

de Vrije Huisarts

Aan: **Nederlandse Zorgautoriteit** ketenzorg@nza.nl
Nederlandse Mededingingsautoriteit ketenzorg@nmanet.nl

Betreft: **Reactie Stichting de Vrije Huisarts op consultatiedocument zorggroepen**

Velden, 31 januari 2010

L.S.,

Graag maakt onze stichting gebruik van de mogelijkheid om commentaar te leveren op het Consultatiedocument zorggroepen van de NMa en de NZa, zoals dat op 18 december 2009 verscheen.

Functionele bekostiging

De Vrije Huisarts vindt het jammer dat het document slechts bouwstenen levert voor een mededingingsrechtelijk kader (punt 7).

Er wordt gesteld dat de zorg op een integrale gecoördineerde manier moet worden aangeboden (punt 8), maar beide toezichthouders gaan er al vanuit dat de financiering plaats gaat vinden via functionele bekostiging (FB). Dat juist de invloed van FB op mededinging niet is uitgewerkt, vinden we een omissie. Bewijslast dat FB ook de meest doelmatige financiering is in termen van "eurorendement"¹ ontbreekt.

Voor huisartsen is het juist wel van belang "wie" de zorg levert. Integrale zorg beperkt zich niet slechts tot ketenzorg. Voor de huisarts dient integratie juist ook plaats te vinden tussen basiszorg, aanvullende zorg en ketenzorg.

Als de mens niet opknipbaar is, geldt dat ook voor de zorg voor de mens.

Kernwaarden

Huisarts Smeets heeft recent in Medisch Contact² beschreven waar voor de huisarts de schoen wringt. Smeets stelt dat de NZa een historische fout maakt door de huisartsen aanmerkelijke marktmacht (AMM) toe te dichten.

Tot de kernwaarden van huisartsenzorg behoort al jarenlang 7x 24 uur continue, integrale zorg voor alle burgers. Is dit gegeven, vertaald als "100% marktdekking" dan ook AMM, stelt Smeets? De enige autoriteit van huisartsen berust, aldus Smeets, op een explosief toegenomen kennistraditie. Is dat ook een vorm van "marktmacht", vraagt Smeets zich af?

¹ Eurorendement is een frequent door NZa genoemd begrip ter beoordeling van zorg

² Smeets, dr Patrick, marktwerking is zorgvershraling, Medisch Contact, 64 nr 49, pg 2057, 3 december 2009
<http://medischcontact.artsennet.nl/blad/Tijdschriftartikel/Marktwerking-is-zorgvershraling.htm>

Ook Stichting de Vrije Huisarts ontgaan de zegeningen van FB³. Wij willen afstemming van financieringssystematieken voor alle zorg die huisartsen leveren. Voor overige bezwaren van functionele bekostiging verwijst de Stichting naar het recente artikel⁴ over 'De financiële staat van de huisartsenzorg' op haar website:

<http://devrijehuisarts.org/stukkenpdf/FinancieleStaatHuisartsenzorgMaes071209.pdf>

Door in het Consultatiedocument slechts het mededingingsrechterlijke kader in een Governance Code te beschrijven, verliest de toezichthouder zicht op waar het bij zorggroepen en ketenzorg over zou moeten gaan: samenwerking en daadkracht ten

behoefte van een goed eindresultaat. Niet alleen resultaat en daadkracht tussen zorgaanbieders onderling, maar ook tussen zorgaanbieders, verzekeraars en patiëntenverenigingen. Met deze gedachte als uitgangspunt willen wij aanvullend commentaar geven op een aantal specifieke punten uit het document. De vele voorbeelden in het consultatiedocument zijn erg inzichtelijk voor informatie over mededinging en verdienen navolging en uitbreiding.

