

Pleidooi voor gelijke onderhandel

De Eerstelijns stuurde de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 29 januari jongstleden een brandbrief over de contractering in de eerstelijnszorg. Hierin wordt dringend verzocht om politieke actie gericht op het versterken van de positie van eerstelijnspartijen. Op deze pagina's vindt u de integrale tekst.

In 2015 verklaarde minister Schippers dat de eerstelijnszorg in de contractonderhandelingen met zorgverzekeraars te weinig positie heeft. Hoewel er een aantal maatregelen is genomen om dit te verbeteren, is het onderhandelingsresultaat voor 2016 wederom teleurstellend. Dat heeft nu al invloed op de noodzakelijk ontwikkeling van de eerstelijnszorg, met name op de opvang van burgers en patiënten die langer thuis verblijven. Vooral de infrastructuur voor ouderenzorg staat ernstig onder druk. Deze is niet toereikend voor de opvang van de groeiende zorgvraag. Hiermee komt de huidige en toekomstige continuïteit en toegankelijkheid van

de zorg in gevaar. Bovendien neemt de werkdruk in de eerstelijnszorg steeds verder toe, waardoor de continuïteit van het aanbod in gevaar komt. Dit treft vooral de kerndisciplines huisartsen en wijkverpleegkundigen die binnen een ecosysteem van gelijkblijvende of dalende tarieven van zorgverzekeraars hun werkzaamheden en de complexiteit fors zien toenemen. Hetgeen tot uitdrukking komt in onderstaande figuur.

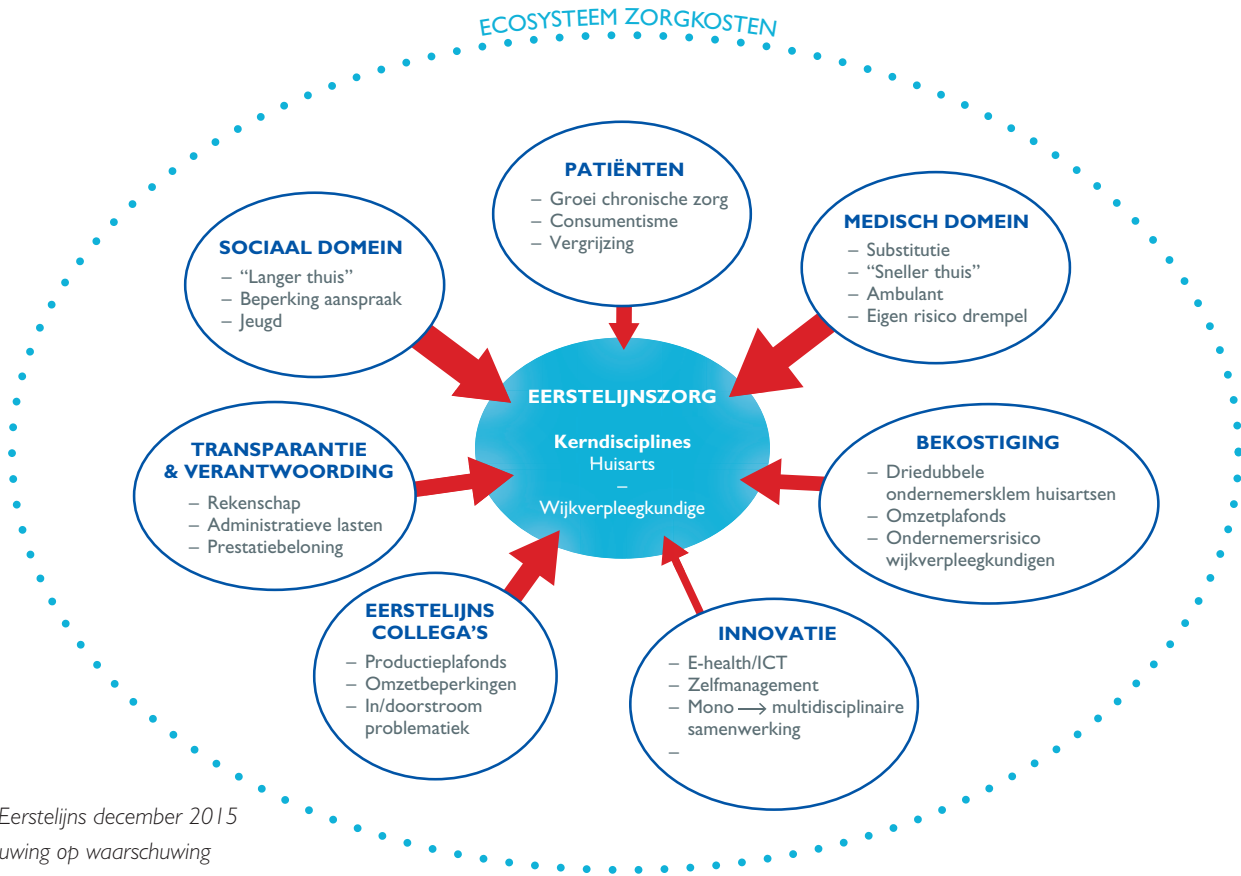
Ter illustratie geef ik een aantal voorbeelden. Willekeurig en zeker niet volledig.

