

Maatregelen voor het versterken

In de politiek lijkt de tijd rijp om vóóraf met budgetten te schuiven: van het kader medisch-specialistische zorg naar het kader eerstelijnszorg, in het bijzonder naar huisartsen- en multidisciplinaire zorg en wellicht naar wijkverpleging. Maar is dat voldoende om substitutie van zorg te laten slagen?

In 2013 hadden politiek en koepels een duidelijke ambitie om de eerstelijnszorg te versterken¹. De groei ruimte van 1,5 procent kon door substitutie toenemen tot 2,5 procent, was de verwachting. Zorggroepen en gezondheidscentra stonden klaar voor de uitbreiding van ketenzorgprogramma's en substitutieprojecten. Terugkijkend moeten we vaststellen dat de versterking van de eerstelijnszorg niet of nauwelijks is gerealiseerd.

Resultaten

In 2015 is het totale makro-kader huisartsen- en multidisciplinaire zorg ten gevolge van de substitutiemonitor met ca € 25 miljoen uitgebreid². Maar het makro-budget is onderschreden met € 106 miljoen. Iets specifieker: er is € 133 miljoen minder aan huisartsenzorg uitgegeven dan beschikbaar (S1), terwijl de multidisciplinaire zorg (S2) het budget met € 27 miljoen overschreed.

De verklaring van de overschrijding in S2 is eenvoudig: er zijn meer zorgprogramma's geleverd (CVRM en astma) aan meer patiënten (autonome groei 3,5 procent per jaar) en door meer deelnemende huisartsen (genoodzaakt door wijzigingen in de bekostiging).

Ook in 2016 is de raming van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) dat het makro-kader met 70 miljoen is onderschreden, waarbij S2 met € 40 miljoen is overschreden. De afsprakenmonitor³ levert geen of nauwelijks inzichten op en dus is het makro-budget 2017 nagenoeg ongewijzigd.

Consequenties

Verzekeraars hebben het beschikbare budget voor de eerstelijnszorg dus niet opgemaakt, terwijl er wel meer zorg verleend wordt door de eerstelijnszorg. Dat betekent dat vooral de huisartsen meer zijn gaan doen voor minder geld. Bij de introductie van het segmentenmodel heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gesteld dat om aan het norminkomen voor een huisarts te komen, integrale uurlonen nodig zijn in S2 en S3. Die zijn er veelal niet gekomen en daar zijn individuele huisartsen de dupe van geworden. Tegelijkertijd lopen huisartsen, doordat zij meer personeel in dienst hebben dan voorheen, grotere risico's die niet worden afgedekt door de tarieven⁴. En op de achtergrond dreigt het macro-beheersinstrument. Dat kan zo niet langer.

De uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) dat ook zonder contract ketenzorg geleverd kan worden⁵, kan op de korte termijn een alternatief bieden voor huisartsen. De NZa heeft aangegeven voor 2018 nog met een (vrij) tarief te komen.

Actuele ontwikkelingen

Er zijn zorgverzekeraars die er een andere visie op nahouden als het gaat om de huidige en innovatieve programmatische zorg. Zij stoppen of beperken de investeringen in netwerkzorg voor kwetsbare ouderen of GGZ. Of ze stoppen met het zorgprogramma diabetes onder de noemer 'dat kunstje kennen we nu wel'. En ook met programma's voor astma en COPD, omdat zij niet geloven in de toegevoegde waarde van deze longprogramma's. CVRM kan eerst worden opgesplitst⁶ in HVZ en VVR en vervolgens teruggaan naar de individuele huisarts. Dan is het macro-economische probleem dat S1 onderschrijdt en S2 overschrijdt ook meteen opgelost.

Het effect is echter dat zorgverzekeraars dan vrij spel hebben bij de contractering van individuele huisartsen, de NZa maximumtarieven in S1 kan vaststellen en zorggroepen onderhandelingsmacht verliezen. Als het stoppen of beperken van programmatische zorg niet gepaard gaat met het afschaffen van de marktwerking voor de huisartsenzorg en het herinvoeren van een onderhandelingsmandaat voor de LHV, worden huisartsen gemarginaliseerd. En wie is dan de regionale gesprekspartner voor bijvoorbeeld de gemeente?

Dat proces kan worden versterkt door de uitkomst van de kostenonderzoeken die de NZa in 2017 uitvoert bij huisartsen, zorggroepen en gezondheidscentra in het kader van de multidisciplinaire zorg. Wat zelfs principieel aanvechtbaar is, omdat er sprake is van vrije prijzen die huisartsen, zorggroepen en gezondheidscentra ontvangen voor multidisciplinaire zorg. Ook de uiteindelijke invulling van de module Organisatie & Infrastructuur (O&I) kan verstrekken gevolgen hebben. De uitkomst van het O&I-traject is nog onzeker en kan leiden tot het afschaffen van de GEZ-module en/of het bevriezen van de overhead van zorggroepen. De innovatiekracht daalt dan tot onder nul.

van de eerstelijnszorg



Een financiële impuls is noodzakelijk om de programmatische zorg zeker te stellen.

Doemscenario

Als de hele programmatische zorg ontmanteld wordt, vallen we terug op de versnippering van voorheen. We moeten het dan stellen zonder georganiseerde inkoopmacht vanuit eerstelijnszorggroepen en gezondheidscentra. De huisartsenzorg zal dan binnen vijf jaar sterk geërodeerd zijn door kwaliteitsverlies en arbeidsmarktproblemen. En Nederland verliest een van de kroonjuwelen van haar gezondheidssysteem. In dit scenario nemen de ziekenhuizen de regie over en wordt de medisch georiënteerde gezondheidszorg nog dominanter en duurder!

