

Vertaling naar praktijk struikelt over verschil van inzicht

Is er een toekomst voor hoofdlijnenakkoorden?



Het hoofdlijnenakkoord is een typisch Nederlands polderproduct en er zijn veel partijen bij betrokken.

Hoofdlijnenakkoorden zijn inmiddels een bekend fenomeen in het zorgveld. Ook in de eerstelijnszorg. Wat is de status ervan? Wat leveren de akkoorden op? Wat mogen we ervan verwachten? En komen er in de toekomst ook hoofdlijnenakkoorden? De Eerstelijns analyseert dit beleidsinstrument.

Hoofdlijnenakkoord is een samengesteld woord. Volgens Van Dale zijn het ‘afspraken waarbij partijen zich tot iets verbinden, contract/verdrag en niet in details’. Het is een vrijwillige overeenkomst waarin partijen per deelsector over een aantal jaren afspraken maken over zorginhoud, innovatie en kostenbeheersing. Het hoofdlijnenakkoord in zijn huidige vorm is ontstaan in de periode 2011–2014 als nasleep van de economische crisis en de periode van laagconjunctuur (2008–2016). Het doel is het beperken van de zorgkosten. Mede dankzij de hoofdlijnenakkoorden zijn de woorden budgetplafond en doorleverplicht inmiddels ingeburgerd in het vakjargon van de zorgsector, met name in de ziekenhuissector, de GGZ en de wijkverpleging.

Het nieuwe kabinet handhaaft het hoofdlijnenakkoord als beleidsinstrument. In het regeerakkoord worden voor medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, huisartsen- en multidisciplinaire zorg en wijkverpleging nieuwe akkoorden in het vooruitzicht gesteld. Overigens wordt in dezelfde paragraaf het macrobeheersinstrument genoemd, dat wordt ingezet als de hoofdlijnenakkoorden niet tot het

gewenste (kostenbeheersings)effect leiden. Ook de door het ministerie van VWS ingestelde Commissie transparantie en tijdigheid, die de opdracht had om concrete oplossingen aan te dragen om de transparantie en tijdigheid van informatie over de uitgaven voor de curatieve zorg te verbeteren (september 2017), gebruikt de hoofdlijnenakkoorden als beleidsinstrument.

Polderproduct

Het hoofdlijnenakkoord is een typisch Nederlands polderproduct en er zijn veel partijen bij betrokken. Het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, koepels van zorgaanbieders als NVZ, NFU, FMS, GGZ Nederland, LVVP, NVVP, LHV, InEen, Actiz, V&VN en vaak de Patiëntenfederatie Nederland. Het landelijk gesloten hoofdlijnenakkoord is een best denkbare overeenkomst op basis van een afgewogen positionering en machtsbalans van betrokken partijen. Er wordt vaak lang onderhandeld en het resultaat wordt ter goedkeuring voorgelegd aan de achterban. Het is een akkoord voor de regulering van vooral de zorginkoop; de veelal decentrale uitvoering is aan het veld.



De zorgdriehoek Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)

Perceptie en interpretatie

Aangezien het een landelijk akkoord is op hoofdlijnen, is de perceptie en interpretatie van cruciaal belang bij de regionale uitvoering die tot uitdrukking komt in contracten. Daarbij is het goed stil te staan bij de rollen van de verschillende deelnemende partijen.

Hoewel je zou kunnen stellen dat het ministerie van VWS de regisseur van het akkoord is, is dat niet expliciet vastgesteld. Naar verluidt heeft Bas van der Dungen, directeur-generaal Curatieve zorg bij VWS recent gezegd: “Hoofdlijnenakkoorden zijn er vooral om de bovengrens van de kostenontwikkeling aan te geven.”

Sectorale plannen zijn hiervoor het meest geschikt. Patiënt-vertegenwoordigers zullen het meeste waarde hechten aan de beste kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Koepels van zorgaanbieders hebben belang bij beleidsruimte voor zorginnovatie en het dienen van de belangen van de achterban. En zorgverzekeraars worden door het ministerie nadrukkelijk gepositioneerd als regisseur voor kostenbeheersing en profileren zich ook steeds meer in die richting. Kortom, er gaan veel verschillende ingrediënten in het ‘recept hoofdlijnenakkoord’. Bovendien zijn er verschillen tussen de deelsectoren. Dat kan leiden tot verschillende interpretaties van de uiteindelijke tekst van een akkoord. Bijvoorbeeld over de totale beschikbare financiële ruimte voor een sector.

