

# De miljoenennota 2008

Analyse van De Vrije Huisarts

22 september 2007



## MILJOENENNOTA 2008

Op dinsdag 18 september j.l. presenteerde de minister van Financiën Wouter Bos aan de Tweede Kamer de Miljoenennota. Deze Miljoenen bestaat uit deelbegrotingen waarin de verschillende ministeries aangeven hoe ze het geld, dat hun in 2008 is toegemeten, willen gaan besteden. In de zorg is het beleid voor 2008 gebaseerd op zes speerpunten: kwaliteit, innovatie, preventie, veiligheid, werken in de zorg en participatie<sup>(18)</sup>. In 2008 is er in totaal 54 miljard euro beschikbaar voor de zorg in Nederland<sup>(1)</sup>. In 2007 was dit 50 miljard euro.

### Nieuwe maatregelen

Nieuwe maatregelen die het Ministerie van VWS<sup>(?)</sup> voor komend jaar aankondigen zijn onder andere:<sup>(16)</sup> <sup>(17)</sup>.

- Bezuiniging in de ziekenhuiszorg (160 miljoen)
- Invoering consumer quality index (CQ-index)<sup>(?)</sup>
- Griepvrij vanaf 60-ste jaar
- start van het Innovatieprogramma Zorg, bijvoorbeeld rookstop programma's en "bewegen op recept"
- 1.500 extra plaatsen voor kleinschalig wonen voor ouderen
- uitbreiding van het basispakket van de zorgverzekering (met anticonceptiepil, extra uren kraamzorg, tandarts 18- tot en met 21-jarigen, kortdurende GGZ<sup>(?)</sup>)
- de no-claim-teruggaveregeling wordt omgezet in een eigen risico
- 10 miljoen extra voor palliatieve zorg

### Harde macrocijfers

De harde macrocijfers van de Miljoenennota's.

Macrokosten Budgettair Kader Zorg (BKZ <sup>(?)</sup> ) in Nederland, ontwikkeling 2003-2008 <sup>(1)</sup> .			
jaar	Bruto BKZ (€miljard)	Netto BKZ(€miljard)	Eigen betalingen (€miljard)
2003	44,0	41,7	2,3
2004	44,8	41,2	2,9
2005	45,9	42,1	4,0
2006	47,6	43,8	3,9
2007	50,0	46,3	3,7
2008	54,3	51,3	3,0

Het BKZ(?) wordt elk jaar voor inflatie aangepast. Daarnaast leidt ook "volumegroei" tot meer kosten. Deze volumegroei wordt bepaald door de bevolkingsgroei, vergrijzing, technologische vooruitgang, kwalitatief betere zorg en stijging zorgvraag. Tot slot stijgen ook de prijzen in de zorgsector. Voor 2008 betekent dit dat de hoogte van het BKZ ten opzichte van 2007 stijgt met 4,3 miljard ofwel 8,6%. Dit is de grootste stijging van de laatste 5 jaar. De economie zal in 2008 groeien met 2,5 procent van het Bruto Nationaal Product (BNP).

<b>Verdeling van (verwachte) macrokosten (BKZ) Miljoenennota 2008 van € 54,3 miljard:</b>	
<b>Zorguitgaven 2008</b>	<b>(bedragen x € 1 miljoen)</b>
Artikel 41: Volksgezondheid/preventie	104
Artikel 42:(14). Gezondheidszorg ( o.a. huisartsenzorg)	30.052
Artikel 43: Langdurige zorg	20.150
Artikel 44: maatschappelijke ondersteuning	164
Artikel 99: nominaal en onvoorzien	1.640
Overig ( o.a.WMO(?))	2.240
	----- +
<b>Macrokosten Budgettair Kader Zorg (BKZ)</b>	<b>54.350</b>

## Huisartsenzorg

<b>Huisartsenzorg valt in de Miljoenennota 2008 onder Artikel 42, ofwel "gezondheidszorg".</b>	
<b>Zorguitgaven Artikel 42 Gezondheidszorg 2008</b>	<b>(bedragen x € 1 miljoen)</b>
Huisartsen	1.987,0
Extramurale zorg(?)	3.729,8
Tandheelkundige specialistische zorg	758,6
Paramedische hulp	477,1
Verloskunde en kraamzorg	446,3
Dieetadvisering	30,7
Extramuraal(?) onverdeeld	30,1
Ziekenhuizen, medische specialisten en overig curatief	15.874,7
Ziekenvervoer	492,1
Geneesmiddelen en hulpmiddelen	6.409,6
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	3.009,1
Grensoverschrijdende zorg	517,7
Subsidies gezondheidszorg	19,0
	----- +
<b>Totaal zorguitgaven Artikel 42 Gezondheidszorg</b>	<b>30.052,0</b>

In vergelijking met voorgaand jaar zijn deze kosten van Artikel 42 met 12,8% toegenomen.

