

ANNEKE KRAMER

## Dilemma's in de spreekkamer: de invloed van vergoeding van zorg op het gedrag van patiënt en arts

### SAMENVATTING

In dit hoofdstuk ga ik dieper in op de gevolgen in de spreekkamer van de nieuwe Zorgverzekeringswet van 2006. Aan de hand van praktijkervaringen in een achterstandswijk laat ik zien hoe de nieuwe wet het gedrag van patiënt en huisarts beïnvloedt. Consulten duren langer om zaken goed uit te leggen en om onbegrip en boosheid te bespreken. Financiële en vergoedingsregels hebben invloed op de kwaliteit van de zorg en de professionele autonomie van de dokter. Het kan leiden tot zorgmijding en ongelijke toegang tot zorg, afhankelijk van sociaal-economische klasse, leeftijd en opleiding. De literatuur laat zien dat eigen risico tot zorgmijding leidt, vooral bij mensen met weinig inkomen. In de beschouwing bespreek ik dat de kosten van de gezondheidszorg te veel plaatsvinden in de spreekkamer ten koste van de kwaliteit van de zorg. Ik roep op tot een maatschappelijk debat over niet alleen de prijs, maar ook over wat het oplevert aan kwaliteit van leven, werkgelegenheid en gezonde arbeidskrachten. Tot slot pleit ik ervoor in de zorgopleidingen aandacht te geven aan zinnige en zuinige zorg.

### TREFWOORDEN:

kosten van de zorg, zorgmijding, ongelijkheid in toegang tot de zorg, professionele autonomie, maatschappelijk debat.

## INLEIDING

‘Eerst was je een patiënt, toen een cliënt en nu een schadelast’<sup>1</sup>

Met de introductie van de nieuwe Zorgverzekeringswet in 2006 is er veel veranderd in de vergoeding van de gezondheidszorg. Als een huisarts die meer dan dertig jaar werkt in een achterstandswijk heb ik zowel ervaring met de oude situatie, die van ziekenfonds en particuliere verzekeringen, als met de nieuwe. Hoewel geld altijd een rol speelt in de zorg, is met de komst van de nieuwe zorgwet die rol veel groter geworden in mijn spreekkamer. De meeste van mijn patiënten hebben weinig geld. Zij ervaren de nieuwe zorgwet als een verslechtering omdat ze meer zelf moeten betalen aan de zorg. Ook ik zie een groot verschil met de toestand vóór de introductie van de nieuwe zorgwet. De gezondheidszorg wordt sindsdien benaderd als een te duur product en wordt daardoor vooral als een probleem beschouwd. Het lijkt alleen nog maar te gaan om de prijs en hoe die omlaag kan. Andere aspecten van zorg, zoals mededogen, wederkerigheid, ‘zorg hebben om/voor’, solidariteit en betekenisgeving tellen veel minder mee. Over de positieve bijdrage van goede gezondheidszorg aan de samenleving, aan de werkgelegenheid en aan gezonde arbeidskrachten, hoort men zelden.

In dit artikel vertel ik over mijn ervaringen in de spreekkamer met de nieuwe zorgwet. Ik leg uit hoe deze leidt tot allerlei ‘compensatiegedrag’, zowel bij patiënten als bij hulpverleners. Ik beschrijf wat bekend is in de literatuur over de effecten van de nieuwe zorgwet en eindig met een beschouwing.

*Geneesmiddel niet vergoed*

Sinds de nieuwe zorgwet van kracht is, wordt steeds gekeken welke medicijnen wel of niet in het basiszorgpakket vallen en onder welke condities. Enkele voorbeelden: maagzuurremmers worden alleen vergoed bij langdurig gebruik. Maar soms is kortdurend gebruik medisch geïndiceerd, bijvoorbeeld ter preventie van een maagbloeding als iemand een zware pijnstiller moet slikken. De patiënt moet het dan zelf betalen. Als de patiënt heel weinig geld heeft, kan hij of zij dat niet betalen. Het gevolg is dat de patiënt de maagzuurremmer niet neemt met alle risico's van dien, of dat de apotheek sjoemelt.

