

Denken vanuit financiering treft vooral ouderen en chronisch zieken

Marktwerving is zorgverschraling

dr. Patrick Smeets,
huisarts te Maastricht en lid
Comité Wake-up!

Correspondentieadres:
smeets@ezorg.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Als het aan de overheid ligt, is gezondheidszorg geen basisbehoefte meer, maar een markt. Dit financieringsdenken is een aanslag op onze beschaving. Zeker nu de vergrijzing een groeiend aantal kwetsbare burgers met zich meebrengt.

Net als energie, afval en vervoer is ook de gezondheidszorg de afgelopen decennia slachtoffer geworden van het marktdenken van de overheid. Het delicate krachtenveld tussen zorgvrager (aandoening), zorgverlener (behandeling), overheid (randvoorwaarden) en verzekeraar (betaalbaarstelling) ¹ kwam daarmee op het spel te staan. ² De overheid hervormde ziektekostenverzekeraars tot zorgverzekeraars met grote invloed. ³ Zij saneerde de thuiszorg, geestelijke gezond-

heidszorg en farmacie ten koste van doeltreffendheid, doelmatigheid en patiëntgerichtheid. Haar haast machiavellistische instrumentarium: splitsing van indicatiestelling en zorg, jaarlijks wisselende uitvoerings- en financieringseisen, budgetkortingen op bestaande professies en organisaties ten faveure van nieuwkomers, getimed bespelen van publiek en politiek met inspectierapporten over kwaliteit en niet representatieve kostenonderzoeken, alsmede de plicht voor zorgverleners om door zorgverzekeraars gedicteerde overeenkomsten te tekenen.

De zorg verschraalt en vooral chronisch zieken en ouderen zijn de dupe.

Tegenover de besparingen door het preferentiebeleid staan extra inspanningen van artsen en apothekers plus de kosten van ziekenhuisopnames door medicatiefouten.

beeld: Roel Visser, HH



Bezuinigingen

Bij de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006 waarschuwden de huisartsen al dat zorg geen markt is en dat er meer huisartsenzorg werd geleverd dan de overheid veronderstelde. ³ Dit harde werken (te hoge 'productie') leidde tot jarenlange bevrozing van de huisartsentarieven. Voor broodnodige verbeteringen in de basiszorg ontbreekt het geld. De vergoedingsnorm voor praktijkassistentie blijft 38 uur, terwijl de praktijk 50 uur per week open is. Het overheidsgedrag is hier, net als bij andere zorgsectoren, stuitend. De inspectie constateert een probleem met de telefonische bereikbaarheid, de media meten dit breed uit en de minister breidt de vergoeding niet uit, maar bezuinigt structureel ten minste 9.000 euro per normpraktijk. ⁴⁻⁶ In de periode 2010-2014 stijgt

het budget voor de tweede lijn jaarlijks, voor huisartsenzorg daalt dit zelfs ten opzichte van 2008 en 2009.⁷

Huisartsen merken de gevolgen van bezuinigingen bij patiënten. De verzekeraars zijn inmiddels zeer actief in hun preferentiebeleid.⁸ Zij onderhandelen rechtstreeks met fabrikanten en verplichten apothekers per zes maanden het, per verzekeraar verschillende, preferente geneesmiddel af te leveren. Daarnaast ont-

zegden zij patiënten via machtigingsprocedures afgelopen jaar bepaalde diabetesmedicatie en stuurden hen dit voorjaar massaal naar hun behandelend arts voor een machtiging voor niet-preferente

cholesterolremmers. En passant verhieven zij de als richtlijn voor behandeling ontwikkelde NHG-Standaard (Nederlandse Huisartsen Genootschap) tot dwingende vergoedingsnorm. Mede hierdoor bevroor het NHG inmiddels het maken van zorgstandaarden. Volgend jaar betaalt degene die preferente middelen verdraagt geen eigen risico; degene die er niet tegen kan wel. Zorgverzekeraars gedragen zich nog steeds als ziektekostenverzekeraars en beïnvloeden, door hun focus op kostenbeheersing, de zorg-

kwaliteit negatief. Macro-economisch staan tegenover de besparingen van het preferentiebeleid extra inspanningen van apothekers en artsen plus kosten van ziekenhuisopnames door medicatiefouten en het niet innemen van niet-verdragen medicatie.

