

Gevolgen schrappen vergoeding complementaire zorg

Na het artikel [1] over de onrust die ontstond na het schrappen van de vergoedingen voor ongeveer 80% van de complementaire zorg en het daarop volgende artikel [2] over de ontwikkelingen en professionalisering van het complementaire domein (in hoge mate onder druk van de zorgverzekeraars) nu een artikel [3] over de gevolgen van de maatregel die de zorgverzekeraars hebben genomen.

Het is bijna onmogelijk om, op dit moment, geheel te overzien wat het schrappen van de vergoeding van, zo ongeveer, 80% van de complementaire zorg door zorgverzekeraars tot gevolg heeft/zal hebben. Niettemin hierbij een (met zekerheid; onvolledige) poging.

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.

Gevolgen afschaffing vergoeding

De gevolgen van het afschaffen van de vergoeding voor ongeveer 80% van de complementaire zorg is op dit moment nauwelijks in te schatten. Niet alleen zijn er nog veel onzekere factoren (denk aan de Wtza en de kleinere zorgverzekeraars die nog een duidelijke beslissing moeten nemen), maar ook is onduidelijk hoe de verschillende 'partijen' binnen het zorgdomein gaan reageren op deze maatregel.

Om tenminste enig beeld te krijgen, hieronder een bespreking van een aantal partijen en de mogelijke gevolgen en reacties.

NB: In het onderstaande wordt van patiënten gesproken als deze zich in het reguliere domein laten behandelen en van cliënten als deze zich in het complementaire domein laten behandelen.

Cliënten

Als eerste, en in mijn ogen, belangrijkste partij noemen we de cliënten. Het mag helder zijn, dat alle andere partijen hun werkzaamheden uitvoeren in het belang van die cliënten, althans: dat zou zo moeten zijn (alhoewel dat momenteel niet meer zo zeker is ten aanzien van een aantal van die partijen en zeker niet waar het commerciële partijen als zorgverzekeraars betreft).

Vele duizenden cliënten op dit moment (om maar niet te spreken van toekomstige cliënten) raken door deze maatregel de vergoeding van 'hun' complementaire behandelwijze kwijt.

NB: Dat dit niet uitsluitend negatief hoeft uit te pakken zien we in de bespreking van de andere partijen.

Zeker op het gebied van de chronische problematiek, waarbij enorm veel gebruik wordt gemaakt van complementaire zorg (soms naast de reguliere zorg), heeft de maatregel enorme impact. Echter, we moeten hier de impact op de acute problematiek niet vergeten: veel cliënten gaan met diverse klachten naar therapeuten omdat zij de ervaring hebben, of ervaringen van andere gebruikers hebben gehoord, dat de reguliere zorg weinig tot niets voor hen kan betekenen terwijl de complementaire zorg vaak in enkele behandelingen het probleem oplossen (een voorbeeld zijn specifieke spierklachten waarbij jarenlange fysiotherapeutische behandeling wordt ingezet zonder resultaat en waarbij drie bezoeken aan een neuromusculair triggerpointtherapeut het probleem oplost).

In de achter ons liggende periode is steeds meer ingezet op de eigen verantwoording, de eigen regie, van zorgvragers bij hun problematiek EN de vrije keuze van behandelmethode.

Zowel de eigen regie als de eigen vrije keuze wordt door deze maatregel in hoge mate onderuit gehaald. Immers: voor veel gebruikers van complementaire zorg zal het wegvallen van de vergoeding veroorzaken dat zij die zorg niet meer kunnen gebruiken omdat zij daarvoor de (financiële) middelen niet hebben. Dat maakt dat zij dan (weer) aangewezen zijn op de reguliere zorg, een domein waar juist de eigen regie in hoge mate onvoldoende uit de verf komt.

Als we bedenken dat ruim een vijfde deel van de zorgbehandelingen plaats vinden binnen het complementaire domein en jaarlijks miljoenen behandelingen (variërend van een simpel gesprek tot een uitgebreide en soms ingrijpende behandeling) worden uitgevoerd, dan mag helder zijn dat enorme aantallen Nederlanders hiervan de dupe worden. Net als alle andere Nederlanders betalen zij wel netjes voor hun zorgverzekering, soms nog enorm uitgebreid met aanvullende pakketten, maar kunnen (ingeval van behandelingen die in het reguliere domein niet beschikbaar zijn) of willen (in geval van eigen voorkeur/keuze) geen gebruik maken van hetgeen die zorgverzekering wel vergoed. Deze Nederlanders krijgen echter geen geld terug omdat zij nauwelijks gebruik maken van de duur betaalde zorgverzekering maar worden op deze wijze gewoon 'dubbel genaaid'.

