

Commentaar van de Vrije Huisarts op en naar aanleiding van het "Akkoord Tarieven Huisartsenzorg"⁽¹⁾ van VWS, ZN en LHV

20 september 2007

Dit is een onderdeel van een tweeluik, lees ook:

**Commentaar van de Vrije Huisarts
op de brief van Steven van Eijk**

VOORLOPIGE CONCLUSIES VAN DE VRIJE HUISARTS OVER DIT "AKKOORD"⁽²⁾

- Er is extra tijd in 2008 voor overleg over een nieuwe financieringsstructuur gecreëerd
- Tarieven basiszorg niet aangepast. Korting is van tafel, maar tevens derde jaar op de nullijn in 2008 (géén indexering)
- Zorgverzekeraars 2 jaar verantwoordelijk voor financiering van realisatie ION-databank, operationeel per 1-1-2008, daarna onduidelijk
- Herziening declaratiewijzer c.q. declarabele verrichtingen aanstaande waarbij eerder aan inperking dan verruiming moet worden gedacht
- Géén duidelijkheid over omvang "wisselgeld" dat betaald is door huisartsen. DVH vreest dat sprake is van SUEDE-financiering^(?)
- De kans blijft bestaan dat een meer definitieve afrekening naar 2009 wordt doorgeschoven?
- Discussie over basiszorg en aanvullend aanbod wordt heropend, primaat lijkt niet bij beroepsgroep te liggen.
- M&I-verrichtingen^(?) staan vanaf 2008 ter discussie in plaats van verruiming van aantal en budget
- Geen opheffing van het budgettaire kader huisartsenzorg (behalve consulttarieven 2008): Het akkoord vermeldt geen opheffing van welk plafond dan ook
- Geen (zicht op) structurele extra-financiering voor investering in versterking huisartsenzorg.
- Beloofde herijking naar marktconform ANW-uurtarief^(?) blijft onbesproken. Wordt dus opnieuw doorgeschoven naar de toekomst ondanks ministeriële beloftes in verleden
- Er komt een NZa^(?)-onderzoek naar bekostigingsstructuur zonder duidelijkheid over de vraagstelling aan NZa
- Een akkoord op basis van zeer vage afspraken, met een aantal potentiële bedreigingen voor de continuïteit van de praktijkfinanciering
- Goede intenties en hoge verwachtingen bij partijen, zonder invulling van de randvoorwaarden, zonder concreet vervolg zoals gewenste eindresultaat inclusief kostencomputaties
- Veel intenties en bedoelingen, zoals die al jaren in allerlei rapporten te lezen zijn geweest, met een lage realisatiegraad
- Het is niet echt een juridische overeenkomst tussen zakelijke partners, maar vooral een propagandistisch, "mooi weer" akkoord dat de sfeer van verbeterde relaties moet uitademen

INLEIDING

Dinsdag 11 september 2007 sluiten VWS^(?), ZN^(?) en LHV^(?) een akkoord⁽¹⁾ over de wijze waarop "afgerekend" zal worden met de financiële afspraken in het Vogelaarakkoord⁽⁴⁾ van 13 juni 2005. Dezelfde dinsdag al wordt dit nieuwe akkoord aan de Ledenraad voorgelegd die het meteen als overwinning "omarmt"⁽³⁾ en het akkoord daarmee, zonder consultatie van de achterban, goedkeurt.

De Vrije Huisarts had daarentegen meer tijd nodig om het akkoord, dat van invloed zal zijn op de toekomst van de eerstelijnszorg, op de praktijk (bedrijfs)voering en het werkplezier van huisartsen, te bestuderen, de implicaties in kaart te brengen, die onderling te bespreken en het akkoord te becommentariëren.

Het akkoord wordt gekenmerkt door vage, cryptische marketingtaal. Men schetst utopische vergezichten zonder de invulling van de randvoorwaarden te beschrijven. Dit leidt tot vragen die de huisarts-ondernemer meer duidelijkheid moeten verschaffen over de feitelijke betekenis en uitwerking van de plannen, voorstellen en afspraken zoals die door partijen zijn overeengekomen.

