**Doel is het vergroten van kennis van de Tweede Kamer over de ervaringen met zorgakkoorden**

De Eerstelijns richt zich ten behoeve van deze bijeenkomst hoofdzakelijk op de eerstelijns akkoorden. De bedoeling van de Hoofdlijnenakkoorden is divers en varieert van kostenbeheersing tot algemene beleidsdoelen. De HLA kan beschouwd worden als “een best denkbare overeenkomst op basis van een afgewogen po­sitionering en machtsbalans van betrokken partijen”. Er wordt vaak lang onderhandeld en het resultaat wordt ter goedkeu­ring voorgelegd aan de achterban. Het is een akkoord voor de regulering van de zorginkoop van het collectief van zorgverzekeraars; de veelal decentrale uitvoering is aan het veld.

**Evaluatie**

Deze input start met een evaluatie van de financiële en inhoudelijke resultaten van het akkoord 2013 – 2017 en tussenakkoord 2018. Hoewel er gesproken wordt over eerstelijnsakkoorden betreft het voor 80% huisartsenzorg.

**Financieel**

Onderuitputting van het macrohuisartsenbudget is gedurende 4 jaren aan de orde (2014 – 2015 – 2016 en 2017)! Hoewel in beide akkoorden is aangegeven dat er groei van het eerstelijnsbudget aan de orde zal zijn, is dit niet gerealiseerd. De substitutie van patiënten c.q. zorg vanuit het medisch specialistisch domein, de GGZ en de overgang van AWBZ naar WLZ is gerealiseerd, de autonome groei van 3,5% chronisch zieken per jaar (RIVM 2017) is geabsorbeerd door de eerstelijnszorg, maar de bijbehorende financiële verschuivingen zijn achtergebleven. De eenmalige 25 miljoen (ca 1% van het huisartsenbudget in 2016) en de 7 miljoen over 2018 (als onderdeel van de gereserveerde 75 miljoen voor tripartite substitutieafspraken tussen ziekenhuizen, huisartsen en zorgverzekeraars) daargelaten. Conclusie: de financiële substitutie is mislukt. Dit wordt bevestigd door de Algemene Rekenkamer (dec 2016). Het beschikbare budget voor huisartsen en multidisciplinaire zorg wordt niet uitgegeven. Hoewel dat geen doelstelling op zich is, zijn in het HLA hiertoe wel afspraken gemaakt, maar door de afzonderlijke zorgverzekeraars niet nagekomen. Dit wordt door de afzonderlijke zorgverzekeraars ontkend en er is geen onafhankelijke toetsing. De zelfmetingen van diverse partijen geven geen uitsluitsel. Het kamerlid Kooiman heeft hiertoe in november 2017 kamervragen gesteld. Hiertoe antwoordde minister Bruins: *“Begin november is in een bestuurlijk overleg nogmaals afgesproken dat de gemaakte afspraken in het bestuurlijk akkoord niet vrijblijvend zijn. Ik ga ervan uit dat de partijen goed met elkaar in gesprek blijven en dat ze er uit komen”.* Dit is echter niet geeffectueerd en nu willen zorgverzekeraars helemaal afzien van een nieuw HLA. Een beloning voor slecht gedrag. Het ministerie van VWS en de politiek wat gaan die daaraan doen? Of komt men pas in actie als de problemen zich verder opstapelen?

**Inhoudelijk**

Het HLA 2013 – 2017 kende 18 thema’s. Gemiddeld is de score volgens de Eerstelijns een 4,2 (op een schaal van 10), maar de elementen substitutie, organisatiegraad eerste lijn, preventie en administratieve lasten scoren een 2. De meeste progressie is geboekt op mededingen (ACM nadere duiding), inzet POH GGZ en eHealth Zelfmanagement (ZO!) met een score van 8 (zie bijlage voor specificatie). Conclusie: hoewel er voldoende inhoudelijke thema’s waren opgesteld is het ambitieniveau inhoudelijk niet waargemaakt. Het schortte aan de uitvoering van de plannen. In tegenstelling tot de Kamerbrief van minister Schippers in juli 2013 waarin zijn constateert *“dat er veel commitment is om de doelstelling van de akkoorden te realiseren en partijen de uitvoering voortvarend ter hand hebben genomen”.*