Geroemde standaarden

Staat de huisartsgeneeskunde buiten de maatschappij of is zij blind voor de maatschappelijke problemen? Integendeel, de afgelopen twintig jaar ontwikkelde de beroepsgroep vanuit de ambitie zo goed en doelmatig mogelijk zorg te verlenen via het NHG een indrukwekkend aantal, internationaal geroemde huisartsenstandaarden.⁹ Zij ontstonden tijdens een stabiele situatie van zorgverlening en financiering via het ziekenfondsstelsel, aangevuld met particuliere ziektekostenverzekeringen (allebei ereloonstelsels).

Ook is er de laatste vijftien jaar steeds meer aandacht voor transmurale zorg, samenwerking met specialisten en andere zorgverleners omwille van maximale continuïteit van zorg voor de patiënt.¹⁰ Laagcomplexere zorg wordt overgenomen van het ziekenhuis, waardoor de patiënt deze zorg in zijn vertrouwde omgeving ontvangt. Deze zorg wordt met praktijkondersteuners in vele vormen ver-

Zorgverzekeraar beïnvloeden de zorgkwaliteit negatief

Alternatieve financiering ketenzorg

vorm	toelichting
handhaven huidige financiering praktijkondersteuning (POH) via opslag op inschrijftarief en POH-verrichtingen	kostendekkende omslagfinanciering van continue, integrale, levensloopbestendige huisartsenzorg
onderscheid POH-verrichtingen voor algemene zorg en voor ketenzorg	managementinformatie voor praktijkhouder en verzekeraar
voor activiteiten buiten de huisartspraktijk in de keten aanvullende M&I-module (diabetes, CVA, longen)	innovatiefinanciering stopt begin 2010; snel in te voeren want systematiek bestaat
M&I vrij onderhandelbaar met lokale zorgverzekeraar en verbindend voor niet-preferente zorgverzekeraar	mogelijkheid tot regionaal maatwerk; voorkomen van ongelijkheid in zorg voor patiënten
bepaling geen aanverwante M&I te declareren (bijvoorbeeld longzorg is inclusief longfunctie)	voorkomen van dubbeldeclaratie
bepaling dat geen btw verschuldigd is	opheffen problematiek detachering bij ketenzorg
budget nodig voor ketenzorg wordt aan budget huisartsenzorg toegevoegd	voorkomen kannibalisatie basisbudget; substitutie van tweede naar eerste lijn

Hoe verantwoorde financiering van de ketenzorg via huisartsen mogelijk is.



SAMENVATTING

- Van oudsher staan professionele zorgverleners de patiënt bij en worden betaald middels een ereloon.
- Marktwerking veroorzaakt bij de thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en geneesmiddelenvoorziening zorgvershraling. Marktwerking en functionele bekostiging bij de huisartsenzorg zullen deze zorgvershraling versterken.
- Patiëntgerichte toekomstbestendige eerstelijnszorg vereist daarentegen een sociale herordening rondom een continu, integraal en levensloopbestendig zorgproces.

leend (zoals diabetes, longziekten, ouderen).¹¹ Zijn zorgverleners buiten de huisartspraktijk betrokken, dan gebeurt dit via 'ketenzorg'.¹²⁻¹⁴ Deze zorg is bij bescheiden schaalgrootte binnen de huisartspraktijk iets goedkoper. Deze zorgverschuiving levert door de vergrijzing en de groei van het aantal chronisch zieken geen grote directe besparingen in ziekenhuizen op. Indirect bespaart de maatschappij omdat met dezelfde capaciteit meer hoogcomplexere zorg kan worden geboden. Tot dusverre intrinsieke groei vanuit kwalitatieve motieven die licht kostenbesparend is.

