

De financiële staat van de huisartsenzorg

Na de uitkomsten van het NZa kostenonderzoek¹, de onderhandelingen over bekostigingstructuur 2010² en de tariefbeschikking 2010³, is het moment gekomen om op de drempel van 2010 de balans op te maken over de huidige financiële staat van de huisartsenzorg. Het College van Zorgverzekeraars (CVZ) actualiseert kostencijfers huisartsenzorg een maal per kwartaal en publiceert deze cijfers op haar website⁴. Het ministerie van VWS maakt in haar beleid en bij het opstellen van Miljoenennota's gebruik van deze cijfers van het CVZ.

In onderstaande tabellen 1 t/m 6 worden recente CVZ⁵ cijfers ingedeeld en vermeld. Na de tabellen met CVZ cijfers volgt er een beschouwing over de financiële staat van de huisartsenzorg.

Tabel 1: (uitgegeven) kosten huisartsenzorg 1 = 1.000.000 euro (CVZ)

jaar	Macrokosten huisartsenzorg
2002	959,0 (zonder kosten particuliere verzekering)
2003	1.048,5 (zonder kosten particuliere verzekering)
2004	1.039,4 (zonder kosten particuliere verzekering)
2005	1.034,3 (zonder kosten particuliere verzekering)
2006	1.927,3 (1e jaar Zorgverzekeringswet)
2007	2.014,1 (plus 86,8 ten opzichte van 2006)
2008	2.079,7 (plus 65,6 ten opzichte van 2007)
2009	

Tabel 2: uitsplitsing kosten huisartsenzorg: 1=1 euro (CVZ)

jaar	Bijzondere betaling	ANW	inschrijftarief	consulttarief	Totaal
2006	212.521.568	208.750.338	849.617.319	656.400.819	1.927.290.044
2007	240.080.718	215.012.122	858.005.660	701.017.476	2.014.115.976
2008	273.225.337	213.272.846	859.503.031	733.716.901	2.079.718.115
2009					

Tabel 3: Bijzondere betalingen: 1 = 1 euro (CVZ)

Jaar	POH-S (module)	POH GGZ	Achter stand	M&I per verricht.	M&I per verzeker.	Passant	overig	Geen spec	totaal
2006	81.542.000	-----	3.595.000	84.361.000	16.702.000	9.304.000	3.217.000	7.000	227.931.000
2007	66.664.570	1.077.205	2.352.445	99.639.264	39.681.551	7.259.193	17.686.480	61.492	234.322.211
2008	71.448.383	3.635.570	2.848.898	120.062.941	29.569.624	7.533.505	14.900.004	72.013	250.071.838
2009									

Tabel 4: ANW kosten: 1 = 1 euro (CVZ)

Jaar	Tel.co.	Herh.R.	Consult	Visite	Niet HADS	Geen specif.	Totaal
2006	30.382.000	1.467.000	112.548.000	40.686.000	5.469.000	4.415	194.987.000

¹ Significant, praktijkkosten en opbrengsten van huisartspraktijken, BK/08.201, Barneveld 31 maart 2009

² Min VWS, brieven , CZ/EKZ/2963668(231009), CZ/EKZ/2963006(121009), CZ/EKZ2956262(140909)

³ NZa huisartsenbekostiging 2010, JWES/escs/EZK/09d0049176 en CV-5000.1.0.1.-13/5000.4.0.1.-6, Utrecht, 12 november 2009.

⁴ CVZ kostencijfers, website, <http://www.cvz.nl/zorgcijfersdata/> (info CVZ via 020-7978648)

⁵ CVZ kostencijfers zijn cijfers op transactiebasis met naijfeffect mbt latere kwartalen; Vektis cijfers zijn kasbalanscijfers aan het eind van het onderzochte jaar, toelichting Marcel Bleyenbergh, CVZ, 2 december 2009

2007	35.605.364	1.284.131	129.429.130	44.811.753	4.246.581	45.937	215.422.896
2008	33.171.161	1.102.686	110.593.968	36.999.847	3.106.697	46.884	185.021.243
2009							

Tabel 5: Consulttarieven: 1 = 1 euro (CVZ)

	C<20	C>20	V<20	V>20	Tel.co	E-mail	Herh.R	Geen specif	Totaal
2006	317.038.000	69.067.000	36.462.000	17.784.000	43.371.000	155.000	153.936.000	14.469	652.282.000
2007	305.779.384	90.351.146	31.464.782	25.440.345	59.682.653	27.230.557	152.846.456	120.363	692.915.686
2008	304.050.405	99.625.864	29.283.919	24.064.398	48.610.929	73.160	154.544.055⁶	126.010	660.378.740
2009									

Tabel 6: Kosten huisartsenzorg 1e en 2^e kwartaal 2009: 1=1 euro (CVZ)

t/m 2e kwartaal	Totale kostencijfers huisartsenzorg	Totale consultkosten basiszorg
2006	930.469.000	
2007	1.076.775.000	
2008	1.069.439.000	
2009	1.081.534.351	387.490.256

Beschouwing

- **De gestegen kosten huisartsenzorg vanaf 2006 betreft vooral een volumestijging.** De basiszorgtarieven en het ANW uurtarief zijn na 2006 niet meer veranderd. Slechts de M&I tarieven zijn geïndexeerd, zodat slechts een heel klein deel van de macroméerkosten huisartsenzorg het gevolg zijn van deze jaarlijkse M&I indexering. Er is over de hele linie aantoonbaar meer werk verricht: in de basiszorg (dezelfde prijs: € 9,-), bij de M&I (aangepaste prijs) en in ANW (dezelfde prijs uurtarief: € 50.20).
- **Volumestijging met meer werk in de basiszorg**

Tabel: 7: meerwerk basiszorg (CVZ jaarcijfers gebruikt uit Tabel 2, niet Tabel 5!)⁷

jaar	contactkosten basiszorg	Per burger: 16.2 miljoen	Aantal € 9 contacten
2006	652.282.000	€ 40,26	4.47
2007	701.017.476	€ 43,27	4.80
2008	733.716.901	€ 45,29	5.03

Een tendens van stijging die zich overigens in de eerste twee kwartalen van 2009 lijkt voort te zetten. Immers de kosten van de eerste 2 kwartalen uit 2009 vallen hoger uit dan de helft van de contactkosten uit 2008: ($733.716.901/2 = 366.858.450$) en 387 miljoen(2009) > 366 miljoen(2008).

⁶ CVZ website op 8 juni 2009 liet nog zien dat de hoogte van dit budget herhaalreceptuur 2008 precies € 171.192.000 was. Dit getal is belangrijk omdat bij de overheveling van herhaalrecept naar IT dit CVZ budget maatgevend is geweest voor de toeslag op het inschrijftarief 2010. Nu, eind 2009, is dit bedrag lager....?!

