitutie omdat de verzekeraar wil dat verzekerden voor naturazorg kiezen. De verzekeraars informeren verzekerden over bovenstaande activiteiten met klinkende leuzen als "Wij zijn er voor uw gezondheid", hetgeen tamelijk absurd en grensoverschrijdend is aangezien zij niet geschoold zijn in enige vorm van gezondheidszorg en ook geen zorg verlenen.

De feiten zijn heel simpel: verzekeraars zijn zich ronduit aan het bemoeien, en wel daar waar zij meer kwaad dan goed doen. In de eerstelijnspsychologische zorg merken we dat bijvoorbeeld aan de manier waarop gecontracteerd wordt. Het 'onderhandelen' met onze beroepsgroep bestaat uit het presenteren van een door de verzekeraar opgesteld contract met de begeleidende mededeling "nee wijzigen kan niet, maar u bent dan ook niet verplicht om dit te ondertekenen". In dat contract worden wij op meer of minder desastreuze manier betutteld.

Schaamteloos verwijzen naar 'n verlopen gedrags-code

Laat ik als voorbeeld het Achmea-contract nemen. Daar moeten wij tekenen voor het veel te lage tarief dat de verzekeraar heeft vastgesteld, moeten we 'verzekerden' met een specialistische zorgbehoefte binnen twee sessies terug-en doorverwijzen, wordt ons een maximale wachtlijst van 6 weken voorgeschreven, worden wij contractueel verplicht om bij eenzijdig beëindigen van de zorgrelatie door de psycholoog daarover een brief met onderbouwing te sturen naar de 'verzekerde' zelf, diens huisarts en de verzekeraar, moeten wij ook nog 'de toegankelijkheid van de praktijk het gehele jaar waarborgen' en waarneming regelen, en mogen wij wanneer onze praktijkruimte

geschilderd wordt pas na toestemming van de verzekeraar tijdelijk uitwijken naar de groepspraktijk verderop.

Verder wil de verzekeraar controle en inzage in behandelgegevens zonder aan te tonen waarvoor dat nodig is, en verwijst zij daarbij schaamteloos naar de gedragscode die verlopen is. En dan is er het trieste feit dat voor het zogeheten efficiënte, maar eigenlijk tijdvreterende, digitaal factureren een aanvullend contract van zeven pagina's nodig is.

Autonomie van de behandelaar ernstig ingeperkt

De autonomie van de behandelaar wordt met een dergelijk contract ernstig ingeperkt. De behandelaar die dit contract tekent mag een cliënt dus niet viermaal zien om deze te motiveren voor een verwijzing naar de tweede lijn; hij mag niet dermate excellent zijn dat mensen graag op zijn wachtlijst staan en daardoor een wachtlijst langer dan zes weken laten ontstaan. Die psycholoog is kennelijk verplicht om bij de ontdekking dat de cliënt een affaire had met zijn eigen vrouw, hierover een onderbouwde brief naar de verzekeraar en de huisarts te sturen, en om voor die mensen die speciaal met hem en met niemand anders hun geheimen wilden delen een waarnemer te regelen in de herfstvakantie.

Daarnaast is het onmogelijk voor de psycholoog om de cliënt te garanderen dat niemand toegang krijgt tot het behandeldossier, want de verzekeraar kan, schermend met een ongeldige gedragscode, op onvoorspelbare momenten inzage eisen. Verzekeraars betitelen deze praktijken als 'stimuleren van de kwaliteit' en 'optimale marktwerking', maar dat kwaliteit in de zorg kan worden opgelegd door middel van het contractueel opstapelen van allerlei eisen tegen een lage betaling is een onzinnige gedachte. Van geen enkel proces kan de kwaliteit verbeterd worden door er voor weinig geld torenhoge eisen aan te stellen. Dat geldt overal, van landbouw tot onderwijs en van eierproductie tot gezondheidszorg.

Kwaliteit bereik je alleen door te investeren: tijd, aandacht, en ook geld. De zorgverleners worden nu onder het mom van 'prijskwaliteitverhouding' geperst in een keurslijf van een laag tarief en stapels oneigenlijke voorwaarden en inperkingen van de professionele autonomie, waardoor er geen zorg op maat meer mogelijk is. De enige manier voor ons om nog zelfstandig een behandelrelatie met de cliënt aan te gaan, en om zelfstandig te kunnen bepalen hoe wij optimaal praktijk voeren, is door te kiezen voor werken op restitutiebasis. De verzekeraar weet dat ook, en maakt dat opzettelijk duur... voor de verzekerde. Zelfs met een restitutiepolis is de verzekerde regelmatig meer eigen bijdrage kwijt aan een niet-gecontracteerde psycholoog dan aan een gecontracteerde psycholoog, want verzekeraars streven ernaar het 'veld' zoveel mogelijk onder hun controle te brengen. Autonomie en keuzevrijheid worden in het huidige stelsel eenvoudigweg heel duur, en misschien op termijn onmogelijk, zoals in de oprukkende de ketenzorg.

'Verhandelbare product zorg' staat centraal

De makke van dit 'markt'-stelsel is dat niet de zorgbehoefte van de cliënt voorop staat, maar het 'verhandelbare product zorg'. De gedachte dat je zorg kunt kopen en verkopen, dat je het zelfs kunt veilen en dat je voor weinig geld goede kwaliteit kunt binnenhalen, gaat volledig voorbij het feit dat de zorg alleen maar kan bestaan, en moet bestaan, omdat er een cliënt/patiënt/verzekerde is die een

behoefte heeft aan die zorg. Door de verhandelbaarheid van de zorg centraal te stellen en niet de cliënt met zijn/haar behoefte, trekken de verzekeraars hun verhouding tot de verzekerde en de zorgverlener uit zijn verband. De verzekerden zijn geen klanten meer zoals in de zegswijze 'de Klant is Koning', zij zijn dankzij hun zorgbehoefte een soort van substraat geworden waarop een bloeiende 'zorgmarkt' of 'zorgverleningindustrie' gebouwd en gemanaged kan worden, net zoals de behoefte van groeiende gewassen een substraat vormt voor een bloeiende markt in meststoffen en verdelgingsmiddelen.

De mens, de menselijke behoefte en de menselijke maat zijn in dit geheel ver te zoeken: niet de mens telt maar de handel. Dat is de essentie van het woord 'markt'. En dat is waarom in de praktijk van de gezondheidszorg aan de twee belangrijkste partijen, namelijk de zorgvrager en de zorgverlener, door de marktwerking datgene wordt ontnomen waarom het allemaal draait: de mogelijkheid om met zijn tweeën een samenwerking op te zetten die tot een optimaal resultaat leidt voor de zorgvrager. De huidige industriële benadering van de zorg maakt dit in toenemende mate onmogelijk. Voor een gezonde zorgverlening is het nodig dat de verzekeraar teruggaat naar de rol die bij een verzekeraar hoort: het vergoeden van de benodigde zorg, en dat de autonomie van de verzekerde en de zorgverlener in ere worden hersteld, zodat zij samen op de enige kwalitatief goede, namelijk ambachtelijke wijze, de best mogelijke zorg kunnen realiseren.

Jessica Terwiel is eerstelijnspsychologe en oprichter van 'Contractvrij', een groep van psychologen in de eerste lijn die hechten aan het werken op restitutiebasis. Bij deze groeiende groep zijn inmiddels ruim 330 eerstelijnspsychologische zorgverleners aangesloten.