



[<http://devrijehuisarts.org/>](http://devrijehuisarts.org/)

# Valse Tricks en (Reken)trucs van Marktmeester NZa

Commentaar van De Vrije Huisarts  
op de Eindrapportage NZa / Significant Kostenonderzoek maart 2009 <sup>(1)</sup>

22 mei 2009

Lees ook ons corresponderende samenvatting:  
[Praktijkkosten en Opbrengsten van Huisartsenpraktijken](#)

## COMMENTAAR VAN DE VRIJE HUISARTS

Vanaf vorig voorjaar tot maart 2009 heeft de NZa onderzoek gedaan naar de kosten voor huisartsenzorg met betrekking tot het jaar 2006. Dit was het eerste jaar na de invoering van de Zorgverzekeringswet en van een nieuw bekostigingssysteem. De financiering van de huisartsenzorg vond plaats in overeenstemming met de afspraken in het Vogelaarakkoord dat door VWS, LHV en ZN in 2005 werd gesloten.

De NZa neemt de resultaten uit het onderzoek mee in haar advies aan de minister over de tariefsherziening huisartsenzorg en 'Functionele Bekostiging' van de eerstelijnszorg vanaf 2010.

### 1. **Onderzoek zonder draagvlak onder betrokken professionals**

Er is in het rapport<sup>(1)</sup>, waarin "met de huisarts-ondernemer wordt afgerekend", geen enkele reflectie opgenomen over de weerstand en de inhoudelijke bezwaren die vanuit de beroepsgroep zijn geuit in de (aan)loop van het onderzoek over opzet en uitvoering. Welke concrete kritiek en adviezen er daadwerkelijk zijn meegenomen uit de eerste 'pilot'groep van 10 huisartsen (w.o. Roelof Moes te Nijeveen), is onduidelijk. De oprichting van de NZa-Projectgroep<sup>(5) (15)</sup> namens minstens 170 huisartsen, resulteerde in een aangeleverd document van 13 pagina's met bezwaren, verzameld door advocatenkantoor Leijnse Artz<sup>(3)</sup>. Het verzoek om overleg vanwege de discutabele vraagstellingen en uitvoeringsproblemen, de klacht bij de Nationale Ombudsman, het lijkt allemaal geen effect gehad te hebben op het pleidooi voor een meer gedegen onderzoek. Voor een onderzoek met de focus op de kosten van gewenste zorg in plaats van de geleverde zorg in 2006. Naar wat er aan randvoorwaarden nodig is voor versterking van de huisartsenzorg, voor substitutie, voor innovatie, voor de toegenomen zorgvraag door onder andere de dubbele vergrijzing.

De LHV heeft vanaf het eerste begin kritiek geuit op de opzet van het onderzoek, maar wordt ten slotte bedankt voor haar 'constructieve houding', zonder vermelding op welke punten de LHV als beroepsorganisatie van huisartsen dan kritiek had. Het is immers essentieel als de

vertegenwoordiger van de beroepsgroep het onderzoek kan ondersteunen en dat is op inhoudelijke gronden allerminst het geval.

Met de opgevraagde gegevens betreffende ICPC codes (ziektebeelden) is niets gedaan. Dat is voorspeld door de huisartsen maar het is genegeerd door de NZa. Om tot slot te koketteren met de 98% respons – die tot stand kwam onder dreiging van forse boetes – is misplaatst.

Voor de gedetailleerde, inhoudelijke en kritische kanttekeningen bij het NZa-Kostenonderzoek verwijzen wij naar de stukken van de NZa Projektgroep<sup>(5)</sup> op de site van De Vrije Huisarts, waarin de problemen met zowel de opzet als de uitvoering van het onderzoek worden beschreven.

**Conclusie:** dit ondeugdelijk opgezette NZa-onderzoek zal niet leiden tot deugdelijke en betrouwbare resultaten.

## 2. Basiszorg is het primaat van de beroepsgroep

NZa heeft de kosten en het inkomen van het totale dagzorgaanbod in haar onderzoek op één hoop gegooid. Geen onderscheid meer tussen Basiszorgaanbod en Aanvullend zorgaanbod. Dit suggereert dus ook opheffing van het onderscheid tussen verplicht (basiszorg) en facultatief (aanvullend) te leveren zorgaanbod. Verrassend is deze opstelling niet, want het CVZ, ZN, en NZa hebben al eerder geprobeerd de huidige M&I voor basiszorg (en dus ook voor 9 euro per consult) te willen inruilen. Dit NZa rapport is het zoveelste hoofdstuk uit dat zelfde boek. Omdat de beroepsgroep echter zelf bepaalt wat (de breedte van) basiszorg is, is dit een onacceptabele manoeuvre van de NZa. De verzekeraars hebben met de functionele bekostiging en binnen de ZVW zowel een zorgplicht als inkoopvrijheid en contracteervrijheid maar zijn niet verplicht bij de huisarts in te kopen. De zorginkoper kan natuurlijk omgekeerd niet gaan bepalen wat de aanbieder als zorgaanbod wil leveren en onder welke voorwaarden. Zo doen we dat niet op de markt.

