

Hoofdlijnenakkoord huisartsenzor

‘The proof of the pudding is in the eating’, zeggen de Engelsen. En zo is het. Op 11 juli jongstleden ondertekenden InEen, LHV, Zorgverzekeraars Nederland, de Patiëntenfederatie Nederland en het ministerie van VWS het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg 2019-2022. Wat de afspraken waard zijn, zal de toekomst uitwijzen. De Eerstelijns analyseert.

Waar in het hoofdlijnenakkoord 2014–2017 nog sprake was van ‘eerstelijnszorg’, is nu een duidelijke keuze gemaakt voor ‘huisartsenzorg’. Enerzijds handig, anderzijds staat het een integrale multidisciplinaire benadering in de weg. ‘Eerstelijns’ wordt in het akkoord alleen gebruikt als het gaat over het versterken van de organisatiegraad (het speerpunt van InEen), het eerstelijnsverblijf en keuzehulp die multidisciplinair kunnen worden toegepast. ‘Multidisciplinair’ wordt genoemd als een competentie van huisartsen die in de opleiding versterkt zou moeten worden, bij het budgettaire kader (S2) dat uitgebreid wordt ten koste van S1, en bij digitalisering en infrastructuur. Verder gaat dit hoofdlijnenakkoord over huisartsen.

Samenhang akkoorden

De regering heeft gekozen voor hoofdlijnenakkoorden¹. Hoewel de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving hierover kritische vragen heeft gesteld², lag het in de lijn der verwachtingen dat kabinet-Rutte III hierop zou inzetten. Had het kabinet anders besloten, dan was er waarschijnlijk geen huisartsenakkoord gekomen. Zorgverzekeraars waren namelijk niet zo’n voorstander van een hoofdlijnenakkoord met huisartsen, omdat men erop rekende toch wel contracten te kunnen sluiten³. Er zijn meer sectorale akkoorden en ook sector brede programma’s. Dat komt tot uitdrukking in de agenda van VWS (zie afbeelding 1).

AGENDA VWS

Sectoroverstijgende afspraken					
Taskforce Zorg op de juiste plek					
Arbeidsmarktagenda					
Actieplannen regeldruk per sector in de cure/care					
Pact voor de ouderenzorg					
Nationaal preventieakkoord					
Hoofdlijnenakkoorden per sector					
MSZ	HA	WV	GGZ	P	Sportakkoord

Het is de vraag wie bij VWS het overzicht bewaart over al die akkoorden en programma’s. Door sommige alinea’s letterlijk overal op te nemen, wordt samenhang gesuggereerd.

De vraag is of dat ook terugkomt in de uitvoering. Want het zorgveld en de zorgverzekeraars zijn verdeeld in afdelingen en worden als zodanig bekostigd. En wat gebeurt er als er ontwikkelingen zijn in een bepaald domein of op een thema die het akkoord sterk beïnvloeden? Bijna vijf jaar vooruit kijken is een heikele zaak. Je kunt je ook afvragen of een integrale aanpak van thema’s, die in meer hoofdlijnenakkoorden terugkomen, beter zou zijn. Denk aan ICT & eHealth of acute zorg. Kortom: de onvoorspelbaarheid en maakbaarheid van de samenleving is een gegeven waar veel vanaf kan hangen. Zijn de partijen flexibel genoeg en hebben ze voldoende vertrouwen om dynamisch om te gaan met het hoofdlijnenakkoord als dat nodig is?

In andere hoofdlijnenakkoorden worden de huisarts en eerstelijnszorg ook genoemd. Wat zijn daarvan te verwachten effecten? Het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg beoogt bijvoorbeeld een aflopende volumegroei van 0,8 – 0,5 – 0,3 naar 0,0 procent. Met als reële optie dat er meer patiënten worden teruggestuurd, minder chronische patiënten in de ziekenhuizen komen en de ligduurverkortung waar mogelijk wordt voortgezet. Dit geeft een extra druk op de huisartsenzorg en wijkverpleging. Huisartsen (S2) en wijkverpleging hebben budgetplafonds of inclusiebeperkingen afgesproken, maar hierdoor bestaat juist een reëel risico op plafond- of inclusiegroei. Het is aan te bevelen dit actief te monitoren en per kwartaal aan de zorgverzekeraar te rapporteren.