Uiteraard blijven al die therapeuten wel hun werk doen, althans; dat is momenteel de verwachting. Helaas zullen gebruikers van die zorg dan zelf de rekening moeten voldoen.

NB: Met het steeds verder verminderen/verlagen van de vergoeding van complementaire zorg uit de zorgverzekeringen, i.c. aanvullende pakketten, staat nog te bezien of uiteindelijk het schrappen van de vergoeding, financieel gezien, wel zo nadelig is voor de gebruikers van die zorg. Dat zal, uit de navolgende besprekingen, steeds duidelijker worden.

Opleiders

Ook voor opleiders heeft deze rigoureuze maatregel ingrijpende gevolgen. Waar, in de periode voor 1-1-2019, opleiders massaal accreditaties aanvroegen – voor zowel de opleiding als voor MBK/PSBK afzonderlijk - teneinde hun studenten de mogelijkheid te bieden na afstuderen voor vergoeding in aanmerking te komen, valt deze noodzaak weg.

Het is voor opleiders niet meer noodzakelijk om een dure, vele duizenden euro's kostende, accreditatie aan te vragen omdat, na het afsluiten van de opleiding, studenten toch niet meer in aanmerking komen voor vergoeding.

Dat betekent, aan de negatieve zijde, dat enerzijds de kwaliteit van opleidingen niet meer gecontroleerd wordt en daarmee de kwaliteit van afgestudeerden niet meer gegarandeerd kan worden. Anderzijds betekent dat ook, dat een ieder die een opleiding of cursus, gespeend van elke onderwijskundige kennis en zelfs op basis van twijfelachtige achtergrond, weer een "opleidingsaanbod" kan doen zonder dat dit tot kwaliteit en zelfs veiligheid van de afgestudeerden leidt en in nog mindere mate tot een verantwoorde en zinvolle inhoud van dat aanbod leidt.

Ergo: de 'nonsens'-opleidingen zullen weer hun kans zien om 'snel geld te maken' over de rug van goedbedoelende studenten die daarna – potentieel – een gevaar vormen voor de cliënten die zij 'behandelen'.

Dat serieuze opleiders – zeker voorlopig nog – gewoon accreditaties zullen aanvragen staat daar los van.

Dat deze opleiders mogelijk gaan kiezen voor accreditatie door een van de kleinere/goedkopere accreditatiebureaus (die momenteel door de zorgverzekeraars niet worden geaccepteerd) mag volkomen helder zijn.

Aan de positieve zijde staat natuurlijk de kostenbesparing voor studenten: Doordat opleiders geen accreditaties meer hoeven aanvragen (of goedkopere accreditaties aanvragen bij kleinere accreditatiebureaus), besparen die opleiders vele duizenden euro's die dus ook niet meer in de opleidingskosten hoeven worden doorberekend waardoor de opleidingen goedkoper kunnen worden.

Zelfs voor opleiders die wel accreditaties aanvragen, zal uiteindelijk een besparing optreden: als accreditaties niet meer verplicht zijn, zullen accreditatiebureaus gedwongen zijn de kosten van accreditaties omlaag te brengen aangezien anders aanvragen niet meer gedaan worden en zij hun inkomen, vanuit de complementaire zorgopleidingen, geheel kwijt raken.

Therapeuten

Voor therapeuten heeft deze maatregel tot gevolg dat veel van het, in de voorgaande jaren geïnvesteerde geld en tijd/energie, schijnbaar weggegooid is. Dat is uiteraard niet geheel waar: elke serieuze therapeut streeft naar de hoogst mogelijke kwaliteit en veiligheid op basis van scholing en het voldoen aan een groot aantal randvoorwaarden.

Niettemin komt de maatregel wel als dusdanig over op de reeds werkzame therapeuten terwijl gelijktijdig de nu nog studerende zullen overwegen of zij hun opleiding nog wel gaan afronden aangezien dat niet zal leiden tot een – enigermate geaccepteerde – beroepsuitoefening met vergoedingen vanuit de zorgverzekeringen.

Bijkomend probleem is uiteraard, dat door het wegvallen van de vergoeding ook de verplichtingen (die leiden tot meerdere controles op de werkzaamheden van therapeuten) wegvallen en daardoor de twijfelachtige

'therapeuten' weer volop de kans krijgen hun 'twijfelachtige' praktijken te gaan uitvoeren met alle daarbij behorende, mogelijke, gevolgen.

