



Structurele financiering richtlijnontwikkeling voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen

Rapportage

Opgesteld door

Dr. C. van Vliet , directeur stichting NVAB
Mr. W.A. Faas, voorzitter NVVG
Prof.dr. C.T.J. Hulshof, coördinator richtlijnen NVAB en bijzonder
hoogleraar arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, AMC
A.M. Blaauw-Hoeksma, voorzitter GAV

Datum

Juni 2015

Inhoud

Inleiding	2
Doelstelling.....	3
Onderzoeksopzet.....	3
Ontwikkeling verschillende financieringsmodellen	5
1. Contributiemodel	6
2. Overheidsmodel	7
3. Uurtariefmodel.....	8
4. Verzekeraarsmodel	9
5. Premie- of belastingmodel	10
6. Fondsmodel.....	11
Conclusie en aanbevelingen.....	12
<i>Bijlage 1</i> Kwaliteitsgelden voor medisch-specialistische zorg	13
<i>Bijlage 2</i> Programma: Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg 2013 – 2018.....	17
<i>Bijlage 3</i> Uitslag ledenraadpleging NVAB m.b.t. onderwerp richtlijnen	18

Inleiding

Het Kwaliteitsbeleid voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen is in gevaar. Door het ontbreken van een adequate financieringsstructuur voor de herziening en update van NVAB-richtlijnen en VG-protocollen wordt de “wetenschappelijke houdbaarheidsdatum” overschreden.¹ Relevante nieuwe onderwerpen kunnen niet worden opgepakt. Ook voor implementatie-activiteiten en de noodzakelijke inbreng van de factor arbeid in richtlijnen van andere medische en paramedische professionals is geen structurele financiering aanwezig.

Richtlijnontwikkeling is een kostbaar proces. De gemiddelde kosten voor de ontwikkeling van een EBM richtlijn bedragen 1,5 – 2 ton (KKCZ-programma). Ook een herziening vergt in het algemeen een intensief traject waarbij de kosten aanzienlijk zijn. De beroepsverenigingen van bedrijfsartsen (NVAB),

verzekeringsartsen (NVVG) en geneeskundig adviseurs in particuliere verzekeringszaken (GAV) zijn niet in staat om de ontwikkeling en herziening van richtlijnen geheel uit eigen middelen (= contributie-inkomsten) te financieren.

In het verleden is door SZW subsidie beschikbaar gesteld voor de ontwikkeling van NVAB-richtlijnen en VG-protocollen. Een structurele ondersteuning vanuit de overheid is niet vanzelfsprekend gelet op de huidige visie bij de overheid op publiek/private verantwoordelijkheidsverdeling. Indien echter geen aanvullende middelen voor noodzakelijke herzieningen beschikbaar komen zullen de huidige richtlijnen en protocollen niet meer de huidige stand van de wetenschap weergeven en moeten worden ingetrokken.

Hiermee gaat een essentieel kwaliteitsinstrument voor de begeleiding en beoordeling van werknemers met een gezondheids- of functioneringsprobleem verloren. Het is te verwachten dat dit vervolgens een negatief effect zal hebben op de kosten voor de samenleving

De beroepsverenigingen NVAB, NVVG en GAV hebben vlak voor de zomer van 2013 aan de bel getrokken bij het ministerie van SZW om aandacht te vragen voor bovengenoemde problematiek van het Kwaliteitsbeleid. In reactie daarop heeft het ministerie subsidie beschikbaar gesteld voor een project om een verkenning te doen naar mogelijke modellen voor structurele financiering van de richtlijnontwikkeling.

¹ Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, Morton SC, Eccles MP, Grimshaw JM, Woolf SH: Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? JAMA 2001; 286:1461-1467.

Doelstelling

Verkenning van modellen voor een financieringsstructuur waarbinnen belangrijke onderdelen van het noodzakelijke kwaliteitsbeleid voor het handelen van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen in de toekomst structureel kunnen worden geborgd. Concreet betreft het:

- De ontwikkeling en noodzakelijke herziening van richtlijnen voor het handelen van bedrijfs- en verzekeringsartsen.
- De inhoudelijke ondersteuning, facilitering en coördinatie van de inbreng van bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige expertise in multidisciplinaire richtlijnen (arbeid in richtlijnen).
- Implementatie-activiteiten om de toepassing van richtlijnen in de praktijken te faciliteren en te bevorderen.

Onderzoekopzet

In de uitvoering van dit onderzoek zijn de volgende stappen gezet.

1. Verdieping van kennis over de financieringsstructuur richtlijnontwikkeling/herziening bij huisartsen en medisch specialisten.