Het GGZ-akkoord meldt hierover: ‘Als zorgaanbieders te maken hebben met capaciteitsproblemen of budgetplafonds, dan moet het voor cliënten helder zijn waar zij terecht kunnen voor zorg. Zorgaanbieders maken cliënten attent op de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars voor zorgbemiddeling en/of zij verwijzen terug naar de huisarts’.

In het GGZ-akkoord is tevens opgenomen dat integrale bekostiging mogelijk moet blijven. Dat biedt perspectief voor organisaties waar de beleidsregel innovatie afloopt en (nog) geen structurele bekostiging is.

De NVDA merkt in een terechte reactie op dat doktersassistenten en triagisten (30.000 mensen) ontbreken in het huisartsenakkoord⁴.

g 2019-2022



Geen eerstelijnszorg of multidisciplinaire zorg meer; in het hoofdlijnenakkoord 2019-2022 gaat het over de huisarts.

In het akkoord wijkverpleging staat: voor ELV plaatsen komt structureel 20 miljoen extra ter beschikking. Dat is een goede eerste stap, maar eerder is al berekend dat een veelvoud van dat bedrag nodig is om aan de vraag te voldoen. Het instellen van regionale coördinatiepunten kan hiertoe de nodige informatie bieden.

Thema's huisartsenakkoord

De inhoudelijke basis voor alle zorgakkoorden is de Juiste Zorg Op de Juiste Plek. Dit rapport kan beschouwd worden als de zorgparagraaf in het regeerakkoord van Rutte III. Specifieke thema's als meer tijd voor de patiënt, versterking organisatiegraad, zorg voor kwetsbare groepen, zorg in ANW-uren, verbetering samenwerking sociaal domein, kwaliteit en ICT-zorginfrastructuur zijn door InEen en de LHV ingebracht en komen terug in het huisartsenakkoord. Ook is er aandacht voor de arbeidsmarkt en acute zorg en zijn er toezeggingen over de compensatie van de loonstijging in de cao.

De erkenning dat bestuurlijk commitment op landelijk niveau nodig is om de ambities te realiseren, is een belangrijk gegeven. Dit kan houvast kan aan de regionale agenda. En hoewel wordt vermeld dat er geen centrale regie of monitoring komt, zal de Nederlandse Zorgautoriteit wel periodiek rapporteren. Het is aan de zorgverzekeraars om de uitgangspunten van dit akkoord toe te voegen aan het zorginkoopbeleid 2019, dat in april is gepubliceerd. In regio's waar contracten tot 2020 zijn gesloten, is het aan partijen om samen te beoordelen hoe zij

nu toch al kunnen inspelen op de uitkomsten van het hoofdlijnenakkoord huisartsen.

Interessant is de passage op pagina 2: *'Dit beeld wordt vertaald in individuele contractering waarbij partijen hun eigen verantwoordelijkheid in het zorgstelsel behouden. Hierbij streven zowel aanbieders als inkopers congruentie na'*. Bedoeld wordt dat zorgverzekeraars bereid zijn om collega's te volgen en dat zorgaanbieders bereid zijn om regionaal tot afstemming en eenduidigheid te komen.

Een nadere beschouwing

A Inhoudelijk

Het akkoord bevat een aantal onderwerpen dat is aangedragen vanuit de onderhandelingspartijen. De door alle partijen erkende thema's hebben de meeste kans van slagen. Dat zijn arbeidsmarkt, acute zorg en ICT-infrastructuur.

De arbeidsmarktproblematiek staat hoog op de agenda omdat de zorgverzekeraars zorgplicht hebben. Dat de toegang tot de zorg door tekort aan personeel onder druk staat, is politiek en maatschappelijk niet acceptabel. Daar vinden partijen elkaar op. Dit zal allereerst zichtbaar worden in de acute (ouderen-) zorg. Regionale regie kan enige verlichting bieden, maar zeker is dat dit probleem zich massaal zal manifesteren.

