

Zorgverzekeraar kijkt te veel naar de kosten en mist integrale visie op zorg

Eerste lijn verstevigen? Spreek de verzekeraar aan op zijn plichten!

Zorgverzekeraars hebben de wettelijke verplichting om knelpunten in de zorg op te lossen, en het wordt tijd om ze op die verantwoordelijkheid te wijzen. Aldus huisarts Christof Zwart, die, vooruitlopend op adviezen van de RVS, alvast een aantal voorzetten doet.

Christof Zwart
huisarts te Haarlem, voorzitter
stichting De Bevlogten Huisartsen

Met het rapport 'De basis op orde' pleit de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) voor het verstevigen van de eerstelijnszorg en voor herstel van het continue en persoonsgerichte karakter ervan.¹ Personele continuïteit, waarbij een patiënt veelal dezelfde huisarts ziet, leidt tot minder sterfte, snellere herkenning van ziekten, meer zorg op maat, betere therapietrouw, minder overdiagnostiek en -behandeling, meer acceptatie van preventie en conservatieve adviezen, minder ziekenhuisopnames en minder verwijzingen, aldus de RVS. Eén van de zorgen uit het rapport betreft de toegenomen indirect patiëntgebonden taken, inclusief administratieve lasten. Deze zetten de betaalbaarheid van de zorg onder druk, leiden tot een hogere werkdruk en maken dat er inefficiënt gebruik wordt gemaakt van de beschikbare capaciteit. Zorgverleners ervaren hierdoor ook onvoldoende waardering en vertrouwen in hun werk. Niet voor niets signaleert de RVS dat een belangrijke reden

voor het vroegtijdig stoppen van zorgverleners een gebrek aan zeggenschap is, samen met de hoge werkdruk en de administratieve lasten.

De raad wil de komende periode een aantal aanbevelingen verder uitwerken, om zo bij te dragen aan het verstevigen van de eerstelijnszorg. Ik doe daarvoor graag enkele voorzetten, waarbij de zorgverzekeraars een belangrijke, positieve, rol kunnen spelen zonder dat hiervoor direct een heel nieuw zorgstelsel hoeft te worden opgetuigd. Vrijwel alle voorstellen kunnen op korte termijn in praktijk worden gebracht.

Eenzijdig

Door hun positie in de zorginkoop hebben zorgverzekeraars een grote verantwoordelijkheid bij het oplossen van de problemen in de zorg. Tot nu toe pakken zij die rol veel te eenzijdig op vanuit een kostenperspectief en te weinig vanuit een integrale visie op zorg. Door in de verschillende sectoren 'gescheiden' in te kopen, ontstaat geen samenhangend beleid, wat tot grote problemen leidt. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beschrijft in de richtlijn 'De zorgplicht: handvatten voor zorgverzekeraars' heel duidelijk de verschillende taken die de zorgverzekeraars op dit gebied hebben.² Zij dienen volgens de NZa 'te signaleren en anticiperen', 'te handelen en agenderen' en tot slot 'te monitoren en evalueren'.

Het preferentie- beleid heeft mede geleid tot geneesmiddelen- tekorten

Maar in de praktijk gebeurt dat niet en komen zorgverzekeraars ermee weg, omdat de NZa niet handhaaft.

Hieronder volgen, mede voortvloeiend uit de conclusies van de RVS en de richtlijn van de NZa, een aantal suggesties ter verbetering van belangrijke knelpunten, met een duidelijke rol voor de zorgverzekeraar.

Preferentiebeleid

Het preferentiebeleid geeft enerzijds een kostenbesparing op geneesmiddelen, maar leidt anderzijds tot extra uitgaven en inspanning bij de apotheek, huisarts en specialist omdat de switch van het ene generiek naar het andere lang niet altijd vlekkeloos verloopt. Bovendien heeft het preferentiebeleid mede geleid tot geneesmiddelentekorten, wat zorgverleners helemáál hoofdbreken bezorgt. Zorgverzekeraars zouden die gevolgen veel meer moeten laten meewegen ('monitoren en evalueren'), bijvoorbeeld door een iets ruimere bandbreedte voor de medicijnkosten af te spreken (waardoor meer generieke producenten 'preferent' worden) en door gebruik te maken van de 'trechter van verdunning'.