- Met de NHG en de Orde van Medisch Specialisten heeft overleg plaatsgevonden over hun financieringsstructuur m.b.t. kwaliteitsbeleid. Voor huisartsen en medisch specialisten bestaat een financieringsstructuur voor kwaliteitsbeleid die via de premies/zorgverzekeraars loopt. Daarover zijn centraal afspraken met het ministerie van VWS gemaakt. De huisartsen ontvangen via de zorgverzekeraars 10 eurocent voor elke Nederlander. Voor medisch specialisten geldt dat in hun uurtarief ook een deel (50 eurocent) voor kwaliteitsontwikkeling is ingebouwd dat via de verzekeraars in een centrale pot wordt gestort (stichting kwaliteitsgelden medisch specialisten (SKMS), circa 12 miljoen euro per jaar). Wetenschappelijk beroepsverenigingen kunnen vervolgens bij deze stichting projectvoorstellen indienen. In **bijlage 1** wordt nadere informatie gegeven over de stichting kwaliteitsgelden medisch specialisten (uit: brochure “Kwaliteitsgelden voor medisch specialistische zorg in de praktijk”, SKMS, FMS, januari 2015)
- Overleg heeft ook plaats gevonden met het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ). De richtlijnontwikkeling voor de jeugdgezondheidszorg vindt plaats via een speciaal ZonMw-programma (financiering afkomstig uit VWS) waarbij het Centrum een coördinerende taak heeft. Er zijn binnen het programma ook specifiek gelden gereserveerd voor de implementatie van Richtlijnen. In **bijlage 2** wordt nadere informatie over dit programma gegeven.

2. Gesprekken met relevante stakeholders m.b.t. financiering kwaliteitsbeleid in het domein arbeid en gezondheid

- Gesprekken hebben plaatsgevonden met OVAL, SGBO en Verbond van Verzekeraars. NSPOH, VNO NCW, SIG, Kwaliteitsinstituut, ZFB (zelfstandig gevestigde bedrijfsartsen), Coronel Instituut, ArboUnie, Richting, UWV, FNV en CNV.
- Daarnaast vond een verkennend gesprek plaats met prof.dr. Nicolette van Gestel, verbonden aan TIAS als hoogleraar Nieuwe Sturingsvormen in Sociale Zekerheid en Arbeidsvoorziening en kroonlid van de SER.

3. Enquête bedrijfsartsen en verzekeringsartsen

Voor het verankeren van kwaliteitsbeleid is het noodzakelijk dat ook vanuit de eigen beroepsgroep een bijdrage wordt geleverd. Dit kan gaan om financiën (via de contributies te innen), maar ook om de inzet van leden in richtlijntrajecten die daar niet voor betaald krijgen. Het zichtbaar maken van de eigen bijdrage vanuit de beroepsgroepen is ook een belangrijke/essentiële katalysator om geld en commitment van andere partijen te krijgen. De NVAB heeft een ledenraadpleging gehouden waarin ook de visie op richtlijnen is meegenomen. Uit de enquête blijkt dat bedrijfsartsen richtlijnen een belangrijk instrument vinden voor de verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. De leden vinden ook dat meer energie moet worden gezet op actualisatie en implementatie in plaats van de ontwikkeling van richtlijnen over nieuwe onderwerpen. Een minderheid is bereid om specifiek voor richtlijnen meer contributie te gaan betalen. In **bijlage 3** bij dit verslag is de volledige uitslag vermeld. Er is bij veel leden wel bereidheid om hun expertise beschikbaar te stellen voor de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten zoals richtlijnen en protocollen. NVVG en GAV geven aan dat hun leden dezelfde visie zullen hebben.

Ontwikkeling verschillende financieringsmodellen

Op basis van de gegevens die zijn verkregen uit literatuuronderzoek, gesprekken met stakeholders en de enquête onder bedrijfsartsen zijn een aantal financieringsmodellen ontwikkeld die onderstaand volgend een vast stramien worden beschreven.

- Naam
- Korte omschrijving/onderbouwing
- Rekenvoorbeeld richtlijnen
- Argumenten voor
- Argumenten tegen
- Draagvlak en haalbaarheid

De volgende 6 modellen komen aan de orde:

- Contributiemodel
- Overheidsmodel
- Uurtariefmodel
- Verzekeraarsmodel
- Premiemodel
- Fondsmodel

De beschrijving van de modellen is noodzakelijkerwijs op hoofdlijnen en vrij “globaal” gebleven omdat met gesprekspartners is afgesproken dat in de modellen geen directe verwijzing naar uitspraken van stakeholders zou worden gedaan. Op grond van de gesprekken en gegevens uit de literatuur heeft de NVAB argumenten (voor en tegen) en een inschatting met betrekking tot haalbaarheid geformuleerd.

NB: deze modellen worden ook gebruikt in de rapportage m.b.t. financieringsmodellen voor de medische vervolgopleiding tot bedrijfsarts (en verzekeringsarts).

Om de “vergelijkbaarheid” tussen de verschillende modellen te bevorderen is voor het rekenvoorbeeld uitgegaan van een (fictief) budget van 2.000.000 euro per jaar voor het onderwerp richtlijnen (herziening, ontwikkeling, implementatie en inbreng factor arbeid in richtlijnen van andere (para)medische professionals).²

² In het rapport “programma herziening richtlijnen en VG-protocollen” (NVAB, NVVG, GAV, mei 2015) wordt een bedrag van 8 ton per jaar genoemd. Dit betreft echter een minimale variant, waarbij activiteiten m.b.t. factor arbeid in richtlijnen van andere (para)medische professionals en implementatie-activiteiten ook niet zijn meegenomen.

