

“Resultaten uit het verleden bieden geen garantie voor de toekomst”.

Position Paper Hoofdlijnenakkoorden

Rondetafelgesprek “Zorgakkoorden” maandag 16 april 2018

Wim Groot

Hoogleraar gezondheidseconomie

Universiteit Maastricht

Hieronder wordt een korte reactie gegeven op de centrale thema’s en vraagstelling zoals verwoord in de uitnodiging voor het rondetafelgesprek met de vaste commissie VWS.

*Wat zijn de ervaringen met eerdere hoofdlijnenakkoorden?*

De eerste Hoofdlijnenakkoorden (Hla) waren vooral bedoeld om zorgverzekeraars te steunen en overeind te houden in onderhandelingen met zorgaanbieders over kostenbeheersing. Het eerste Hla was een afspraak tot een inspanningsverplichting om in de periode 2012-2015 een trendbreuk in de uitgavengroei te realiseren. Om dit te bereiken werd afgesproken om te komen tot: selectieve zorginkoop, spreiding en specialisatie ziekenhuisfuncties, substitutie van tweede naar eerste lijn, afbouwen overbodige ziekenhuiscapaciteit, doelmatig geneesmiddelengebruik, en ontwikkeling veiligheidsmanagement. Wat opvalt is dat in het eerste Hla alles in het teken staat van kostenbeheersing.

Het valt moeilijk vast te stellen in hoeverre de Hla werkelijk hebben bijgedragen aan kostenbeheersing. Om twee redenen is enige twijfel over de bijdrage van de Hla aan kostenbeheersing op zijn plaats. Om te beginnen was de trendbreuk in de groei van de zorguitgaven al ingezet voordat de eerste Hla werden afgesloten. Het eerste Hla werd in 2011 afgesloten en trad in 2012 in werking. Uit cijfers van het CBS blijkt dat de groei van de BKZ uitgaven al vanaf 2008 aan het dalen was. Zo groeiden de BKZ uitgaven in 2008 met 8.9%, in 2009 met 6.9%, in 2010 met 5.3%, in 2011 met 3.2%, in 2012 (het eerste jaar van de Hla) met 5.4% en in 2013 met 1.3%. Deze ontwikkelingen suggereren dat de Hla vooral vastlegden wat al eerder in gang gezet was, namelijk in daling inde groei van de zorguitgaven. De daling in de zorguitgaven deed zich verder in alle OECD landen voor. In veel landen was de daling in de groei zelfs groter dan in Nederland en in geen enkel ander OECD land werden Hla afgesloten. Dat deze ontwikkelingen zich in alle OECD landen voordeden, suggereert dat gemeenschappelijke ontwikkelingen een rol speelden. De belangrijkste daarvan is de gematigde loonkostenstijging in de zorg als gevolg van de financiële crisis en de recessie.

*Voor welke uitdagingen staan we de komende jaren waar het gaat om betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit*

De toegankelijkheid van de zorg in Nederland is zeer groot, de kwaliteit is over het algemeen goed. Het grote probleem de komende jaren wordt de betaalbaarheid. De zorgkosten in Nederland zijn internationaal gezien hoog. Dit komt niet door hoge uitgaven aan curatieve zorg. De zorgkosten in Nederland zijn hoog als gevolg van de hoge uitgaven aan langdurige zorg en aan de geestelijke gezondheidszorg. Zelfs zonder de extra €2,1 voor verpleeghuizen zijn de uitgaven aan ouderenzorg in ons land veel hoger dan in de ons omringende landen. Het kabinet is voornemens om de eigen bijdragen in de Wlz en de Wmo flink te verlagen. Dit is vooral een cadeautje voor de zorggebruikers met een hoog inkomen. De verlaging van eigen bijdragen in Wlz en Wmo zal het toch al hoge zorggebruik en zorgkosten in de langdurige zorg verder doen toenemen.

