



<http://devrijehuisarts.org/>

LHV biedt geen garanties voor toekomstbestendigheid huisartsenzorg

Analyse van het "Voorlopig akkoord VWS" door De Vrije Huisarts

1. toekomstbestendigheid huisartsenzorg is in geding
2. geen rechtvaardige basis voor korting huisartsen
3. nog steeds wordt huisartsenmeerwerk afgestraft
4. 5 jaar minlijn brengt huisartsenbasiszorg in problemen
5. huisartsenzorgbudgettering lijkt de enige uitweg

17 juli 2009

LHV BIEDT GEEN GARANTIES VOOR EEN TOEKOMSTBESTENDIGE HUISARTSENZORG

Op 17 september a.s. gaat de LHV Ledenraad een besluit nemen over het uiteindelijke akkoord tussen VWS en LHV voor 2010. Dezelfde Ledenraad gaf op 7 juli j.l. het LHV bestuur het mandaat om het voorlopige resultaat verder uit te werken. Dit voorlopige resultaat is niet alleen te lezen in de brief van voorzitter van Eijck aan haar leden⁽²⁾, maar ook in de brief van minister Klink aan de Tweede Kamer⁽¹⁾.

GEEFT HET VOORLOPIGE AKKOORD DAN VOLDOENDE UITZICHT OP EEN DEFINITIEF AKKOORD DAT WEL TOEKOMSTBESTENDIG IS?

Stichting de Vrije Huisarts is van oordeel dat dit niet het geval is: de mogelijkheid tot innovatie wordt sterk gereduceerd, terwijl juist in tijden van crisis zorgverplaatsing van dure ziekenhuiszorg naar goedkopere zorg door huisartsen cruciaal is als bijdrage aan betere betaalbaarheid van zorg. Daar waar minister Klink zich in alle beleidsstukken ernstige zorgen maakt over "dubbele bekostiging" van zorg, daar maakt Stichting de Vrije Huisarts zich ernstige zorgen over "dubbele werkzaamheden voor één prijs". Het huidige akkoord kwalificeren wij als onvoldoende.

HERHALING VAN STEEDS HETZELFDE PROBLEEM

Sinds het begin van deze eeuw is het al de vijfde keer dat de huisartsen strijden met overheid (en verzekeraars) over de financiering van hun zorg. In 2002 en 2005 leidde dat tot acties. In 2007 konden acties nog net worden afgewend, toen tenslotte het Vogelaarakkoord definitief werd afgewikkeld. Kern van de terugkerende financieringsproblematiek is de

dreigende en uitgevoerde tariefkorting bij aangetoond meerwerk. Ook al in de tijd vóór de crisis. Door kortingen kregen huisartsen de afgelopen vier jaar geen inflatiecorrectie. In 2008 betaalt de Nederlander € 152,- per jaar voor de totale kosten van 7 x 24 uur huisartsenzorg. Dit als onderdeel (3.1%) van de totale zorgkosten per inwoner, namelijk € 4809,- per jaar⁽⁵⁾.

