

Ontwikkeling complementaire zorg en de 'nekslag'

Al eerder schreef ik een artikel over de volkomen onverwachte afschaffing van de vergoedingen vanuit de zorgverzekering (i.c. het aanvullend pakket alternatieve zorg) en de onrust die dat teweeg bracht.

Om een beetje te kunnen begrijpen waarom deze maatregel tot zoveel onrust heeft geleid, is het goed om te kijken naar de achter ons liggende jaren waarin het complementaire domein zich in hoge mate heeft ontwikkeld en geprofessionaliseerd. Dat een deel van die ontwikkeling heeft plaats gevonden onder druk van diezelfde zorgverzekeraars die nu de vergoedingen-kraan dichtschroeven, maakt het geheel wel heel erg wrang.

Teken HIER (<https://vergoedcomplementair.petities.nl/>) de petitie tegen het wegvallen van de vergoedingen.

NB: Waar in dit artikel gesproken wordt over 'therapeut' worden daarmee 'complementaire therapeuten' bedoeld. Waar andere (reguliere) therapeuten worden bedoeld, zal dat duidelijk worden aangegeven.

Geschiedenis

Om een beetje te kunnen begrijpen wat het schrappen van de vergoeding van ongeveer 80% van de complementaire zorg door de zorgverzekeraars tot gevolg heeft, is het van belang even te kijken naar de (recente) geschiedenis.

Accreditatie

Teneinde de kwaliteit van opleidingen te verhogen, te verbeteren, te kunnen controleren, werd enkele jaren geleden ingevoerd dat opleidingen geaccrediteerd moesten worden. Zorgverzekeraars stelden de eis dat uitsluitend therapeuten met een geaccrediteerde opleiding voor vergoeding in aanmerking konden komen.

NB: Gelijkijdig werd, volkomen tegenstrijdig met de minimumeis, door de zorgverzekeraars niet naar eventuele accreditaties van de opleiding gekeken bij het toekennen van vergoeding aan therapeuten. Voor het toekennen van de vergoeding moest de therapeut voldoen aan de minimumeis qua opleiding die door de beroepsvereniging werd omschreven als vergoedbaar. Menzis heeft destijds wel 240 EC als minimum gesteld maar kwam daar later op terug.

Dit betekende dat opleiders hun opleidingen dienden te laten accrediteren en voor veel therapeuten dat zij gedwongen werden zich enorm bij/na te scholen om aan die accreditatie-eis te kunnen voldoen.

Minimale scholingseis

Deels in overleg tussen beroepsverenigingen, accreditatiebureaus en zorgverzekeraars, werd vastgesteld dat enerzijds uitsluitend afgestudeerden van een 'beroepsopleiding' op hbo-niveau in aanmerking konden komen voor vergoeding maar ook dat, anderzijds, het beroepsgerichte deel van die opleiding aan een minimumeis moest voldoen.

NB: Gelijkzeitig werd vastgesteld dat het ook voor lager opgeleide therapeuten, bijvoorbeeld mbo-4-niveau, mogelijk was om voor vergoeding in aanmerking te komen. Hiermee werd de voorwaarde, opleiding op hbo-niveau, al direct geweld aan gedaan.

Heel algemeen kan worden gesteld, dat therapeuten uitsluitend gekwalificeerd beroepsbeoefenaar kunnen zijn/worden en daarmee in aanmerking komen voor vergoeding, als zij minimaal 80 EC onderwijs op hbo-niveau hadden ontvangen in hun specifieke beroepsdiscipline. Onder die 80 EC (= 80 x 28 uur) vallen de werkelijke onderwijstijd/contacturen, voorbereiding, verwerking, opdrachten, voorbereiding en uitvoering toetsen en alle andere onderwijsactiviteiten die bij het specifieke beroepsgerichte onderwijs behoren.