Kalmerende medicijnen worden alleen vergoed als de patiënt een psychiatrische diagnose heeft volgens een DSM-code. In acute situaties (bijvoorbeeld overlijden van een kind) kan een kalmerend medicijn geïndiceerd zijn. De patiënt moet dat zelf betalen omdat de verwerking van verdriet geen psychiatrische diagnose is. Soms kan een patiënt de kosten niet opbrengen. Het gevolg is dat de huisarts sjoemelt door er een psychiatrische diagnose aan te hangen.

Tot slot: een richtlijn adviseert als middel van voorkeur een medicijn dat niet vergoed wordt. Als de patiënt weinig geld heeft, is de keuze voor een voor hem of haar minder geschikt middel dat wél vergoed wordt snel gemaakt, hoezeer het ook op gespannen voet staat met de beroepsethiek.

Concluderend: door medisch geïndiceerde medicatie niet te vergoeden kan het zijn dat een patiënt het geneesmiddel niet neemt, wat kan leiden tot complicaties. Indien een patiënt een middel van tweede of derde keus eist dat wel wordt vergoed, kan een hulpverlener zich genoodzaakt voelen te sjoemelen om de patiënt financieel niet te schaden. Het gevolg van een en ander is veel 'gedoe' in de spreekkamer (discussies, boze patiënten, morele afweging-

gen en dergelijke) die afleiden van het primaire proces, namelijk goede huisartsgeneeskundige zorg leveren.

### *Eigen risico*

Op grond van de nieuwe zorgwet moet voor bijna alles eerst het zogenaamde ‘eigen risico’ worden aangesproken. In 2016 is dit een bedrag van 385 euro. Een bezoek aan de huisarts valt buiten dit eigen risico en wordt volledig gedekt door de zorgverzekeraar, maar voor bijvoorbeeld aanvullend onderzoek of voorgeschreven geneesmiddelen moet wel worden betaald tot het bedrag van het eigen risico is uitgegeven. De gedachte erachter is dat het mensen stimuleert kostenbewust om te gaan met zorg.

Als mensen weinig geld hebben, kan dit leiden tot de volgende situaties: een patiënt kan een duur geneesmiddel (bijvoorbeeld een inhalator) niet betalen en daardoor niet gebruiken. Iemand wil geen aanvullend onderzoek laten doen terwijl dit medisch gezien wel belangrijk is (bijvoorbeeld een urinekweek bij iemand met chronische urineweginfecties).

Het moeten aanspreken van het eigen risico kan ook tot hamstergedrag leiden: aan het einde van het jaar, als het volledige bedrag van het eigen risico is uitgegeven, willen mensen juist snel nog even ‘inslaan’ (grotere hoeveelheden van een geneesmiddel zodat er ook genoeg is voor het jaar daarop of ze willen eerder worden doorverwezen, omdat het dan niks meer kost). Bij mensen met een chronische ziekte is het bedrag snel op. Daarna is er vaak geen rem meer op de uitgaven.

Tot slot: als hulpverlener moet men zich er goed van bewust zijn of iets wel of niet onder het eigen risico valt. Bijvoorbeeld instructie door de apotheek aan een patiënt over hoe om te gaan met een inhalator valt wel onder het eigen risico en uitleg door de praktijkondersteuner niet.

Concluderend kan ook het principe van het eigen risico tot medische risico's leiden (zowel over- als onderconsumptie) en tot veel ‘gedoe’ in de spreekkamer.

### *Verzekeringspakket*

Sinds de invoering van de nieuwe zorgwet is het verzekeringspakket steeds wisselend en vallen steeds minder behandelingen binnen de vergoeding van het basispakket. Ook zijn er grote verschillen in premiehoogte waarbij vooral jonge mensen vaak voor de goedkoopste (budget) polis kiezen, uitgaande van het idee dat ze toch niet ziek worden. Dit kan ook leiden tot ongewenste praktijken. Ik geef enkele voorbeelden.

Artrose van heupen en knieën is toenemend een veel voorkomende kwaal bij een aantal ouderen. Fysiotherapie is de eerste behandeling van voorkeur. Maar dit is heel moeilijk te verzekeren. Het gevolg is dat mensen met weinig geld niet naar de fysiotherapeut gaan en in plaats daarvan pijnstillers nemen of eerder naar een orthopedisch chirurg gaan.

