

Markt zorgt niet



**Verslag van het meldpunt van actiegroep
Zorg geen Markt, over de gevolgen van
marktwerking in de zorg**

Najaar 2005
www.zorggeenmarkt.nl

Inleiding

In het najaar van 2004 werd door een honderdtal werkers en deskundigen uit de zorg, mede op initiatief van SP-Kamerlid Agnes Kant, de actiegroep ‘Zorg geen Markt’ opgericht. Inmiddels wordt de groep actief gesteund door zo’n 10.000 mensen die in de zorg werken.

De initiatiefnemers en al deze sympathisanten uit de zorg spreken zich uit tegen de politiek van meer marktwerking in de zorg. Marktwerking werkt niet in de zorg, zeggen zij. De zorg is dus geen markt en moet door het kabinet ook niet zo benaderd worden.

Dat marktwerking in de zorg heilzaam is en de problemen in de zorg kan oplossen, blijkt uit niets. Dat er negatieve effecten zijn, kan niemand met droge ogen ontkennen. Marktwerking in de zorg kan leiden tot te veel macht bij zorgverzekeraars, aantasting van professionele onafhankelijkheid van zorgverleners, inperking van keuzevrijheid van patiënten, aantasting van de solidariteit, minder samenwerking tussen medici en instellingen, meer bureaucratie, hogere kosten, concurrentie op prijs en daardoor minder kwaliteit, en te weinig oog voor preventie.

Om meer inzicht te krijgen in deze gevolgen is door ‘Zorg geen Markt’ een meldpunt geopend op de website van de actiegroep. Hier zijn meer dan 200 meldingen binnen gekomen, zowel concrete praktijkvoorbeelden als meningen van patiënten en werkers in de zorg. Waar mogelijk zijn de meldingen telefonisch gecheckt.

De invoering van marktwerking vindt stap voor stap plaats en het is duidelijk een politieke keuze van dit kabinet om deze weg te volgen. Uit alle meldingen die zijn binnengekomen op het meldpunt ‘Zorg geen Markt’, waarvan u hier een selectie treft, blijkt dat de voorspelde negatieve gevolgen van marktwerking daadwerkelijk optreden. Het verslag geeft daarmee ook een goede blik op de toekomst.

Het is heel duidelijk dat de opgelegde concurrentie samenwerking in de weg staat. Een ander groot punt van zorg is de toegenomen macht van zorgverzekeraars en de negatieve gevolgen voor de kwaliteit van de zorg en de keuzevrijheid van patiënten. Zo blijkt dat patiënten geen vergoeding krijgen voor behandeling in het ziekenhuis van hun keuze, maar door verzekeraars gedwongen worden naar een ander ziekenhuis te gaan, soms veel verder weg.

Tijdens de Algemene Beschouwingen zei premier Balkenende: “Als er sprake is van medische noodzaak, dan ligt het laatste woord natuurlijk bij de arts.” De meldingen tonen echter duidelijk aan dat verzekeraars steeds vaker op de stoel van de arts gaan zitten: ze vergoeden bepaalde behandelingen, genees- of hulpmiddelen niet, hoewel de arts aangeeft dat deze wel

medisch noodzakelijk zijn. Ook nemen door de marktwerking de bureaucratie en risicoselectie toe, zo blijkt uit de meldingen.

Ook komt naar voren dat die marktwerking frustraties veroorzaakt bij zorgaanbieders. Zij willen hun patiënten graag helpen, maar worden daarbij steeds vaker gehinderd door zorgverzekeraars. Patiënten weten niet waar ze aan toe zijn en sommige komen in zeer ernstige medische of financiële problemen, doordat hun verzekeraar vergoedingen weigert, ondanks medische noodzakelijkheid.

De reacties die de afgelopen maanden zijn binnengekomen, onderschrijven de stelling dat de zorg geen markt is. De weg die het kabinet is ingeslagen, onder meer met de invoering van het nieuwe zorgstelsel, belooft voor de komende tijd weinig goeds. De actiegroep 'Zorg geen Markt' ziet dan ook alle reden om zich te blijven inzetten voor het 'ontmarkten' van de zorg, totdat niet langer bezuinigingsdrift en commerciële belangen centraal staan, maar de zorg en de patiënt.

Concurrentie leidt tot minder samenwerking

Samenwerking is essentieel in de zorg. Door samenwerking kan de individuele zorgvrager beter worden geholpen. Ook kan kennis worden gedeeld, bijvoorbeeld door specialisten die in verschillende ziekenhuizen aan dezelfde aandoeningen werken. Ook kan door samenwerking de zorg goed en snel worden georganiseerd: verschillende instellingen kunnen hun taken beter op elkaar afstemmen, ten gunste van een optimaal behandeltraject.

Onderstaande voorbeelden van binnengekomen meldingen illustreren hoe concurrentie samenwerking in de weg staat. Zo willen zorginstellingen niet dat hun werkgevers (artsen) nog langer hun kennis delen met hun collega's in andere instellingen, want dat zijn immers 'concurrenten' geworden. De zorg raakt zo versnipperd. Ook verslechtert de communicatie tussen verschillende zorgaanbieders. Dit alles gaat natuurlijk ten koste van de kwaliteit en de zorgvrager.