## 3. De werklust van huisartsondernemers gefixeerd op CAO nivo

Er is in dit onderzoek geen enkele poging ondernomen de geïnvesteerde werktijd te analyseren. Onbekend blijft welke inzet de huisartsen hebben gepleegd om (de uitbreiding van) hun werkzaamheden te realiseren. ‘Gemakshalve’ wordt de tijdsinvestering zelfs genormeerd en meteen gemaximeerd en gesteld op 45 uur (dus op circa 75% van de werkelijke tijdzinzet). De deelnemers aan het onderzoek konden hun werklust boven de 45 uur, niet opvoeren.

Als we naar een nieuwe bekostiging toegaan, ook voor 2010, zal van elke functionaris in de praktijk (huisarts – assistente - POH - hidha) bekend moeten zijn hoeveel tijd deze werkt (interne analyse o.l.v. LHV/NHG), onderverdeeld naar directe en indirecte patiëntgebonden tijd en naar verplichte basiszorg en facultatieve aanvullende zorg. Daarbij zal beoordeeld moeten worden welke werklust de gepropageerde ketenzorg met zich meebrengt, zodat huisartsen kunnen beoordelen of zij die keten(s) er wel of niet bij kunnen hebben. Beoordeeld moet kunnen worden wat daar verder voor nodig is ten aanzien van huisvesting, ondersteuning, ICT en andere kostenposten.

Bovenstaande betekent dat de tijdsinvestering als gevolg van de declaratiechaos begin 2006 (Cap Gemini / Sira rapport) geheel buiten beeld blijft. Het betekent ook dat de tijd voor nascholing, voor protocollering met afstemming/samenwerking tussen huisartsen, praktijk(her)organisatie ten behoeve van (meer) M&I, substitutie vanuit de tweedelijns en de toegenomen zorgvraag in algemene zin, geheel buiten beeld blijven. De M&I “kosten” sec omvatten toch meer dan wat er aan kosten in een jaarrapport staat vermeld? De extra tijd besteed aan extra aanvullende zorg zoals palliatieve zorg / ITZ, aan spiro-en audiometrie en chirurgische verrichtingen, moet dan natuurlijk wel onderzocht en geanalyseerd worden. Waren de M&I verrichtingen niet ingevoerd mede op dringend verzoek van VWS, als substitutie, omdat de vrij onderhandelbare tarieven zoveel lager waren dan in het ziekenhuis? Waren het niet de verrichtingen waarop de huisarts kon ‘ondernemen’ volgens ‘loon naar werken’? Ondernemen en dan je hogere omzet inleveren is wel een heel ander

verhaal en maakt ondernemen tot een regelrechte farce! Het ondermijnt in ernstige mate de motivatie van huisartsen om nog te 'ondernemen'.

#### **4. 2006 geen normjaar maar chaosjaar en dus allerminst representatief**

Dat juist in het onderzochte jaar 2006 de tijdsfactor niet kon worden ingevuld, is extra nadelig. Huisartsen kregen met een nieuwe financieringsstructuur (01.01.2006) te maken en voor alle Nederlanders was er de nieuwe Zorgverzekeringswet. Huisartsen waren de enige beroepsgroep in de zorg voor wie deze twee systeemwijzigingen in tijd gelijk liepen. Dat is van belang omdat de excessen en startproblemen van beide (ZVW en financieringsstructuur) bij huisartsen dus ook tegelijk en dubbel op het bordje terecht kwamen. Dan ging het over het op orde krijgen van het patiëntenbestand en de tijdvretende declaratieperikelen.

Dit is helder beschreven in het Cap Gemini rapport (februari 2008) dat door VWS is geïnitieerd. Expliciet is in dit rapport ook het jaar 2006 onderzocht, dus de data van tijdsinvestering waren door de NZa 1 op 1 over te nemen in hun kostenonderzoek. Illustratief uit die tijd is de analyse van de Vrije Huisarts:

<http://devrijehuisarts.org/asp/Declaratieverkeernietoporde240207.asp>

De problemen van administratie, declaratie, ION, bevoorschotting, terugbetaling werden bij huisartsen die via Famed declareerden nog extra uitvergroot. Met relatief veel mutanten was het begin 2006 met de keuze van een nieuwe verzekering, toch al onrustig. Mede omdat tot 01.03.2006 de oude verzekering nog kon worden opgezegd. Burgers hadden tot 1 mei(!) 2006 de tijd om zich bij een nieuwe verzekeraar in te schrijven. Wat dit administratief heeft betekend, is bekend (Cap Gemini).

In bredere zin, dus ook in 2006, heeft bureau Sira, in opdracht van de NZa(!) een onderzoek uitgevoerd naar de administratieve lasten. Uit dit onderzoek blijkt dat "de totale tijdsbesteding voor administratieve handelingen voor solopraktijken op circa 26 uur per week ligt en voor een meerpersoonspraktijk op circa 27 uur per week. Ongeveer tweederde van de lasten wordt veroorzaakt door het nakomen van wet- en regelgeving of het aanleveren van informatie op basis van wet- en regelgeving". Al deze tijdrovende elementen konden niet in de NZa enquête worden verwerkt. Evenmin hebben Significant en NZa gebruik gemaakt van de gegevens van Cap Gemini en Sira uit 2006, om de praktijkkosten van alle praktijken meer conform de werkelijkheid, "gewogen" bij te stellen.