⁷ In Tabel 5 zijn de 'naijleffecten' 2006 t/m 2008 nog niet verwerkt, in Tabel 2 is dat wel het geval, aldus CVZ medewerker Bleyenbergh (021209)

- **Volumestijging met méer werk in de M&I zorg**

De M&I kosten zijn in 2008 (**Tabel 3**): € 149.632.565, bestaande uit 120 miljoen in de 13code en 29,5 miljoen in de 14code. De kosten van de M&I 13code zijn in 2008 fors gestegen ten opzichte van 2007. De kosten van M&I 14code zijn in dezelfde periode gedaald. Het wekt dan ook geen verbazing dat Klink in 2011 een deel van de 13codes wil opheffen. Met een M&I 14code zijn de kosten beter te beheersen. Door overheveling van M&I 13code (betaling per verrichting) naar 14code (betaling met toeslag op inschrijftarief) vervalt per 2011 de volumeprikkel in het zorgaanbod. Huisartsen worden voor 2010 en/of 2011 afhankelijk van de slagkracht van de perifere onderhandelaars uit de 23 Kringen. Deze onderhandelaars moeten de schade zien te beperken. Vervolgens is het nog de vraag of de ‘verre’ verzekeraars deze perifere onderhandelingsafspraken wel zullen volgen. Betaalt verzekeraar niet per verrichting, dan is de kiem van budgettering al gezaaid. Ging het Klink te hard? Het Vektis rapport (augustus 2007)⁸ liet zien dat er in 2006 aan de module M&I al 114,7 miljoen euro werd besteed, waarvan 98,9 miljoen euro voor de verrichtingen met 13-codes en 15,8 miljoen euro voor de modules met 14-codes. Vooraf was in het Vogelaarakkoord met 75 miljoen euro rekening gehouden (50 miljoen euro voor de verrichtingen en 25 miljoen euro voor de modules). Met andere woorden: de huisarts maakt meer omzet, maar doet daar, naast de contactgroei in de basiszorg, méér M&I voor. Deze stijging in het M&I budget is ook terug te vinden in de CVZ cijfers (Tabel 3: 2007/2008)⁹.

Het omzetten van M & I verrichtingen [13-codes] naar M & I projecten [14-codes] heeft dus als doel bezuiniging, waarbij de verzekeraar mogelijk inkoop met eigen/nieuwe eisen en de verzekeraar niet wordt “verrast” aan het eind van het jaar met volumeprikkels cq volumestijging van M&I13codes, en dus met extra uitgaven, die weer moeten worden verwerkt in de polispremie! Dit betekent dat de inkoop van deze zorg door verzekeraars selectiever zal worden. Conform de Zorgverzekeringswet met meer selectievere zorginkoop door verzekeraars. Als de jaarlijkse volumekostenstijging van de 14-codes regulier tot heden al minder is dan volumekostenstijging van de 13-codes¹⁰, dan zal het de Kring/hagrohuisartsen waarschijnlijk meer moeite kosten de voor 2010 vervallen 13-codes, om te zetten in M & I projecten cq 14-codes met een aanvaardbare honorering. Bij het wegvallen van volumeprikkels (‘loon naar werken’), is het de vraag of niet het kind met het badwater wordt weggegooid door een negatief effect op de ingezette substitutie, zowel in kwalitatieve als in financieel-economische zin. Immers een van de doelen bij de opzet van M&I was het substitueren van de verrichtingen van de tweede lijn naar de eerste lijn (Vogelaarakkoord!), Wat wordt vergeten is dat het uitvoeren van ECG, spirometrie en ABPM niet alleen geld kost, maar ook bijdraagt aan betere diagnostiek en kostenbesparing bij het voorkomen van verwijzingen. Het zijn noodzakelijke instrumenten.

- **Volumestijging met méer werk in de ANW zorg.**

Huisarts Paul Giesen¹¹ heeft onderzoek gedaan waarin hij aantoonde dat het aantal hulpvragen op de huisartsenpost (HAP) stijgt met 6.8% per jaar. Het uurtarief van de huisarts staat vast. De macrokosten ANW stijgen echter in 2008 niet met 6.8% per jaar. Nee, deze kosten zijn zelfs gedaald! Stijgende hulpvraag met relatieve daling van macro ANW kosten, bij gelijk blijvend uurtarief huisarts, betekent dat de consultprijzen her en der in het land gedaald zijn (wat ook is gebeurd). Het “voordeel” van de mééromzet als gevolg van het méérwerk is terug

⁸ Vektis, eindrapportage huisartsenkosten 2006, monitoring Vogelaarakkoord, pg 15/22, 23 augustus 2007

⁹ CVZ zorgcijfers 2008, huisartsenzorg, bijzondere betalingen, <http://www.cvz.nl/zorgcijfersdata>

¹⁰ Vektis Zorgthermometer, lente 2009, huisartsenzorg: een eerste onderzoek, pg 16, 4 juni 2009

¹¹ Giesen, dr. Paul e.a, Te snel naar de huisartsenpost, spoedbeleving patiënten is amper te beïnvloeden, Medisch Contact, 64 nr 6, 5 februari 2009, pg 239

gegeven aan de premiebetaler (vaker komen, minder betalen), zonder dat de zorgaanbieder, die dit méérwerk heeft geleverd, hiervoor is beloond. Recent heeft huisarts Henk Bonarius beschreven¹² dat deze systematiek, 24 uur, drempelloos en met verplichte deelname aan een dergelijk ANW systeem, niet langer wenselijk is “om arbeidshygiënische, arbeidsrechtelijke, financiële menselijke en psychosociale redenen”.

Tabel 8 (uit tabel 4): ANW kosten: 1 = 1 euro

Jaar	Totaal	ANW kosten huisartsenzorg per Nederlander
2006	208.750.338	12,89
2007	215.012.122	13,27
2008	213.272.846	13,16
2009		

Voor het budget van de huisartsenposten komt in 2010 structureel € 20 mln. extra ter beschikking. Hiermee zal het ANW uurtarief worden opgehoogd naar € 65,- Je kunt met bovenstaande gegevens stellen dat de minister dit budget van 20 miljoen al ‘handig’ heeft vrijgespeeld door de afgelopen jaren de méérarbeid aan huisartsen niet te betalen. Door de relatie uurtarief en contactvolume ANW in de bekostiging los te laten, is het belangrijk bij fusiebesprekingen tussen SEH en HAP attent te blijven als er door de wetswijziging wat betreft eigen risico bij de SEH er een overheveling van zorg plaats gaat vinden van SEH naar de HAP. Hoe wordt dan volumegroei tgv deze wetswijziging, met welke onderhandelingspositie, tariefmatig opgevangen?

- **Inschrijftarieven: CVZ kosten € 859.503.031 (Tabel 2: 2008)**

16.2 miljoen Nederlanders een inschrijftarief, een utopie? In 2007 is voor slechts 95.6% van alle verzekerden een inschrijftarief gedeclareerd. Voor ruim 700.000 verzekerden is dit dus niet gebeurd¹³.

Leeftijdverdeling Nederlanders (**84%** < 65 jaar en **16%** > 65 jaar): allen een inschrijftarief.
 -Vektiscode:11000: (<65,niet AW): 4 x 13.00: 84% (13.608.000) x 52 = € **707.616.000**
 -Vektiscode:11100: (65<leeftijd<75): 4 x 14.70: 8% (1.296.000) x 58.80 = € **76.204.800**
 -Vektiscode:11101: (>75, niet AW): 4 x 15.40: 8% (1.296.000) x 61.60 = € **79.833.600**

Met als motto “*elke Nederlander met inschrijving op naam een huisarts*”, zouden in 2009 **in theorie** de macrokosten inschrijftarief (IT) € **863.654.400** (11000+11100+11101) moeten zijn, en dat inclusief de populatiemodule en exclusief de gelden ten behoeve van achterstandswijken.