Ik werk als diëtist in de een instelling voor 12 uur per week. Omdat ik graag wat meer wilde werken, heb ik gesolliciteerd bij een andere organisatie. Daar werk ik nu sinds kort ook. Mijn baas bij de eerste instelling mij laten weten dit niet op prijs te stellen en gaf aan dat het niet wenselijk is om bepaalde informatie te bespreken met collegae. Maar omdat ik de enige diëtist ben binnen daar, heb ik mijn vakinhoudelijk overleg buiten de stichting, regionaal. Ik ken dus al mijn collegae in de verpleeghuizen in Kennemerland. Wij ontwikkelen samen producten en doen aan intervisie. Hoe ga ik nu in de toekomst met mijn collegae om? De een zou ik wel meer mogen vertellen omdat daar een samenwerkingsverband mee is en de ander niet omdat dat de "concurrent" is. Volgens mij is de cliënt meer gebaat bij samenwerking dan bij concurrentie.

(Diëtist)

In Eindhoven zijn meer dan 10 thuiszorgaanbieders op de markt. De kwaliteit van de zorg en de communicatie tussen thuiszorg en huisarts waren zeer goed: korte lijnen, snelle afstemming, echt zorg op maat zoals dat ooit bedoeld was. En nu? De patiënten weten zelf niet hoe hun zorgaanbieder heet, ik ken hen niet, ik heb geen telefoonnummers en ken de medewerkers niet. Communicatie (-pogingen) zijn tijdrovend en frustrerend. Gedelegeerde taken zijn moeilijk toe te vertrouwen aan iemand waarvan je de manier van werken niet kent. Het is maar afwachten wie naar mijn patiënt komt en hoe deze onbekende thuiszorginstelling hun personeel selecteert, naschoolt en controleert.

(Huisarts)

Een cliënt, aangemeld door het ziekenhuis, kreeg al een week hulp voor het verzorgen van haar wond. Deze hulp, gegeven door mijn thuiszorgorganisatie, verliep naar wens en de cliënt was tevreden. Van de een op andere dag krijg ik bericht dat de zorg per direct gestopt

kan worden en wordt overgenomen wordt door het verzorgingshuis dat nu ook extramuraal werkt en goedkoper is. Vóór de marktwerking hadden wij met dit verzorgingshuis een goede samenwerking. We wisten elkaar te vinden en stemden zorg op elkaar af. Het was een efficiënte en prettige samenwerking waarbij we elkaars kwaliteiten optimaal gebruikten met het belang van de cliënt als uitgangspunt. Nu is dit verleden tijd. Cliënten wegkapen is aan de orde van de dag, samenwerken is een utopie, terwijl we zo ver waren gekomen.

(Thuiszorgverpleegkundige)

Situatie in de thuiszorg: door de verschillende zorgaanbieders komt het nu regelmatig voor dat bij 1 patiënt meerdere instanties zorg aanbieden. Dat voltrekt zich meestal zonder dat de patiënt er erg in heeft. Omdat er zoveel verschillende instanties hulp bieden, vindt coördinatie en afstemming niet of moeizaam plaats.

(Huisarts)

Ik merk letterlijk dat mijn thuiszorgorganisatie enorm moet gaan concurreren met andere instellingen om het hoofd boven water te houden en cliënten binnen te slepen. Ook verpleeghuizen en verzorgingshuizen lobbyen enorm om cliënten over te kunnen nemen in de thuissituatie, soms worden zelfs letterlijk cliënten op deze manier "ingepikt" met behulp van mooie beloften over de te bieden zorg. De samenwerking wordt hierdoor natuurlijk niet beter.

(Thuiszorgverpleegkundige)

Steeds vaker zien we een verschuiving van eerste naar tweede lijn: mensen gaan op eigen initiatief naar de EHBO, ook al horen ze hier medisch niet thuis. Ze worden behandeld en maken enorme kosten, dit leidt tot onnodige onderzoeken en policonroles... Een sterke eerste lijn met een goed werkende generalist kan enorme besparingen opleveren, en nog belangrijker: veel onnodig leed voorkomen bij de patiënt. Mensen krijgen via allerlei particuliere instanties en ziekenhuizen onnodige behandelingen en onderzoeken voorgeschoteld waar geen enkele medische wetenschappelijk onderbouwing voor aanwezig is, maar die wel weer torenhoge kosten en onrust veroorzaken. Specialist en huisarts zijn steeds meer elkaars concurrent bang voor de eigen toekomst. In plaats van samenwerking en praten over patiënten ontstaat er een vervelend concurrentiesfeertje, funest voor een goed op elkaar afgestemd zorgproces.

(Huisarts)

Marktwerving leidt tot minder kwaliteit

Om in de concurrentieslag te overleven moeten zorgverleners zo veel mogelijk zorg leveren tegen een zo laag mogelijke prijs. Uit zeer veel binnengekomen meldingen blijkt dat dit ten koste gaat van de kwaliteit, en wederom is de zorgvrager de benadeelde partij.

Bij de onderhandeling over de DBC's is mijn ziekenhuis onder druk gezet om bij een borstoperatie uit te gaan van gemiddeld 3 ligdagen in het ziekenhuis. Terwijl de gemiddelde duur 5 dagen is. Maar zo stelde de zorgverzekeraar: een andere kliniek kan het ook in 3 dagen, dus daar moet de prijs maar op afgestemd. Belachelijk, want in tegenstelling tot die kliniek doe ik alle behandelingen, ook die kunnen leiden tot complicaties en meer zorg vragen.