Een belangrijke vraag is wat de LHV heeft ingeleverd door financiële claims van huisartsen met terugwerkende kracht weg te strepen, om tariefskorting van tafel te krijgen. Zonder cijfermatige transparantie over de afrekening, viert de Vrije Huisarts de overwinning nog niet mee. Partijen dienen duidelijkheid te verschaffen over de omvang van de, tegen elkaar weggestreepte, vorderingen.

Vanwege de onduidelijkheden over de invulling van de nieuwe bekostigingsstructuur 2009 e.v. maar ook over de financiering van M&I^(?)-verrichtingen in 2008, is de Vrije Huisarts nog niet in staat een eindbeoordeling te geven van de nu in het akkoord gepresenteerde plannen. Ook is het voor ons niet mogelijk een beoordeling te geven van de mate waarin het LHV-bestuur zijn (zelfgestelde) onderhandelsoelen heeft bereikt. Deze zijn immers vooraf niet bekend gemaakt, noch naar inhoud, noch naar mate van urgentie of prioriteit. De prestatie van het LHV-bestuur is daarom moeilijk op (de juiste) waarde te schatten.

De Vrije Huisarts deed een poging, via publicatie op de DVH-site, om de discussie binnen de LHV over de gewenste (onderhandel)doelen⁽⁷⁾ te stimuleren. Wij zijn er van overtuigd dat een grotere betrokkenheid van huisartsen in deze discussie(s) dringend gewenst is. Zowel om de inhoudelijke informatie door te kunnen geven en te delen, als om te voorkomen dat bestuur en zelfstandige huisarts-ondernemers op wezenlijke punten niet (meer) overeenstemmen over het gewenste beleid.

Het nieuwe akkoord wil aansluiten bij de eerdere "*Beleidsagenda*" van het Vogelaarakkoord waarin de speerpunten waren: het stimuleren van samenwerkingsverbanden, de programmatische aanpak van chronische aandoeningen, substitutie van tweedelijnszorg naar de eerstelijns en kwaliteitsbevordering van de huisartsenzorg.

De behoefte om de financiële agenda over 2006 en 2007 af te ronden heeft veel tijd en overleg gevraagd met als eindresultaat dat de dreigende tariefskortingen van tafel verdwenen. Behalve over de basiszorg, moeten de onderhandelingen over de financiële agenda vanaf 2008, met daarin opgenomen het investeringskader voor modernisering en innovatie, nog beginnen. De tekst van het akkoord is doorspekt met ambitieuze intenties en fraaie vergezichten over de toekomst, maar dat nog zonder financiële onderbouwing.

CONCRETE AFSPRAKEN VWS, ZN EN LHV

- Tariefskorting op consultverrichtingen over 2006 en 2007 blijft achterwege
- In 2008 geen budgettering van consultverrichtingen, vanaf 2009 nog onbekend
- LHV dient namens huisartsen geen financiële claims in die betrekking hebben op voorbije jaren
- (Opnieuw) geen indexering van de tarieven over 2006, 2007 en 2008.
- Vergoeding M & I verrichtingen in 2008 door lokale partijen (ZV en huisartsen) overeen te komen.
- Financiering ION (bureau- en ontwikkelingskosten) in 2008 en 2009 door verzekeraars.
- Ontwerp in 2008 van nieuwe "verbeterde" financieringsstructuur huisartsenzorg vanaf 2009
- Aanpassing (gebruik) declaratiewijzer ter voorkoming van (oneigenlijke) dubbele declaraties
- Veel intenties en verwachtingen met betrekking tot de huisartsen(zorg) nog zonder concrete (en publieke) afspraken betreffende planning, financiering, organisatie, aanpassing regelgeving en andere randvoorwaarden.

COMMENTAAR OP INHOUD AKKOORD 2007

DE TOEKOMST VAN DE HUISARTSENZORG ...

"De huisartsenzorg wordt steeds belangrijker ..."

"Denk aan de rol van de huisarts op het terrein van preventie ..."

"Huisartsen moeten die belangrijke rol in de gezondheidszorg kunnen blijven vervullen en waar nodig uitbreiden ..."

