

Winst in de portemonnee, verlies

Steeds meer hulpmiddelen worden selectief ingekocht. Op basis van algemene specificaties die in het beste geval tot stand zijn gekomen met inspraak van patiëntenorganisaties. Maar hoe zit het met de individuele patiënt en samenhang in zorgprocessen? *Is one size fits all de oplossing?*

Er is een aantal overwegingen bij selectieve zorginkoop van hulpmiddelen. Toetreding tot de zorgmarkt is over het algemeen (veel) eenvoudiger dan bijvoorbeeld medicijnen. Er is al sinds 2014 discussie over de Europese goedkeuring medische hulpmiddelen. In het werkplan van IGZ 2015 staat dat het toezicht op hulpmiddelen verscherpt zal worden. Voldoen de huidige geselecteerde hulpmiddelen aan de strengere normen?



Foto: Freeimages/Michaela Kobayakov

Diabetesvereniging Nederland (DVN) luidde in 2014 al de noodklok toen CZ als eerste de inkoop van diabetes-glucosemeters en teststrips heeft opgepakt. Achmea heeft hierop in 2015 nog een stringenter beleid gevoerd en nog slechts één leverancier gecontracteerd, maar daarnaast nog wel de mogelijkheid geboden aan apotheken om diabetes-teststrips te blijven leveren. Een deel van de apotheken heeft – onder andere vanwege de prijsstelling – besloten dit niet meer te doen.

Daarnaast zijn aan de levering, service en toepassing allerlei randvoorwaarden toegevoegd. Een opmerkelijke rand-

voorwaarde is de CQ-meting, de klantwaardering: patiënten zijn gedwongen overgestapt en worden vervolgens bevraagd op hun klantwaardering. Bij een lage score krijgt de leverancier een malus op de prijs... Inmiddels is er een meldpunt ingesteld door DVN over problemen met hulpmiddelen. Er lopen inmiddels diverse rechtszaken tussen zorgverzekeraars en leveranciers.

Apothekers

Naast zorgverzekeraars worden ook apothekers beschuldigd van het switchen van diabetes-testmateriaal. Onduidelijk is of dit uit vrije wil gebeurt of dat er contractuele voorwaarden van zorgverzekeraars zijn. Apothekers stellen dat zij door de prijsstelling feitelijk gedwongen worden om andere middelen af te leveren. Dat standpunt lijkt niet geheel uit de lucht gegrepen. De prijsstelling is zo laag dat de partij die de aanbesteding voor levering van diabetes-testmaterialen had gewonnen, zelf een kort geding heeft aangespannen om van de deal af te komen, omdat

ders heeft gesloten. Maar in de praktijk zal een apotheek om rond te komen op zoek moeten naar alternatieven, en niet alleen voor nieuwe patiënten. Dat is inherent aan de prijsdruk. De druk om goedkopere teststrips af te leveren betekent dat ook de bijbehorende bloed-glucosemeter een andere – goedkopere – variant wordt.

VGZ heeft gekozen voor selectieve inkoop bij een aantal landelijke leveranciers, maar juist niet bij openbare apotheken. Hierdoor moeten patiënten de teststrips afnemen van een landelijke leverancier en de insuline van de apotheek. Uiteraard kan de patiënt er ook voor kiezen de teststrips bij de apotheek te halen, maar dan krijgt de patiënt een lagere restitutievergoeding. Dit betekent een korting in de vergoeding die bij de budgetpolissen tot wel vijftig procent van het gecontracteerde tarief kan oplopen, een niet onbelangrijke financiële prikkel.

Met deze werkwijze wordt de zorg opgeknipt en via meerdere kanalen gedistribueerd.

