



Beperking praktijkvariatie aantasting professionele autonomie

Voorstel besparing kosten gebitsprothese door pakketbeperking – nadere analyse

Drs. Niels J.C. Eikmans, bureausecretaris Branchevereniging Tandtechniek

Het Kabinet heeft vorig jaar diverse werkgroepen ingesteld die diverse beleidsthema's moeten analyseren en concrete beleidsalternatieven moeten voorbereiden om een besparing van 20% op de kosten te realiseren (€ 6,35 miljard, 20% van de premiegefinancierde uitgaven).

Kosten

De curatieve zorg is met een reële groei van 4,5% per jaar (bij ongewijzigd beleid) een van de grootste en snelst groeiende collectieve uitgavenposten. Uit het rapport blijkt overigens dat dit ondermeer komt door de extra kosten van nieuwe ontwikkelingen (medische technologie en farmacie), meer 'luze' (eenpersoonkamers), meer administratieve lasten en overhead en indicatieverruiming: veranderingen in de stand der wetenschap en de praktijk van de beroepsbeoefening komen 'automatisch' in het pakket.

Ontmoediging niet meer mogelijk

Verder wordt door het CPB de verankering van het recht op zorg als oorzaak waardoor ontmoediging van zorggebruik door wachtlijsten (!) niet langer mogelijk is.

Opvallende zaken analyse werkgroep

- Informatievoorsprong zorgaanbieders maakt het mogelijk dat zij 'overwinsten'*) naar zich toe trekken, bijvoorbeeld doordat feitelijke kosten onder vastgestelde of uitonderhandelende tarieven liggen en door verruiming van indicaties;
- Eigen betalingen zijn in internationaal perspectief zeer laag;

Tabel 2.1 Percentage eigen betalingen (in % gezinsconsumptie)

Ned.	Zwe.	Ita.	Dui.	Den.	VK.	Bel.	Fin.	Fra.	VS
1,2	3,2	3,0	2,5	2,8	1,6	3,6	3,2	1,4	2,8

Bron: OECD, 2009.

- Zorginkopers worden (vrijwel) niet geprikkeld doordat zij weinig tot geen risico dragen.
- Praktijkvariatie is een probleem.

Praktijkvariatie als probleem

Nederland kent – net als veel andere landen – een grote mate van praktijkvariatie. De werkgroep ziet dit als een probleem en legt dit uit als een indicatie dat richtlijnen lang niet altijd worden gevolgd en dat dit verbeterd moet worden. Wat voor gevolgen dergelijk denken kan hebben voor de dagelijkse praktijk blijkt uit de moeizame correspondentie tussen tandartsen en verzekeraars wanneer een behandeling afwijkt van het tot norm gemaakte gemiddelde.

Als voorbeeld van de heilzame werking van de toepassing van 'internationale best practices' die lage kosten met een hoge kwaliteit van zorg combineren wordt het Amerikaanse Veterans Administration genoemd. Wie de discussie rondom de invoering van het nieuwe zorgsysteem in Amerika heeft gevolgd kan zich niet aan de indruk onttrekken dat over de kwaliteit van die dienstverlening door de afnemers op zijn minst heel verschillend wordt gedacht.



Oplossingsrichting

De werkgroep werkt verschillende varianten uit. Belangrijk element bij elke variant is dat de zorgaanbieder minder zeggenschap – vrijheid zo u wilt – om zijn eigen professionele visie te volgen. Naast verhogen van de eigen bijdrage wordt een stringent pakketbeheer en verdere taakherschikking voorgesteld. Waar nodig moet wet- en regelgeving hiervoor worden aangepast.

Nog een instituut

De werkgroep constateert dat het sturen op kwaliteit en doelmatigheid en de transparantie daarvan institutioneel sterk gefragmenteerd is (betrokken partijen zijn onder andere Wetenschappelijke verenigingen, NHG, IGZ, CVZ, NZa, DBC-onderhoud, ZonMw, ZiZo, Regieraad, KiesBeter en CBG. Voorstel is om te komen tot één nationaal instituut voor kwaliteit, doelmatigheid en transparantie voor de gezondheidszorg die ook 'doorzettingsmacht' zou moeten krijgen.

Wanneer veldpartijen niet, niet tijdig of onvoldoende invulling geven aan de totstandkoming van protocollen, richtlijnen, standaarden, normen en indicatoren dan zal het Instituut daar zelf voor zorgdragen (!). Daarbij is het van belang dat behandeling zonder richtlijn niet voor financiering in aanmerking kan komen.

Stringent pakketbeheer

In het kader van stringent pakketbeheer wordt zelfs voorgesteld dat zorg die niet voldoet aan de vastgestelde richtlijnen of zorgstandaarden niet zal worden vergoed – **en evenmin aan de patiënt in rekening kan worden gebracht**, tenzij de verzekeraar hiervoor vooraf toestemming heeft verleend.

Aantasting professionele autonomie

Een en ander is natuurlijk een regelrechte onaanvaardbare aantasting van de professionele autonomie. De verzekeraar wordt hier op de stoel geplaatst van de behandelaar. Zelfs als de patiënt bereid is de door de zorgaanbieder voorgestelde behandeling uit eigen zak te betalen zou dit niet toegestaan zijn, alleen bij de gratie van de verzekeraar.