Vorig jaar heeft de NZa een discutabel onderzoek uitgevoerd naar kosten en inkomen van de huisarts in 2006⁽⁷⁾. De NZa presenteerde als uitkomst dat er sprake was van een winst van ruim € 48.000 per normpraktijk, uitgaande van een werkweek van 45 uur. Om dit omzetbedrag op waarde te kunnen schatten moet niet alleen de arbeidsprestatie (werkinhoud/werkduur) van huisartsen in dat jaar bekend zijn, maar ook voor meerdere jaren de kostprijs van gewenste duurzame huisartsenzorg. Maar beide elementen zijn bewust niet door de NZa onderzocht. De werkelijke werkuren van de huisarts zijn niet geïnventariseerd (overhead/praktijkorganisatie/overleg/diensten), hoewel deze uren met de start van de Zorgverzekeringswet enorm zijn toegenomen. Ook werden de hogere kosten (ten opzichte andere praktijkvormen) voor de relatief dure Geïntegreerde Eerstelijns Zorginstellingen (die wilde de minister toch?) wel door de NZa onderzocht, maar uiteindelijk buiten de slotanalyses gelaten. Inzicht in de kosten van 'gewenste' huisartsenzorg, toch leidraad bij beleid en financiering en feitelijk de enige soort zorg die telt, is met het kostenonderzoek ook niet gegeven. Het vormde in het geheel geen object van onderzoek. Een gemiste kans!⁽¹⁰⁾ Temeer omdat huisartsen door de andere toezichthouder (IGZ) wel op het leveren van 'gewenste' huisartsenzorg worden beoordeeld. De NZa bepaalt vervolgens met haar eigen toets de hoogte van het **norminkomen**, noemt vervolgens het bedrag erboven "extra winst", publiceert dit in een persbericht, maar inventariseert daarnaast niet de **norminzet** en **normkosten** van de huisarts. Hoe kun je nu een uitspraak doen over winst als je niet weet wat de zorg kost en hoeveel verkeer daar voor nodig is? Om deze reden levert het NZa onderzoek huisartsen geen bruikbare beleidsinformatie op, maar creëert het wel op oneigenlijke wijze een grondslag voor de minister om bezuinigingen door te voeren. Dit is manipulatief gegoochel met getallen, een toezichthouder onwaardig⁽¹⁰⁾.

MACRO

Minister Klink gaat voor 2010 om begrotingstechnische reden de zorg korten met € 1 miljard. Huisartsenzorg moet € 60 miljoen inleveren. Het is allereerst bevreemdend dat de beroepsgroep huisartsen, verantwoordelijk voor slechts 3.1% van de macrokosten, bij deze kortingsactie 6% van dit totale tekort moet opbrengen. Zeker als men beseft dat in de periode 2000-2008 voor de burger de kosten van de huisartsenzorg zijn gestegen met 69%, maar in de vergelijkbare periode de kosten van de hele zorg voor de burger zijn gestegen met 81%⁽⁵⁾.

Vorig jaar kondigde minister Klink ook al een tariefkorting voor huisartsenzorg in 2009 af, toen bleek dat de uitgaven huisartsenzorg in 2007 het macrokader huisartsenzorg met 68 miljoen euro - een stijging van 5,2 procent - hadden "overschreden". Wat de minister vergeet te melden, is dat huisartsen tussen 2004 en 2007 ruim 25 miljoen extra basiszorgconsulten en één miljoen uren aanvullende zorg, veelal verplaatsing van tweedelijnszorg naar de huisarts in de eerste lijn, hebben verricht⁽⁸⁾. Tegenover deze meerkosten staat dus ook méér geleverd werk. En ook na 2007 zet deze trend van meerwerk zich door⁽⁴⁾. De enorme productiviteitsgroei in de huisartsenzorg de afgelopen jaren is onmiskenbaar. Dat gebeurde door doelmatiger en harder werken en macro gezien achterblijvende groei van middelen⁽⁵⁾. De huisartsenzorg is anno 2009 financieel een door de overheid gestuurde zorginstelling geworden, waarbij de huisartsen wel de verantwoordelijkheid houden voor levering van het uitbreidende zorgaanbod met als loon voor dit extra werk uiteindelijk een korting.

MÉÉR CONSULTEN

Ook in 2007, het tweede jaar na de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet, stijgt het aantal declaraties door een hogere consultfrequentie. Dit blijkt uit onderzoek van het NIVEL⁽⁹⁾ (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg). De huisarts ziet zijn patiënten gemiddeld vaker dan voorheen. De redenen zijn bekend: vergrijzing, verkorte ligduur in het ziekenhuis, extramuralisering, normering binnen beroepsgroep, malheur in de thuiszorg, zorgverplaatsing naar de eerste lijn en het met marktwerking gepropageerde consumentisme. “De drempel om de huisarts te raadplegen is kennelijk lager geworden”, concludeerde het NIVEL. De huisarts ziet zijn patiënten vaker en de consulten duren langer⁽⁹⁾.

