

# DVH-Commentaar op het NZa-rapport uitmondend in een DVH-Voorstel Moratorium Huisartsenzorg

30 juli 2007

De door De Vrije Huisarts van dit NZa-rapport "*Oriënterende Monitor Huisartsenzorg*"  
gemaakte samenvatting vormt de basis van ons commentaar  
en kunt u **hier**<sup>(1)</sup> als begeleiding van **dit** rapport<sup>(2)</sup> lezen:  
< <http://devrijehuisarts.org/stukkenpdf/samenvattingNZaRap300707.pdf> >

## Inleiding

In ons recente commentaar<sup>(3)</sup> op de brief van minister Klink aan de NZa, ging de Vrije Huisarts nog uit van een (komende!) NZa rapportage over de kwalitatieve aspecten van het Vogelaar Akkoord<sup>(4)</sup>:

*"Weliswaar stelt de minister, dat de NZa een monitor uitvoert naar de meer kwalitatieve aspecten van het Vogelaarakkoord, maar publieke resultaten van deze monitor ontbreken. Het gevolg daarvan is dat het actuele en toekomstige kwaliteitsbeleid op dit moment niet betrokken wordt en kan worden bij de kwantitatieve evaluatie van het (budgetterings)beleid. Welke zaken hebben de zorg kwalitatief verbeterd? Wat is er terecht gekomen van de (start van de) beleidsagenda?"*

Het blijkt een verkeerde gedachte. Ook in het NZa-rapport "*Oriënterende Monitor Huisartsenzorg*"<sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup> is de kern niet de evaluatie van de kwaliteit van zorg mét of ná het Vogelaar Akkoord, maar opnieuw, voornamelijk het budgettaire verhaal. De effecten (opbrengsten) van de nieuwe financieringssysteem en de (kostenreducerende) resultaten van de doelstellingen van het Vogelaar Akkoord, uitgedrukt in euro's in plaats van kwaliteitskenmerken.

Er is dan ook nog steeds geen helder antwoord op de vraag: wat heeft het Vogelaar Akkoord in de praktijk aan kwaliteitsverbetering gebracht of wat zijn de resultaten van de uitwerking van de "*Beleidsagenda Modernisering en Innovatie*" [hoofdstuk 2 van het Vogelaarakkoord<sup>(4)</sup>], voor de kwaliteit van de huisartsenzorg?<sup>(5)</sup>

## Oriëntaties en argumentaties versus de rode draad

De NZa geeft aan dat het ontbrak aan voldoende tijd omdat VWS snel informatie wilde over de marktwerking in de huisartsenzorg. Dus koos men voor een "*pragmatische aanpak*". Naast kwantitatieve gegevens vormen de gedragingen van huisartsen, de perceptie van verzekeraars en de signalen die belanghebbenden zelf opvingen, de basis voor de Oriënterende Monitor ofwel evaluatie. Een beperkte "*oriëntatie*" waaruit echter wel vergaande conclusies worden getrokken zoals het beperken dan wel beëindigen van de plafondloze M&I verrichtingen. Ook het (goedkoper) omzetten van M&I verrichtingen naar reguliere basiszorg die vervolgens weer gebudgetteerd is, is een optie. Een serieuze zaak als de toekomst van de huisartsenzorg, vraagt meer verdieping en tijd dan de NZa kennelijk in deze fase ter beschikking had.

Welk belang is gediend met de "*pragmatische aanpak*" in plaats van een gedegen en wetenschappelijk verantwoord rapport te publiceren? Hebben de komende onderhandelingen tussen LHV, VWS en ZN daarmee te maken? Heeft minister Klink behoefte aan hapklare (informatie over) bezuinigingsopties, in verband met zijn begrotingsplannen voor 2008?

