

DSW weigert astma ketenzorgcontracten

Zorgverzekeraar DSW weigert contracten af te sluiten met zorggroepen of gezondheidscentra en preferente zorgverzekeraars te volgen. Waarom is dat erg en wat is eraan te doen?



DSW erkent astmazorg niet als chronische multidisciplinaire zorg en wil deze alleen via de reguliere tarieven bekostigen.

De Longalliantie Nederland heeft in 2012 de Zorgstandaard Astma Volwassenen vastgesteld. Hiermee bestaat unanimiteit bij patiëntenorganisaties, wetenschappelijke organisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de inhoud en organisatie van de astmazorg in Nederland. Vrijwel alle zorgverzekeraars contracteren of experimenteren met ketenzorgcontracten vanuit segment 3 huisartsen of multidisciplinaire zorg. DSW erkent astmazorg echter niet als chronische multidisciplinaire zorg en wil deze alleen via de reguliere tarieven bekostigen. Ondanks aandringen van InEen en de CAHAG volhardt DSW tot nu toe in haar opstelling. Dat valt om meerdere redenen te betreuren.

Ten eerste is de astmapatiënt aangegeven op versnipperde zorg. Omdat de zorg niet integraal wordt ingekocht, moet de patiënt zelf alles regelen met de individuele zorgaanbieders en is de afstemming tussen deze zorgaanbieders niet gecoördineerd, zoals bij ketenzorg wel het geval is. DSW gaat nu op de stoel van de zorgaanbieder zitten door te beoordelen wat goede zorg is. Alleen om financiële problemen met verzekeren te voorkomen, rekent DSW geen eigen risico voor een spirometrie bij astma. In de ketenzorgcontracten is dit immers vrijgesteld van eigen risico.

Ten tweede is het voor huisartsenpraktijken en zorggroepen vrijwel ondoenlijk

en in ieder geval absoluut onwenselijk om in de dagelijkse praktijk bij de behandeling van astma onderscheid tussen patiënten te maken op basis van de zorgverzekering. Dit zou leiden tot het doorbreken van protocollen en routines in de dagelijkse praktijk en zelfs tot gezondheidsrisico's. Niet voor niets is een regeling getroffen waardoor volgebleid mogelijk is voor ketenzorg. Het is ook gebruikelijk dat andere verzekeraars aansluiten bij de afspraken die door de grootste zorgverzekeraar in een regio met een regionale zorggroep zijn gemaakt. Omdat het in de praktijk niet werkbaar is, wordt deze zorg ook voor DSW-verzekerden vaak uitgevoerd op basis van de zorgstandaard. Maar hier wordt niet

voor betaald. Voor zorggroepen betekent dit dat DSW een *freerider* is ten opzichte van andere zorgverzekeraars. Overhead en coördinatiekosten worden immers niet vergoed. Voor huisartsenpraktijken is het lastig om voor enkele patiënten afwijkend te declareren. Immers de POH-module is onderdeel geworden van de integrale bekostiging en alleen consulten declareren is niet kostendekkend.

Ten derde betekent dit extra bureaucratie, administratie en gedoe. DSW lijkt erop te gokken dat de meeste zorggroepen en huisartsenpraktijken het er maar bij laten zitten en heeft dan een *'free lunch'* op kosten van de andere zorgverzekeraars en/of de zorgaanbieders. Opmerkelijk voor een zorgverzekeraar die anderen graag de maat neemt.

Wat is hieraan te doen?

Bij het overwegen van mogelijke acties kan onderscheid worden gemaakt tussen een zorggroep/gezondheidscentrum en een huisartsenpraktijk.

Zorggroep of gezondheidscentrum

1 Het ministerie van VWS is systeemverantwoordelijk en geeft instructies aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om beleidsregels vast te leggen. Het aanscherpen van deze regels kan door middel van een politieke lobby van InEen, CAHAG en een collectief van zorggroepen. Daarin kan bepaald worden dat als overeenstemming bereikt is met de grootste verzekeraar in de regio, andere verzekeraars verplicht zijn tegen dezelfde condities te volgen.

3 Zorggroepen en gezondheidscentra hebben vaak meerdere ketenzorgcontracten, zoals diabetes, COPD en CVRM. Het staat partijen vrij om te contracteren of niet. De aanbieder kan besluiten met DSW helemaal geen contracten te sluiten. Er is immers contracteervrijheid. De zorggroep die geen overeenkomst heeft kunnen sluiten met DSW dient patiënten die zij reeds in behandeling heeft in ketenzorg erop te wijzen dat zij niet bij haar terecht kunnen als zij verzekerd blijven bij of overstappen naar DSW. Daarnaast zal zij de bij haar aangesloten huisartsen hiervan ook in kennis moeten stellen. Aan de wijze waarop hieraan uitvoering wordt gegeven, zijn voorwaarden verbonden. Het raadplegen van een jurist of advocaat is aan te bevelen.

