Na vonnissen dreigt kostenstijging in zorg

Michiel van der Geest
Amsterdam

Twee gerechtelijke uitspraken in twee weken tijd hebben de machtspositie van zorgverzekeraars dusdanig verkleind dat een kostenstijging dreigt in de zorg.

Zorgeconomen waarschuwen dat door vonnissen van de rechtbanken in Leeuwarden en Utrecht de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars wordt uitgehold en dat zij minder mogelijkheden hebben om zorgaanbieders kostenplafonds op te leggen. Voor zorgverleners wordt het aantrekkelijker geen contract met verzekeraars af te sluiten.

Onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders vormen de basis van de financiering van ons zorgsysteem. Daarin maken de partijen afspraken over de prijs en de kwaliteit van de zorg, maar bijvoorbeeld ook over het serviceniveau of openingstijden. Zorgverzekeraars sluiten dit soort contracten af, omdat ze overzicht moeten hebben over de zorgkosten en de zorgkwaliteit. Gecontracteerde partijen hebben vaak te maken met een omzetplafond, maar zij kunnen wel hogere tarieven per handeling declareren en hebben minder last van administratieve rompslomp dan ongecontracteerde collega's. Juist deze verschillen komen door de vonnissen onder druk te staan.

Om met de vergoeding te beginnen: in de zorgverzekeringswet staat dat de verzekeraar een lagere vergoeding mag rekenen voor niet-gecontracteerde zorg. Maar die vergoeding mag niet zo karig zijn dat die voor een patiënt als 'hinderpaal' geldt naar een niet-gecontracteerde partij te stappen. Jarenlang gold als stelregel dat aanbieders-zonder-contract bij verzekeraars 75 procent van het tarief van gecontracteerde collega's konden declareren, nooit was daar een absoluut maximum op geplakt. Tot twee weken geleden, toen de rechter in Leeuwarden bepaalde dat het verschil maximaal 500 euro mag bedragen.

Aan de andere kant probeerden verzekeraars ongecontracteerde zorg onaantrekkelijk te maken door aanbieders ervan te overladen met administratieve pesterijtjes: Zilveren Kruis, de grootste verzekeraar van het land, veranderde per 1 januari de polisvoorwaarden zodat thuiszorgklanten voortaan zélf hun hoge rekeningen aan de zorgaanbieders moesten betalen, wijkverpleegkundigen dienden een zorgplan in te leveren en pas bij toestemming van de zorgverzekeraar (dagen later) kon de zorg beginnen. Mag niet, oordeelde de rechter in Utrecht.

'Ook deze instrumenten om niet-gecontracteerde zorg te ontmoedigen, veegt de rechter nu van tafel', zegt Wynand van de Ven, emeritus hoogleraar zorgverzekeringen aan de Erasmus Universiteit. Xander Koolman, zorgeconoom aan de VU, spreekt van een 'explosieve' ontwikkeling.

Het aandeel ongecontracteerde zorg is nu nog klein: 6 procent van de geleverde zorg. Het aandeel stijgt relatief snel, en zegt Van de Ven, 'waarom zou je als zorgaanbieder nu nog een contract willen met een verzekeraar? Het gaat dan om lastige onderhandelingen, over omzetplafonds, over doelmatig werken. Die 500 euro scheld je kwijt aan de klant en voor de rest mag je zelf bepalen hoeveel zorg je levert. De grote vrees is dat steeds meer aanbieders straks zo gaan opereren.'

Probleem daarbij is dat zorgverzekeraars 'nu geen stok meer achter de deur hebben', zegt Koolman. 'Zorgaanbieders zullen zeggen: om ons in contract te houden, moet je een betere deal aanbieden.'

De ongecontracteerden zijn blij met de uitspraken. Edward Neef, van Stichting Zorgrecht dat Zilveren Kruis voor het gerecht daagde, ziet het als een overwinning van 'kleinduimpje'. 'We werden weggezet als fraudeurs die veel te veel uren schrijven. Dat heeft de rechter nu een halt toegeroepen. Als de menselijke maat door de ivoren torens van de zorgverzekeraars wordt weggesaneerd, is er straks geen zorg meer over.'

De zorgverzekeraars kunnen nog tegen de uitspraken in beroep.

i

500

EURO mag maximaal het verschil zijn bij tarieven die zorgverzekeraars betalen aan zorgaanbieders met en zonder contract