

Toelichting: geen contracten met verzekeraars vanaf 2015

Drs. Katja Pereira, psychotherapeut/GZ-psycholoog

Big-registratie: 29060728116 en 9060728125

introductie

Vanaf 2015 sluit ik geen contracten meer af met zorgverzekeraars. Dit kan consequenties hebben voor mijn cliënten. Daarom wil ik bij deze mijn standpunten uiteenzetten.

Ik werk sinds 1996 in dit vak, wat mij zeer dierbaar is en waar ik me altijd ten volle voor heb ingezet. Sinds 2014 zijn er hele grote veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg doorgevoerd, die mijn werk ernstig belemmeren.

Wat is er veranderd?

Door het beleid van het ministerie van VWS krijgen zorgverzekeraars steeds meer macht over de zorg. Zij gebruiken deze om in toenemende mate te bepalen wat 'goede zorg' zou zijn, wat wel of niet zou werken, hoe je dat zou moeten meten met vragenlijsten en wat ze wel of niet vergoeden. De zorgverzekeraar wil het liefst ook nog informatie over de diagnose, terwijl deze privacy in onze grondwet is verankerd. Toch worden er steeds meer gegevens gevraagd. Tegelijkertijd hebben zorgverzekeraars van de overheid de opdracht gekregen om de kosten van de zorg omlaag te brengen. Dit proberen ze door zorgverleners 'jaarlijkse budgetten' op te leggen, wat betekent dat een therapeut per jaar en per verzekeraar voor een maximaal bedrag cliënten mag behandelen. Hierdoor kunnen minder mensen zorg krijgen.

Momenteel ligt er een voorstel om artikel 13 van de zorgverzekeringswet te wijzigen. Het huidige artikel regelt de vrije artskeuze en zorgt ervoor dat we ook recht hebben op een redelijke vergoeding van zorg als we naar iemand gaan die geen contract heeft met de zorgverzekeraar. Ook als je een naturapolis hebt. Het voorstel is nu om het zorgverzekeraars mogelijk te maken om binnen de naturapolis die vergoeding te verlagen of zelfs te schrappen. Als consument krijg je dan alleen nog vergoeding als je naar iemand gaat met wie de zorgverzekeraar een contract heeft. Als dit echt wordt doorgevoerd betekent het dat alleen mensen met een goede restitutiepolis zelf hun behandelaar kunnen kiezen en de zorg vergoed krijgen.

Het wordt de consument nu al heel moeilijk gemaakt om zelf regie te nemen over zijn zorgkosten. Verzekeraars informeren namelijk heel slecht over hun producten. Polisvoorwaarden worden te ingewikkeld geschreven. Er wordt weinig en vaak onduidelijke informatie gegeven over de restitutiepolis. Bijna niemand blijkt te weten wat dit precies is en wat voor een polis ze eigenlijk hebben. En helpdeskmedewerkers geven de helft van de tijd verkeerde antwoorden, zo is recent uit een onderzoek van de consumentenbond gebleken. Veel mensen zijn ergens verzekerd omdat ze daar al lang verzekerd zijn en storten zich niet in 'het woud van polissen' om uit te zoeken wat voor hen de beste verzekering is. En achteraf staan ze dan nog wel eens voor kosten, die ze dachten vergoed te krijgen.

Wat betekent dit voor mijn werk?

- Als ik een contract teken, kan ik mensen niet zomaar meer behandelen. Het moet passen binnen het budget. Sommige zorgverzekeraars hebben het budget zo krap gemaakt dat ik nog geen 4 mensen van die verzekeraar in een jaar kan behandelen. En als ik die 4 mensen behandel, dan kan de behandeling niet meer geïntensiveerd worden als dat nodig zou zijn. Ik kan behandelingen dus niet op maat maken en werken naar de maatstaven van mijn vak. Mensen mogen ook niet besluiten dat ze toch willen komen en het dan maar zelf betalen. Dat mag namelijk niet. De enige mogelijkheid zou zijn dat ik die behandeling

gratis uitvoer, of dat mensen moeten gaan zoeken naar een behandelaar die nog wel budget heeft. Het is dus niet altijd mogelijk om zelf te kiezen door wie je behandeld wordt. En dat terwijl uit veel onderzoek is gebleken dat vooral de werkrelatie met de therapeut een groot effect heeft voor het welslagen van de behandeling.

- Als ik een contract teken, stem ik ermee in dat de zorgverzekeraar bepaalt wat goede zorg is en hoe die uitgevoerd moet worden. Ik vind dat beslissingen over een behandeling alleen genomen zouden mogen worden door gekwalificeerde professionals in samenspraak met de cliënt. Als behandelaar kan ik door mijn persoonlijk contact met de cliënt beter kan inschatten welke zorg goed zou zijn dan de zorgverzekeraar op afstand, vanaf z'n bureau. En mijn beslissingen zijn altijd in het belang van de cliënt, niet door geldmotieven gestuurd.
- Als ik een contract teken, krijg ik een verminderd tarief als ik er niet mee instem om de zorgverzekeraar steeds meer gegevens over de behandeling te overhandigen, bijv. over de metingen die ik uitvoer tijdens behandelingen. Deze gegevens gebruiken de zorgverzekeraars als een maatstaf voor effectiviteit, terwijl bekend is dat effectiviteit meten veel complexer is dan dat. Ik vind dat vooral de cliënt kan bepalen of hij zich geholpen voelt.
- Als ik contracten teken met meerdere zorgverzekeraars, roep ik daarmee een enorme administratieve last over me af om aan alle afspraken binnen de verschillende contracten te voldoen. Dan moet ik in de gaten te houden hoe het zit met de budgetten, of ik wel aan de regels van de ene verzekeraar voldoe en niet vergeet om de info aan de andere verzekeraar te sturen. Deze 'regeldruk' is in 2014 enorm toegenomen en weegt zwaar op de gehele beroepsgroep. Ik besteed deze tijd liever aan behandelen.

Mijn besluit

Het enig logische besluit is om heel bewust uit deze situatie te stappen. Ik zal vanaf 2015 dus geen contracten meer afsluiten met zorgverzekeraars. Hierdoor kan ik mijn tijd weer volledig besteden aan mijn vak: op basis van de huidige wetenschappelijke inzichten, mijn opleiding en mijn ervaring mensen behandelen die problemen hebben.

Consequenties voor cliënten

Wat dit voor u persoonlijk betekent, hangt vooral af van uw verzekeringspolis. Als u een goede restitutieverzekering heeft, krijgt u de behandeling helemaal vergoed. Als u een naturapolis heeft, krijgt u nu nog 50-75% vergoed. Als artikel 13 wordt gewijzigd, dan kan deze vergoeding nog veel lager zijn. Ik raad u dan ook aan om goed te kijken welke verzekering het beste bij uw situatie past en eventueel over te stappen naar een andere verzekeraar. U heeft tot 31 december de tijd om uw huidige verzekering op te zeggen, en tot 31 januari om u aan te melden bij een nieuwe verzekeraar. De site www.zorgwijzer.nl kan u eventueel verder helpen. ONVZ en PNOzorg kwamen als beste uit de bus bij onderzoek van marketresponse (<http://www.marketresponse.nl/klantenmonitor-zorgverzekeringen-2014/>). Zij bieden alleen restitutiepolicen aan omdat zij vinden dat iedereen het recht heeft zijn eigen behandelaar te kiezen.

Heeft u behoefte aan meer gedetailleerde informatie over de huidige ontwikkelingen, het verschil tussen een naturapolis en een restitutiepolis en een overzicht van polissen? Zie de cliënteninformatie van www.zorgvoorkwaliteit.nu.