1. Contributiemodel

Omschrijving:

Herziening en ontwikkeling van richtlijnen wordt volledig gefinancierd uit de lidmaatschapsgelden van de direct betrokken beroepsverenigingen. Gelet op de benodigde investeringen zou dit betekenen dat de huidige contributies fors moeten worden verhoogd.

Rekenvoorbeeld:

NVAB, NVVG en GAV hebben gezamenlijk 2500 leden. Een contributieverhoging van 800 euro per lid per jaar zou leiden tot een budget van 2.000.000 euro op jaarbasis.

Argumenten voor:

- Beroepsverenigingen nemen verantwoordelijkheid.
- Vereniging kunnen eigen regie voeren over de besteding.

Argumenten tegen:

- Deze mate van contributieverhoging zal tot aanzienlijk ledenverlies leiden bij alle verenigingen waardoor uiteindelijk de opbrengsten veel minder zullen zijn.
- Vermindering van het aantal leden van beroepsverenigingen leidt tot kwaliteitsverlaging en vermindering van draagvlak in de beroepsgroep omdat implementatie van nieuwe richtlijnen voor een groot deel via de beroepsverenigingen verloopt: verspreiding, bijscholing, accreditatie, regionale afspraken over toepassing van richtlijnen en samenwerkingsafspraken.
- Extra verlies van leden zal optreden als partijen die nu de contributies voor leden betalen (bijv. arbodiensten, UWV, particuliere verzekeraars, medische adviesbureaus) dat door de contributieverhoging niet meer zullen doen.
- Er is geen verplichting tot aansluiting bij een beroepsvereniging. De lasten van de ontwikkeling/herziening van richtlijnen die voor alle professionals van belang zijn komen in dit model dus bij een beperkt deel van de belanghebbenden terecht.
- Dit model is niet in lijn met de wijze waarop kwaliteitsbeleid voor andere medische beroepsgroepen is georganiseerd.

Draagvlak en haalbaarheid:

Zeer gering, mede gelet op de resultaten van de enquête onder NVAB-leden. Leden zullen een dergelijke contributieverhoging afwijzen en er zijn risico's voor de organisatiegraad van de beroepsverenigingen.

2. Overheidsmodel

Omschrijving:

In dit model stelt de overheid via de begroting van SZW en VWS structureel middelen beschikbaar voor de richtlijnherziening en ontwikkeling.

Rekenvoorbeeld:

Bijvoorbeeld een bedrag van 2 miljoen euro per jaar, eventueel met een verdeling tussen de begrotingen van SZW en VWS.

Argumenten voor:

- Toepassing van EBM-richtlijnen door bedrijfsartsen en verzekeringsartsen levert een bijdrage aan het realiseren van overheidsdoelstellingen op het gebied van participatie en duurzame inzetbaarheid.
- Toepassing van up-to-date EBM-richtlijnen zal leiden tot adequate preventie en re-integratie-activiteiten waardoor zal worden bespaard op de kosten voor de gezondheidszorg en de sociale zekerheid. Bij toepassing in letselschadeprocedures leidt adequate preventieve en re-integratie tot een verlaging van de druk op wettelijke aansprakelijkheidspremies.
- Toepassing van EBM-richtlijnen door privaat werkende verzekeringsartsen bij acceptatie zal leiden tot een verbetering van de toegankelijkheid tot private arbeidsongeschiktheidsverzekeringen voor zelfstandigen (ZZP-ers). Zij zullen als zij verzekerd zijn minder een beroep doen op de sociale zekerheid (bijstand) bij arbeidsongeschiktheid.
- Een bedrag van 2 miljoen is afgezet tegen de opbrengsten en de bedragen die omgaan in zorg en sociale zekerheid “overzichtelijk” te noemen (NB: in 2010: kosten ziekteverzuim 5 miljard, 5,5 miljard presentisme; 10 miljard zorgkosten, 11 miljard uitkeringen WAO/WIA/WAZ/Wajong).
- In de systematiek die gehanteerd wordt voor de financiering van kwaliteitsbeleid van huisartsen en medisch specialisten zit ook een overheidscomponent: VWS voert mede regie op de afspraken die worden gemaakt over de inzet van zorgelden voor kwaliteitsbeleid.

Argumenten tegen:

- In de huidige overheidsvisie ten aanzien van de publiek/private verantwoordelijkheidsverdeling binnen het arbo- en socialezekerheidsdomein is het mogelijk minder passend dat de overheid het kwaliteitsbeleid van medische beroepsgroepen financiert.

Draagvlak/haalbaarheid:

Afhankelijk van politiek draagvlak.

3. Uurtariefmodel

Omschrijving:

In het uurtarief van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen wordt een bedrag gereserveerd voor kwaliteitsbeleid van de beroepsgroepen, waaronder de herziening en ontwikkeling van richtlijnen. De gelden voor Kwaliteitsbeleid worden in een centrale pot gestort: stichting kwaliteitsgelden bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Voor de organisatie en aansturing kunnen veel elementen van de stichting kwaliteitsgelden medisch specialisten worden overgenomen.