Dat hoofdlijnenakkoorden zich uitstrekken over meerdere jaren waarin economische of maatschappelijke veranderingen en wet/regelgeving de besluiten en het gedrag van partijen beïnvloeden, maakt het er niet makkelijker op. Daarnaast is er gezien de positionering op de horizontale as van de zorgdriehoek een duidelijke relatie (nodig) tussen het hoofdlijnenakkoord en zorginkoop. Het inzicht neemt toe dat zorginkoop fundamenteel anders moet (RVS-rapport ‘Zorgrelatie centraal, Partnerschap leidend voor zorginkoop’, oktober 2017, zie onder tussenkop Zorginkoop en hoofdlijnenakkoorden). Doordat de uitvoering van de akkoorden gedelegeerd wordt naar afzonderlijke zorgverzekeraars, zorgorganisaties en individuele beroepsbeoefenaren, ontstaat er al snel verschil van inzicht bij de vertaling ervan naar de praktijk of komen zorgverzekeraars volgens zorgaanbieders het hoofdlijnenakkoord niet na. Vooral in de eerstelijnszorg is men ontevreden¹. Dit kan het vertrouwen tussen zorgaanbieders/organisaties en zorgverzekeraars ondermijnen. Ook voor de individuele verzekerde kunnen de

akkoorden een merkbaar effect hebben, zoals wachtlijsten, extra reisafstanden, minder keuzevrijheid en het ontbreken van een geïntegreerd sociaal, care en cure aanbod voor chronisch zieken en ouderen. Het vertrouwen tussen overheid, instanties en individuen kan hierdoor in het geding komen. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) treedt hierin slechts reactief of niet op. Zij brengt de effecten van het hoofdlijnenakkoord niet in kaart. Met de substitutiemonitor en afsprakenmonitor heeft de NZa zich niet geprofileerd als objectieve onderzoeksinstantie².

Zorginkoop en hoofdlijnenakkoorden

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) merkt in haar advies ‘Zorgrelatie centraal’ (oktober 2017) op dat *‘veel zorginkoop eigenlijk bestaat uit het uitvoeren van beleidsregels van de NZa, het invulling geven aan wensen van de minister of het naleven van bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden. Het principe van het beheersen van de kosten is dominant’*. En dat *‘partijen elkaar gevangenhouden in het paradigma van jaarlijkse beheersing, rechtmatigheid en bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden’*. Tegelijk wordt in een onderliggend deelonderzoek van de RVS geconstateerd dat de machtsbalans tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars in het voordeel is van ziekenhuizen³.

Evaluatiestudie van enkele gerenommeerde onderzoeksinstituten versterkt dat beeld. Hierin stellen de geïnterviewde bestuurders in de medisch-specialistische zorg en GGZ vast dat zorgverzekeraars niet goed in staat zijn omerschikking van de budgetten (substitutie vanuit ziekenhuizen en GGZ naar eerstelijnszorg) te realiseren. Ondanks het feit dat in het specialistisch domein hoofdlijnenakkoorden een minder verstorende werking lijken te hebben, constateert de RVS dat de zorginkoop in brede zin ook bij gemeenten en zorgkantoren (waar feitelijk geen zorginkoopmarkt is, maar gedwongen winkelnering) aan revisie toe is: *‘Inkoop is van middel tot doel verheven ... en de beleidstheorie werkt niet in de praktijk’*. Een

**Standaardisering en massa-inkoop
hebben een homogeniserende werking
op het zorgaanbod**

concreet advies over de toekomst van hoofdlijnenakkoorden ontbreekt echter. Al is de conclusie over zorginkoop snoei-hard: *‘De huidige inkooppraktijk verboudt zich slecht tot pluriformiteit in zorg & ondersteuning. Inkoop en verkoop heeft via standaardisering en massa-inkoop een homogeniserende werking op het zorgaanbod. Het helpt om praktijkvariatie terug te dringen, maar heeft een negatieve invloed op de pluriformiteit. Met name het verbinden van financiële consequenties aan prestaties ten opzichte van spiegelinformatie kan leiden tot een dictatuur van middelmaat’*.