Bij goede afstemming kan de duurzame kwalitatieve meerwaarde opwegen tegen de eenmalige nadelen en is beperking van de keuzevrijheid te accepteren

hij het voor die prijs niet kan leveren. Achmea vindt dat zorgaanbieders patiënten niet tegen hun wil mogen omzetten, hetgeen in lijn zou zijn met de overeenkomst die zij met zorgaanbie-

Theoretische benadering

Het voordeel van deze selectieve zorginkoop is een toenemende standaardisatie in ketenzorgprocessen. Als er drie in plaats van dertig hulpmiddelen zijn,

van klanttevredenheid?

is het voor alle betrokken zorgverleners eenvoudiger en eenduidiger om de zorgprocessen te stroomlijnen. Bijvoorbeeld bij het gebruik van insuliepennen of diagnostische meetapparatuur. Voor nieuwe patiënten kan het beperken van de keuze tot een goed uitgebalanceerd portfolio van adequate hulpmiddelen, voordelen bieden. Aan gezien het standaardiseren van zorgprocessen (apothek, POH, diabetes- of longverpleegkundige of wijkverpleging) tot meerwaarde kan leiden. Maar dan moet dat wel gebeuren in regionale- of ketenzorgafspraken waarbij – naast prijs – ook kwaliteit en uitvoerbaarheid een integraal onderdeel van de afspraken kunnen zijn. Doordat hulpmiddelen nog vrijwel nergens onderdeel uitmaken van ketenafspraken, wordt die meerwaarde niet of onvoldoende verzilverd. Hier ligt een verantwoordelijkheid van het zorgveld om dit op elkaar af te stemmen.

Keuzevrijheid

Het beperken van de keuzevrijheid van zorgaanbieders (artikel 13) speelt al maandenlang in de landelijke pers. De discussie over de hulpmiddelen valt hierbij in het niet. Toch is hier ook sprake van het beperken van de keuzevrijheid. Voor nieuwe patiënten kan beperkte keuze kwaliteitsvoordelen opleveren, tenminste, als de beperkte keuze ook duidelijk stuurt op daadwerkelijke kwaliteit en niet op de goedkoopste variant die aan bepaalde technische vereisten voldoet.

Voor bestaande patiënten is er sprake van veranderingen. Dat levert extra inspanning en ook extra risico's op. Enkele variabelen in dat proces: gewenning, routine, beperkte verstandelijke vermogens, comorbiditeit zoals reuma, problemen met de taal of ongeletterdheid of een voorraad aan hulpmiddelen die gemixt met de nieuwe middelen gebruikt worden en tot onveilig gebruik of

complicaties kunnen leiden – met alle extra kosten van dien. Ook extra belasting van het eigen risico bij switchen kan aan de orde zijn. Daarnaast kost het zorgaanbieders meer tijd. Zeker als op verschillende plaatsen in het zorgproces niet op elkaar afgestemde bedrijfsprocessen worden gewijzigd: ziekenhuis, apothek, huisartsenpraktijk en apothek. Bij goede afstemming kan de duurzame kwalitatieve meerwaarde opwegen tegen de eenmalige nadelen en is beperking van de keuzevrijheid te accepteren. Als er maar de mogelijkheid blijft bestaan om gefundeerd af te wijken in individuele gevallen. Zoals ook bij geneesmiddelen met medische noodzaak.



Foto: Freeimages

Silostructuur

Hulpmiddelen worden voor een bepaalde periode gecontracteerd en dan start een nieuwe inkoop of aanbesteding. De huidige sturing op prijs lijkt veelal ingegeven door het kostenplaatje binnen een bepaalde silo, waarbij de indruk bestaat dat niet altijd goed gekeken wordt naar de mogelijke effecten voor andere silo's. De winst wordt ingeboekt op het dossier hulpmiddelen en daarmee lijkt het een succesvol resultaat. Maar de zorgaanbieders moeten in de bedrijfsprocessen de veranderingen implementeren, waarmee de winst snel verdampt kan zijn of per saldo sprake is van meerkosten. Alleen is dat niet zichtbaar als de integrale afstemming bij de



Foto: Freeimages

zorgverzekeraar ontbreekt. Het aantal (para)medisch adviseurs bij zorgverzekeraars is niet voldoende om adequaat te ondersteunen of mist recente ervaring in de praktijk. Groot risico dus dat de kosten in de silo prefereren boven de kwaliteit en klanttevredenheid.