(Plastisch chirurg)

In de 5 jaar dat ik bij mijn instelling werk, heb ik systematisch de dagbestedingactiviteiten afgebouwd zien worden, wegens bezuinigingen. Daarnaast was er veel geld voor geldverslindende reorganisaties en een fusie met alle GGZ-instellingen in de Oost-Achterhoek. Vooral de pr-machine om de nieuwe instelling in de markt te zetten, kostte veel geld. Het laatste jaar is er veel bezuinigd op afdelingsbudgetten, waardoor bij ziekte en roosterproblemen het vaste personeel de gaten moet vullen. Amper twee jaar na de vorige fusie zit er volgend jaar weer een nieuwe fusie aan te komen. De reden die de directie opgeeft is het verbeteren van de marktpositie. Men kan zich voorstellen, dat ook hier weer de nodige reorganisaties op zullen volgen. Naar aanleiding van dit geheel heb ik een brief gestuurd naar de directie waarin ik mijn zorgen uitspreek over de kwaliteit van de zorg. Men nam niet eens de moeite een reactie of een bevestiging van ontvangst te sturen. Onder een groot deel van het personeel is n.a.v. de laatste fusieplannen grote onrust ontstaan, wat is verwoordt in een manifest. Men is daar nu over aan het stoeien. De directie en het management staan echter op een nogal grote afstand van de werkvloer. De sterk piramidale organisatiestructuur van de instelling blokkeert een werkelijke inbreng van de 'lagere' medewerkers. Ergens moet dit een keer faliekant fout gaan.

(Agoog)

Bejaarde patiënt krijgt van ons 1x per week 1 pak incontinentie materiaal i.v.m. zijn kleine behuizing. Hij heeft een levensverwachting van nog maar enkele weken. Na aanbesteding aan een andere onderneming wordt er door de post een grote doos incontinentie materiaal neergezet, genoeg voor 3 maanden. Helaas is de patiënt enkele dagen daarna overleden.

(Apotheker)

Het 'vullen van de bedden' is tegenwoordig de eerste prioriteit. Dit gaat ten koste van kwaliteit, omdat patiënten met regelmaat op afdelingen geplaatst worden die niet afgestemd

zijn op de problematiek van de betreffende patiënt. Ook is er in deze periode onvoldoende personeel om de zorg te leveren wanneer alle bedden vol zijn. Basiszorg lukt, maar de specialistische zorg die we zouden moeten leveren?!

(Verpleegkundige)

Een ernstige longpatiënt (met zuurstoftoediening thuis) liet mij gisteren weten dat zij geen wijkverpleegkundige zorg meer krijgt, maar steeds wisselende kraamverzorgsters. Het schijnt zo te zijn dat de zorgverzekeraar teveel kraamzorg heeft ingekocht, maar geen werk voor ze heeft... De kraamverzorgster vroeg of mevrouw verkouden werd omdat ze hoestte. Dit is juist een kenmerk van haar longaandoening, maar de kraamverzorgsters weten niet eens wat COPD is... Wel krijgen ze aangeleerd hoe ze snel een zuurstoftank moeten bijvullen. Mevrouw heeft aangegeven geen kraamverzorgsters te willen, maar er is gedreigd dat ze dan helemaal geen zorg krijgt.

(Longverpleegkundige)

Zorginstellingen die bewust een lager kwaliteitsniveau inzetten, onder druk van een aangescherpte indicatiestelling, concurrentie tussen de instellingen en drastische bezuinigingen. Het gevolg: meer bureaucratie (een wijkverpleegkundige mag nog louter verpleegkundige handelingen uitvoeren, waardoor niet 1 maar 3 personen bij patiënten over de vloer komen), reorganisaties, mekkerende patiënten, toenemende arbeidsdruk (en die is al niet mals!) en een race-to-the-bottom die ten koste gaat van de kwaliteit en dus de patiënten! De zorg wordt als een product beschouwd, effectiviteit en economische belangen zijn tegenwoordig belangrijker dan de kern: ZORG! Het beroep waaraan ik mijn hart verpacht heb, wordt verkwanseld! Dát doet pijn.

(Wijkverpleegkundige)

Macht zorgverzekeraars

In het door de regering gekozen systeem van marktwerking ligt veel, zo niet alle macht in handen van de zorgverzekeraars. Zij zijn degenen die contracten moeten afsluiten met zorgaanbieders en op die manier bepalen welke zorg hun klanten krijgen. Uit de meldingen blijkt dat zorgverzekeraars vooral waarde hechten aan lage kosten en niet zozeer aan kwaliteit. Zo proberen verzekeraars op de stoel van de arts te gaan zitten: ze vergoeden bepaalde medicijnen of behandelingen niet, al geeft een behandelaar aan dat het echt om noodzakelijke zorg gaat. Ook komt door niet altijd contracteren van aanbieders de keuzevrijheid van patiënten in het gedrang. Tenslotte blijkt dat zorgaanbieders weinig in te brengen hebben in de contracten die zij sluiten met verzekeraars.