Alternatieven

Een hoofdlijnenakkoord is een vrijwillige overeenkomst. Bij ontevredenheid over de uitkomst en/of uitvoering, kan besloten worden om dit soort overeenkomsten niet langer aan te gaan. Hoewel er dan een verharding of conflict kan optreden tussen partijen, kan het ook tot een situatie leiden waarin uiteindelijk een nieuw evenwicht tot stand komt. De eerstelijnszorg heeft de publieke opinie mee: patiënten hebben meer vertrouwen in de huisarts en verpleegkundige dan in de overheid en zorgverzekeraars. Daarnaast kan een gerechtelijke uitspraak over de rechtmatigheid van inclusiebeperkingen, omzetplafonds of doorleverplicht, louterend werken. Maar ook een kwalificatie van het Zorginstituut⁴ of de Inspectie voor de Gezondheidszorg kan sturend zijn voor de ontwikkeling van het zorgsysteem. Oftewel: beter geen akkoord dan een slecht akkoord!

Beter geen akkoord dan een slecht akkoord

Gezien het systeem en de belangen die partijen aan de hoofdlijnenakkoorden hechten, kan ook (eerst) worden ingezet op procedurele en inhoudelijke verbeteringen:

1 Regie en verantwoordelijkheid verbeteren.

De hoofdlijnenakkoorden worden door de betrokken veldpartijen afgesproken, maar de regie op de uitvoering is gefragmenteerd. Alle betrokkenen krijgen of nemen een deeltaak op zich, er is geen integrale regie. Wanneer het ministerie van VWS zijn verantwoordelijkheid breder neemt dan het beheersen van zorgkosten en het hoofdlijnenakkoord als beleidsrijk instrument gebruikt, dan biedt dat perspectief.

2 Er worden nu hoofdlijnenakkoorden over diverse deelsectoren opgesteld, maar er is niet of nauwelijks samenhang en integrale afstemming. Terwijl die uiteraard wel nodig is, bijvoorbeeld op het gebied van substitutie, sectorbreed ICT-beleid en afstemming van cure en care. Ook hier is het ministerie van VWS aan zet. Of twee ministers op VWS daarbij gaan helpen, is overigens de vraag. Ook Olivier Gerrits, directeur zorginkoop Zilveren Kruis, pleit voor meer samenhang tussen de verschillende hoofdlijnenakkoorden⁵.

3 Ondertekening van het eerstelijnsakkoord door alle (negen) zorgverzekeraars in plaats van alleen door Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Juist omdat zorgverzekeraars zo'n belangrijke rol hebben bij het realiseren van de afspraken is een getrapte accordering aan te bevelen. De afzonderlijke leden van ZN kunnen dan (publiekelijk) aangesproken worden als ze zich niet aan de afspraken houden.

- 4 Hoofdlijnenakkoorden inpassen in een nieuwe systematiek van meerjarige overeenkomsten (conform RVS-advies), waarbij er een consistente relatie is tussen hoofdlijnenakkoord (gezamenlijk resultaat) en zorginkoopbeleid (eigen individuele verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars).
- 5 Onafhankelijke monitoring van effecten van hoofdlijnenakkoorden als onderdeel van evaluatie en verbetering door (een consortium) van wetenschappelijke instituten, op kosten van het ministerie van VWS.
- 6 Patiëntenorganisaties altijd mee laten tekenen en verantwoordelijkheid geven. In de meeste hoofdlijnenakkoorden gebeurt dat al. Zo wordt de zorginhoud beter geborgd. Daarnaast kunnen patiëntvertegenwoordigers met de patiëntenadviesraad van de zorgverzekeraars checken of het zorginkoopbeleid synchroon loopt met het hoofdlijnenakkoord, waarvoor de zorgverzekeraar heeft getekend.
- 7 De hoofdlijnenakkoorden moeten beleidsrijk worden opgesteld, de problematiek van de arbeidsmarkt moet worden onderkend, de technische- en sociale innovatie moet worden gestimuleerd en de persoonsgerichte benadering moet worden ondersteund. <<

Tekst: Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns

Foto's: Thinkstock

1 De Eerstelijns 6-2017 Hoofdlijnenakkoord huisartsen en multidisciplinaire zorg en 7-2017 Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging en Nieuwsbrief LVVR, 5 oktober 2017

2 Van substitutie naar afsprakenmonitor De Eerstelijns 8-2016

3 RVS achtergrondstudie bij Zorgrelatie centraal: Inkoop safari pagina, 9 feb. 2017.

4 Kader voor kwalitatief verantwoorde ouderenzorg

5 Zorgvisie, okt. 2017

De hoofdlijnenakkoorden worden vooral ingezet voor kostenbeheersing.