Het met een gekleurde bril naar de huisartsenzorg kijken en publiekelijk de nadruk leggen op vermeende manco's ("*huisartsen schieten tekort in bereikbaarheid en toegankelijkheid, onvoldoende transparantie in de kwaliteit van geleverde huisartsenzorg, multidisciplinaire samenwerking blijft uit, onvoldoende kostenbesparingen, er wordt teveel gedeclareerd*" etc) beïnvloedt de negatieve beeldvorming over de huisartsenzorg. De Vrije Huisarts betreurt het dat de NZa geen integrale en

oplossingsgerichte aanpak presenteert voor gesignaleerde knelpunten. Wel wordt er een grote hoeveelheid onderzoek in het vooruitzicht gesteld.

Als netto-effect van de NZa-nota, in samenhang met de eerdere brief van minister Klink aan de NZa, moeten huisartsen zich niet in het defensief laten dringen. Ook al worden (impliciet) beschuldigd en verdacht gemaakt, neergezet als profiteurs en machtmisbruikers. Als opmaat naar de komende "afrekening" van het Vogelaar Akkoord en naar de contractonderhandelingen voor 2008, zet de NZa een wat negatief beeld neer. Daar zal over nagedacht zijn. VWS verzocht als opdrachtgever de NZa om bruikbare informatie en die is geleverd! De eerste klap was overigens al toegediend door minister Klink's € 100 miljoen korting op basis van "het te ruim declareren" door huisartsen.

Inconsistente beweringen, oppervlakkigheid in probleemaanpak, probleemsignalering zonder de eigen sturende NZa-rol in ogenschouw te nemen, gebrek aan inzicht hoe de werkprocessen in een drukke huisartsenpraktijk verlopen, het eenzijdig financiële focus, dit alles vraagt om een scherpe stellingname van huisartsen. Daarbij wil de Vrije Huisarts voorkomen dat het huisartsenvak, door verkeerde keuzes van beleidsmakers, toezichhouders of andere non-professionals met eigen agenda's, afglijdt naar de afgrond.

Wat de Vrije Huisarts constateert is dat door alle regels heen de rode draad te volgen is van het geloofsgoed van veel (politieke) bestuurders in ons huidige tijdsgewricht: "marktwerking verbetert de toegankelijkheid, verlaagt de kosten en verhoogt de kwaliteit van de (huisartsen) zorg".

Of dat ook zo is, hoeft niet bewezen te worden, dat geloof je gewoon. Als deze hypothese vervolgens niet bewaarheid wordt, moeten marktargumenten en finance-based doelen aangescherpt worden, dan komt het altijd weer goed. Zo lijkt de algemene reactie onder marktgelovigen te zijn.

Het is als met het geloof in Lou de Palingboer die in de jaren 60 stelde, dat geloof in hem de mens vrijwaarde van ziekte en gebrek. Werd je als geloofsaanhanger echter toch ziek dan lag dat aan het feit dat je niet echt of op zijn minst onvoldoende in Lou de Palingboer geloofde.

Een altijd sluitende redenering maar daarom nog geen juiste.

De Vrije Huisarts vindt het nogal merkwaardig dat de NZa in het rapport ruimte biedt aan negatieve beeldvorming en verdachtmaking waar het gaat over het werk of het gedrag van huisartsen. De indruk ontstaat dat men op beleidsniveau de huisarts-praktijkhouder ziet als iemand die zijn macht misbruikt om zichzelf te verrijken ten koste van de samenleving. De NZa-oplossing wordt dan blijkbaar om de huisarts het werk onmogelijk te maken en zich louter te oriënteren op een (economisch) beter beheersbaar model: de (toekomstige) grootschalige, multidisciplinaire gezondheidscentra waar de zaken geregeld worden met management, directie en bestuur en andere niet-huisartsen.

Wat deze schaalvergroting betekent voor de kwaliteit en de kosten van de huisartsenzorg is volstrekt niet duidelijk. Managers, directies en andere overhead zullen ook betaald moeten worden. Zo zal een steeds groter gedeelte van het budget voor de huisartsenzorg gespendeerd worden aan de binnengehaalde managementmedewerkers. Huisartsencentra zullen mogelijk qua kostenstructuur en beheersbaarheid gaan lijken op instellingen waar al veel ervaring mee opgedaan is: de ziekenhuizen. Eerder wees de Vrije Huisarts al eens op het enorme verschil in overhead(kosten)<sup>(7)</sup> tussen de huisartsenzorg en de ziekenhuiszorg.