## Komende jaren

Wat hebben huisartsen de komende jaren te verwachten met betrekking tot inflatiecorrectie en volumegroei?

premie-uitgaven (bedragen x € 1.000.000) 2006-2013							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Huisartsen	1.938,2	1.959,9	1.987,0	2.008,9	2.010,8	2.011,4	2.011,4

Er is maar een zeer geringe stijging voor huisartsenzorg opgenomen in toekomstige begrotingen van Miljoenennota's.

## **DE HUISARTS IN DE MILJOENENNOTA 2008**

Wat staat er in de huisartsenzorg in de Miljoenennota 2008 vermeld?

### Overschrijdingen van 2008 en de jaren erna

In Financieel beeld zorg<sup>(1)</sup>, blz. 3, staat vermeld dat uit de voorlopige afrekening van de uitgaven 2006 blijkt dat de zorguitgaven hoger uitkomen, waarbij dit onder andere "veroorzaakt wordt door tegenvallers in de huisartsenzorg (190 miljoen)". In de begroting 2008 staat onder maatregelen en beleidsaanpassingen<sup>(1)</sup> blz. 2, punt q) dat "om overschrijdingen op onderdelen van de huisartsenzorg te compenseren, maatregelen worden getroffen". Het bedrag wat hiervoor in de begroting van 2008 is "ingeboekt" bedraagt € 57,4 miljoen.

### Indicatoren van kwaliteit en transparantie

In Artikel 42: Gezondheidszorg<sup>(14)</sup> artikel 42.1) staan als o.a. als innovaties genoemd de ICT<sup>(?)</sup> en de eerstelijnszorg (OD 42.3.2). Bij de introductie van prestatie-indicatoren lezen we dat "het niet mogelijk is om de goede werking van het gehele stelsel van curatieve zorg in Nederland in een of enkele indicatoren samen te vatten. Het stelsel is daarvoor te omvangrijk". Op de volgende bladzijde<sup>(14)</sup> artikel 42.2) wordt gepleit voor transparantie: "in 2012 willen we dat voor alle voorzieningen in de brede eerstelijnszorg (e.a.) prestatie-indicatoren beschikbaar zijn, dat er een CQ-index<sup>(?)</sup> bestaat en dat er etalage-informatie is die geschikt is voor plaatsing op onder meer [www.KiesBeter.nl](http://www.KiesBeter.nl)<sup>(23)</sup>".

### Instrumenten voor een toegankelijk aanbod

In Artikel 42.3.2<sup>(14)</sup> wordt wijk of buurtgerichte Eerstelijnszorg als "instrument voor een toegankelijk aanbod" genoemd. Als verklaring noemt de Miljoenennota dat "met wijk/buurtgericht werken zorg en voorzieningen beter worden afgestemd op de behoeftes van de lokale populatie. Wij [VWS dus] zullen nauwere banden stimuleren tussen curatieve eerstelijnszorg (huisarts, verloskundigen, apotheker, fysiotherapeut), AWBZ, centra voor jeugd en gezin en loketten voor WMO<sup>(?)</sup>". Op welke manier dit aangepakt gaat worden en met welk gewenst eindresultaat, wordt helaas niet vermeld.

Een tweede genoemd "instrument voor een toegankelijk aanbod" is een structurele financiering van € 17 miljoen voor de jaarlijkse instroom van 325 eerstejaarsstudenten in de opleidingen Nurse-Practitioner<sup>(?)</sup> en Physician-Assistant<sup>(?)</sup>.

### Instrumenten voor innovatie

Onder het hoofdstuk "instrumenten voor innovatie"<sup>(14)</sup> Artikel 42.3.2) noemt de nota dat in 2008 het ICT<sup>(?)</sup> beleid zich richt op de landelijke uitrol van het Waarneemdossier Huisartsen (WDH<sup>(?)</sup>) en van het Elektronisch Medisch Dossier (EMD<sup>(?)</sup>), "zodat invoering van beide onderdelen in 2009 een feit is". En, volgende citaat: "medio 2008 zullen alle huisartsenposten zijn aangesloten op het landelijke informatiesysteem".

