

| ECONOMIE

Gezondheidszorg

Hoe ggz-patiënten de dupe worden van de opstelling van de zorgverzekeraars

PAGINA 14-16





The illustration shows a therapist and a patient in a session. The patient is lying on an orange chaise longue, and the therapist is sitting on a blue chair, holding a clipboard. They are positioned on a small green rug that sits atop a massive, dark green stack of papers. The background is a solid light pink color.

Voor hen wordt zorg onbetaalbaar

14/
16

Slechts drie verzekeraars
betalen nog alle kosten van
behandelaars zonder
contract. Zware ggz-patiënten
vrezende de toekomst.

Die ene psycholoog zonder wachtlijst wordt niet vergoed

Sinds dit jaar bieden nog maar drie verzekeraars een restitutiepolis aan, die behandelingen bij niet-gecontracteerde behandelaars vergoedt. Voor sommige ggz-patiënten wordt hun zorg daardoor onbetaalbaar.

Door onze redacteur **Juliët Boogaard** Illustraties **Sjoerd van Leeuwen**



Al vijf jaar lang „hobbelt” Jip (30 jaar, geeft voorkeur aan die/diens) van zorgverzekeraar naar zorgverzekeraar. Eerst OHRA, toen UMC, daarna Stad Holland, en sinds dit jaar Menzis – een van de weinige verzekeraars die nog een restitutiepolis aanbieden. Dat is een polis waarbij verzekerden een hogere premie betalen en daardoor ook zorg volledig vergoed krijgen van aanbieders die geen contract met de verzekeraar hebben. Met de standaardpolis wordt deze zorg slechts vergoed tot 60 à 85 procent van het gemiddelde tarief van gecontracteerde aanbieders.

Jip is onder behandeling bij een niet-gecontracteerde ggz-aanbieder voor een dissociatieve identiteitsstoornis, waarbij iemands identiteit als het ware ‘versplinterd’ is door trauma in de vroege kindertijd. De behandeling daarvoor is intensief en langdurig. Het aanbod van gecontracteerde zorgverleners is beperkt en de wachtlijsten zijn er lang. Toen Jip, die om privacyredenen niet met achternaam in de krant wil, op zoek was naar een behandelaar, was er zelfs een algehele patiëntenstop bij aanbieders met een contract. En dus zocht die een aanbieder zonder contract. Door diens diagnose is Jip arbeidsongeschikt verklaard, wat de eigen bijdrage bij een reguliere polis – voor een zevenjarige behandeling met meerdere sessies per week – onbetaalbaar maakt. De restitutiepolis bood uitkomst.

Maar keer op keer bleek Jips verzekeraar tegen het eind van het jaar te stoppen met de polis. „Zodra het winter wordt, ben ik daar continu mee bezig. Moet ik weer overstappen? Waar kan ik nog terecht? En kan ik dan bij dezelfde behandelaar blijven?” Het maakt het einde van het jaar „onrustig en onzeker”, zegt Jip.

Jip is niet de enige die afhankelijk is van een restitutiepolis. In 2022 had ruim 11 procent van de verzekerden een restitutiepolis. Dit percentage daalt wel: een jaar later was het nog maar 5 procent, volgens cijfers van zorgkenniscentrum Vektis. Het schrijft die daling toe aan het afnemende aantal restitutiepolissen, van elf in 2022 naar zeven in 2023. Sinds begin dit jaar zijn het er nog maar drie: Menzis, ASR en Aevitae. Bij die laatste twee geldt de restitutie enkel onder specifieke voorwaarden. In feite is Menzis de enige die een ‘zuivere’ restitutiepolis aanbiedt.

De meeste verzekeraars hebben de polis omgezet in een ‘combinatiepolis’: voor het merendeel van de ongecontracteerde zorg geldt wel nog volledige vergoeding, maar ggz en wijkzorg zijn uitgesloten – voor die sectoren werd de polis te duur.

Lange wachtlijsten

De wachtlijsten in de ggz zijn lang: eind 2022 wachtten 84.000 mensen op behandeling. Komende week publiceert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) nieuwe cijfers. Naar alle waarschijnlijkheid zijn de wachtlijsten in de ggz de afgelopen jaren gegroeid. De maximaal aanvaardbare wachttijd voor een intakegesprek is vier weken en voor het begin van de behandeling daarna tien weken, zoals vastgesteld door de NZa in de zogenoemde Treeknorm. Die wachttijd wordt bij vrijwel elke diagnose en in veel regio's overschreden. Mede daarom wijken veel patiënten uit naar ongecontracteerde aanbieders, waar de wachtlijsten vaak korter zijn.

