

LHV-VOORZITTER VAN EIJCK OVER CONCEPTAKKOORD HUISARTSENZORG

‘Akkoord is gezonde nieuwe start’

Eind deze maand stemt de ledenraad van de Landelijke Huisartsen Vereniging over het concept van het nieuwe zorgakkoord voor de eerste lijn. LHV-voorzitter Steven van Eijck licht toe.

Met het nieuwe zorgakkoord tussen huisartsen, ketenzorgverleners, verzekeraars en het ministerie van Volksgezondheid verwacht voorzitter Steven van Eijck (54) van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) stabiliteit en duidelijkheid voor zijn achterban te creëren. ‘Bij mijn vertrek als voorzitter wil ik de LHV in rustig vaarwater achterlaten.’ Van Eijck stopt volgende zomer omdat hij de maximale zittingstermijn heeft bereikt. ‘De afgelopen zeven jaar werkten wij hard aan een krachtigere positionering van huisartsen. Dat is gelukt. Uit dit akkoord blijkt dat “de huisarts” in Den Haag duidelijk op de kaart staat.’

Het zorgakkoord voor de eerste lijn wordt een vervolg op het convenant dat de partijen vorig jaar sloten, en moet bijdragen aan de inhoudelijke verbetering van het zorgstelsel en het beheersbaar houden van de kosten ervan. Samen met vergelijkbare akkoorden voor de tweede lijn en de geestelijke gezondheidszorg moet het de

zorgkosten met één miljard euro terugdringen. Tijdens de ledenvergadering op 24 september stemmen de leden van de LHV over het in juli bereikte onderhandelingsresultaat.

ACM-proof

Van Eijck is positief over het resultaat, maar of hij het zal aanbevelen aan zijn achterban is tijdens het gesprek nog niet helemaal zeker. Aan een harde eis is op dat moment nog niet zwart op wit voldaan. Dat betreft de positie van de voormalige Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), die dit jaar opging in de Autoriteit Consument & Markt (ACM). Begin vorig jaar legde de NMa de huisartsenvereniging een miljoenenboete op wegens vermeende overtreding van de Mededingingswet. De LHV heeft de boete aangevochten, en wil voorkomen dat ze de kartelwaakhond in de toekomst opnieuw aan de broekspijp krijgt. ‘Wij eisen dat het akkoord volledig ACM-proof is’, benadrukt Van Eijck. ‘Om de zorgkosten te beteugelen moeten we komende jaren veel samenwerken. Dat wordt vrijwel onmogelijk als wij last blijven houden van een rigide ACM. Zonder

Niet weer de
kartelwaakhond
aan de broekspijp

keiharde garantie daarover leg ik dit akkoord niet met een positief advies aan onze leden voor.’ Van Eijck benadrukt hoe groot de impact van de boete op zijn organisatie is. ‘Het hangt als een zwaard van Damocles boven ons, waardoor het bijvoorbeeld moeilijk is nieuwe bestuurders te vinden. Men vreest bestuurlijke aansprakelijkheid.’

Korting van de baan

Mét de garantie op zak zal Van Eijck het akkoord zonder terughoudendheid voorleggen aan de bijna elfduizend huisartsen-leden die de LHV telt. In zijn Utrechtse bestuurskamer begint hij zijn toelichting op het akkoord dan ook met een enthousiaste opsomming van alle zaken die de LHV heeft binnengehaald. In de eerste plaats betreft dat enkele dossiers, die de verhoudingen tussen de LHV en het ministerie al een geruime tijd verzuurden. ‘Heel belangrijk is dat de dreigende korting van 226 miljoen euro op de huisartsentarieven definitief van de baan is’, aldus Van Eijck. Met die korting wilde de overheid eerdere kostenoverschrijdingen bij de huisarts terughalen. ‘Die meerkosten waren echter ontstaan omdat huisartsen veel inspanningen hadden geleverd om zorg van elders over te nemen. Door 10 procent van ons budget te korten zouden wij worden gestraft voor ons succes. Onacceptabel.’ Even tevreden is Van Eijck over de herijking van het norminkomen, dat door de Nederlandse Zorgautoriteit wordt gebruikt bij het opstellen van de tarieven