"De samenwerking tussen huisartsen en zorgverzekeraars is van groot belang ..."

"Gezamenlijk lokaal afspraken maken over huisartsenzorg ..."

"We willen maatwerk meer mogelijk maken ..."

Lering trekkend uit de ervaringen met het Vogelaarakkoord, is de Vrije Huisarts van mening dat met dergelijke vage teksten volstrekt onduidelijk is waarmee de huisartsen (LHV) hebben ingestemd. Wij willen graag publiekelijk, transparantie in maat en getal om het akkoord goed te kunnen beoordelen.

"Huisartsen investeren flink in hun praktijk ..."

Is bekend voor hoeveel er is geïnvesteerd? Sluit de hoogte van de investeringen aan bij wat noodzakelijk is? En hebben die investeringen gelijke tred gehouden met de inkomsten uit de praktijk? Drie vragen zonder concreet antwoord.

"Huisartsen en zorgverzekeraars maken samen veel gebruik van de module M&I waarvoor de huisarts extra loon naar werk krijgt ..."

Waaruit bestaat dat extra loon, naast de al eerder contractueel overeengekomen vergoeding voor een M&I verrichting? En is het overigens niet, "meer werk, meer loon"? Of dat "extra" loon is, betwijfelen wij. Wat waren de "voordelen" voor de verzekeraars indien de M&I verrichtingen (€ 115 miljoen) niet door huisartsen zouden zijn gedaan?

"Om huisartsen te ondersteunen is onder andere het programma De Nieuwe Praktijk gestart ... om de service en de zorg voor patiënten te verbeteren in een moderne samenleving die andere eisen stelt aan de zorgverlening"

Het betreft hier primair een VWS initiatief met een website en 0,4 miljoen investeringsbijdrage. Wat is de reden om hier melding van te maken in het akkoord? Is het geen onderdeel van een PR-campagne ten dienste van het ministerie van VWS? Is bekend en/of onderzocht of huisartsen aan dit programma behoefte hadden en of zij het als ondersteuning ervaren? Meer dan 6 jaar draagt de Vrije Huisarts bouwstenen aan waarmee niet de nieuwe, maar De Bestaande Praktijk kan worden gemoderniseerd en geïnnoveerd. Hoeveel onderzoek is er met dit doel voor ogen al niet gedaan maar steeds terzijde gelegd door Haagse beleidsmakers?

... DICHTERBIJ GEBRACHT.

In welke situaties "... stuiten huisartsen en zorgverzekeraars nog op barrières(?) die het huidige systeem(?) met zich meebrengt" ?

Deze barrières willen partijen, waar mogelijk, wegwerken ... maar onduidelijk is over welke barrières het gaat en welk systeem in werkelijkheid bedoeld wordt. Wel hebben partijen hierover de volgende afspraken gemaakt:

"De positie van de huisartsenzorg zal verder worden versterkt"

Wat is die positie? Wat moet die worden? Hoe wil men die "versterken"? Wordt daar concreet geïnvesteerd met extra middelen? Worden de geplande begrotingen van het ministerie van Financiën voor de komende jaren daarvoor aangepast? [zie begrotingstabel komende jaren] Welke garantie hebben huisarts-ondernemers dat duurzame investeringen in modernisering en innovatie van de praktijk(voering), vanaf 2008 ook kunnen worden terugverdiend?

"De speerpunten in het Vogelaarakkoord blijven van belang ..."

De intenties zijn goed, maar de individuele verantwoordelijkheden van partijen worden niet benoemd. Het gewenste eindresultaat wordt niet beschreven, evenmin als de oplossingsrichtingen. Wat betekenen deze fraaie intenties nu werkelijk in het beleid, de financiering, ondersteuning en organisatie van de huisartsenzorg?

"De speerpunten kunnen beter en eerder gerealiseerd worden als "de eerstelijns zorgaanbieder" [wel/geen huisarts??] nog meer gestimuleerd wordt prestaties te leveren die gekoppeld zijn aan kwaliteitsverbetering. De vorm hangt af van de lokale situatie ..."

Wat wordt hier nu eigenlijk concreet gezegd?