Toch moet niet voorbij gegaan worden aan de positieve kant van deze maatregel voor therapeuten: Aangezien therapeuten opeens niet meer hoeven te voldoen aan allerlei voorwaarden, hoeven de kosten, die al die voorwaarden met zich meebrengen, ook niet meer te worden doorberekend in de consultprijzen van die therapeuten. Dat heeft als positief resultaat (op het – negatieve – gevolg dat cliënten zelf de consultprijzen zullen moeten betalen) dat de consultprijzen aanzienlijk zullen kunnen dalen omdat therapeuten duizenden euro's op jaarbasis minder hoeven uit te geven om aan de randvoorwaarden te voldoen. Dat zou wel eens tot gevolg kunnen hebben, dat uiteindelijk de cliënten financieel beter af zijn zonder de eerdere vergoedingen.

Daarbij valt te stellen, met betrekking tot de gedachte dat zorgvragers meer en beter regie moeten kunnen voeren over hun zorgtraject, beter af zijn als ze zelf moeten betalen aangezien, helaas, in deze maatschappij de financiële kant nog steeds bijzonder belangrijk is (en wellicht het meest belangrijk). Als een client zelf zijn behandeling moet betalen zal hij, teneinde minder kosten te hebben, zich actiever inzetten richting genezing en daarmee meer regie nemen over zijn zorgtraject om ervoor te zorgen dat hij met zo min mogelijk behandelingen bereikt wat zijn doel was. Dat dit, ten opzichte van de (deels of geheel) vergoede (reguliere) zorg, zal resulteren in aanzienlijk betere resultaten (en kortere zorgtrajecten) mag helder zijn.

Aangezien, naar verwachting, nu niet opeens alle therapeuten zullen stoppen met hun werkzaamheden, zal alle nu beschikbare complementaire zorg ook na 1-1-2019 beschikbaar zijn. Aangezien, waar het complementaire zorg betreft, in de meeste gevallen de client toch de kosten zal moeten dragen na 1-1-2019, betekend dit dat de client ook na 1-1-2019 vrije keuze van zorgaanbieders heeft (met uitzondering van hen die echt de kosten niet kunnen opbrengen, alhoewel ook daarvoor bij veel therapeuten regelingen beschikbaar zijn) en de vrije keuze wellicht zelfs groter is geworden omdat deze niet meer beperkt wordt door de lijst van wel (of niet) vergoede complementaire zorg.

Vektis

Tot 1-1-2019 heeft elke complementaire zorgaanbieder een AGB-code nodig voor zijn praktijk en voor zichzelf als persoon/therapeut.

De aanvraag van deze AGB-codes was, dankzij de zorgverzekeraars, kosteloos. De kosten waren verborgen in de voorwaarden die gesteld werden aan het verkrijgen van de AGB-codes.

Op dit moment heeft VEKTIS, vooruitlopend op 1-1-2019, alvast aangegeven welke AGB-codes geschrapt gaan worden.

Vanaf 1-1-2019 hoeven therapeuten geen AGB-code meer aan te vragen, noch voor zichzelf als therapeut zijnde noch voor hun praktijk.

Het lijkt er op, alsof de maatregel dus uitsluitend invloed heeft op het aantal beschikbare/afgegeven AGB-codes.

Echter: er liepen ook nog een aantal trajecten richting toekomst. Zo zouden, op termijn, speciale AGB-codes worden ontwikkeld en afgegeven voor complementaire zorg die op advies/verwijzing van de huisarts (vanuit bijvoorbeeld de integrale zorgcentra en/of de lifestyle benadering) zou worden uitgevoerd.

Die speciale AGB-codes zijn op dit moment nog niet beschikbaar en er valt nog niet te overzien wat de maatregel hierop voor een invloed zal hebben. Het is immers de vraag of zorgverzekeraars die een bepaalde complementaire therapie schrappen uit het vergoedingssysteem, deze wel zullen vergoeden vanuit 'verwijzing door de huisarts'. Dit zou immers volkomen met elkaar in tegenspraak zijn.

Volgens deze gedachte zou het ook mogelijk zijn dat geleverde 'integrale zorg' door een Integraal Arts, daar waar het een geschrapte therapie betreft, niet meer voor vergoeding in aanmerking zal komen.

Het zou immers de zorgverzekeraars volkomen ongeloofwaardig maken als zij een geschrapte therapie via de ene weg niet vergoeden en via de andere weg wel.

Gevolg zou kunnen zijn, dat talloze artsen (en wat dat betreft zeker ook fysiotherapeuten) over gaan tot een ondoorzichtige vorm van fraude door complementaire behandelingen onder de AGB-codes voor 'andere medische zorg', 'andere medische ingrepen' of 'andere fysiotherapeutische behandeling' weg te schrijven en de vergoeding (en daarmee ook de eigen betaling) veilig te stellen.

