

Schippers' plan B: korting op eigen risico als stimulans

De inperking van de vrije artskeuze is van de baan; wijziging van artikel 13 van de Zorgwet is niet langer nodig om in 2016 een miljard euro aan bezuinigingen in de zorg te realiseren. Minister Schippers van VWS komt met een alternatief pakket aan maatregelen.



Als onderdeel van het pakket wil Schippers stimuleren dat er naturopolissen komen met een lager verplicht eigen risico voor die verzekerden die gebruikmaken van gecontracteerde zorg. Dat zou vooral aantrekkelijk zijn voor mensen die hun eigen risico snel verbruiken omdat ze veel zorg nodig hebben, vaak van verschillende aanbieders. Spiegelbeeld van deze maatregel is dat de compensatie voor verzekeraars zo wordt veranderd dat het loont polissen op deze chronisch zieken en ouderen te richten. Door de vereveningsbijdrage op een andere manier te berekenen zullen de zorgverzekeraars zich, zo hoopt de minister, meer op deze groepen richten. Overigens blijft het gevaar van risicoselectie bestaan. Daarom onderzoekt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) momenteel of er polissen bestaan die impliciet bedoeld zijn om 'winstgevende' verzekerden aan te trekken en 'verliesgevende' verzekerden te weren, en zo ja, hoe die werken en welke marketingstrategieën verzekeraars voor die polissen inzetten.

Contractloos werken

De minister wil contractloos werken in de zorg ontmoedigen. Dat zorgaanbieders daarvoor kiezen, komt doordat het verschil tussen de vergoeding voor zorg zonder en met contract met de verzekeraar onvoldoende is. Het vergoedingsverschil wordt dan goedgemaakt door veel meer verrichtingen te doen. Het kan daardoor voor een individuele aanbieder lucratief zijn om juist zonder contract veel volume te draaien, de overschrijding wordt immers op de hele sector verhaald. Dat is een 'perverse prikkel', zegt Schippers, en ze gaat daarom het zogeheten macrobeheersingsinstrument ook toepassen op niet-gecontracteerde zorg; ze wil zo budgetoverschrijdingen bij deze zorgaanbieders terugvorderen.

Kwaliteit ggz

Schippers gaat de kwaliteitseisen opschroeven; informatie over de kwaliteit van de behandeling van dertig 'relevant'

aandoeningen komt versneld beschikbaar. Ze richt haar pijlen vooral op de ggz. Er komen aanvullende eisen aan kwaliteit en transparantie van de geleverde zorg, zoals het verplicht aanleveren van ROM-gegevens (*routine outcome monitoring, red.*) aan de Stichting Benchmark SBG, waardoor er meer zicht op de uitkomst van behandelingen komt, het verplichten van een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem en het goed vastleggen van de verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar en de overige behandelaren. Verder moet de nieuwe generalistische basis-ggz veel meer worden georganiseerd in ketens en samenwerkingsverbanden. De bekostiging moet daarop zijn afgestemd; de NZa zal daarom prestatiebeschrijvingen en tariefbeschikkingen aanpassen.

Fusies

Er komt verscherpt toezicht op fusies. Patiënten hebben door het fuseren van zorginstellingen minder keuzevrijheid. Het toezicht op de sector zal daarom bij de Autoriteit Consument & Markt (ACM) gebundeld worden. Binnen de Mededingingswet wil Schippers fusies tegengaan.

Tekenen bij het kruisje

Opmerkelijk is dat de minister erkent dat de zorgverzekeraars een wel erg sterke positie hebben gekregen tegenover de individuele beroepsbeoefenaren. Artsen krijgen standaardcontracten voorgelegd waarover geen inhoudelijk gesprek meer mogelijk is; het beruchte ‘tekenen bij het kruisje’. Voor 2016 kondigt Schippers daarom ‘modellen’ aan waarbinnen het gesprek over inhoud, kwaliteit en service wel kan plaatsvinden.