HOLLANDSE HOOGTE | RAYMOND RUTTING

voor huisartsenzorg. ‘Dat was al jarenlang onveranderd, en voldoet volstrekt niet meer aan de wijze waarop een huisarts tegenwoordig zijn praktijk voert. Wij pleiten al jaren voor aanpassing.’ Ten slotte is afgesproken dat er ‘stappen’ worden gezet om de zogenoemde ‘inschrijving op naam’ wettelijk te verankeren. Daardoor blijft helder welke huisarts het inschrijftarief van ‘shoppende’ patiënten mag declareren. ‘Duidelijkheid over de korting, het norminkomen en de inschrijving op naam. Het wordt nu allemaal

geregeld’, vat Van Eijck samen. ‘Daarmee legt dit akkoord de basis van een gezonde nieuwe start.’

Groeiruimte

Maar vooral is Van Eijck tevreden over de groeiruumte voor huisartsen onder het nieuwe akkoord. Weliswaar is de reguliere groeiruumte van het budget dat de overheid voor huisartsenzorg in Nederland beschikbaar stelt, gedaald van 2,5 procent in het vorige akkoord tot 1,5 procent in 2014 en 1 procent voor de

drie jaar daarop. Maar de LHV-voorman benadrukt dat de werkelijke groeiruumte veel groter is. In tegenstelling tot de tweede lijn en de geestelijke gezondheidszorg krijgen de huisartsen namelijk een additionele groeiruumte van 1 procent in 2014 en 1,5 procent voor de drie jaren erna. Dat extraatje is vooral bedoeld ter bevordering van substitutie. Door die verschuiving van zorg van ziekenhuizen, ggz en de ouderenzorg naar de eerste lijn komt er komende jaren veel meer werk op het bordje van de huisartsen te liggen.

‘Daarom is een groeiscenario voor ons het enige antwoord’, aldus Van Eijck. ‘De huisarts neemt zorg over van het ziekenhuis, maar krijgt daarvoor betaald.’ Op een totaal budget van ongeveer 2,5 miljard euro voor de huisartsenzorg is anderhalf procent extra groeirimte niet zoveel, vindt ook Van Eijck. Het gaat om nog geen 40 miljoen. Op een gemiddelde praktijkomzet (voor aftrek kosten) van ruim drie ton is het nog geen vijfduizend euro. Maar volgens hem is de werkelijke groeirimte die er als gevolg van verschuiving van zorg naar de eerste lijn ontstaat, veel groter. Het anderhalf procent extra betreft alleen het landelijke budget. In de kleine lettertjes van het akkoord staat dat individuele huisartsen en zorgverzekeraars extra afspraken mogen maken over zorg, zolang die van duurdere zorgaanbieders verschuift. ‘Daar zit geen plafond aan.’ En die gecontracteerde groei mag later niet meer op het budgettaire kader van de huisartsen worden gekort, benadrukt de LHV-voorzitter.

In het verleden leidden verschuivingen van zorg naar de eerste lijn tot budgetoverschrijdingen, die daarna weer door de overheid op de huisartsen werden verhaald via tariefsverlagingen. Wat is de garantie dat dit niet weer gebeurt?

‘Dit convenant wordt in tegenstelling tot eerdere akkoorden ook ondertekend door de zorgverzekeraars. Dat is van groot belang, want daarmee zijn zij medeverantwoordelijk voor het resultaat. Afgelopen jaren kochten verzekeraars groot bij onze huisartsen in. Die wilden al dat extra werk best uitvoeren; kleine chirurgische verrichtingen, meer taken rond chronische longziekten als astma. Maar achteraf bleek geen sprake van besparingen bij de ziekenhuizen. Dit akkoord dwingt de verzekeraars de extra zorg die bij ons wordt ingekocht uit het budget van de ziekenhuizen te halen. Zij moeten nu zeggen: sorry, maar het gaat er bij jullie vanaf. Op die manier hoeft de gewenste omzetgroei bij huisartsen niet meer achteraf op onze leden te worden verhaald. Wij wilden dat wel afdekken. Er zal ook komende jaren weer veel extra werk zijn, vooral rond

‘Wij zijn een groot voorstander van behoud van het consulttarief’

de programmatische zorg, chronische aandoeningen en ggz. Ik wil niet tegen mijn achterban zeggen: investeer maar in personeel, locaties en opleidingen, zonder zeker te weten dat het de moeite loont.’