Grensoverschrijding

Vanuit hun marktdenken beogen het gezondheidsministerie en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) functionele bekostiging.¹⁵ De benaming alleen al impliceert financieringsdenken in plaats van zorgdenken. Een zorgketen als diabeteszorg wordt aangevuld met de bijbehorende medicatie en de 'hoofdaannemer' wordt budgettair verantwoordelijk ('all inclusive gezondheidszorg').^{16 17} Functionele bekostiging overschrijdt twee principiële grenzen: tussen medicatievoorschrift (arts) en medicatielevering/bekostiging (apotheker/verzekeraar) en tussen zorguitvoering (zorgverlener) en zorgbekostiging (verzekeraar). Deze grenswijzigingen vertroebelen de gespannen verhoudingen tussen patiënten, huisartsen, verzekeraars en overheid nog verder.

Vanuit budgettaire krapte doet de minister of chronische (keten)zorg en functionele bekostiging identiek zijn, om deze financieringswijze bij de politiek en huisartsen erdoor te drukken. (Keten)zorg is echter prima te financieren via de bestaande huisartsenfinanciering (zie tabel). Deze omvat financiering van de basisvoorziening via het inschrijftarief, financiering van de productie (consulten, visites, enzovoorts) via verrichtingen en financiering van extra zorg (bijvoorbeeld longfunctiemeting) via modules modernisering & innovatie (M&I). De praktijkondersteuning (POH) wordt gefinancierd via opslag op het inschrijftarief en productiefinanciering van POH-gelabelde verrichtingen. Wel dient het huisartsenbudget te groeien en niet te krimpen bij groei van deze zorg.

Momenteel benoemt de minister alleen onderdelen binnen het basisbudget huisartsenzorg (waaronder praktijkondersteuning) ter financiering van functioneel bekostigde keten zorg.^{6 18} Dit kannibaliseert basiszorg en leidt tot verdere zorgvershraling. Ook budgettair

gezien is functionele bekostiging eerder een bedreiging dan een kans.¹⁹

Historische denkfout

De NZa maakt een historische denkfout door de huisartsen een aanmerkelijke marktmacht toe te dichten.¹⁵ Evenzo maakt de minister, gedreven om zijn sporen na te laten in het zorglandschap, een fout door marktdenken en partij- dan wel kabinetsbelang boven het gezondheidszorgbelang te stellen. Huisartsenzorg is continue, integrale levensloopgeneeskunde in de vorm van basiszorg voor de hele bevolking. Qualitate qua is zij voor iedereen op buurniveau laagdrempelig beschikbaar ('100% marktdekking' in NZa-termen). Qualitate qua wordt zij verleend door huisartsen wier enige autoriteit berust op een eeuwenoude en in de afgelopen decennia explosief toegenomen kennistraditie ('marktmacht' in NZa-termen). Qualitate qua nemen huisartsen in eeuwenoude traditie slechts erelonen aan en geen resultaatgerichte beloningen. In de gezondheidszorg past geen bonuscultuur. Daarom hebben huisartsen het aanbod van de minister om 60 miljoen korting 'terug te verdienen' door patiënten actief op goedkopere medicatie om te zetten, als onethisch afgewezen. Qualitate qua vereist huisartsenzorg gezien haar belangrijke functie ook in de 21e eeuw continue, integrale en levensloopbestendige ordening en financiering.^{19 20} Daarom zouden huisartsen functionele bekostiging moeten afwijzen. De belangrijke aanstaande keuzen in de gezondheidszorg vereisen geen marktwerking maar solidariteit.

Gidsland

Het zou de Nederlandse overheid sieren als zij – ondanks de door een falende marktwerking ontstane economische crisis en de dubbele vergrijzing – haar kwetsbare burgers, de ouderen en zieken, weer beschaaftder tegemoet treedt. Het zou Nederlands rol als gidsland inzake gezondheidszorg bestendigen als zij als eerste de wezensvreemde marktwerking in de gezondheidszorg terugdraait en deze weer socialer ordent rondom het primaire proces teneinde verzorgenden, verpleegkundigen, paramedici, artsen en apothekers effectief, efficiënt en patiëntgericht te laten samenwerken in plaats van hen onder het mom van marktwerking continu te bureaucratiseren, te demotiveren en tegen elkaar uit te spelen.²⁰⁻²² 