‘Nog veel verder gaan’

Gezondheidseconoom Guus Schrijvers reageert enthousiast op het plan van minister Schippers om korting te geven op het eigen risico als patiënten naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaan. Schrijvers: ‘Het lijkt erop dat het kwartje is gevallen dat het beter is om patiënten te stimuleren goede en goedkope zorg te kiezen, dan om de vrije artskeuze te

HOE NU VERDER MET DE IMPASSE TUSSEN GGZ EN SCHIPPERS?

Met alle partijen van de hoofdlijnakkoorden wil de minister opnieuw in overleg treden over de uitwerking van de voorgestelde maatregelen. Dat is impliciet een opsteker voor de ggz-sector: de minister beschouwde nog vorige week het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord als van de baan. Dat akkoord omvatte een pakket afspraken om patiënten minder in instellingen en meer in de eigen omgeving te behandelen. De volumegroei zou worden teruggebracht naar maximaal 1 procent per jaar. De minister meende dat de ggz-partijen voor een vertrouwensbreuk hadden gezorgd door in een brief en een petitie aan de Eerste Kamer hun bezwaren te uiten over aanpassing van artikel 13 van de Zorgwet, die ze (toen nog) essentieel achtte voor het akkoord. Sindsdien zijn de verhoudingen tussen VWS en ggz ernstig bekoeld.

In een brief stak Jacobine Geel, voorzitter van GGZ Nederland, vorige week de hand uit naar de minister, maar ze liet zich tegelijkertijd ook kritisch over haar uit: ‘Het op papier zetten van een akkoord is één ding, de werkelijkheid van de uitvoering vaak een volstrekte andere. Dat die weerbarstig is, hebben alle betrokken partijen in de afgelopen twee jaar ervaren. Niet alleen is ieders volle inzet voor de uitvoering van het akkoord vereist, ook een regierol van de minister als stelselverantwoordelijke is hiervoor onontbeerlijk. Als deze rol onvoldoende wordt ingevuld, treedt onvermijdelijk onevenwichtigheid op. Die lijkt vooralsnog uit te vallen in het voordeel van zorgverzekeraars en (gezonde) verzekerden en in het nadeel van mensen die daadwerkelijk een beroep op hun verzekering moeten doen, de patiënten.’ Geel wil nu niet reageren op de nieuwe voorstellen van de minister. Ze wil eerst overleg met bestuur en achterban. Wel zegt ze dat het ‘niet niks is wat er is gebeurd’. ‘Ik heb niet zoveel zin meer in stoere taal; ik wil in gesprek.’

bepersen. Van mij zou ze zelfs nog veel verder mogen gaan; een heupoperatie bijvoorbeeld kost bij de, zeer ervaren, Maartenskliniek in Nijmegen 2000 euro minder dan in een ander ziekenhuis. De zorgverzekeraar verdient er dus 2000 euro aan als de patiënt goed en goedkoop kiest. Wat mij betreft kan een deel van dat bedrag terug naar de patiënt, bijvoorbeeld door 500 euro korting te geven op de premie. Dan wordt de patiënt beslist verleid om te onderzoeken waar goedkope zorg wordt geboden. Zorgverzekeraars moeten dus een witte lijst creëren van goede, goedkope hulpverleners.’ Kritischer is Schrijvers over de plannen van Schippers om contractloos werken in de zorg te ontmoedigen. Schrijvers: ‘Ik denk dat Schippers hier op een aantal punten gaat verliezen. Bijvoorbeeld op het gebied van zorg in het buitenland, die nu meestal nog niet-gecontracteerd

verloopt, maar die ook veel goedkoper en van goede kwaliteit kan zijn. Als econoom vind ik vrij verkeer van patiënten heel belangrijk. Er zou wat mij betreft sowieso minder nadruk moeten komen te liggen op de jaarlijkse contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het is belangrijk dat die samen goede afspraken gaan maken over de langere termijn. Zorgaanbieders – en hun bankiers – moeten weten waar ze over vijf jaar staan, zodat ze zich erop kunnen voorbereiden. Door de jaarlijkse contracten van nu is er te veel incidentenbeleid.’ ■

web

De brief van minister Schippers over alternatieve maatregelen en eerdere MC-artikelen over de vrije artskeuze vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.