Taakherschikking

De werkgroep ziet taakherschikking als instrument om te kunnen besparen en citeert de Inspectie van de Gezondheidszorg: 'Taakherschikking levert een positieve bijdrage aan veilige, effectieve, patiëntgerichte en toegankelijke zorg.' Taakherschikking leidt ook tot besparingen omdat de taken vaak naar lager gekwalificeerd en dus goedkoper personeel worden verschoven. Om meer taakherschikking mogelijk te maken zijn maatregelen nodig waarbij de behandelingsvrijheid van niet-artsen geborgd wordt in protocollen en wet- en regelgeving, zoals de wet BIG.

Besparing op gebitsprothesen en mondzorg

Een van de voorstellen behelst het realiseren van een besparing van de kosten door een pakketbeperking waarbij de gebitsprothesen en de mondzorg worden betrokken. In dit kader is het opvallend dat in zowel de auteurslijst als de geraadpleegde deskundigen geen enkele – voor ons bekende - persoon of instantie die gelieerd is met de mondzorg voorkomt.



Tabel 4.8 Overzicht (bruto) besparingen pakketmaatregelen

(bedrag x C mln)	2011	2012	2013	2014	2015	Structureel (NCW 2015)
Totaal pakketmaatregelen - Inhoud verzekerde basispakket gericht op genezing gerichte zorg	0	2.070	2.150	2.230	2.320	2.320
wv: ziekenhuiszorg	0	760	790	820	860	860
wv: GGZ	0	180	180	190	200	200
wv: geneesmiddelen						
- maagzuurremmers	0	110	110	120	120	120
- cholesterolverlagers	0	110	110	120	120	120
- anticonceptiemiddelen	0	60	70	70	70	70
wv: hulpmiddelen	0	380	390	410	420	420
wv: paramedisch	0	220	220	230	240	240
wv: gebitsprotheses	0	110	110	120	120	120
wv. mondzorg 18-21 jaar	0	110	110	120	120	120

Mondzorg

In 2007 is de leeftijd waarop jeugdige verzekerden recht hebben op mondzorg verhoogd van 18 naar 21 jaar, omdat dit een risicogroep zou betreffen. Op basis van onderzoeken van CVZ blijkt dat er geen aanleiding tot bezorgdheid is over de ontwikkeling van de mondgezondheid voor deze groep. In het Signalement Mondzorg 2007 heeft het CVZ geconcludeerd dat 23-jarigen in 2005 even vaak naar controle naar de tandarts gaan als in 1999. Voor deze groep zat de controle in 1999 wel, en in 2005 niet meer in het pakket. (Inmiddels heeft het CVZ dit pakketvoorstel met deze onderbouwing reeds naar de Minister gezonden **).

Meer eigen bijdrage

Een van de – volgens de ambtenaren – onvermijdelijke opties is het verhogen van de eigen bijdrage voor de door het individu gemaakte zorgkosten. De ambtenaren kiezen ervoor om die zorgvraag die zij classificeren als een 'lage ziektebelasting' hiervoor in aanmerking te laten komen.

Hoe snel?

De werkgroep stelt dat het bereiken van de diverse varianten een transitiepad vergt met meerdere stappen gespreid over meerdere jaren.

Realistisch?

Zijn de besparingsdoelstellingen realistisch en haalbaar? De werkgroep twijfels zelf al. 'Beoogde besparingen uit maatregelen die betrekking hebben op de sturen van het zorgstelsel zijn notoir moeilijk aan te geven.' Het CPB voegt hieraan toe: 'Het CPB heeft echter wel reserves bij de hoogte van de besparingen van een drietal doelmatigheidsmaatregelen. (...) Recente ervaringen met de invoering van nieuwe maatregelen in de zorg laten immers zien dat er ook financiële tegenvallers kunnen optreden.'

Verkiezingsprogramma

Uit een peiling van Maurice de Hond zou blijken dat Nederlanders de zorg liever ontzien. Kortom: met de toepassing van het profijtbeginnsel met een verhoging van de eigen bijdrage maakt de politicus zich niet populair. Welke kant het op gaat is grotendeels afhankelijk van de uitkomst van de komende Tweede Kamerverkiezingen.

Lessen voor de tandtechniek

Het door de Branchevereniging Tandtechniek ingezette beleid om de leden te helpen 'lokale helden' te worden en meer in het zicht van de patiënt te opereren blijft – ongeacht voor welke variant de politiek uiteindelijk kiest belangrijk. Evenals het standvastig vasthouden aan de professionele autonomie van de zorgaanbieder.

BRANCHEVERENIGING



TANDTECHNIEK

Nog vragen? Stuur svp een e-mail naar info@bvtandtechniek.nl of bel 030-6915754.

*) Aanhalingstekens bij 'overwinsten' toevoeging van de auteur. Opvallend is dat wanneer het gaat om 'overwinsten' bij zorgaanbieders deze taalkundige nuance niet aangebracht wordt, maar wel als het gaat om 'overtollige' reserves van verzekeraars.

**) CVZ Rapport pakketadvies 2010 (mondzorg jeugdigen), 2 april 2010