NOG MÉÉR CONSULTEN IN DE NABIJE TOEKOMST BETEKENT MET DE HUIDIGE FINANCIERINGSSYSTEMATIEK DAT HUISARTSEN HUN ZORG ZULLEN MOETEN GAAN BEPERKEN

Met de huidige bezuiniging moet de huisarts bij stijgende zorgvraag wel bezuinigen op de praktijkvoering, de huisvesting en ondersteuning door praktijkmedewerkers. Maar de Nederlandse bevolking vergrijsst. Over twintig jaar is het aantal 65-plussers in Nederland met de helft toegenomen: van 14% in 2005 tot 21% in 2025. Deze vergrijzing brengt een duidelijke toename van het aantal mensen met een chronische ziekte met zich mee⁽¹⁴⁾. De zorgcapaciteit, inclusief de ter beschikking gestelde middelen, moet feitelijk worden uitgebreid. Bij een dergelijke volumegroei past geen bezuiniging! Huisartsenzorg valt onder het basispakket zorg. Het verlies op de basispolis bedraagt al ten tijde van vóór de kredietcrisis (2007!) macro € 507 miljoen ofwel ruim € 31,- per Nederlander per jaar. Huisartsen zijn niet verantwoordelijk voor toename van het aantal consulten als gevolg van stijgende zorgvraag. Als dan toch door de minister het woord “overschrijding” wordt gebruikt dan is het de burger die het “contactbudget” overschrijdt. Waarbij de betaalde zorgpremie van de polis van het basispakket al jaren achtereen de basiszorgkosten niet dekt, omdat de Minister niet de macro zorgkosten adequaat calculeert en de verzekeraars uit oogpunt van concurrentie de premies (te) laag houden. Als de zorgkosten door Minister en verzekeraars te laag worden gecalculeerd, dan kan aan het eind van het jaar de zorgaanbieder toch niet opdraaien voor dit tekort? Als het aantal branden per jaar toeneemt, wordt toch ook de brandweer niet gekort? Kortage nu, betekent geen aanpassing van de praktijkvoering en stilstand van innovatie! Zorgbudgettering door de huisarts zal dan onvermijdelijk leiden tot een toenemend aantal verwijzingen naar de tweede lijn. Juist het omgekeerde van wat de minister wil.

HET VOORLOPIG AKKOORD VWS-LHV

1. **60 miljoen korting op het inschrijftarief** betekent een omzetsderving van € 8812.50 voor de normpraktijk⁽²⁾. Klink noemt dit “variabilisering van het inschrijftarief” Het voorlopige akkoord suggereert dat in 2011 het bedrag kan worden terugverdiend met generiek voorschrijven. Dit is één van de voorbeelden van twee keer werken en een keer betalen (eerst meerwerk verrichten met reguliere contacten in 2008, daarvoor als loon een korting krijgen in 2010, daarna dit zelfde geld weer terug verdienen met generiek voorschrijven in 2011). Aan generiek voorschrijven hoort geen resultaatverplichting te worden gekoppeld, zo vindt Stichting de Vrije Huisarts. En het is helemaal kwalijk dat daar voor huisartsen geldvoordeel aan wordt gekoppeld. Een resultaatverplichting is strijdig met de professionele autonomie en doet de patiënten tekort. Ingrijpen in prijzen van medicatie loopt niet via de spreekkamer van de huisarts. Als er dan (blijkbaar) moet worden ingegrepen moet minister Klink maar zelf communiceren naar de burger door middel van een pakketmaatregel. Dan ligt de bal

waar deze hoort te liggen. In 2005 vond de KNMG/LHV/Orde overigens ook dat artsen geen financieel voordeel mogen hebben bij het voorschrijven van recepten⁽¹¹⁾. De huidige koerswijziging van de LHV bevreemdt ons dan ook en is ongewenst.