Een goede ICT-infrastructuur is de enige potentiële oplossing voor productiviteitswinst in zorgprocessen, betere en snellere uitwisseling van informatie en het betrekken van patiënten in het zorgproces. Daarbij dient in beschouwing te worden genomen dat ICT-transities met horten en stoten gaan en gepaard dienen te gaan met gedragsverandering van zorgprofessionals en patiënten, hetgeen sowieso een lange adem vergt. Innovaties in zorg- en bedrijfsvoering vragen bovendien extra energie en tijd. Dat het programma OPEN (Ontsluiten Patiëntgegevens uit de Eerstelijnszorg in Nederland) vanuit VWS wordt opgezet en bekostigd, geeft zekerheid dat de toegezegde gelden daadwerkelijk beschikbaar komen. Al is het de vraag of het op zichzelf aanzienlijke bedrag afdoende is. Een andere manier van regionale ICT-bekostiging kan daarbij wellicht wel voor een effectievere manier van inzet van middelen zorgen.

De thema's 'meer tijd voor de patiënt', 'organisatiegraad' en 'eHealth als het bewezen is' hebben een veel kleinere kans van slagen. Meer tijd voor de patiënt is door de krappe arbeidsmarkt, problemen met waarnemers, groeiende zorgvraag en ambities vanuit het programma de Juiste Zorg op de Juiste Plaats een illusie. Dat is alleen te realiseren met slimme bedrijfsvoering, taakherschikking en innovatie. In dat kader is de ICT-paragraaf essentieel.

Op het thema organisatiegraad vinden partijen elkaar als het gaat over de O&I-systematiek, maar zij verschillen van mening over herallocatie van het beschikbare budget, extra investeringen en een overgangsregeling. Bovendien is er in 2018 nog helemaal niets gebeurd op dit gebied en zijn er nauwelijks ambities in het zorginkoopbeleid 2019, behalve bij Zilveren Kruis. Daarnaast treft de O&I ook de gefragmenteerde eerstelijnszorg zelf. Het aantal organisaties dat per regio betrokken is bij de huisartsenzorg c.q. eerstelijnszorg is groot. Het vraagt ook lef en leiderschap om tot de noodzakelijke regionale reorganisatie te komen en de daaraan verbonden reorganisatie van de betrokken eerstelijnsorganisaties.

‘Bewezen’ eHealth tot slot, is met de huidige onderzoeksmethoden kansloos; als de onderbouwing komt is de techniek alweer verouderd.

Enkele afspraken uit het akkoord worden al direct geregeld, zoals de extra gelden voor achterstandswijken. Hiertoe is reeds een circulaire van de Nederlandse Zorgautoriteit verschenen⁵.

B Historisch

Ook een vergelijking met het hoofdlijnenakkoord 2014–2017 levert enkele interessante inzichten op. De overweging bij de introductie van het nieuwe bekostigingssysteem per 2015 was letterlijk dat:

- *Versterking en verdere ontwikkeling van zorg dichtbij een gedeelde ambitie en prioriteit van partijen is, noodzakelijk om de houdbaarheid van het zorgstelsel te bevorderen met verbetering van de kwaliteit van de zorg voor de patiënt.*
- *Verdere versterking van de organisatiegraad van de eerste lijn, gefaciliteerd door regionale ondersteuningsorganisaties, een noodzakelijke randvoorwaarde is voor het verder ontwikkelen van kwalitatief hoogstaande eerstelijnszorg.*
- *Een optimale inzet van ICT in de gezondheidszorg kan bijdragen aan het vormgeven van de eigen verantwoordelijkheid en het zo doelmatig mogelijk organiseren van de zorg.*
- *De wijze waarop de zorg wordt bekostigd het realiseren van zorg dichtbij en het maken van afspraken over substitutie moet faciliteren.’*

Bovenstaande illustreert dat er grote overeenkomsten zijn tussen het akkoord 2014–2017 en dat van 2019–2022. Ook in de beschikbare financiële kaders. De afgelopen vier jaar is echter aangetoond dat de beschikbare financiële kaders niet ten volle zijn benut doordat zorgverzekeraars niet maximaal hebben ingekocht. Er is structureel een onderschrijding geweest van het kader S1 en een overschrijding van het kader S2: cumulatief was sprake van een aanzienlijke onderschrijding. Nu wordt er enerzijds aangegeven dat er geen centrale monitoring plaats zal vinden en tegelijk wordt aangegeven dat de Nederlandse Zorgautoriteit wel zal monitoren. Daarnaast blijft het voor InEen en de LHV altijd mogelijk om zelf te monitoren en waar nodig aan de bel te trekken.