Kwaliteitsverbetering bereik je door een goede productbeschrijving, gemotiveerde huisartsen, goede randvoorwaarden (ondersteuning, organisatie, financiering) en faciliterende [en niet blokkerende] wetgeving. Leuker kunnen we het niet maken, maar (zo) wel beter!

"Er is een bekostigingsstructuur nodig die lokale initiatieven van huisartsen en zorgverzekeraars mogelijk maakt en die voor de juiste prikkels en randvoorwaarden zorgt".

Lokale onderhandelingen zijn zinvol bij lokale initiatieven, bij HOED- en bij GOED-vorming, bij lokale samenwerking en innovatie. Wat niet kan is dat een huisarts eenzelfde zorgaanbod in zijn/haar praktijk tegen verschillende prijzen moet leveren, afhankelijk van de verzekeringsmaatschappij die de patiënt heeft uitgekozen. Een huisarts zal eerder van levering van M&I zorgaanbod afzien als de "eigen" (product)prijs door een verzekeraar niet betaald wordt. "Bij de bakker is het brood ook voor elke klant even duur" (zegt onze voorzitter altijd!) Een landelijk overeengekomen prijsstelling voor M&I zorgaanbod valt uit oogpunt van efficiëntie, te overwegen. Nog belangrijker is dat hierover duurzame contracten kunnen worden afgesloten.

"Waar het nog niet optimaal werkt is het declaratieverkeer tussen huisartsen en verzekeraars. Zo zullen de LHV en ZN de declaratiewijzer en het gebruik en toepassing daarvan tegen het licht houden"

De Vrije Huisarts is van mening dat er niets mis is met de LHV-declaratiewijzer. Deze is opgesteld om uniformiteit te verkrijgen in te declareren verrichtingen. Op welk gebied zou de declaratiewijzer niet juist zijn toegepast? Wie bepaalt trouwens wat "niet juist" is? En waarom wordt hierover niet openlijker en duidelijker gecommuniceerd met huisartsen? Het is van belang scherp toe te zien dat

onderscheiden verrichtingen op eenzelfde dag gedeclareerd kunnen blijven (one-stop shopping, herhaalde contacten indien het ziektebeloop daar aanleiding toe geeft). Daarnaast blijkt dat aan verzekeraarszijde soms de opvatting bestaat dat taken die gedelegeerd zijn aan de praktijkassistente niet gedeclareerd zouden mogen worden.

Het is een prima zaak dat de verzekeraars de mogelijkheden tot een centraal ION-bestand ondersteunen door de financiering op zich te nemen. De Vrije Huisarts is van mening dat de directe verantwoordelijkheid van de ZV's voor een centraal ION-bestand betekent, dat deze financiering ook na 2009 zou moeten worden voortgezet. Een goed ION-bestand biedt een goede kans om een kwaliteitsslag te maken met betrekking tot de zorgregie (waaronder het dossierbeheer) en een correcte uitbetaling van inschrijftarieven

"Substitutie van tweede naar eerstelijns ... Partijen spreken af zich in te zetten ... deze vorm te geven ..."

Maar hoe willen partijen dat realiseren? De belangrijkste maatregel om substitutie mogelijk te maken, is volgens de Vrije Huisarts, het wegnemen van het verschil in risicodragendheid van verzekeraars, tussen de tweede lijn en de eerstelijns. Ook het inbouwen van drempels bij het openen en sluiten van DBC's^(?) in de tweede lijn, behoort hiertoe. Aanpassing van bestaande en blokkerende wetgeving is daarvoor dringend gewenst. Juist VWS en ZN zelf zijn hier als eersten aan zet. Deze zet zou moeten zijn de risicodragendheid om te draaien. Maak verzekeraars 100% risicodragend voor kosten van de tweede lijn en maak ze tegelijkertijd beperkt risicodragend voor uitgaven van de eerstelijns.

De Vrije Huisarts is van mening dat een actief substitutiebeleid met forse investeringen in de huisartsen-praktijken één van de weinige mogelijkheden is waarbij op termijn, met behoud van kwaliteit van zorg, de gezondheidszorg betaalbaar is te houden: substitutie vermindert onnodige en dure ziekenhuiszorg.