In 2019 (de meest recente cijfers) behandelden niet-gecontracteerde zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg ruim 82.000 mensen, 11,6 procent van de ggz-patiënten. Die 82.000 declareerden dat jaar ruim 300 miljoen euro aan ggz-kosten, een kleine 10 procent van het budget dat hiervoor beschikbaar is.

Uit het Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg voor 2019-2022, dat de financiële afspraken tussen zorgpartijen omvat, bleek dat voorheen jaarlijks 300 miljoen euro overbleef van het ggz-budget, voor gecontracteerde én ongecontracteerde zorg. Daarom werd dit bedrag in het akkoord afgetrokken van het budget. Maar in 2020 rapporteerde de Algemene Rekenkamer dat dit bedrag vooral overbleef door lage omzetplafonds die verzekeraars opleggen en te weinig contracten. Daardoor kunnen instellingen niet altijd de zorg leveren die patiënten (volgens hen) nodig hebben, en blijft geld over.

»
Zonder restitutiepolis verlies ik de toegang tot de zorg die ik nodig heb

Aukje Eggenhuizen (45)
ggz-cliënt

Spiraal des doods

Zowel Jip als andere verzekerden met een restitutiepolis, die dit jaar veelal overstapten naar Menzis, vrezen dat de polis uiteindelijk ophoudt te bestaan. Dat is geen ongefundeerde angst, zei Xander Koolman, gezondheids-econoom aan de Vrije Universiteit van Amsterdam, eerder in *NRC*. De mensen die nu zijn overstapt naar een van de drie overgebleven verzekeraars, zijn volgens hem „zware zorggebruikers en dus dure verzekerden”. „De resterende restitutiepolissen worden daardoor zwaar verlieslatend en zullen waarschijnlijk ook stoppen. Een spiraal des doods.”

Aukje Eggenhuizen (45) werd eerder behandeld voor een posttraumatische stressstoornis. Later werd ze ook gediagnosticeerd met een dissociatieve stoornis, en daarvoor zijn er – zoals ook blijkt uit het verhaal van Jip – vrijwel geen gecontracteerde behandelaars zonder ellenlange wachtlijsten of patiëntenstops. Eggenhuizen heeft last van angst en depressieve periodes. Zonder de juiste zorg gaat ze „wiebelen” en kan ze in crisis raken. De eigen bijdrage zou zonder haar restitutiepolis „honderden euro's per maand” bedragen. „Zo verlies ik de toegang tot de zorg die ik nodig heb.”

Hinderpaalcriterium

In de ggz zijn relatief veel aanbieders zonder contract actief. De redenen daarvoor lopen uiteen: sommigen kiezen er bewust voor, vanwege de administratiedruk die contracten bij meerdere verzekeraars met zich meebrengen, of vanwege privacygevoelige informatie over patiënten die zij met verzekeraars zouden moeten delen. Anderen willen wel een contract, maar kunnen niet aan de voorwaarden van verzekeraars voldoen. Die eisen bijvoorbeeld een minimale omzet – die voor kleinere instellingen te hoog ligt – of juist een maximale omzet – die voor grotere aanbieders te laag ligt.

Daarover onderhandelen is vaak niet mogelijk, blijkt uit gesprekken van *NRC* met verschillende aanbieders. Vanwege hun afhankelijkheid van de verzekeraar – sommigen hopen volgend jaar toch een contract te krijgen – willen zij alleen anoniem in de krant.

Een van die aanbieders, gespecialiseerd in meervoudige problematiek, vertelt deze week nog een patiënt aan de lijn gehad te hebben die geen restitutiepolis meer had. Haar verzekeraar was ermee gestopt en ze was niet overstapt. De kennismaking was goed en ze kon meteen bij de instelling terecht. Maar de eigen bijdrage van 15 procent – in dit geval 60 euro per afspraak – was te hoog. „We hebben haar moeten uitschrijven.”

Sommige aanbieders betalen de eigen bijdrage zelf, maar voor een kleine instelling is dat al gauw een doodsteek. Dus betaalt de patiënt, als die daar financieel toe in staat is. „Ook als een patiënt dat kan betalen, betekent het niet dat zorg toegankelijk is”, zegt de aanbieder. Hij merkt dat de eigen bijdrage voor de behandeling vaak ten koste gaat van andere belangrijke zaken, zoals een auto of een incidentele vakantie. „Of mensen gebruiken hun spaargeld en raken hun financiële buffer kwijt.”