De populatiemodule uit het Vogelaarakkoord bestond uit een ‘toeslag op oudere leeftijd’ plus een toeslag op het inschrijftarief indien verzekerde woont in een achterstandsgebied (AW). Deze achterstandsgebieden zijn met postcodes gekenmerkt. In Nederland woont 5% van de bewoners in een achterstandswijk. De macrokosten ten behoeve van dit onderdeel van de populatiemodule worden gehaald uit het Vektis rapport 2007 (blz. 10/14)): € 5.742.332

In theorie brengt dit de macrokosten van het inschrijftarief op € **869.396.732,-**

Het CVZ meldt overigens de gelden van de module achterstandsfonds bij de “*bijzondere betalingen*”. Het CVZ komt in 2007 uit op een AW module uitbetaling van 2,4 miljoen en in 2008 van 2,8 miljoen. Per 1.1.2010 wordt basisinschrijftarief exclusief populatiemodule en AW module € 48,21 per jaar¹⁴.

¹² Bonarius, Henk, Hoog water voor de ANW-zorg, gedrag zorgconsument noopt tot aanpassingen in de eerste lijn, Medisch Contact, 64 nr 40, 1 oktober 2009, pg 1640

¹³ Vektis, Mokveld, Ph., Monitoring Vogelaarakkoord, eindrapportage 2007, pg 9/14, Zeist, 28 februari 2008

¹⁴ LHV, huisarts in praktijk, december 2009, pg 43

Voorlopige conclusie: Aan inschrijftarieven is niet uitbetaald: € 13 miljoen in 2006, € 5,5 miljoen in 2007 en € 4 miljoen in 2008.

€ 60 miljoen ongeclausuleerd korten in 2010 op het inschrijftarief betekent een bezuiniging van ongeveer € 3.70 per patiënt per jaar (dit is € 8700, - per normpraktijk). Deze bezuiniging vindt plaats in een tijd waarbij met gelijkblijvende tarieven de contactfrequentie basiszorg is gestegen. Na een jaar, in 2011, krijgen huisartsen dit bedrag terug. Het inschrijftarief blijft verder wel vanaf 2011 structureel neerwaarts vastgesteld met een jaarlijkse korting van opnieuw € 60 miljoen, welke korting is terug te verdienen met extra werk op het gebied van M&I . Hiervoor gebruikt de minister de systematiek van “prestatiebekostiging” (PB). In zijn uitleg¹⁵ betekent dit dat de huisarts die extra prestaties levert, beter wordt beloond. Wie dat ‘beter’ bepaalt en op basis van welke criteria is onduidelijk. PB als economische bezuinigingssystematiek kan simpel worden ingevoerd om een beperkt(er) budget voorwaardelijk(er) te kunnen verdelen. Met deze PB methodiek kan VWS elk zorgaanbod, elk jaar tegen een lager budget, ‘gereguleerd in de markt zetten’.

Besef wel dat het “kunnen terugverdienen” in 2011 dus wel betekent dat transparant moet zijn of het hier gaat om ander werk (deel weg, deel terug) of juist extra werk (alles blijft, deel extra). Deze PB methodiek houdt natuurlijk een keer op: want die extra M&I uren die je moet besteden om dit extra’s te doen, kosten ook geld. Als het zo is dat er géén zorg afvalt dan is het méér (anders/beter) doen voor hetzelfde geld. Dit ‘kunstje’, verkocht als ‘prestatiebekostiging’ van Klink (eerst korten, dan kunnen terugverdienen) kan vervolgens elk jaar worden herhaald....

- **Herhaalreceptuur naar inschrijftarief?**

Het kostenvolume herhaalreceptuur bestaat uit: volume huisarts (+assistente) in Tabel 5 (mogelijk inclusief volume POH-S herh.R., zie Vektis)¹⁶ + volume herhaalreceptuur ANW (Tabel 4)

In 2007 was het kostenvolume herhaalreceptuur (alleen huisarts/assistente) 7.6% hoger dan in 2006, in 2008 was dit kostenvolume herhaalreceptuur 3.3% hoger dan in 2007.

Als per 2010 het kostenvolume van de herhaalreceptuur wordt overgeheveld van de consulttarieven naar het inschrijftarief, dan zal naast de jaarlijkse prijsindexering (CEP) ook jaarlijks een volumestijgingspercentage moeten worden meegenomen, dat mogelijk ligt tussen de 3-8% per jaar. Omdat ministerie van VWS zich altijd beroept op CVZ cijfers (Kort Geding eind 2008), is deze eis eenvoudig te onderbouwen en te verdedigen. Dit betekent voor 2010 dat ook alvast de volumekosten herhaalreceptuur van het jaar 2009 moeten worden meegenomen.

Tabel 9: kosten herhaalreceptuur (referentie 2008) : 1 = 1 euro

Basiszorg herhaalreceptuur	154.544.055
ANW herhaalreceptuur	1.102.686
Totaal	155.646.741

Het is opmerkelijk dat in augustus 2009 nog op de CVZ website aanmerkelijk hogere macrobudgetten t.a.v. herhaalreceptuur huisartsenzorg werden vermeld:

2006: 153.936.000

2007: 165.704.000

2008: 171.192.000 (tegenover dus € 155 mln nu)

¹⁵ Min VWS, Brief aan LHV voorzitter, CZ/EKZ/2963006, pg 4 van 6, Den Haag, 12 oktober 2009

¹⁶ Vektis, Mokveld, Ph., Monitoring Vogelaarakkoord, eindrapportage 2007, pg5/14, Zeist, 28 februari 2008

Tabel 10: overheveling herhaalreceptuur naar inschrijftarief per 2010¹⁷

Groep	Gewicht	Opslag bovenop I.T. per jaar
< 65 jr	1.00	€ 8,02
65<leeftijd<75	3.39	€ 27,37
> 75 jaar	5.09	€ 41,05
Gemiddeld	1.41	€ 11,38

- **Bezuinigen met doelmatiger voorschrijven?**

Eind 2010 wordt gekeken of huisartsen met “Anders Voorschrijven” de een in de VWS begroting geraamde collectieve besparing van € 127 miljoen gaan halen. Lukt het de huisartsen niet, dan zal Klink een overeenkomstige maatregel treffen die een maximale korting van € 127 miljoen kan gaan betekenen. De LHV zegt hierover¹⁸: *“als grove indicatie geldt dat iedere 10 miljoen die Klink tekort komt, dit voor de normpraktijk een omzetverlies geeft van € 1500 per jaar. Komt Klink € 40 mln tekort, dan kost dat de huisarts € 6000,- omzet. Wordt 127 mln bezuinigd, dan vervalt de bezuiniging. Wordt 80 mln gespaard met voorschrijven dan komt er alsnog een bezuiniging van 47 miljoen”*. Dit betekent niet alleen inmenging door de minister in het onafhankelijk voorschrijfbeleid van de huisarts, maar ook het vooruitzicht op een stevige bezuiniging, zelfs bij zeer doelmatig voorschrijven

- **POH-S regeling overhevelen naar Ketenzorg en/of M&I 14-code?**

De POH-S financiering dreigt voor de toekomst drastisch te veranderen, mogelijk na een overgangstijd. Klink wil 75% van de huidige POH-S middelen verschuiven naar ketenDBC's en de overige 25% ter beschikking stellen, maar dan als 14M&Icode. Met uitbreiding van ketenzorg zal méér fte POH-S moeten worden ingezet. Daarnaast moet POH-S ook behouden blijven voor basiszorg, bvb ten behoeve van ouderenzorg.

Tabel 11: NZA POH-S kosten voorcalculatie 2006/2007/2008/2009 (“ist”)

Management van de huisarts	18.346,-
Ondersteuning loonkosten POH	37.967,-
Infrastructurele voorzieningen	11.037,-
	----- +
Totale POH-S kosten per jaar vlg NZa	€ 67.351,-

Van deze totale kosten wordt nu 2/3 deel vergoed via het moduletarium. Met Vektiscode (11200) is dit €1,60 per patiënt per kwartaal. Per jaar is dit € 6,40. Bij 3 normpraktijken in een rechtspersoon met samen 7050 patiënten is dit 7050 x 6,40 ofwel € **45.120,-** via de **moduletariëven**.