#### **5. Forse verschillen in kosten per verzekerde per praktijk(vorm) niet onderzocht**

De gemiddelde, 'gewogen' praktijkkosten in het kostenonderzoek, dus inclusief het norminkomen, zijn de kosten per normpraktijk berekend op € 188.287,- (blz. 52) ofwel: 'gewogen' € 81,72 per ingeschreven verzekerde per jaar. Ter vergelijking: de huidige NZa normkosten bedragen € 83,33 p.p. (€ 195.817 / 2350) (blz.58). Een meerpersoonspraktijk maakt minder kosten dan een solopraktijk (blz 58). Binnen de multidisciplinaire praktijk zonder koepel zijn de kosten voor huisartsenzorg € 80,04 per verzekerde, binnen de multidisciplinaire praktijk met koepel bedragen deze kosten € 142,10 per verzekerde. In de onderbouwing op blz. 52 ontbreekt de multidisciplinaire praktijk met koepel. Nader commentaar betreft de posten personeel, huisvesting, ICT en waarneming.

Gemakshalve zijn dus de subpopulaties "multidisciplinaire praktijken met koepel" maar uit het onderzoek verwijderd..., "de onderzoeksresultaten...zijn nauwkeurig en betrouwbaar, maar wijken in sterke mate af van de andere subpopulaties". Maar we willen toch naar "Geïntegreerde Eerstelijns Zorg" [GEZ]? Op blz 58 van het rapport<sup>(1)</sup> staat de kostprijs van deze multidisciplinaire praktijken met koepel (€ 142.19 per verzekerde per jaar tegenover normatief € 83.33 p.v.) De kostprijs per verzekerde van de multidisciplinaire praktijk zonder koepel is echter de laagste (€ 80,04). Zie ook punt 13 hieronder. Het blijft natuurlijk wel zeer merkwaardig dat juist in een kostenonderzoek geen analyse wordt verricht naar deze forse spreiding van kosten per verzekerde en dat deze spreiding dus niet verklaard wordt. Kennelijk gaat de NZa uit van makkelijke gemiddelden die vervolgens als eindkwaliteit gaan gelden. Maar zo ontbreekt wel de mogelijkheid om niet alleen op kosten maar ook op kwaliteit te sturen.

Indien de subpopulatie “multidisciplinaire praktijken met koepel” niet 2,5 % maar bijvoorbeeld 80 % van alle praktijken zou vertegenwoordigen, zouden de kosten voor de huisartsenzorg met vele honderden miljoenen stijgen. Het toekomstbeeld bij uitrol van de door VWS gepromote GEZ praktijken?

## **6. De perverse rekennorm: hogere werklust wordt beloond met tariefsdaling**

De NZa stelt nu dat in 2005, bij de vaststelling van de contactfrequentie van 8296 voor 2006, deze contactfrequentie te laag is geschat. De werkelijke contactfrequentie ligt, zo blijkt achteraf, 14% hoger (9434 consulten). Dat er al jaren een voortdurende stijging van de zorgvraag plaatsvindt, mede door de vergrijzing en dat de invoering van de ZVW met de no-claim voor klinische hulp, mogelijk een rol speelt waardoor mensen eerder de huisarts consulteren, is niet onderzocht en dus ook niet als factor meegewogen bij de gestegen contactfrequentie. (zie ook 7). Huisartsen zelf hebben een heel duidelijke toename van de werklust ervaren sinds 2006. Het argument van de ‘te lage raming in 2005’, is een gelegenheidsargument en doet geen recht aan de feitelijk gestegen inzet van de huisartsen in ons land.

Het is overigens opmerkelijk dat de contactfrequentie van huisartsen wel een issue is nu er per consult betaald moet worden, maar in het verleden nooit<sup>(6)</sup>. In de ziekenfondssector is er tot 2006 een rekennorm geweest die onafhankelijk was van de feitelijke consumptie van 2350 zielen. Dit betekent dat contactfrequentie stijging (LINH!) in deze sector nooit heeft geleid tot aanpassing van het abonnement. Wel vond differentiatie plaats van het abonnement in verband met de werkbelasting voor specifieke groepen verzekerden. Bij de particuliere rekennorm tot 2006 stond de werkbelasting in de noemer van de breuk. Ofwel: destijds bij het CTG vragen om een hoger tarief omdat er meer werk werd verzet, zou met deze tariefformule binnen deze CTG “logica” leiden tot....tariefsdaling<sup>(8)</sup>. In de praktijk kwam er dus geen verzoek tot aanpassing van het tarief bij meerwerk, noch in de ziekenfondssector, noch in de particuliere sector. Dit betekent dat al het meerwerk in de voorafgaande periode tot 2006, door de huisartsen zelf is betaald. Slechts een paar keer is de particuliere rekennorm aangepast, tot 1995: 8239, van 1995-2002: 8707 en na 2002: 7740