Sterker nog: er zijn al berichten in omloop waarin fysiotherapeuten wordt geadviseerd deze vorm van fraude toe te passen!

Beroepsverenigingen

Waar, tot 2019, de therapeuten die voor vergoeding in aanmerking wilden komen, verplicht waren zich aan te sluiten bij een beroepsgerichte beroepsvereniging, valt daarvoor nu de noodzaak weg.

Immers: als er toch geen vergoeding meer plaats vindt, is het lidmaatschap niet meer te verplichten en kunnen therapeuten al vlug € 400,- tot soms wel € 800,- per jaar besparen.

Dat veel, serieuze, therapeuten er voorkeur aan zullen geven lid te blijven van 'hun' beroepsvereniging staat buiten kijf. Dat gelijktijdig die therapeuten, waar ze nu vaak van meerdere beroepsverenigingen lid zijn, een keuze zullen maken en uitsluitend van een enkele beroepsvereniging lid zullen blijven mag helder zijn (en levert nog steeds een belangrijk kostenvoordeel op dat niet hoeft te worden doorberekend).

Dat ook beroepsverenigingen zich moeten bezinnen mag helder zijn. Waar nu beroepsverenigingen verplicht zijn om, als een soort administratieve afdeling van de zorgverzekeraars, allerhande zaken rond de bij hen aangesloten therapeuten bij te houden (denk aan portfolio, opleiding, bij-/nascholing), bestaat die noodzaak vanaf 1-1-2019 niet meer.

Hoewel de serieuze beroepsverenigingen zich zullen blijven beijveren voor de kwaliteit van de bij hen aangesloten therapeuten, valt door het wegvallen van die verplichtingen een deel van de te maken kosten weg en

zullen deze beroepsverenigingen niet meer kunnen verantwoorden dat het lidmaatschapsgeld zo hoog is en DUS de lidmaatschapskosten omlaag moeten brengen. Überhaupt, om nog leden te kunnen krijgen, zullen de beroepsverenigingen de kosten van lidmaatschap omlaag moeten brengen. Dat dit, impliciet, leidt tot verlaging van de kosten die therapeuten moeten verrekenen in hun consultkosten en dus zullen leiden tot verlaging van de consultkosten is logischerwijs te begrijpen.

Hiernaast staat uiteraard dat een aantal, zeker de kleinere, beroepsgroepen zeer wel mogelijk zal verdwijnen of, in het meest gunstige geval, opgenomen zal worden in grotere en bredere beroepsgroepen. Persoonlijk zou ik dat niet bezwaarlijk vinden: minder verdeelde beroepsgroepen en meerdere (wellicht zelfs uiteindelijk maar 1) beroepsgroepen maakt dat deze beter een vuist kunnen maken en meer zeggenschap heeft/krijgt. Dat door een dergelijke centralisatie uiteindelijk weer de zorgverzekeraars (die dan nog maar met 1 of enkele beroepsgroepen hoeft te spreken) kan bewegen de vergoeding van complementaire zorg weer uit te breiden is heel wel mogelijk.

Beroepskoepels

Dat, als gevolg van deze maatregel, de beroepskoepels ook geraakt zullen worden is mijns inziens niet meer dan logisch.

Waar, in mijn visie, de positie en betekenis van beroepskoepels toch al enorme vragen oproept (wat is de invloed van beroepsgroepen en therapeuten op beroepskoepels die de bestuursvorm 'stichting' gebruiken en dus geen leden kunnen hebben) zal, afhankelijk van de herinrichting op het niveau van de beroepsgroepen (stel dat er maar 1 brede beroepsgroep overblijft) beïnvloed worden.

Hoewel het lijkt dat beroepskoepels een functie hebben op het gebied van het klacht-/tuchtrecht, was die functie allang vervallen door de invoering van de Wkkgz en het gegeven dat therapeuten onder de Inspectie Volksgezondheid zijn komen te vallen.

Dat de koepels, door de grote aantallen 'leden' (????) gunstiger voorwaarden kan afdwingen bij verzekeraars waar het Wkkgz en bedrijfsverzekeringen betreft mag helder zijn maar dat veel therapeuten daarvoor betalen via zowel hun beroepsgroep als via de koepel maakt dat weer discutabel en doet dat voordeel volkomen teniet.

Opmerkelijk is, dat veel beroepsgroepen direct na het bekend worden van de maatregel van zorgverzekeraars in actie zijn gekomen terwijl er nog weinig gehoord wordt van de koepels: hun reactie verloopt veel trager en het heeft er nu zelfs alle schijn van dat die achter de feiten aanloopt.