In artikel 13 van de zorgverzekeringswet is het ‘hinderpaalcriterium’ vastgelegd: een eigen bijdrage mag geen belemmering voor zorg zijn. Alleen staat nergens vanaf welk bedrag een ‘hinderpaal’ kan ontstaan. Dat maakt handhaving van het criterium moeilijk. In 2017 begon de Stichting Handhaving Vrije Artsenkeuze (SHVA) een procedure bij de rechtbank tegen verzekeraars omdat de eigen bijdrage – het niet vergoede percentage – in strijd zou zijn met het hinderpaalcriterium. De stichting kreeg gelijk, en na tweemaal verweer van de verzekeraars in december 2022 in laatste instantie ook bij de Hoge Raad. Een standaardpercentage voor de eigen bijdrage is volgens het oordeel „niet fijnmazig genoeg” en kan een hinderpaal opleveren.

Toch hanteren verzekeraars die percentages nog altijd, en dus diende de SHVA vorige maand een handhavingsverzoek in bij de Nederlandse Zorgautoriteit. De stichting vindt dat het hinderpaalcriterium gekwantificeerd moet worden, en berekende zelf op basis van cijfers van budgetinstituut Nibud dat voor iemand uit een tweepersoonshuishouden, met tweemaal modaal inkomen, de eigen bijdrage niet hoger dan 200 euro per maand zou mogen zijn. De eigen bijdrage – die bovenop het eigen risico van 385 euro komt – ligt nu vaak vele malen hoger.

Zo kost de psycholoog van Job Kuipers (48 jaar) zo'n 230 euro per uur, waarvan de verzekeraar 60 procent vergoedt. Kuipers heeft een restitutiepolis; anders zou zijn behandeling „niet te financieren zijn”. Om die reden stapte hij vorig jaar van VGZ, dat met de restitutiepolis stopte, over naar Menzis. Dat leverde praktische problemen op: een van zijn drie kinderen moet een beugel hebben, en dat verzekerde Menzis pas na een jaar. Zo lang kon zijn zoon niet wachten. „Hij is twaalf, die beugel moet er voor de groeispurt in.” Daarom is Kuipers nu deels bij VGZ en deels bij Menzis verzekerd, wat administratief „een hele klui” was.

Kuipers heeft last van vertrouwensproblemen. Aanbieders met contract konden hem enkel behandelingen van maximaal twaalf sessies bieden. „Dat zou niet genoeg zijn voor mij. Het kost een hoop tijd voordat ik me kan openstellen.” Bij een ongecontracteerde aanbieder kon hij wel een langer traject volgen.

Ongunstige afspraken

In 2022 liet het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de verschillen tussen gecontracteerde en ongecontracteerde ggz onderzoeken. Ook werd onderzoek gedaan naar de redenen van zorgaanbieders om geen contract te hebben. Daaruit bleek dat de voorwaarden voor een contract vanuit de zorgverzekeraar vastliggen, en tot voor zorgaanbieders ongunstige afspraken kunnen leiden. Grotere zorgaanbieders hebben enige onderhandelingsruimte, maar kleinere aanbieders krijgen doorgaans alleen een digitaal contract opgesteld of een standaardafwijzing op een contractaanvraag. Contact met de verzekeraar is niet mogelijk. „Ik ben op m'n kop gaan staan om wel met verzekeraars in contact te komen, maar kwam niet verder dan de telefonist”, vertelt een aanbieder aan *NRC*.

Voor hem maakte het omzetplafond – het maximale bedrag dat een aanbieder bij de verzekeraar mag declareren – het onmogelijk met een contract te werken. Twee jaar lang deed hij dat wel, maar hij leed daardoor verlies: de zorg voor zijn patiënten bleek 10 procent duurder uit te vallen dan het omzetplafond van 200.000 euro. Die overige 20.000 euro moest hij zelf betalen. In het onderzoek van VWS uit 2022 staan soortgelijke casussen van aanbieders die failliet zouden gaan als zij zich aan de contractvoorwaarden moesten houden.

