

Oneerlijke concurrentie door eigen

Het eigen risico is een factor van belang aan het worden. Patiënten willen zelf minder snel verwezen worden naar het ziekenhuis, weigeren extra eerstelijns diagnostiek of willen niet langer in een zorgprogramma, vanwege het eigen risico of doen niet mee aan een SOA-test.

De huisartsenzorg, integrale ketenzorg en de nieuwe wijkverpleegkundige bekostiging kennen een vrijstelling van eigen risico. Dat is fijn voor de patiënten, die daarmee een drempelloze toegang kennen tot generalistische *cure* en *care*. Andere eerstelijns zorgaanbieders kennen wel een eigen bijdrage, bijvoorbeeld de apotheker, de eerstelijns psycholoog of het huisartsenlaboratorium. Daar zit een verschil in dat tot ongelijkheid kan leiden.

Ingrijpen

Immers de zorgverzekeringswet geeft recht op zorg... zoals huisartsen, verloskundigen of wijkverpleegkundigen die bieden. Dat heet de functionele omschrijving en is er voor bedoeld dat ook anderen die kunnen bieden. Dat geeft meer keuzevrijheid voor de patiënt en (enige) concurrentie op dat onderdeel van de zorg.

Nu is er bepaalde zorg die door meerdere disciplines geboden kan worden en waar er bij de ene aanbieder wel een eigen bijdrage is en bij de andere niet. Dat stuurt de zorg en leidt tot oneerlijke concurrentie en geeft op zijn minst onduidelijkheid voor patiënten. Enkele voorbeelden:

Zo kan het voorkomen dat een diabetespatiënt met een depressie in een willekeurige straat op huisnummer 11 bij zorgverzekeraar VGZ die integrale ketenzorg en de diabetes-DBC en depressie-DBC heeft ingekocht, geen eigen risico hoeft te betalen. En dat een patiënt met dezelfde aandoening op huisnummer 13 die verzekerd is bij DSW of Stad Holland en die geen voorstander zijn van integrale zorg, pech heeft gehad en de zorg wel ten laste komt van het eigen risico. Dat vraagt toch om ingrijpen? Nee, stop, stop, stop! Geen vragen in de Tweede Kamer over dit onderwerp, geen incidentenpolitiek en ad hoc-oplossingen, geen extra regels om dit op te lossen, geen rem op innovatie voor zorgverzekeraar VGZ. Wat dan wel? Een analyse van de mogelijkheden om met het vraagstuk van eigen risico om te gaan.

Mogelijkheid 1:

Laissez faire

Het zorgsysteem is in transitie en dat betekent dat er onvolkomenheden zijn die je (tijdelijk) moet accepteren. De chronische patiënt maakt zijn of haar eigen risico waarschijnlijk toch wel op en zal van de ongelijkheid nauwelijks



Wel eigen risico

- Inhalatie-instructie door apotheek
- Psychosociale hulp door POH-ggz
- Functie-onderzoek door huisarts
- Bloedonderzoek bij huisartsenlaboratorium
- Kleine chirurgische verrichting op polikliniek

Geen eigen risico

- Inhalatie-instructie door praktijkondersteuner
- Psychosociale hulp door eerstelijns psycholoog
- Functie-onderzoek door eerstelijns diagnostiek
- Bloedonderzoek in DBC diabetes
- Kleine chirurgische verrichting door huisarts

risico

Het zorgsysteem is in transitie en dat betekent dat er onvolkomenheden zijn die je (tijdelijk) moet accepteren



Foto: Freeimages

of geen hinder ondervinden. Als de patiënt het niet kan betalen, dan krijgt die waarschijnlijk een zorgtoeslag. Daarnaast kun je met het eigen risico de zorg sturen, naar de meest doelmatige zorgaanbieder en kan substitutie door eigen risico gestimuleerd worden. Effectieve ketenzorg kan aantrekkelijker worden gemaakt en als de eerstelijns diagnos-

tiek en de farmaceutische zorg in de integrale zorgketen wordt opgenomen, dan lost het probleem zich vanzelf op. Dat de patiënt minder snel naar het ziekenhuis gaat voor een kleine chirurgische ingreep of eerste hulp, dat wilden we toch graag? Zorgverzekeraars kunnen effectief inkopen en zorg sturen, als de polisvoorwaarden duidelijker

worden en alle contracten jaarlijks voor 19 november bekend zijn, kan de verzekerde switchen van verzekeraar.