Effect op prestatiebekostiging

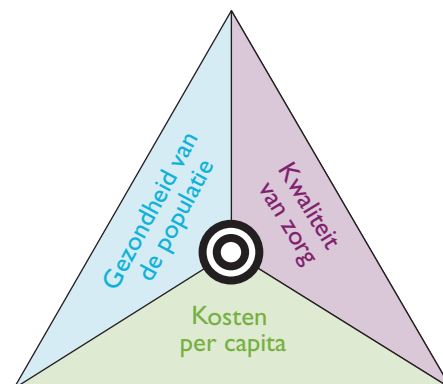
Zorggroepen kunnen bij prestatiebeloning zelfs met negatieve effecten van de veranderingen worden geconfronteerd. Bijvoorbeeld de inhalators bij longpatiënten. Patiënten die goed zijn ingesteld op medicatie kunnen meer last krijgen van exacerbaties en dat kan

ment is nog volop in ontwikkeling.

Vanuit deze optiek is het opnemen van hulpmiddelen in ketenzorgprogramma's en wellicht bekostiging een interessante optie. De NZa heeft in de toelichting bij de prestatiebeschrijving van de huisartsenzorg de mogelijkheid om geneesmiddelen en hulpmiddelen mee te nemen in het kader van de ketenzorg voor 2016, ook uitdrukkelijk als optie benoemd. Kaderhuisartsen en facultatief medisch- of verpleegkundig specialisten, apothekers, ergotherapeuten kunnen hierbij een zorginhoudelijke afweging maken. Vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en gebruikers kunnen patiëntenpreferenties inbrengen en het langetermijneffect bepleiten.

Meerwaarde voor patiënt

De meerwaarde van switchen voor de patiënt is discutabel. Als de huidige hulpmiddelen volstaan, is de patiënt niet gebaat bij verandering. Voor zover de lagere kosten van hulpmiddelen per saldo al een positief effect op het collectief van alle verzekerden hebben, zal dit niet of nauwelijks het geval zijn ten aanzien van de individuele patiënt.



jes op te pakken. Een legitiem besluit om de kosten te beperken. Het is de vraag of het effect op de patiënten met een stoma daarbij voldoende is meegewogen. Een lekkend stoma, huidirritaties, angst, verlies van regie en zelfstandigheid is een aantal *side effects* dat aan de orde kan zijn. Voor wijkverpleegkundigen of wondverpleegkundigen kan het tot extra werk, en maatschappelijk gezien kan het tot extra kosten leiden.

Vanuit klanttevredenheid, de ondergesneeuwde variabele van de Triple Aim, is een wijziging alleen wenselijk als ook de kwaliteit verbetert of de patiënt rechtstreeks effect heeft van een nieuw hulpmiddel

weer leiden tot meer ziekenhuisopnames. De integrale kosten nemen toe, de werkdruk of overlast van de patiënten en zorgaanbieders stijgt en de winstmarge van de zorgverzekeraar verdampst door de stijgende kosten elders in de keten. Een zorggroep kan op basis hiervan met negatieve effecten van verandering worden geconfronteerd met uitkomstparameters in S3. Want dit seg-

Vanuit klanttevredenheid, de ondergesneeuwde variabele van de Triple Aim, is een wijziging alleen wenselijk als ook de kwaliteit verbetert of de patiënt rechtstreeks effect heeft van een nieuw hulpmiddel, bijvoorbeeld door een korting op het eigen risico*.

Een bekend voorbeeld betreft de stomazakjes. In 2013/2014 heeft CZ besloten de zorginkoop van de relatief dure zak-

Praktijkcasus

Een patiënt met een stoma of chronische wondbehandeling krijgt verplicht een nieuw soort hulpmiddel waar de zorgverzekeraar een 25 procent lagere prijs op behaald. De kosten dalen van twaalf naar negen euro per dag. Op jaarbasis is dit een voordeel van duizend euro. De hulpmiddelen geven echter problemen. De wijkverpleging moet de patiënt gaan ondersteunen voor 70 euro per uur gedurende twee maanden en daarna moet de patiënt zelfs vier dagen naar het ziekenhuis voor een chirurgische ingreep wegens huiddefecten. Daarna volgt nog een maand nazorg. De zorgkosten zijn in totaal 4800 euro. Daarnaast heeft de patiënt enkele maanden niet kunnen werken vanwege pijn, overlast en angst. Maatschappelijke schade?