Zorgverzekeraar op stoel van de arts / professional

In verband met een chronische aandoening moet ik dagelijks polsbraces dragen. In eerste instantie deze aangeschaft via de thuiszorgwinkel. Niets mis mee, maar het gaat enorm zweten en dus stinken zodra het een beetje normale temperatuur is. Via de specialist een verwijsbrief gekregen voor vingersplints. En je raad het al, na zes maanden wachten en het slikken van diverse vertragingstechnieken, heb ik nu besloten ze eerst zelf te betalen en probeer ik achteraf het geld terug te krijgen. Daar betaal je dan een megapremie voor, als chronisch zieke.

(Patiënt)

Mijn longarts schrijft een opname in het NAD te Zwitserland voor. Ik word geweigerd, terwijl ik daar al 29x opgenomen ben geweest, zeggen ze nu: u wordt toch niet meer beter, dus medisch niet noodzakelijk. Mijn cardioloog schrijft ook Plavix voor, maar de zorgverzekeraar vindt dit niet nodig.

(Patiënt)

Een jonge patiëntje van nog geen 3 jaar is uitvoerig getest en allergisch bevonden voor vele soorten voeding. Door de behandelaars(s) wordt hypoallergene voeding noodzakelijk geacht. Maar de zorgverzekeraar besloot na een voedingsanamnese en een berekening van de dagvoedingswaarde dat het kindje wel kon volstaan met Vitamine B2- en kalktabletten.

(Advocate van gezin)

Verzekeraar Amicon wilde zij voor een patiënte, die recent de longtransplantatie heeft ondergaan, de medicatie niet vergoeden. Het gebruikte medicatieschema wordt door alle longtransplantatiecentra in Nederland gebruikt, dus wild is het niet. Ik, de longarts, moet gaan aantonen dat dit het beste schema is. De verzekeraar is dan bereid dit op de agenda te zetten van het College voor de Zorgverzekering. Inmiddels kan deze patiënt de medicatie niet

meer betalen en moeten wij overgaan op een inferieur schema. Als dit onder het nieuwe zorgstelsel normaal wordt, dan staat ons nog wat te wachten.

(Longarts)

Mijn dochter, die een autistische stoornis heeft, kreeg vorig jaar melatonine voorgeschreven door een neuroloog. Dit werd vergoed door Aegis, maar nu door een wijziging wordt het niet meer vergoed. Pas als de betreffende arts een machtiging voorschrijft, gaat Agis zich beraden over de vergoeding. Gelukkig werkt onze arts hier aan mee, maar het kost natuurlijk weer extra geld en tijd.

(Moeder patiënt)

Een mevrouw heeft een borstamputatie gehad, wegens borstkanker. Bij deze operatie is een flink deel van de lymfeklieren verwijderd, om uitzaaiing te voorkomen. Nu verloopt de vochtafvoer in de rechterarm niet meer goed. De vrouw krijgt daarom elke week fysiotherapie en moet elk jaar een kleine operatie ondergaan, om het overtollige vocht te verwijderen. Gedurende ongeveer 5 jaar heeft zorgverzekeraar CZ deze behandeling vergoed; tot haar verbazing (en die van de arts) kreeg ze dit voorjaar te horen dat de operatie niet meer vergoed wordt. Dit is zeer gevaarlijk, want zonder operatie "versteent" de arm en is amputatie noodzakelijk. Ondanks aandringen van de arts blijft CZ vergoeding van de operatie weigeren.

(Zoon patiënt)

Een middel dat bij angina pectoris hartkramp kan verhelpen, Isordil 5mg, mag niet zo maar meer worden afgeleverd omdat het te duur is. Er bestaat generiek en het generieke preparaat is 0,20 eurocent per 30stuks goedkoper voor de verzekeraar. Wij hebben dit generieke middel aan verschillende mensen afgeleverd en in veel gevallen kwam de patiënt terug, want het pilletje was veel groter en dat is zeer naar in het gebruik als je pijn op de borst hebt en dit tablet onder de tong moest leggen.

(Apotheker)

Vergoeding dieetpreparaten geschiedt volgens de regels van de ziekenfondswet, maar zorgverzekeraars willen (te) veel gegevens van cliënt. Wij, (para)-medici zijn uitstekend in staat om deze regels te hanteren, we hoeven hierin niet extra gecontroleerd te worden. Indicatiegebieden zijn te krap, kanker en ernstig ondergewicht vallen er niet onder, terwijl men met aanvullende voeding een ziekenhuisopname kan voorkomen.

(Paramedicus)

Ik slik een middel al 15 jaar en ondanks dat wilde mijn zorgverzekeraar het niet vergoeden. Ondanks verklaringen van specialist, huisarts en apotheker dat ik echt niet zonder kan, moest ik toch een formele bezwaarprocedure doorlopen - ook moesten huisarts, specialist en

apotheker weer verklaringen insturen. Tijdens die procedure raakten mijn medicijnen op (rekening van 900 euro van mijn apotheker, terwijl ik een wajonguitkering heb), maakte de zorgverzekeraar fout op fout en het duurde ruim 3 maanden voordat er een beslissing lag. Die is gelukkig uiteindelijk positief, maar bij zowel de afwijzing als de toewijzing zat verder geen motivering.

(Patiënt)

Een jongen in mijn praktijk kon nauwelijks meer plassen, omdat de voorhuid bijna dicht zat. Hiervoor is een circumcisie nodig. Deze ingreep wordt echter niet meer vergoed door het ziekenfonds. Een dergelijk ingreep kost 1100 euro. Voor de ouders van de jongen een enorm bedrag. Uiteindelijk heeft de uroloog hem toch geholpen en gewoon een andere diagnose opgegeven aan de verzekering, omdat hij geen andere uitweg zag.