Individuele beroepsbeoefenaren

Individuele beroepsbeoefenaren worstelen allereerst met de problematiek van productieplafonds en behandelbeperkingen. Wijkverpleegkundigen, eerstelijnspsychologen, logopedisten, diëtisten en fysiotherapeuten kennen allemaal volumebeperkingen in hun contracten. In de vorm van een maximaal aantal zittingen, een behandelingsgemiddelde of behandeluur per patiënt of een beperkt aantal te behandelen patiënten.

Doorleverplicht

Doordat zorgverzekeraars zorgaanbieders verplichten om nieuwe patiënten aan te nemen, lijkt het of aan de zorg-



Bron: de Eerstelijns december 2015

Waarschuwing op waarschuwing

ingspositie eerstelijnszorg

plicht is voldaan, maar de wachttijd tussen de eerste en de tweede behandeling is (te) lang. In het contract is opgenomen dat de gecontracteerde partij niet mag klagen of de patiënt niet mag informeren over deze voorwaarde. Dat geldt ook voor de zogenaamde doorleverplicht, die in werking treedt als het productieplafond overschreden is. In gewoon Nederlands: 'voor niets doorwerken'. Het enige alternatief daarvoor is doorverwijzen naar een concurrent die zijn productieplafond nog niet heeft bereikt.

Indexering ontoereikend

Een (toereikende) indexering komt bij weinig zorgprofessionals voor. Dat is al zo sinds de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006(!). Het cumulatief effect van de misgelopen prijscorrectie loopt op tot 20-25 procent. Omdat er nauwelijks keuze is voor zorgaanbieders worden de contracten ondanks dat geaccepteerd. Dat de minister erop zinspeelt om niet gecontracteerde zorg te gebruiken om een mogelijke overschrijding van het makro kader te verrekenen, is het om zeep helpen van de laatste optie: het niet sluiten van een contract. Hoewel dat ook niet echt aantrekkelijk is, kiezen sommige zorgaanbieders hier toch voor. Door het hinderpaalcriterium is de vergoeding 75 procent van de gemiddelde



Ondanks maatregelen om de positie van eerstelijnszorgaanbieders te verbeteren, is het onderhandelingsresultaat voor 2016 teleurstellend.

Driedubbele ondernemersklem

Huisartsen hebben geen mogelijkheid om wachtlijsten te gebruiken. Hoewel er geen extra makrobudget is voor bijvoorbeeld het uitbreiden van de module POH GGZ, zijn huisartsen feitelijk wel verplicht om deze module te hanteren. De patiënten dienen zich immers aan. Vooral de steeds meer thuiswonende

deld met investeringen in huisvesting, scholing, discontinuïteit en ICT die niet zijn afgedekt door de tarieven. Tegelijk kan door een overschrijding van het makro kader een generieke korting met terugwerkende kracht een greep betekenen uit de omzet. En als huisartsen door meer te doen en te ondernemen onverhoopt een te hoge gemiddelde praktijkomzet genereren, dan kan dit weer worden afgeroomd door een NZA kostenonderzoek. Uit cijfers van de Belastingdienst blijkt dat de inkomens van huisartsen over 2012, 2013 en 2014 dalen. De Eerstelijns informeerde de vaste Kamercommissie voor VWS al eerder over deze driedubbele ondernemersklem (De Eerstelijns juni 2015). Zonder resultaat of oplossing tot op heden.

Bankier voor de zorgverzekeraar

Een nieuw fenomeen is de prestatiebekostiging, ofwel segment 3 (prestatie en innovatie). Zorgverzekeraars zijn

Het cumulatief effect van de misgelopen prijscorrectie loopt op tot 20-25 procent

marktprijs, maar deze ligt soms al op 80 procent van het maximumtarief. Dan is de feitelijke prijs dus 60 procent. Dat is veelal onder de kostprijs en moet door zorgondernemers gecompenseerd worden door 150 procent te gaan werken.

de (kwetsbare) ouderen en (verwarde) GGZ-patiënten kloppen aan bij de huisartsenpraktijk. De mogelijke uitbreiding tot 1 FTE POH GGZ per praktijk levert weliswaar personele ruimte op, maar de huisarts/ondernemer wordt opgeza-

niet transparant over de hoeveelheid contracten die afgesloten worden. En als er prestaties worden afgesproken, dan betreft dit vrijwel altijd doelmatigheid. Ook worden aan innovatie vooraf dusdanig hoge eisen gesteld, dat hieraan niet kan worden voldaan. Innovatie kenmerkt zich door mislukkingen en niet door dichtgetimmerde business cases vooraf. Dit remt de ontwikkeling en vernieuwing in de sector. Zoals bijvoorbeeld de implementatie van eHealth (Medisch Contact januari 2016, L. Witkamp), wat toch een speerpunt van het ministerie van VWS is. Daarnaast worden prestaties in segment 3 vaak pas in het opvolgend jaar afgerekend. De huisartsen fungeren hiermee als bankier voor de zorgverzekeraar.