Sommige verzekeraars leggen in contracten afspraken vast over de gemiddelde prijs per patiënt. Dat past niet bij de ggz, vinden aanbieders, omdat de zorgvraag van patiënten vaak onvoorspelbaar is. De wachtlijsten voor mensen met meervoudige en complexe problemen zijn het langst, bleek al uit het rapport van de Algemene Rekenkamer in 2020, maar juist voor behandelaars van deze patiënten zijn standaardafspraken financieel nadelig. De vergoe-

Reacties zorgverzekeraars

CZ noemt de roep om meer of soepeler te contracteren een „logische reflex, maar niet altijd de beste oplossing”. De verzekeraar bood dit jaar 116 nieuwe aanbieders een contract aan, en zegt vooral extra te willen contracteren voor complexe zorgvragen. De verzekeraar hanteert een minimale omzet van 50.000 euro voor nieuwe instellingen omdat hij zorgaanbieders wil contracteren die „daadwerkelijk impact kunnen maken”.

ASR laat weten dit jaar 150 nieuwe aanbieders gecontracteerd te hebben. De verzekeraar denkt genoeg zorg te hebben ingekocht en wijt de lange wachttijden aan het tekort aan behandelaars. Wanneer ASR potentiële nieuwe aanbieders toetst, blijken die doorgaans geen complexe geestelijke gezondheidszorg te leveren, „waar juist de langste wachttijsten zijn”.

In afwijzingen van **VGZ**, ingezien door *NRC*, stelt de verzekeraar dat er geen behoefte is aan „additioneel aanbod” in de regio van de desbetreffende aanbieder.

In de praktijk liggen de redenen van afwijzing genuanceerder, laat de verzekeraar weten. „Wij wijzen zorgaanbieders niet af als ze een wezenlijke bijdrage kunnen leveren aan het oplossen van de wachtlijsten voor gespecialiseerde ggz in een regio.” VGZ zegt in te zetten op verhoging van het aantal gecontracteerde zorgaanbieders.

Een woordvoerder van **Zilveren Kruis** zegt dat het belangrijk is goed in kaart te hebben hoeveel aanbieders lichte geestelijke gezondheidszorg leveren en hoeveel complexe ggz. „Als het aanbod onvoldoende aansluit op de vraag, lost dat het probleem niet op.” Om levering van complexe ggz te stimuleren, heeft Zilveren Kruis daarvoor afgelopen jaar een opslag geïntroduceerd bovenop het basistarief. De verzekeraar contracteerde afgelopen jaar 149 nieuwe aanbieders.



Mensen zoals ik raken zonder behandeling veel sneller in crisis. Dat kost ook enorm veel geld

Jip (30) ggz-cliënt



» Vervolg van pagina E15

dingen zijn niet voldoende voor intensievere behandelingen, concludeerde de Rekenkamer.

„Zonder contract zijn er meer mogelijkheden om te doen wat het beste is voor de patiënt”, zegt een aanbieder die gespecialiseerd is in psychotrauma tegen NRC. En uit het VWS-rapport: „Cliënten die niet binnen de kaders van de door de zorgverzekeraar ingekochte zorg vallen, worden afgewezen [...]” Die patiënten zijn daardoor vaak aangewezen op ongecontracteerde zorg.

Een zorgaanbieder die onder meer stemmingsstoornissen, trauma en persoonlijkheidsproblematiek behandelt, noemt vaktherapie als voorbeeld. Deze behandeling, voorheen ook wel bekend als creatieve therapie, zet hij in voor traumaverwerking. „Bij sommige patiënten kom je er niet alleen met woorden, maar heb je ook non-verbale therapie nodig. Een patiënt zou ik volgens een verzekeraar te veel uren vaktherapie hebben gegeven, en toen werd meteen de hele rekening van 6.000 euro afgewezen. Ze verwezen naar een document van [belangenvereniging] Zorgverzekeraars Nederland waarin staat dat vaktherapie beperkt mag worden ingezet. Ik heb meteen de vaktherapie van andere patiënten teruggeschroefd, terwijl zij eigenlijk meer nodig hadden.”

Een andere aanbieder vertelt dat zijn omzet hoger lag dan het omzetplafond. Met een contract zou hij minder patiënten kunnen behandelen, terwijl hij juist méér patiënten zou willen aannemen. „Ik krijg tientallen aanmeldingen per week. De huidige wachtlijsten laten zien dat psychiatrische instellingen juist moeten groeien.”

Duurdere zorg

De Stichting Handhaving Vrije Artsenkeuze inventariseerde eind vorig jaar bij zorgaanbieders pogingen om een contract te sluiten met een verzekeraar. Ze kreeg ruim tachtig afwijzingsmails toegestuurd, ingezien door NRC. Redenen voor afwijzing worden lang niet altijd expliciet vermeld. Soms staat er enkel dat reeds „voldoende zorg” is ingekocht. Dat is onmogelijk, vindt SHVA-voorzitter Ger Jager. Hij was eerder onderhandelaar bij een voorganger van Zorgverzekeraars Nederland en werkte later als vertegenwoordiger van Zelfstandige Klinieken Nederland. Nu is hij voorzitter van de stichting die juist zeer kritisch is op zorgverzekeraars. „Als er voldoende zorg was ingekocht, zou er geen wachtlijst van 84.000 mensen zijn.”