Mogelijkheid 2:

Eigen risico afschaffen

Het is geen eerlijk instrument om patiënten te belasten met kosten als men ziek is en het kan een remmend effect hebben op noodzakelijke zorg of diagnostiek. De opbrengst van eigen risico kan ook in de premie worden verwerkt en dan betaalt iedereen vijftien tot twintig euro per maand meer, zodat we de totale opbrengst van alle patiënten die hun eigen risico aanspreken, verdelen over alle premies. Dat heet solidariteit en bepaalde groepen kunnen met een zorgtoeslag of belastingmaatregel gecompenseerd worden. De ongelijkheid tussen patiënten onderling wordt verminderd en het geeft duidelijkheid. Door het afschaffen van het eigen risico, wordt de administratieve belasting flink verminderd. Dat is prettig en het kan ook een financieel voordeel opleveren, doordat de uitvoering wordt vereenvoudigd.

Mogelijkheid 3:

Eigen risico voor alle zorg

Het eigen risico wordt over de gehele zorg ingevoerd. De huisarts en de wijkverpleegkundige of integrale ketenzorg zijn ook professionele zorgverleners en het beleid is erop gericht dat patiënten meer aan zelfzorg doen. Dan is het logisch dat er een drempel is, die de toegang tot de professionele zorg beperkt. Een beperkt eigen risico van bijvoorbeeld tien euro per uur of behandeling voor alle eerstelijnszorg, geeft eendui-

In de wet bestaat de mogelijkheid om eigen risico te verhogen

digheid en zet de patiënt aan tot nadenken. Het bedrag is niet dusdanig hoog, dat een patiënt zorg gaat mijden en in de huisartsenzorg geldt het adagium dat vrijwel alle klachten binnen drie dagen overgaan. Goed als men iets langer wacht dus. De overbelaste huisartsenzorg wordt wellicht een beetje ontzien doordat de meest eenvoudige klachten via afwachten of een alternatief, zoals thuisdokter.nl of gezond verstand van patiënt of met behulp van familie of mantelzorgers worden opgelost. Doordat de verwerking geheel digitaal via de zorgverzekeraar plaatsvindt en de patiënt op zijn overzicht zijn verbruik ziet, wordt toch het kostenbewustzijn versterkt.

Mogelijkheid 4:

Aanpassen systematiek

Het eigen risico is een goed instrument, maar het zou beter kunnen. Door over alle zorg een bepaald percentage te rekenen, bijvoorbeeld tien procent. Dat moet iedereen zelf betalen tot men aan een door de belastingdienst gesteld individueel maximum komt en waarmee men wordt gecompenseerd als dat van toepassing is; ofwel de individuele zorgpremie. De zwaarste lasten voor de sterkste schouders. Dat kan door de automatisering en digitalisering zonder veel moeite worden ingesteld. De patiënt voelt bij elke zorgvraag iets van een financiële prikkel en deze blijft

in stand in tegenstelling tot het eigen risico, waar na het bereiken van het maximum de prikkel juist averechts kan werken.

Mogelijkheid 5:

Gedifferentieerd eigen risico per zorgverzekeraar

Financiële prikkels helpen om gedrag te veranderen. In de wet bestaat de mogelijkheid om eigen risico te verhogen. Dat is een keuze van de patiënt, behalve als die keuze veroorzaakt wordt doordat men verplicht verzekerd is, maar de premie eigenlijk niet kan betalen. Laat de zorgverzekeraar experimenteren met eigen risico. Maar ook bijvoorbeeld met no claim. Dan kan het gedrag van verzekerden beïnvloed worden en ontstaat er de meeste ruimte om zich als verzekeraar te onderscheiden van andere zorgverzekeraars. Dat is de kern van ons zorgsysteem: gereguleerde marktwerking.

Reflectie en keuze

Alle mogelijkheden hebben voor- en nadelen. Het is maar vanuit welk perspectief je het bekijkt. Het streven zou erop gericht moeten zijn dat er een eerlijke oplossing komt, waarin patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars optimaal worden uitgedaagd om het juiste gedrag te vertonen. *De Eerstelijns* kiest voor een variant waarin de substitutie optimaal wordt gestimuleerd en heeft al eerder gepleit voor de bekostiging van zelfzorg¹ om de patiënten te stimuleren vaker voor zelfzorg te kiezen; bijvoorbeeld door een korting op het eigen risico, vouchers voor zorg uit de aanvullende verzekering, gratis gebruik van e-health tools, of korting op hulpmiddelen. In Duitsland en België is bij chronische patiënten met deze aanpak de therapietrouw vergroot, dus laten we die ervaringen meenemen in onze huisartsen- en multidisciplinaire bekostiging. <<

Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns



¹ Advies bekostiging huisartsen- en multidisciplinaire zorg januari 2014