Tekst: Bart Doornbusch



De gezondheidszorg verandert ingrijpend voor zorgprofessionals. Medisch specialisten zullen in de toekomst een deel van hun werkzaamheden buiten de ziekenhuismuren gaan verrichten. Toelating tot meerdere ziekenhuizen of een verhuizing liggen in het verschiet en het toekomstige inkomen is in zekere zin ongewis. Hoe slaan de zorgprofessionals zich door alle ontwikkelingen heen? Door invloed uit te oefenen. Daarover schrijft VvAA consultant Bart Doornbusch een serie van vier artikelen. Dit is de vierde en laatste aflevering. De vorige afleveringen vindt u terug op www.artsenauto.nl.

Invloed door kennis en samenwerking

De kosten van de gezondheidszorg blijven stijgen en zorgverzekeraars krijgen steeds meer invloed. De zorgprofessional die in deze situatie de kwaliteit van zorg wil bewaken én zakelijk overeind wil blijven, moet zorgen dat hij goed op de hoogte is van relevante ontwikkelingen. En daarnaast is samenwerking met andere professionals cruciaal.

De kosten van de gezondheidszorg stijgen elk jaar weer: én in euro's én als aandeel van ons nationaal inkomen en de overheidsuitgaven. De verwachting is dat dit ook de komende decennia het geval zal zijn. Zelfs al zouden we met z'n allen bereid zijn een groter aandeel van ons nationaal inkomen aan de zorg te besteden, dan nog moet er iets gebeuren. In 2006 zijn bij de herziening van het zorgstelsel instrumenten ingevoerd om een afvlakking van de kostenstijging te kunnen realiseren. Instrumenten die door zorgverzekeraars benut kunnen worden bij de inkoop van de zorg. Als we niet uitkijken, wordt de macht van de zorgverzekeraar ook nog eens drastisch versterkt. Dat is een gruwel voor zorgprofessionals. Maar daar kunnen zij wel wat aan doen.

In deze laatste aflevering van de artikelenreeks over de invloed van de professional wordt per branche kort ingegaan op enkele ontwikkelingen. Ontwikkelingen waarop de professional invloed kan uitoefenen als hij bereid is tot samenwerking. Want met het enkel najagen van het eigenbelang wordt uiteindelijk zelfs de betreffende professional niet gediend. Samenwerking leidt tot invloed. Maar dan moet de zorgverzekeraar niet om de professionals heen kunnen. En niet omdat zij een machtsblok in de onderhandelingen over prijs en kwaliteit en verdeling van zorgvragen vormen, maar simpelweg omdat de samenwerking multidisciplinair is en leidt tot verschuiving van zorg, efficiëntere zorgprocessen, minder overhead, kostenbesparingen en waar nodig een hogere kwaliteit.

Een belangrijke ontwikkeling in de eerste lijn is het verschuiven van het zwaartepunt van regionale naar lokale samenwerkingsverbanden, met als doel de zorg lokaal passend te maken voor een overzienbare groep patiënten en met professionals van eigen keuze, op wiens functioneren je door het persoonlijke contact invloed kunt uitoefenen. Dat brengt ook een groter verantwoordelijkheidsbesef bij professionals met zich mee om goede afspraken met zorgverzekeraars te maken. Neem bijvoorbeeld het contracteren van de diabeteszorg. Deze zorg is gebaseerd op de zorgstandaard die bepaalt dat diëtetiek een kerndiscipline is en dat individueel toegespitste voeding- en dieetadviezen door een diëtist moeten worden gegeven. In het basispakket is het aantal uren dieetadvies waarop een diabetespatiënt recht heeft, niet beperkt. Het zou niet mogen gebeuren dat er (regionale) huisartsenzorggroepen zijn die het aantal uren dieetadvies en -begeleiding per patiënt toch op een maximum stellen en bovendien de diëtist passeren. Maar dat gebeurt toch. Regie op lokaal niveau leidt tot betere afspraken, in het belang van de patiënt.