De overige kosten € **22.231** komen binnen **via de tarieven van de contacten** die de POH-S heeft met de patiënten van 3 normpraktijken (1:3). Klink wil in het nieuwe model stoppen met het financieren van POH-S consulten met eigen POH-S code.

De **NZa kostprijs POH-S** v/d huidige regeling: 67351/107160= € **0.63 per minuut**¹⁹

Tabel 12: Noodzakelijke kosten POH-S ten behoeve van bvb ouderenzorg (meer overleg → 5% meer management huisarts) zijn dan in 2009: (“soll”)

¹⁷ LHV, huisarts in praktijk, december 2009, pg 43

¹⁸ <http://lhv.artsenet.nl/Onderhandelingen-VWS/Financiering-huisartsenzorg-2010/Bezuinigingen-2010.htm#item679384>

¹⁹ *Theorie:* uitgaande van 47 werkweken per jaar (47 x 38) = **1786 uur** per jaar ofwel **107.160 minuten** per jaar

Management van de huisarts + 10% index (4 jr) + 5%	21.098
Ondersteuning loonkosten POH	50.000
Infrastructurele voorzieningen + 10% indexering (4 jr)	12.141-
Nascholingskosten POH-S per jaar	500
	----- +
Totale werkelijke POH kosten per fte per jaar	€ 83.739

Noodzakelijk macrobudget POH-S ten behoeve van ouderenzorg: $6.894 : 3 = 2.298 \times € 83.739 = € 192.432.222$ waarmee de POH-S inzet in alle huisartsenpraktijken (1:3) kan worden bekostigd.

De **LHV kostprijs POH-S** v/d huidige regeling: $83739/107160 = € 0.78$ per minuut

Tabel 13: macrobudget POH-S

CVZ (POH-S modulekosten) +Vektis (POH-S consultkosten): 2006 t/m 2008

NB: Vektis: 11200: module: € 1.60 per kwartaal p.p. Vektis: 12100: consult: € 9,-

functie	kosten 2006 (€)	kosten 2007 (€)	kosten 2008 (€)	Stijging 2006-07	Stijging 2007-08
POH-S module CVZ	81.542.000	69.898.000	76.075.000		
POH-S consulten Vektis	29.925.000	35.962.000	39.738.000	20,2%	10,5%
Totale POH-S kosten	111.467.000	105.860.000	115.813.000		

De macrokosten POH-S zijn dus stijgende en bedragen voor 2008: **€ 115.813.000**.

Dit betekent POH-S zorg in Nederland in 2008 voor $76075000/6.40 = 11.886.718$ verzekerden beschikbaar is.

Conform de toekomstwens van Klink met de POH-S regeling betekent dit dat.....

- slechts **25% van de POH-financiering beschikbaar blijft** voor de POH-S inzet voor de basiszorg. Dit is **€ 28.953.250**: $(115.813.000 \times 0.25)$
- **75% vervalt** en volgens Klink wordt overgeheveld voor de POH-S inzet in ketenzorg: dit is **€ 86.859.750**: $(115.813.000 \times 0.75)$. De POH-S is dan niet meer gekoppeld aan de huisartsenpraktijk, maar wordt gekoppeld aan de chronische aandoening van de patiënt en is dan (straks?) in dienst van mogelijk een externe hoofdaannemer.

Gezien de vergrijzing is het noodzakelijk (verandering van de regeling biedt een kans) versnipperde ouderenzorg in thuisituaties primair uit te laten voeren door geïntegreerde eerstelijns disciplines, met voorop een goed op elkaar ingewerkt duo met een proactieve instelling²⁰: de huisarts²¹ en zijn praktijkondersteuner somatiek (POH-S). Dit heeft consequenties voor de kostenopbouw en de macrokosten POH-S.

²⁰ Wensink, JW, de huisarts moet proactiever worden, complexe ouderenzorg vereist andere organisatie, huisarts in praktijk, okt 2009, pg 13

Tabel 14 (samengevat) POH-S Kostencijfers: (€)

Macrokosten POH-S ouderenzorg in alle praktijken met nog wel de uren inzet per 3 praktijken van de oude regeling (1:3). Aanpassing? 6894/3 x 83.739	192.432.222,-
Macrokosten POH-S 2008 (modules + consulten)	115.813.000,-
75% korting Klink (75% van 115813000)-> keten	86.859.750,-
25% blijft beschikbaar voor POH niet Ketenzorg → 14code	28.953.250,-
75% kortingsbedrag bij Kring onderhandelingen “terugvorderen” voor basiszorg als 14-code: (bij 11.886.718 verzekerden) → toeslag 7,31 op I.T. p.p.p.jr per 2010: 86859750/11886718	7,31
25% blijft beschikbaar, maar nu als 14code 28953250/16200000 → toeslag op inschrijftarief	1,79
Elke praktijk, naast Ketenzorg ontwikkeling (waarbij een apart onderhandelingstraject loopt via de zorggroep) nu eerst een POH-S inzet voor ouderenzorg in de basiszorg voor alle praktijken, nog met de ureninzet van de oude regeling (1:3), bij 100% module tarief, als 14-code (bij 16,2 miljoen), met de ‘soll’ situatie → toeslag 11,81 op I.T. p.p.p.jr vanaf 2010: 192432222/16200000	11,88
Macrokosten POH-S ouderenzorg in alle praktijken met de invulling: 1 fte POH-S per normpraktijk (1:1) 83739 (soll-kosten)x 6894 (aantal normpraktijken)	577.296.666,-
Macrokosten POH-S ouderenzorg in alle praktijken met de invulling: 1 fte POH-S per normpraktijk (1:1) Bij 100% moduletarief, voor 16.2 miljoen Nederlanders → toeslag op I.T 577296666/16200000	35,63
Indien het 75% kortingsbedrag wordt teruggehaald, het 25% te behouden bedrag blijft, <u>en</u> beide bedragen worden ingezet voor ouderenzorg, dan wordt het door verzekeraars <u>extra</u> te investeren bedrag p.p.p.jr, bij POH-S inzet (1:1) ouderenzorg en bij 100% module tarief: 35,63 – (7,31+1,79)	26,53

Met het pleidooi beschikbare gelden aan te wenden voor ouderenzorg, blijft de POH-S beschikbaar voor de basiszorg van huisartsen. De hamvraag is dus of huisartsen, buiten VWS om, met verzekeraars afspraken kunnen maken om met een 100% module IT opslagtarief met 14code een POH-S voor ouderenzorg in te zetten?

- **Kosten huisartsenbasiszorg per Nederlander: (Tabel 1) (CVZ)**

Tabel 1=15: kosten:1 = 1.000.000 euro (tot 2006: berekening bij 65% ziekenfonds)

jaar	Macrokosten huisartsenzorg	Kosten per burger (1 = 1 euro)
	Ziekenfondswet	10,53 miljoen burgers
2002	959,0 (zonder kosten particuliere verzekering)	91,07

²¹ Dussen, Jacobine van der, Ouderenzorg nieuwe stijl, zorg voor oudere patiënt hoort thuis in de huisartspraktijk, MC, 63 nr 48, 28 november 2008, pg 2010

2003	1.048,5 (zonder kosten particuliere verzekering)	99,57
2004	1.039,4 (zonder kosten particuliere verzekering)	98,70
2005	1.034,3 (zonder kosten particuliere verzekering)	98,22
	Zorgverzekeringwet	16.2 miljoen burgers
2006	1.927,3 (1e jaar Zorgverzekeringwet)	118,97
2007	2.014,1 (plus 86,8 ten opzichte van 2006)	124,33
2008	2.079,7 (plus 65,6 ten opzichte van 2007)	128,38
2009		

CBS cijfers geven een ander beeld. ²² De huisarts blijft echter ook bij CBS cijfers “spotgoedkoop”!