C Financieel

Tabel 1

	2019	2020	2021	2022
stand o.b.v. begroting 2018 incl. technische correcties	3.620,4	3.620,4	3.620,4	3.620,4
correctie onderuitputting 2017	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
behouden onderuitputting	50,0	50,0	50,0	50,0
extra geld voor specifieke onderwerpen	38,9	48,9	48,9	43,9
groeirimte	89,3	180,8	293,3	409,2
= groeipercantage	2,5%	2,5%	3,0%	3,0%
kader	3.698,6	3.800,1	3.912,6	4.023,5

Er is 471 miljoen euro beschikbaar voor huisartsenzorg. In totaal is de landelijk maximaal beschikbare volumegroei 2,5 procent in 2019 en 2020 en 3 procent in 2021 en 2022 (zie tabel 1). Het RIVM heeft eerder becijferd dat de zorgvraag onder chronisch zieken 3,5 procent per jaar zal toenemen. Ook zal door de groeibeperking in de medisch-specialistische zorg en de gespecialiseerde GGZ extra druk op de huisartsenzorg ontstaan. Het is daarom de vraag of de volumegroei van 2,5 tot 3 procent volstaat.

Daarnaast is geld gereserveerd voor een aantal specifieke onderwerpen (zie tabel 2)

Tabel 2

	2019	2020	2021	2022
achterstandswijken (structureel)	11,8	11,8	11,8	11,8
OPEN	15	20	20	20
nationale onderzoeksagenda	2	2	2	2
ICT-zorginfrastructuur	10	15	15	10
patiënteninbreng richtlijnen	0,1	0,1	0,1	0,1
totaal extra	38,9	48,9	48,9	43,9

Voor de ICT-zorginfrastructuur wordt 50 miljoen uitgetrokken, verdeeld over 4 jaar. Dit bedrag wordt via zorgverzekeraars verdeeld onder huisartsen en regionale organisaties. Het is nog niet duidelijk hoe. Verdeeld over circa 5.000 huisartsenpraktijken betreft het totaal €10.000 per praktijk. Hoewel er geen exacte berekening is van de ICT-kosten in een huisartsenpraktijk, kan op basis van het recente normkostenonderzoek, navraag bij enkele organisaties en berekeningen van Anton Maes een reële schatting worden gemaakt van €4 per patiënt per jaar, ofwel ruim €8.500 per jaar per normpraktijk. Dit betekent niet dat elke huisartsenpraktijk dit bedrag daadwerkelijk heeft uitgegeven, want dat bepaalt iedere huisarts/ondernemer zelf.

De 50 miljoen betekent een substantiële verhoging van het budget en kan de digitalisering een flinke boost te geven. Het is aan de zorgverzekeraars hoe men dit extra ICT-budget beschikbaar wil stellen: via regionale organisaties (S2) of direct aan individuele huisartsen (S1). Om de regionale samenhang te realiseren lijkt de S2-optie aantrekkelijker. Sommige regio's overwegen al om de gehele ICT-component via de regionale huisartsenorganisatie in te zetten, zoals een aantal jaren geleden in Zoetermeer is gebeurd.

De ICT-ambities worden versterkt met het programma OPEN, waarvoor via VWS een subsidie beschikbaar komt (75 miljoen) om de digitale gegevensuitwisseling tussen huisartsen en patiënten per 2020 mogelijk te maken. De middelen zijn bedoeld om leveranciers te stimuleren, regionale projectleiders in te stellen en de huisartsenpraktijken te compenseren die dit bij patiënten onder de aandacht moeten brengen en hen moeten stimuleren om het te gaan gebruiken.

Voor achterstandswijken is 11,5 miljoen euro gereserveerd. Dat komt neer op €20 per persoon, uitgaand van recente cijfers die een toename laten zien van 900.000 naar 1.500.000 mensen.

