

December 2021

Verbeterplan zorg voor werkgevers/instellingen

Grote bedrijven en organisatie zoals de Universitair Medisch Centra (UMC) en Defensie kennen een eigen cao en een eigen zorgverzekeraar. Bij de UMC's is dat zorgverzekeraar UMC die onder VGZ valt. Bij Defensie is het de Stichting Ziektekosten Verzekering Krijgsmacht (SZVK) die tot en met 31 december 2021 ook onder VGZ-groep valt, maar vanaf 1 januari 2022 onder DSW. Militairen zijn verplicht verzekerd bij de SZVK, UMC-medewerkers kunnen zich ook bij een andere zorgverzekeraar dan UMC verzekeren.

Verschillen tussen zorgverzekeraars, contractafspraken en vergoedingen

Zorgverzekeraars maken ieder jaar nieuwe afspraken over de vergoedingen. zorgverzekeraars stellen hierbij soms voorwaarden die maken dat zorgverleners zich gedwongen voelen om geen contract te tekenen omdat dit hen zou dwingen om zorg onder de kostprijs te leveren^{1 2}, waardoor zij als ongecontracteerde zorgverlener verder moeten. De vergoeding voor verzekerde zorg voor hun patiënten gaat hierdoor omlaag. Als zij een budgetpolis hebben met maar liefst 35%, waardoor deze patiënten met onvoorziene extra en hoge kosten worden opgezadeld.

Bepaalde zorg wordt door de ene zorgverzekeraar wel en door de andere niet vergoed. Sommige zorgverzekeraars vergoeden bijvoorbeeld apotheekbereidingen niet als er een medicijntekort is. Aan zulke onvoorziene tekorten hebben patiënt geen enkele schuld, maar zij komen hierdoor dan toch voor onvoorziene en mogelijk onredelijk hoge kosten te staan.³ Wat er toe kan leiden dat zij afzien van zorg die ze wel nodig hebben.

Verzekeringsvoorwaarden in de kleine lettertjes van een zorgpolis worden door veel mensen niet of niet goed gelezen. De juridische teksten zijn voor de meeste mensen namelijk zo goed als onleesbaar waardoor de praktische betekenis, die voor patiënten toch van groot belang kan zijn, niet goed duidelijk wordt. Het precieze onderscheid tussen budgetpolissen, naturapolissen en restitutiepolissen zal voor veel mensen niet goed duidelijk zijn.⁴ Vooral patiënten met beperkte financiële middelen kunnen hierdoor gemakkelijk in de verleiding komen om te kiezen voor een *schijnbaar* goedkopere polis die in de praktijk voor heel kan uitpakken omdat daarin geen vergoeding voor zorg is opgenomen die ze wel nodig blijken te hebben. Dit maakt beslissingen over het kiezen van goede zorgpolis ingewikkeld.

Zoeken naar win-winsituaties

Ondanks de hierboven genoemde problemen zijn er voor organisaties toch meerdere mogelijkheden om tot win-win-win-situaties te komen, vooral bij laagdrempelige zorg:

1. Vanuit de cao aanvullende afspraken opnemen om bepaalde vormen van zorg te vergoeden vanuit de werkgever. Als de baten hoger zijn dan de kosten dan zullen werkgevers als werknemers hier baat bij hebben. Aanvullingen in de cao kunnen door de HR-afdeling ingesteld worden of in als addendum aan huidige afspraken worden toegevoegd.

¹ <https://www.ad.nl/economie/fysio-s-tandartsen-en-ziekenhuizen-steeds-vaker-naar-rechter-voor-hogere-vergoeding~a79f487b/>

² <https://www.omroepwest.nl/nieuws/4492059/ziekenhuis-hmc-roept-patienten-op-zich-niet-te-verzekeren-bij-menzis-en-vgz>

³ <https://nos.nl/artikel/2365337-opnieuw-groot-medicijntekort-nederland-vaak-achteraan>

⁴ <https://weblog.independer.nl/zorgverzekeringen/ken-jij-het-verschil-tussen-de-typen-zorgverzekeringen/>

2. Verandering van grondslag (welke zorgverzekeraarsgroep doet de inkoop en maakt afspraken afspraken) kan ook leiden tot nieuwe mogelijkheden waardoor zorg die eerst niet werd vergoed verzekerde zorg kan worden.

Een voorbeeld van laagdrempelige zorg die zowel materiële als gezondheidswinst kan opleveren voor is afbouwmedicatie. Dit is medicatie die kan worden gebruikt om medicijnen die onttrekkingsverschijnselen kunnen opleveren flexibel en op maat, veilig en verantwoord te kunnen afbouwen op basis van samen beslissen.