Met de eenzijdige aandacht voor de ontwikkeling van grootschalige zorginstellingen, verdwijnt de belangrijkste bron van betaalbare, toegankelijke kwaliteitszorg, dicht bij de mensen: de zelfstandige huisarts-praktijkhouder. Dit is blijkbaar inbegrepen en eerder opzet dan nadelig gevolg.

Dat "intensieve praktijkhouderij" nieuwe mogelijkheden biedt is duidelijk, maar de vraag is wel of de overheid geleerd heeft van de ervaringen met schaalvergroting elders in onze samenleving zoals in het onderwijs en in de ziekenhuiszorg.

## De doelstellingen van het Vogelaar Akkoord(4)

### - Samenwerking eerstelijns

Hoewel de NZa stelt dat de multidisciplinaire samenwerking op grote schaal uitblijft, ontwikkelde zich de laatste jaren binnen de praktijken zelf een effectieve multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, praktijkondersteuners en dokterassistenten. Functioneel en efficiënt en in eigen tempo, draagt dit proces bij aan kwaliteitsverhoging van de zorg. Beleidsmakers bij de overheid zouden m.b.t. hun eigen (nogal geforceerde) multidisciplinaire samenwerkingsdoelen voor de eerstelijns, hier veel van kunnen leren.

## - **Programmatistische aanpak chronische aandoeningen**

Zoals hierboven al genoemd: in feite ontbreekt een inhoudelijke beoordeling door de NZa over de resultaten die hierbij in de huisartsenpraktijken bereikt zijn. De ervaring van veel huisartsen is dat er positieve resultaten bereikt worden door de (extra) aandacht voor chronische patiënten. Alle reden om deze ontwikkeling niet te doorkruisen met structurele wijzigingen in de financieringsystematiek.

## - **Substitutie**

De Vrije huisarts waardeert het dat de NZa aandacht vraagt voor het oplossen van de structurele drempels die de groei van zorgsubstitutie tot nu toe belemmerden: het verevenings- en nacalculatiesysteem in de financiering van ziekenhuiszorg. Door dit systeem worden zorgverzekeraars onvoldoende geprikkeld om een scherper inkoopbeleid te voeren. Eerder stelde de Vrije Huisarts de problematiek van de stagnerende substitutie al aan de orde. Pas na aanpassing van wetgeving en bij een adequaat financieringsbeleid zal de eerstelijns een serieuze(re) start kunnen maken met substitutie van tweedelijnszorg naar de eerstelijns. Aan deze voorwaarden is nog lang niet voldaan.

## - **Beheersing kosten administratieve handelingen**

Ook nu weer wordt lastenverlichting naar de toekomst doorgeschoven. De enorme administratieve chaos in 2006 is maar zeer beperkt terug te vinden in het NZa rapport. Laat staan dat de NZa zich het hoofd breekt over financiële compensatie van alle geïnvesteerde tijd en kosten.

Typerend voor de wijze waarop de NZa naar zaken kijkt: *"In het oude systeem hadden niet alleen particuliere verzekeringen een verzekering waarin ook de risico's voor huisartsenzorg verzekerd waren. In het nieuwe systeem is dit altijd het geval."* [blz. 20<sup>(2)</sup>]

Van het feit dat het ruim 1 miljoen van de burgers niet te traceren was als (on)verzekerd, maakt de NZa geen melding hoewel dit direct het (financieel-economische) functioneren van het financieringssysteem raakt en het vele miljoenen euro's betreft.