Een jonge vrouw kiest voor een goedkope budgetpolis. Dit betekent onder andere dat niet alle zorgaanbieders vergoed worden. Zij ontdekt een knobbel in haar borst, raakt in paniek en wil zo snel mogelijk aanvullend onderzoek. De zorgaanbieder die dat kan bieden zit niet in het door haar verzekerde pakket. Het gevolg is dat de patiënt het onderzoek zelf moet betalen. Het kan het zijn dat de vervolgbehandeling in een ander ziekenhuis moet plaatsvinden, ver uit de buurt, omdat de dichtstbijzijnde zorgaanbieder ook niet in haar pakket was opgenomen.

Concluderend kan ook het verzekeringspakket dat men om financiële redenen heeft gekozen, veel 'gedoe' geven in de spreekkamer en tot medische (niet de gewenste zorg) en psychosociale (stress, overbelaste mantelzorg) risico's leiden.

### *Zorgverzekering*

Bij de nieuwe Zorgverzekeringswet hoort ook een andere rol van de zorgverzekeraar die zich steeds meer met de uitvoering en inhoud van de zorg gaat bemoeien. Dit doen zij op allerlei manieren. Ik noem enkele voorbeelden.

Een huisarts krijgt een beloning als hij of zij gebruikmaakt van een bepaald laboratorium dat echter ver weg ligt van de praktijk.

Een zorgverzekeraar stelt eisen aan de registratie van huisartsen. Bijvoorbeeld bij diabetes mellitus type 2: een huisartspraktijk moet een voldoende aantal indicatoren hebben geregistreerd om aan de kwaliteitseis te voldoen. Dit leidt tot 'afvinkgedrag' en kan ten koste gaan van aandacht voor datgene waar de patiënt mee zit.

De apotheek moet steeds het goedkoopste geneesmiddel leveren. Daardoor krijgt een patiënt om de zoveel tijd een andere uitvoering van het geneesmiddel (grootte, vorm, kleur). Dit is verwarrend en kan leiden tot verkeerde inname. Ook scheidt het wantrouwen. Mensen denken vaak dat hoe duurder een geneesmiddel is, hoe beter het werkt en dat een goedkoop geneesmiddel dus minder goed werkt. Ook geven mensen vaak aan last van bijwerkingen te hebben, deels omdat het vulmiddel anders is, deels vanuit het idee dat het een minder goed geneesmiddel is.

De zorgverzekeraars spelen een rol bij de uitvoering van de zorg door wat ze wel of niet vergoeden. Ze verschillen onderling daarin en van jaar tot jaar. Een voorbeeld: bij een bepaalde zorgverzekering zit de zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2 in het basispakket in de vorm van ketenzorg. Een onderdeel daarvan is controle van de voeten door een pedicure omdat deze patiëntengroep juist daar complicaties van hun ziekte kan ontwikkelen. Op een gegeven moment wordt de pedicure uit de ketenzorg verwijderd en wordt haar in feite zorgpreventieve onderzoek niet meer vergoed in het basispakket. Het gevolg is grote onrust in een achterstandswijk met veel arme mensen met diabetes mellitus type 2 en bij hun pedicures. De huisartspraktijk wordt overspoeld door deze onrust en heeft een avondspreekuur moeten inlassen om iedereen te kunnen spreken. Sommige pedicures adviseerden hun patiënten aan te geven dat ze geen gevoel hebben in hun voe-

ten, als symptoom van voortgeschreden diabetisch lijden. Dan komen ze namelijk wel in aanmerking voor vergoeding. Bij de ene zorgverzekeraar valt ketenzorg niet onder het eigen risico, bij de andere wel.

Concluderend dragen ook de ziektekostenverzekeraars zelf bij aan 'gedoe' in de spreekkamer (discussies over wel/niet vergoed, over geneesmiddelen en dergelijke), aan medische risico's (minder goede geneesmiddelenname, geen pedicurezorg) en aan minder patiëntgerichte zorg (afvinken in plaats van aandacht).

### *Algemene conclusie op grond van praktijkervaringen*

De manier waarop er tegenwoordig wordt omgegaan met de vergoeding van de zorg leidt tot veel zogenaamd gedoe in de spreekkamer. Consulten duren langer om zaken goed uit te leggen en om onbegrip en boosheid te bespreken. Omdat het vaak over vergoeding van medicijnen gaat, heeft ook de apotheek er een zware klus aan. Mensen voelen zich overgeleverd aan onredelijke regels. Dit leidt tot machteloosheid en maakt ze boos, zeker in achterstandswijken waar mensen lage inkomens hebben.