2. **Introductie keten DBC's (200 miljoen).** Per fulltime huisarts zijn er ongeveer 88 patiënten met diabetes, 34 met COPD, 17 met hartfalen en 141 met een verhoogd risico op hartvaatziekte⁽¹²⁾. Het organiseren van een goede ketenzorgstructuur kost veel tijd terwijl het aantal patiënten waarop de structuur betrekking heeft, relatief klein is. De huisarts besteedt het leeuwendeel van zijn tijd aan basiszorg. Stichting de Vrije Huisarts ziet geen vermindering van basiszorgcontacten met het opzetten van Ketenzorg en ziet dus ook geen reden tot bezuiniging op basiszorg bij financiering van Ketenzorg. Eerder zien wij een toename. De ontwikkeling die NIVEL heeft geschetst⁽⁹⁾ zal zich voortzetten, gerelateerd aan vooral de vergrijzing en zeker in crisistijden met meer psychosociale problematiek. Huisartsen hebben allereerst een betere bekostigingsstructuur van de basiszorg nodig. Als je een huis bouwt, zorg je eerst voor een goed fundament. Pas dan bouw je op de basis van dit fundament de eerste verdieping (1e fase ketenzorg, POH-GGZ), een 2e etc. Het moet niet zo zijn dat de huisarts niet kan rondkomen van zijn core-business, goede basiszorg, en daarom gedwongen wordt allerlei tweedelijnsactiviteiten, zoals Ketenzorg, over te nemen. De door de huisarts aan ketenzorg te besteden tijd wordt overschat en de tijd om ketenzorg goed te organiseren (indicatoren, motivatie, randvoorwaarden) wordt onderschat. Zeker als onder de keten DBC straks ook nog de geneesmiddelen, diagnostiek en hulpmiddelen moeten gaan vallen⁽¹⁾. Als de korting op de basiszorg wordt gefinancierd met gelden uit de ketenzorg, zijn huisartsen ook hier extra aan het werk bovenop hun tijd besteed aan basiszorg. En wat die tijd betreft zal op enig moment de wal het schip keren. Er wordt riskant spel gespeeld met de gezondheid van burgers door het fundament van ons stelsel, sterke huisartsgeneeskundige basiszorg, op deze wijze te ondermijnen.
3. **Indexatie over 2010.** Dat het doorgaan van een indexatie wordt gebracht als nieuws, is op zich al bijzonder. Met het uitblijven van indexering in de basiszorg de laatste jaren is het budget van de huisartsenzorg na 2005 cumulatief in ieder geval al 12% gekort. Dat bij alle vrije beroepsbeoefenaren het inkomensdeel i.v.m. financiële crisis niet wordt geïndexeerd⁽²⁾, mag zo zijn, feit blijft dat specialisten in het ziekenhuis in 2007 wel hun inkomensdeel hebben herijkt. En hidha's en waarnemers ook! Waarom deze artsen wel en de praktijkhoudende huisarts niet? Specialisten kwamen in 2007 uit op een normatief uurtarief van 132.50 (prijsspeil 2006) met een bandbreedte van plus/min € 6.-
4. **Verhoging ANW tarief naar € 65,-.** Bekend is dat het aantal hulpvragen op de huisartspost stijgt met 6.8% per jaar, waarvan 80% niet-spoedeisend is. Bij integratie van de ANW zorg tussen HAP en SEH van een ziekenhuis, zal de contactfrequentie nog verder toenemen. Uit VWS onderzoek ('Met Spoed', CZ/EKZ/3898024, 22.12.08) blijkt dat op de Spoed Eisende Hulp van een ziekenhuis 60% als zelfverwijzer komt, waarvan 80% huisartsgeneeskundig geholpen kan worden. Een verhoging van het ANW uurtarief is alleen al gerechtvaardigd uit oogpunt van het meerwerk. Minister Klink stelt € 20 miljoen beschikbaar. Eerder heeft Stichting de Vrije Huisarts al uitgerekend dat om het ANW tarief te verhogen naar € 80,- de kosten daarvan macro € 50 miljoen zijn⁽¹³⁾. De lokale onderhandelaars weten wat hun te doen staat.
5. **Herhaalreceptuur-budget naar het inschrijftarief.** Stichting de Vrije Huisarts vindt dat beheer van herhaalreceptuur moet gebeuren door de voorschrijver. De huisarts heeft het beste overzicht over alle medicatie het beste overzicht en is dus de meest aangewezen persoon om herhaalreceptuur te verzorgen. De koppeling van de omzet