Fiscaal ondernemerschap

In de tweede lijn staat de vrijgevestigde medisch specialist enigszins onder druk. Met de komst van de integrale bekostiging bepalen zorgverzekeraars en ziekenhuisbestuurders straks zijn inkomen. Hoewel niet het belangrijkste, is voor menig medisch specialist behoud van het fiscaal ondernemerschap wel van belang. De staatssecretaris van Financiën geeft vanaf 2015 daarvoor geen garantie meer af. Het is niet ondenkbaar dat de Wet Marktordening Gezondheidszorg zodanig wordt aangepast, dat de vrijgevestigde medisch specialist zijn fiscale positie behoudt. Maar beter is om zelf het ondernemerschap te waarborgen. Uitgerekend de verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn levert de medisch specialist tal van kansen op. Maar dan moet hij wel streven naar blijvende invloed. Door bijvoorbeeld mede-eigenaar van een zorgconcept te worden.

Ook in de geestelijke gezondheidszorg zijn belangrijke ontwikkelingen gaande. De verschuiving van de tweede naar de eerste lijn, van intra- naar extramuraal en van alleen de focus op de psyche naar de verbinding met de somatiek. Allemaal ontwikkelingen waarop de professional een bepalende invloed kan uitoefenen. Maar dan moet hij zich wel losweken van het management van de grote ggz-instellingen en een nieuwe invulling geven aan de alom beproefde verlengde-arm-constructie. Vooral de ontmanteling van de grote, logge ggz-instellingen zal de professional een veel betere positie opleveren. En wat voor de ggz geldt, geldt ook voor de verpleeghuiszorg en de thuiszorg. De door het kabinet gewenste hervorming van de AWBZ levert tal van mogelijkheden op voor de professionals die nu in de AWBZ werkzaam zijn. Laten zij verbindingen aangaan met professionals in de cure-sector; vooral in de eerste lijn.



Maar alles staat of valt met het antwoord op de volgende vraag. Gaat het kabinet artikel 13 van de Zorgverzekeringswet zodanig aanpassen dat wanneer een patiënt voor een niet door diens zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener kiest, hij wettelijk geen recht meer heeft op vergoeding van (een deel van) de kosten? En in het verlengde daarvan, gaat het kabinet de restitutiepolis voor de basiszorg afschaffen? Ook al zou dit laatste voornemen uiteindelijk niet worden uitgevoerd, dan nog is het effect van het ontnemen van de patiënt van diens recht op een redelijke en billijke vergoeding ingrijpend en gelijk aan het afschaffen van de restitutiepolis. Dat moet patiënt én professional zorgen baren.

Overstappen

Het huidige artikel 13 van de Zorgverzekeringswet levert namelijk de basis op voor het versterken van de invloed van patiënt en professional op de ontwikkelingen in de zorg. Artikel 13 is juist nodig om de kosten te beteugelen. Neem het Slotervaartziekenhuis in Amsterdam. De partijen zijn weer om de tafel gegaan, maar wat als er niet was ingegrepen door de raad van toezicht van het ziekenhuis? Dan had de verzekerde van Achmea écht invloed op het inkoopbeleid kunnen uitoefenen door toch voor het Slotervaart te kiezen. Want overstappen naar een andere zorgverzekeraar wordt pas een alternatief als per zorgvraag een zorgverzekeraar kan worden gekozen. Maar de patiënt wil desondanks niet een deel van de hoge ziekenhuisrekening betalen. Dat betekent dat het ziekenhuis goedkoper moet worden om de patiënt te kunnen houden. En daarop stuurt de zorgverzekeraar indirect, omdat de hoogte van de vergoeding wordt bepaald op basis van de gecontracteerde zorg. Hoe zit het dan met de invloed van de professional? Simpel, het is een stuk eenvoudiger om invloed op je eigen organisatie en de keuze van de patiënt uit te oefenen dan op het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar. Kortom, het huidige artikel 13 van de Zorgverzekeringswet is de basis voor het uitoefenen van invloed op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

consultants@vvaa.nl