

# Het roer moet om, maar de koers

De huisartsen roeren zich als reactie op alle veranderingen. *De Eerstelijns* volgt de beweging op de voet en steunt voor 99 procent de oproep in het manifest “Het Roer Moet Om” voor meer gelijkwaardigheid, meer vertrouwen, betere samenwerking, het terugdringen van bureaucratie en het verlenen van persoonsgerichte zorg. Er zijn maar een paar genuanceerde verschillen van inzicht. Hieronder een aantal concrete voorstellen.

Voor de basale generalistische zorg zijn de huisartsenpraktijk, de NHG-richtlijnen en -benaderingswijze essentieel. Het “gezond tenzij-principe” is een van de meest waardevolle uitgangspunten van ons zorgsysteem en draagt bij aan de kwaliteit, doelmatigheid en gepast

worden zoveel mogelijk afgeschaft. De huisarts krijgt inzicht in zijn “verbruik” en wordt geacht hiermee als professional om te gaan. Neem het uitgangspunt *high trust – high penalty* volgens de toezichtprincipes van de belastingdienst: statistische afwijkingen en themacon-

Met doelmatigheidsbeloning in S3, zoals doelmatig verwijzen, voorschrijven of diagnostiek wordt terughoudend omgegaan.

## Chronische zorg

In Segment 2 is de chronische zorg ondergebracht. In dit deel wordt persoonsgerichte, programmatische zorg geleverd. Daarmee is de kans het grootst om de beste kwaliteit van zorg en leven te realiseren en persoonsgerichte preventie te leveren. Om te voorkomen dat de patiënt verdeeld raakt over verschillende zorgprogramma's, vindt een clustering plaats in vier clusters cardiometabole zorg, longzorg, ggz en zorg voor kwetsbare ouderen<sup>1</sup>. De programmatische zorg is een opmaat voor persoonsgerichte- en populatiegerichte zorg op termijn. De leercurve om de zorg te standaardiseren en vervolgens op basis van een (digitaal) individueel zorgplan aan te bieden, is een belangrijke tussenstap. Al is het alleen al om op basis van een landelijke dataset tot één betrouwbare, eenduidige registratie aan de bron te komen, die zowel voor zorginhoudelijke- als administratieve- en declaratiedoeleinden gebruikt kan worden. Het Kwaliteitsinstituut ziet toe op de totstandkoming van deze dataset en ICT-leveranciers worden verplicht om aan de digitale registratie, verwerking en verantwoording te voldoen.

Het contracteren van de chronische zorg via huisartsenorganisaties is een voorwaarde om de sturing bij de pro-

## *Meerjarencontracten nodigen uit om over langetermijnvisie te praten en leiden tot meer vertrouwen tussen partijen dan jaarlijkse veldslagen tussen huisartsen en zorgverzekeraars*

gebruik van de zorg. De zorg richt zich met name op verzekerden met een incidentele zorgvraag. In de huidige terminologie: Segment 1-zorg. Door regionaal vooroverleg over kwaliteit en uitgangspunten kunnen gestandaardiseerde contracten, die alleen met de preferente zorgverzekeraar worden gesloten, voor meerdere jaren duidelijkheid en rust bieden. Andere zorgverzekeraars volgen. Door populatieverschillen en historische zorgstructuren kan de basishuisartsenzorg regionaal op onderdelen verschillen. Transparantie wordt verleend voor een aantal onderdelen van de S1-zorg op basis van rechtstreekse verantwoording aan de zorgverzekeraar. Verklaringen, toestemming en andere beperkende administratieve voorwaarden

worden zoveel mogelijk afgeschaft. De huisarts krijgt inzicht in zijn “verbruik” en wordt geacht hiermee als professional om te gaan. Neem het uitgangspunt *high trust – high penalty* volgens de toezichtprincipes van de belastingdienst: statistische afwijkingen en themacon-  
troles. Een voorwaarde is dan wel: het moet gebaseerd zijn op de juiste cijfers en er is goed uitgevoerd datamanagement nodig. De samenwerking met andere disciplines in S1 blijft beperkt en functioneel. De huisarts lost het merendeel van de zorgvragen zelfstandig op. In omvang beperkte en vooraf afgestemde innovaties kunnen in Segment 3 worden ondergebracht om uit te kristalliseren en, indien succesvol, dan ook vanuit S1 gecontracteerd. Indien er geen andere mutaties plaatsvinden impliceert dit dat het S1-volume wordt uitgebreid. Bijvoorbeeld met online triage of specialistisch meekijkconsult. De innovatiecyclus bedraagt drie jaar, zodat er een reële mogelijkheid bestaat om toegevoegde waarde aan te tonen.

niet



Beeld Freeimages

professionals zelf te houden. Deze organisaties zijn gemandateerd om namens de huisartsen (en ketenpartners) te onderhandelen. De preferente zorgverzekeraar sluit meerjarencontracten af en de verre zorgverzekeraars volgen. Vanwege de gestructureerde samenhang met andere zorgaanbieders, ketenpartners en partijen uit het sociaal domein, is onderscheid in visie en beleid tussen zorgverzekeraars in praktijk onuitvoerbaar en onwenselijk. De zorgorganisatie gebruikt een beperkt aantal gevalideerde proces- en uitkomstindicatoren om de kwaliteit te verbeteren. Daarbij neemt de organisatie de verantwoordelijkheid over om proces- en uitkomstindicatoren te sturen en praktijkvariatie

terug te dringen. Zij legt hier in hoofdlijnen verantwoording over af. De bekostiging is vervolgens gerelateerd aan het organiseren hiervan en niet aan de resultaten van de indicatoren. Prestatie-indicatoren – indien wetenschappelijk gevalideerd, mogelijk en met een zinvolle uitkomst – bieden de mogelijkheid om een groepsbonus te ontvangen.

