

Dubbelinterview Peter Paul van Benthem en Sjaak Wijma

# FMS en Zorginstituut in gesprek over de toekomst van de zorg

Eind dit jaar stopt Peter Paul van Benthem als voorzitter van de Federatie Medisch Specialisten (FMS). Hij gaat zich volledig richten op zijn werk als hoofd van de afdeling KNO bij het LUMC in Leiden. Zorginstituut-voorzitter Sjaak Wijma heeft de afgelopen jaren veel contact gehad met Van Benthem. In een tweegesprek kijken ze terug en blikken ze vooruit, onder meer naar de uitvoering van het Integraal Zorgakkoord (IZA).

**Tekst** Jos Leijen

**Beeld** Paul Tollenaar en Bettine Traas

Van Benthem en Wijma troffen elkaar voor het eerst toen Wijma nog praktiserend gynaecoloog was en actief in de NVOG, de wetenschappelijke vereniging van gynaecologen. Van Benthem was in die tijd betrokken bij de KNO-vereniging en werkte met patiëntenverenigingen aan een wetenschapsagenda om zorg te evalueren. Wijma was vanuit de NVOG met hetzelfde onderwerp bezig. Wijma: “We vonden dat evaluatie van zorg structureel nodig was om de zorg te verbeteren. En dat deze breder zou moeten worden toegepast. Dat leidde in 2016 tot het programma ‘Leading the Change’ van de FMS, Zorgverzekeraars Nederland en de Patiëntenfederatie. Dit programma kun je zien als de voorloper van het programma ‘Zorgevaluatie & Gepast Gebruik’. We hadden destijds niet verwacht dat het zo’n vlucht zou nemen.”

## Duidelijkheid over rollen

Van Benthem: “De zorgevaluatie heeft ook zijn weg gevonden in het Hoofdlijnenakkoord. En uiteindelijk in het Integraal Zorgakkoord (IZA). Het was wel een beetje eng om het uit handen te geven. De afgelopen jaren heeft dat tot veel discussie geleid over wie welke rol nu precies heeft. Bij de totstandkoming van het IZA is daarover ook gesproken. Tegelijk is er meer duidelijkheid gekomen over ieders rol. Dat sluit niet uit dat we af en toe nog in gesprek moeten over wiens terrein het is.”

Wijma: “Bij Zorgevaluatie & Gepast Gebruik was er soms domeinstrijd. Ik verwacht dat dat dankzij de afspraken in het IZA minder het geval zal zijn. Voorheen keek elke partij vooral vanuit haar eigen belang, nu staan

we voor een gedeeld belang. Vanuit dat gedeelde belang kijkt ieder terug: wat is dan mijn rol daarin? De rol van het Zorginstituut is die van pakketbeheerder.”

Van Benthem: “Voor de wetenschappelijke verenigingen ligt er een duidelijke rol op de inhoud. Afwegingen over het beheer horen niet bij ons. Als het Zorginstituut een kritisch advies uitbrengt over een nieuw duur geneesmiddel, dan heb ik daar respect voor. Vervolgens is het aan de politiek om een besluit te nemen over al dan niet vergoeden.”

Wijma: “Dat kan soms spanning geven. De rol van het Zorginstituut is om vanuit het collectief belang te kijken of we een geneesmiddel zouden moeten toepassen. We kijken daarbij ook naar het draagvlak onder professionals. Een dokter in de spreekkamer voelt de opdracht om te doen wat het beste is voor de patiënt, zoals beschreven in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst. De arts heeft op zo’n moment alleen met die ene patiënt te maken. Als Zorginstituut moeten we voortdurend meewegen dat er nog duizenden andere patiënten zijn die ook zorg nodig hebben. Een verdelingsvraagstuk.”

Van Benthem: “Daar komen we elkaar tegen. Jan Kremer heeft het mooi verwoord: eerst ging de professional over de zorg, toen kwam samen beslissen; en nu kijkt de maatschappij ook mee. De Federatie wordt gedreven door de ambitie van de medisch specialist om de beste zorg te kunnen leveren voor zijn of haar patiënt. Het gaat ons om het individueel belang van de patiënt. Het is moeilijk voor artsen om dit af te wegen tegen maatschappelijke belangen.”

## Van Benthem: “De medisch specialist wil de beste zorg leveren voor zijn of haar patiënt. Het gaat ons om het individueel belang van de patiënt. Het is moeilijk voor artsen om dit af te wegen tegen maatschappelijke belangen”

### Stem van de samenleving

Wijma: “Ons stelsel is gebaseerd op de belofte van toegang tot goede zorg. Dat hebben we overgelaten aan de driehoek zorgverzekeraar, arts en patiënt. De samenleving was lange tijd niet vertegenwoordigd, maar die moet er wel een stem in krijgen. Het Zorginstituut laat die stem klinken. Dat is nieuw, en het is best spannend.”

Van Benthem: “Zorg is een overheidsfunctie; de overheid geeft de kaders, waaronder het budget. Vervolgens is de vraag hoe we binnen die kaders blijven. De FMS vraagt om vertrouwen in de expertise van de dokter. Daarbij past het niet om alle zorg te schrappen die niet bewezen effectief is, maar wel effectief zou kunnen zijn.”

Wijma: “Het gaat er niet om dat we alle zorg op effectiviteit toetsen, maar wel zorg waar we vragen bij hebben. Er moet een reden zijn om zorg tegen het licht te houden. Bijvoorbeeld als die zorg veel menskracht of middelen vraagt, of als er vragen zijn over duurzaamheid.”