Commentaar op punten

Punt 45: Zorggroepen kunnen (bijvoorbeeld) huisartsen weigeren, maar helaas kunnen huisartsen de systematiek van zorggroepen op den duur niet weigeren. Een positie waarin één contractpartij (bijvoorbeeld huisarts) geen "nee" kan zeggen, is geen onderhandelingspositie meer en betekent per definitie marktmacht voor de andere partij (bijvoorbeeld verzekeraar). De 'vrije keuze' voor deelname aan een zorggroep voor de huisarts wordt nog verder beperkt als zorgbudgetten bewust van de basiszorg (met legitimatie van de toezichthouder) worden overgeheveld naar de ketenzorg. De huisarts wordt zo, alleen al om financiële redenen (omzetverlies), min of meer gedwongen tot aansluiting.

Indien een huisarts "*meent dat zonder deelname aan de zorggroep hij zijn zorg niet (meer) op efficiënte en kwalitatief goede wijze kan leveren, dan moet hij dit aan tonen*". Maar het motief van de overheid tot de vorming van zorggroepen was nu toch juist vanwege efficiëntie- en kwaliteitskenmerken? En tegenover wie dient de huisarts 'dit' aan te tonen? De zorggroep? De verzekeraar? De NZa? De patiënten die zich al jaren aan zijn zorg hebben toevertrouwd? Op basis van welke (juridische) criteria wordt het verweer van de betrokken huisarts getoetst?

Punt 21: Als elke partij in potentie een zorggroep kan oprichten, zal daadwerkelijk eerder versnippering van zorg optreden dan integratie. Dat gaat niet alleen ten koste van de inhoud van zorg, maar het heeft ook een permanent 'wegen' van marktmacht tot gevolg. Door zorgaanbieders, toezichthouders en patiëntenverenigingen met bijbehorende juridisering, bureaucratisering, wantrouwen en onrust als resultaat. De FB is niet de oplossing van mededingingsproblemen, maar juist de oorzaak ervan. Zeker als wordt gewerkt met aanbestedingen.

³ <http://devrijehuisarts.org/asp/CommentFunctBekostiging220509.asp>

⁴ Maes, Anton, bestuurslid Stichting de Vrije Huisarts, <http://devrijehuisarts.org/stukkenpdf/FinancieleStaatHuisartsenzorgMaes071209.pdf>, pg 9 t/m 12, 7 december 2009

Ketenzorg kan eenvoudiger, beter en goedkoper worden geregeld. Door de AMM en economische machtspositie (EMP) zo nadrukkelijk als probleem te profileren, legitimeert de toezichthouder haar eigen oplossing: de oplossing voor een probleem wat er niet is en wat zich niet snel zal voordoen. Heeft het optreden van de huisartsen in het verleden (en zonder de NZa of de NMa) of heden geleid tot misbruik van haar economische (machts)positie ten nadele van de patiëntenzorg? Hoe wordt in dit licht bijvoorbeeld de vorming van centrale huisartsenposten beschouwd? En zegt het document in punt 83 nu zelf niet dat het onduidelijk is of zich daadwerkelijk mededingingsproblemen (gaan) voordoen?

Het Consultatiedocument lijkt zich erg te fixeren op (mogelijke) mededinging, terwijl het focus beter gericht kan zijn op de gewenste resultaten en de prijs van zorg voor chronische patiënten. De noodzaak tot NMa/NZa maatregelen wordt verder ontkracht door de opmerking dat het hebben van een economische machtspositie op zichzelf niet in strijd is met de mededingingswet... terwijl nu al veel zorggroepen onder het 55% criterium (AMM) zullen vallen (punt 86)...

Punt 23: Opmerkelijk is dat bij fusies van zorgaanbieders, het risico bestaat dat zich AMM ontwikkelt, wat vervolgens gemeld moet worden bij de NMa. Bij fusies van verzekeraars lijkt deze meldingsprocedure geen rol te spelen, terwijl welbeschouwd in veel regio's waar nu zorggroepen actief zijn dominante verzekeraars een marktaandeel hebben van royaal boven de 55%. Creëren De NMa en NZa hier doelbewust een ongelijk speelveld voor zorgaanbieders en zorginkopers?