## **Borging publieke belangen**

### - **Kwaliteit**

"Transparantie" functioneert ook in dit NZa-rapport als een trendy kreet uit de markteting. Terwijl de schrijvers van het rapport blij geven geen idee te hebben wat huisartsenzorg nu eigenlijk inhoudt, poneren ze deze marktterm ervan uitgaande dat dan duidelijk is wat er mee wordt bedoeld. Transparante kwaliteit binnen persoonlijke, relationele huisartsenzorg? Transparante troost als zorgproduct? Transparante empathie, betrokkenheid en ondersteuning? Wat beweegt de NZa e.a. om toch zo te blijven volhouden dat onvoldoende "transparantie" het zicht op kwaliteit ontnemt? Ligt de kwaliteit niet met name in de kernwaarden van de huisartsenzorg: persoonlijke, integrale, continue zorg dicht bij de mensen? Zijn de patiënten zo ontevreden over de "niet-transparante" huisartsenzorg die ze de afgelopen jaren ontvingen? Is er een overheidsinstantie in ons land bekend die hoger scoort op de waarderingslijst van burgers dan de beroepsgroep huisartsen, waarbij de huisarts een dikke 8 krijgt voor zijn werk, bereikbaarheid, attitude en vaardigheden. Past een goed functionerende beroepsgroep die 95% van de zorgvragen tegen 3% van de zorgkosten zelfstandig oplost, misschien niet in de blauwdruk van het marktgeoriënteerde zorgmodel van VWS, NZa en anderen?

Laat de NZa e.a. zich realiseren dat het meten van kwaliteit maar zelden de transparantie biedt die wordt beoogd. Vaker neemt alleen de mist toe. Uitsluitend zaken die echt "meetbaar" zijn komen in aanmerking. De opvatting dat de kwaliteit van zorg eenvoudigweg meetbaar is, klopt dus niet. Uitsluitend een beperkt aantal zaken komt, met een enorme reductie van de werkelijkheid (van de geleverde zorg), in aanmerking. De vraag is of bij een dergelijke reductie gemeten wordt wat men pretendeert te meten. Ervaren wetenschappers, waaronder statistici en methodologen, kunnen al te hoge verwachtingen tijdig temperen. Ze moeten zeker betrokken worden bij de "transparantiemetingen" die de NZa beoogt te (laten) uitvoeren.

Met betrekking tot de voorgestelde ontwikkeling van een landelijk systeem van kwaliteitsindicatoren om het functioneren van de zorgmarkt te beoordelen, geldt in feite hetzelfde. Is het binnen de reductie van de werkelijkheid, de zorgmarkt [waar professionals doorgaans nog steeds spreken over "medische zorg"] eigenlijk wel mogelijk effectief kwaliteitsindicatoren te hanteren? En wat is precies

het doel? Wil de NZa met dergelijke indicatoren de mogelijkheid hebben het marktspel beter te laten spelen? *"Meetbare argumenten"* hebben om in onderhandelingen te gebruiken, om tarieven te verlagen? Of wil men *"objectieve"* gegevens verzamelen om effectiever te kunnen investeren in een betere kwaliteit van zorg?

## - Toegankelijkheid

Natuurlijk is elke huisarts voor een optimale bereikbaarheid en beschikbaarheid van de praktijk. Een permanente bezetting van de open telefoonlijn zodat iedere patiënt elk moment van de dag voor alles kan bellen, is echter achterhaald en onwenselijk.

De ook door VWS e.a. gewenste taakdelegatie aan praktijkmedewerkers, zodat de huisarts meer beschikbaar is voor directe patiëntenzorg, houdt in dat medewerkers nauwer betrokken zijn bij directe (eigen) patiëntenzorg waarbij zij verrichtingen doen onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Zolang (ondanks het gebudgetteerde kader) personeel hiervoor wordt vrijgemaakt kan het noodzakelijk zijn op sommige momenten van de dag uitsluitend (telefonisch) beschikbaar te zijn voor spoedgevallen. Indien het één wordt gepropageerd (taakdelegatie) door overheid en politiek, maar het ander niet gefinancierd wordt (extra assistentie) zit er dus niet permanent een assistente achter de telefoon.