Wat dan wel?

Niet standaardiseren of innoveren is geen optie, maar een goede integrale analyse op kwaliteit, kosten en klanttevredenheid is noodzakelijk. Door de overheveling van de wijkverpleging naar de Zvw is de scope op de effecten van de veranderingen nu ook uitgebreid tot dat domein. Dat is een goede ontwikkeling, want de wijkverpleging wordt vaak geconfronteerd met gebruik in de thuissituatie en mogelijke consequenties van veranderingen. Het is duidelijk dat de verticale schotten in de zorginkoop moeten worden geslecht en dat de afstemming met zorgprofessionals, klantvertegenwoordigers en zorggebruikers van hulpmiddelen verbetert. Het is nodig om veranderingen gedoseerd door te voeren. Met perspectief op langetermijneffecten van goede hulpmiddelen. Radicale, eenzijdige aanpassingen van het zorginkoopbeleid zijn onwenselijk en leiden niet tot duurzame verbeteringen of meer doelmatigheid. <<

Jan Erik de Wildt, directeur de Eerstelijns
Mr Karik van Berloo, Eldermans & Geerts

* De Eerstelijns pleitte hiervoor al in Bekostigingsmodel eerstelijnszorg, december 2013



Foto: Freeimages

Goed bestuur?

Het ministerie van VWS zet de hele zorg- en welzijnssector op zijn kop, decentraliseert taken met een fikse financiële taakstelling, geeft zeer algemene kaders voor uitvoering en alle vrijheid aan zorgverzekeraars en gemeenten om vorm en inhoud te geven aan de concretisering. En als het dan niet goed gaat, kunnen bestuurders en toezichthouders voortaan "onder curatele" worden gesteld. Niet direct een voorbeeld van goed bestuur!

In een recente brief aan de Tweede Kamer worden de termen "transparantie", "aanspreekbaarheid" en "verantwoordelijkheid" op bestuurders en toezichthouders geplakt. Verantwoordelijkheid voor maatschappelijk functioneren, kwaliteit, doelmatigheid, cliëntgerichtheid, personeelsbeleid... Liefst allemaal tegelijk. En dat alles in een sterk veranderende omgeving met een krimpend budget.

Daarnaast moet in de toekomst het overleg met cliëntenraden, die zich verzetten tegen uitholling van de zorg en de wanhopige bestuurder die geen financiële speelruimte krijgt, meer gewicht krijgen... En om hun taak goed uit te kunnen voeren krijgen cliëntenraden extra verplichte scholingen uit het al reeds vermagerde instellingsbudget toegekend.

Klap op de vuurpijl is de aanpak van onbehoorlijk bestuur en wanbeleid. Dat wordt aangepakt door middel van een hoofdelijke aansprakelijkheidsstelling en een "Berufsverbot". Natuurlijk moet er opgetreden worden tegen wantoestanden, maar om juist in deze omstandigheden op basis van incidenten alle bestuurders in het beklagdenbankje te zetten... Minister Schippers en staatssecretaris Van Rijn eindigen hun brief over Goed Bestuur: 'Al met al zijn we van mening dat we met deze agenda een belangrijke slag slaan in de verbetering van governance in de zorg.'

Het zou de overheid sieren als men tenminste de verantwoordelijkheid zou nemen voor falende toezichthouders van de overheid zelf in plaats van (alleen) de bestuurders de maat te nemen. Vanaf 2016 komt de implementatie van de Wet Normering Topinkomens er nog bij: wie wil er nog bestuurder zijn in de eerstelijnszorg?

Jan Erik de Wildt
Directeur De Eerstelijns

Reageren? Je.dewildt@de-eerstelijns.nl