Met het NHG(?) en de LHV(?) wordt in het Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE(?)) gewerkt aan het innovatieprogramma "de nieuwe praktijk", "door goede voorbeelden uit te dragen, ervaringen uit te wisselen en pilotprojecten te ondersteunen". Hiervoor is € 0,9 miljoen beschikbaar. De minister heeft verder, nu de kortdurende GGZ wordt verplaatst van de 2e lijn naar de 1e lijn, 38,2 miljoen beschikbaar gesteld voor GGZ(?) - werk door de praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ.

## Beleidsagenda 2008

In de Beleidsagenda 2008(2), het derde deel van het VWS(?) deel in de Miljoenennota, staat, dat de komende jaren prioriteit gegeven wordt aan kwalitatief goede zorg, innovatie en preventie. In de komende periode moeten de randvoorwaarden hiervoor worden geschapen, aldus de nota. Met een "een sector die niet wordt geplaagd door onnodige bureaucratie en overbodige regelgeving". Waarom de zorg geïnnoveerd moet worden en de randvoorwaarden moeten worden aangepast, staat ook vermeld(2) (inleiding): tussen 2005 en 2015 nemen de prevalenties van hartziekten, artrose, diabetes, beroerte, hartfalen, COPD(?) en dementie toe met 17-20%! Alleen de zorgkosten van roken bedragen € 2,5 miljard per jaar. VWS wil "met competitie en ondernemerschap" de flink stijgende kosten inzichtelijk maken en de arbeidsproductiviteit en innovatie verhogen. De eerstelijnszorg speelt een belangrijke rol, of het nu gaat om preventie, om behandeling en begeleiding van chronische ziek(t)en of om indicatie voor langdurige zorg. Er lopen in het land al enkele proefprojecten waarbij de huisarts of de wijkverpleegkundige de indicatie doet in plaats van het Centrale Indicatieorgaan. In het kader van eerstelijnszorg wordt ook "de nieuwe praktijk" genoemd als gezamenlijk initiatief van huisartsen en VWS. Verder is het opmerkelijk dat vanaf 2009 de ziekenhuizen (wel) de huisvestingskosten in de DBC(?) -tarieven (mogen) berekenen.

---

## REACTIES VAN ANDERE PARTIJEN OP DE MILJOENENNOTA 2008

### VWS

Het Ministerie van VWS(?) zelf vat het samen als: "Minister Klink en staatssecretaris Bussemaker zetten zich in 2008 in voor zorg van goede kwaliteit, waarbij de patiënt en cliënt centraal staan. Ze richten zich specifiek op zes thema's". (zie inleiding)(17) (18).

### LHV

De LHV(?) stelt in haar persbericht: "De begroting stelt de patiënt centraal en sluit daarmee aan bij de beleidsdoelstellingen van de LHV. In de uitwerking van de ambitieuze doelstellingen besteedt het ministerie echter te weinig aandacht aan de rol die de huisarts, als gids in de zorg, kan vervullen in de realisering van die doelstellingen(15). De LHV blijft van mening dat integrale invoering van het Medicatiedossier en het Waarneemdossier in 2009 alleen mogelijk is als er daadwerkelijk geïnvesteerd wordt".

### KNMG

Ook de KNMG(?) spreekt in haar commentaar van investeren: "Goede voornemens, maar wie gaat het doen en betalen? De begroting wordt vooral bepaald door het motto dat de zorg betaalbaar moet blijven. Met andere woorden: per saldo komt er praktisch niets bij. Het goede nieuws: meer handen aan het bed in de care, een actieplan arbeidsmarktbeleid zorg, meer geld voor de extramurale zorg(?), en enkele [al toegezegde] uitbreidingen van het pakket. Negatieve punten: geen extra geld voor preventie, nauwelijks geld voor kwaliteits- en veiligheidsverbetering en voor innovatie"(19).

