

# Eén jaar na het eerstelijns akkoord

**Op 16 juli 2013 hebben het ministerie van VWS, LHV en InEen rechtsvoorgangers een akkoord gesloten. Het akkoord betreft de periode 2014 – 2017, wat is de stand van zaken één jaar na het eerstelijns akkoord?**

Het eerstelijns akkoord maakt onderdeel uit van een set aan akkoorden met de ziekenhuizen, ggz en eerstelijnszorg. Het heeft als speerpunten: het beperken van de uitgaven curatieve zorg en verbeteren van de kwaliteit. Door het realiseren van zorg dichtbij met eigen verantwoordelijkheid voor burgers in een samenhangend pakket aan zorg, ondersteuning en welzijn op lokaal niveau. Substitutie van specialistische zorg naar generalistische zorg en zelfzorg. Met een nieuw bekostigingssysteem voor huisartsen- en multidisciplinaire zorg, groei ruimte van maximaal tweeënhalf procent en afspraken over monitoring en verschuiving van budgetten ten gevolge van substitutie. En een ambitieuze inhoudelijke agenda.

## Overheid

Het kabinet geeft het veld veel ruimte aan de uitvoerders van het beleid. Er zijn grote systeemveranderingen, vooral in de AWBZ. Deze geven maatschappelijke onrust en vragen veel aandacht van de aanpalende eerstelijnszorg. De effecten van de veranderingen leiden nu al tot extra druk op de eerstelijnszorg. Het macrobudget voor de eerstelijnszorg van tweeënhalf procent per

jaar is volstrekt onvoldoende om de autonomie en extra groei te faciliteren. Er zijn geen harde garanties om overschrijdingen te compenseren. De Wmo, Jeugdwet, Participatiewet

Daarnaast is er direct impact op de eerstelijnszorg door wijzigingen in de medisch-specialistische zorg en wijzigingen rondom de wijkverpleegkundige, die beleidsaandacht vragen. Positief

## De effecten van de veranderingen leiden nu al tot extra druk op de eerstelijnszorg

en Wlz geven een enorme druk op de bestuurders in de eerstelijnszorg, onzekerheid bij patiënten en burgers met een indirect effect op de zorgprofessionals. De discussie over vrije artsenkeuze komt qua planning erg ongelegen. En de aandacht voor fraude en misstanden leidt tot een verkrampte controlecultuur die conflicteert met een innovatie- en veranderingsproces. De al jarenlange durende btw-dreiging voor nieuwe eerstelijns organisaties hangt als een molensteen om de nek. De hoeveelheid veranderingen tegelijk en de wijze waarop deze op elkaar inwerken, zijn voor een ontluikende eerstelijnszorg moeilijk bij te benen.

is het faciliteren van een onderzoek naar de noodzakelijke infrastructuur voor de eerstelijnszorg om de ambities waar te kunnen maken.

## Infrastructuur overbelast

De eerstelijnszorg is zichzelf nog volop aan het ontwikkelen. Organisatorische, technische en cultureel-historische aspecten vertragen het veranderingsproces. Er zijn grote verschillen regionaal en per discipline. Tegelijk vindt de substitutie al spontaan plaats: door thuiswonende ouderen, ggz en mensen in zorgprogramma's, eigen bijdrage en hernieuwd ingevoerde verwijskaart. Deze substitutie overbelast vooral de huisarts die het afvalputje van de eerstelijnszorg is geworden. Eerstelijns organisaties worden door alle partijen benaderd, maar hebben geen beleids capaciteit om aan te kunnen. Randvoorwaarden om dit op te vangen ontbreken: geld, organisatiekracht, gemeenschappelijke visie, leiderschap, et cetera.

Er zijn ook positieve ontwikkelingen, zoals landelijke benchmarks waarmee de transparantie wordt vergroot en de sector inzicht geeft in de toenemende kwaliteit van chronische zorg en het gestructureerd bestuurlijk overleg waar inmiddels KNMP en V&V ook vertegenwoordigd zijn. De nieuwe koepel

## Huisartsen- en multidisciplinaire bekostiging

Er is overeenstemming over de bekostiging in 3 segmenten en dat is een stap in de goede richting, maar er zijn vanuit de georganiseerde eerstelijnszorg nog behoorlijk wat stappen te nemen. De inkomenszekerheid voor de huisartsen in S1 is een goede waarborg om door te ontwikkelen. Daarnaast zijn er mogelijkheden om ggz, ouderenzorg en andere innovatieve zorgprogramma's te bekostigen in dit model, maar bestaat hierover geen eenduidigheid bij de verschillende zorgverzekeraars, zodat het in de praktijk de vraag is hoe dat gaat lopen. Ook is het percentage van vijf procent voor S3 een magere stimulans om de innovatie en doelmatigheid te stimuleren. De LHV heeft moeite om de privileges van de individuele huisarts los te laten. Overall kan gesteld worden dat de huidige uitwerking voor 2015 ruimte biedt, maar veel vrijheid geeft aan de zorgverzekeraars om hun eigen inkoopbeleid te maken. In juli/augustus zal duidelijk worden welke kant het voor komend jaar op zal gaan.