**Procedureel**

De eerstelijns hoofdlijnenakkoorden zijn anders dan de andere zorgakkoorden. Er is geen onafhankelijke toetsing op resultaat, de zorgverzekeraars houden zich niet aan het mandaat van ZN en VWS neemt geen regie waar partijen dit nalaten. Daarnaast zijn de Hoofdlijnenakkoorden van de periode 2012 – 2018 onder urgentiedruk van de nasleep van de economische crisis tot stand gekomen. Dit heeft de totstandkoming bevorderd. De HLA zouden de contouren voor de zorginkoop door alle zorgverzekeraars moeten leggen, maar zorgverzekeraars houden zich hier niet aan en hebben een eigen beleid. Hoewel dit strookt met het systeem van (gereguleerde) marktwerking, disfunctioneert de zorginkoop op enkele belangrijke onderdelen. Onder meer het ontbreken van integrale zorginkoop aan de kant van de zorgverzekeraars, de afstemming met het sociale domein (waar alle burgers door 1 gemeente worden vertegenwoordigt) in verhouding met de zorginkoop alleen voor de eigen verzekerden door zorgverzekeraars en ook de WLZ uitvoering van het zorgkantoor, leidt in de praktijk tot onuitvoerbare, niet te organiseren en zelf onveilige zorg doordat er geen eenduidige afspraken zijn. Hoewel er dappere pogingen zijn om de zorginkoop anders te organiseren, zijn de huidige gescheiden zorginkoopafdelingen, qua cultuur, bekostigingssystematiek, contracteerbeleid, loopduur van contracten, etc. aan de orde van de dag en is verregaande integratie niet te voorzien. De zorginkoop wordt door de RVZ (2017) sterk ter discussie gesteld.

Hoewel de Regering in het Regeerakkoord aangeeft in te willen zetten op HLA, is op basis van de input van ZN ten behoeve van deze bijeenkomst en de status van gesprekken over dit thema tussen ZN, LHV en InEen vast te stellen dat men niet in wil zetten op een nieuw HLA. NPF is voor HLA. Wie heeft er de macht is dan ook de vraag? Hoe lang kunnen maatschappelijke thema’s worden doorgeschoven? Wil deze Regering haar doelstellingen op gebied van HLA nakomen, dan zal men vaart moeten zetten achter het proces en doorzettingsmacht moeten uitoefenen.

Geen HLA leidt tot een afzonderlijk zorginkoopbeleid, met een gemiddelde looptijd van 2 jaar, verspringen van jaren van verschillende zorgverzekeraars (2018 maken VGZ en Menzis geen inkoopbeleid), waarbij de zorgverzekeraars zich in staat achten om middels zorginkoop de kostenbeheersing en de noodzakelijke veranderingen te realiseren. Vanuit het perspectief van de Eerstelijns is dat niet het geval en is centrale regie onontbeerlijk. Echter dat ligt ook aan de eerstelijnszorg zelf. Organisaties en professionals zijn niet of nauwelijks in staat om adequaat te onderhandelen vanwege fragmentatie, gebrek aan organisatiegraad, gebrek aan mandaat, gebrek aan professionaliteit, kennis en middelen. Een voorbeeld is het ontbreken van contractuele afspraken over indexering in contracten, waardoor er jaar op jaar wordt ingeleverd en met de stijgende arbeidskosten de komende jaren absoluut voor financiële problemen gaat leiden. Dat leidt tot een erosie van de eerstelijnszorg, waarbij de werkdruk, complexiteit van zorg door alle veranderingen, tot een risicovolle situatie kan leiden, waar de toegankelijkheid van de zorg (= overheidstaak) 100% zeker ter discussie komt te staan. Bij de huisartsen heeft de huidige situatie er al toe geleidt dat slechts 3% van de huisartsen na de opleiding praktijkhouder wil worden (De Eerstelijns feb 2018). Ook de functie van verpleegkundige in de wijk, is anno 2018 veel minder populaire dan de verpleegkundige in het ziekenhuis. En bestaan er al serieuze tekorten. De arbeidsmarkt en bestaande werkwijzen (diensten huisartsen, inhuren waarnemers om werkdruk op te lossen, vrije toegankelijkheid van patiënten) staan onder druk. De positie van deze sleutelspelers in de eerstelijnszorg is verontrustend.