### ZN

Zorgverzekeraars Nederland (ZN(?)) tipt in haar reactie op de Miljoenennota zeker rake punten aan: "De zorgverzekeraars vinden het een goede zaak dat het vrij onderhandelbare deel van het ziekenhuisbudget wordt uitgebreid per 1 januari 2008. De geplande uitbreiding van het vrij onderhandelbare ziekenhuisbudget van 10% naar 20% gaat voor ZN echter nog niet ver genoeg. Dit percentage moet de komende jaren flink worden verhoogd. ZN mist ook een visie van het kabinet op

*de gereguleerde markwerking en de rol die de zorgverzekeraars daarin moeten spelen. Ook vinden de zorgverzekeraars dat er meer visie moet komen op de versterking van de zorg in de eerste lijn. Het is belangrijk om zorg dichtbij mensen thuis aan te bieden. Zeker doordat een groot deel van de bevolking vergrijst. In de plannen van de bewindslieden van VWS ontbreekt het aan nieuwe initiatieven om de samenwerking tussen verschillende disciplines in de eerste lijn beter te laten verlopen".(16).*

## NPCF

De NPCF(?) heeft het in haar reactie op de Miljoenennota niet over specifiek de eerste lijn, maar zegt: *"De NPCF is bezorgd over het feit dat de wijze waarop de zorg is gefinancierd, op veel punten ondoorzichtig blijft. De kosten van de zorg stijgen elk jaar aanzienlijk: waar die extra gelden precies aan worden besteed blijft onduidelijk. De burger draait op voor de extra kosten en ziet zijn premie ook in 2008 weer flink stijgen. Als dit kabinet echt werk wil maken van een solidaire, houdbare zorg, dan moet helder zijn waar precies de premie van de burger terecht komt. De patiënt is bereid te betalen voor kwalitatief goede zorg, maar hij moet wel weten hoe het wordt besteed"(21).*

---

## COMMENTAAR VAN DE VRIJE HUISARTS OP DE MILJOENENNOTA 2008

### Betaalbaarheid

In de commentaren van alle partijen terug komt terug dat er zorgen zijn over de betaalbaarheid van de (toekomstige?) gezondheidszorg. Alle partijen dringen aan op transparantie van kosten. Een nobel doel, maar we moeten niet doen alsof "*transparantie*" van kosten de zorgkosten drukken. Transparantie is nodig om (bij) te sturen. De zorgkosten in Nederland stijgen ook door een toename van het aantal verzekerden en het feit dat verzekerden minder uit eigen zak betalen: 95% van de verzekerden heeft volgens de Vektis Zorgmonitor in 2006 een eigen risico van 0 euro<sup>(13)</sup>. De NPCF(?) zou dit ook moeten weten. De meeste zorgverzekeraars hebben mede hierdoor geld toegelegd op de basisverzekering. De lasten zijn hoger dan de baten<sup>(13)</sup>. Met als simpel gevolg: premiestijging!

### Zorgsubstitutie

De partijen vinden "*zorgsubstitutie*" belangrijk als middel om de zorg betaalbaar te houden. Zorg moet in de eerste lijn plaatsvinden als dat kan, en alleen als het moet zou zorg in de tweede lijn moeten plaatsvinden. Voor huisartsen is zorgsubstitutie "*aanvullende*" zorg waar dan ook "*aanvullende*" randvoorwaarden voor geregeld moeten worden.

Daar waar zorg verplaatst kan worden, van de tweede lijn naar de eerste lijn, zou, uit oogpunt van "*gelijke kansen op de markt*" de speelvelden voor verschillende zorgaanbieders (bijvoorbeeld: ziekenhuizen versus huisartsen) ook gelijk moeten zijn. Niets is echter minder waar.

- Ziekenhuizen hebben meer management om hun zorg te organiseren.
- Verzekeraars zijn voor de eerstelijnszorg zelf 100% risicodragend en voor extra kosten in de tweede lijn zijn zij maar "*beperkt*" risicodragend, wat inhoudt dat zij goedkope extra zorg geleverd door de eerste lijn zelf moeten betalen, maar dezelfde zorg vele malen duurder geleverd door de tweede lijn goeddeels gecompenseerd krijgen.
- De tweedelijns DBC's(?) bevatten geen drempels. Er zijn geen insluitcriteria en uitsluitcriteria. Hierdoor kan in de tweede lijn eerstelijnszorg voor tweedelijns prijzen worden gedaan en blijven patiënten nodeloos hangen in de tweede lijn. Verder worden door verzekeraars alle tweedelijns nota's van zelfverwijzers betaald.
- Er is bij de zorginkoop bij zorgaanbieders nauwelijks afstemming tussen de zorginkopers van de eerste lijn en zorginkopers van de tweede lijn.
- Vanaf 2009 mogen ziekenhuizen hun kosten van huisvesting (wel) doorberekenen in hun DBC.

- Het "free-riders(?) gedrag" bij verzekeraars blokkeert op grote schaal implementatie van innovatie.