De eerstelijns infrastructuur is overbelast. Eerstelijns organisaties worden door alle partijen benaderd, maar randvoorwaarden om dit op te vangen ontbreken: geld, organisatiekracht, gemeenschappelijke visie, leiderschap, et cetera. (Foto: Jonathan Ogilvie, Freeimages)

voor eerstelijns organisaties. InEen heeft een ambitieus werkplan om de eerstelijnszorg verder te steunen en begint op stoom te komen.

### Zorgverzekeraars remmen

Ook bij zorgverzekeraars zijn er verschillen in samenwerking, co-creatie en samenwerking met de eerstelijnszorg. Maar het ontbreken van een eenduidige zorgverzekeraarsvisie op de eerstelijnszorg, organisatie en aansturing, leidt in de praktijk tot onwerkzame situaties. In diverse regio's zijn er initiatieven in de eerstelijnszorg of breder,

maar de voortgang stagneert.

Er is veel kritiek op de eenjarige opgelegde (wurg)contracten, met name fysiotherapie en logopedie. Maar het belangrijkste in het kader van het eerstelijns convenant is het ontbreken van een adequaat instrument om de substitutie te meten. Dit is cruciaal in het eerstelijns akkoord dat de substitutie wil bevorderen en curatieve kosten wil beheersen. Dat instrument is er na één jaar (nog) niet en er wordt dus op geen enkele manier gemeten of zorgverzekeraars zich wel bezighouden met substitutie.

De financiële resultaten van zorgverzekeraars laten zien dat de reserves hoger oplopen dan vereist door DNB. Het is dan ook de vraag op welke wijze premies worden besteedt. Wordt er wel – door alle zorgverzekeraars – extra geïnvesteerd in de eerstelijnszorg? Van de kant van de zorgaanbieders klinkt veel kritiek op gebrek aan innovatieruimte. De geïntegreerde zorginkoop van de eerste- en tweede lijn is nog nauwelijks aan de orde en de bureaucratie en controle op de eerstelijnszorg neemt toe. Ook dat remt de noodzakelijke veranderingen en innovatie.

Positieve uitzonderingen zijn gelukkig ook aan de orde. Zoals het gemeenschappelijk initiatief van zorgverzekeraars, patiënten en veldpartijen om zelfmanagement pre-concurrentieel aan te bieden in de coöperatie ZO!

### Marktmeester

De marktmeester NZa heeft als uitgangspunt dat zorgverzekeraars de beste vertegenwoordigers zijn van patiënten en verzekerden. Daardoor krijgen zorgverzekeraars steeds meer vrijheden en worden zorgaanbieders beknot in de mogelijkheden. Het vertrouwen van zorgaanbieders in een objectieve rol van de NZa is nauwelijks aanwezig. Door deze opstelling van de NZa wordt men gezien als een verlengstuk van het ministerie van VWS en de zorgverzekeraars, en zeker niet als bondgenoot van een ontwikkelende eerstelijnszorg. Door het norminkomen heeft de NZa feitelijk een tweede macrobeheersinstrument om het inkomen van de huisartsen te beperken en de hogere productie geleidelijk binnen het inkomen te normaliseren. Toenemende bedrijfsrisico's worden op geen enkele manier adequaat gecompenseerd in de bekostiging.