4 Indien het herhaalde beroep van de landelijke Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH) tegen de aangepaste prestatiebeschrijving van de NZa bij het College Beroep bedrijfsleven succesvol is en wordt besloten dat de contracteis ook voor ketenzorg niet door de beugel kan, ontstaat de situatie dat de zorggroep op restitutiebasis ketenzorg kan declareren bij DSW. Dit kan tot gevolg hebben dat een rechter zal oordelen dat DSW onvoldoende zorg heeft ingekocht en gehouden is de ketenzorg integraal aan de verzekerde te vergoeden. Dit raakt een zeer principiële vraag: heeft een verzekerde aanspraak op ketenzorg of niet? Zo ja, dan zal DSW gehouden zijn integraal te vergoeden. Zo nee, dan kan DSW volstaan met een (beperkte) restitutietarief.

Huisartsenpraktijk

De overeenkomst (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst) met patiënten opzeggen, mag alleen op grond van ernstige redenen. Dat is deze problematiek niet. Huisartsen willen dit meestal ook niet. Het opzeggen van de overeenkomst met de pa-

Het is vrijwel ondoenlijk en absoluut onwenselijk om bij de behandeling van astma onderscheid tussen patiënten te maken op basis van de zorgverzekering



2 Deze casus leent zich mogelijk voor de nieuwe geschillencommissie van de NZa, die op 2 juni 2016 is gestart. Deze heeft immers de taak om de geschillen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders op te lossen. Of dat gaat werken is de vraag, want er is nog geen enkele ervaring. DSW lijkt deze geschillencommissie wel te erkennen, want voorzitter Rouvoet van Zorgverzekeraars Nederland heeft getekend namens 'al haar leden'. De eerste stap in dit proces is mediation. Bindend advies of arbitrage zijn eveneens mogelijk. Hieraan zijn kosten verbonden. Aangezien het meerdere zorggroepen en gezondheidscentra betreft, is een collectief geschil een optie.



Deze casus leent zich mogelijk voor de nieuwe geschillencommissie van de NZa, die op 2 juni 2016 is gestart.

tiënt is iets anders dan de verzekerde wijzen op het niet langer contracteren met een verzekeraar. Het is immers niet vreemd dat een huisarts voordat hij of zij besluit voor de S1 en S3 zorg een overeenkomst te sluiten met een verzekeraar duidelijkheid heeft over wat dezelfde verzekeraar in S2 aanbiedt. Een wezenlijk onderdeel van de inkomsten van deze huisarts wordt daar immers door bepaald. Huisartsen kunnen hun patiënten erop wijzen wanneer zij voornemens zijn geen overeenkomst te sluiten met DSW. Daarbij kunnen zij er ook voor kiezen om specifiek de bij DSW verzekerde astmapatiënten per brief te informeren dat – indien zij bij hun verzekeraar blijven – voor hen problemen zullen ontstaan omdat ketenzorg geen mogelijkheid is. En dat – wanneer er ook geen overeenkomst getekend wordt door de huisarts zelf – de huisartsenzorg uitsluitend op restitutiebasis vergoed zal worden. Daarbij staat het de huisarts vrij om aan te geven met welke zorgverzekeraars wel overeenkomsten zijn gesloten voor S1, S3, maar ook S2. Uiteraard staat het DSW dan ook vrij om de verzekerde erop te wijzen met welke huisarts DSW wel een

contract heeft. Juist hiervoor is de regel ingesteld dat op 19 november duidelijk moet zijn met wie een verzekeraar heeft gecontracteerd.

De patiënt zal dan een keuze moeten maken: bij de zorgverzekeraar blijven en werken met restitutenota's, of overstappen naar een andere verzekeraar. De voortekenen zijn wat dat betreft gunstig. Onderzoek heeft uitgewezen dat patiënten sterker aan hun zorgaan-

Het staat de huisarts vrij om aan te geven met welke zorgverzekeraars wel overeenkomsten zijn gesloten

bieder (78 procent) hechten dan aan hun zorgverzekeraar (22 procent). Beseft wel dat huisartsen deze afweging in beginsel individueel moeten maken en samenwerking met meerdere huisartsenpraktijken omtrent dit vraagstuk aan mededingingsvoorwaarden is onderworpen.

Tot slot

Het is een belangrijk aspect van de werking van het gezondheidsstelsel dat er onderscheidende zorgverzekeraars zijn. Daarmee heeft Nederland over het algemeen een redelijk goed werkend systeem. Echter de transactiekosten van het Nederlands stelsel zijn hoog. Het representatiemodel en volgcontracten zijn goede voorbeelden van hoe de zorg efficiënt kan worden ingericht. Dat geldt voor DSW buiten haar preferente regio's en voor andere zorgverzekeraars als het een DSW-regio betreft. DSW is een voorstander van efficiënte inzet van premiegelden. Op basis hiervan zou dit vraagstuk snel opgelost kunnen worden. De Eerstelijns zal hierover direct berichten. <<

Tekst:

Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns

Lex Geerts, E/G zorgmakelaars

Beeld: Thinkstock