Ook de het door de koepels aangegeven 'regelmatig overleg met de zorgverzekeraars' zou nu nader bezien moeten worden: als immers de koepels 'regelmatig' overleggen met de zorgverzekeraars is het twijfelachtig dat diezelfde koepels al niet lang geleden geïnformeerd werden over de maatregel die nu genomen is. En zelfs als zij niet geïnformeerd werden blijft de vraag staan of zij, als vertegenwoordigers van duizenden therapeuten, wetende dat de jaarlijkse nieuwe polisvoorwaarden er aan komen, dat

onderwerp niet ter sprake hebben gebracht tijdens een dergelijk overleg. In mijn visie lijkt het er sterk op, dat, in welk scenario dan ook, de beroepskoepels in gebreke zijn gebleven en hun functie zeer snel ter discussie gesteld moet worden.

Inmiddels zag ik een voor-aankondiging van een symposium van een van de grootste beroepskoepels. Wie schets mijn verbazing, dat dit symposium wordt gesponsord door een van de grotere zorgverzekeringsconglomeraten. Nu snap ik wel dat sponsoring noodzakelijk is maar onder de huidige omstandigheden is het hebben van een zorgverzekeraar als sponsor, zeker waar het een beroepskoepel betreft, niet slim te noemen en zal dit ongetwijfeld vragen oproepen.

Kwaliteitsregisters

In de loop der tijd werden, door verschillende partijen (we noemen hier specifiek het NIBIG (<https://nibig.nl>), registers ontwikkeld waarin de kwaliteiten van de aangesloten therapeuten zichtbaar gemaakt werden. Dankzij deze registers kreeg de gebruiker/client inzicht in hetgeen hij van de therapeut mocht verwachten.

Aangezien ook in de kwaliteitsregisters informatie werd bijgehouden over de ontwikkeling tot therapeut en de wijze waarop deze zijn beroep bijhield en verder ontwikkelde, vormden de kwaliteitsregisters een enorme stap voorwaarts in de acceptatie van therapeuten door het zorgdomein.

Het mag helder zijn dat, als registratie in het kwaliteitsregister ook niet leidt tot (hogere) vergoeding, therapeuten minder gemotiveerd zullen zijn zich te registreren en daarmee de kosten van die registratie te besparen.

Dat daarmee een enorme informatiemogelijkheid ten aanzien van de kwaliteit van therapeuten komt te vervallen, is dat zonder meer ernstig te noemen.

Artsen en andere reguliere zorgaanbieders

Zoals al eerder gemeld, vindt meer dan 1/5 deel van de behandelingen (tot 1-1-2019) plaats in het complementaire domein.

Gesteld dat al die gebruikers van complementaire zorg zich vanaf 1-1-2019 (weer) wenden tot de reguliere zorgaanbieders, wat zal daarvan het resultaat zijn?

Het resultaat zou zijn dat reguliere zorgaanbieders (artsen, fysiotherapeuten, enz) zich opeens geconfronteerd zien met 25% toename van hun consulten (in welke vorm dan ook)!

NB: Als tot 1-1-2019 het reguliere domein (minder dan) 4/5 deel van de consulten voor haar rekening neemt en per 1-1-2019 het (ruim) 1/5 deel van de consulten uit het complementaire domein daaraan toegevoegd moet worden, dan stijgt de druk met 25%.

Hoewel artsen die ik sprak aangaven dat 'artsen niet piepen', geven diezelfde artsen aan dat ze nu al aan de grens van het voor hen haalbare zijn aangeland. Dat betekent dat wachttijden moeten worden ingevoerd voor een bezoek aan de huisarts en dat wachttijden bij meer specialistische zorg (specialisten en ziekenhuiszorg) nog verder zullen toenemen.

En ook al geven fysiotherapeuten aan dat zij nog voldoende ruimte hebben, ook daar zal de toename niet alleen merkbaar zijn maar heel wel mogelijk tot problemen leiden.

Dit betekent dat, op zeer korte termijn, het aantal behandelaars in het reguliere domein aanzienlijk zal moeten worden uitgebreid en dat de kosten van zorg in het reguliere domein aanzienlijk zullen oplopen. Daar waar het complementaire domein voor een stuk evenwicht zorgde, een stuk zorg verleende die niet of nauwelijks door het reguliere domein kan worden geleverd en die de kosten van zorg, in het algemeen, positief beïnvloedde, zullen de kosten van (reguliere) zorg als gevolg van deze maatregel alleen maar (en mogelijk kwadratisch) toenemen en zullen wachttijden volkomen uit de hand lopen.