Rekenvoorbeeld:

Uitgaande van 2200 fte die gemiddeld 1400 declarabele uren per jaar maken is een bedrag van 0,65 euro in het uurtarief noodzakelijk om een jaarlijks budget van 2.000.000 euro op te brengen.

Argumenten voor:

- Beroepsgroep neemt verantwoordelijkheid en de kosten worden door de sector zelf opgebracht.
- Het past in het vigerend beleid van verantwoordelijkheid voor 'arbeid en gezondheid' dat wordt neergelegd bij werkgevers.
- Met de beroepsgroep medisch specialisten zijn ook afspraken gemaakt over betaling kwaliteitsbeleid uit uurtarief (NB: wel geheel andere betalingsstructuur, verzekeraars i.p.v. werkgevers).

Argumenten tegen:

- Aangezien er geen centrale prijsafspraken kunnen/mogen worden gemaakt zal dit model alleen kunnen worden gerealiseerd door vrijwillige medewerking van alle betrokken partijen (of de overheid moet dit via de wet regelen).
- Bedrag van 65 eurocent is substantieel hoger dan de 25 eurocent in het uurtarief van de medisch specialisten.
- Hoge kosten te verwachten m.b.t. uitvoering en controle.

Draagvlak en haalbaarheid:

Gelet op de private financiering van de bedrijfsgezondheidszorg en een deel van de verzekeringsgeneeskunde worden zeer grote (onoverkomelijke?) uitvoeringsproblemen verwacht.

4. Verzekeraarsmodel

Beschrijving:

Zowel zorgverzekeraars, inkomensverzekeraars als verzekeraars van wettelijke aansprakelijkheid (letselschade) hebben belang bij toepassing van EBM-richtlijnen door bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Preventie en snelle duurzame re-integratie leiden immers tot beperking van de schadelast. Een aantal verzekeraars zijn actief op de arbomarkt, waarbij activiteiten en belang van de inkomensverzekeraars meer prominent aanwezig lijken te zijn dan van de zorgverzekeraars. In dit model zouden door inkomensverzekeraars en zorgverzekeraars een deel van de omzet die wordt behaald in hun activiteiten op het gebied van arbozorg en inkomensverzekeringen voor werkenden in een apart fonds voor kwaliteitsbeleid moeten worden weggezet (NB: zorgverzekeraars hebben nu wel een innovatiefonds).

Rekenmodel:

Als 0,5% van de omzet in een fonds wordt gestort is een omzet van 400 miljoen nodig om een bedrag van 2.000.000 euro te genereren voor kwaliteitsbeleid door bedrijfsartsen en verzekeringsartsen (NB: percentage zal lager of hoger zijn op basis van daadwerkelijke omzet).

Argumenten voor:

- Verzekeraars hebben grote belangen bij kwalitatief goede arbeidsgerelateerde zorg.
- Daarmee worden direct en indirect ook belangen van werkgevers en zelfstandigen met een arbeidsongeschiktheidsverzekering gediend.
- Dit model zou een ingebouwde stimulans voor verzekeraars kunnen zijn om meer prioriteit aan preventie te geven.

Argumenten tegen:

- Verzekeraars zullen deze kosten doorberekenen aan hun klanten, dus leidt tot premieverhoging.
- Er is vooralsnog geen wettelijk kader om dit af te kunnen dwingen, afspraken op vrijwillige basis zijn kwetsbaar m.b.t. haalbaarheid en naleving.
- Alle kosten komen terecht bij één van de partijen die belang heeft bij goede zorg voor de werkenden.

Haalbaarheid/draagvlak:

Zeer gering, mogelijk willen individuele verzekeraars wel iets doen om zich te profileren op dit terrein.

5. Premie- of belastingmodel

Beschrijving:

Werkgevers en werknemers hebben allebei het meest directe belang bij kwalitatief goede zorg door bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Werknemers hebben belang bij het behoeden en behouden van hun gezondheid, tijdige re-integratie en duurzame arbeidsparticipatie. Werkgevers hebben belang bij gezonde werknemers in een gezonde organisatie omdat dit de productiviteit ten goede komt. Werkgevers en werknemers/werkenden dragen belasting en premie af (inkomstenbelasting, volksverzekeringen, werknemersverzekeringen, bijdrage zorgverzekeringswet). Via die route kan ook geld worden binnengehaald.

Rekenmodel:

Er zijn 7.200.000 werkenden in Nederland. Een bijdrage van 28 cent per werkende per jaar genereert een bedrag van 2.000.000 euro.

Argumenten voor:

- Kosten worden neergelegd bij partijen met direct belang bij goede zorg voor de werkenden.
- Omgerekend naar de werkenden in Nederland gaat het om een klein bedrag.