Verplichting Medische en/of Psychosociale Basiskennis

Teneinde de 'veiligheid' voor gebruikers te kunnen garanderen, legde de zorgverzekeraars aan therapeuten de eis op om, afhankelijk van hun beroepsdiscipline, een geaccrediteerd medische (MBK) en/of psychosociale basiskennis (PSBK) diploma, op hbo-niveau, te behalen. Dat veel therapeuten in hun opleiding al meer MBK en/of PSBK hadden gevolgd als nu, via de PLATO-termen, geëist werd, stond daar los van: er MOEST een aantoonbaar geaccrediteerd diploma MBK of PSBK, op hbo-niveau, beschikbaar zijn.

NB: Hoe, op basis van een diploma dat slechts een bijzonder klein deel van de opleiding betreft, de veiligheid voor gebruikers gegarandeerd kan worden, is tot op heden een raadsel.

Dat betekende dat alle therapeuten die al afgestudeerd waren, alsnog een MBK/PSBK diploma moesten behalen bij een onderwijsinstelling die een geaccrediteerde opleiding hiervoor aanbood.

Uiteraard moesten de opleiders die dat wilden, zorgdragen voor accreditatie van hun MBK/PSBK aanbod (dit NAAST de accreditatie van de eventuele opleiding die zij verzorgden en waar veelal MBK/PSBK een onderdeel van vormde). Begrijpelijkerwijs was er slechts een klein deel van de opleiders bereid die accreditatie te behalen, de overige opleiders verwezen voor het behalen van het geaccrediteerde MBK/PSBK-diploma naar die opleiders.

Verplicht lidmaatschap beroepsvereniging/-koepel

Om voor vergoeding in aanmerking te komen, werden therapeuten verplicht om lid te worden van een, bij hun beroepsdiscipline, passende beroepsvereniging. Deze beroepsvereniging moest op haar beurt weer door de zorgverzekeraars worden geaccepteerd als beroepsvereniging en voldoen aan de eisen van de zorgverzekeraars.

Beroepsverenigingen moesten, op hun beurt weer lid zijn van een beroepskoepel.

NB: Dat bijna alle beroepskoepels de stichtingsvorm hebben en daardoor geen leden kunnen hebben, maakt dit al tot een vreemd gebeuren.

Nog vreemder werd het, dat ondanks het lidmaatschap van de beroepsvereniging waarbij de therapeut was aangesloten, de therapeut zelf

ook lid moest zijn van de beroepskoepel anders kon deze daar niet geregistreerd worden.

NB: Alweer bijzonder vreemd omdat stichtingen geen leden kunnen hebben.

Dat hierdoor een groot aantal onderdelen (waaronder verzekeringen, klacht-/tuchtrecht en later de Wkkgz, dubbel waren afgedekt – en dus ook dubbel betaald werden - was opeens geen criterium.

NB: Dat beroepsverenigingen en therapeuten werden uitgenodigd door beroepskoepels om 'mee te praten' en zitting te nemen in werkgroepen was uiteraard bijzonder positief maar gelijktijdig een 'wassen neus'. Stichtingen kunnen immers geen leden hebben en dus kan de stichting alle inbreng van beroepsverenigingen en therapeuten simpelweg naast zich neer leggen.

Verplichting aanvraag/bezit AGB-code

Teneinde vergoeding mogelijk te maken (therapeuten schrijven een factuur voor de client, de client levert deze in bij de zorgverzekeraar en ontvangt – een deel van – het factuurbedrag retour) werden therapeuten verplicht om via VEKTIS een Algemene Gegevens Beheercode (AGB-code) aan te vragen voor hun specifieke behandelmethode.

Therapeuten die meerdere behandelmethoden toepasten werden daardoor verplicht, meerdere codes aan te vragen en op de factuur moest, volgens een daartoe voorgeschreven format, de AGB-codes worden vermeld.

Verplichting tot volgen en registratie van bij-/nascholing

De volgende stap was de verplichting, opgelegd door de zorgverzekeraars aan therapeuten, tot het jaarlijks bijhouden van hun beroep EN het jaarlijks bijhouden van hun geaccrediteerde MBK/PSBK-diploma.