Punt 18: Er vinden vrije onderhandelingen plaats voor de verschillende zorggroepen. De minister daarentegen wil een deel van de macrobezuinigingen⁵ realiseren in de ketenzorg, met prestatie- en functionele bekostiging.

Het is Stichting de Vrije Huisarts zeer duidelijk in welke richting dit 'vrij' onderhandelen gaat: *'betere en méér zorg voor minder'*.

Punt 47, voorbeeld 3: Zorgaanbieders mogen, aldus het document, prijzen niet afstemmen, noch met andere zorggroepen, noch mag de hoofdcontractant vooraf met onderaannemers praten over de prijs. Dit lijkt ons een onhoudbaar standpunt. Er is een uniforme zorgstandaard, de prevalentie van chronische zorg is bekend, er is een Zorgbrede Governance Code, er is algemeen beleid over kruisbestuiving met 'best practice', maar als het gaat over kostprijsberekening dan is het ... ieder voor zich? Als de hoofdcontractant verantwoordelijk is voor de organisatie zal hij kennis moeten hebben over de kostprijzen van alle onder zijn vlag geleverde en verantwoordelijke zorg.

Stichting de Vrije Huisarts zou nog een stap verder willen gaan en dezelfde (keten)zorg (zorgstandaarden) tegen de zelfde prijs (landelijk te overleggen en overeen te komen)

willen laten leveren door de huisarts c.q. de zorggroep. De zorggroep kan zich dan focussen op de organisatie en kwaliteit van de te leveren chronische zorg, zonder de last van een onwezenlijk, risicovol en zeer kostbaar marktexperiment met al zijn bureaucratische en administratieve overlast.

Punt 49: In het document wordt gesteld dat verzekeraars - we praten in Nederland tegenwoordig over vier verzekeringsconglomeraten- , rechtmatig inzicht zullen hebben

⁵ CPB notitie, houdbaarheidsmaatregelen curatieve zorg, brief aan Min VWS, tabel 1, pg 3, 15 september 2009
<http://www.cpb.nl/nl/pub/cpbreeksen/notitie/15sep2009/notitie.pdf>

in prijs- en kwaliteitsverschillen tussen zorggroepen. En dat deze verzekeraars “*deze informatie kunnen gebruiken in hun voordeel*”. Dus, vat Stichting de Vrije Huisarts samen: wat zorggroepen niet mogen, mogen verzekeraars wel?!

Nadrukkelijk en tegelijkertijd wordt daarbij gesteld dat zorggroepen - we praten op dit moment in Nederland over 104 zorggroepen- deze prijsinformatie niet met elkaar mogen delen. Hoe is het mogelijk dat op de inkoopmarkt en de aanbodmarkt, daar waar beide partijen elkaar ontmoeten in contractbesprekingen, voor hetzelfde probleem van mededinging, zulke verschillende spelregels gehanteerd worden? Hier kan niet meer worden gesproken van normaal toezicht, maar van partijdig, niet-objectief toezicht.

Dit beschouwen wij als het door de toezichthouder (scheidsrechter) meten met twee maten (spelregels) van hetzelfde probleem (spel en speelveld). Voor Stichting de Vrije Huisarts is dit, zeker met de ingezette trend van steeds minder verzekeraars (machtstoename) en méér zorggroepen (machtsreductie), onacceptabel.

De minister gaf in de Miljoenennota 2010 aan dat bij ketenzorg... “*randvoorwaarde voor een goede werking van prestatiebekostiging is dat de financiële risico’s daadwerkelijk liggen bij de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder*”⁶. Ook deze opstelling van de minister impliceert vervolgens voor beide partijen, zorgaanbieders en verzekeraars, dan wel gelijke spelregels.

Punt 66: Hier wordt vervolgens gesteld dat “*in het algemeen wordt aangenomen*” dat de inkoopmacht voordelen van de verzekeraar ten goede komen aan de consument. Dit is een aanname, waarvan het bewijs in het document niet wordt geleverd. Zijn deze extra gelden van de verzekeraar “bespaard” door een ongelijk machtsevenwicht (zie punt 49) bij zorginkoopcontractering, dan zijn deze gelden bovendien onrechtmatig verkregen.