Argumenten tegen:

- In deze tijd moeilijk haalbaar om premie- of belastingverhoging op de politieke agenda te zetten.
- Uitvoeringsproblematiek: de arbeidspopulatie in Nederland wordt ook steeds diverser en het aantal werknemers in loondienstverband neemt af.
- Administratiekosten maken dat het waarschijnlijk meer dan 28 cent nodig zal zijn.

Draagvlak/haalbaarheid:

Er blijkt een groeiend draagvlak om de problematiek rondom duurzame inzetbaarheid van alle werkenden (inclusief ZZP-ers, werklozen en mantelzorgers) beter te regelen. De haalbaarheid van dit voorstel is sterk afhankelijk van het politiek klimaat.

6. Fondsmodel

Beschrijving:

Inrichting van een fonds voor kwaliteitsbeleid bedrijfsartsen en verzekeringsartsen waarin door verschillende partijen geld wordt gestort. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan een variant op de constructie van een O&O-fonds in de sector. Een O&O-fonds (ook wel sectorfonds genoemd) wordt opgericht en bestuurd door werkgevers en werknemerspartijen in de sector. Inkomsten zijn afkomstig uit loonheffing (in cao-afgesproken) en/of subsidies. NB: er bestaat nu al een O&O-fonds voor de markt van Re-integratie, arbodienstverlening en mobiliteit (fonds ARM) maar dat fonds treedt uitsluitend op als intermediair voor de aanvraag van ESF-subsidies (NB: dus geen vulling met premiegelden).

Rekenvoorbeeld:

Bijvoorbeeld een verdeling van 6 ton subsidie van SZW, 6 ton vanuit VWS, 2 ton vanuit UWV, 2 ton van verzekeraars en 2 ton vanuit de sector.

Argumenten voor:

- Verschillende betrokken partijen nemen verantwoordelijkheid.
- De kosten worden verdeeld.
- Financiële betrokkenheid kan ook leiden tot meer inhoudelijke betrokkenheid/affiniteit bij het kwaliteitsbeleid.

Argumenten tegen:

- Met veel betrokken partijen kunnen ook gemakkelijk belangenconflicten ontstaan die de uitvoering van een kwaliteitsprogramma bemoeilijken.
- Organisatorisch traject: verschillende partijen op 1 lijn krijgen (NB: er is geen overkoepelende CAO voor de arbosector waar werkgevers en werknemers afspraken kunnen maken over premieafdracht).

Draagvlak/haalbaarheid:

Nadere verkenning waard, partijen voelen vaak wel de behoefte/verantwoordelijkheid om "iets" te doen, maar willen niet de hele last op hun eigen schouders hebben.

Conclusie en aanbevelingen

Gelet op de draagvlak/haalbaarheid zijn er voor de structurele financiering van richtlijnen (kwaliteitsbeleid) voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen twee modellen die kansrijk zijn:

- Overheidsmodel (evt. in combinatie met premie- en belastingmodel)
- Fondsmodel

Inzet van het overheidsmodel (en premie/belastingmodel) is vooral een politieke en beleidsmatige keuze.

Inzet van het fondsmodel vergt nadere uitwerking en verdiepend overleg met alle betrokken partijen, bij voorkeur onder regie van de overheid om het overkoepelende en maatschappelijke belang van de verschillende betrokken partijen te benadrukken.

Bij verdere uitwerking van een fondsmodel kunnen elementen uit andere gepresenteerde modellen (met name uurtariefmodel, verzekeraarsmodel) worden meegenomen om te bezien of op die wijze ook een bijdrage aan de vulling van het fonds kan worden gerealiseerd.

Geadviseerd wordt om aan te sluiten bij de aanbevelingen uit de rapportage over de structurele financiering van de medische vervolgopleiding tot bedrijfsarts (en verzekeringsarts). Dit betreft het nader verkennen en uitwerken van het fondsmodel onder leiding van een kwartiermaker. De realisatie van een dergelijk model zal echter wel enige jaren in beslag nemen. Daarom is het wenselijk dat de overheid in ieder geval in een overbruggingsperiode subsidie ter beschikking stelt aan de beroepsverenigingen om de activiteiten op het gebied van richtlijnontwikkeling en herziening te kunnen continueren.

Indien fondsvorming niet van de grond komt is continuering van deze ondersteuning noodzakelijk.

Bijlage 1

Kwaliteitsgelden voor medisch-specialistische zorg

Dankzij de invoering van de kwaliteitsgelden medisch specialisten is het kwaliteitsbeleid sinds 2008 financieel geborgd. Hoe kwam deze borging tot stand en hoe worden de gelden sindsdien verdeeld?

Om het kwaliteitsbeleid medisch specialisten te ontwikkelen en onderhouden is goede financiële borging nodig. Financiering ten behoeve van de kwaliteit van medisch-specialistische zorg kwam er dankzij de inspanningen van de inmiddels overleden voormalig minister van VWS, Els Borst. De minister kreeg van de toenmalige Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) het boek 'Kwaliteitsbeleid medisch specialisten 1995' aangeboden.

Dit gebeurde tijdens een rondetafelgesprek, de zogenoemde Leidschendamconferentie, waaraan verschillende zorgpartijen deelnamen. In het boek had de Commissie Kwaliteit van de LSV de kwaliteitsboom beschreven, een concept voor de structurering van het kwaliteitsbeleid medisch specialisten. Naar aanleiding van de conferentie kreeg de LSV ruim 1 miljoen gulden subsidie om structuur te geven aan het kwaliteitsbeleid medisch specialisten. De LSV ging in 1996 op in de Orde van Medisch Specialisten (OMS). De Raad Opleiding, Wetenschap en Kwaliteit (WOK) van de OMS gaf vanaf dat moment richting aan het kwaliteitsbeleid.

Rond de millenniumwisseling werden meerjarenafspraken gemaakt over de ontwikkeling van richtlijnen en het opzetten van complicatieregistraties. Financiering voor deze kwaliteitsinstrumenten kwam onder andere uit het budget van het project 'District op Orde'. Daarnaast kende het kwaliteitsbeleid twee andere pijlers waar subsidiegelden aan werden besteed, namelijk visitaties en na- en bijscholing.

50 eurocent

In 2006 schrapte de toenmalige minister van VWS (Hans Hoogervorst) de subsidies, waardoor een groot deel van de kwaliteitsgelden verdwenen. Dit leidde tot ontmanteling van de opgebouwde infrastructuur voor de uitvoering van het kwaliteitsbeleid medisch specialisten en vormde daarmee een groot risico voor de continuering van dat kwaliteitsbeleid binnen de wetenschappelijke verenigingen en de OMS.

Op richtlijnengebied konden een deel van de kwaliteitsactiviteiten in 2006 toch door blijven gaan, dankzij het ZonMw-richtlijnprogramma 'Kennisleid Kwaliteit Curatieve Zorg (KKCZ)' en tien andere door ZonMw gehonoreerde projecten voor richtlijnenontwikkeling en onderhoud. Projectfinanciering was echter een tijdelijke maatregel en garandeerde geen continue geldstroom.

De OMS ging in gesprek met VWS over een nieuwe financieringsstructuur. Uiteindelijk werd een halve euro toegevoegd aan de Diagnose Behandel Combinatie (DBC)-systematiek. Hierdoor ontstond een structurele financiering voor de kwaliteitsagenda, van en voor en door de medisch specialisten. Tevens werd vastgelegd dat het bedrag ieder jaar zou worden geïndexeerd.

Stichting in bedrijf

Toen de 'halve kwaliteitseuro' een feit was, besloten de OMS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een stichting op te richten die de gelden zou gaan beheren. De stichting kreeg een bureau om het stichtingsbestuur te ondersteunen.

Het bestuur bestaat uit twee vertegenwoordigers vanuit Zorgverzekeraars Nederland en twee vertegenwoordigers vanuit de OMS. Op 27 september 2007 waren de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) en het daaronder vallende bureau een feit. Op 1 juli 2008 kwam 10,2 miljoen euro ter beschikking. Een groot deel daarvan werd toegekend aan de 150 projectvoorstellen en 300 voorstellen voor visitaties die in de paar maanden daarna werden ingediend. De SKMS was in bedrijf.

Verdere inrichting van de SKMS geschiedde in de periode 2008-2010. Daartoe maakte de SKMS een inventarisatie van de wensen van de wetenschappelijke verenigingen, stelde zij procedures voor aanvraag, declaratie en verantwoording op, richtte zij een projectadministratie in, en regelde zij een overlegstructuur met de wetenschappelijke verenigingen in de Raad WOK.

De SKMS is geen onderdeel van de OMS/Federatie Medisch Specialisten en functioneert onafhankelijk. Zij heeft als taak de kwaliteitsgelden te beheren. Voor ondersteuning en begeleiding van kwaliteitsprojecten kunnen wetenschappelijke verenigingen of de OMS zich wenden tot andere partijen, zoals het Kennisinstituut van Medisch Specialisten, de DICA of het CBO. Het jaarlijks kwaliteitsbudget is door de indexering nu ruim 12 miljoen euro per jaar.

Verdeling kwaliteitsgelden

De verdeling van de kwaliteitsgelden medisch specialisten gebeurt volgens een getrappt model. Allereerst is er voor het kwaliteitsbeleid van alle afzonderlijke wetenschappelijke verenigingen een apart budget, het zogenaamde gealloceerde budget. Dit budget is bedoeld om eigen projecten, bijvoorbeeld de ontwikkeling van een richtlijn of een kwaliteitsregistratie, mogelijk te maken. Projectfinanciering vanuit het gealloceerde budget is meerdere malen per jaar aan te vragen. Een tweede deel van de kwaliteitsgelden is de afgelopen jaren ingezet om wetenschappelijke verenigingen kwaliteitsvisitaties te laten uitvoeren. Het derde deel van kwaliteitsgelden, het zogenaamde centraal budget, is bedoeld voor vooral gezamenlijke projecten van wetenschappelijke verenigingen (bijvoorbeeld de ontwikkeling van richtlijn, zoals de Richtlijnen rond het operatief proces) of projecten in het algemeen belang (bijvoorbeeld de ontwikkeling van de Leidraden Medische Apparatuur). Voor het centraal budget kan één maal per jaar een aanvraag worden ingediend. Het gealloceerde budget, het budget voor de kwaliteitsvisitaties en het centraal budget behelst 90% van de kwaliteitsgelden.

