

Opmaat naar nieuwe zorgakkoorden

Loondienst voor artsen, meer huisartsen en minder medisch specialisten. Dat zijn enkele voorstellen van een groep topambtenaren, als voorzet voor nieuwe zorgakkoorden. Maar komen die akkoorden er en wanneer?



Bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden. Dat is de statige benaming voor afspraken die overheid, zorgverzekeraars en zorgverleners de afgelopen jaren maakten over het maximale percentage waarmee zorguitgaven gedurende een bepaalde periode mochten groeien. Dat financiële plafond ging hand in hand met afspraken over welke koers te varen rond thema's als substitutie, doelmatig voorschrijven en zorginkoop. Het doel? Betere zorg tegen beheersbare kosten.

Het eerste akkoord, voor ziekenhuiszorg, werd in 2011 gesloten; later volgden ook voor eerste lijn en ggz dergelijke afspraken. De laatste versies, over de jaren 2014-2017, lopen eind dit jaar af. Het demissionaire kabinet vindt eventuele nieuwe meerjarenakkoorden een taak voor de volgende regering. Daarom 'verkent' demissionair VWS-staatssecretaris Van Rijn nu alleen of er voor 2018 ter overbrugging eenjarige akkoorden kunnen worden gesloten, meldde hij vorige week aan de Tweede Kamer.

De Algemene Rekenkamer constateerde eind vorig jaar dat de zorgakkoorden vrijwel zeker hebben bijgedragen aan het intoom houden van de zorguitgaven. Deze controleur van overheidszaken achtte het verstandig als een nieuwe regering inzet op verse meerjarige overeenkomsten.

Gezonde groei

Over de inhoud daarvan deed een groep hoge ambtenaren van de ministeries van VWS en Financiën vorige week een voorzet. In hun rapport 'Zorgen voor gezonde groei' houden ze een pleidooi voor nieuwe afspraken die focussen op drie zaken. Ten eerste: meer gepast gebruik van zorg, dus minder over- of onderbehandeling. Ten tweede: zorg op de juiste plek, door verdergaande specialisatie en centralisatie van complexe zorg en decentralisatie van eenvoudige zorg. Tot slot moeten nieuwe overeenkomsten eraan bijdragen dat zorg eenvoudiger wordt georganiseerd.

Artsen gaan beter letten op welke behandeling het beste is voor hun patiënt en nemen meer tijd voor een goed gesprek over al dan niet behandelen, schetsen de

De groeiende groep patiënten met meerdere aandoeningen vraagt om generalisten

ambtenaren hun ideaal. Dat zou zelfs kunnen leiden tot het belonen van medisch specialisten die goede gesprekken voeren, opperen ze. Specialisten moeten daarnaast beter samenwerken als ze dure patiënten met meerdere aandoeningen behandelen. Een casemanager moet daarbij helpen.

En huisartsen begeleiden chronische patiënten dicht bij huis. Specialisten zullen vaker in eerste lijn zorg verlenen; er moeten dan ook afspraken komen over welke behandelingen ziekenhuizen niet meer uitvoeren. Praktijkvariatie moet afnemen door kennis te delen.

De adviseurs achten het 'wenselijk' dat medisch specialisten anders worden beloond. Loondienst of participatie (waarbij artsen als aandeelhouder van een zorginstelling profiteren als hun instelling goed functioneert) vinden ze 'als verdienmodellen meer passen bij de gewenste beweging in de zorg'. Dan hebben ziekenhuisbestuur en specialisten gelijke belangen, iets wat demissionair VWS-minister Edith Schippers afgelopen zomer al een 'stip op de horizon' noemde.

En uitkomsten van de zorg moeten meer dan nu bepalend zijn voor beloning van zorgverleners. De adviseurs spreken van 'een ambitieuze afspraak om ernaar te streven dat in 2021 30 procent van de inkomsten van de medisch-specialistische zorg gebaseerd is op uitkomsten'.

Meer huisartsen

Het rapport pleit verder voor andere opleidingskeuzes. Dus minder opleidingsplekken voor medisch specialisten: als er meer zorg van tweede naar de eerste lijn gaat, is

er minder behoefte aan tweedelijnsdokter, is de gedachte. En het aantal opleidingsplekken voor huisartsen moet dan juist groeien. De groeiende groep patiënten met meerdere aandoeningen vraagt bovendien om generalistische zorgverleners als geriaters, en minder om specialistische zorgverleners.