Bovenstaande factoren leiden tot ongelijke kansen op de zorgmarkt<sup>(22)</sup>. De Zorgautoriteit (NZA<sup>(?)</sup>) geeft hierop geen adequate reactie, laat staan een adequate actie. Het gevolg is dat ziekenhuizen fuseren en groter worden en aan specifieke doelgroepen steeds gespecialiseerde dure diensten leveren<sup>(7)</sup>.

Het niet oplossen van de ongelijkheid tussen 1e en 2e lijn is om twee redenen des te urgenter. Allereerst de actualiteit. Recent hebben de LHV/ZN en VWS in hun akkoord over de tarieven 2008 "op weg naar verdere verbetering van de huisartsenzorg" de ambitie geuit om substitutie verder vorm te geven<sup>(3)</sup> <sup>(22)</sup>. Stichting de Vrije Huisarts stelt dat verdere substitutie alleen kans van slagen heeft wanneer de kansen en speelvelden voor ziekenhuizen en huisartsen gelijk worden en gelijk blijven. En dat is nu nog lang niet het geval!<sup>(22)</sup>.

De tweede reden is dat Stichting de Vrije Huisarts er niet van overtuigd is dat het Ministerie in haar Miljoenennota "the sense of urgency"<sup>(?)</sup> voldoende proeft van het herschikken en substitueren van zorg naar de eerste lijn. Linksom of rechtsom zal de eerste lijn versterkt moeten worden, alleen al om de toenemende zorgvraag op te vangen. En om de zorg niet te laten versnipperen, maar te integreren.

## Extra zorgkosten

De Miljoenennota 2008 bericht ons weliswaar van de verwachte (en stijgende) prevalentie van een aantal chronische aandoeningen in 2015. Maar er zijn ook nog andere factoren dan de in de Miljoenennota genoemde chronische aandoeningen die interventies noodzakelijk maken en zullen leiden tot eerst extra zorgkosten (maar later "opbrengsten")<sup>(10)</sup> <sup>(11)</sup> <sup>(12)</sup>.

## Gevolgen ongelijk speelveld

Bij een ongelijk speelveld tussen eerste en tweede lijn bestaat gevaar dat voor de toekomst veel van deze noodzakelijke zorg onnodig in de tweede lijn komt.

De overheid (Ministerie) en de toezichthouders (IGZ<sup>(?)</sup> en NZA<sup>(?)</sup>) zouden hierbij zelf "transpanter" kunnen zijn over de gezondheidsstatus van de bevolking en aan welke oplossingsrichtingen er wordt gedacht. Nu draait de overheid om de problemen aan te pakken steeds de grammofoonplaat van de (regulerende) "marktwerking".

---

## VERSTERKING VAN DE EERSTE LIJN

### Versterking van de eerste lijn: ja of nee?

Bij het recente akkoord over de huisartstarieven<sup>(3)</sup> schreef Steven van Eijck (voorzitter LHV) dat "partijen onderschrijven het gemeenschappelijke belang om de eerstelijns gezondheidszorg, met daarbinnen de huisarts als regisseur, te versterken. Dit mede tegen de achtergrond van de gewenste substitutie van de tweede naar de eerste lijn. Zowel VWS als de verzekeraars zien het als toprioriteit om de eerstelijnszorg te versterken".

Het klinkt goed, maar Stichting de Vrije Huisarts vindt niets concreets terug in de Miljoenennota 2008 waaruit dit kan blijken. Wel mooie woorden en intenties, maar geen harde eindpunten, laat staan hoe men dit hoopt te bereiken<sup>(22)</sup>. Overigens maakt ZN<sup>(?)</sup> hier al melding van<sup>(16)</sup>.

### Versterking van de eerste lijn, het wil maar niet lukken

Al in 2002 bracht de commissie Modernisering Eerste Lijn (LHV/NHG, ZN, VWS, NPCF) een rapport uit hoe de eerste lijn er in de toekomst uit moest zien. Dit rapport kreeg de naam "Een perspectief voor de eerstelijnsgezondheidszorg"<sup>(20)</sup>. Stichting de Vrije Huisarts legt de aanbevelingen uit dat rapport van 2002 hier naast de aanbevelingen uit de recente Miljoenennota 2008.