Eerstelijnsorganisaties

Bij zorggroepen worden voorwaarden opgelegd die niet onderhandelbaar zijn. Zo worden de risico's van voetzorg bij diabetes bij de zorggroep neergelegd, zonder dat daar voldoende vergoeding tegenover staat om aan de vigerende richtlijnen voor voetzorg te voldoen. Ook worden er maximale inclusiecriteria opgelegd voor met name het zorgprogramma CVRM. Tegelijkertijd moeten alle patiënten die voor het programma in aanmerking komen, altijd geaccepteerd en behandeld worden. Wederom een doorleverplicht zonder vergoeding. Zorgverzekeraars geven aan dat dit komt door de zorggroepen die (onterecht) te hoge aantallen includeren, maar het is niet duidelijk of deze zorggroepen hiervoor een acceptabele verklaring hebben. Specifieke populatiekenmerken bijvoorbeeld. Zorgverzekeraars nemen collectieve maatregelen vanwege individuele problemen. Ze zijn niet bereid om man en paard te noemen in hun benchmark of de criteria/berekeningen bekend te maken. Zorgverzekeraars eisen transparantie van zorgorganisaties, maar bieden die zelf niet.

Geen indexering

Daarnaast krijgen zorggroepen en gezondheidscentra vaak al jaren geen indexering van de kosten. Organisaties in de thuiszorg en wijkverpleging zijn blij met een contract dat – 1% bedraagt bij een gelijkblijvend of stijgend zorgvolume. Dit ondanks een in de cao overeengekomen loonstijging van 2%. Een onhoudbare situatie, waardoor organisaties moeten interen op het eigen vermogen, bepaalde zorg moeten afstoten of wachtlijsten moeten gaan hanteren.

Kaalslag

In de eerstelijnsdiagnostiek vindt een kaalslag plaats op basis van prijs. Daarnaast ontstaat omgekeerde substitutie: ziekenhuislaboratoria blijven vanwege krimpende budgetten gecontracteerd, terwijl de prijzen hoger zijn dan die van de eerstelijns diagnostische centra. Op deze manier blijft er geen onafhankelijke diagnostiek over.

Ondoorzichtig

Over de module GEZ bestaat al jaren onzekerheid en onduidelijkheid. Zorgverzekeraars hanteren hun eigen berekeningssystematiek. Hoewel gezondheidscentra gedwongen worden om

worden afgesproken. Zo moet vaak alsnog jaarlijks over prijs, volume en inhoud worden onderhandeld en is er geen sprake van indexering. Feitelijk is er dus sprake van een bezuiniging. De doelstelling om enige continuïteit te bereiken voor eerstelijnsorganisaties en de administratieve lasten te beperken, wordt hiermee teniet gedaan.

Marktmeester niet thuis

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) treedt niet op. Hoewel verschillende koepels, zorgprofessionals en individuele verzekerden klagen, worden vrijwel alle problemen weggewuifd onder de noemer dat verzekerden baat hebben bij scherp inkopende zorgverzekeraars.

De NZa gaat vrijwel nooit in op specifieke problemen voor patiënten die baat hebben bij adequate zorg en continuïteit, maar spreekt vrij consequent over 'verzekerden'. De belangen van verzekerden die incidenteel zorg nodig hebben (80 procent van de populatie) en chronische patiënten die frequent zorg nodig hebben (20 procent van de populatie) worden niet gelijkmatig behandeld door de NZa. De minister onderkent de problemen in de contractering, maar onderneemt onvoldoende actie om tot een gelijkwaardig speelveld te komen tussen eerstelijnszorgaanbieders/organisaties en zorgverzekeraars. Daarom verstuurde De Eerstelijns deze brandbrief aan de vaste Kamercommissie.

Vanzelfsprekend ben ik bereid om de problematiek nader toe te lichten wanneer de commissie hier behoefte aan heeft. Maar wellicht geeft een inventarisatie onder alle koepelorganisaties uit de eerstelijnszorg een vollediger beeld.

29 januari 2016

De Eerstelijns
Jan Erik de Wildt, directeur <<

Foto: Thinkstock

Innovatie kenmerkt zich door mislukkingen en niet door dichtgetimmerde business cases vooraf

de al eerder genoemde ondoorzichtige portalen of formats te gebruiken voor hun aanvraag, zijn zorgverzekeraars niet van plan om inzicht te geven in de wijze waarop berekeningen plaatsvinden, benchmarks worden opgebouwd en conclusies worden getrokken.

Schijnzekerheid

Meerjarencontracten stellen niet veel voor, omdat voor de belangrijkste aspecten ervan geen goede voorwaarden