Zorgverzekeraars

De insteek van zorgverzekeraars (en deels een verklaring voor de ingezette maatregel) dat verzekerde onderdelen waarop te veel beroep wordt gedaan, om commerciële redenen komen te vervallen, is wel een heel vreemde maar inherent aan het feit dat zorg door de overheid is losgelaten en overgelaten aan commerciële bedrijven die niet het belang van de gebruikers voor ogen hebben maar gericht zijn op het maken van winst.

Eenzijds bieden de zorgverzekeraars een 'aanvullend' pakket aan ter verzekering van specifieke zorgkosten maar anderzijds, als teveel gebruik wordt gemaakt van dat pakket of onderdelen ervan, wordt het pakket ofwel buitensporig duur (gemaakt) ofwel de betreffende onderdelen worden gewoon geschrapt zodat de zorgverzekeraars daar geen verlies op maken. En dat, terwijl tegenover het meer gebruik maken van mogelijkheden uit het aanvullend pakket een besparing optreedt in het gebruik van het basispakket. Hier wordt dus schak gespeeld met zorgkosten die de gebruikers (cliënten) dwingt gebruik te maken van het basispakket (met regulier aanbod) ten gunste van besparing ten aanzien van het aanvullend pakket. De zorgkosten vanuit het basispakket stijgen daardoor, waardoor volgend jaar de kosten van het basispakket "noodzakelijkerwijs wegens het stijgen van de zorgkosten" opnieuw verhoogd moeten worden.

De enige conclusie die hier te trekken valt is, dat de Nederlandse bevolking in een situatie gemanoeuvreerd wordt waarin elk jaar de 'kosten van zorg' zullen stijgen en jaarlijks deze kosten (via de prijs van de basisverzekering) worden afgewenteld op de bevolking ten gunste van het inkomen van de zorgverzekeraars (door middel van de stijging van de kosten van de basisverzekering). Een ieder die even nadenkt, kan dat simpel bedenken maar helaas schijnt het onze beleidsmakers en overheid te ontbreken aan dat logische redeneringsvermogen.

Dat deze maatregel, op termijn voor enorme problemen zal leiden is niet het belang van de zorgverzekeraars en voor de zorgverzekeraars ook niet interessant, althans: als later blijkt dat zij noodzakelijkerwijs deze zorg weer moeten gaan vergoeden is de huidige situatie een prima motivatie om te verantwoorden dat de bijdrage (verzekeringssom en de eigen bijdrage) van gebruikers aanzienlijk verhoogd moet worden.

Ergo: hoe je het ook wend of keert: uiteindelijk wordt de zorgverzekeraar direct of indirect beter van deze situatie en draagt de verzekerde direct of indirect de kosten.

Bijkomend probleem is uiteraard dat, als deze maatregel een aantal jaren duurt alvorens nieuw inzicht leidt tot herinvoering van complementaire zorg – tegen hogere kosten – alle nu behaalde vooruitgang is weggezakt en of verdwenen en het weer jaren duurt voordat het huidige niveau weer is hersteld en mogelijk (ongetwijfeld komen er dan weer nieuwe en aanvullende voorwaarden) voldaan is aan de eisen die dan weer over de therapeuten worden uitgestort.

Nogmaals: voor de zorgverzekeraars is dat niet interessant en/of belangrijk. Voor hen staat immers winst voorop en niet de patiënt/client die hulp zoekt i.c. nodig heeft.

Overigens heeft de maatregel ook een positief gevolg: Nu toch het aanvullend pakket 'alternatieve zorg' zo ongeveer leeg is gemaakt, hoeft niemand dat pakket meer als aanvulling op zijn basisverzekering af te sluiten. Immers: dit pakket leidt slechts in een paar gevallen tot vergoeding. Dat scheelt dan weer de kosten van dat pakket, kosten die kunnen worden besteed aan het gebruik maken (en zelf betalen) van die complementaire zorg.

Maatschappij in het algemeen

Dat de mate van (beschikbare) zorg en dat de kwaliteit van de (complementaire) zorg maatschappelijk gezien afneemt als gevolg van deze maatregel zal een ieder helder zijn.

Dat vooral de chronisch zieken en het bevolkingsdeel met beperkte financiële draagkracht daarvan de gevolgen dragen, is evenzeer helder. Dat wachtlijsten (aanzienlijk) zullen toenemen en daarmee de gevolgen (door voortschrijdende ziekte beelden als gevolg van langere wachttijden) op de algemene volksgezondheid en op financieel gebied zullen toenemen is logisch en dat deze kosten, uiteindelijk, zullen worden afgewenteld op de maatschappij in het algemeen kan een ieder bedenken. De kosten van zorg zullen toenemen terwijl de winst van de commerciële zorgverzekeraars niet aangetast zal worden.

De maatschappij zal, mede dankzij de keuzes die beleidsmakers/overheid hierin nemen, voor steeds hogere kosten gesteld worden.

Dat de (we mogen wel stellen "schijnbare") bezuiniging die door deze maatregel (voornamelijk voor de zakken van de zorgverzekeraars) bereikt wordt zal, op termijn, in hoge, zo niet gehele, mate afgewenteld worden op de maatschappij in het algemeen.

Dat onze huidige minister van volksgezondheid, de Jonge, en staatssecretaris, Blokhuis, (een oud-basisschoolleraar die door gebrek aan gewicht is komen bovendien en een historicus) dit niet inzien, zich laten adviseren door voornamelijk aan de zorgverzekeraars en farmaceutische industrie gelieerde adviseurs, is in deze verbazingwekkend maar impliciet

het gevolg van de keuzes die de maatschappij als geheel maakt tijdens verkiezingen en het gebrek aan invloed van diezelfde kiezers op de samenstelling van de groep beleidsmakers (ministers en aanverwant volk).

NB: In het verleden was het niet beter gesteld met 'onze' vertegenwoordigers op VWS: Schippers was politicoloog, Klink was jurist/socioloog en Hoogervorst was afkomstig uit het bankwezen. Hoe is het in vredesnaam mogelijk dat zulke belangrijke posten worden ingevuld met mensen die geen enkele kennis hebben van het domein dat zij moeten vertegenwoordigen en, erger nog, moeten besturen?

NB: Diezelfde Blokhuis heeft enkele dagen geleden, op vrijdag 23-11-2019, het Nationaal Preventie Akkoord gepresenteerd. Volgens dit akkoord zal, door een groot aantal partijen, aan preventie gewerkt worden (voornamelijk op het gebied van voeding, alcohol en roken). In dat akkoord was, origineel en bijvoorbeeld via Lifestyle Geneeskunde, ook een rol voor de zorg en daarin voor de complementaire behandelwijzen, een rol weggelegd. Opmerkelijk genoeg, het akkoord moet toch al maanden geleden zijn opgesteld, komen die in het nu voorliggende akkoord in het geheel niet meer voor.

NB: Gelijktijdig lezen we een artikel in 'Zorgvisie' (<https://www.zorgvisie.nl/thema/preventie/#read-more>) over preventie. Een mooie quote halen we hier graag aan:

Start quote:

Zorgstelsel stimuleert preventie niet

Toch komt het preventiebeleid maar moeilijk van de grond. In ons zorgstelsel ontbreekt een regisseur voor preventie. Het Nederlandse zorgstelsel is ingesteld op ziekte. Zodra mensen ziek worden, is duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is. Zorgverleners krijgen betaald voor het behandelen van zieke mensen. Als artsen of andere hulpverleners door een goed gesprek voorkomen dat er zorg wordt geleverd, dan krijgen ze daar niet voor betaald. Met andere woorden, het stelsel prikkelt niet tot de inzet op preventie.

Einde quote.

Dat het maar even helder is.

De belangen van 1/5 van de Nederlandse bevolking worden/zijn, als gevolg van deze maatregel geschonden zonder dat de betreffende bevolkingsgroep (of de maatschappij in haar geheel wat dat betreft) hier iets tegen kunnen doen.

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

Toekomstbeeld

Zoals het er nu uit ziet, gaan we geen rooskleurige toekomst tegemoet als Nederlandse maatschappij. Zieken die baat hadden en in veel gevallen de oplossing vonden binnen het complementaire domein, raken verstoken van de zorg die zij wensen, zoeken, waar zij behoefte aan hebben, waar zij in vertrouwen.

Zorg verwordt tot dat wat (nog) haalbaar is binnen de reguliere zorg waarbij volkomen wordt voorbijgaan aan de talloze mogelijkheden uit het complementaire domein. De reguliere zorg heeft straks als enige de 'zorg' in handen, de zorgverzekeraars schroeven, op basis van de stijging van zorgkosten, de premies van zorgverzekeringen steeds verder op en de enige waarom het gaat, de patiënt/client, wordt in dit hele verhaal niets gevraagd noch gehoord en heeft geen enkele stem in dit geheel.

Ongetwijfeld zal op enig moment weer een kentering ontstaan en de complementaire zorg, ten aanzien van geheel of gedeeltelijke vergoeding, weer worden toegevoegd aan het zorgdomein. Niet omdat de reguliere zorg daar de noodzaak van inziet maar omdat de reguliere zorg het werk niet meer aankan en

noodzakelijkerwijs vanuit zorg (maar zeker ook vanuit overheid) de complementaire zorg wel toegelaten MOET worden en daarmee begint weer opnieuw het hele spel om ook vergoeding voor de complementaire zorg beschikbaar te maken en nog meer eisen over de therapeuten uit te storten.