De literatuurlijst en eerder in MC verschenen artikelen over dit onderwerp vindt u op www.medischcontact.nl

Literatuur

- [1] Dekker E, Elsinga E, redactie. Mensen en Machten. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum; 1990.
- [2] Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Gezondheidszorg geordend. Een kwartet scenario's. Houten/Zaventem: Bohn, Stafleu van Loghum; 1995.
- [3] Wet van 16 juni 2005, houdende regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (zorgverzekeringswet). 's-Gravenhage: SDU-uitgeverij; 2006:1-41. Publicatienummer STB 9388, nr .358.
- [4] Inspectie voor de Gezondheidszorg en Nederlandse Patiënten & Consumenten Federatie. Telefonische bereikbaarheid van huisartsen moet sterk verbeteren. IGZ 08-42. Den Haag: IGZ & NCPF; september 2008.
- [5] Federatienieuws. Huisartsen werken hard aan verbetering telefonische bereikbaarheid. Medisch Contact 2009; 64(35): 1472.
- [6] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief van minister Klink aan voorzitter Landelijke Huisartsen Vereniging d.d. 12 oktober 2009. Kenmerk CZ/EKZ/2963006. Den Haag: VWS; 2009.
- [7] Miljoenennota 2010, beleidsartikelen/Artikel 42, blz. 64 (pers-exemplaar).
- [8] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief van minister Klink aan de Tweede Kamer voorzitter Landelijke Huisartsen Vereniging d.d. 1 juli 2008. Kenmerk GMT-CB-U-2855134. Den Haag: VWS; 2008.
- [9] Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-standaarden. Utrecht: NHG; 2009.
- [10] Beraadsgroep Geneeskunde van de Gezondheidsraad. Medisch handelen op een tweesprong. Den Haag: Gezondheidsraad;1991. Publicatienummer: 1991/23.
- [11] Vrijhoef B. Effect evaluation of substituting physicians for nurses in the care for chronically ill [proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht; 2002.
- [12] Donkers ECMM, Bras A, van Dingenen ECM. Ketens met karakter. Drie basismodellen helpen bij opzet van zorgketens. Medisch Contact 2008; 63 (19): 822-4.
- [13] Nederlandse Zorgautoriteit, Beleidsregel CV-7000-4.0.-1, Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten. Utrecht: NZA; 2007.
- [14] Nederlandse Zorgautoriteit, Beleidsregel CV-7000-3.0.-2, Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnsproducten. Utrecht: NZA; 2008.
- [15] Nederlandse Zorgautoriteit. Visie functionele bekostiging vier niet complexe chronische zorgvormen. Utrecht: NZA; april 2009.
- [16] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief van minister Klink aan de Tweede Kamer van 22 december 2008. De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging. Kenmerk CZ/EKZ/2898021. Den Haag: VWS; 2008.
- [17] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Begeleidende brief bij de voorhangbrief betreffende Introductie Functionele Bekostiging Chronische aandoeningen per 1 januari 2010. Kenmerk CZ/EKZ/2943775. Den Haag: VWS; 2009.
- [18] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief van minister Klink aan voorzitter Landelijke Huisartsen Vereniging d.d. 14 september 2009. Kenmerk CZ/EKZ/2956262. Den Haag: VWS; 2009.
- [19] Centraal Plan Bureau. Notitie houdbaarheidsmaatregelen curatieve zorg. Heerlen: CPB; 15 september 2009.
- [20] Maassen H (interview). Geneeskunde is te weinig gericht op de patiënt. Gesprek met Barabara Starfield, apostel van de eerste lijn. Medisch Contact 2005; 60(5): 186-8.
- [21] Tjeenk Willink HD. Vice president Raad van State. Inleiding op het symposium voorafgaande aan de inaugurele rede van professor dr. K. Putters aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam. Rotterdam: Erasmus Universiteit; 2009.
- [22] Suijs H. Voorwaarts, ... maar kijk eens om. Gezondheidszorg is aan revisie toe. Medisch Contact 2009; 64(21): 946-8.