uit herhaalrecepten aan het inschrijftarief en de inschrijving op naam is een goede stap vooruit in het medicatiebeheer, mits voldoende rekening wordt gehouden met toename van herhaalmedicatie en indexering. De Vrije Huisarts vreest op basis van de ervaring uit het verleden dat dit onvoldoende zal gebeuren.

6. **Wijziging M&I beleid**, niet genoemd in door de LHV in haar brief aan de leden⁽²⁾, wel genoemd door de minister⁽¹⁾. Onder het mom van “vereenvoudiging” van de M&I systematiek wil minister Klink een aantal M&I 13-codes overzetten naar M&I 14-codes. Hoewel Klink stelt het bijbehorende M&I budget te zullen handhaven, blijkt dat huisartsen hiervoor een apart contract af moeten sluiten met de verzekeraars⁽¹⁾. Opmerkelijk dat deze overzetting via “centraal” wordt opgelegd, daar waar de M&I afspraken (prestatie en prijs) tot op heden juist perifeer werden ingevuld? De reden van omzetting van 13xxx naar 14xxx is duidelijk: er wordt opnieuw een fictieve markt gecreëerd waarop de verzekeraar met selectieve zorginkoop en hogere eisen deze zorg zal inkopen. Met een “besparing”... natuurlijk! Opmerkelijk dat in de LHV brief niets over deze omzetting staat vermeld hoewel het betreffende M&I volume groot is: ABPM (2.8 miljoen), spleetlamp (1.0 miljoen), Doppler (0.9 miljoen), MMSE (0.9 miljoen), ECG (6.5 miljoen), audiometrie (1.0 miljoen), catheters plaatsen/vervangen (1.0 miljoen), teledermatologie (0.5 miljoen), otitis externa (0.5 miljoen). Tezamen een nieuw te contracteren M&I volume van € 16.8 miljoen (Bron: Vektis:2007) En waarbij de inspanningen van onderhandelende Kringen om deze zorg te contracteren hoog zullen zijn..

FINANCIËLE BUDGETTERING LEIDT TOT ZORGBUDGETTERING

Een korting van € 60 miljoen heeft consequenties. Er is in de huisartsenzorg sprake van uitdijende verantwoordelijkheden, uitbreiding van medische taken, toegenomen zorgvraag en administratieve verplichtingen. Er is een enorme behoefte aan slagkracht voor noodzakelijke innovaties. Als echter de financiering niet wordt aangepast aan de extra kosten die volumestijging en hogere kwaliteitseisen van gewenste zorg tot gevolg hebben, maar er juist keer op keer fors bezuinigd wordt, houdt het een keer op. Dan zit er niets anders op dan het te leveren zorgaanbod van huisartsen aan te passen aan de beschikbaar gestelde financiering: inkrimping van het te leveren zorgaanbod en afwijzen van verantwoordelijkheden en taken.

Als het niet kan zoals het moet, dan moet het maar zoals het kan: zorgbudgettering als antwoord op budgetfinanciering. Tegenover “**variabilisering van het inschrijftarief**” van Klink⁽¹⁾ dienen huisartsen “**variabilisering van het zorgaanbod**” te plaatsen. Huisarts, durf te kiezen!!