Omdat vóór 2006 het CVZ alleen de kosten van de het ziekenfondsverzekerden meerekent, wordt voor kostencijfers in de periode 2001 tot en met 2005 gebruik van de kostencijfers van de Miljoenennota's van de minister van Financiën uit dezelfde jaren.

Tabel 16: Uitgaven huisartsenzorg (Miljoenennota's 2001 t/m 2006)

jaar	ZFW	Particulier	Eigen betaling	Totaal
2001	842,9	313,4	90,5	1246,8
2002	979,1	374,1	91,2	1444,4
2003	1065,2	433,0	91,9	1590,1
2004	1061,8	429,8	91,9	1583,5
2005	1095,8	422,7	91,9	1610,4

Voegen we beide tabellen samen, Tabel 16 (Miljoenennota's periode 2001 tot 2006) en Tabel 1 (periode vanaf 2006 met CVZ cijfers) dan zijn de werkelijk aan huisartsenzorg uitgegeven kosten vanaf 2001 bekend:

Tabel 17: Macrokosten huisartsenzorg 2001 tot heden: 1 = 1.000.000 euro

jaar	Kosten huisartsenzorg	Kosten per burger (1=1 €): 16.2 miljoen
2001	1.246,8	79,96
2002	1.444,4	89,16
2003	1.590,1	98,15
2004	1.583,5	97,75
2005	1.610,4	99,41
2006	1.927,3	118,97
2007	2.014,1	124,33
2008	2.079,7	128,38
2009		

- **Wat (bij CVZ) ontbreekt zijn kostencijfers van Zorggroepen²³. Wat bij de tarieven van ketenDBC's voor geïntegreerde eerstelijnszorg ontbreekt, zijn de ontwikkelkosten en het updaten van de zorgstandaarden.**

Tussen 2005 en 2009 heeft 80% van de huisartsen zich georganiseerd in zorggroepen²⁴. In de Miljoenennota 2010 staat: een bedrag van € 241,5 miljoen voor Ketenzorg. Berekening op

²² <http://devrijehuisarts.org/asp/HAblijftspotgoedkoop260509.asp>

²³ LVG (JE de Wildt e.a.), Nulmeting Zorggroepen, beschrijvend onderzoek van de karakteristieken, oktober 2008

²⁴ Leusink, dr GL zorggroepen in toekomstperspectief, programm. zorg chronische patiënten, Baarn, mei 2009

basis van bekende cijfers laat zien dat de huidige kosten diabetesketenzorg in 2009 al € 188 mln bedragen²⁵. Gaat in 2010 alle diabeteszorg naar de keten, dan zijn de macrokosten hiervan: € 234 mln²⁶. Waarna er voor 2010, voor alle overige ketens (COPD, CVR, Hartfalen), voor alle deelnemende eerstelijners (GELZ)²⁷ inclusief overhead, nog € 7,5 mln (241,5-234) overblijft.

VWS doet voorkomen alsof ketenzorg GELZ alleen betaald kan worden met functionele bekostiging (FB)²⁸. Wat zijn de nadelen van functionele bekostiging?

- FB zal leiden tot een toename van overhead en complexiteit in de organisatie, zeker als in de nabije toekomst binnen de keten-DBC aanvullende zorgafspraken moeten worden gemaakt (farmacie, hulpmiddelen en diagnostiek)
- FB vraagt zoveel extra's van de organisatie, gekoppeld aan grotere schaal, groter belang en complexiteit dat een professionele organisatie nodig is²⁹. Zal de huisarts van de toekomst zich hierin nog (h)erkennen?
- FB verdeelt de zorgaanbieders in hoofdaanemers en onderaanemers. Dit kan remmend werken ten aanzien van samenwerken
- FB legt niet vast wie de zorg op zich gaat nemen, waardoor de kans op versnippering wettelijk gelegitimeerd wordt. Nu huisartsen nog prominent aanwezig zijn bij alle zorggroepen speelt dit nog nauwelijks. Met FB van chronische zorg is bewust niet aangesloten bij de bekostiging van huisartsenzorg. Dat moet te denken geven!
- FB conflicteert (dus) met inschrijving op naam
- FB legt de financiële risico's (arbeidsuren, kosten) van zorginkoop daar waar zij niet horen. Dit risico verplaatst zich namelijk van de verzekeraar naar de hoofdaanemer, nu nog veelal de huisarts. De hoofdaanemer van een DBC onderhandelt met alle onderaanemers: diëtiste, fysio- en podotherapeut, internist etc.
- Als hoofdaanemers overwegend huisartsen zijn, zal snel het verwijt gaan klinken van "marktmacht"³⁰ ("*denken vanuit financiering treft vooral ouderen en chronisch zieken*")
- FB gaat over het in potentie kunnen verhandelen van zorg (selectieve zorginkoop), FB (en ook PB) hebben mede als doel de zorginkoop te "*verindicatoren*" en dienovereenkomstig te verhandelen.
- FB kan niet zonder indicatoren, maar het instellen van indicatoren heeft hierbij niet altijd als doel het leveren van betere kwaliteit. Met FB is de zorginkoop stuurbaar te maken en dat kan alleen met zogenaamde meetbare aspecten. De relatie tussen (het halen van) indicatoren en (het leveren van) kwaliteit is zeer dubieus.
- FB is bij uitstek geschikt om top-down te budgetteren.
- Binnen FB worden op termijn financiële schotten geslecht, waarbij voor huisartsen de zorg zoveel mogelijk vanuit het financieringssysteem van de basiszorg wordt betaald. De grens tussen basiszorg en aanvullende zorg vervaagt, de grens tussen verplichte en facultatieve levering vervaagt (dan) ook

²⁵ Op dit moment (2009) zijn er 104 Zorggroepen met gemiddeld 76 HA (nulmeting) (80% van de huisartsen is lid van een zorggroep), 4% DM, waarvan 70% eerste lijn. Dit betekent : $104 \times 76 = 7904 \times 70 \text{DM} =$ nu in Keten: 553.280 DM patiënten. DM ketenDBC bvb p.p.p.jr 340 euro, Totaal DM budget in 2009: 188.115.200 ofwel ruim 188 miljoen aan DM ketenzorg

²⁶ Berekening: tarief 340 x 100 DM per praktijk x 6894 praktijken) = $340 \times 100 \times 6894 = \text{€ } 234.396.000$

²⁷ GELZ: Geïntegreerde Eerstelijns Zorg

²⁸ Min VWS, voorhangbrief keten-DBC's en huisartsbekostiging, CZ/EKZ/2963668, 23 oktober 2009

²⁹ Wildt, JE de, e.a, van zorggroep naar ketenzorg, handboek, pg 20, Gouda, oktober 2009

³⁰ Smeets, dr. Patrick, Marktwerking is zorgvershraling, Medisch Contact, 64 nr 49, 3 december 2009, pg 2057

- Bvb: het overhevelen van 75% van POH-S financiering naar de Ketenzorg betekent een overheveling van de huisartsenpraktijk naar de chronische patiënt. Wat voor de basiszorg van de huisarts een verlies is.
- Binnen FB wil minister Klink tussen 2010-2018 € 0.4 miljard te bezuinigen op de Ketenzorg (bekritiseerd door CPB)³¹, ofwel 400 miljoen in 8 jaar ofwel 50 miljoen per jaar. daar waar er m.i. in 2010 door Klink in totaal maar 53 miljoen extra naar de Keten gaat ten opzichte van 2009.
- Met FB legt Klink het risico bij verzekeraar en zorgaanbieder. In de Miljoenennota 2010 schrijft Klink letterlijk: *“randvoorwaarde voor een goede werking van prestatiebekostiging is dat de financiële risico’s daadwerkelijk liggen bij de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder”*. Zo blijft de klant, de overheid en de toezichthouders bewust buiten schot.