Aanbevelingen uit rapporten met betrekking tot de EersteLijns Zorg (ELZ(?))	
Modernisering Eerste Lijn (2002)(20)	Miljoenennota 2008
Creëren ruimte voor wet en regelgeving inclusief financiering om verstrekking ELZ mogelijk te maken	" <i>de nieuwe praktijk</i> ", initiatief huisartsen en VWS(9), om service en zorg te verbeteren i/e moderne samenleving
Uitwerken functionele beschrijving en producttyperingen van zorg. Met kwaliteitseisen	Prestatie-indicatoren/etalage informatie over te leveren zorg
Stimuleren best-practices	<a href="http://www.kiesbeter.nl/">http://www.kiesbeter.nl/</a> (23)
Richtlijnen geïntegreerde zorg	Blijvende en geïntegreerde benadering en behandeling zijn nodig. We zullen nauwere banden stimuleren tussen curatieve ELZ en anderen
Geïntegreerd werken van ICT	Landelijke uitrol WDH(?) en EMD(?) in 2008
Passende bekostiging van infrastructuur	VWS geeft NZa in 2008 opdracht om huisartszorg te onderzoeken (kostenanalyse en analyse bekostigingssystematiek)
Advies aan kabinet: zet vernieuwingsorganisatie op de ELZ voor uitwerken van acties	In LOVE(?) werken wij met LHV/NHG(?) aan innovatieprogramma " <i>de nieuwe praktijk</i> "
Voorzitter Prof. T.E.D. van de Grinten(24): " <i>ELZ doolt regieloos rond. De huisarts als machtsfactor bestaat niet</i> "	" <i>de patiënt en cliënt centraal</i> ". De huisarts, de fysiotherapeut, tandarts of kraamhulp zijn een betrouwbare gids voor de patiënt die op zoek is naar de juiste behandeling

Wat we zien in beide rapporten, nu 5,5 jaar later, is weliswaar een andere woordkeuze, maar met dezelfde intenties. Het is al 5,5 jaar "*pappen en nat houden*" met de versterking van de eerste lijn! Mooie dromen, weinig daden. Het was ex-minister Hoogervorst die in 2003 nog wel met een heel eigen visie kwam op de eerstelijnszorg(8). "*Afspraak in het kabinet is leidend, dus de huidige centrale aanbesteding wordt vervangen door gereguleerde marktwerking, "zo snel als verantwoord is". De eerstelijnszorg moet aansluiten op de zorgvraag (de behoeften van burgers). De beschikbare financiële kaders mogen niet overschreden worden. Er is mismatch vraag en aanbod, stijgende vraag versus minder aanbod. Ik zie de problemen vooral als een organisatievraagstuk en in mindere mate als een financieringsvraagstuk; het is mijn overtuiging dat een andere organisatie en werkwijze van de eerstelijnszorg de meeste problemen oplost*"(8).

Stichting de Vrije Huisarts kan niet tot een andere conclusie komen dat de prioriteiten in het zorgveld bij VWS al jaren niet bij de eerste lijn liggen. En dat komt ook in deze Miljoenennota 2008 tot uiting.

## Versterking van de eerste lijn, toch nog in de komende tijd?

Het ministerie zet inmiddels voorzichtig in op een geïntegreerde eerste lijn. De eerdere gelden van gezondheidscentra en gestructureerde samenwerkingsverbanden, ongeveer € 28,- miljoen, zijn nu ook voor andere zorgaanbieders toegankelijk. Hiermee wil VWS, voorlopig macroneutraal, structurele multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en geïntegreerde eerstelijnszorg bevorderen. Geïntegreerde eerstelijnszorg (beleidsregel CV-7000-3.0-1) en innovatieve zorg (beleidsregel CV-7000-4.0-1) betreft "*multidisciplinaire eerstelijnszorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende discipline achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de consument te leveren*" (citaat NZa). Het grootste probleem met deze regelingen is dat ze veel te ingewikkeld zijn (met elevator-pitch, projectplan, businesscases, etc.)(4) (5) (6). De opmerking in de Miljoenennota dat "*wij een zorgsector willen waar mensen graag en met plezier werken. Een sector die niet wordt geplaagd door onnodige bureaucratie en overbodige regelgeving*" komt dan ook wat lachwekkend over(2) (inleiding). Daar komt bij dat de lokale verzekeraar, samen met de NZa bepaalt of een bepaalde activiteit nu wel of niet innovatief is. Een merkwaardige constructie, die overigens minder lachwekkend is!