(Huisarts)

Nadat bleek dat de kniebraces die mijn revalidatiearts had voorgeschreven hun werk goed doen, maar daarbij mijn huid flink beschadigen (ik heb een bindweefselziekte waardoor mijn gewrichtsbanden te ruim zijn en mijn huid erg kwetsbaar is), is er door de revalidatiearts én de instrumentenmaker een zogenoemde neopreenbeschermer (zie het als een soort kous) voor onder de braces aangevraagd, ter bescherming van de huid. Tot tweemaal toe is de aanvraag afgewezen met als reden: het aangevraagde artikel zit niet in ons vergoedingspakket. Dit ondanks dat de arts uitgebreid aangegeven heeft dat mijn huid erg kwetsbaar is en ik zonder die hoezen de braces niet kan gebruiken. Ik vind dit raar. De braces kosten €800,- per stuk (ik heb er twee voorgeschreven én vergoed gekregen). De hoezen kosten ieder €70,- en zijn een door dezelfde fabrikant gemaakte aanvulling op die braces. En ik vind het ook gek dat als een arts dit voorschrijft, met een uitgebreide uitleg, de zorgverzekeraar, in dit geval ZilverenKruis/Achmea, alsnog beslist dat de voorziening er niet komt.

(Patiënt)

Een aantal maanden geleden heb ik een volledig ingevuld aanvraagformulier t.b.v. een borstverkleining naar Menzis gestuurd. De patiënte heeft maar liefst een "H-cup" BH maat en daarvan "mechanische bezwaren" (nek- rug en schouderklachten). Ook is vermeld dat Mw. een voor haar lengte, 1.60 m, een keurig gewicht heeft (60 kg).

Via patiënte krijg ik maar liefst twee A4 invuloefeningen terug. Of Mw. op eigen initiatief gekomen is, of door de huisarts verwezen (dat laatste, maar wat is de relevantie van die vraag?). Waaruit haar klachten dan precies bestaan (dat had ik toch al vermeld?). Of er al wat anders aan gedaan is dan de verwijzing aan mij (wat dan?). Of er een medische noodzakelijkheid is voor de ingreep (anders vraag ik het toch niet aan?). Of ik even precies lengte, gewicht (had ik al gedaan) wil vermelden en ook nog tailleomtrek, borstomvang

etc.etc. Een H-cup is nog nooit een "twijfelgeval" geweest, maar nu ben ik er al weer een half uur extra aan kwijt, en de patiënte (en ik) raken lekker in de stress.

(Huisarts)

Ik heb voor de tweede keer een zwaar hartinfarct gehad, waardoor de behandelend cardioloog het nodig vond om mij als extra het medicijn Plavix voor te schrijven. Ik heb hemel en aarde moeten bewegen om het ziekenfonds ervan te overtuigen dat ik dit medicijn werkelijk om medische redenen nodig had. Desondanks werd mij uiteindelijk slechts voor 28 dagen dit medicijn verstrekt. De overige maanden moest ik dit medicijn maar uit eigen zak betalen.

(Patiënt)

Minder keuzevrijheid door beperkt contracteren

Ik wilde een patiënt (van een in Friesland kleine verzekeraar (OZB/Achmea)) naar een manueel therapeut sturen. Die had met deze zorgverzekeraar geen wurgcontract willen afsluiten. Als patiënt er toch naar toe wilde moest ze zelf het verschil bijbetalen. Men had wel een contract met een andere, mijns inziens kwalitatief mindere en duurdere, gewone fysiotherapeut gesloten. Naar aanleiding van mij klacht bij Achmea is er wel een gesprek geweest tussen ZF en de "goede" manueel therapeut. Die was er overigens positief over. Voor nu voelde ik me beperkt in mijn professionele vrijheid.

(Huisarts)

Een patiënt is verzekerd bij Univé. Ze had daar toestemming gevraagd en verkregen voor de aanschaf van een Therapeutisch Elastische Kous. Ze kreeg bericht dat deze alleen vergoed werd als ze hem aanschafte via een leverancier van een bijgeleverde lijst. De dichtstbijzijnde leverancier bleek in Noord Brabant te zitten en ze moest de kous ook nog ter plekke afhalen. Bij levering door een andere zaak gold het restitutiesysteem, dan moet ze bijna 30 euro zelf betalen. Hoe moet dit met oudere mensen die slecht ter been zijn?

(Fysiotherapeut)

Patiënt met heupslijtage en matige gezondheid. Kan niet in gewoon ziekenhuis geopereerd worden i.v.m. risico's. Verzoek operatie in academisch ziekenhuis, mag niet van verzekeraar. Geen contract met het academische ziekenhuis

(Specialist)

Een ziekenfondspatiënt wordt al jaren behandeld bij een polikliniek allergologie i.v.m. een bijen- en wespenallergie. Hij kreeg hiervan nu een nota (€ 350,--). Na enige telefoontjes bleek dat de specialist geen contract had met deze zorgverzekeraar. Dus kosten voor de patiënt. Na enige heen en weer bellen van patiënt met de zorgverzekeraar waren ze bereid deze kosten te vergoeden, omdat hij daar al voor 2005 onder behandeling was. Kosten: 1 uur bellen door de patiënt met zorgverzekeraar, 1 kwartier bellen met huisarts (ik kan mijn tijd echt beter besteden).