Alle therapeuten die in aanmerking wilden komen voor vergoeding dienden, op basis van een door de beroepsvereniging bepaald aantal studiepunten, jaarlijks bij-/nascholingen te volgen in hun beroepsdiscipline.

Daarnaast werd de verplichting opgelegd, door de zorgverzekeraars, dat therapeuten jaarlijks minimaal 1 dag (of 2 dagdelen) bij-/nascholingen dienden te volgen om hun MBK/PSBK-diploma geldig te houden. Bij een aantal beroepsverenigingen werd dit zelfs uitgebreid tot 2 dagen (of 4 dagdelen).

Aan de beroepsverenigingen werd opgelegd, dat zij de gevolgde bij-/nascholingen dienden te registreren en jaarlijks aan de zorgverzekeraars door te geven welke van hun therapeuten hadden voldaan aan hun verplichtingen.

Verplichting voldoen aan Wkkgz

Vanuit de overheid werden de therapeuten verplicht te voldoen aan de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz).

Dit betekende voor therapeuten dat zij een klachten- en meldprocedure (bv. Meldprocedure huiselijk geweld) beschikbaar moesten hebben voor cliënten, dat zij aangesloten dienden te zijn bij een geaccepteerde geschillencommissie en dat zij (al eerder genoemd) dienden te voldoen aan

de benodigde bij-/nascholingen. Gezien de kosten van klacht- en tuchtrecht leidde dat er toe, dat therapeuten, veelal via de beroepsvereniging of via de beroepskoepel en in veel gevallen via beiden, een verzekering dienden af te sluiten voor de kosten van deze procedures en de eventuele gevolgen ervan.

Nu waren veel therapeuten al, via beroepsvereniging en/of beroepskoepel, aangesloten bij een klacht- en tuchtrecht maar door de Wkkgz kwam dat geheel op losse schroeven te staan. Het is immers niet mogelijk het klachtrecht beroep gebonden te regelen als er een algemene, verplichte, regeling bestaat. Aangezien, via de Wkkgz, ook maatregelen kunnen worden opgelegd, gaat dezelfde redenering op voor het tuchtrecht waarbij een aantal beroepen (arts, notaris, advocaat, enz) nog steeds eigen tuchtrecht bedrijven los van de Wkkgz.

Niettemin bleef bij één van de beroepskoepels de regeling bestaan dat therapeuten aangesloten dienden te zijn bij het tuchtrecht van hun koepelorganisatie naast de Wkkgz-regelingen. Extra vreemd hierin is het gegeven dat de benodigde competenties voor therapeuten nog steeds niet domein-breed zijn vastgesteld en ook de therapievormen die onder 'complementair' vallen niet zijn gedefinieerd. Op basis waarvan dan het tuchtrecht wordt uitgeoefend is onduidelijk.

Verplichting voldoen aan nieuwe AVG

Alweer vanuit de overheid werden de therapeuten verplicht te voldoen aan de Algemene verordening Gegevensbescherming (AVG) die een groot aantal voorgaande wetten en verordeningen in een enkele wet/verordening verenigde.

Voor veel therapeuten betekende dat behoorlijke investeringen in het beveiligen van hun cliëntendossiers (en de opslag daarvan) en het beschikbaar maken van uitgebreide toestemmings-/instemmingsformulieren.

Therapeuten vallen onder Inspectie Volksgezondheid

Volgens de nieuwste regelingen, kwamen therapeuten te vallen onder de Inspectie van Volksgezondheid.

Evenals bij andere beroepen in de zorg (algemeen gezien en tot op dat moment uitsluitend regulier) kan de inspecteur van volksgezondheid een bezoek afleggen aan elke zorgaanbieder en daar een controle uitvoeren. Hij kan zelfs maatregelen opleggen en in het uiterste geval een praktijk sluiten en/of een therapeut het uitoefenen van zijn beroep ontzeggen. De inspecteur kan zowel aangekondigd als niet-aangekondigd een bezoek afleggen en er hoeft voorafgaand aan het bezoek geen klacht voor te liggen.