Zorgvuldiger omgaan met het preferentiebeleid vermindert de (administratieve) druk op de zorg, geeft grotere patiënttevredenheid en zal de geneesmiddelentekorten doen afnemen.

Verband- en hulpmiddelen

Bij de verstrekking van verband- en hulpmiddelen zou de lokale samenwerking met de apotheek weer een belangrijke rol moeten spelen. Alleen (heel) langdurige (en daarmee planbare) wond- en stomazorg zou nog via landelijke partijen moeten lopen, maar de korter durende en vaak nog veranderende wondzorg zou in samenspraak met de lokale apotheek (lokale afspraken met apothekers) moeten plaatsvinden. Ook problemen met 'spoed'katheters behoren dan tot het verleden.

Treeknorm

Zorgverzekeraars hebben niet alleen een rol in de kostenbeheersing van de zorg, maar ook de plicht om de zorg toegankelijk te houden voor patiënten, zoals onder andere vastgelegd in de zogenoemde treeknormen. Zij zouden veel actiever dan nu moeten letten op overschrijding van die normen ('signaleren en anticiperen'). Zeker door de invoering van de elektronische verwijzingen via ZorgDomein, is vrijwel realtime zichtbaar hoeveel verwijzingen er zijn en wat de capaciteit is. Met behulp van algoritmes (dus géén extra administratie voor zorgverleners) is de verhouding tussen ingekochte zorgcapaciteit en de werkelijke vraag snel inzichtelijk te maken. Zorgverzekeraars zouden vervolgens de plicht moeten hebben hiervoor binnen drie maanden aanvullende capaciteit te organiseren, zodat steeds binnen de treeknormen kan worden gebleven. Patiënten zouden het recht moeten krijgen om de zorg van niet-gecontracteerde aanbieders volledig vergoed te krijgen, als gecontracteerde aanbieders de treeknorm overschrijden.

Ggz

Voor de ggz worden de treeknormen al jaren overschreden, met dramatische consequenties voor patiënten, hun gezinnen, maar

ook de maatschappij in de vorm van ziekteverzuim en maatschappelijke teloorgang, zoals verlies van inkomen, schulden of middelengebruik, met alle kosten van dien.

De raad constateert dat de wachtlijsten in de zorg vooral een negatief effect hebben op de eerste lijn, waardoor juist mensen met ernstige en complexe (ggz-)problematiek in de eerste lijn blijven. Ook hier hebben zorgverzekeraars een belangrijke en wettelijk vastgelegde rol.

Hoewel de NZa en recentelijk ook de voorzitter van zorgverzekeraar CZ ons doen geloven dat die wachtlijsten vooral een gevolg zijn van personeelskrapte, stelt de RVS terecht dat de problemen in de ggz óók een gevolg zijn van de sluiting van specialistische ggz-instellingen vanuit financiële overwegingen. Het verschuilen achter personeelskrapte is weinig geloofwaardig, zolang zorgverzekeraars budgetplafonds blijven opleggen aan ggz-aanbieders (die dus wel kunnen, maar niet mogen behandelen) en er nog een groot aanbod van ongecontracteerde ggz-zorg is. Oftewel, zolang een groot deel van het bestaande aanbod niet wordt benut.

Zijn zorgverzekeraars gewend om in de somatische zorg verschillende specialisaties in te kopen, in de ggz lijkt te worden volstaan met basis- of specialistische ggz. In de verwijspraktijk mondt dit uit in de inschatting of het een kort (basis-) of lang (specialistisch) traject zal worden. Onder andere door dit weinig gedifferentieerde inkoopbeleid, is er een ruim aanbod aan (online)zorg voor de lichtere problematiek en een veel te krap aanbod voor specialistische zorg. De wachttijd in ZorgDomein voor mensen met autisme is daardoor in de regio Haarlem/Amsterdam nu driehonderd dagen, terwijl er in ZorgDomein nergens specifiek verwezen kan worden voor bijvoorbeeld schematherapie en dus ook niet inzichtelijk wordt dat de wachtlijst daarvoor minstens zo lang is.