Van Benthem: “Als je ziekenhuizen vraagt naar bedreigingen, dan noemen ze de gasprijzen, de looneisen en de dure geneesmiddelen. Het lijkt alsof de politiek die dure geneesmiddelen niet durft aan te pakken vanwege verwachte tegenstand onder burgers. Burgers die vaak onvoldoende op de hoogte zijn. Er is schaarste aan zorg. In de covid-periode hebben we ervaring opgedaan over hoe we hiermee moeten omgaan. Er leven ideeën bij de FMS om hierover een document op te stellen. Wanneer is er sprake van schaarste? Hoe prioriteren we zorg dan?”



Wijma: “Er is al schaarste. Dat gaat over geld en over personeel. We moeten de samenleving voorbereiden op moeilijke keuzes. Als jullie dat document gaan maken, willen we daar graag aan meedoen.”

In 2008 heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg geadviseerd dat maximaal 80.000 euro per QALY (gewonnen levensjaar - red.) de norm is. Het blijkt voor de samenleving erg ingewikkeld om zich daaraan te houden; we zeggen niet snel nee tegen een duur geneesmiddel. We zitten daardoor op een groeipad dat zo niet door kan gaan. Dat geldt niet alleen voor de Zorgverzekeringswet, maar ook voor de Wet langdurige zorg. Je kan geld en menskracht maar één keer inzetten, kiezen voor de zorg voor die ene zichtbare patiënt is daardoor kiezen tegen de zorg voor een andere, onzichtbare patiënt.”

### De zorg als een keten

Van Benthem: “Een belangrijke vraag is ook of zorg in het ziekenhuis geleverd moet worden, of dat het ook ergens anders kan. We moeten de zorg in de keten bezien waarbij alle schakels betrokken zijn. Die les leerden we in de covid-tijd. De grote uitdaging is wel of de huisartsen voldoende toegerust zijn om de voordeur voor ons dicht te houden. En of de informele zorg en thuiszorg patiënten kunnen opvangen die ons via de achterdeur verlaten, zodat de verkeerdebeddenproblematiek wordt opgelost. Dat zijn grote zorgen. Maar daar gaan we wel mee aan de slag.”

Wijma: “Er zijn mooie voorbeelden van partijen die met elkaar aan tafel gaan zitten en met budgetten durven schuiven door aan te sluiten bij wat ze als keten nodig hebben.”

Van Benthem: “Ja, we hebben onder het Hoofdlijnenakkoord veel initiatieven ►



**Wijma: “De samenleving had lange tijd geen stem in het gesprek over toegang tot goede zorg. Het Zorginstituut laat die stem klinken. Dat is nieuw, en het is best spannend”**

ontwikkeld om te schuiven tussen domeinen, ook al waren er onvoldoende financiële mogelijkheden voor domeinoverstijgende besteding. Na een paar jaar zijn die soms door de incidentele financiering toch weer verdwenen. Dat ligt misschien meer bij de NZa dan bij het Zorginstituut, maar het zou gemakkelijker worden als goede initiatieven over de domeinen heen beter worden gefaciliteerd.”

Wijma: “Eens. Zorgverzekeraars zouden niet meer weg mogen komen met een PxQ-contract (prijs x aantal - red.). Die productieprijs moet uit het systeem. Als je als verzekeraar gepaste zorg moet contracteren, vraagt dat van de inkooporganisatie een geweldige verandering. Die transitie moeten we de tijd geven; dat kan niet morgen. Dat geldt overigens ook voor de zorgaanbieder.”

Van Benthem: “Dat kan zeker niet morgen. Wij zien passende zorg dan ook als een beweging. Waar ik wel bang voor ben is dat

die gepaard gaat met nieuwe beleidsdrukte, een hele berg regelgeving, bureaucratie en verantwoordingscycli. Dat staat haaks op het vertrouwen en de ruimte die professionals nodig hebben om de omslag te maken. Er moet een administratieve lastenmonitor komen om dat te bewaken. Ook moet het een vast agendapunt worden bij het IZA-overleg zodat partijen die dat veroorzaken er direct op kunnen worden aangesproken.”

#### **Ondersteuning door ICT en data**

Wijma: “Het is belangrijk dat er goede ICT-ondersteuning en data-uitwisseling komt. Dan kunnen we data delen, leren vanuit data en het goede gesprek voeren.”

Van Benthem: “ICT is inderdaad een voorwaarde om de stap te maken, zodat we adequate spiegels krijgen om te vergelijken. Daarbij moeten we wel oppassen dat de richtlijnen geen instrument worden om per-

formance te meten. Voor ons is een richtlijn een basis en een wetenschappelijke onderbouwing voor het gesprek met de patiënt. Geen verantwoordingsinstrument, dan zijn we verkeerd bezig.”

Wijma: “Daar is weinig verschil van mening over. Misschien wel over hoe richtlijnen worden opgesteld. Als er geen bewijs is voor een behandelkeuze, dan moet dat duidelijk zijn benoemd in de richtlijn. En als je dergelijke zorg als professional in een specifieke casus toch toepast, dan is dat het recht van de professional, maar dan vind ik dat die daar wel op bevroegd mag worden. Als de richtlijn haaks staat op de evidentie van de toelating tot het pakket, dan moeten we in gesprek. Daarom wil ik samen met het kennisinstituut van de FMS kijken hoe we hun richtlijnen in overeenstemming kunnen brengen met de evidentie die heeft geleid tot de toelating van zorg tot het verzekerde pakket.” ●