Het overige budget wordt ingezet voor het bureau van de Raad Kwaliteit om het kwaliteitsbeleid van de raad te ontwikkelen en te ondersteunen, en voor de ondersteuning van het SKMS-bestuur door het bureau van de SKMS.

Kaderbrief

Jaarlijks wordt in een zogenaamde kaderbrief de contouren van de projectaanvragen en de verantwoording van projecten gegeven. Zo kunnen alleen (erkende) wetenschappelijke verenigingen en de OMS projectaanvragen indienen. En dan alleen kwaliteitsprojecten waar op andere wijze geen financiering voor te krijgen is. In de kaderbrief ligt ook vast voor welke activiteiten kosten kunnen

worden opgevoerd. Het kwaliteitsbeleid medisch specialisten vormt het uitgangspunt van de kaderbrief medisch specialisten.

De beoordeling van de project gebeurt door commissies van de Raad Kwaliteit en deze brengen advies uit aan de SKMS. De SKMS beslist uiteindelijk aan de hand van vastgestelde criteria aan welke projecten en visitaties kwaliteitsgelden beschikbaar worden gesteld.

Is een project eenmaal van start gegaan, dan monitort de SKMS halfjaarlijks de voortgang van het project. Is een project beëindigd, dan volgt een beoordeling van het eindresultaat. De wetenschappelijke verenigingen en de OMS zijn verplicht de resultaten/producten die uit een project voortkomen publiekstoegankelijk te maken.

Gemeenschappelijke projectagenda

Met het centraal budget wordt de gemeenschappelijke projectenagenda van de OMS en de wetenschappelijke verenigingen uitgevoerd. Sinds 2011 werkt de SKMS met een agenda die de kaders aangeeft voor het indienen van projecten voor het centraal budget (zie tabel). Deze agenda wordt door de Raad Kwaliteit aan de SKMS voorgesteld. De agenda bevat onderwerpen en thema's waar de projectaanvragen dat jaar onder moeten vallen. In 2013 riep de Raad Kwaliteit van de OMS een projectenagenda voor het centraal budget in het leven die door de SKMS en de Raad Kwaliteit gezamenlijk wordt opgesteld; het zogenoemde 'Meerjarenprogramma SKMS 2013-2015'. Deze agenda heeft een aantal belangrijke uitgangspunten:

- Realiseren van 'oog en oor' voor de samenleving
- Realiseren (en onderhouden) van geïntegreerd kwaliteitsbeleid voor aandoeningen en processen
- Aan kunnen haken bij belangrijke actuele maatschappelijke thema's
- Ruimte bieden voor innovatie van de kwaliteitscyclus om deze dynamisch en toekomstbestendig te houden

Het centraal budget kent drie pijlers. Pijler één (kwaliteitscyclus) betreft de ontwikkeling en het onderhoud van verenigingoverstijgende kwaliteitsinstrumenten ten behoeve van een optimale kwaliteit van zorg bij aandoeningen en zorgprocessen. Selectie van onderwerpen voor deze pijler, in eerste instantie gebaseerd op een prioriteitenlijst van de Regieraad Kwaliteit van Zorg, is opgesteld aan de hand van bijdragen van meer dan zestig in- en externe partijen. Ook de onderwerpen die onderdeel vormen van de zogenaamde 'Kwaliteits- en doelmatigheidsagenda' uit het Hoofdlijnenakkoord Medisch-Specialistische zorg, staan op de agenda van het centraal budget. Voor 2015 zal ook nadrukkelijk worden gekeken naar onderwerpen die zowel bij de wetenschappelijke verenigingen als bij de huisartsen prioriteit krijgen.

In de agenda's van het centraal budget lijken soms monodisciplinaire projecten onder pijler één te vallen. Dit is niet het geval. Bij bijvoorbeeld de Richtlijn Diagnostiek en behandeling van vaginale verzakking (agenda 2011) zijn niet alleen de gynaecologen betrokken, maar ook de chirurgen en urologen.

De Netwerkrichtlijn Diabetes Mellitus is niet alleen voor internisten van belang, maar ook voor dermatologen (wegens afwijkingen aan het been) en oogartsen (wegens problemen aan het oog). Pijler twee (thema's) gaat over maatschappelijk relevante onderwerpen. Dat kan om specifieke doelgroepen gaan, maar ook over beleidsthema's. Elk jaar kiest de Raad Kwaliteit een ander thema. Onder pijler drie (innovatie) vallen projecten die gericht zijn op innovatie van de kwaliteitscyclus. Dat

kan de ontwikkeling van een nieuw soort kwaliteitsinstrument zijn of de verbetering van bestaande kwaliteitsinstrumenten. De ontwikkeling van de Richtlijnendatabase was één van de projecten die onder deze pijler viel.