De oplossing in het Integraal Zorgakkoord (IZA) is nu dat er wéér een echelon bijkomt, de mentale gezondheidscentra, terwijl het op specialisatie inkopen en inzichtelijk maken in ZorgDomein een veel minder ingrijpende en zinnellere actie lijkt. Bovendien bevordert dit ook het gericht oplossen van wachtlijsten. Om specifiek te kunnen verwijzen is laagdrempelige consultatie en goed toegankelijke diagnostiek voor mensen met ggz-problematiek dan wel een voorwaarde. Zorgverzekeraars moeten hier dus ‘handelen en agenderen’.

Bij de zorginkoop zouden de zorgverzekeraars daarnaast de ggz-aanbieders ruimte moeten bieden om een deel van de formatie vrij te houden voor overbruggingszorg, zodat deze zorg niet meer bij de huisarts terecht komt.

Thuis- en wijkzorg

Bij de thuis- en wijkzorg zouden gemeenten (thuiszorg) en zorgverzekeraars (wijkzorg) veel meer samen moeten optrekken, over de grenzen van de schotten heen. Een gezamenlijk aanmeldpunt

– zoals bijvoorbeeld bestaat in Maastricht Heuvelland – waar huisartsen en patiënten de zorgvraag kunnen neerleggen, zou voorwaarde voor contractering moeten zijn. Ook hiermee worden wachtlijsten inzichtelijk en wordt de huisarts ontlast, die niet meer zes verschillende aanbieders moet bellen om zorg voor elkaar te krijgen. Bovendien draagt zo’n gezamenlijk aanmeldpunt direct bij aan de door de RVS zo dringend gewenste samenhang en samenwerking.

Meer tijd

De RVS stelt dat ruimte en tijd belangrijke voorwaarden zijn voor het goed functioneren van de eerste lijn. Tegelijkertijd merkt de raad daarbij op dat het belangrijk is ‘dat zij (de zorgverleners) zo min mogelijk gehinderd worden door administratieve lasten en verantwoordingseisen vanuit zorgverzekeraars, zorgkantoren en overheidsorganen’ en dat de focus gericht moet zijn op het optimaliseren van de eerste lijn, in plaats van op het efficiëntiedenken van de korte termijn. Geheel in lijn met het pleidooi van de RVS is op 1 april het project Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP) gestart, wat ertoe moet leiden dat de huisartsen meer tijd krijgen voor het contact met hun patiënten.³ Helaas zijn de andere aanbevelingen van de RVS geheel aan de partijen die betrokken waren bij dit project voorbijgegaan. Niet alleen wordt 137,5 miljoen van de beschikbare 220 miljoen het eerste jaar niet uitgegeven, het plan staat vol met administratieve en verantwoordingseisen. Als partijen het advies van de RVS serieus nemen, dan betekent dat dat de module Meer Tijd Voor

de Patiënt zo snel mogelijk beschikbaar moet komen, voor alle huisartsen zónder de verantwoordingseisen zoals die nu in de leidraad staan. Daarnaast moet de NZa zo spoedig mogelijk haar conceptadvies over de bekostiging van MTVP aanpassen en zorgen dat het, zoals de RVS adviseert en in het IZA werd afgesproken, wordt opgenomen in de basisbekostiging. (segment 1).⁴ ●

contact

christof.zwart@therapeuticumhaarlem.nl
cc: redactie@medischcontact.nl



→ De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op [medischcontact.nl](https://www.medischcontact.nl).

Het verschuilen achter personeelskrapte is weinig geloofwaardig