#### Praktijkverkleining

De complexiteit van het zorgaanbod in de huisartsenzorg en de noodzakelijke veranderingen om de patiënt optimaal te positioneren door *shared decision-making*, legitimeren een praktijkverkleining. Door een stapsgewijze verkleining van circa 120 patiënten per jaar, kan de

normpraktijk in drie jaar tijd naar gemiddeld 1800 patiënten worden teruggebracht. Tegelijk kan de opleidingscapaciteit worden vergroot, zodat er meer huisartsen uitstromen. Door meerjarencontracten krijgen huisartsen een grotere inkomenszekerheid waardoor zij in staat zijn om de noodzakelijke investeringen in personeel en infrastructuur te doen. Segment 1 wordt bekostigd op basis van maximumtarieven die door de NZa worden vastgesteld en binnen dit segment leiden tot een norminkomen van 100 duizend euro en realistische praktijkkosten per normpraktijk. Hiermee vindt eenmaal per drie jaar een kostenonderzoek plaats, dat tot regionale verschillen kan leiden die via S3 verrekend kunnen worden.

Segment 2 en 3 worden bekostigd op basis van vrije integrale tarieven, maar hiervoor zijn minimum tarieven vastgesteld door de NZa<sup>2</sup>. Dit minimumtarief is vergelijkbaar met een minimumloon dat een bodem in de minimale vergoeding legt.

*De innovatiecyclus bedraagt drie jaar,  
zodat er een reële mogelijkheid bestaat om toegevoegde waarde aan te tonen*



Beeld: Freemages

### Spoezorg

De spoedzorg komt niet expliciet aan de orde in het manifest “Het Roer Moet Om”, maar ook daar is een actief beleid gewenst om te voorkomen dat de (fysieke en administratieve) overbelasting van de huisartsen doorslaat. Zo vraagt de samenwerking voor de langer thuisbeweging met kwetsbare ouderen, ggz en jeugdzorg veel betere afstemming met de wijkverpleegkundige, thuiszorg, specialist ouderengeneeskundige, BGGZ, SGGZ. Juist bij deze doelgroepen is afgestemde zorg en communicatie cruciaal om geen vacuüm in de 24-uurszorg te laten vallen. Op dat onderdeel zijn expliciete acties nodig, vooral op gebied van ICT. Daarnaast is eerstelijns kortdurend verblijf een van de opties om op regionaal niveau ondersteuning te geven voor deze doelgroepen.

### Macrobudgettaire consequenties

Op basis van de gewenste maatschappelijke ontwikkelingen en de expliciete rol van de huisarts daarbinnen wordt het macrobudgettaire kader verruimd. Ten eerste om de praktijkverkleining te faciliteren met een min of meer gelijkblijvend norminkomen binnen Segment 1. Daarnaast om via Segment 2 en 3 substitutie vanuit de ziekenhuizen en ggz te realiseren. Door overheveling van het ziekenhuis, medisch-specialistische zorg en ggz met gemiddeld twee procent per jaar, gedurende drie jaar, wordt voldoende ruimte gecreëerd voor

de groei van de huisarts én wijkverpleegkundige (zorg en infrastructuur) en verantwoorde premieontwikkeling voor verzekerden.

Deze trend sluit aan bij de krimp in het specialistisch circuit. Dit wordt door VWS opgelegd, want zorgverzekeraars zijn tot op heden niet in staat geweest om door selectieve inkoop substitutie te realiseren<sup>3</sup>.

Met de vertegenwoordigende organisaties worden door VWS taakstellende beleidsafspraken gemaakt om substitutieresultaten te bereiken. Met de preferente zorgverzekeraar worden plannen gemaakt die aansluiten bij de regionale stand van zaken.

### Samenwerking en organisatie

De huisartsenzorg in Nederland is internationaal een prachtig fenomeen. Om de noodzakelijke maatschappelijke ontwikkelingen bij te kunnen benen is echter samenwerking, ondersteuning en organisatie nodig. Dan blijven de huisartsen, samen met hun partners in de zorg, de regie houden en gaan de ambities en maatschappelijke ontwikkelingen hand in hand. <<

*Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns*

<sup>1</sup> Advies bekostiging eerstelijnszorg De Eerstelijns december 2013

<sup>2</sup> Vergelijkbaar met een minimumloon dat een bodem in de minimale vergoeding legt

<sup>3</sup> De Eerstelijns 2015 nr 4, Overheid neemt verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars terug en regelt substitutie