De huisarts biedt zo effectief mogelijk, met beperkte (gebudgetteerde) middelen, gedurende de gehele dag, hoge kwaliteit aan zijn patiënten. In een tijd waarin de telefonische druk ook nog eens enorm is toegenomen is de huisarts altijd beschikbaar voor echte spoedgevallen. De overheid propageert vraaggestuurde zorg waarbinnen alleen aan de huisarts eisen worden gesteld en de consument wordt voorgehouden zonder beperking zich als klant te gedragen, kennelijk zonder rekening te hoeven houden met de werkbaarheid in de huisartsenpraktijk en de spelregels van professionele praktijkvoering. Een optimale werkbaarheid omdat daarmee de veiligheid van alle patiënten gediend wordt en niet alleen van bellers buiten de gebruikelijke tijden. De huisarts is en blijft verantwoordelijk voor triage en draagt zorg dat mensen die acuut medische hulp nodig hebben die ook kunnen krijgen. Dat betekent dat niet-spoedeisende zorg wel eens moet wijken voor spoedeisende zorg. Het zou de VWS, NZa, ZN en NPCF sieren wat meer vanuit deze werkelijkheid hun achterban te informeren, in plaats de suggestie te wekken dat alle zorg, elk moment van de dag voor iedereen beschikbaar moet zijn.

Overigens pleit de Vrije Huisarts al vele jaren voor verruiming van de financiering voor uitgebreidere praktijkassistentie. Indien de NZa dat samen met VWS zou realiseren, levert het pas echt een bijdrage aan verbetering van de bereikbaarheid. Lukt dat niet, dan is het wel zo sportief dit *"transparant"* met de burgers te communiceren en verantwoording hierover af te leggen.

Wie toets eigenlijk het beleid en de resultaten van het Toetsingsorgaan de NZa?

Welke initiatieven neemt de NZa om de gesignaleerde problemen in de toekomstige toegankelijkheid van de huisartsenzorg (toegenomen zorgvraag, uittrekers, zorgsubstitutie) weg te nemen? Volgens de Vrije Huisarts is het beleid om potentiële uittrekers (met name senioren) te motiveren langer te blijven praktiseren, volstrekt onvoldoende. De NZa speelt hierbij eerder een remmende dan een faciliterende rol. Het overheidsbeleid van de afgelopen jaren is allerm minst motiverend voor jonge basisartsen om te kiezen voor het zelfstandig praktijkhouderschap, de kern van de huisartsenzorg. Deze ontwikkeling draagt bij aan de toekomstige capaciteitsproblemen cq de toegankelijkheid..

Hoe komt de NZa erbij dat 75% van de consumenten (12 miljoen Nederlanders?) behoefte heeft aan de mogelijkheid van een emailconsult? Uit het aangehaalde onderzoeksrapport van de NPCF is dit in elk geval niet te halen. Nog even los van medisch-inhoudelijke argumenten de voors en tegens rond het emailconsult, gaat het in het NPCF rapport niet om consumenten maar om (onderzochte) internetgebruikers. Het verbaast de Vrije Huisarts dat de NZa zichzelf bezig houdt met het promoten van een (dergelijk) marktproduct. Is dit niet meer iets voor de marktpartijen zorgverzekeraars, zorggebruikers en zorgaanbieders zelf? Is daar werkelijk overheidsbemoeienis voor nodig?

## - Betaalbaarheid

In het rapport staat te lezen dat huisartsen teveel onderhandelingsmacht zouden hebben. Macht om de gebudgetteerde vaste NZa tarieven te accepteren? Macht om te werken conform de regeling van *"het volgen van de dominante zorgverzekeraar"* zoals in het Vogelaar Akkoord door VWS, ZN en LHV is afgesproken? Macht om zelf het zorgaanbod te kunnen bepalen en de productprijs vast te stellen?

De mededeling dat zorgverzekeraars "*regelmatig het gevoel hebben*" dat huisartsen te hoge M&I tarieven bedingen, lijkt ons een slag in de lucht en zonder begeleidend commentaar of objectieve onderbouwing door de NZa zelf, nogal misplaatst.