Daar staat tegenover dat in de curatieve zorg - waar we in ons land vergeleken met andere landen niet buitensporig veel aan uitgeven - door Hla wordt getracht de kostenstijging te beperken. Dit is inconsistent. Als kostenbeheersing het doel is, zou veel meer gekeken moeten worden naar de kosten van de langdurige zorg. Maatregelen die kostenverhogend werken, zoals het beperken van de eigen bijdragen in de langdurige zorg die vooral gunstig uitpakken voor mensen met de hogere inkomens, zouden dan heroverwogen moeten worden.

De Hla zouden weer terug moeten naar de oorsprong: een afspraak over kostenbeheersing. Daarvoor is ook één Hla voldoende. Dit ene Hla zou zowel de medisch specialistische zorg, de wijkverpleging, de GGZ en de huisartsenzorg moeten omvatten. Dit Hla zou afspraken moeten bevatten over de besteding van de extra financiële middelen die deze kabinetsperiode beschikbaar komen. De aandacht richt zich nu te veel op de 'bezuinigingen' (die geen bezuinigingen zijn). Het is beter positieve afspraken te maken over waar het extra geld voor zorg de komende jaren aan zal worden besteed. Dit heeft een aantal voordelen:

1. Het Hla worden een echt hoofdlijnenakkoord en niet een vehikel voor micro-management in de zorg;
2. Afspraken over de besteding van de extra middelen voor de zorg voorkomt een 'valse' discussie over bezuinigingen. De €1.9 miljard bezuinigen zijn gebaseerd op een papieren werkelijkheid van (discutabele) CPB ramingen;
3. Afspraken over de besteding van de extra middelen voor zorg biedt de Tweede Kamer meer inzicht in waar het extra geld voor de zorg blijft.
4. Zorgverzekeraars merken terecht op dat de maximale groeipercentages die in de vorige Hla zijn afgesproken in de praktijk werken als de minimum groeipercentages. Door het extra geld een duidelijke bestemming te geven en op hoofdlijnen te verdelen kan dit worden voorkomen.
5. Afspraken op hoofdlijnen geven zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten meer mogelijkheden om (regionaal) maatwerkafspraken over de inhoud te maken.

*Welke thema's zouden in de zorgakkoorden een plek moeten krijgen en welke thema's juist niet*

Het VWS beleid in de curatieve zorg wordt nu vrijwel volledig opgehangen aan de Hla. Door het beleid zo afhankelijk te maken van akkoorden met belanghebbenden mist het VWS beleid duidelijke richting. Door de verschillende deelakkoorden binnen de curatieve zorg ontbreekt het ook aan samenhang. Het gebrek aan samenhang is nog duidelijk als ook de langdurige zorg en de maatschappelijke ondersteuning in beschouwing wordt genomen. Een samenhangend beleid voor curatieve zorg, langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning is afwezig. Zoals hierboven is aangegeven, leidt dit er toe dat vanuit het perspectief van kostenbeheersing de aandacht zich op de verkeerde dingen richt.

Beperk daarom de Hla tot hetgeen ze oorspronkelijk bedoeld waren: een afspraak over kostenbeheersing. Sluit ook slechts één Hla. VWS kan vervolgens zelf een samenhangend zorgbeleid formuleren uitgaande van de publieke belangen en waarden die de overheid dient te waarborgen. Dit beleid moet niet door Hla tot stand komen. De functie van het Hla moeten zijn afspraken op hoofdlijnen te maken over de besteding van de extra middelen voor zorg.

*Op welke wijze kan meer invulling worden gegeven aan zorginhoudelijke afspraken en hoe kan invulling worden gegeven aan (regionaal) maatwerk?*

Beperk het Hla tot een afspraak over de besteding van de extra financiële middelen, biedt ruimte voor (regionaal) maatwerk en laat de inhoudelijke afspraken over aan zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten en leg dit niet vast in een Hla.