De hieronder gepresenteerde prevalentiecijfers van chronische zorgvormen (per normpraktijk), zijn ontleend aan de cijfers van Schellevis³² en van VWS³³:
 Voor de berekening van de keten-DBC Diabetes wordt het gemiddelde prevalentiecijfer van 100 diabeten per normpraktijk genomen

Tabel 18: Aantal patiënten per normpraktijk, per chronische zorgvorm

	Diabetes M	Hartfalen	COPD	CVR
Schellevis	88	17	34	141
VWS	116	27	68	580

In de ‘Voorhangbrief’ van VWS over functionele bekostiging wordt in een bijlage “het aantal potentiële patiënten voor genoemde ketens” vermeld voor de totale bevolking:

- 800.000 Diabetes M.
- 185.000 Hartfalen
- 470.000 COPD
- 4.000.000 CVR (inclusief DM / hartfalengroep)

De **diabeteszorg** in Nederland kost volgens het RIVM € 814 mln³⁴ (48% medicatie & hulpmiddelen; 24% ziekenhuiszorg en 11.6% aan ouderenzorg). Wat hierbij de kosten voor het werk van de huisartsen zijn, wordt niet expliciet vermeld. De totale kosten voor de verzekeraar voor de diabetesketenzorg liggen op € 340 p/pat/p/jr³⁵. De huisarts krijgt voor de begeleiding van een diabetespatiënt door de Zorggroep ongeveer € 215, - p/pat/p/jr uitbetaald. Minister Klink wil die in de toekomst farmacie, hulpmiddelen en diagnostiek onderbrengen in het DBC-tarief³⁶.

³¹ CPB notitie, houdbaarheidsmaatregelen curatieve zorg, brief aan Min VWS, tabel 1, pg 3, 15 september 2009

³² Dijk, C.v., Schellevis, F., Anders is niet per se beter, kanttekeningen bij functionele bekostiging, MC, 28 mei 2009, 64, nr 22, pg 973

³³ Min VWS, begeleidende brief bij de voorhangbrief, betreft introductie functionele bekostiging chronische aandoeningen per 1 januari 2010, kenmerk CZ/EKZ/2943775, 13 juli 2009, pg 4 van 5, 2^e alinea

³⁴ RIVM, http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1268n17502.html

³⁵ Zorggroep Ketenzorg DBC prijs DM zorg, voorbeeld 2008/2009 (regio bekend, preferente verzekeraar)

³⁶ Min VWS, voorhangbrief keten-DBC's en huisartsbekostiging, CZ/EKZ/2934968, 13 juli 2009, pg.5 van 16, item 2

Als de begeleiding van diabeten via de zorggroep gaat, dan zijn de macrokosten ruim € 234,- mln. Het zal een krachttoer worden om de standaardzorg voor 80-90% van het totale aantal diabeten via de zorggroep cq de keten-DBC te laten lopen.

De volgende keten-DBC is **COPD**, maar deze zit in 2010 nog (vast) in het A segment [ziekenhuisbudget]. Comité WAKE UP heeft berekend dat de huisarts exclusief de ANW-diensten, gemiddeld 56 uur per week werkt³⁷. Het is dan ook de vraag in hoeverre huisartsen zich in 2010 qua tijd en logistiek (en motivatie), extra kunnen en willen inzetten voor de implementatie van méér ketenzorg.

Los van het feit of huisartsen er toe bereid zijn, en de praktische mogelijkheden zien voor het opzetten en uitbreiden van ketenzorg DBC's, bestaat er in 2010, naast het budget voor keten-DBC Diabetes [€ 234 mln.], zo blijkt, nauwelijks of geen macro budget voor de ontwikkeling van de overige drie keten-DBC's.

Conclusie FB/ketenzorg:

De kosten voor de keten-DBC Diabetes bedragen macro € 234 mln. Voor de gehele ketenzorg is door de minister in 2010 slechts € 250 mln begroot. Met de resterende € 17 mln dient dus de implementatie van de overige drie keten-DBC's gefinancierd te worden. Hoewel de eerste activiteiten in de overige keten-DBC's al beschreven zijn³⁸, is het niet aannemelijk dat er in 2010 een forse stijging zal/kan optreden in de omzet van ketenzorg op basis van daarin actief participerende huisartsen. Enerzijds is het twijfelachtig of huisartsen gemotiveerd en in staat zijn meer extra werk te leveren, met als ervaring de huidige bezuinigingen op geleverd meerwerk in het verleden. Anderzijds ontbreekt met slechts € 250 miljoen in de VWS begroting voor ketenzorg ook het noodzakelijke macrobudget voor uitbereiding van de keten-DBC's. Verder zijn de risico's voor het hoofdaanemerschap door huisartsen niet transparant. Naast de vraag wat het effect van functionele bekostiging zal zijn op de kwaliteit van de (huisartsen)zorg³⁹. Minister Klink heeft aangekondigd dat de invoering van de ketenzorg macro-economisch "*budgettair neutraal*" zal worden gerealiseerd⁴⁰. Hij heeft bij de beroepsgroep van huisartsen de indruk gewekt dat er met de ontwikkeling van ketenzorg € 200 miljoen uit de tweede lijn wordt overgeheveld naar de eerste lijn⁴¹. Nadere bestudering van de brieven van Klink geeft echter een heel andere onderbouwing: de keten DBC middelen worden deels óók betaald van de huisartsenbekostiging, met name van de relevante M&I modules, de voor de betreffende ketens werkzame POH-S en de graduele afbouw van de GEZ module⁴².

- **Bij alle CVZ kostencijfers ontbreekt het toepassen van normatieve kostencijfers, de kennis over de arbeidsduur van dagzorg van huisartsen, met uitsplitsing naar basiszorg, aanvullende zorg en het**

³⁷ Medisch Contact, Nieuwsreflex, Comité: 'Huisartsen werken langer dan gedacht', 13 aug 2009, 64, nr 33-34, pg 1368

³⁸ LVG, de Wildt JE en Leusink, dr G, Nulmeting Zorggroepen, een beschrijvend onderzoek van de karakteristieken, Utrecht, oktober 2008 pg 22 en 23

³⁹ Huisarts & Wetenschap, NHG-nieuws, Functioneel? Column Arno Timmermans, nhg-37, 52(8) juli 2009

⁴⁰ Min VWS, de patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging, brief aan TK, kenmerk CZ/EKZ/2898021, 22 december 2008, pg 2 van 15, 1^e alinea