Partijen hebben verder gesteld dat de cao loonontwikkeling door zorgaanbieders moet kunnen worden betaald. Dit betekent dat de indexering moet worden doorberekend in de zorgkosten. In de financiële onderlegger bij het onderhandelingsakkoord is dit nader toegelicht. Het bijstellingspercentage (verwachte indexering) bedraagt 3,40 procent per jaar. Daarvan wordt 70 tot 78 procent veroorzaakt door loonstijgingen en 22 tot 30 procent door prijsstijgingen. De NZA zal dit in (S1-)tarieven verwerken. Het is wel zaak dat de zorgverzekeraars de tarieven volledig betalen, ook als het gaat om chronische zorg (S2) waarbij sprake is van vrije prijzen. Concreet komt het erop neer dat circa 2,5 procent indexering nodig is om de cao loonontwikkeling te kunnen volgen en circa 1 procent voor prijsstijgingen.

Conclusie

Het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg geeft aan dat er bestuurlijk commitment ligt voor een ambitieuze agenda. De huisartsen(organisaties) zullen deze ambities om moeten zetten in concreet beleid en de zorgverzekeraars zullen dit mogelijk moeten maken in het zorginkoopbeleid. Op regionaal niveau zal men elkaar moeten vinden om hiertoe contracten te sluiten. 'The proof of the pudding is in the eating...'. De Eerstelijns blijft het volgen en houdt u op de hoogte. <<

Tekst: Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns

Foto's: Thinkstock

1 Vertrouwen in de toekomst, kabinet-Rutte III 2017

2 Zorgrelatie centraal, RVS 2017

3 Akkoord of chaos? De Eerstelijns 2018

4 Reactie op hoofdlijnenakkoord, NVDA juli 2018

5 Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 – TB/REG-19619-01

Klimaatverandering in de zorg



De afgelopen zomer was heet. We kregen te maken met watertekorten. Er moesten keuzes gemaakt worden voor de verdeling van water voor landbouw, scheepvaart en het behoud van waterkwaliteit. Iedereen zal nu wel snappen wat een klimaatverandering kan gaan inhouden.

Een dergelijke wake-up call is ook nodig voor de zorg, want daar zullen de komende tien tot twintig jaar ook keuzes gemaakt moeten worden als gevolg van schaarste. In de zorg is sprake van schaarste op twee gebieden: het budget en de arbeidsmarkt. En de zorgcrisis is te vergelijken met de hittecrisis: ergens gaat het pijn doen. Een groot verschil is dat de hitte voor iedereen waarneembaar is en de problemen en oplossingen daarmee voor iedereen begrijpelijk. In de zorg is dat anders. De schaarste treedt op veel verschillende plaatsen op: in de ouderenzorg, in de jeugdzorg, in de GGZ, in de ziekenhuizen. Een collectieve thermometer voor wachtlijsten of zelfs ontoegankelijkheid van zorg ontbreekt. Dat maakt het probleem minder zichtbaar en lastig te begrijpen voor iedereen. Kunnen de Nederlandse Zorgautoriteit en de Inspectie wat leren van het KNMI? Moet de schaarste in de zorg ook gewoon iedere dag op het nieuws? Met kaartjes hoe het ervoor staat in Nederland. En een code geel of rood?

Bij hitte en klimaatverandering wordt gevraagd om ander gedrag: niet sproeien, kort douchen. En er wordt nagedacht over de vraag hoe we door een andere manier van stedenbouw hitte en water beter kunnen verwerken. In de zorg kan gedragsverandering ook helpen om het tij te keren. Maar dat is een stuk lastiger. We moeten voorkomen dat we onszelf ziek maken met ongezond eten, drinken, roken, te weinig bewegen en te veel stress. Een paar weken gezond leven is misschien vergelijkbaar met tijdelijk minder water gebruiken. Maar als het weer met bakken uit de hemel komt, dan mag de kraan weer open. Dat is met gezonder leven niet het geval.

Naast gedragsverandering, is maatschappelijke verandering nodig om de schaarste in de zorg tegen te gaan. We zullen keuzes moeten maken. Wat is wel collectief verzekerd en wat niet? Dat is een politiek-ethische afweging waar we tot nu toe niet uitkomen. Net als bij discussies over minder vliegen, stoppen met vervuilende industrie en minder consumeren gaat het om negatieve effecten op de langere termijn. Dat maakt een gedragsverandering nu zo moeilijk, maar het moet wel!

Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns

Reageren? Mail naar je.dewildt@de-eerstelijns.nl