## **7. Marktondernemer tegen wil en dank**

Omdat de huisartsenzorg in de ZVW was vrijgesteld van de no-claim, werd in de beleidsstukken van Hoogervorst destijds al gewezen op feit dat daardoor een relatieve substitutie van zorg naar de huisarts zou gaan plaatsvinden. Dit betekent dus meerwerk voor huisartsen in 2006 op basis van louter een aanpassing in het zorgstelsel, die zich uit in een hogere consultfrequentie. De NZa en eerder het CTG, hebben blijkbaar moeite te accepteren dat meerwerk moet leiden tot een hoger budget. Wie dat meerwerk moet betalen is vers twee, maar linksom of rechtsom zal dit toch echt de zorgvrager zijn, direct of via de Belastingdienst. Het enige wat daar tegenover gesteld kan worden dat binnen deze tijdsgeest de verzekeraar inkoop bij de partij die zorg levert met een gunstig kwaliteit/prijs verhouding. Dan worden er ook economische begrippen gehanteerd zoals “efficiency” (is het verschil tussen normatieve en feitelijke kosten) en “effectiviteit” (de mate waarin werkzaamheden tot gewenste effecten leiden). Huisartsen zullen dus ook (delen van) hun eigen zorg tegen het licht moeten gaan houden (herhaalrecepten?). En zij moeten niet schuwen bij een wanverhouding tussen kosten – inkomen, bepaalde zorglevering te stoppen, dan wel te saneren. Ook al zit dat wellicht niet in hun aard, maar bij de huidige zakelijke marktcultuur in de zorg past niet langer een huisarts die uitsluitend hulpverlener wil zijn, zonder oog voor de financieel-economische randvoorwaarden voor een gezonde praktijkvoering.

## **8. Plan van aanpak bij stijgende zorgvraag**

Een extra probleem in de discussie over werklust en honorering is het feit dat de consultfrequentie nog steeds verder oploopt<sup>(7)</sup>. Als je de CVZ cijfers van 3 kwartalen uit 2008 (meer is nog niet bekend) extrapoleert naar heel 2008, kom je nu voor 2008 al uit op 5.04 contacteenheid per patiënt.

Voor 2007 gaan we al uitkomen op 4.96. De huisarts blijft dus nog steeds meer omzet maken zonder garantie dat deze ook wordt uitbetaald. Plan van aanpak? Bij het afscheid van LHV-bestuurder Johan Reesink (op 15 april 2009) ging hoogleraar Wil van den Bosch in op de vraag hoe er in de toekomst voor gezorgd moeten worden dat huisartsen de verdubbeling van de zorgvraag (uiteeraard niet gelijk aan zorgcontact) aan kunnen... (Bron: LHV website)

## **9. Huisarts: ondernemersrisico's bij een gefixeerd CAO ambtenarensalaris**

In het NZa-Kostenonderzoeksrapport is het inkomensdeel "vast" gezet op € 96.404. Dit was tot op heden het NZa norminkomen voor de reguliere basiszorg overdag. Nu rekent de NZa dit norminkomen toe aan én de basiszorg overdag én de aanvullende zorg. Kennelijk probeert de NZa te suggereren dat de basiszorg en de aanvullende zorg overdag, als één zorgaanbod moeten worden beschouwd. Het betekent tegelijkertijd dat de NZa nu een ander standpunt inneemt over het inkomen van de huisarts dan in 2001.

In 2001 immers heeft het CTG (voorloper van de NZa) door KPMG zelf een onderzoek laten doen naar het inkomen van de huisarts (uitkomst vergelijkbaar met Hay). Nu stelt de NZa dat "in de huidige systematiek van tariefregulering op grond van de WMG als toetsnorm geldt dat opbrengsten en kosten in balans zijn en het resultaat derhalve nihil is". Als het inkomen door deze NZa logica wordt gefixeerd en een vast inkomen richtinggevend wordt voor toekomstige tarieven, dan is er in feite sprake van een loondienstsituatie, waarbij echter de praktijkhouder huisarts (wel) het risico (werkgevers-, debiteuren- of ondernemersrisico) wordt gelaten. Dat deze ontwikkeling verregaande consequenties heeft voor de praktijkvoering en de huisartsenzorg op zich, is duidelijk. Bij de aankondiging van het nieuwe zorgstelsel in 2006 is door Hoogervorst gesteld dat dit een "loon naar werken"-stelsel zou worden. Het lijkt erop dat regulering en normering echter gewoon gehandhaafd blijven, zoals in alle jaren ervoor. En dat nu ongeacht werklast en zorgaanbod het inkomen gefixeerd wordt alsof het een CAO ambtenarensalaris betreft maar daarbij wel voor de zorgaanbieder met handhaving van alle ondernemersrisico's. In feite is er sprake van het wijzigen van de spelregels gedurende de wedstrijd. Een ernstige vorm van spelbederf en vals spelen.

## **10. Hoe vals kun je vals spelen**

Tot het norminkomen van de huisarts-eigenaar worden ook de hidha salariskosten gerekend (506 en tabel 5.1 op blz. 52) en samen 'genormeerd' op € 94.206,- per fte. Zelfs lager dan het huidige NZa norminkomen dagzorg € 96.404,-. Door het honorarium van de hidha mee te tellen aan de inkomenskant, daalt het norminkomen van de praktijkhouder, dat immers aan de praktijkkosten wordt toegerekend en door deze truc stijgt dus de zogenaamde "overwinst". Meer professionele ondersteuning bij de stijgende zorgvraag is akkoord, maar je betaalt het uit eigen zak door inkomensachteruitgang.