Aankondiging aanmeldplicht Wtza

De Wet Toetreding Zorgaanbieders (Wtza) is momenteel 'in de maak'.

Deze wet maakt, dat elke zorgaanbieder, VOORAFGAAND aan de start van het aanbieden van zorg, zich dient aan te melden bij de Inspectie van Volksgezondheid.

Deze wet maakt het in ieder geval bijna onmogelijk voor studenten om al tijdens de opleiding te starten met hun praktijk. Hoe bijvoorbeeld onderdelen van de opleiding, zoals stage, geregeld gaan worden is nog onduidelijk.

In ieder geval zal het zo zijn, dat afgestudeerden, alvorens zij ook maar iets anders doen, zich eerst dienen aan te melden als zorgaanbieder, zelfs nog voordat zij hun praktijk aanmelden bij de Kamer van Koophandel (KvK). Immers, op het moment dat de afgestudeerde, startende zorgaanbieder zijn praktijk aanmeld bij de KvK valt te stellen dat hij, vanaf dat moment, zorgaanbieder is en heeft hij zich dus niet, VOORAFGAAND aan de start van het aanbieden, tijdig aangemeld bij de inspectie.

Wat deze wet verder gaat brengen is nog onduidelijk (voor wie deze bedoeld is en wat de voorwaarden en de kosten zijn is ook nog onbekend) maar ongetwijfeld zal eerst een definitie moeten worden bepaald van wat 'zorg' nu eigenlijk is.

De inhoud van die definitie zal alles bepalend worden.

Is de definitie te breed, dan ontstaat een enorm probleem aangezien dan opeens veel meer Nederlanders blijken 'zorg aan te bieden' dan bedoeld was.

Een probleem ontstaat bijvoorbeeld rond de mantelZORG. Elke mantelzorger biedt, ontegenzeggelijk, een vorm van zorg aan en zal zich dus moeten aanmelden!

Of gaan er in de Wtza uitzonderingen gedefinieerd worden?

Een te smalle definitie is al evenzeer problematisch. Want: valt 'zorg' die niet vergoed wordt door een zorgverzekeraar (zoals ook de zorg door ouders uitgevoerd) wel te betitelen als 'zorg' in het kader van de Wtza? Of is 'zorg' beperkt tot hetgeen via de zorgverzekeraars in meerdere of mindere mate vergoed wordt?

En als ook 'zorg' die niet voor vergoeding in aanmerking komt, zoals bijvoorbeeld de zorg die therapeuten (maar ook ouders en mantelzorgers) aanbieden, WEL onder de zorg vallen, dan zal die 'zorg' nauwkeurig en expliciet moeten worden omschreven en beschreven omdat elke onduidelijkheid enorme problemen kan en zal veroorzaken.

Op basis van het bovenstaande mag helder zijn, dat de schrijver verwacht dat de invoering van de Wtza nog wel even op zich laat wachten.

Ondanks alles voldaan per eind 2018

Hoe dan ook: eind 2018 mogen we stellen dat zowel opleiders als therapeuten, beroepsverenigingen en beroepskoepels, voldoen aan alle aan hen opgelegde eisen. Uiteraard bestaat nog een heel klein percentage therapeuten dat niet voldoet, maar die zullen naar verwachting op korte termijn verder verdwijnen.

Om te kunnen voldoen hebben alle partijen binnen het complementaire domein enorm veel tijd geïnvesteerd, enorm veel energie geïnvesteerd, enorm veel geld geïnvesteerd.