De Vrije Huisarts is overigens van mening dat het aangaan van risico's, door het binnenhalen van substitutiezorg, bedrijfsmatig op dit moment niet verstandig is. Er zijn nog geen drempels (in- en uitsluitcriteria) in de tweedelijns DBC's. De regels van risicodragendheid werken blokkerend op een efficiënte besteding van het zorgbudget. De nota's voor dure ziekenhuiszorg van zelfverwijzers, worden gewoon betaald. Er worden met huisartsen (nog) geen langjarige inkoopcontracten over zorgsubstitutie afgesloten. Zolang daarvoor geen (juridisch) gezonde onderhandelingsbasis bestaat van gelijkwaardige partijen, is een afwachtende houding van huisartsondernemers, op zijn plaats.

Het aangekondigde onderzoek door de NZa^(?), richt zich op de kosten en de te hanteren bekostigingssystematiek voor de huisartsenzorg. Omdat daarbij bekeken zal worden hoe M&I verrichtingen zich verhouden tot het basiszorgaanbod, vraagt de Vrije Huisarts zich af wat hierbij precies beoogd wordt. Wie bepaalt wat tot de basiszorg behoort: de zorgaanbieders of de zorginkopers? Of gaat het centrale Toezichtsorgaan de NZa voor de beroepsgroep bepalen wat de inhoud is van het basisaanbod? Moeten straks bestaande M&I^(?) verrichtingen tegen gereduceerd tarief (€ 9,-) geleverd gaan worden? Ligt in dit verhaal een deel van de terugbetaling van de niet doorgevoerde tariefskorting, besloten?

De vaagheid van formulering roept de nodige vragen op over "*concrete aanbevelingen*" van ZN en LHV en over "*gewenste verbeteringen*". Zonder helderheid over de probleemstelling en zonder verduidelijking inzake de competenties van partijen, is het volgens de Vrije Huisarts niet mogelijk de impact van betreffend NZa-onderzoek, laat staan de mogelijke resultaten straks, te overzien. Daarbij heeft de voorloper van de NZa^(?), het CTG, in het verleden al vele rapporten terzijde geschoven, inclusief hun eigen KPMG-onderzoek uit 2002 over inkomensherijking bij huisartsen.

Dat de bekostiging van huisartsenzorg voldoende ruimte moet bieden voor nieuwe initiatieven, onderschrijft de Vrije Huisarts volledig. De vraag is of de beleidsmakers van VWS en ZN daar dan ook de randvoorwaarden en wetgeving voor bieden. Nergens in het Akkoord 2007 wordt melding gemaakt van een investeringskader of van een "*geen-woorden-maar-daden*" beleidsplan. Als de illusie bestaat dat de hele modernisering van huisartsenzorg voor hetzelfde budget kan, dan beschermt het verstand dus niet tegen waan!

Veel van wat wenselijk is (ook) in de zorg, vindt zijn beperking in de financieringsmogelijkheden. Toenemend krijgen burgers van overheid en verzekeraars echter de indruk dat alles leverbaar is (vraaggestuurde zorg), dat de kwaliteit hoger en de service van inefficiënt werkende zorgaanbieders, beter moeten zijn dan nu het geval is. De verantwoordelijkheid wordt vervolgens bij de zorgaanbieders gelegd, die zonder passende middelen en bij een beperkte personeelscapaciteit, aan de verwachtingen moeten zien te voldoen. Het zou de overheid sieren om eens met beide benen op de grond, te durven kiezen, *"Wat kan wel en wat niet"*. Sinds de *"Trechter van Dunning"*⁽⁵⁾ geeft het VWS beleid eerder de indruk dat keuzes ontlopen worden dan dat die de basis zijn voor zorgbeleid bij gelimiteerde (financiële) middelen. De last van deze dubbelhartige opstelling - vraaggestuurde zorg: [*"je mag alles vragen"*] tegenover bezuinigingsbeleid: [*"wij betalen het niet"*] - komt met name bij de zorgaanbieders en zorginkopers terecht, waarna de toezichtsorganen (IGZ, NZa, e.a.) de juiste uitvoering van de opgeschroefde eisen van VWS mogen controleren en zonodig beboeten!