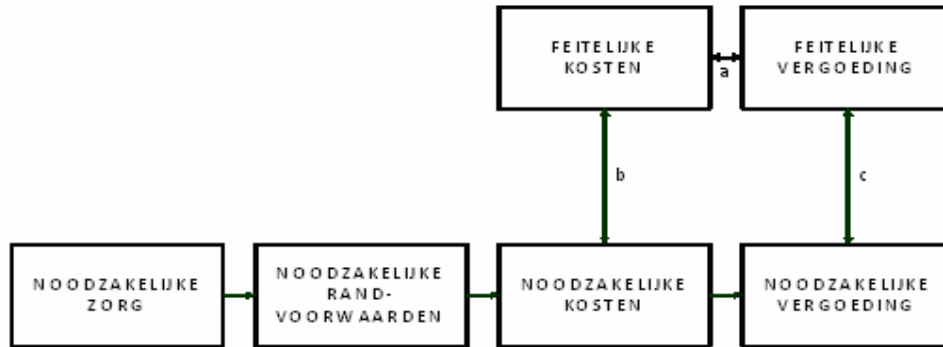
⁴¹ LHV, brief voorzitter aan leden, stand van zaken onderhandelingen 2010, 9 juli 2009, pg 2 item 2

⁴² Min VWS, begeleidende brief bij de voorhangbrief, betreft introductie functionele bekostiging chronische aandoeningen per 1 januari 2010, kenmerk CZ.EKZ/2943775, 13 juli 2009, pg 4 van 5, 4^e alinea

aantal uren overhead. Zonder deze kennis kan er nimmer een kostprijsberekening plaatsvinden.

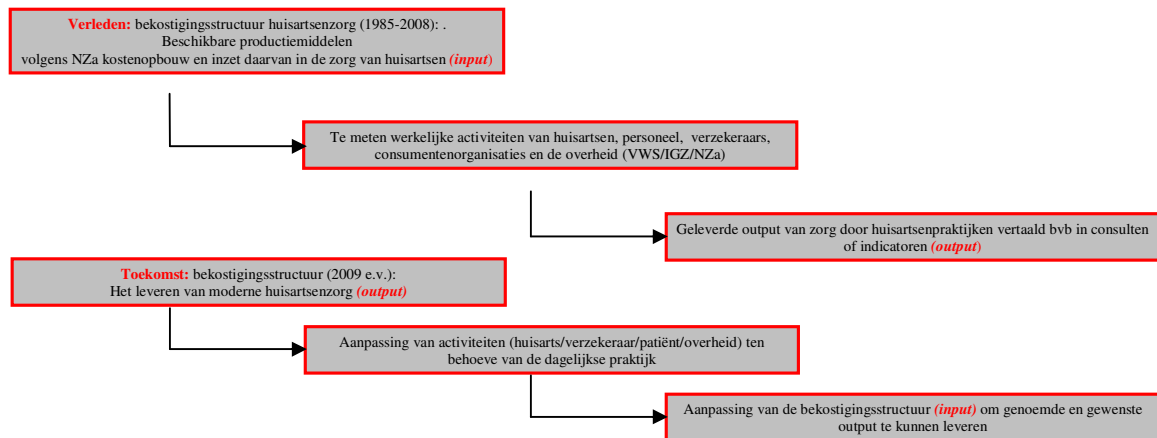
De aanname in het NZa kostenonderzoek⁽¹⁾ dat het in kaart brengen van de huidige kosten iets kan zeggen over de legitimiteit van de huidige tarieven, en daarmee over de gewenste toekomstige tarieven, lijkt niet verdedigbaar. In het NZa onderzoek wordt uitsluitend aandacht besteed aan feitelijke kosten en de feitelijke vergoeding (as a in Schema I). Dit onderzoek gaat niet in op de vergoeding van de noodzakelijke kosten van gewenste zorg (as b en as c in Schema I). De onderste vier blokken worden daarom door NZa niet onderzocht.

Schema I: (LHV model)



In hoeverre laten huisartsen vervolgens zich in hun ondernemers- en investeringsgedrag dan leiden door de huidige bestrijdingsstructuur en het tariefstelsel? Welke activiteiten en middelen worden bewust wel en/of bewust niet ingezet? Bij *topdown financiering* en budgettering zijn de in te zetten middelen (en activiteiten) ook gebudgetteerd. Bij *bottumup financiering* worden die middelen ingezet (en activiteiten) die nodig zijn.

Schema II: uitgangspunten kostprijsberekening “ist” (verleden) en “soll” (toekomst)



Er is maar een manier om uit deze negatieve spiraal te komen: een kostprijsberekening! Wat zijn de werkelijke kosten van gewenste huisartsenzorg in een zorgtijdperk dat zich als volgt laat kenschetsen: enerzijds vraagsturing en gereguleerde marktwerking naast samenwerking met andere zorgaanbieders en anderzijds transparantie over een doelmatig gebruik van middelen. De keuze van methode van kostprijsberekening heeft consequenties voor de hoogte

van de kostprijzen van de diverse vormen van zorg die de huisarts kan leveren. Als de kostprijs vervolgens niet wordt betaald, dan kan en moet dit ook leiden tot een herdefiniëring van het zorgaanbod⁴³. Budgetfinanciering leidt tot zorgbudgettering.

- **Voor zover deze normatieve cijfers wel bekend zijn, vormen budgettering en een perverse manier van tariefberekening een tweede drempel voor adequate kostprijsberekening van huisartsenzorg**

Huisartsenzorg is opgesplitst in gewenste basiszorg en gewenste aanvullende zorg. In oktober 2006 heeft de LHV een kostprijsberekening gemaakt van de basiszorg. In *basiszorg* zijn normatieve kosten (as b en c uit schema I) De term “normatief” staat voor alle relevante onderdelen die bij het verplicht leveren van een goed beschreven zorgprestatie “basiszorg” horen: leveren omvang normatieve basiszorgproduct, een normset indicatoren, normomzet, norminzet (aantal uren gemeten met arbeidsanalyse in vergelijk met een norm), norminkomen, normwinst, normkosten. Elke huisarts levert verplicht het basiszorgaanbod en daarom is deze basiszorg voor huisartsen de kern van zijn of haar werk. In de *aanvullende zorg* is de geleverde zorg wél gebaseerd op een concrete prestatiebeschrijving van een bepaald type chronische zorg. Van deze prestatie zijn de kosten specifiek te berekenen door te kijken naar de specifieke activiteiten van alle functionarissen en specifieke in te zetten productiemiddelen nodig voor deze specifieke zorgprestatie. Al deze noodzakelijke middelen worden omgezet in een tarief, uitgesplitst naar een inschrijftarief en een consulttarief. De werkelijkheid is echter anders. Al meer dan tien jaar worden de tarieven voor huisartsenzorg berekend met een tariefformule die uitsluitend tot doel heeft om de macrokosten van deze zorg te beteugelen. Slechts met (helaas) actievoeren (2001 en 2005) is budget toegevoegd.

$$\text{NZa tariefformule}^{44} : \text{tarief} = \frac{\text{Kosten normpraktijk}}{\text{werkbelasting}}$$

In deze tariefformule plaatst de NZa de werkbelasting in de noemer van de breuk en de kosten in de teller. Menskracht, gebouwelijke voorzieningen ICT/telecom en praktijkinventaris bepalen in belangrijke mate de kosten. Als er vervolgens méér gewerkt, of in NZa termen, geproduceerd wordt, lopen de kosten in op. In de tariefformule leidt meerwerk echter tot verlaging van de tarieven zodat meerwerk tegen gelijke kosten geleverd wordt. Een terugkerende keuze die ingegeven is uit bezuinigingsoverwegingen.