Ook met betrekking tot de kortdurende GGZ krijgen huisartsen met een andere regeling te maken. Nu is het totale financiële beslag op jaarbasis van deze GGZ consultatieregeling is volgens de minister € 38,2 miljoen<sup>(14)</sup> (Artikel 42, instrumenten voor innovatie). Deze middelen zijn vanaf 1 januari 2008 structureel beschikbaar voor de financiering van de functie POH(?) GGZ en/of DBC(?) van GGZ. Deze financiering is onvoldoende. Dit betekent concreet dat het geleverde volume GGZ(?), wat huisartsen voor dit bedrag kunnen doen, dan ook beperkt is.

---

## SLOTCONCLUSIE STICHTING DE VRIJE HUISARTS

### Teleurstellende nota

De Miljoenennota 2008 is voor de huisartsenzorg en de eerstelijnszorg een teleurstellende nota. De minister investeert niet in de eerste lijn en borduurt verder op de door zijn voorganger geïnduceerde gereguleerde marktwerking.

### Telt de LHV voor twee?

In Financieel beleid zorg<sup>(1)</sup> staat onder *"maatregelen en beleidsaanpassingen"* voor de huisartsenzorg nog een korting ingeboekt vanaf 2008 e.v. van € 57,4 miljoen per jaar (*"om overschrijdingen op onderdelen van de huisartsenzorg te compenseren, worden maatregelen getroffen"*). Een nog te nemen maatregel, aldus de tekst. Voor de onderhandelaar (LHV) geldt dan ook: een gewaarschuwde man, telt voor twee<sup>(22)</sup>!

### Al 3 jaar geen indexering

De laatste 6 jaar wordt de versterking van de eerste lijn alleen met de mond beleden. Het adagium *"innoveren is investeren"* en *"macroneutraal is niet kwaliteitsneutraal"* zal gaan gelden.

Opmerkelijk is dat na het tarievenakkoord<sup>(3)</sup> (22) de tarieven voor huisartsenzorg al 3 jaar niet geïndexeerd zijn, hoewel met indexering voor zorgprijzen in de jaarlijkse Miljoenennota wel rekening wordt gehouden.

ELK JAAR NIET INDEXEREN BETEKENT ELK JAAR NADIEN OPLOPEN VAN EEN GROTERE STRUCTURELE ACHTERSTAND.

### Wettelijke randvoorwaarden nodig voor substitutie

Substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn lukt alleen wanneer de randvoorwaarden en de wetgeving worden aangepast. Dat lijkt met dit kabinet niet te gaan gebeuren. De zorgautoriteit onderzoekt van alles, maar grijpt niet in bij ongelijke kansen voor zorgaanbieders op het substitutiespeelveld tussen eerste en tweede lijn. Uiteindelijk is de patiënt de dupe: hij krijgt de rekening gepresenteerd in de vorm van forse zorgpremiestijging.

### Zevende speerpunt?

De gepresenteerde Miljoenennota van dit kabinet is gebaseerd op 6 speerpunten. Stichting De Vrije Huisarts wil er een zevende aan toe voegen:

**DAADKRACHT.**

Het Nederlandse volk is aan zet!