Het blijkt dat de NZa van de huidige M&I projecten af wil. Het is volgens de Vrije Huisarts op zijn minst merkwaardig dat nog voordat het Vogelaar Akkoord afloopt, het M&I format al weggeschreven wordt. Alsof het niet over een dienst of verrichting gaat waaraan structurele kosten, verdiensten en besparingen gekoppeld zijn, wordt aangekondigd dat de M&I verrichtingen slechts tijdelijk bedoeld waren. Mogelijk worden enkele M&I verrichtingen als reguliere basisverrichting straks met een regulier tarief vergoed of tijdelijk nog even in een nieuwe beleidsregel worden gestopt. Meer reguliere tarieven gevolgd door structurele tariefskorting het jaar daarop?

Wat is er over van de beleidsdoelstelling "*Stimulering M&I projecten*"? Duidelijk wordt hoezeer de NZa het oor eenzijdig naar de zorgverzekeraars laat hangen. Meent de Toezichthouder daarmee de inhoud van de basiszorg te kunnen bepalen, zonder daarbij verantwoordelijkheid te durven nemen voor aanpassing van de (financiële) randvoorwaarden?

Dat de LHV geen eigen onderbouwd antwoord heeft op zaken als "*gestegen zorgvolume*" [ZN/Vektis] of op kostenontwikkelingen, laat een al jarenlang bestaand tekort zien waarmee de beroepsgroep zich ook nu weer in eigen vlees snijdt.

Dat de LHV kennelijk al in maart dit jaar aansloot bij de ZN/Vektiscijfers, zonder de gegevens van het CBS en LINH af te wachten, maakt het nog dramatischer. Op zijn minst zou de vraag gesteld kunnen worden hoe het verschil te verklaren is tussen de cijfers van ZN/Vektis (stijging consultvolume) en die van het CBS (gelijk gebleven consultvolume) en het LINH (nog niet bekend consultvolume). Gaat het hier om het calculerende belang van een marktsector (ZN)? Hoe hoger hun berekening des te lager straks het uit te betalen consulttarief? De Vrije Huisarts stelde reeds voor om een onafhankelijk orgaan als de Algemene Rekenkamer de cijfers voor te leggen. De tegengestelde belangen en de financiële gevolgen voor betrokken partijen, geven er alle aanleiding toe om op zijn minst over valide en betrouwbare cijfers te beschikken voordat welke vorm van onderhandeling dan ook kan starten.

De NZa bepleit het laten vallen van de afspraak uit het Vogelaar Akkoord over het volgen van de dominante zorgverzekeraar bij contracteren. Het NZa volgt daarmee de wens van ZN.

In 2005 stelden partijen zich ten doel de contractering zo eenvoudig mogelijk te organiseren om zo de administratieve lasten zo beperkt mogelijk te laten zijn. Hoewel er sinds 2005 na een aantal fusies minder Zorgverzekeraars zijn, zal het laten vallen van de volgregeeling opnieuw bijdragen aan een toename van de administratieve lasten. Beoogde de overheid die juist niet te beperken?

De NZa constateert terecht, zonder te wijzen op de diepere of achterliggende oorzaken, dat een aantal zaken in de huisartsenzorg (nog) niet goed geregeld is. Het elimineren van de gesignaleerde tekorten vergt volgens de Vrije Huisarts een integrale aanpak, wil de huisartsenzorg een continue factor van betekenis kunnen blijven in de Nederlandse gezondheidszorg.

Het kostenonderzoek dat is aangekondigd door de NZa kan een bijdrage zijn aan meer "*transparantie*" naar kosten en inkomsten van de huisartsen. Al lang bestaande begrippen als normomzet, normkosten en norminkomen dienen tegen het licht gehouden omdat de maatschappelijke ontwikkelingen van de laatste jaren onvoldoende van invloed zijn geweest op de normeringen. Bij een kostenonderzoek dient volgens de Vrije Huisarts niet de huidige stand van zaken in de praktijk uitgangspunt te zijn, maar de "*nieuwe praktijk*" waarin de gewenste taken en functies mogelijk zijn zoals dat verwacht mag worden in een toekomstgerichte praktijkvoering. [Zie onder "*Praktijkkostenvergoeding*" in de DVH brochure "*De huisartsenpraktijk, een bijzondere onderneming*"<sup>(6)</sup> en hier<sup>(8)</sup> ]