(Huisarts)

Patiënte heeft ooglidcorrectie nodig. Naar oogarts in nabij ziekenhuis (noord Drenthe) verwezen, deze vraagt machtiging aan, patiënte mag geopereerd worden, maar wel in een Medinovakliniek in Rotterdam. Reis -en verblijfskosten voor rekening patiënt. Inmiddels heeft het ziekenhuis wel een contract, maar een half jaar lang zijn er dus patiënten naar Rotterdam gestuurd.

(Huisarts)

Patiënt woont in Hendrik-Ido-Ambacht (bij Dordrecht). Heeft een indicatie van een plastisch chirurg voor voorhoofdslift ivm afhangerende oogleden. De operatie wordt door de zorgverzekeraar dan ook vergoed, mits patiënt zichzelf laat opereren in een ziekenhuis in Den Haag. Dan komt het er op neer dat ik als huisarts de nacontroles kan doen. Dit geldt ook voor 3 patiënten in mijn praktijk die zich (op last van de verzekeraar) in België een maagbandje hebben laten aanmeten. Alle post-operatieve problemen worden bij mij gedumpt!
(Huisarts)

Als academisch werkend specialist nu al tweemaal van een patiënt te horen gekregen dat een door mij geplande cataract operatie niet door kon gaan omdat de verzekering de operatie niet zou vergoeden in het LUMC, de patiënt moest maar naar Haarlem, terwijl de patiënt in kwestie of al jaren in het LUMC onder behandeling was of naar mij was verwezen.
(Specialist)

Achmea heeft geen contract met ziekenhuis Den Helder, daardoor moeten mensen voor staaroperaties, orthopedische ingrepen e.d. naar Alkmaar. Taxi wordt niet vergoed en jointcare programma wordt erg lastig. Bij de meeste verzekeraars wordt botweg niet over contracten onderhandeld!
(Huisarts)

Mijn moeder krijgt twee maal per week fysiotherapie: de noodzaak hiertoe is onomstreden. Maar haar Fysiotherapeut (en die ook de andere bewoonsters van het huis bedient) heeft geen contract met Achmea afgesloten. Hierdoor moet mijn moeder nu per zitting 18 euro eigen bijdrage betalen. De fysiotherapeut rekent 38 euro, Achmea vergoedt 20 euro: resteert 18 euro voor eigen rekening. Bij pogingen om Achmea over deze kwestie te benaderen stuitte ik op grote chaos. Op hun website stond dat de fysiotherapeut in kwestie wel gecontracteerd was, en dat werd telefonisch ook bevestigd. De fysiotherapeut wist echter van geen contract en ook de afdeling betalingen bleef weigeren het gehele bedrag uit te keren.
(Dochter van patiënt)

Cliënt ligt op sterven en heeft op vrijdag middag na 16:00 uur katheters en incontinentie materiaal nodig. Het bedrijf Hartman, gecontracteerd door CZ, is niet meer in staat om de producten voor het weekend af te leveren. De apotheek kan het leveren, maar dan moet de cliënt betalen. Daar de omstandigheden dusdanig zijn is dit vervelend om aan te kaarten. De cliënt krijgt het mee van de apotheek, alleen is het vervolgens erg lastig om het geld terug te krijgen van CZ. Als CZ een extern bedrijf inhuurt om hun verzekerden van zorgproducten te voorzien moet dit ook 24 uur per dag en 7 dagen in de week kunnen, net als bij de apotheek.
(Apotheker)

*Bewoners van een zorginstelling hebben een alarmmelder van de instelling. Als Achmea een contract afsluit met een dochterorganisaties kunnen de mensen kiezen, of een ander systeem, of niets meer vergoed krijgen. Maar de aanbieder van het nieuwe systeem heeft zijn zaken niet op orde, en kan geen adequate reactie garanderen. De zorginstelling ziet zich genoodzaakt bij alle bewoners de alarmmelders weer in te stellen, maar moet daar wel geld voor vragen.
(Medewerker instelling)*

*Onduidelijkheid: Patiënt wordt in het ziekenhuis opgenomen voor ziekte A, omdat zorgverzekeraar van de patiënt voor ziekte A een contract heeft met dat ziekenhuis - patiënt krijgt in het ziekenhuis ook nog ziekte B erbij - als patiënt behandeld wordt voor B, moet patiënt mogelijk zelf bijbetalen voor de behandeling, omdat er geen prijsafsprake was met dit ziekenhuis over ziekte B en dit ziekenhuis voor ziekte B een hogere prijs rekent dan een van de prijzen die zorgverzekeraar heeft bedongen. De oplossing zou dan zijn dat de patiënt zelf moet nagaan (tijdens dat hij in het ziekenhuis ligt) of ziekte B wel vergoed wordt voor dat ziekenhuis. En zou hij voor de behandeling van ziekte B dus overgeplaatst moeten worden naar een ander ziekenhuis. Niet te doen dus. Volgens mij is dit vooralsnog alleen theoretisch. Ik ben dit nog niet in de praktijk tegengekomen. Maar zo is het al wel vastgelegd in de regelgeving.
(IT consultant DBC's)*

Misbruik van macht bij contractonderhandelingen

Een vrijkomende huisarts praktijk in Schiedam heeft een opvolger, die in het pand wil blijven. DSW (regionale zorgverzekeraar) zegt dat de opvolger alleen een contract krijgt, als hij de praktijk vestigt in een pand van DSW. Daarvoor moet hij dan aan DSW huur betalen. Als hij in het oude pand blijft, krijgt hij geen contract.