Er zijn ook gevolgen voor de zorg die geboden wordt. Financiële en vergoedingsregels bepalen meer en meer het beleid. Dit kan invloed hebben op de kwaliteit van de zorg en op de professionele autonomie van de dokter. Beroepsmoraal en professionele identiteit kunnen in gedrang komen. Patiënten kunnen gewenste zorg mijden, omdat ze het niet kunnen betalen. Dit kan leiden tot complicaties en gezondheidsrisico's.

Tot slot zien we meer ongelijkheid tussen sociale klasse, leeftijd en opleiding. Ouderen verzekeren zich vaak goed tegen een hoge kostprijs en betalen het hele eigen risico. Jonge, vaak hoog opgeleiden hebben genoeg geld om veel zelf te betalen en verzekeren zich zo min mogelijk. Bij mensen met een lage sociaal-economische status hangt het van hun inkomen af of ze zich minimaal dan wel maximaal verzekeren (een vorm van sparen). De eerste groep

loopt kans op suboptimale zorg. Bij de laatste groep gaat relatief veel van hun inkomen naar zorg.

#### WAT ZEGT DE LITERATUUR HIEROVER?

De afgelopen jaren hebben onder meer Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en onderzoeksbureau Cfk de effecten van de nieuwe zorgwet geëvalueerd.<sup>2</sup> Ik beschrijf hier de belangrijkste conclusies met betrekking tot de gevolgen voor de zorg aan mensen met lage inkomens. Uit de bevindingen van NZA blijkt dat mensen in de loop der jaren meer moeite hebben gekregen met de betaling van het eigen risico. Het aantal mensen met een betalingsregeling steeg in twee jaar tijd van 0,3 miljoen naar 1 miljoen. Het onderzoeksbureau Cfk stelde vast dat 20% van de bevolking zorg mijdt en dat bij waarschijnlijk 5% van de bevolking die zorgmijding ongewenst is. Van die 5% zegt de helft dat kosten een rol hebben gespeeld. Mensen met een lage sociaal-economische status zijn oververtegenwoordigd in de groep van zorgmijders. Zeer kwetsbare mensen zijn niet meegenomen in het onderzoek. De LHV heeft huisartsen gevraagd wat ze merken van de nieuwe zorgwet. Ruim 70% geeft aan dat meer dan één patiënt per week niet de volgens de arts optimale medische zorg kiest. Zowel de Cfk als de LHV geeft aan dat er mogelijk een probleem is in de toegankelijkheid van de zorg en dat verder onderzoek nodig is.

Verhaak en medewerkers hebben werkers in tweedelijns geestelijke gezondheidszorginstellingen (GGZ) gevraagd naar de gevolgen voor patiënten van het hebben van een eigen risico.<sup>3</sup> Op basis van de antwoorden van de vijfduizend respondenten concluderen zij dat er 70% minder gebruikgemaakt wordt van de GGZ en dat dit vooral mensen betreft met een laag inkomen en weinig opleiding. De ingeschatte ernst van de psychische problematiek lijkt geen rol te spelen. Tjepkema heeft in 2012 onderzoek gedaan onder GGZ-experts, huisartsen en gebruikers van de



GGZ naar de effecten van het eigen risico.<sup>4</sup> Hij schat dat 20% van de mensen die een psychologische behandeling kregen daarmee is gestopt, het merendeel om financiële redenen. Ook hier lijkt de ernst van het probleem geen rol te spelen. De gevolgen hiervan zijn minder goede geestelijke gezondheid en ontslag van mensen die werkzaam zijn in de GGZ.

