

# LHV-visie doorgelicht vanuit multi

De huisartsenorganisatie LHV heeft haar toekomstvisie en beroepsprocedure tegen de Nederlandse Zorgautoriteit gepubliceerd. De Eerstelijns heeft beide met interesse gelezen. De LHV heeft een duidelijk verhaal, maar De Eerstelijns heeft een andere mening als het gaat om het nemen van verantwoordelijkheid voor een populatie op regionaal niveau.

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft een duidelijk verhaal over de rol van de huisarts en de randvoorwaarden om de stijgende werkdruk te lijf te gaan. Minder patiënten per praktijk en meer tijd voor de individuele, meer complexe patiënten. Ofwel een kleinere normpraktijk. Daarnaast gezamenlijk contracteren. Binnen het huidige regime dat de Autoriteit Consument & Markt (ACM) heeft opgesteld of als dat niet werkt door aanpassing van de mededingingsregels. Minder patiënten is een goede gedachte. 80 procent van de praktijk bestaat uit patiënten die incidenteel zorg nodig hebben. Voor hen werkt het huidige regime goed genoeg: consulten, dubbele consulten enzovoort. De 20 procent van de patiëntenpopulatie die kampt met complexe multimorbiditeit, vaak gecombineerd met zorg- en welzijnsklachten, vraagt

meer tijd een vereiste: De Eerstelijns heeft eerder gepleit voor een normpraktijk van 1 FTE : 1800 patiënten, te realiseren in een afbouw van 120 patiënten per jaar in 3 jaar tijd. Tot zover zitten we op één lijn met de LHV.

## Populatie verantwoordelijkheid

Als het gaat om het nemen van de verantwoordelijkheid voor een patiëntenpopulatie op regionaal niveau en bijvoorbeeld het maken van afspraken met gemeenten, ziekenhuizen of thuiszorgorganisaties, delen we de visie van de LHV niet. Dat kan een individuele huisarts niet en meestal wil deze dat ook niet. Dat vereist een gemandateerde verantwoordelijke organisatie. Geen LHV-kring, want die heeft geen mandaat. Bovendien heeft de kring geen zeggenschap over (de vraag of) afspraken/contracten met andere zorgaanbie-

centralisaties, ambulantisering en extra-muralisering. Dit is een maatschappelijk opgave en deze is niet 1 : 1 gelijk aan het belang van de huisarts en haar vakbond. Het kan zelfs zo zijn dat bijvoorbeeld de zorg voor complexe ouderen meer de verantwoordelijkheid van de wijkverpleegkundige gaat worden. Of dat de psycholoog een grotere rol krijgt in de GGZ. Gaat de LHV dat nastreven? Of is dat meer de rol van een organisatie met een brede visie en adequate governance? Op dit punt wijkt de visie van De Eerstelijns af van die van de LHV. De Eerstelijns legt de organisatie van de basiszorg voor verzekerden met incidentele gezondheidsklachten bij de huisartsenpraktijk en multidisciplinaire zorg voor chronisch zieken bij gemandateerde organisaties.

## Beroep tegen tariefbeschikking

De LHV en de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH) hebben ook een heldere inzet bij het beroep dat is aangetekend bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) tegen de tariefbeschikking van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Hierin is bij diverse prestaties een contractvereiste opgenomen om te mogen declareren. LHV en VPH streven niet alleen naar volledige uitvoeringsvrijheid voor chronische zorg in segment 2 en 3, maar ook voor ANW-zorg. Dat wil zeggen: geen contractvereiste en geen kwaliteitseisen in de tariefbeschikking van de NZa. Voor de chronische zorg worden nu in de tariefbeschikking kwaliteitseisen gesteld die een individuele huisarts niet kan leveren. Dat is ook niet zo raar, want

*Mogen er helemaal geen eisen meer worden gesteld  
aan huisartsen?*

echter meer aandacht in de huisartsenpraktijk. Het is goed als daarvoor de benodigde ruimte komt. Veel zorg aan deze groep kan gedelegeerd worden naar andere zorgaanbieders. POH (somatic, GGZ of jeugd), verpleegkundig specialisten, multidisciplinaire zorgaanbieders in een team. Maar deze vragen aansturing en coaching. Bij individuele patiënten is de huisarts daar de aangewezen persoon voor. Ook hiervoor is

ders die bij chronische zorg en multimorbiditeit noodzakelijk zijn. Zoals in de zorgstandaarden en richtlijnen is opgenomen, gaat het daarbij om diëtisten, logopedisten, psychologen, wijkverpleegkundigen, apothekers of medisch specialisten. Of zorgaanbieders die nodig zijn in de afstemming over domeinoverstijgende vraagstukken rond jeugd, GGZ of complexe ouderen. Regionale afspraken zijn nodig als gevolg van de-

# disciplinair perspectief

het gaat immers om multidisciplinaire zorg. Hoe zou een zorgverzekeraar anders kwaliteitseisen kunnen stellen, als er geen contract wordt gesloten? Of als iedere zorgverzekeraar dat in haar contract met de huisarts met eigen voorwaarden gaat doen? Hoe kun je daaraan voldoen? Is het dan niet logisch dat de NZa dit overneemt en uniformeert? Hetzelfde geldt voor S3: ofwel uitkomst-

financiering en innovatie. Daarbij zul je toch moeten definiëren wat de uitkomst, prestatie of innovatie is? In de toelichting op de website van de LHV over het beroep bij het CBb wordt de koppeling met de ANW-zorg eveneens als ongewenste bepaling gezien. Ofwel huisartsen zouden moeten mogen kiezen of men wel of geen ANW-zorg wil verlenen. Mogen er helemaal geen eisen

meer worden gesteld aan huisartsen?

De politiek, het ministerie van VWS en zorgverzekeraars houden zich stil. Iedereen wil de huisarts te vriend houden. Maar op de lange termijn is de huisarts wellicht meer gebaat bij een toekomstgerichte visie die aansluit bij de maatschappelijke ontwikkelingen, dan een retro beweging die refereert aan een historische situatie. De Eerstelijns spreekt zich uit. Juist in het belang van de (jongere) huisarts van de toekomst.

## Conclusie

Met deze opstelling kiest de LHV voor een koers die zich afzet tegen integrale zorgverlening en integrale financiering. Geïnspireerd of afgedwongen door de VPH, die een conservatieve koers nastreeft. Of dat voor de eerstelijnszorg en de maatschappij een goede ontwikkeling is, laat zich raden. Maar het geeft wel duidelijk aan waar de LHV voor staat en waarom InEen nodig is als complementaire organisatie. InEen moet zich nog nadrukkelijker uitspreken spreken voor de multidisciplinaire georganiseerde eerstelijnszorg. De huidige situatie betekent feitelijk ook het einde aan het eerstelijnsakkoord van 2013, waarin getekend is voor een gemeenschappelijke visie op de toekomst van de eerstelijnszorg. De LHV zet in op de belangen van de individuele huisarts, zoals een vakbond dat behoort te doen. Om de maatschappelijke belangen en de belangen van patiënten – kwaliteit, toegankelijkheid en kostenbeheersing – te dienen, is een bredere visie op de organisatie en uitvoering van de zorg nodig. Het ligt daarom veel meer voor de hand dat multidisciplinaire organisaties populatieverantwoordelijkheid voor een regio nemen. <<

*Jan Erik de Wildt  
directeur De Eerstelijns  
Foto: Thinkstock*