Zal de toezichthouder zich bij dergelijke aannames, in het belang van verzekerden nog vergewissen of de werkelijkheid de aanname dekt?

Punt 60: Het nadeel van contracten met lange tijdsduur wordt breed uitgemeten, maar het nadeel van contracten met korte tijdsduur niet. Samenwerken betekent samen aan het werk: een voetbalteam gaat beter spelen wanneer dezelfde spelers langer met elkaar oefenen en spelen. In de zorg is het niet anders. Lange termijn afspraken kunnen rust brengen zodat er meer tijd en aandacht is voor het eigenlijke werk: hoogwaardige patiëntenzorg in een optimaal onderling afgestemde (integrale) keten op basis van evidence based protocollen en richtlijnen, met een terugkerende toetsing van de kwaliteit.

Punt 73: De NZa kan een aantal verplichtingen opleggen aan zorgaanbieders indien er sprake is van AMM. Bijvoorbeeld: vaststelling van de prijs volgens een bepaalde berekeningsmethode. Ook kan de NZa de zorgaanbieder verplichten om ten behoeve van tariefregulering een kostentoerekening toe te passen die voldoet aan een door de NZa te bepalen toerekeningprincipe.

Eerlijkheidshalve stelt Stichting de Vrije Huisarts hier als commentaar dat zij weinig vertrouwen heeft in deze NZa systematiek gezien de door deze toezichthouder

⁶ Miljoenennota 2010, Memorie van Toelichting, beleidsagenda (32123 XVI), pg14, Prinsjesdag september 2009
<http://static.ikregeer.nl/pdf/KST132834B.pdf>

gelegitimeerde tariefberekening met de tariefformule⁷, die bij hogere (zorg)productie leidt tot tariefsverlagingen en gezien de interpretatie en uitvoering van het recente Kostenonderzoek Huisartsenzorg 2008⁸. Het zou de NZa sieren op haar website uit te leggen hoe zij daadwerkelijk tarieven kan reguleren zonder kennis te hebben of zich zelfs maar te verdiepen in kostprijzen. Transparantie geldt niet eenzijdig voor zorgaanbieders, maar zou ook juist voor toezichthouders moeten gelden.

Punt 81: Bij een Minimale Data Set aan indicatoren ten aanzien van de inhoud van de zorg hoort ook een Minimale Data Set aan structuurindicatoren ten aanzien van randvoorwaarden. Willen we moderne zorg leveren dan dienen niet alleen de uitvoeringskosten te worden betaald in de keten DBC, maar ook de kosten van de productontwikkeling. Hier ligt ook een rol voor de toezichthouder.

Tot besluit

Het 'Consultatiedocument Zorggroepen' geeft een helder zicht op de vele en ingewikkelde problemen die gecreëerd worden met het onderwerpen van de huisartsenzorg aan het regime van (economische) marktregels.

In feite bestaat er helemaal geen markt in de huisartsenzorg. Geen vrije prijzen, geen vrijheid in productomschrijving, in zorglevering, geen 'loon naar werken' laat staan een gelegitimeerd winsttoogmerk.

Niet alleen huisartsen komen klem te zitten door de geforceerde wijze waarop zij in de markt zijn gezet door de politieke beleidsmakers. Ook de toezichthouders die namens hen de zorgmarkt moeten begeleiden en bewaken, hebben last van de onmogelijkheid om in wat geen markt is, geen markttraditie kent en anderzijds geen echte markt mag zijn, de marktpartijen toch geloofwaardig hun spel te laten spelen op die zelfbedachte Zorgmarkt.

Huisartsen kennen binnen hun beroep een lange traditie van onderlinge samenwerking ten dienste van patiëntenzorg. Enerzijds noemt het Consultatiedocument hen echter "concurrenten" (een kwalificatie alleen geloofwaardig voor aanhangers van het paradigma van de marktideologie). Anderzijds willen VWS en de NZa dat deze concurrenten intensief samenwerken in of voor zorggroepen.