## **11. Normering: heldere uitgangspunten voor financieringsystematiek**

In de discussies en rapporten over de financiering van de huisartsenzorg lijkt de normeringssystematiek niet meer klip en klaar uitgangspunt te zijn voor het vaststellen van inkomen en vergoedingen bij het leveren van de reguliere (verplichte) basiszorg.

Het normstelsel dateert uit de 80-er jaren van de vorige eeuw. Het betekent dat een huisarts in een normpraktijk (2350 personen) bij een norminzet (ca 50 u/week) een normomzet zou moeten kunnen behalen waaruit de normkosten en het norminkomen voortvloeiden voor het reguliere basiszorgaanbod. Pas in de 90-er jaren begon de (facultatieve) aanvullende zorg (particuliere verzekeringspolis) enig volume te krijgen, omdat er ook extra financiering beschikbaar werd gesteld. Overigens niet alleen voor huisartsenzorg: Flex / RIZ, later M&I modules.

Flex/RIZ, later M&I-modules CVZ/Vektis-cijfers in miljoenen €										
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>budget</b>	181,5	184,9	228,5	257,1	331,8	599,7	623,2	885,6		
<b>uitgaven</b>	2,2	6,3	8,3	19,3	44,7	56,8	71,3	101,7	115	137

Vanaf 2002 werd de ANW-zorg apart gefinancierd en betrof het daarbij aangepaste (verlaagde) norminkomen dus alleen de reguliere huisartsen basiszorg overdag.

Voor 2008, met extrapoleren van CVZ-cijfers van 3 naar 4 kwartalen, betekent dit dat de M&I-uitgaven bij de post "Bijzondere betalingen" ongeveer € 155 miljoen zullen gaan bedragen<sup>(7)</sup>. Nog meer inkomen?

## 12. Inkomen in relatie met pensioen-, AOV-, en ziektekostenvergoedingen

Binnen de inkomenscomponent valt ook de APZ-compensatie (blz.79 rapport) voor de verzekeringen voor arbeidsongeschiktheid, pensioen en ziektekosten. Beide laatste zijn verplichte verzekeringen. Dit is in het NZa-eindoordeel over de kosten niet meegerekend. De bestaande (gedeeltelijke) APZ-vergoeding (NZa) bedraagt € 17.178,- per NZa normpraktijk. De werkelijke APZ-kosten liggen 100% hoger<sup>(9)</sup>, met de opmerking dat uiteraard niet 100% van de kosten voor pensioenpremie in de tarieven (zullen) zitten. Als de AOV-premie van de huisarts gemiddeld onder de € 10.000 ligt (blz.79), betekent dat in elk geval dat de huisarts zich niet 100% verzekert tegen waarneemkosten bij ziekte/absentie terwijl in de contracten met de zorgverzekeraars de beschikbaarheid wel 100% gegarandeerd moet worden. De NZa schetst een merkwaardig beeld door de APZ-kosten aan de inkomenskant mee te tellen waardoor er visueel (relatief) een te hoog inkomen(sdeel) in het norminkomen is opgenomen.

## 13. Achterstandswijken en ouderen behoeven intensievere zorg en dus opslag

In het NZa rapport wordt gesteld dat de populatiegebonden opslagmodules voor achterstandswijken en ouderen wel kunnen vervallen omdat zonder de opslag de tarieven reeds kostendekkend zijn. Opslag met betrekking achterstandswijken en ouderen wordt echter door de huisartsen niet gemotiveerd omdat er meer kosten zijn, zoals rapport stelt (734 op blz. 75 en 743 op blz.78), maar omdat deze zorg complexer en tijdrovender is en meer (niet declarabel) overleg en samenwerking vereist. Kennelijk is de NZa zelf ook niet geheel zeker van haar conclusie: het adviseert om een eventuele nieuwe tariefstelling te controleren op kostendekkendheid!

## 14. Vergoeding praktijkassistentie niet kostendekkend

In de normkostenvergoeding zit € 32.331,- per praktijk voor personeelskosten. De deelnemende 'gewogen' praktijken in het kostenonderzoek, maken in werkelijkheid € 38.847,- personeelskosten (blz.52). Dat ligt dus € 6.500 boven de kostenvergoeding. Een fte assistente werkt 38 uur, daar waar 45 uur nodig is (8.00-17.00 uur) of zelfs 50 uur bij een openingstijd van 8.00-18.00 uur. Kosten € 40.000 per jaar. Indien een huisarts voor 45,6 uur een assistente heeft, dan zijn de kosten 1.2 x 40.000 ofwel € 48.000 per praktijk. Het feit dat de 'gewogen' huisarts € 38.847 uitgeeft betekent dus dat de huisarts meer in personeel investeert dan dat er in de NZa-kostenvergoeding zit. Het betekent tevens dat de huisarts de bereikbaarheid van een substantieel deel van de dag 'alternatief' regelt. Wanneer de kosten voor waarneming worden meegenomen met de post "personeelskosten" voor de assistente, dan vertroebelt dit het beeld over de personeelskosten.

## 15. Vergoeding POH-S niet kostendekkend

De gemiddelde POH-S loonkosten per fte die zijn meegenomen in de “gewogen” populatie, op basis waarvan het winstdeel voor de huisarts is berekend, bedragen € 3.811,- (blz 52: € 188.287 minus € 184.476). Niet alle onderzochte praktijken hadden dus een POH-S loonkostenpost.