Binnen het centraal budget worden ook gelden gereserveerd voor ad-hoc situaties. Een dergelijke situatie doet zich bijvoorbeeld voor als een onvolkomenheid binnen de zorg landelijk voor problemen zorgt of kan zorgen.

Voorbeeld van een dergelijk project is de Leidraad Nieuwe Orale Anticoagulantia (NOACs).

Kwaliteit kost geld

De SKMS heeft sinds de oprichting in 2008 een snelle ontwikkeling doorgemaakt. Dankzij de kwaliteitsgelden medisch specialisten heeft er een evolutie plaatsgevonden waardoor wetenschappelijke verenigingen hun kwaliteitsinstrumenten verder kunnen uitbouwen, ondersteund door een efficiënt werkend bureau. Met deze gelden kon een up-to-date kwaliteitsprogramma door de wetenschappelijke verenigingen en de OMS worden neergezet. Binnen de ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra is de kwaliteit en veiligheid, door tal van maatregelen en afspraken binnen duidelijke protocollen, de laatste zes jaar flink toegenomen. De kwaliteitsgelden hebben daar sterk aan bijgedragen.

De Orde van Medisch Specialisten is vanaf 1 januari 2015 omgevormd tot de Federatie Medisch Specialisten, waarvan de wetenschappelijke verenigingen de leden zijn. Adequate financiering is en blijft noodzakelijk voor een efficiënt en doelmatig kwaliteitsbeleid voor de medisch specialisten.

Auteur: Marijke van Oosten

In: Kwaliteitsgelden voor medisch-specialistische zorg in de praktijk, Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten, januari 2015.

Bijlage 2

Programma: Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg 2013 – 2018

Het ZonMw-programma Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg 2013-2018 (budget: 6 miljoen euro) moet leiden tot verdere professionalisering en uniformering in de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Dit gebeurt door de ontwikkeling en herziening van richtlijnen, samenwerkingsrichtlijnen en producten die de invoering van richtlijnen ondersteunen. Het programma is een vervolg op het programma Richtlijnen Jeugdgezondheid 2007-2012.

Het programma richt zich primair op de ontwikkeling en herziening van richtlijnen voor de jeugdgezondheidszorg, gerelateerd aan de rol van de JGZ binnen het basistakenpakket, inclusief een praktijktest.

De doelstellingen zijn:

- ontwikkeling van richtlijnen jeugdgezondheidszorg voor beroepsbeoefenaren in de jeugdgezondheidszorg
- herziening van bestaande richtlijnen jeugdgezondheidszorg
- ontwikkeling van samenwerkingsrichtlijnen van de jeugdgezondheidszorg met andere sectoren, op basis van bestaande (JGZ-)richtlijnen
- ontwikkeling van producten om de implementatie van richtlijnen in het veld te ondersteunen
- evaluatie om richtlijnontwikkeling te verbeteren

Het programma kent vier rondes met vaste stappen: knelpuntenanalyse; subsidieoproep; richtlijnontwikkeling inclusief praktijktest; implementatieproducten. Jaarlijks zullen ongeveer twee richtlijnen en twee updates/samenwerkingsrichtlijnen worden opgeleverd.

ZonMw werkt binnen het programma nauw samen met het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ).

Bron: <http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/richtlijnen-jeugdgezondheidszorg-2013-2018/algemeen/>

Bijlage 3

Uitslag ledenraadpleging NVAB m.b.t. onderwerp richtlijnen

De respons bedroeg 25% (n = 476), en de respondenten waren representatief voor de NVAB-achterban (leeftijdsofbouw, man/vrouw-verdeling en dienstverband)

	Ja (%)	Nee (%)	Geen mening (%)
De NVAB moet investeren in het ontwikkelen en actualiseren van richtlijnen voor het handelen van de bedrijfsarts.	78	11,5	10,5
Naar mijn mening moet de NVAB meer nadruk leggen op de implementatie van bestaande richtlijnen dan op het ontwikkelen van nieuwe richtlijnen.	47,5	33,7	18,8
Ik ben bereid om meer contributie te betalen voor de financiering van de herziening, ontwikkeling en implementatie van richtlijnen.	33	57,3	9,7
Het actualiseren van de bestaande verouderde richtlijnen is belangrijker dan het ontwikkelen van richtlijnen over nieuwe onderwerpen.	59,1	23,3	17,6
De verantwoordelijkheid voor financiering van het Kwaliteitsbeleid (waaronder richtlijn-ontwikkeling) ligt met name bij de beroepsgroep zelf.	37,5	42,3	20,2
Kwaliteitsbeleid (waaronder richtlijnontwikkeling) in ons domein is maatschappelijk relevant en dus moet er vanuit overheid/collectief financieel aan worden bijgedragen.	78,6	11,2	10,2
Vanuit het uurtarief van de bedrijfsarts moet een bedrag (bijvoorbeeld € 0,25) worden ingehouden voor de financiering van het Kwaliteitsbeleid voor bedrijfsartsen.	31,8	41,3	26,9
Richtlijnen dragen bij aan het verbeteren van de kwaliteit van de uitoefening van het vak.	86	9,3	4,7