Daarnaast zijn volgens de ambtenaren-denktank aanvullende maatregelen nodig om de zorgkosten te drukken, bijvoorbeeld door werk te maken van lagere geneesmiddelenprijzen. Zo zou de overheid een groter deel van de medicijneninkoop naar zich toe kunnen trekken. Een ander idee is om de maximale geneesmiddelenprijs anders te bepalen. Die wordt nu berekend op basis van de prijs in vier omliggende landen. Het voorstel is om te kijken naar de prijs in tien andere landen, en de Nederlandse prijs te baseren op de drie laagste prijzen uit die tien landen. Mocht het een nieuw kabinet niet lukken om tot zorgakkoorden te komen, dan kan de overheid besluiten om artsen te verplichten tot loondienst, suggereren de ambtenaren. Ze hoeven dan niet onder de Wet normering topinkomens te vallen, want dat zou 'extra weerstand oproepen', verwachten de adviseurs. Een andere mogelijkheid om zorgkosten te beperken, is om meer tarieven te reguleren zodat de overheid een lagere maximumprijs kan bepalen voor meer behandelingen. En een vergunningsplicht voor zorginstellingen maakt het mogelijk te sturen welke zorg zij mogen aanbieden.

De topambtenaren adviseren in elk geval voor vier sectoren nieuwe akkoorden te sluiten: voor medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, eerste lijn en wijkverpleging. En deze moeten concrete en meetbare doelen bevatten, zo stellen ze. Dat moet leiden tot een groei van collectieve zorguitgaven die in de pas loopt met de economische groei. Het adviesrapport heeft vooralsnog alleen de status van stof-tot-nadenken tijdens de formatie. Eerst moet überhaupt blijken of overheid, zorgverzekeraars en zorgaanbieders weer op zo'n manier met elkaar in zee willen, en daarna onder welke afspraken ze hun handtekening willen zetten.

Rust in het veld

De Federatie Medisch Specialisten (FMS) 'ziet zeker heil' in een nieuw akkoord, zegt FMS-woordvoerder Lilian Jansen, bij een ongewijzigd zorgstelsel. 'We hebben de afgelopen jaren gezien dat de zorgkosten in de hand zijn gehouden en dat er rust was in het veld'. FMS-voorzitter Marcel Daniëls gaf in maart in een interview in Medisch Contact al aan geen voorstander te zijn van gedwongen loondienst. Volgens hem draagt dat niet bij aan kortere wachttijsten of meer kwaliteit.

Ook de LHV 'staat open' voor een nieuw meerjarenakkoord, laat LHV-bestuurslid Paulus Lips weten, als daar financiële én inhoudelijke afspraken in komen hoe huisartsen de taken die ze erbij krijgen moeten opvangen. 'Huisartsen hebben het de afgelopen jaren steeds drukker gekregen, door allerlei veranderingen. De ambitie is dat er meer werk richting de huisarts gaat, maar daar is te weinig op geanticipeerd door overheid en verzekeraars. Er is onvoldoende geïnvesteerd in het team, fysieke ruimte en meer tijd voor de patiënt.'

Volgens woordvoerder Thomas Bakker van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is zijn organisatie betrokken bij gesprekken die volgens hem nu gaande zijn 'om te kijken wat de mogelijkheden zijn'. 'Zolang die nog lopen, doen we daar geen uitspraken over.' Woordvoerder Wouter van der Horst van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) vindt het ook nog te vroeg om zich hierover uit te laten. 'Laten we eerst wachten tot er een nieuw kabinet is, zodat we weten hoe het financiële plaatje eruitziet.'

De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) laat weten te willen meewerken aan een nieuw akkoord. Staatssecretaris Van Rijn noemt de huidige akkoorden terugblikkend in een Kamerbrief vast 'een succes' en 'een constructieve bestuurlijke samenwerking die de moeite waard is om pogen te behouden'. Nu nog zien of zijn idee voor een overbruggingsakkoord over 2018 levensvatbaar is. En voor de jaren erna is het dus wachten op witte rook uit de formatieschoorsteen. ■