In dit verband is ook het starten van onderzoek naar het inkomen van de huisarts een zeer gewenste ontwikkeling. Te lang al wordt slechts een theoretisch norminkomen berekend, zonder te weten in welke mate huisartsen dit norminkomen ook werkelijk halen, overstijgen of niet bereiken als gevolg van hoge (bovennormatieve) praktijkuitgaven. Objectief onderzoek en beoordeling is nodig zodat partijen over correcte gegevens beschikken bij eventuele onderhandelingen.

Het is merkwaardig dat de NZa enerzijds stelt dat er "*teveel*" consulten berekend worden (d.w.z. meer dan de NZa zelf had begroot) anderzijds zou de huisarts meer patiënten moeten zien die nu naar de SEH van een ziekenhuis gaan in verband met onvoldoende bereikbaarheid van de praktijk. En het jaar daarop volgt dan de tariefskorting vanwege gestegen volume? Maximaliseren van verrichtingen kost de huisarts veel geld! Niet echt een voorbeeld van een gezonde markt! Maar zo heeft de NZa dat wel

steeds beslist. Al vanaf 1989 is het (mede)verantwoordelijk voor de perverse financieringssysteem dat tariefskorting volgt bij "meerwerk". Kan overheidsbeleid inconsistenter?

Opnieuw onderhandelingen voeren bij een bevroren budget, wordt zo langzamerhand een tijdrovende rituele aangelegenheid. De Vrije Huisarts is van mening dat betrokken beleidsmakers eerst maar eens "transparant" hun kaarten op tafel moeten leggen en de voorwaarden realiseren (DBC-drempels tweedelij n e.d., investeringsfinanciering huisartsenzorg) in plaats van eisen te stellen zonder de daarbij horende financiële dekking te leveren.

## Eind Conclusie

De Vrije Huisarts meent dat het NZa-rapport een aantal structurele problemen binnen de huisartsenzorg weliswaar goed aangeeft maar nalaat een integrale aanpak te formuleren hoe deze problemen "toekomstbestendig" op te lossen. Tegelijkertijd dreigt de NZa stevig in de Beleidsagenda voor de Toekomst te schrappen door de financiering van M&I en POH ter discussie te stellen.

---

## DVH-Voorstel Moratorium Huisartsenzorg

### - Verantwoording

De structurele problemen binnen de huidige financieringssysteem en de tegengestelde visies, belangen en verantwoordelijkheden tussen overheid (VWS, NZa), zorgverzekeraars en huisartsen zijn zo groot dat de Vrije Huisarts voorstelt voor twee jaar een moratorium in te stellen.

Hierbij wordt de financieringssysteem van 2006/2007 ongewijzigd gecontinueerd tot het moment waarop overeenstemming is bereikt tussen partijen over een meerjarenfinanciering Huisartsenzorg. Dan moet tevens voldaan zijn aan alle voorwaarden om de doelstellingen van de "Beleidsagenda" en de "Borging publieke belangen" ook daadwerkelijk uit te kunnen voeren. Wetenschappelijk onderbouwd en met een gezonde financieringsbasis. Ook zullen de resultaten van de door de NZa aangekondigde onderzoeken, betrokken worden bij de meerjarencontracten.

Speciale aandacht verdienen de noodzakelijke wettelijke aanpassingen waaronder:

- de verevenings- en nacalculatiesysteem in het ziekenhuis
- financiering POH en M&I verrichtingen

Het ION-dossier moet volledig functioneren, evenals het elektronisch declaratieverkeer en retourberichten van alle (!) verzekeraars en aanhangende bureaus "De Afrekening" van het Vogeljaar Akkoord en overige financieel-administratieve pijnpunten uit de afgelopen periode 2006/2007, dienen tot een oplossing gebracht te zijn, alvorens het Moratorium beëindigd kan worden.