Het resultaat mag er zijn: het complementaire domein is zich sterk en snel in professionele richting aan het ontwikkelen, vergoedingen voor alle serieuze behandelvormen (inclusief die uit het complementaire domein) zijn geregeld, de kwaliteit van therapeuten is beter vastgelegd en wordt – door verschillende maatregelen – steeds verder verhoogd en steeds meer reguliere behandelaars verwijzen naar therapeuten of hebben op z'n minst enige belangstelling voor de complementaire behandelaars.

Sterker nog: In het kader van verdergaande samenwerking en scholing van artsen, zijn (bij-/nascholings)opleidingen ontwikkeld voor artsen om zich tot 'Integraal Arts' te kunnen ontwikkelen. Binnen de kaders van de Lifestyle Geneeskunde kunnen huisartsen zich ontwikkelen tot Lifestyle-arts en als opdrachtgever/regisseur therapeuten inschakelen voor het uitvoeren van – uit de basiszorgverzekering vergoede - complementaire interventies. De eerste centra voor integrale geneeskunde zijn zelfs inmiddels, met subsidie van overheid en zorgverzekeraars, van de grond gekomen.

Teken HIER (<https://vergoedcomplementair.petities.nl/>) de petitie tegen het wegvallen van de vergoedingen.

De klap

Natuurlijk: We hadden het moeten verwachten maar aangezien heel veel van de opgelegde maatregelen uit gingen van de zorgverzekeraars heeft niemand het werkelijk verwacht.

Jaarlijks komen de zorgverzekeraars met hun nieuwe polisvoorwaarden, mede gestimuleerd door de overheid die tegen het eind van het jaar de prijs van de basiszorgverzekering voor het daarop komende jaar vaststelt.

Polisvoorwaarden zorgverzekeraars 2019

Per 1 januari 2019 gaan de nieuwe voorwaarden (en prijzen) van de zorgverzekeringen in. Halverwege november 2018 maakten een aantal zorgverzekeraars hun nieuwe voorwaarden bekend; 6 tot 7 weken voordat die nieuwe voorwaarden ingaan!

Uiteraard worden de kosten van zorgverzekeringen hoger. Met de stijgende kosten van zorg binnen Nederland is dat al bijna geen nieuws meer. Ook verdwijnen een aantal vergoedingen uit de zorgverzekering die daar eerder (tot eind 2018) wel in opgenomen waren.

Dat betekent eigenlijk dat de kosten van zorgverzekeringen extra stijgen, alleen zien niet alle 'klanten' van de zorgverzekeraars dat direct.

Kaalslag

Wat opmerkelijk is, is het 'schrappen' van de vergoeding van zo ongeveer 80% van de niet-reguliere / alternatieve / complementaire zorg.

Waar eerder, via een aanvullend pakket of anderszins, het overgrote deel van de complementaire zorg (waar het gekwalificeerde therapeuten betreft) geheel of gedeeltelijk werd vergoed, hebben de zorgverzekeraars (met name de CZ-groep en Achmea-groep, maar ook VGZ en daarbij aangesloten zorgverzekeraars) opeens besloten het overgrote deel van de complementaire zorg niet meer te vergoeden. Omdat, in zorgverzekeringsland, doorgaans de 'kleinere' zorgverzekeraars vroeg of laat de 'grote' zorgverzekeraars volgen, kan dit catastrofale gevolgen hebben en gebruikers van complementaire zorg deze keuze geheel ontnemen (althans: waar het vergoeding betreft).

Vreemd is, dat 'zogenaamd', al die (grote) zorgverzekeringsconglomeraten 'onafhankelijk' van elkaar het besluit hebben genomen om het aanvullend pakket "alternatieve zorg" volledig uit te kleden en ongeveer 80% van de complementaire zorg niet meer te vergoeden.