### Ziekenhuizen

Substitutie is bedrijfsmatig helemaal niet interessant. En zeker niet als de reguliere productie door verschuiving naar de eerstelijnszorg, de herinvoering van de verwijkskaart en het eigen risico

van patiënten al tot productiekrimp leidt. Daarbij kan de invoering van een nieuwe geïntegreerde bekostigings-systematiek voor ziekenhuizen en medisch specialisten in 2015 worden opgeteld. De korte termijn staat vaak voorop, in plaats van de lange termijn. De bereidheid om vrijwillig extra substitutie te genereren bestaat alleen in loondienst-ziekenhuizen, als er een grote afhankelijkheid is van de eerstelijnszorg of door een dappere medisch specialist. De discussie over de juistheid van de jaarrekening 2011 – 2012 en 2013 kan de teruglopende productie in ziekenhuizen maskeren en een soepele opstelling van de zorgverzekeraars naar de ziekenhuizen versterken. Pas in februari 2015 komt er zicht op de effecten voor het macrobeheersinstrument en dan zijn alle productieafspraken voor dat jaar alweer gemaakt. Er zijn geen beleidsmaatregelen om de afbouw van de ziekenhuiscapaciteit te stroomlijnen. De koude sanering wordt met argusogen door de banken gevolgd en leidt tot krapte op de kapitaalmarkt. Dit zet de slecht presterende ziekenhuizen extra onder druk, maar geeft ook extra onrust.

### Ggz

De substitutie vanuit de ggz verloopt voorspoediger. De machtspositie is minder groot. Patiënten willen vaak ook liever niet naar de ggz vanwege het negatieve imago. Het convenant om de sector dertig procent in te krimpen wordt door de zorginstellingen gesteund en uitgevoerd. In 2014

de tweede- naar de eerstelijnszorg voorspoediger te verlopen.

### Patiënt laat zich gelden

De patiënt laat zich horen. Over on-eigenlijke rekeningen en onduidelijke facturen. Het belang van de patiënten neemt door het eigen risico toe. Ongeveer tien procent van alle patiënten

## Het ontbreken van een eenduidige zorgverzekeraarsvisie op de eerstelijnszorg leidt tot onwerkzame situaties

werken eerstelijnszorg en ggz over het algemeen goed samen aan de substitutie van zorg. Toch zijn er ook nog de nodige onduidelijkheden, zoals het beschikbare macrobudget in de eerstelijnszorg en basis-generalistische ggz, de effecten van de eigen bijdrage, de transitie op de arbeidsmarkt, de overgang van een ziektespecifieke- naar klachtbenadering, de uitwerking van de Jeugdwet en -ggz. In zijn algemeenheid lijkt in de ggz de substitutie van

heeft een vrijwillig eigen risico van 800 euro en deze groep let sterk op de kosten. Op [www.opendisdata.nl](http://www.opendisdata.nl) staan de gemiddelde prijzen van behandeling in het ziekenhuis en dat levert meer transparantie en een kritische patiënt/verzekerde op. De kritische patiënt kan wel eens een belangrijk breekijzer worden in het realiseren van substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg, maar ook van laboratoriumdiagnostiek naar zelfmanagement.

### Conclusie

Ondanks het akkoord weet niemand een meerjarig perspectief neer te leggen. Van macro- tot microniveau lijkt iedereen zijn kruit droog te willen houden. Er is geen verzekeraar die een meerjarencontract wil afspreken op de relatie tussen het sociale domein (decentralisaties) en de eerstelijnszorg. Tegelijkertijd wordt in de curatieve medisch-specialistische zorg geen voortgang geboekt. In 2016 is de laatste kans, maar dat is ook het jaar voor de Tweede Kamer verkiezingen en dan ontbreekt het vaak aan politieke moed om belangrijke besluiten te nemen. Het blijft dus waarschijnlijk doorrommelen, maar of dat verstandig is, zal de toekomst leren.

Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns  
Leo Kliphuis, directeur Stadsmaatschap

## RAPPORT EERSTELIJNS AKKOORD

jaar 2013-2014

|                      | cijfer | opmerkingen  |
|----------------------|--------|--|
| overheid .....       | 5      | <i>erg druk en chaotisch in de klas</i>  |
| eerstelijnszorg .... | 6-     | <i>ijver een 8, blij volhouden, je kunt meer</i>   |
| zorgverzekeraars ..  | 4 1/2  | <i>beter je best doen!</i>   |
| NZA .....            | 4      | <i>je opstelling en gedrag hebben een negatief effect op de klas</i>   |
| ziekenhuizen .....   | 5      | <i>je bent veel te dominant, geef anderen ook eens de ruimte</i>   |
| GGZ .....            | 7      | <i>prima opstelling, prettige leerling, samenwerkingsbereid</i>  |
| patiënten .....      | 7      | <i>je neemt steeds meer verantwoordelijkheid, ga zo door</i>   |
| Conclusie .....      |        | <i>je zult beter je best moeten doen, want anders ga je het volgend jaar niet halen. Het zit er in, laat het zien!</i> |