Als belangrijkste opdracht geldt het ontwerp van een meerjaren financieringsmodel waarmee voor een aantal jaren de investeringen in en de betalingen voor de huisartsenzorg worden vastgelegd en wel zodanig dat er een breed draagvlak bestaat voor handhaving van kwalitatieve huisartsenzorg met behoud van haar kernwaarden, en tevens voor modernisering zodat de beschikbaarheid van goede zorg gegarandeerd blijft in de komende jaren.

### - Argumenten

- het creëren van voldoende tijdsruimte om "de eerste ronde" na de invoering van de Zorgverzekeringswet [ZVW] zonder heftige conflicten en escalaties dit najaar af te kunnen ronden
- zowel zorgverzekeraars, huisartsen als overheid de gelegenheid bieden om in een zekere rust naar overeenstemming te zoeken

## - Immers

- het (eliminatie)beleid rond M&I en mogelijk POH
- de huidige perverse financieringssystematiek (korting op meerwerk)
- het ontbreken van (financieel)investeringsbeleid in de huisartsenzorg
- de verspilling van niet-patiëntgebonden tijdsinvesteringen afgelopen jaren
- de niet-gecompenseerde kosten als gevolg van een overhaaste invoering van de ZVW
- het ontbreken van een gezamenlijke professionele visie van de beroepsgroep t.a.v. financierings systematiek, toekomst huisartsenzorg, versterking eerstelijns, ANW-zorg, EPD-functie e.d.
- het ontbreken bij de LHV van een heldere breedgedragen strategie en leiding
- tijd voor de ontwikkeling van omschreven zorgproducten inclusief leveringsprijs, zodat een duidelijker en scherper inkoopbeleid voor zorgverzekeraars mogelijk wordt.
- LHV/NHG ontwikkelen inhoud en uitvoering zorgproducten in het Aanvullende en Bijzondere zorgsegment

## - Uitgangspunten

- alle huisartsenpraktijken bieden basiszorg per 1 jan. 2008
- financieringssystematiek is gedurende het Moratorium gelijk aan die van 2006/2007
- er worden alleen reeds aldaar bekende M&I verrichtingen geleverd door een praktijk
- een Begeleidingscommissie met vertegenwoordiging van VWS, ZN, LHV onder onafhankelijk voorzitterschap ziet toe op een goed verloop en op de te nemen stappen gedurende de duur van het Moratorium
- alle initiatieven tot vernieuwing en innovatie worden opgeschort wat betreft hun invoering, tot er overeenstemming is bereikt over het Meerjaren Program Huisartsenzorg.

---

## Bronnen:

1. DVH, **DVH-samenvatting van het rapport "Monitor Huisartsenzorg" van de NZa**, 30 juli 2007
2. NZa, **Monitor Huisartsenzorg [1,82 MB pdf]**, 23 juni 2007
3. DVH, **Harder werken belonen met korting is onacceptabel**, analyse en commentaar op de brief "Afrekening Vogelaar Akkoord" van VWS, 21 juli 2007
4. LHV, VWS, ZN, **Het Vogelaarakkoord voor 2006 en 2007 [pdf]**, 30 mei 2005
5. DVH, **Agenda en bekostigingssystematiek huisartsenzorg 2008 en volgende jaren**, 21 december 2006
6. DVH brochure, **De huisartsenpraktijk, een bijzondere onderneming**, aangeboden aan de Tweede Kamer, 13 mei 2003
7. Anton Maes, **De invloed van het overheidsbeleid op de huisartsenzorg**, Lezing op het congres "Meters maken, modernisering eerste lijn", Terschelling 27 januari 2005
8. Anton Maes, **Praktijkkostenvergoeding: de kloof wordt alleen maar groter**, maart 2002

Deze bronnen kunt u aanklikken in de webversie van dit stuk op  
< <http://devrijehuisarts.org/asp/Commentaar-Moratorium300707.asp> >

**Bent u al donateur van De Vrije Huisarts? Meteen DOEN.**