In de tariefformule 2010 zijn de voor huisartsen oplopende praktijkkosten van de normpraktijk verlaagd ten opzichte van 2009 en is verder de werkbelasting via een rekennorm consulten verhoogd. Dit gegeven is des te schrijnender omdat de NZa zelf geen enkel onderzoek heeft verricht om de eigen formule (wel) juist in te vullen. Noch naar noodzakelijke normpraktijkkosten van de normpraktijk, noch naar de hedendaagse werkelijke werkbelasting/arbeidsduur. Dat hoort blijkbaar niet tot hun taakopvatting. Dit legitimeert dan ook de vraag hoe de NZa als toezichthouder ooit tot een correcte berekening van het tarief kan komen?

⁴³ Min Klink schermt nogal eens met Redefining Health Care van Michael Porter, waarbij de klantwaarde centraal staat. Echter om waardegedreven te ondernemen, moet ook beleidsmatig ruimte worden gemaakt, met met name meer ruimte voor bekostiging van innovaties. Maar de werkelijkheid voor huisartsen is dat in een worstcase scenario 2010 ongeveer 10% van het basisdagzorg budget wordt bezuinigd. Hoezo Porter?

⁴⁴ NZa brief, gericht aan bestuur LHV, LVG, huisartsenbekostiging, JWES/escs/EZK/09d0049176, 12 november 2009

De NZa stelt verder dat de herijking van de tarieven is gebaseerd op een in opdracht van de NZa uitgevoerd kostenonderzoek⁴⁵. De NZa projectgroep van huisartsen⁴⁶ acht het kostenonderzoek een inferieur onderzoek en dient een klacht in bij de Nationale Ombudsman. Klachtonderbouwing is uiteen gezet⁴⁷ (deze klacht loopt nog).

“Bij alles wat de NZa doet staat het belang van de consument centraal”, stelt NZa in haar missie. Hoe kan een dergelijke berekeningssystematiek van al meer dan een decennium nu dit belang dienen? Verder is deze berekeningssystematiek ook niet in overeenstemming met de uitgangspunten van Michael Porter.

Een belangrijk spanningsveld in de huisartsenzorg is ontstaan nu de overheid wel de patiënt een steeds steviger positie geeft, maar vervolgens als wetgever nalaat de huisarts voldoende tijd, menskracht en middelen te geven om de gewenste zorg te leveren. Met deze betalingsystematiek zullen innovaties op het gebied van bereikbaarheid, ondersteuning, organisatie en huisvesting niet plaatsvinden. Dit zal ertoe leiden dat patiënten niet de zorg krijgen die noodzakelijk is.

Slotconclusies

De bekostiging van huisartsgeneeskundige zorg 2010 wordt, terwijl het zorgvolume uitbreidt, gedomineerd door krimp en draagt instrumenten aan voor een steeds selectievere zorginkoop door verzekeraars: verzekeraars bepalen straks voor de patiënt welke zorg en bij wie wordt ingekocht. Met geen woord wordt gerept over investeringen voor duurzame zorg aan de andere kant van de budgetstreep, hoewel de kostprijs basisdagzorg in 2006 al door LHV is berekend. Vooruit of achteruit, dat is de keuze waar huisartsen nu voor staan? Het weghalen van volumeprikkels in combinatie met (ook achteraf) korten bij “overschrijding budget” is in strijd met het principe van waardegedreven ondernemen van Porter. Voeg daarbij het feit dat de maatregelen niet eenmalig zullen zijn maar structureel, waarbij elk jaar nieuwe bezuinigingsvarianten met FB en/of PB introduceerbaar zijn. De overheid, die met de mond deregulering belijdt en een NZa die recent nog budgettering afwijst, praktiseren met deze financieringssystematiek juist precies het tegenovergestelde: regulering en budgettering. De toezichthouder is een budgethouder die met een gedateerde tariefformule de prijs berekent, passend bij kostenbeheersing. Op meerdere fronten in de bekostigingssystematiek 2010 komen (dezelfde/minder) gelden tegen nieuwe voorwaarden weer beschikbaar, zonder dat nu al wordt aangegeven welke voorwaarden dat concreet zijn en hoeveel concrete tijd dit gaat kosten bij implementatie en uitvoering (plan-do-check-act). Op deze manier “helpt” de minister de verzekeraars om zorg “selectiever” in te kopen. Verder muteren de tarieven van tarief per verrichting naar tarief per persoon. Dit gebeurt om de volumeprikkel eruit te halen. Volumeprikkels worden gezien als perverse prikkels.

Trends:

1. overheid hebben huisartsen in de houdgreep en slechts met maximale moeite valt de schade te beperken. Over investeringsruimte aan de andere kant van de budgetstreep

⁴⁵ NZa, Nieuws, NZa past tarieven huisarts aan, huisartsenzorg wordt structureel goedkoper

⁴⁶ LHV, NZa projectgroep, deelnemers, uitverkorenen en hun begeleiders, 2008/2009

⁴⁷ <http://devrijehuisarts.org/asp/NZaPG/NZaPG-voortgang200209.asp>

<http://devrijehuisarts.org/asp/disfunctionerendeNZa131008.asp>

- praat niemand. Ook in economische voorspoedtijden overigens niet. Het argument van de crisis is niet rechtsgeldig.
2. als de houding wordt in plaats van direct afwijzen een houding van “damage control” doemt elk jaar hetzelfde scenario op: structureel korten en het met voorwaarden, door anderen opgesteld, weer terug kunnen “verdienen”
 3. in korte tijd worden “marktinstrumenten” ingezet zoals functionele bekostiging (FB) en prestatiebekostiging (PB). FB wordt ingezet om zorg uiteindelijk te kunnen verhandelen. PB wordt ingezet om (beperkt) budget (voorwaardelijker) te verdelen.
 4. het regelen van randvoorwaarden gaat steeds meer van centraal (LHV) → perifeer(Kring) → individuele hagro’s met risico’s van verdeel en heers
 5. tarieven gaan steeds meer van een verrichting(bvb M&I3) → module/abonnement (M&I14)
 6. budgetkortingen nemen de plaats in van investeringen

Oplossingen:

1. **kostprijsberekeningen (bottom up)**
2. **arbeidsanalyse huisarts en personeel**
3. **analyse accountantsrapporten geeft data voor onderhandelingen**
4. **budgetfinanciering leidt tot zorgbudgettering en herdefiniëring zorgaanbod**
5. **de prijs van moderniseren moet bekend zijn**
6. **vertaal de kostprijs naar de activiteiten**
7. **basiszorg en aanvullende zorg scheiden**
8. **er is niets mis met normeringen**
9. **zolang verplichte levering van ANW is gekoppeld aan basisdagzorg is er geen onderhandelingspositie**
10. **breng de kosten van het ontwikkelen van een zorgstandaard onder in de huisartsenbekostiging en zo nodig in de ketenfinanciering**
11. **POH-S ouderenzorg voor € 35,- per Nederlander**
12. **diagnostiek voor basiszorg (spiro/ECG/ABPM) dient altijd als 13code te blijven bestaan**
13. **volumeprikkels pervers? Geen volumeprikkels leidt ook niet tot succes!**
14. **naast declareerwijzer ook een contracteerwijzer**
15. **breng de bekostiging van huisartsen ketenzorg voor chronische patiënten onder in de reguliere huisartsenbekostiging**
16. **laat het risico van zorginkoop bij de partij die het met de ZVW heeft gekregen**
17. **houdt een huisartsen EPD (R-EPD/L-EPD) gesloten voor niet huisartsen**
18. **steun de klacht bij de Nationale Ombudsman**
19. **ION voor 16.2 miljoen Nederlanders**
20. **slechts internaliseren van het probleem (huisarts, verzekeraar, overheid, toezichthouder, klant) biedt uitzicht op de oplossing**

Dieren, 7 december 2009

Anton Maes