Laten we eerlijk zijn: geen van deze commerciële zorgverzekeraars wil de kans lopen dat grote aantallen verzekeringsnemers 'weglopen' en hun verzekering bij een andere verzekeraar afsluiten. Het is dus wel zeer onwaarschijnlijk dat de grote verzekeraars een dergelijke beslissing nemen zonder de, relatieve, zekerheid dat ze daardoor geen leegloop veroorzaken. Dat betekent, dat wel degelijk vooraf overleg heeft plaats gevonden tussen de grote zorgverzekeraars ten aanzien van deze maatregel en in mijn ogen is dat een vorm van 'kartelvorming'. Dat onze overheid dat niet ziet (of niet wil zien) is op zich al erg opmerkelijk, dat er geen maatregelen worden genomen om deze kartelvorming tegen te gaan geeft vooral aan dat blijkbaar onze overheid ofwel bang is voor de commerciële zorgverzekeraars ofwel om onduidelijke redenen het belang van die zorgverzekeraars boven het belang van de Nederlandse bevolking stelt.

Wellicht een goed punt om over na te denken, als de Nederlandse bevolking weer eens naar de stembus mag om haar mening te geven over de huidige regering en te kiezen voor nieuwe VOLKSvertegenwoordigers.

Ook vreemd is, dat bij deze maatregel volkomen voorbij wordt gegaan aan de ervaringen van cliënten: De originele gedachte dat, als cliënten een behandeling als positief ervaren - verlichtend, verbetering kwaliteit van leven of zelfs heilzaam/genezend - dat deze dan - onder meer in het kader van Value Based Medicine - vergoed moet worden aangezien hiermee het bezoek aan de veel duurdere reguliere zorgaanbieder wordt vermindert en wellicht zelfs resultaten worden behaald die regulier niet te behalen zijn. De reguliere gedachte van Evidence based Medicine (en zelfs Practice Based Medicine) wordt hierbij losgelaten ten gunste van de positieve gevolgen van vermindering van de kosten van zorg.

NB:

- Evidence Based Medicine: Zorg op basis van wetenschappelijk bewijs, dubbelblind onderzoek dat placebo-gecontroleerd is (hetgeen op ongeveer 60% van de reguliere geneeskunde zelfs niet van toepassing is).
- Practice based Medicine: Zorg op basis van in de praktijk behaalde resultaten/ervaringen die (nog) niet wetenschappelijk onderbouwd zijn.
- Value Based Medicine: Hoewel niet Evidence Based en soms zelfs niet Practice Based, resulteert deze zorg in het verminderen van het gebruik van reguliere/Evidence based zorg en/of medicatie zonder dat hierbij nadelige gevolgen optreden voor de gebruiker ervan.

Natuurlijk blijven al die vormen van complementaire zorg gewoon beschikbaar maar voor gebruikers die, om diverse redenen, aangewezen zijn op een (gedeeltelijke) vergoeding, zijn die straks niet meer bereikbaar.

Na alle eisen die over therapeuten zijn uitgestort de laatste jaren, waarvan er veel vanuit de zorgverzekeraars opgelegd werden, waaraan therapeuten via talloze opleidingen hebben voldaan, wordt nu, na de belofte dat deze gekwalificeerde therapeuten vergoed zouden worden, de beslissing teruggedraaid en worden, na enorme investeringen in studie / tijd / geld de therapeuten alweer buiten spel gezet.

Teken HIER (<https://vergoedcomplementair.petities.nl/>) de petitie tegen het wegvallen van de vergoedingen.

Binnenkort

Aangezien het bovenstaande artikel, in vervolg op het artikel over de onrust die is ontstaan over het afschaffen van ongeveer 80% van de vergoeding voor het complementaire domein, vooral beschrijft hoe het complementaire domein is gekomen waar het nu (vooruitlopend op 1-1-2019) is aangeland, zal ik een derde artikel schrijven (en binnenkort publiceren) over de gevolgen van deze maatregel. Uiteraard realiseer ik mij al vooraf, dat ook dat artikel incompleet zal zijn maar het geeft met zekerheid enig inzicht in de gevolgen van de maatregel van de zorgverzekeraars.

Nico Smits
Directeur Onderwijsinstituut Prevenzis