Een conclusie uit het VWS-rapport is dat de lange wachttijden voor verzekeraars aanleiding zouden moeten zijn voor „een gesprek over contractering en bijcontractering”, waarbij zorg ook vergoed wordt als daarmee een omzetplafond wordt overschreden. Jager noemt het „zonde” dat verzekeraars niet meer contracten afsluiten. „Er is veel meer aanbod beschikbaar dan zorgverzekeraars nu contracteren.”

In de inventarisatie zitten verschillende afwijzingen van verzekeraar ONVZ die aangeeft genoeg zorg te hebben ingekocht voor „enkele eenvoudige problematiek” - gericht aan aanbie-

ders die juist meervoudige en complexe problematiek behandelen.

Een woordvoerder van die verzekeraar zegt dat dit te maken kan hebben met „definitieverwarring”, omdat in de ggz gebruik wordt gemaakt van gradaties in ‘complex’ en ‘eenvoudig’ en sommige aanbieders daar tussenin zitten. „In sommige gevallen kunnen wij dat verkeerd beoordeeld hebben, in andere gevallen kan sprake zijn van een verschil van mening.”

Verzekeraars hebben wel het argument dat ongecontracteerde zorg vaak duurder is. Aanbieders declareren hogere bedragen dan het gemiddelde tarief dat aanbieders mét contract declareren. Maar, zegt Jager van SHVA: dat tarief bepalen verzekeraars zélf. De NZa stelt een maximumtarief vast dat aanbieders mogen declareren. Dat ligt hoger dan het bedrag dat verzekeraars met aanbieders afspreken; vaak gaat het in die contracten om 80 tot 90 procent van het NZa-tarief. Dat maakt contractvrije aanbieders die het maximumtarief declareren, inderdaad duurder voor de verzekeraar die een restitutiepolis hanteert.

Kostenverschillen tussen gecontracteerde en ongecontracteerde zorg kunnen „niet eenduidig verklaard worden door verschillen in doelmatigheid, kwaliteit of anderszins”, aldus het VWS-rapport.

Worsteling voor verzekeraars

Een aanbieder vertelde NRC dat hij bewust geen contract heeft omdat dat dit een lager tarief betekent. „Dat is een prikkel om heel erg op de centen te letten, wat ten koste kan gaan van de kwaliteit van de therapie.”

Uit het VWS-rapport blijkt dat verzekeraars moeite hebben te beoordelen of de tarieven van zorgverleners gepast zijn. Wanneer zijn de tarieven hoger omdat de zorg voor patiënten dat simpelweg behoeft, en wanneer is sprake van malafide praktijken?

Dat zegt ook de ONVZ-woordvoerder: „In het verleden hebben we te maken gehad met aanbieders die patiënten actief adviseerden zich bij ons te verzekeren, omdat wij niet moeilijk zouden doen over hoge tarieven. Dat heeft ons veel geld gekost, en daarmee onze verzekerden ook. Dat de premie stijgt door hogere lonen valt uit te leggen, maar niet als dat komt doordat zorg wordt gedeclareerd die duurder is dan nodig.”

Ook toont het onderzoek de worsteling van de verzekeraars met hun taak: de zorg betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief op orde houden. Daardoor voelen zij - de grootste uitgezonderd - zich vaak genoodzaakt digitale standaardcontracten aan te bieden, zonder onderhandelingen. Standaardvoorwaarden zouden de kwaliteit en betaalbaarheid waarborgen.

Volgens critici gaat dat dus ten koste van de toegankelijkheid van de zorg. Want die contracten zijn lang niet altijd toereikend voor instellingen die zwaardere problematiek behandelen, zoals die van Jip. Als Jip geen gebruik zou kunnen maken van de restitutiepolis, zou die moeten stoppen met diens behandeling. „Mensen zoals ik raken dan veel sneller in crisis. Dat kost ook enorm veel geld: crisisopnames zijn duur.”

Pijnlijkster nog is wat het met Jip zelf zou doen. „Ik word dan niet beter en kan niet terug de maatschappij in, werk oppakken, meedoen.”