

‘Overheid, neem verantwoordelijkheid van

De eerste substitutiemonitor is gepresenteerd. In juli 2013 is afgesproken dat de zorgverzekeraars (ZN) een monitor zouden maken. In april 2015 is deze openbaar geworden: 21 maanden na de afspraak in het Bestuurlijk eerstelijns akkoord. Is dit ook meteen de laatste monitor?

De gemeten substitutie is dusdanig laag dat de substitutiemonitor van ZN helemaal niet nodig is. Dat minister Schippers de kwalificatie “bemoedigend” hanteert voor de resultaten is nauwelijks geloofwaardig. De monitor focust op substitutie van ziekenhuizen en ggz naar huisartsenzorg- en multidisciplinaire bekostiging. Het geschatte substitutiebedrag is bedroevend. Slechts 16,9 miljoen euro extra (75 procent uit de medisch-specialistische zorg en 25 procent uit de ggz) in huisartsen- en multidisciplinaire zorg waar het macrobudget 3.092 miljoen euro bedraagt, ofwel 0,55 procent. Afgezet tegen het gehele budget van de eerstelijnszorg van 4.900 miljoen euro is het percentage nog lager. Het is toch wonderlijk dat substitutie al jarenlang een issue is. De Eerstelijns en Jan van Es Instituut organiseerden hier in 2011 al een landelijk congres over. En dan nu dit teleurstellende resultaat. Daarmee kunnen we concluderen dat gemaakte afspraken niet werken en dat zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid niet waarmaken. Waarbij de overheid met de convenanten de eigen financiën wel bewaakt, maar het finan-

ciële risico doorschuift naar de zorgaanbieders. De monitor kan dan meteen weer in de kast, want die is – zoals men zelf aangeeft – niet compleet en onvolledig. Daarnaast blijft het een schatting vooraf (ex ante) waarbij het nog maar de vraag is of zorg achteraf verplaatst is (ex post). Om patiëntenstromen te meten is het veel beter om te kijken naar de basale principes van *matched care* en *stepped care*. Dan is sturing mogelijk en kan geld de zorg volgen. De substitutiemonitor, die pas na ruim twee jaar betrouwbare uitkomsten geeft, heeft voor inzicht bij contractering geen toegevoegde waarde om dit proces te versnellen. We laten de substitutiemonitor verder buiten beschouwing en leggen de focus op het thema substitutie zelf.

Afspraken en investeringen

Bij het sturen van zorgverplaatsing zijn op de drie deelmarkten drie partijen betrokken, onder aanvoering van het ministerie en haar toezichhouders. Je kunt de eerstelijnszorg niet verantwoordelijk stellen voor harde afspraken met ziekenhuizen en medisch specialisten. De substitutiemonitor constateert dat

Dat minister Schippers de kwalificatie “bemoedigend” hanteert voor de resultaten is nauwelijks geloofwaardig

“de exploitatiebelangen van de tweede lijn substitutie verhinderen”. Dat is een *understatement*. Bij elke zorgorganisatie spelen eigen belangen een rol en belemmeren zo “de juiste zorg op de juiste plaats door de juiste persoon voor de juiste prijs”. Enkele dappere dokters en bestuurders daargelaten. Zorgverzekeraars hebben formeel de verantwoordelijkheid om substitutie te stimuleren of af te dwingen, maar zijn net zo bang voor imago problemen als ziekenhuizen. Je kunt de eerstelijnszorg wel aanspreken op het maken van inhoudelijke transmurale afspraken (LTA), maar voor een goede uitvoering komt heel wat meer kijken.

Schaalgrootte en organisatiekracht van de eerstelijnszorg belemmeren volgens zorgverzekeraars substitutie. Dat is deels waar, maar hoe komt dat? Er zijn amper investeringen gedaan in de organisatiekracht van de eerste lijn. Voor substantiële substitutie en regionale samenhang zijn landelijk en regionaal ge-



zorgverzekeraars terug en regel substitutie'



De minieme substitutie die voor de benodigde extra groei-ruimte moet zorgen, is volstrekt onvoldoende voor opvang van de extra zorgvraag. (Foto: Freeimages)

mandateerde organisaties nodig. Daarnaast ligt er, eveneens als uitvloeisel van het Bestuurlijk eerstelijns akkoord, al meer dan zes maanden het advies tot investering van 400 miljoen euro in de infrastructuur van de eerstelijnszorg. Maar ZN onderschrijft de conclusies niet en schuift zodoende dit advies – en dus ook het probleem – vooruit. Het ministerie is nu aan zet om een besluit te nemen. Voor huisartsen is er een driedubbele ondernemersklem (zie hierover het artikel op pagina 40) die groei en investeringen remt. Als deze problemen niet opgelost worden, blijven schaalgrootte en organisatiekracht problematisch.