In de nieuwe marktcultuur wordt opportunistisch teruggегrepen naar de oorspronkelijke waarden van de huisarts. In vele tientallen jaren is een authentieke huisartsgeneeskunde opgebouwd met een landelijke dekking van laagdrempelige medische zorg van hoogwaardige kwaliteit. De huisartsen, werkzaam als professionals, worden door de NZa betiteld als een groepering met aanmerkelijke marktmacht. Het zijn immers de huisartsen die in het gehele land de huisartsgeneeskundige zorg 'in handen hebben'? Een markanter voorbeeld van hun economische machtspositie lijkt er niet te zijn voor de toezichthouders NMa en NZa.

Wat tot voor kort een waardevolle maatschappelijke verworvenheid was ten dienste van de burger, is kennelijk nu een maatschappelijke bedreiging.

⁷ <http://devrijehuisarts.org/stukkenpdf/DVH2NZaTariefformule2010-241109.pdf>

⁸ <http://devrijehuisarts.org/asp/CommentaarKostenonderzoek220509.asp>

In de werkelijkheid van alle dag hebben partijen in de zorg bij onderhandelen altijd een keuze: de keuze om het positieve te willen zien is een wilsbesluit en is afhankelijk van wilskracht. Het tellen van de zegeningen en het benoemen van verbeterpunten vinden wij niet terug in dit Consultatiedocument. In 2007 hebben veel huisartsen de handschoenen opgepakt om zorggroepen op te richten. Inmiddels is 80% van de huisartsen aangesloten bij een zorggroep. In dit document wordt de vinger gelegd op mededingingsproblemen die (blijkbaar: punt 83) heel weinig voorkomen, hoewel vele zorggroepen “het 55% NZa criterium” van AMM halen.

Stichting de Vrije Huisarts wil dan ook voorstellen dat alle klachten over mededinging in ketenzorg, desnoods geanonimiseerd, openbaar worden gemaakt om de ernst van het probleem in kaart te brengen.

De huisarts kan alleen de regie voeren en verantwoordelijkheid dragen, mits hij ook de regie kan voeren over randvoorwaarden. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden (zeggenschap) gaan namelijk hand in hand. Structuurindicatoren kunnen hier bij helpen. Het uitgangspunt waarop door de NZa en NMa toezicht zou moeten worden gehouden, is dat de inhoudelijke zorgstandaard alleen goed kan worden geleverd als de gewenste zorg ook onder bedrijfseconomisch verantwoorde zorgvoorwaarden wordt ingekocht. De door de NZa beoogde verantwoordelijkheid van zorgaanbieders vereist een fatsoenlijke omgang met (alle) ketenpartners, laat dat duidelijk zijn.

De positie van huisartsen bij onderhandelingen met de verzekeraar is, zo blijkt, geen positie die is te bestempelen als AMM, als voor beide partijen niet dezelfde regels gelden.

Waar is verder de rol van patiëntverenigingen bij zorgcontractering? De Nederlandse Diabetes Federatie praat mee over de zorgstandaard. Maar praten ze ook mee over de betaling? Vraaggestuurde zorg beloven gaat niet samen met een gereguleerde en aanbodgestuurde betaling binnen een niet transparant betalingssysteem van topdown tariefregulering, zonder terugkoppeling naar de klant/patiënt welke consequenties het ingrijpen in c.q. verlaging van een tarief heeft op de zorg voor de patiënt.

Tot zover het commentaar van Stichting de Vrije Huisarts. Wij zouden het op prijs stellen als dit commentaar wordt meegenomen op de consultatiebijeenkomst op 8 februari 2010, waarbij ons bestuur ook veretegenwoordigd zal zijn.

Evenmin hebben wij bezwaar tegen plaatsing van dit commentaar op de websites van de NMa en de NZa.

Bestuur Stichting de Vrije Huisarts,

Namens hen,

Rob Schonck, voorzitter