(Huisarts in opleiding)

In maart 2005 nog steeds geen contractvoorstel voor 2005 van Menzis. Volgens eigen zeggen omdat organisatie ontbreekt. Zou binnen 4 weken komen. Is nu juni, nog steeds niets.

(Huisarts)

Ik krijg van oa Achmea en Amicon geen enkel antwoord op brieven die ik stuur in het kader contracten of vergoedingen. Als ik vervolgens bel naar Achmea is het enige antwoord wat ik krijg dat zij het nu eenmaal zo regelen, dus slikken of stikken

(Huisarts)

Van zorgverzekeraars krijg in gewoon contracten voor mijn neus: graag of helemaal niet.

(Psychotherapeut)

In Enschede wordt een gezondheidscentrum opgezet. Een medewerkster van ROSET (Regionale Ondersteuning Structuur Huisartsen) begeleidt met succes gezondheidscentra. Zij vraagt voor dit gezondheidscentrum subsidie aan bij Amicon. Amicon zegt, dat ze alleen subsidie geven als een eigen projectleider het gaat overnemen.

(Huisarts in opleiding)

Risicoselectie

Verzekeraars hebben de mogelijkheid mensen te weigeren voor een aanvullende verzekering. Uit meldingen blijkt dit ook voor te komen.

Ik ben 52 jaar, heel gezond en slik al enkele jaren Simvastatine wegens iets verhoogt cholesterol. Ik ben dus goed preventief met mijn gezondheid bezig en eet gezond en beweeg. Maar ik ben net geweigerd door CZ voor een collectieve verzekering van mijn nieuwe werkgever, vanwege gezondheidsrisico's!

(Patiënt)

Een patiënte van ongeveer 35 jaar heeft op dit moment geen kinderwens en is hiermee ook niet bezig. Ze is net verzekerd omdat ze net een verblijfsvergunning heeft. Ze vraagt om een aanvullende verzekering bij Achmea. Dit wordt haar geweigerd met de reden dat zij mogelijk de komende 2 jaar gebruik gaat maken van IVF!

(Huisarts)

Bureaucratie

Marktwerking leidt tot meer bureaucratie. Door al het onderhandelen en contracteren. Maar ook bijvoorbeeld door de nieuwe ziekenhuisfinanciering (Diagnose Behandel Combinatie), wat als marktgericht instrument de bureaucratie enorm doet toenemen.

Voor medisch niet noodzakelijke behandelingen door de plastisch chirurg bestaan landelijke regels inzake vergoeding, hiervoor wordt altijd een machtiging vooraf aangevraagd. Voor medisch wél noodzakelijke behandelingen is het niet nodig om vooraf een machtiging aan te vragen. Deze behandelingen zijn immers noodzakelijk en worden ook altijd vergoed. Verzekeraar Geové trekt zich van deze afspraken niets aan en eist ook voor medisch noodzakelijke behandelingen (zelfs bij kanker) een machtiging en/of behandelplan. Hier werkt mijn instellingen niet aan mee. Dit soort onzinnige regelgeving jaagt de kosten van de bureaucratie op ten koste van de zorg. Indien we een machtiging vooraf moeten aanvragen, zijn wij niet meer in staat om tijdens uw eerste polikliniekbezoek met u een afspraak voor een operatie te maken. De patiënt moet dan minstens 4 tot 6 weken extra wachten tot een machtiging is ontvangen en dan terugkomen. Door dit onnodig uitstel lijden patiënten medische schade, stijgen de kosten wegens arbeidsverzuim en is er sprake van onnodige psychische belasting, zeker bij patiënten met ernstige ziekten als kanker. Helaas is de verzekeraar tot nu toe ongevoelig gebleken voor elk argument.
(Plastisch chirurg)

In plaats van zorg verlenen zijn wij eerst veel tijd kwijt aan het bekijken aan welke eisen een recept etc moet voldoen bij de verzekeraar waar de patiënt verzekerd is. (de wachttijden worden maar groter en de ongegronde irritatie richting apotheek ook)
(Apotheker)

Een patiënt van ons had een (vervolg)machtiging voor een medicijn aangevraagd. Mevrouw was even op vakantie geweest en kwam 22-7-2005 terug en vond haar nieuwe machtiging t/m 21-7-2005 die dus niet meer geldig was. Ik wilde mijn patiënt helpen en belde de zorgverzekeraar. Er moest opnieuw schriftelijk een machtiging worden aangevraagd. Ik melde de mevrouw van de klantenservice dat als we niet nu actie ondernamen mevrouw opgenomen kon worden in het ziekenhuis omdat zij niet zonder haar medicijnen kan. Pas na anderhalf uur praten als brugman kon de machtiging binnen een dag gerealiseerd worden.
(Apotheker)

Ik erger me ontzettend aan alle administratieve klussen die ik op een dag moet doen om me te verantwoorden voor alles wat ik doe. Ik moet elk contact rapporteren in het elektronisch dossier en daarbij kiezen tussen vaak honderden codes. Op het einde van de maand krijg ik altijd een lijst waar mijn productiecijfers opstaan. Hierdoor wordt er druk op de ketel gezet.