Dat partijen erkennen dat hun aannames in 2005, inzake de productie van huisartsen, niet juist zijn geweest, is terecht. Dat de kostenstijgingen voor de verzekeraars daardoor aanzienlijk hoger zijn geweest dan geraamd, vraagt om een kanttekening. Bij de inzet van huisartsen en hun medewerkers met de invoering van de ZVW en de stijging van de zorgvraag, is een toename van de totale huisartskosten voor inschrijving en consultaties, met zo'n 4.5 % [3,4 % boven inflatie] toch iets minder *"aanzienlijk"* dan steeds wordt gesuggereerd. Met name de zeer gewenste introductie van de nieuwe standaard *"Cardiovasculair Risico Management"*⁽⁶⁾ begin 2006, droeg bij aan de verhoogde productie.

Raadselachtig is de zinsnede:

"Partijen willen er echter voor zorgen dat deze aannames vanaf 2008 beter aansluiten bij de werkelijkheid."

- moeten de productie-outputcijfers in overeenstemming worden gebracht met de aannames uit 2005, 2007 of voor 2008, bijvoorbeeld door minder verrichtingen declarabel te stellen?
- of door minder mogelijkheden te bieden dubbele consulten/visites te declareren?
- worden de outputcijfers alsnog achteraf budgettair neutraal verrekend (zoals tot nu toe)? De Vrije Huisarts wil dat er, voorafgaand aan dit onderzoek, klare wijn wordt geschonken over de bedoeling en de uitwerking ervan.

De afgelopen maanden hebben geïllustreerd hoe boterzacht de afspraken in het Vogelaarakkoord waren. Ook wat betreft de wijze waarop het akkoord uit 2005, te zijner tijd geëvalueerd zou gaan worden. Dit leidde tot een mêlee aan rapportages en stellingnames in de publiciteit, van verzekeraars en overheidsinstanties, als voorschot op *"de Afrekening"* in september 2007.

Het is teleurstellend dat partijen in het huidige akkoord dit gegeven onbenoemd laten. Noch lijken zij er lering uit getrokken te hebben.

GERELATEERDE ARTIKELEN:

Deze bronnen kunt u aanklikken in de webversie van dit stuk op
< <http://devrijehuisarts.org/asp/AkkoordTarieven200907.asp> >

1. Tekst akkoord LHV/ZN/VWS, **Naar een verdere verbetering van de huisartsenzorg [pdf]**, 11 september 2007
2. Gezamenlijk persbericht LHV/ZN/VWS, **Akkoord Tarieven Huisartsenzorg [pdf]**, 11 september 2007
3. LHV, **Brief van Seven van Eijk aan de LHV-leden [pdf]**, 11 september 2007
4. LHV, VWS, ZN, **Het Vogelaarakkoord voor 2006 en 2007 [pdf]**, 30 mei 2005
5. Kiezen en delen, advies in hoofdzaak van de Staatscommissie Keuzen in de Zorg (Staatscommissie-Dunning), in opdracht van WVC, Den Haag, installatie op 30 aug.1990
6. NHG, **Standaard Cardiovasculair risicomanagement**, M84
7. De Vrije Huisarts, **Onderhandeldoelen bekostigingssystematiek huisartsenzorg 2008 e.v.**, 27 juni 2007

DEFINITIES:

LHV = De Landelijke Huisartsen Vereniging **DVH-links**

VWS = Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport **DVH-links**

ZN = Zorgverzekeraars Nederland, de federatie van zorgverzekeraars **DVH-links**

DBC's = Diagnose BehandelCombinatie **DVH-links**

M&I = Modernisering & Innovatie

NZa = Nederlandse Zorgautoriteit, de opvolger van CTG en Inspectie **DVH-links**

ANW = Avond, Nacht en Weekend[-dienst]

M&I = Modernisering & Innovatie

SUED = Sigaar Uit Eigen Doos **DVH-links**

BENT U AL DONATEUR VAN DE VRIJE HUISARTS? METEEN DOEN.

< <http://devrijehuisarts.org/> >