## GERELATEERDE ARTIKELN:

Deze bronnen kunt u aanklikken in de webversie van dit stuk op

< <http://devrijehuisarts.org/asp/Miljnota2008Analyse220907.asp> >

1. Rijksbegroting 2008, **begrotingsstaat Ministerie van VWS, financieel beeld zorg**, 18 september 2007
2. Rijksbegroting 2008, **begrotingsstaat Ministerie van VWS, beleidsagenda 2008**, 18 september 2007
3. Tekst akkoord LHV/ZN/VWS, **Naar een verdere verbetering van de huisartsenzorg [pdf]**, 11 september 2007
4. NZa, **Aanpassing van regels "Geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie" [pdf]**, Utrecht, **26-07-2007**
5. NZa, **Circulaire geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie**, 06-02-2007 CV\_07\_41
6. Ministerie van VWS, **VWS-08-572, Kamerstuk, antwoord op Kamervraag versterking Geïntegreerde Eerste lijnszorg**, 3 september 2007
7. Roland Berger, **benchmark studie ziekenhuizen**, jaarlijkse zorgstudie, 30 augustus 2007
8. Ministerie van VWS, **De toekomstbestendige eerstelijnszorg [pdf]**, Kamerstuk, 21 november 2003
9. Ministerie van VWS, **nieuwsbericht, programma voor vernieuwing in de huisartspraktijk**, 12 juni 2007
10. RIVM, **Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025**, Bilthoven, 26 juli 2007
11. Visser, Prof. Dr. Ir. Marjolein, **Steeds meer ouderen met overgewicht**, VU/VUmc, 13 september 2007
12. KWF Kankerbestrijding, **50% kankersterfte te voorkomen door gezonde leefstijl**, eigen onderzoek, 12 september 2007
13. Vektis, **voorpublicatie resultaten Zorgmonitor 2007**, 14 september 2007
14. Rijksbegroting 2008, **begrotingsstaat Ministerie van VWS**, Artikel 42, Gezondheidszorg
15. LHV persbericht, **Gezonde patiënt centraal in Zorgnota, Gidsfunctie huisarts verder verankeren [pdf]**, Utrecht, 18 september 2007
16. Zorgverzekeraars Nederland, **ZN redelijk tevreden over begroting VWS**, Zeist, 18 september 2007
17. Ministerie van VWS, persbericht, **Zorg voor de toekomst**, 18 september 2007
18. Ministerie van VWS, **Beleidsagenda 2008**, 17 september 2007
19. Prinsjesdag 2007: positie patiënt verder versterken, **Reacties op de begroting van VWS**, Publicatie datum: 19-09-2007
20. commissie Modernisering Eerste Lijn, LHV, NHG, ZN, VWS, NPCF **Een perspectief voor de eerstelijnsgezondheidszorg [pdf]**, Utrecht, 13 mei 2002
21. Nederlands Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), **reactie op de kabinetsplannen**, Utrecht, 18 september 2007
22. De Vrije Huisarts, **Commentaar van de Vrije Huisarts op en naar aanleiding van het "Akkoord Tarieven Huisartsenzorg" van VWS, ZN en LHV**, 20 september 2007
23. VWS, **www.kiesbeter.nl**, propaganda website
24. Ebben, M., **eerstelijnszorg doelt regieloos rond**, Medisch Vandaag, 29 april 2003

## DEFINITIES:

<b>VWS</b>	Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport <b>Link</b>
<b>CQ-index</b>	De Consumer Quality Index is een gestandaardiseerde systematiek voor meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg. <b>Link</b>
<b>GGZ</b>	Geestelijke GezondheidsZorg <b>DVH-links</b>
<b>BKZ-H</b>	(Macro-)Budget Kader Zorg, deel Huisartsen <b>DVH-links</b>
<b>WMO</b>	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
<b>Extramuraal</b>	Buiten de muren van het ziekenhuis, dus o.a. eerste lijn
<b>Nurse-Practitioner</b>	gespecialiseerd verpleegkundige die naast verpleegkundige taken ook medische taken verricht
<b>Physician-Assistent</b>	Hbo-gediplomeerde paramedicus of verpleegkundige die een arts ondersteunt door zelfstandig en structureel medische taken onder diens supervisie te verrichten
<b>ICT</b>	Informatie- en CommunicatieTechnologie <b>DVH-links</b>
<b>EMD</b>	Electronisch Medisch Dossier <b>DVH-links</b>
<b>NHG</b>	Nederlands Huisartsen Genootschap <b>DVH-links</b>
<b>LHV</b>	De Landelijke Huisartsen Vereniging <b>DVH-links</b>
<b>POH</b>	Praktijkondersteuner in de Huisartsenpraktijk <b>DVH-links</b>
<b>COPD</b>	Chronic Obstructive Pulmonary Diseases
<b>DBC</b>	Diagnose Behandel Code <b>DVH-links</b>
<b>KNMG</b>	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst <b>DVH-links</b>
<b>ZN</b>	Zorgverzekeraars Nederland, de federatie van zorgverzekeraars <b>DVH-links</b>
<b>NPCF</b>	Nederlands Patiënten en Consumenten Platform <b>DVH-links</b>
<b>Free-Rider</b>	someone who enjoys the benefit of a (public) good without paying for it, een zwartrijder in de gezondheidszorg dus
<b>Sense of urgency</b>	Een spoedgevoel
<b>IGZ</b>	Inspectie GezondheidsZorg, nu onderdeel van de NZa <b>DVH-links</b>
<b>NZa</b>	Nederlandse Zorgautoriteit, de opvolger van CTG en Inspectie <b>DVH-links</b>
<b>ELZ</b>	EersteLijns Zorg
<b>WDH</b>	WaarneemDossier Huisartsen
<b>LOVE</b>	Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg <b>link</b>

**BENT U AL DONATEUR VAN DE VRIJE HUISARTS? METEEN DOEN.**

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