Doorstuurweigeraars

Het grootste probleem bij de stagnerende substitutie is echter overbelasting van de huisartsenzorg doordat er autonome groei is van chronisch zieken met gemiddeld twee procent per jaar; ofwel ieder jaar vier à vijf personen met extra zorgvragen. Door de chronische zorg-

programma's CVRM, diabetes en longzorg zijn er al 150 tot 200 mensen per normpraktijk extra die de huisarts als hoofdbehandelaar hebben gekregen, een toename van dertig procent. Langer thuiswonende ouderen met ZZP één tot en met drie leveren de komende drie jaar naar schatting ongeveer vijftien extra ouderen per normpraktijk op. Door de afbouw in tien jaar tijd van de intramurale ggz van 35 duizend naar 23 duizend plaatsen komen er 2,5 ggz-patiënten per huisartsenpraktijk bij. In de jeugdzorg hebben 66 duizend kinderen een maatregel jeugdbescherming. Totale aantallen van kinderen met matige of ernstige problemen zijn onbekend. De huisarts is vanaf 2015 een van de drie vindplaatsen, naast consultatiebureaus en scholen, en heeft er een nieuwe doelgroep bij gekregen. De omvang van de populatie en het effect op de zorgvraag zijn nog niet bekend. Het eigen risico belemmert patiënten bij doorverwijzing naar ziekenhuizen,

medisch-specialistische zorg, BGGZ en SGGZ. Een deel van deze patiënten blijft "hangen" in de huisartsenpraktijk, bijvoorbeeld bij een POH(-ggz). In 2014 waren de uitgaven POH-ggz 103 miljoen euro terwijl maar 63 miljoen was geraamd. Ofwel een overschrijding van 40 miljoen. En in nog maar zeventig procent van de huisartsenpraktijken werkt een POH-ggz. VWS en LHV onderzoeken de omvang van doorstuurweigeraars, die naast een volume- ook een kwaliteitsvraagstuk betekenen. Omzetplafonds en andere maatregelen van zorgverzekeraars om patiënten bij de eerstelijns psycholoog, fysiotherapeut of wijkverpleegkundige te weren, leiden tot klachten of vragen bij de huisarts en tot extra zorgvraag. En nieuw is dit alles niet: reeds in 2005 voorspelde het RIVM dat het aanbod van de huisartsenzorg de groei van de vraag niet kan bijbenen. Daarnaast belemmert een omzetplafond de multidisciplinaire samenwerking bij complexe patiënten. Dit is nog niet ge-

Het is toch wonderlijk dat substitutie al jarenlang een issue is

kwantificeerd, maar geeft naast een hogere werkdruk frustratie dat patiënten niet op de juiste plaats en door de juiste persoon geholpen kunnen worden.

Aderverkalking

De RIVM bevestigt dat voor de periode 2005 tot 2020 een groei van het aanbod van 11,5 procent wordt verwacht, terwijl de vraag met dertien tot twintig procent zal toenemen. De maximale groei in het macrokader bedraagt 2,5 procent

per jaar. Maar de kostengroei van de reguliere huisartsenzorg is al vanaf de invoering van de Zvw gemiddeld 3,1 procent per jaar. De minieme substitutie die voor de benodigde extra groeiimte moet zorgen, is volstrekt onvoldoende voor opvang van de extra zorgvraag. Het gevolg is “aderverkalking” in de huisartsenzorg, die de “aorta” van de eerstelijnszorg is. Maar ook wijkverpleegkundigen komen in de problemen door toename van langer thuiswonende

ouderen, bezuinigingen, veranderingen en omzetplafonds in productie. Deze situaties dwingen wijkverpleegkundigen dagelijks tot “niet met het geweten verenigbare” zorgkeuzes. De geroemde as huisarts – wijkverpleegkundige zal zo niet gaan werken.

De overheid moet de verantwoordelijkheid terugnemen van de zorgverzekeraars en het budget vastleggen. Niet wat beschikbaar is, telt, maar wat nodig is. Dit betekent geen *topdown*-financiering maar een *bottumup*-kostprijsberekening. De ziekenhuisproductie zal moeten krimpen met afbouw van het macrobudget met -2 procent per jaar. Zo kan er budget worden vrijgespeeld om de eerstelijnszorg te laten groeien, het geld de zorg te laten volgen en de premiedruk te verlagen. Afbouw tweedelijnsbudget moet wel draagvlak hebben in de maatschappij, politiek en bij de ministeries. Anders kan de eerstelijnszorg haar verantwoordelijkheid niet oppakken om zichzelf door te ontwikkelen. De belangrijkste afspraken moeten eerst landelijk worden gemaakt. Regionale plannen met de preferente zorgverzekeraar en gemeenten op basis van een langetermijnvisie en -contracten zijn de vervolgstappen. Dit geeft duidelijkheid en rust. De huisarts heeft behoefte aan praktijkverkleining, aan voldoende ondersteuning, integraal toezicht en een transparante *businesscase*. <<

Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns
Anton Maes, huisarts en financieel adviseur



Het is nodig om de ziekenhuisproductie te laten krimpen om budget vrij te spelen om de eerstelijnszorg te laten groeien.
(Foto: Freeimages)