Hoe kunnen we dit voorkomen?

- 1 Door het vooraf vergroten van het makroader voor de huisartsen en multidisciplinaire zorg. ZN heeft voor VWS afgelopen najaar enkele berekeningen gemaakt. Om substitutie te stimuleren is druk van 0,5 procent tot 1 procent per jaar nodig op het kader van de medisch-specialistische zorg om daar de animo te versterken om substitutie tot stand te brengen. Dit komt neer op € 106,7 tot € 213,4 miljoen structurele verhoging. Dit geeft een duidelijke boodschap aan zorgverzekeraar, ziekenhuizen en de eerstelijnszorg.
- 2 Door zorgverzekeraars die bereid zijn om het beschikbare macrobudget volledig in te zetten en huisartsen in de chronische zorg te faciliteren om te innoveren (onder andere in eHealth) en de multidisciplinaire zorg te versterken. En daarnaast de samenhang met het sociale- en welzijnsdomein verder uit te bouwen. Naast het schuiven van

macrobudgettaire kaders kan een goede module O&I dit proces faciliteren, gekoppeld aan harde resultaatafspraken tussen verzekeraars en eerstelijnsorganisaties.

- 3 Door het doorontwikkelen van ketenzorgprogramma's in één generalistische chronische zorgmodule en vervolgens in populatiebekostiging. Stoppen met de huidige ziektespecifieke benadering. Daarbij zal naar verwachting circa 1/3 van alle patiënten één of meer chronische aandoeningen hebben, 2/3 blijft incidenteel patiënt. Door het invoeren van zorgzwaarte (laag, middel of hoog) in combinatie met de mate van zelfzorg (laag, middel of hoog) ontstaat een tabel met 9 categorieën.

	zorgzwaarte licht	zorgzwaarte middel	zorgzwaarte hoog
weinig zelfzorg			
gemiddelde zelfzorg			
veel zelfzorg			

Door dit model te koppelen aan de groei van de chronische zorg en tegelijk de medisch-specialistische zorg verder af te bouwen en te substitueren zal dit proces in heel Nederland naar verwachting drie tot zeven jaar duren.

- 4 Door het concept van Positieve Gezondheid verder uit te werken, vooral bij (preventie van) chronische ziekten. Hierdoor wordt het medische model teruggedrongen en de zelfregie versterkt. Inzetten van gestandaardiseerde eTools kan helpen om de transitie naar Positieve Gezondheid te intensiveren en verbreden.

5 Door te investeren in wijkverpleegkundige zorg. De as huisarts-wijkverpleegkundige is het fundament onder de generalistische zorg en vormt het aanspreekpunt voor het medische en sociale domein. Het invoeren van een gelijksoortig bekostigingssysteem, waardoor synchronisatie met het bekostigingssysteem van huisartsen optreedt, maakt integratie mogelijk.

	zorgzwaarte licht	zorgzwaarte middel	zorgzwaarte hoog
weinig mantelzorg			
gemiddelde mantelzorg			
veel mantelzorg			

Mantelzorg kan ook worden vervangen door CONTEXT. Dit bredere begrip dekt bijvoorbeeld ook ziekte-inzicht en beschikbare middelen af.

6 In de eerstelijnszorg moeten huisartsen en organisaties meer dan ooit samen een vuist maken, inzien dat ze elkaar nodig hebben en in gezamenlijkheid beleid maken. Zowel op lokaal, regionaal als landelijk niveau. Een eendrachtige samenwerking van de LHV en InEen kan wellicht voor een kentering zorgen. Laat LHV, InEen en NHG samen een beleidsagenda opstellen en die inbrengen in de onderhandelingen over de nieuwe akkoorden. Met steun van minimaal een van de grote landelijke zorgverzekeraars die de sterke eerstelijnszorg duurzaam in haar visie heeft opgenomen.

Hopelijk realiseren de zorgverzekeraars zich dat de steun van de eerstelijnszorg en huisartsen voor het oordeel over het huidige zorgsysteem de doorslag kan geven in de politieke opinie bij de volgende verkiezingen, uiterlijk in 2021. Wat er de komende vijftien maanden gebeurt, is cruciaal voor het zorgsysteem in Nederland.

De politiek

In de verkiezingsprogramma's voor 15 maart 2017 was de eerstelijnszorg geen trending topic. De ouderenzorg was dat wel en daarin kunnen huisartsen en wijkverpleegkundigen een belangrijke rol spelen. Het vertrouwen in huisartsen is groot onder patiënten. Het verminderen van de bureaucratie en herdefiniëren van de vertrouwensrelatie tussen zorgverzekeraars en huisartsen is een mooie doelstelling voor de komende vier jaar. Een nieuw bestuurlijk akkoord met duidelijke, haalbare, zorginhoudelijke beleidsvoornemens ligt voor de hand. En natuurlijk met structurele uitbreiding van het macrobudgettaire kader, te beginnen per 2018. <<

Tekst: Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns
Foto's: Thinkstock

1 Bestuurlijk akkoord VWS, ZN, LHV en InEen 2013
2 Geld volgt de zorg ... een beetje, Maes & de Wildt De Eerstelijns november 2015
3 Van substitutie- naar afsprakenmonitor, de Wildt De Eerstelijns oktober 2016
4 De driedubbele ondernemersklem, de Wildt De Eerstelijns mei 2015
5 Vrije artsenkeuze en contracteerbepalingen, CBb december 2016
6 Zorgverzekeraar VGZ heeft hiertoe het voornemen uitgesproken in een voorlichtingsbijeenkomst over het zorginkoopbeleid 2018.



De as huisarts-wijkverpleegkundige is het fundament onder de generalistische zorg, daarin moet geïnvesteerd worden.