Op blz. 69 (tabel:7.4) staan de gemiddelde loonkosten van de POH-S per fte huisarts in praktijken met een POH-S in dienst: gemiddeld € 10.437,- per fte voor alle onderzochte praktijken. Dat is dus 3 x zoveel terwijl op beide bladzijden (blz.69 en blz.52) gepretendeerd wordt de POH-S kosten per fte huisarts weer te geven voor alle! (onderzochte) praktijken.

Ter vergelijking: de NZa normering op basis waarvan het POH-S tarief (opslag abonnement en consulttarief) theoretisch wordt berekend, geldt voor 3 praktijken (samen 1 fte POH). Daarbij hanteert de NZa een 3-delige standaardvergoeding: naast huisvestings- en managementkosten, een loonkostenvergoeding van € 37.967,- In werkelijkheid bedragen deze POH-S loonkosten in de arbeidsmarkt van alledag wel zo'n € 50.000,- (zie ook 9)

## **16. Vergoeding huisvesting redelijk in balans met werkelijke kosten?**

In de normvergoeding zit voor 80 mtr2 praktijkruimte een bedrag van € 22.018,- aan huurkostenvergoeding, inclusief een bedrag van € 5.975,- voor energie en schoonmaak. Het kale huurdeel bedraagt hierin dus € 16.043, exclusief 19% BTW. De ‘gewogen’ huisarts in het onderzoek geeft € 15.706 uit aan huisvesting, zo stelt de NZa (blz 52). De huurprijzen in het vastgoed ten behoeve van de gezondheidszorg zijn regioafhankelijk en bedragen bij 110 mtr2 bruto vloer oppervl (bvo) (wat overeenkomt met 93 mtr2 verhuurbaar oppervlak vvo) gemiddeld € 171,55 per mtr2 vvo (10). Ofwel:  $171,55 \times 93 = € 15.954,-$  Dit komt redelijk overeen met de uitkomst (blz. 52 en 67) in het kostenonderzoek..

Maar er zit nog een addertje onder het gras: onder de huisvestingskosten in het kostenrapport (blz 52 en 67) plaatst de NZa ook de kosten voor inrichting en inventaris! (blz 16). Uiterst ongewoon bij de NZa om dit zo te doen. Wanneer een huisarts bijvoorbeeld zijn praktijkpand heeft afgeschreven, staan in zijn jaarrapport voor de fiscus vrijwel geen huisvestingskosten meer vermeld. Doordat Significant één op één de fiscale cijfers overneemt, lijkt het alsof er geen huisvestingskosten meer zijn, alsof het praktijkpand niet meer een bepaalde waarde (kostenpost) heeft. In het NZa rapport worden de (gewogen) huisvestingskosten daardoor te laag berekend waardoor ook de macrokosten te laag worden ingeschat. Temeer daar in de huisvestingskosten ook nog eens de inventaris en inrichtingskosten zijn meegenomen! Verder is het onduidelijk of de kosten voor schoonmaak, gas, water, elektriciteit en BTW in de ‘gewogen’ vergoeding voor huisvesting (€ 15.706) in het NZa rapport zijn meegenomen. Deze posten zitten in elk geval niet bij de gemiddelde huurkosten van € 171,55 per m2 inbegrepen.

Al met al een weinig lonkend perspectief voor alle huisartsen die overwogen nieuw te gaan bouwen of ruimer te gaan huren om beter in staat te zijn het gewenste zorgaanbod in de toekomst adequaat te kunnen bieden.

## **17. ICT kosten het onderzoeken niet waard?**

In de normvergoeding is voor ICT een bedrag opgenomen van € 8.244,- De ‘gewogen’ huisarts in het onderzoek geeft slechts € 4.137,- uit voor ICT (blz 52 en 68). Bij de nadere analyse (blz 68) staat dat een groot deel van de praktijken nihil ICT kosten heeft opgegeven, maar dat juist deze praktijken relatief hoge algemene kosten hebben. Omdat vrijwel alle huisartsen geautomatiseerd zijn met een HIS (>97%), zijn veel ICT kosten dus niet opgegeven. Merkwaardig dat juist in een kostenonderzoek waar ICT toch een substantiële kostenpost is, hiernaar geen verdere analyse is verricht. En dan moet de ADEPD discussie en implementatie nog beginnen...??

## **18. ‘Waarnemingskosten’ dekken de lading niet**

De waarnemingskosten zijn in de tabel op blz 52 meegenomen met of personeelskosten of algemene kosten. In de NZa onkostenvergoeding zit voor waarneming een bedrag van € 2.781,- per normpraktijk. Dit komt overeen met 53 waarneemuren overdag per jaar (ex-

BUT) of 32 ANW uren per jaar. Dat slechts 53% van de praktijken zegt waarneemkosten te hebben, is een teken aan de wand. De 'gewogen' huisarts behorend tot deze 53% geeft ongeveer 3.500 uit aan waarneemkosten per jaar. Doet 47% van de huisartsen zelf alle ANW diensten en wordt door hen gedurende 7 weken per jaar in de vakantiewaarneming een dubbele praktijk gerund?