Ik zie collega's om me heen die onder druk gaan frauderen om hun productie te halen (dus patiënten contacten rapporteren die in werkelijkheid niet zijn geweest of korter hebben geduurd dan staat genoteerd).

(Transmuraal verpleegkundige)

Doordat er steeds meer regels komen en lijsten ingevuld moeten worden krijgen de patiënten veel minder aandacht en zorg. Veel te veel administratie en inefficiënt werken. Tegenwoordig zie je verpleegkundigen voor een groot deel achter de computer i.p.v. de patiënt.

(Verpleegkundige)

Bejaarde vrouw krijgt afwijzing van hulpmiddelaanvragen van verzekeraar DSW met de redenen: de dokter heeft het formulier niet goed ingevuld.

(Dochter patiënt)

Ik verwijs een patiënt naar de diëtiste i.v.m. overgewicht. Patiënt krijgt brief van zorgverzekeraar DSW retour i.v.m. onvoldoende omschreven motivering van de verwijzer. Machtiging wordt niet verleend.

(Huisarts)

Een patiënte belt om de 2 jaar naar de orthopedische winkel voor nieuwe steunkousen op recept. Telefonische verlenging en 1 keer ophalen. Recent weer gebeld: de regels van de verzekeraar zijn veranderd, ze moet nu eerst aanmeten, dan ophalen. Maar de benen zijn niet veranderd, het moet hetzelfde model zijn. Nee, dat zijn de regels. De patiënte krijgt maar 1 paar steunkousen. Waarom niet, zoals eerder, 2 paar voor 1 jaar? De regels van de verzekeraar zijn veranderd, ze krijgt voor 3 maanden 1 paar, daarna moet ze weer de benen laten opmeten, en dan krijgt ze 2 paar voor een jaar. Maar in 3 maanden veranderen de benen toch niet? Waarom zoveel afspraken voor 2 paar kousen? Tja, dat zijn de regels.

(Fysiotherapeut)

Tot nu toe heeft niemand de zin van DBC registratie ten behoeve van de zorg begrepen. Het kost mij per spreekuur 3/4 uur extra, een belangrijk deel moet ik gokken, en het is een geldverslindend proces zonder enige toegevoegde waarde. Wie stopt deze waanzin opdat we de energie weer aan de patiëntenzorg kunnen besteden?

(Specialist)

Met het invoeren van DBC's ben ik per patiënt meer tijd kwijt dan aan het kijken van röntgenfoto's van die patiënt. Uit kwaliteitsoogpunt is dit kwalijk. Een voorbeeld van de negatieve prikkels die uitgaan van het systeem: als ik een in de pleuraholte gelegen metastase van een gezwel elders (dit komt vaak voor) invoer als 11.1308.6021 kost dit E 588,-; als ik het

*invoer als 11.1701.6011 kost dit E 213,50. Medisch gezien zijn beide DBC's juist. (Bron: CTG) Transparantie en kostenbesparing?
(Radioloog)*

*Patiënte heeft in het buitenland een ongeval gehad. Is adequaat behandeld maar wordt geadviseerd na een aantal weken nog eenmaal e.e.a. door een orthopeed in Nederland te laten controleren. Afspraak gemaakt. Twee uur in de wachtkamer gezeten. Drie minuten binnen geweest. Voor dit consult een rekening van 258,04 euro gekregen zijnde de DBC voor deze klacht.
(Huisarts)*

Steeds terugkerende brieven van de ziektekostenverzekeraars dat we allerlei ingrepen niet meer moeten aanvragen "omdat het niet meer vergoed wordt", terwijl je dan een dag erop weer een patiënt op de poli krijgt die van de servicedesk van diezelfde Aegis (weer) te horen heeft gekregen dat het vergoed zal gaan worden "als de dokter het aanvraagt"...
(Plastisch chirurg)

*Tegenwoordig zijn we verplicht iedere minuut die we aanwezig zijn van de dienst (en dat is bijna altijd non-stop doorpezen: vaak meer dan 20 zorgmomenten in een erg grote regio)te registreren. Het past niet binnen de daarvoor gebruikte registratieformulieren ,maar het bezorgt per dienst ongeveer een half uur om een uiteindelijk (toch onjuist)overzicht op papier te krijgen.
(Thuiszorgverpleegkundige)*

*De kwaliteit wordt gedwarsboemd wordt door nutteloze administratieve rompslomp, nog strakkere systemen en processen met een bijna neurotische focus op geld/budget.
(Transmuraal verpleegkundige)*

*Onze zoon (gehandicapt) gaat nu al 4 schooljaren naar een speciale tandarts in Rev. Centr. Groot Klimmendaal te Arnhem. Maar van de verzekeraar NVS krijgen we ieder jaar weer het verzoek een medische verklaring in te sturen. Ik belde op en legde uit dat we nog 2 schooljaren hebben te gaan en dat mijn zoon ook dan nog steeds net zo gehandicapt zou zijn als 7 jaar geleden en de komende ...tig jaren tot zijn dood.
(Moeder van patiënt)*