**Conclusie**

Door alle al genoemde uitdagingen is een fundamentele verandering van het zorgsysteem aan de orde. HLA met een looptijd van 4 jaar dragen daaraan bij. Met een beleidsrijke benadering en verantwoordelijkheden, zowel op inhoud als op kosten. Zonder regie van de overheid, zonder een bepaalde algemene lijn in het zorginkoopbeleid waar alle zorgverzekeraars zich aan houden, zonder een langetermijnperspectief om veranderingen tot stand te brengen, zal de eerstelijnszorg, met name de huisartsen en wijkverpleegkundigen, niet in staat zijn om haar huidige verantwoordelijkheden waar te blijven maken. Een HLA met de juiste randvoorwaarden is hierbij een noodzakelijk instrument. Te regelen (Is er een toekomst voor Hoofdlijnenakkoorden De Eerstelijns 2017):

* Regie, verantwoordelijkheid en toezicht verbeteren
* Samenhangende HLA over de verschillende sectoren
* Ondertekening door alle zorgverzekeraars in plaats van alleen ZN
* HLA en zorginkoopbeleid synchroniseren (op basis van het advies RVZ)
* Onafhankelijke monitoring van de effecten door wetenschappelijke instituten op kosten van VWS
* Patiëntenorganisaties altijd mee tekenen en patiëntenadviesraden van zorgverzekeraars het zorginkoopbeleid laten toetsen aan de HLA
* Beleidsrijke HLA op gebied van arbeidsmarkt, (standaardisatie van) technische- en sociale innovatie en persoonsgerichte zorg

Jan Erik de Wildt, directeur van de Eerstelijns, bestuurder van zorggroep De Ondernemende Huisarts te Eindhoven en coördinator van de strategische masterclass eerstelijns bestuurders en masterclass eHealth strategie.

Bijlage: puntsgewijze evaluatie Hoofdlijnenakkoorden

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Evaluatie Hoofdlijnenakkoord 2013 – 2017 (schaal 1 = niet gerealiseerd, 5 is wel gerealiseerd)** |  |  |  |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  |
|  | Partijen stellen vast dat de beoogde substitutie van zorg zal leiden tot een groei van de eerste lijn, waar dat op dit moment nog niet altijd gepaard gaat met een afname van zorg in andere domeinen. | | | | | 2 |  |  |  |  |
|  | Substitutiemonitor | | | | | 1 |  |  |  |  |
|  | Meerjarige contracten | | | | | 3 |  |  |  |  |
|  | Doorontwikkeling S2 ouderenzorg - GGZ | | | | | 1 |  |  |  |  |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | |  |  |  |  |  |
|  | Versterken rol patiënt | | | | | 3 |  |  |  |  |
|  | Organisatiegraad eerste lijn | | | | | 1 |  |  |  |  |
|  | Doorontwikkeling Multidisciplinaire zorg | | | | | 1 |  |  |  |  |
|  | Inbedding POH-GGZ en Generalistische Basis-GGZ | | | | | 4 |  |  |  |  |
|  | Substitutie, incl. informatievoorziening | | | | | 1 |  |  |  |  |
|  | Integratie HAP/SEH, acute zorg overdag, ANW | | | | | 2 |  |  |  |  |
|  | Service en dienstverlening | | | | | ? |  |  |  |  |
|  | Preventie | | | | | 1 |  |  |  |  |
|  | Taakherschikking | | | | | 2 |  |  |  |  |
|  | Administratieve lasten | | | | | 1 |  |  |  |  |
|  | Mededinging | | | | | 4 |  |  |  |  |
|  | Transparantie en informatie | | | | | 2 |  |  |  |  |
|  | E-health/zelfmanagement | | | | | 4 |  |  |  |  |
|  | Verbinding cure/care/gemeentelijk domein | | | | | 3 |  |  |  |  |
|  | Gepast gebruik van zorg | | | | | 2 |  |  |  |  |