## 19. Conclusies t.a.v. de onderzoeksresultaten praktijkkosten

De conclusie is dat huisartsen hun uitgavenpatroon aanpassen aan de hoogte van de kostenvergoeding, ofwel "de tering naar de nering zetten". Daar waar zij verplicht zijn specifieke meerkosten te maken (CAO personeel), daar bezuinigen ze weer op andere posten. Met slechts eenjarige contracten, met uitblijvende investeringen in huisvesting en in ondersteuning ten behoeve van de eerste lijn, met het terugploegen van de opbrengsten voor meerwerk (nullijn) is er sprake van een zwabberend overheidsbeleid. Wat met de mond beleden wordt ('versterking eerstelijns', 'kansen voor ondernemen' en 'loon naar werken') wordt niet gefaciliteerd en gefinancierd. Met een inkomensbenadering zonder tijdanalyse in het NZa-onderzoek waarbij de zorgautoriteit zich beroept op de WMG, en daarbij de normen (spelregels) tussentijds wijzigt, is de, door de onderzochte huisartsen gekozen weg, wel de meest veilige. Lange termijn verplichtingen ga je pas aan als je weet dat op de lange termijn de verhouding risico/rendement acceptabel is. Waar de NZa nu spreekt van overwinst en "overdekking", wordt deze sowieso fiscaal afgeroomd. En na 4 jaar niet indexeren zal de winst grotendeels weer verdampt zijn.

Dat elke ondernemer pas zal investeren in de toekomst indien er voldoende zekerheid bestaat over 'return on investment' en dat hij als verstandig ondernemer daarvoor kapitaal en dus winst moet maken op zijn actuele activiteiten, past niet in het beeld van de NZa dat de huisartsondernemer feitelijk als ambtenaren behandelt.

## 20. NZa-onderzoek zonder waarde voor toekomstige, gewenste zorg

De NZa heeft richting Leijnse Artz Advocaten<sup>(4)</sup>, (pagina 2 van 11 punt 1.2), aangegeven dat hun "kostenonderzoek niet gericht is op een gewenste praktijkvoering". Dat maakt dat het onderzoek helaas een zeer beperkte status heeft en louter een instrument zal blijken hoe de tarieven te verlagen om binnen het budgettaire kader te blijven. Enige visie op toekomstige zorg ontbreekt. Er is sprake van een gemiste kans. Immers de andere toezichthouder in de zorg (IGZ), de patiënten (w.o. NPCF) en de huisartsen zelf (LHV), streven er juist (wel) naar de gewenste zorg te (laten) leveren. Het ware beter geweest als de NZa een bottom-up onderzoek was gestart naar de kosten van de randvoorwaarden, horende bij deze zelfde gewenste, toekomstgerichte zorg.

## 21. Onduidelijkheid over financiering huisartsen: sterke rem op inzet en motivatie

De NZa overhandigt op 17 april 2009 ook haar visie op de functionele bekostiging van vier niet-complexe chronische zorgvormen<sup>(11)</sup>. Daarin wordt aangegeven hoe per 1 januari 2010 met enkele belangrijke zorgketens een eerste stap moet worden gezet naar functionele bekostiging in de eerstelijns. Deze introductie zal ook leiden tot aanpassingen in de bekostiging van de reguliere huisartsen basiszorg per 1 januari 2010. In welke richting laat zich dan raden.

Tegelijk beantwoordt minister Klink de Kamervragen over hoe hij ketenzorg gaat financieren<sup>(12)</sup>. Hij zegt dat deze financiering met functionele bekostiging, budgetneutraal zal plaatsvinden. Hij spreekt over "tarieven schonen", over "budget ketenzorg vullen uit bestaande kaders" en stelt dat er een probleem is met "dubbele bekostiging" (brief 310309<sup>(12)</sup>). Daar komt het NZa-Kostenonderzoeksrapport nog bij.

In het ketenzorgdocument van de NZa over functionele bekostiging van vier chronische aandoeningen, staat<sup>(11)</sup>: "Uit het literatuuronderzoek blijkt dat gestructureerde samenwerking tussen zorgaanbieders meerwaarde heeft. Deze meerwaarde zit vooral in de dynamiek van het zorgproces, het management van schakelpunten, een gestructureerde

overdracht, het feit dat de patiënt structurele aandacht krijgt, diverse disciplines betrokken worden en gewerkt wordt volgens protocollen. Per saldo blijkt dat de kosten van de eerstelijnszorg hierdoor stijgen, maar de kosten van zorg in de tweede lijn dalen. Uit huidig onderzoek van VWS en eerder wetenschappelijk onderzoek blijken de besparingen in de tweede lijn groter dan de meerkosten in de eerste lijn ""

Vanuit het perspectief van de huisarts en de randvoorwaarden voor het leveren van deze zorg, bepleit de Vrije Huisarts wederom voor een bottom-up kostencalculatie van (blijkbaar complexe) ketenzorgactiviteiten. Zonder zicht op vereiste tijdsinzet en gegarandeerde financiering, zal er weinig animo bestaan om er als beroepsgroep opnieuw 'voor te gaan', om vervolgens voor verleende diensten de kosten te mogen terugbetalen.