In Nederland gebruiken meer dan 3 miljoen mensen deze geneesmiddelen, waaronder antidepressiva, antipsychotica, opioïde pijnstillers, slaapmiddelen en oxycodon.⁵ Voor al deze middelen geldt dat ze niet langer moeten worden gebruikt dan nodig is. In de praktijk worden ze echter helaas toch vaak heel langdurig gebruikt.

Een belangrijke oorzaak van dit probleem is dat het in de praktijk, voor de komst van afbouwmedicatie, voor behandelaars heel erg moeilijk was om hun patiënten bij afbouwen goed te helpen. Omdat er geen concrete richtlijnen waren en omdat farmaceutische bedrijven nooit de lagere doseringen op de markt hebben die hiervoor nodig waren.

Het gevolg hiervan was dat afbouwen in de praktijk jarenlang heel vaak niet goed is gegaan en mislukte waardoor patiënten zich gedwongen voelden om het medicijn waar ze mee wilden stoppen toch te blijven gebruiken. Vooral ook omdat onttrekkingsverschijnselen door niet goed afbouwen gemakkelijk ten onrechte als terugval kunnen worden geïnterpreteerd, waardoor zowel behandelaars als patiënten ten onrechte tot de conclusie kunnen komen dat het beter is om een medicijn te blijven gebruiken terwijl dat niet nodig is.⁶

Als gevolg hiervan is in de loop der jaren niet alleen het aantal mensen dat psychotrope medicatie gebruikt in de loop der jaren steeds verder gegroeid, maar is ook de duur van het gebruik steeds langer geworden. Dit heeft niet alleen geleid tot hogere kosten voor de werkgever maar ook tot steeds meer problemen door gebruik van medicatie terwijl dat niet meer nodig is.

Ad 1.

In de 8 UMC's in Nederland werken ongeveer 80.000 mensen. Op basis van landelijke cijfers voor medicatiegebruik mag verwacht worden dat ongeveer 13.000 van hen één of meerdere psychofarmaca zal gebruiken. De gemiddelde kosten van afbouwmedicatie voor een afbouwtraject worden geschat op €250-€300, exclusief eventuele nog overeen te komen kortingen. Dit zijn eenmalige kosten voor de afbouw van een medicijn.

Hiertegenover staan baten zoals minder medicatiegebruik met alle gezondheidsvoordelen die dat met zich mee kan brengen. Bijvoorbeeld door minder interacties met andere medicijnen en minder ziekteverzuim door bijwerkingen en onttrekkingsverschijnselen. Voor werkgevers zijn er de directe besparingen op jaarlijkse medicatiekosten en consulten daarvoor.⁷

Voor een werknemer met een modaal salaris zijn de kosten voor afbouwmedicatie van €250-€300 al terugverdiend als die twee dagen minder verzuimt of een paar keer minder op consult moet. Voor

⁵ <https://www.gipdatabank.nl/> (te zoeken op alle medicijnsoorten)

⁶ Multidisciplinair Document Afbouwen SSRI's en SNRI's:

https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg.org/uploads/201809_multidisciplinair_document_afbouwen_ssr's_en_snr's.pdf

⁷ <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/depressie>

zowel werkgevers zoals de UMC's of defensie als voor haar medewerkers/patiënten zal er hierdoor al snel sprake zijn van een win-win situatie waar ook de maatschappij van zal profiteren.

Ad 2.

SZVK behoort tot 2022 tot de VGZ-groep. VGZ weigert echter om medisch noodzakelijke afbouwmedicatie te vergoeden en voert zelfs een actief beleid tegen vergoeding van deze zorg. Per 1-1-2022 valt de SZVK onder de DSW-groep die juist een vergoedingsbeleid vóór deze zorgvorm. DSW vergoedt afbouwmedicatie (van elke medicijnsoort) en ziet de voordelen hiervan voor zowel haar verzekerden als voor zichzelf als verzekeraar. Voor DSW vallen, als een patiënt/verzekerde een medicijn succesvol afbouwt de jaarlijks medicatiekosten van ongeveer € 100,- voor dat medicijn weg evenals de kosten voor consulten hiervoor van € 40.- per consult, minimaal 2-4 maal per jaar. Alleen al door deze besparingen zijn de kosten voor de afbouwmedicatie al vrijwel terugverdiend. Daarbij kunnen dan ook besparingen komen op kosten van opnames, interventies en therapieën die patiënten nodig kunnen hebben doordat ze medicatie blijven gebruiken die ze niet (meer) nodig hebben of die ze niet op een goede manier kunnen afbouwen.⁸ Het totaalplaatje leidt voor zorgverzekeraar DSW, net als voor de werkgever ad 1, daarom tot een tot een positieve beoordeling, en daaruit voortvloeiend vergoeding van afbouwmedicatie.

Meer informatie: info@verenigingafbouwmedicatie.nl

⁸ <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/medicatieafbouw-gaat-nog-veel-te-vaak-verkeerd.htm>