

## **Position Paper Zorgakkoorden April 2018**

De zorg in Nederland is goed, maar beweegt niet gemakkelijk. Terwijl we met zijn allen de noodzaak tot verandering zien. Dat komt omdat niemand echt de regie heeft over de zorg. Niemand voelt zich eigenaar van de grote verandering, de verantwoordelijkheid is verspreid over veel partijen. In de zorg hebben partijen beperkte schaalgrootte en/of een regionale, lokale oriëntatie. Voor structurele verandering is regie nodig, of grote machtige partijen die zaken in beweging kunnen zetten. Onze overheid neemt in dit stelsel niet die regie.

Toch zal die regie moeten worden genomen. Want we staan voor grote keuzes. We willen de zorg ook voor komende generaties goed en betaalbaar houden. Dat kan, als alle betrokkenen daar samen over nadenken. En afspraken over maken. Wij zien daarvoor hoofdlijnakkoorden als een geschikt middel. Daarin kun je stapsgewijs vastleggen wat je wilt bereiken, wie daarvoor de verantwoordelijkheid neemt en wanneer.

Daarom hebben wij indertijd getekend voor het Hoofdlijnakkoord Medisch Specialistische Zorg. Daarin is een aantal voor patiënten belangrijke zaken op de rails gezet. Denk aan het programma MedMij<sup>1</sup> over persoonlijke gezondheidsomgevingen en aan het project 'Samen Beslissen in de spreekkamer'<sup>2</sup> en de daaruit voortvloeiende drie goede vragen<sup>3</sup>. In een nieuw hoofdlijnakkoord Medisch Specialistische Zorg maken we wat ons betreft afspraken over de transparantie van prijs en kwaliteit van zorg en over goede informatievoorziening voor zorggebruikers over veranderingen.

### **Juiste zorg op de juiste plek**

Zo kunnen hoofdlijnakkoorden van nut zijn. Om afspraken over de juiste zorg op de juiste plek te maken. Goede zorg die in dienst staat van de patiënt. Het rapport van de Taskforce Zorg op de juiste plek<sup>4</sup> biedt hiervoor goede aanknopingspunten. Waarom willen wij meedoen aan een nieuw hoofdlijnakkoord? Omdat je met landelijke afspraken koplopers ruimte kunt geven en belonen. Je kunt anderen stimuleren om ook stappen te zetten en je kunt de achterblijvers in de vernieuwing laten zien dat stilstaan niet loont. Werken met 'wortel en stok' loont ook in de zorg.

Dat wil niet zeggen dat we het met alles in hoofdlijnakkoorden eens zijn. We zien bijvoorbeeld dat het akkoord over de eerstelijnszorg te weinig concreet was en ook te weinig in beweging heeft gebracht. Zo weten patiënten nog steeds niets over de kwaliteit van huisartsen of ketenzorg.

### **Vertegenwoordiging van patiënten**

Hoofdlijnakkoorden kunnen ook een stok achter de deur zijn om ervoor te zorgen dat afspraken worden nagekomen. In zorgakkoorden moeten niet alleen afspraken komen over de juiste zorg op de juiste plek, met aandacht voor de patiënt en zijn of haar wensen. Er moet ook concreet worden vastgelegd hoe we die afspraken samen gaan nakomen. Wie doet wat en op welk moment? Iedereen zegt dat bij hem de patiënt centraal staat. Maar in de praktijk worden vertegenwoordigers van patiënten nog veel te weinig betrokken bij (veranderingen in) de zorg. Nog teveel gaat over hen, maar niet met hen.

---

<sup>1</sup> <https://www.medmij.nl/>

<sup>2</sup> <https://www.patiëntenfederatie.nl/themas/samen-beslissen/>

<sup>3</sup> <http://3goedevragen.nl/>

<sup>4</sup> [Rapportage 'De juiste zorg op de juiste plek, 6 april 2018](#)

Daarom: Afspraken zijn op papier geduldig maar ze werken alleen als ze worden nagekomen. Een hoofdlijnenakkoord heeft alleen zin als er meetbare afspraken in staan. Geef duidelijk aan **wat** er **wanneer** moet gebeuren en **wie** daarvoor verantwoordelijk is.

### **Gelijkwaardigheid**

En zorg voor gelijkwaardigheid van partijen. Dat valt niet mee, weten we uit ervaring bij de Zorgverzekeringswet. Daar zouden weliswaar formeel drie partijen (verzekeraars, aanbieders en patiënten) een rol hebben, maar patiënten zijn in praktijk niet of nauwelijks betrokken bij zorginkoop, laat staan dat ze inzicht hebben in de kwaliteit van zorg(aanbieders). Feitelijk bepalen zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling welke zorg tegen welke prijs wordt geleverd. Patiënten hebben hier het nakijken. Wat ons betreft spreken we in nieuwe akkoorden af dat we dit beter gaan regelen. Dat patiënten echt meetellen en meespreken en bepalen.

Want de stem van de patiënt is onmisbaar. De zorg wordt onmiskenbaar duurder. Nieuwe technieken en medicijnen vergroten de kwaliteit van leven van patiënten en de levensduur, maar dat leidt tot hogere kosten. Zet daarom in hoofdlijnenakkoorden ook in op een beter en doeltreffender gebruik van digitale zorg en maak daar duidelijke afspraken over. Ook over hoe we deze vernieuwing gaan financieren.

### **Zorg dichtbij huis**

Hoofdlijnenakkoorden bieden in onze visie een landelijk kader. De meeste patiënten zoeken en krijgen echter zorg in hun eigen regio. Daar moeten concrete plannen en afspraken gemaakt worden. Voor veel voorkomende zorgvragen zou dit op wijk- of dorpsniveau moeten gebeuren. Voor meer gespecialiseerde zorgvragen zal het eerder gaan om afspraken in een regio met grotere omvang, bijvoorbeeld zoals de GGD-regio's.

Om regioplannen te maken en uit te voeren is regie en leiderschap nodig. Soms ontstaat dat vanzelf, bijvoorbeeld doordat een ziekenhuisdirectie, een thuiszorgorganisatie en/of een grote huisartsengroep het voortouw nemen. Daar waar dat niet of te weinig gebeurt, moet er onafhankelijke professionele ondersteuning komen. Financiering hiervan kan in een hoofdlijnenakkoord afgesproken worden. En ook in de regio geldt: werk niet zonder (vertegenwoordigers van) patiënten. Betrek hen actief en laat ze op gelijkwaardig niveau inbreng leveren voor regio- of wijkplannen.