LIEVER HELDERHEID NAAR PATIËNTEN OVER HETGEEN JE NOG WEL NAAR PROFESSIONELE MAATSTAVEN KUNT LEVEREN, DAN ONDERMAATSE ZORG BIJ ONTOEREIKENDE RANDVOORWAARDEN DOOR EEN HUISARTS MET EEN DREIGENDE BURN-OUT.

Betere zorg begint nog steeds met een sterke eerstelijnszorg. In deze eerste lijn speelt de huisarts een cruciale rol. Een sterke eerste lijn is de beste garantie dat de zorg niet alleen laagdrempelig toegankelijk is, maar ook beter betaalbaar zal blijven. Deze les is door minister Klink nog niet geleerd, ondanks het advies van onder andere de Gezondheidsraad (European primary care, 2004)⁽⁶⁾. Want zoals Barbara Starfield al concludeerde: “Een sterke eerstelijns voorkomt onnodige economische en gezondheidsschade”⁽³⁾.

Huisartsen gaan/zijn op vakantie. Ze mogen nadenken hoe het verder moet en moeten een besluit nemen. Willen wij in de toekomst nog goede huisartsenzorg kunnen leveren, dan is

dit pad een doodlopende weg. We moeten het huidige aanbod afwijzen en opnieuw om de tafel met Klink.

STICHTING DE VRIJE HUISARTS HEEFT HAAR STANDPUNT BEPAALD. NU U NOG.

BRONNEN:

1. VWS, Voorhangbrief keten-DBC's en huisartsenbekostiging [pdf] 13-7-2009, In deze brief gaat minister Klink in op keten-DBC's en huisartsenbekostiging, in het kader van het verbeteren van zorg voor de chronische patiënt.
2. LHV, Klink wil huisartsenzorg ontzien Brief aan de leden van de LHV [pdf], Dr. Steven R.A. van Eijck, 9 juli 2009,
3. Medisch Contact, Gesprek met Barbara Starfield 10 - 10 maart 2005
4. College voor zorgverzekeringen, Huisartsenzorg. Consultatieven 2008, CVZ, Geactualiseerd op 14-01-2009
5. DVH, Huisarts blijft spotgoedkoop voor de B.V. Nederland, 26 mei 2009
6. Gezondheidsraad, European primary care 16 december 2004
7. NZa, Resultaten kostenonderzoek huisartsen NZa, 17-04-2009
8. A.A.C.M. Maes, G.J. van Helden en J. de Haan Wat willen we van de huisarts? Medisch Contact, 44 - 28 oktober 2008
9. NIVEL, Nederlander vaker naar de huisarts, 31 maart 2008, [De Nederlander gaat vaker naar de huisarts. Hierdoor is het aantal door huisartsen gedeclareerde verrichtingen het eerste halfjaar van 2007 fors hoger dan in het eerste halfjaar van 2006. De stijging in het huisartsenbezoek na de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet zet door]
10. DVH, Valse Tricks en (Reken)trucs van Marktmeester NZa Commentaar van De Vrije Huisarts op de Eindrapportage NZa / Significant Kostenonderzoek maart 2009, 22 mei 2009
11. Medisch Contact, KNMG. geneesmiddelenbeleid: stand van zaken, MC, 9 december 2005, 60 nr 49, blz 2002
12. Dijk, C.v., Schellevis, F., Anders is niet per se beter, kanttekeningen bij functionele bekostiging, MC, 28 mei 2009, 64 nr 22, blz 973
13. DVH, Bekostigingsstructuur en tariefstelsel huisartsenzorg 2010 Rekenkundige analyse van De Vrije Huisarts, 20 maart 2009
14. Blokstra A, Verschuren WMM, ea, Vergrijzing en toekomstige ziektebelasting. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025 RIVM, 2007

Koppelingen naar de bronnen vindt u zoals gebruikelijk op de webversie van deze analyse:
<<http://devrijehuisarts.org/asp/LHVgeengar170709.asp>>

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

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