## **22. Functionele bekostiging: start afbraak reguliere basiszorg door huisartsspecialisten**

Voorlopig ligt een groot gevaar in de tegenstelling tussen "integrale basiszorg door huisartsen" en de wens van overheid, verzekeraars en de NZa om ook de reguliere basiszorg, de 'core business' van de huisartsen, functioneel te willen gaan bekostigen met functionele aanspraken. Naar het model van selectieve zorginkoop en waarbij in de recente NZa-Monitor, de NZa stelt dat de huisarts hier te veel marktmacht heeft<sup>(13)</sup>. En naar nu blijkt ook teveel verdient <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup>, zegt NZa!

Versnippering van de huisartsenzorg over allerlei zorgaanbieders zonder huisartsgeneeskundige specialisatie, zal de kwaliteit van de vertrouwde zorg ontegenzeggelijk aantasten en de kosten voor overhead en risicovermijding, fors laten oplopen. Daarbij wordt nog niet eens de vraag beantwoord of de vermarkting van de zorg op deze wijze, is wat de burgers wensen. Over vraaggestuurde zorg gesproken.

## **CONCLUSIES**

- 1. Door niet de kosten van gewenste huisartsenzorg in kaart te brengen, is niet alleen de waarde van dit NZa rapport nihil, maar moet ook een vraagteken gezet worden bij de invulling door de NZa van haar rol als toezichthouder in de zorg.**
- 2. Met de kritiek vanuit de beroepsgroep op het kostenonderzoek (inhoudelijk en procedureel) is niets gedaan. Tevens wordt deze kritiek door de NZa niet vermeld of becommentarieerd.**
- 3. Het standpunt van Stichting de Vrije Huisarts over het frequente disfunctioneren van de NZa, is met de presentatie van dit kostenonderzoek niet veranderd<sup>(14)</sup>. DVH heeft op 22 punten fundamentele kritiek op de uitkomsten van het rapport.**

## BRONNEN:

1. Significant, **Rapport Praktijkkosten en opbrengsten van huisartspraktijken, in opdracht van de NZA**, Referentie BK/08.201, Barneveld, 31 maart 2009
2. NZa, **Aanbiedingsbrief Kostenonderzoek huisartsen**, Kenmerk 09d0014960, CDAE/eccs/CV/09/A/112, Utrecht, 17 april 2009 [pdf]
3. Leijnse Artz Advocaten, Leijnse, mr. drs. B.P.H., **Commentaar op de NZa enquête, huisartsenzorg 2008**, Rotterdam, 20 januari 2009 [pdf]  
**Brief aan zorgautoriteit** [pdf]
4. NZa, Mulder, drs. M.S., directeur a.i. Zorgmarkten Cure, **retourbrief aan advocaat, kostenonderzoek huisartsenzorg 2008 (reactie op brieven 16, 20 en 30 januari)**, [pdf, 1.9 MB] ASCT/pere/CV/09d0004576, Utrecht, 9 februari 2009
5. NZa Projektgroep, **Krachtig initiatief tegen ondeugdelijk NZa-kostenonderzoek**, 24 december 2008  
NZa-Projektgroep, **Brieven aan de NZa verzameld**, 25 februari 2009  
NZa-Projektgroep, **Advocaten in actie tegen NZa-kostenonderzoek**, 20 januari 2009  
NZa-Projektgroep, **Verslag kostenonderzoek huisartsenzorg 2008**, 25 februari 2009  
NZa-Projektgroep, **Verslag Overleg met Advocatenkantoor Leijnse Artz**, 23 december 2008
6. LHV, **Stukken kostenonderzoek huisartsenzorg**
7. CVZ, **Zorgcijfers Meerjarenoverzicht kosten 2002 t/m 2007**
8. **Tariefformule tot 2006:**  
$$\text{Zf-abonnement/jr} = \frac{\text{norminkomen/jr} + \text{normkosten/jr}}{\text{normpraktijk (patiëntental 2350)}}$$
  
$$\text{Part. consulttarief} = \frac{\text{norminkomen} + \text{normkosten part.}}{\text{normpraktijk} * \text{contactfrekw.} * \text{consulratio} + \text{normpraktijk} * \text{contactfrekw.} * \text{visiteratio} * \text{visitefactor} + 5\%}$$
9. Stichting de Vrije Huisarts, **Bekostigingsstructuur en tariefstelsel 2010**, 20 maart 2009
10. Cuppen, M., masterthesis Eerstelijnsvastgoed 2008, blz 42 t/m 52
11. NZa, **functionele bekostiging vier niet complexe chronische zorgvormen**, april 2009
12. Min VWS, **Kamervragen over functionele bekostiging**, 31 maart 2009
13. NZa monitor, **Huisartsenmarkt onvoldoende toegankelijk**, 16 maart 2009
14. Stichting de Vrije Huisarts, **Disfunctionerende NZa blokkeert versterking van de huisartsenzorg**, 13 oktober 2008
15. Mednet, Groep huisartsen protesteert tegen ondeugdelijk NZa-kostenonderzoek, Mednet Magazine, nr.2, 22 januari 2009, voorpagina

Koppelingen naar de bronnen vindt u zoals gebruikelijk op de webversie van deze analyse:

<<http://devrijehuisarts.org/asp/SamenvKostenonderzoek220509.asp>>

**Bent u dit jaar al donateur van De Vrije Huisarts? Wij hebben uw steun nodig.**

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