Zolang de Nederlandse maatschappij hierin geen stelling neemt, of je nu gebruik maakt van complementaire zorg of niet, blijft diezelfde maatschappij een speelbal van onkundige beleidsmakers en commerciële partijen die beslissen welke zorg de Nederlandse maatschappij nu wel of niet mag gebruiken.

Zelfs al zou, op een zeker moment, de overheid beslissen dat ook complementaire zorg (weer) via het vergoedingen stelsel van de zorgverzekeraars beschikbaar moet komen (waarvoor de commerciële zorgverzekeraars ons dan ongetwijfeld de laatste centen uit de portemonnee zullen persen) dan nog zal het weer jaren duren voordat de huidige behaalde resultaten weer hersteld zijn.

Blijkbaar is dat, waar het naartoe moet.

Bijkomend gevolg voor de maatschappij

Een bijkomend gevolg dat nog niet besproken is, is de behoefte van diverse partijen om, vanuit gegevens die beschikbaar komen uit de registratie van complementaire behandelingen, een onderbouwing (Practice Based) te vormen voor die complementaire behandelingen/behandelvormen, die dan weer de basis kunnen vormen tot, wellicht, Evidence Based.

Mede vanuit de Integrale Zorg (Integrale Zorgcentra) en de Lifestyle (preventieve) Zorg, werd gestreefd naar verzameling van gegevens over de effecten van aangeboden complementaire zorg. Doordat therapeuten waarnaar zou worden verwezen, behandelinformatie en dus resultaten, moesten rapporteren aan de opdrachtgevers (in dit geval veelal de huisartsen) zou enorm veel informatie worden verzameld over de effectiviteit van complementaire interventies.

Doordat complementaire zorgaanbieders op hun facturen moesten specificeren welke zorg zij per client specifiek aan hadden geboden, ontstond ook vanuit die specificaties een enorme hoeveelheid informatie.

Al die gegevens tezamen zouden aanleiding kunnen hebben gegeven om tot opname van complementaire interventies in het basiszorgpakket, en dus vergoeding vanuit het basispakket, te komen maar in ieder geval hadden die gegevens aanleiding kunnen hebben gevormd tot onderbouwing van de betreffende behandelwijze en, wellicht, standaard verwijzing naar die behandelwijze vanuit de reguliere zorg.

Nu is het uiteraard niet in het belang van de zorgverzekeraars om te faciliteren in de bewijsvoering voor werkzaamheid/effectiviteit van (complementaire) zorg, zoals dat ook niet het belang van de overheid schijnt te zijn.

Niettemin kan gesteld worden dat, als het belang van de Nederlander, in het algemeen, voorop zou staan, dat zowel overheid als zorgverzekeraars,

hierin een belangrijke functie hadden kunnen (en moeten) vervullen en wellicht had de overheid stappen moeten ondernemen om de zorgverzekeraars juist te verplichten deze informatie te verzamelen en inzichtelijk te maken in het belang van de Nederlandse maatschappij.

Uiteraard kan en mag de maatschappij verwachten van het complementaire zorgdomein, dat zij, ook zonder vergoeding of opdracht van de overheid, gegevens verzameld en van daaruit tot onderzoeksresultaten komt. Echter, zoals tot op heden gebruikelijk en geheel terecht, worden de verzamelde gegevens uit het complementaire domein met behoorlijk argwaan bekeken. Dat dit terecht is mag helder zijn: onderzoek zou niet door belanghebbenden moeten worden uitgevoerd (alhoewel dat binnen de reguliere geneeskunde volkomen normaal is) aangezien dat mogelijk zal leiden tot manipulatie van de gegevens en daarmee tot frauduleuze onderzoeksrapporten. Juist de verwerking van gegevens/informatie door een partij die daar boven had kunnen staan, de zorgverzekeraars, had meer gewicht kunnen geven aan de resultaten van dergelijk onderzoek.

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

Onvolledig

Ongetwijfeld, met zekerheid, is het bovenstaande onvolledig.

De gevolgen van de maatregel van de zorgverzekeraars om zo ongeveer de gehele complementaire zorg qua vergoedingen te schrappen, zijn nauwelijks te overzien en gaan ongetwijfeld veel verder dan door mij is te overzien en hierboven is omschreven.

Mocht de lezer bemerken dat gevolgen van deze maatregel ontbreken, dan zou ik dat graag horen zodat ik daar, voor zover nodig en voor mij mogelijk, een aanvulling over kan schrijven.

Nico Smits
Directeur Onderwijsinstituut Prevenzis