Tot slot komt uit een al wat oudere analyse uit het Verenigd Koninkrijk van Robinson naar voren dat uit veel studies blijkt dat vooral mensen uit de lagere sociaal-economische klasse minder zorg gaan gebruiken wanneer zij moeten meebetalen aan de zorg. Dit zal uiteindelijk leiden tot hogere kosten van die zorg. Zijn conclusie is dat het principe van eigen risico een zwak instrument is om kosten in de zorg om laag te krijgen. Het leidt tot minder gewenst zorggebruik en tot veel geregeld en gedoe (administratie, onbegrip en boosheid in goede banen leiden en dergelijke). Hij ziet meer heil in sturen op aanbod, dat wil zeggen artsen meer bewust maken van kosten, richtlijnen ontwikkelen die daarmee rekening houden en artsen belonen als ze kostenbewust handelen. Dat het eigen risico toch omarmd wordt, heeft te maken met de rechtse cultuur van marktdenken, individuele keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid.<sup>5</sup>

## BESCHOUWING

De praktijk en de literatuur laten duidelijk zien dat de mate waarin en de manier waarop kosten van de gezondheidszorg vergoed worden aan de patiënten die ervan gebruikmaken, invloed heeft op het zorggebruik. Het huidige vergoedingsstelsel vraagt om geduld, tact en tijd van dokters om hun patiënten te informeren, onbegrip en boosheid in goede banen te leiden en te motiveren om toch het beste medische advies op te volgen ondanks het prijskaartje dat eraan hangt. Een positief gevolg van deze aandacht voor kosten in de zorg is dat het mensen bewust maakt van die

kosten. Men was gewend dat alles betaald werd. Dat wekte de indruk dat alles mogelijk is zonder dat het je een cent kost. Zoals de zon voor niets opgaat, zo leek het in het verleden met de gezondheidszorg ook te gaan. De vraag is echter of deze discussie in de spreekkamer moet worden gevoerd. Het leidt af van de primaire opdracht van de dokter, namelijk zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten (Nederlandse artseneed) en het is ook nog inefficiënt.

Bovendien leidt het tot morele dilemma's. De toegang tot zorg hangt mede af van iemands financiële mogelijkheden. Dat scheidt ongelijkheid. Er zijn betere manieren om met de kosten van de gezondheidszorg om te gaan. Allereerst is daarvoor nodig dat we het volledige kostenplaatje van de gezondheidszorg maken, niet alleen wat het kost maar ook wat het ons oplevert aan geluk (gezondheid is het hoogste goed), aan werk en zingeving en aan gezonde arbeidskrachten. Goede gezondheidszorg draagt net als onderwijs bij aan een tevreden en stabiele samenleving. Als we toch keuzes moeten maken, laten we dat dan doen in een brede maatschappelijke discussie. Wat vinden we belangrijk en waarom? Hoe gaan we kiezen? Dunning heeft ooit een poging gewaagd met zijn trechter.<sup>6</sup> Laten we die discussie weer oppakken.

Tot slot: soberheid en doelmatigheid zijn mooie waarden die ook in de gezondheidszorg mogen gelden. We kunnen deze stimuleren door mensen die (gaan) werken in de gezondheidszorg te leren hoe zinnig en zuinig om te gaan met zorg, door in richtlijnen en dergelijke het kostenaspect mee te nemen en zinnig en zuinig gebruik van de gezondheidszorg te belonen. Hier ligt een mooie uitdaging voor de opleidingen in de gezondheidszorg, inclusief de geneeskundeopleidingen!

## NOTEN

- 1 Tweet van Ed van Leeuwen, manager spoedeisende psychiatrie, *Medisch Contact* 2015-14.
- 2 H. Maassen, 'Eigen risico leidt tot mijden van zorg' in: *Medisch Contact* 2013, p. 2018-29. (<http://www.medischcontact.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/132968/Eigen-risico-leidt-tot-mijden-van-zorg.htm>).
- 3 P.F.M. Verhaak, B. Koopmans, D. Ngo, E. Faber, 'Eigen bijdrage in de GGZ stoot niet de mensen met lichtere problematiek maar de minder draagkrachtigen af', in: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2013-91, p. 270-5.
- 4 J.P. Tjepkema, *De eigen bijdrage in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Een gevalstudie in het kader van een onderzoek naar de mogelijkheden van een legislatieve ethiek*, Masterscriptie Universiteit Utrecht 2012. Zie: <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/255275>.
- 5 R. Robinson, 'Users charges for health care', in: *Funding health care: options for Europe*, edited by Elias Mossialos, Anna Dixon, Josep Figueras and Joe Kutzin, Open University Press Buckingham, Philadelphia 2002, p. 161-184. Zie: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.461.2242&rep=rep1&type=pdf>.
- 6 Zie <http://www.medischcontact.nl/archief-6/Tijdschriftartikel/71594/Haal-trechter-van-Dunning-uit-de-la.htm>.