Volgens het akkoord moet er echter een ‘aantoonbare’ besparing op zorg elders zijn. Lopen huisartsen door die formulering niet de kans dat zij toch voor de extra verleende zorg opdraaien, als onverhoopt blijkt dat verzekeraars elders opnieuw geen besparingen halen?

‘Dat is bijna uitgesloten. Onder het in juli gepresenteerde akkoord ligt een elfstapplan, dat onlangs door het ministerie is bevestigd. Dat maakt het vrijwel onmogelijk om overschrijdingen als gevolg van door zorgverzekeraars bij de huisartsen in het kader van substitutie gecontracteerde zorg terug te halen. Zelfs als achteraf blijkt dat er geen besparingen zijn geweest in de tweede lijn. Maar honderd procent garantie bestaat natuurlijk niet.’

Is het überhaupt wel goed meetbaar in hoeverre een productiegroei bij huisartsen het gevolg is van een afname bij ziekenhuizen en andere duurdere zorgaanbieders?

‘Daarvoor wordt een monitor ontworpen, die een precies inzicht geeft in de mate waarin de zorg verschuift. Er bestaat overigens wel een groot probleem. Bij eerstelijnszorgverleners als huisartsen is per kwartaal duidelijk wat de geleverde zorg is. Bij ziekenhuizen is er echter sprake van een enorme informatievertraging. Tussen binnenkomst van een patiënt en de uiteindelijke financiële afronding zit soms wel anderhalf jaar. Daardoor wordt het monitoren van substitutie ernstig bemoeilijkt. Het ministerie weet dat dit

speelt. Op dit moment bestuderen accountants mogelijkheden om de informatiestroom bij ziekenhuizen te versnellen.’

Afschaffen consulttarief

Van Eijck benadrukt dat de individuele invulling van het zorgakkoord door huisartsen en zorgverzekeraars niet alleen financieel, maar ook inhoudelijk veel mogelijkheden biedt. ‘Er is veel ruimte voor lokale huisartsengroepen om zorg aan te bieden die optimaal bij de populatie past. Welke zorg past in deze buurt? Waarop zitten onze patiënten te wachten? Daarbij moet je oog hebben voor de verschillende karakteristieken van praktijken, regio’s en buurten. Venray is anders dan Rotterdam. En een Vinex-wijk is niet hetzelfde als een gemeente met veel ouderen.’ Van Eijck betreurt wel dat de LHV de discussie rond het mogelijk afschaffen van het consulttarief voor huisartsen niet van de agenda wist te krijgen. Omdat het ministerie van Volksgezondheid perverse productieprikkelers in de zorgfinanciering wil bestrijden, voorziet het zorgakkoord in experimenten met systemen zonder consulttarief. ‘Eigenlijk wilde de minister veel verder gaan, en overwoog ze het consulttarief direct af te schaffen’, verzucht Van Eijck. ‘Daarom zijn wij akkoord gegaan met het experiment. Wij zijn echter een groot voorstander van behoud van het consulttarief.’

Waarom de minister ‘een halszaak’ van het thema maakt, is Van Eijck een raadsel. ‘Als iets géén perverse productieprikkel is, is het achtenhalve euro per consult.’ Wat gebeurt er als dat wordt vervangen door een vast bedrag per patiënt, vraagt hij zich zichtbaar geërgerd af. Het antwoord geeft hij zelf: ‘Dan ontbreekt elke prikkel om nog iets te doen. Waarom zal een huisarts dan nog visites gaan rijden? Dan belt hij wel even om te vragen of het gaat. Zo niet, verwijst hij door naar het ziekenhuis. Dat is nu precies het tegengestelde van wat wij met deze nieuwe akkoorden willen bereiken.’ ■

web

Meer informatie over dit onderwerp en het zorgakkoord vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl