

Bekostigingsstructuur huisartsenzorg 2009: aanpassingen zijn noodzakelijk

Drs. A.A.C.M. Maes, huisarts, bestuurslid Stichting de Vrije Huisarts

Dieren

Huisartsen hebben per 2006 het door hen gewenste gemengde uniforme financieringssysteem, met een gedeeltelijk abonnement in combinatie met een betaling per consult. Om het conflict over de herverdeling van het Budgettair Kader Zorg (BKZ) op te lossen benoemde de minister in mei 2005 Ella Vogelaar om het gestrande overleg tussen LHV, VWS en ZN vlot te trekken. De uitkomst van dit overleg, het zogenoemde Vogelaarakkoord, leidde op 13 juni 2005 tot een nieuwe bekostigingssystematiek voor de huisartsenzorg voor 2006 en 2007. In 2008 wordt geprobeerd met aanpassingen in de nieuwe bekostigingsstructuur 2009 een *state of the art* huisartsenzorg te kunnen leveren.

Vogelaarakkoord van 2006/2007

Het Vogelaarakkoord was een nieuwe bekostigingssystematiek, met als uitgangspunt dat goede, moderne en innovatieve huisartsenzorg in het belang is van iedere burger.¹ De afspraken over deze modernisering en innovatie hadden betrekking op:

- stimuleren van samenwerkingsverbanden van huisartsen (onderling) en andere eerstelijns zorgaanbieders;
- ontwikkeling van programmatische aanpak van chronische aandoeningen;
- substitutie (verplaatsing) van zorg van tweede naar eerste lijn;
- kwaliteitsbevordering van de huisartsenzorg met behulp van accreditatie.

LHV, VWS en ZN kozen per 1 januari 2006 voor een gemengd tariefsysteem dat in hoofdlijnen bestaat uit drie elementen:

- een regulier consulttarief van € 9, met als aanname 8296 reguliere consulten per jaar per normpraktijk (2350 patiënten);
- een inschrijftarief per ingeschreven patiënt van € 52 per jaar;

- drie modules met aanvullende vergoedingen:
 - module POH, met een open-eindregeling waardoor elke huisarts kan starten met een praktijkondersteuner;
 - module populatiegebonden vergoedingen (€ 25 miljoen). Huisartsen met een vergrijsde populatie en/of huisartsen die werken in een achterstandswijk, krijgen een extra toeslag;
 - module modernisering en innovatie (M&I). Deze module bestond uit minimaal € 75 miljoen en een later in te vullen budget als gevolg van substitutie van de tweede naar de eerste lijn. Zorgverzekeraars en huisartsen zouden op lokaal en regionaal niveau afspraken maken over de besteding.

Gevolgen voor 2008

De positieve gevolgen van het Vogelaarakkoord waren de mogelijkheden tot uitbreiding van praktijkondersteuning en modernisering & innovatie. Dat zien we terug in de jaaroverzichten (*tabel 1*) van het College voor Zorgverzekeraars (CVZ) en Vektis.

In 2007 bleek al voor ruim 10 miljoen Nederlanders POH-ondersteuning te zijn ingezet.² Ook ten aanzien van M&I-activiteiten is er in 2006/2007 een forse groei te zien (*tabel 1*).²

Het nadeel bij ook deze nieuwe financieringssysteematiek voor huisartsenzorg is de (nog steeds) dreigende korting bij aangetoond meerwerk. Dit heeft ook een grote rol gespeeld bij de tariefstelling voor 2008 bij de financiële afrekening van het Vogelaarakkoord. Op basis van Vektiscijfers,² waarbij de kosten van macrokader budget huisartsenzorg in 2007 5,5% waren gestegen, meende VWS dit een 'overschrijding' te noemen en daarom de tarieven voor 2008 te korten. Overschrijdingen waren het gevolg van een groter aantal consulten en verrichtingen dan bij aanvang van het Vogelaarakkoord eind 2005 was voorzien.

Huisartsen kunnen binnen een budgetneutraal financieringssysteem investeren noch ondernemen. Er dreigde

Tabel 1

Uitgaven modernisering en innovatie (miljoen euro)

CVZ /VEKTIS	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Budget	181,5	184,9	228,5	257,1	331,8	599,7	623,2	885,6		
Uitgaven	2,2	6,3	8,3	19,3	44,7	56,8	71,3	101,7	115	137

in de zomer van 2007 dan ook een nieuw conflict. De 'overschrijdingen' van 2006 en 2007 van het budgettaire kader voor consulten (begroot op €115-140 miljoen) zouden worden verrekend. Per normpraktijk zou dit neerkomen op een omzetvermindering van € 15.000 tot € 20.000. Op 11 september 2007 kwam er een onderhandelingsakkoord (LHV, VWS en ZN), waarmee de financiële paragraaf van het Vogelaarakkoord definitief werd afgewikkeld: de meerkosten van huisartsenzorg, opgebouwd in 2006 en 2007, hadden voor 2008 geen tariefskorting tot gevolg.

Bekostigingsstructuur in 2009

Hoewel met het akkoord van september 2007 de tariefskorting van de basiszorg van tafel was, was daarbij ook duidelijk dat de wensen van noodzakelijke innovatieve zorg en de financiering daarvan naar de toekomst werden doorgeschoven. Ook werd 2008 het derde achtereenvolgende jaar waarbij deze basiszorgtarieven niet geïndexeerd werden.

Met deze uitgangspunten zoals vermeld in tabel 2 en 3 gaan we in 2008 op zoek naar bouwstenen om de bekostigingsstructuur 2009 e.v. aan te passen aan de eisen die moderne huisartsenzorg stelt. Huisartsen zullen daarbij de volgende twee transformatieprocessen moeten doorlopen:

- afstemmen van zorginhoud, motivatie, randvoorwaarden en wetgeving.
- Afstemmen van de activiteiten van huisartsen aan noodzakelijke eisen die de beroepsgroep zelf stelt aan het uitoefenen van het vak.

Afstemmen van zorginhoud, motivatie, randvoorwaarden en wetgeving

Om te bepalen of nieuwe zorg wel of niet wordt geleverd, worden vier toetsen doorlopen, waarna de balans wordt opgemaakt en het besluit valt over wel of niet leveren van deze zorg.

- *De inhoudelijke toets:* is de zorg *evidence-based* en beschreven in de NHG-Standaarden? Past de zorg binnen de Toekomstvisie/NHG-Meerjarenbeleidsplan 2006-2011?³

Tabel 3

Huidige financiële plaatje normpraktijk (2006-2008): 2350 patiënten

Kostenvergoeding personeelskosten assistente*	31.704,00
Kostenvergoeding overige kosten*	67.706,00
Inkomen dagzorg, exclusief APZ*	79.226,00
AOG Pensioen Ziekte: 5071 + 7233 + 4874*	17.178,00
ANW-inkomen (230 uur € 50,20)*	11.546,00
M&I-omzet (kosten/inkomen = 50%/50%)**	19.997,00
Totaal jaaronzet per normpraktijk, exclusief POH/BMHK/griep	227.357,00

*Normatieve NZA-cijfers, exclusief POH. **Inkomsten en kosten AV-zorg (= M&I), exclusief POH-macro. Bron: eindrapport Vektis 2007: 137 miljoen (116 miljoen voor 13xxx en 14xxx bij 6851 normpraktijken, dus per praktijk 19.997 (niet-normatief).

Tabel 2

Vogelaarakkoord 2006/2007 macrokader huisartsenzorg (miljoen euro)

Inschrijftarief bij 16,1 miljoen Nederlanders (eind 2007 is dit 807 miljoen euro) ²	832,0
Consulten € 9,0 bij 16,1 miljoen Nederlanders (eind 2007 is dit 662 miljoen euro) ²	508,4
Module populatiegebonden vergoedingen	25,0
Module POH (eind 2007 waren de macrokosten POH opgelopen tot 98 miljoen euro) ²	49,0
Module M&I (eind 2007 waren de macrokosten M&I opgelopen tot 137 miljoen euro) ²	75,0
TOTAAL	1.489,0
'Overige gelden'	
Huisartsenposten	180,0
Passantenbudget	23,5
Achterstandfonds	5,2
Ondersteuning	17,7
Verloskundige activiteiten	8,0
Uitstrijkje	0,1
SCEN	0,7
Niet-deelnemers HAP	1,7
Hulpmiddelen, ECG, LBZ, MBG	20,0
Nominaal over deze posten	9,3
	266,0
TOTAAL macrokader huisartsenzorg	1.755,0
Buiten kader om: digitaal declareren	15,0
Substitutie/doelmatig voorschrijven/ZV	pm

- *De motivatietoets.* Zijn huisartsenpraktijken gemotiveerd en bereid deze zorg te leveren?
- *De randvoorwaardelijke toets.* Welke aanpassingen zijn dan nodig op het gebied van ondersteuning, organisatie (arbeidsanalyse), ICT, financiële middelen?
- *De wetgevende toets.* Is de huidige wet faciliterend of blokkerend ten aanzien van de gewenste verandering? Sluit wetgeving aan op de universele visie van de noodzaak van versterking van de eerste lijn? Richt de NZa de markt goed in?²⁴ Werkt de NZa mee aan versterking van de eerste lijn? Is er NZa-sturing bij het invoeren van in-/uitsluitcriteria voor tweedelijns DBC's? Wat zijn de consequentie van de motie Omtzigt?²⁵ Is er toezicht van de NZa op het *free-riders*-gedrag van verzekeraars?

Afstemmen van de activiteiten van huisartsen aan noodzakelijke eisen die de beroepsgroep zelf stelt aan het uitoefenen van het vak

De activiteiten van huisartsen worden niet de afgeleide van de (oude) NZa-bekostigingsstructuur, maar de activiteiten zijn het logische gevolg van de eisen die aan noodzakelijke huisartsenzorg worden gesteld. Daarna zal, als logisch gevolg, er ook een andere invulling komen van de noodzakelijke bekostigingsstructuur. De verzekeraar kan, maar hoeft deze zorg niet in te kopen (zie *figuur 1*).

Huisartsenzorg: *state of the art*

De LHV en het NHG hebben een toekomstvisie ontwikkeld om de kwaliteit en de continuïteit van de huisartsenzorg te behouden en te bevorderen.³ De LHV stelt dat realisatie van de toekomstvisie en uitvoering alleen mogelijk zijn als de noodzakelijke materiële en juridische randvoorwaarden adequaat zijn ingevuld. Het NHG stelt dat een aparte financieringscomponent voor praktijkkosten en kwaliteitsbeleid van doorslaggevend belang zijn voor het welslagen van de vernieuwing van de huisartsenzorg.

Zorginnovaties in 2009 worden getoetst (1 t/m 4) en zo nodig geleverd. Het zijn niet alleen de huisartsen of hun beroepsorganisaties die hun activiteiten moeten aanpassen. Na het formuleren van de criteria van moderne huisartsenzorg kan het zorgplan alleen slagen met inzet van alle *stakeholders*. Als de verzekeraars voor 2009 meer risicodragend

worden voor de zorgkosten in de tweede lijn en de NZa de marktregels (wel) toepast, komt substitutie van zorg van de tweede naar eerste lijn vanzelf op gang. Worden prestaties van huisartsen adequaat beloond, dan is er sprake van een juiste prikkelstructuur waarmee gewenste ontwikkelingen worden aangemoedigd.

De indeling in basiszorg (Vektislijst 11000/12000) en de niet-basiszorg (Vektislijst 13000/14000) hoeft niet te worden veranderd.

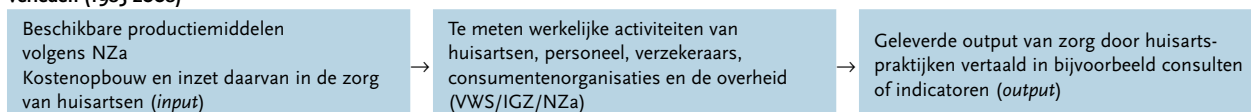
Tot in 2009 gewenste en inzetbare (moderne) huisartsenzorg behoort in potentie het volgende:

- Het inzetten op zorgregie, zorgintegratie, managen van multimorbiditeit, kan qua financiering alleen met een (beter) inschrijftarief worden geregeld. De voorwaarde is dat verzekerden bij een huisarts zijn ingeschreven en dat deze huisarts, juist om deze reden van persoonlijke inschrijving, zich er dan ook verantwoordelijk voor voelt.
- Het EPD kan een bijdrage leveren aan kwaliteit van zorg en goed op elkaar afgestemde zorg, zoals bij LESA's en LTA's. De noodzaak van een goed centraal beheer van het EPD staat ook niet ter discussie. Het op ADEMD/ADEPD-niveau houden van het HIS is net zo noodzakelijk als de valuteerbaarheid van alle activiteiten die daarvoor nodig zijn. Datamanagement wordt op dit moment niet beloond, terwijl het elke dag arbeid kost. De honoreringssystematiek uit het Vogelaarakkoord remt datamanagement af omdat alleen vis-à-vis-contacten worden beloond.
- NHG-accreditatie (Vektis 14683) laat zien dat in huisartsenpraktijken systematisch en continu wordt gewerkt aan kwaliteitsverbetering van zorg, met aandacht voor organisatie en praktijkvoering, medisch handelen en oordeel van de patiënt. Op dit moment doen 1200 huisartsen mee (600 praktijken). Voor deelname betaalt de huisarts NHG-kosten, voor drie jaar € 5667 per normpraktijk, inclusief btw. Daarnaast is er geen vergoeding voor de tijdsinvestering van ruim 84 werkuren per drie jaar voor de deelnemende huisarts en/of zijn medewerkers.
- Bij het realiseren van samenwerking tussen eerstelijns zorgaanbieders is huisvesting vaak een eerste knelpunt. Partijen zullen overleg voeren met relevante stakehol-

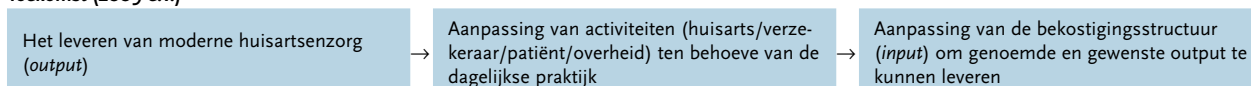
Figuur 1

Bekostigingsstructuur huisartsenzorg

Verleden (1985-2008)



Toekomst (2009 e.v.)



Kernpunten

- Het Vogelarakkoord had als uitgangspunt goede, moderne en innovatieve huisartsenzorg.
- In 2006 is door alle belanghebbenden gekozen voor een gemengd tariefsysteem.
- Om te bepalen of nieuwe zorg wel of niet wordt geleverd, worden vier toetsen doorlopen.
- Randvoorwaarden voor nieuwe ontwikkelingen dienen vooraf en duurzaam geregeld te worden.
- Er dient ruimte te komen om te ondernemen, te innoveren en te moderniseren.

ders (bijvoorbeeld VNG) om te bezien welke bijdrage zij kunnen leveren aan het oplossen van lokale knelpunten op dit terrein. Zorg in de buurt, een vurige wens van patiënten (onder andere NPCF) en huisartsen (LHV/NHG), zal lokale overheid en verzekeraars aan moeten zetten vooraf te investeren in stenen van het gebouw! Verder liggen bij samenwerking extra kosten op de volgende terreinen: juridisch, financieel, agogisch en begeleiding.

- Ontwikkeling van ketenzorg door zorggroepen met de huisarts in de regierol moet worden gestimuleerd voor chronische aandoeningen (diabetes, astma-COPD, hartfalen, enzovoort). Het gevaar van versnippering van de zorg blijft. Het categoriaal 'in de markt zetten' van begeleiding van chronische ziekten (categorale zorgstraten), het oprichten van klachtenpoli's in de tweede lijn en de superspecialisering in de tweede lijn introduceren dit gevaar van versnippering én daarmee kans op herhaling van (dure) hulponderzoeken.
- Zorgverplaatsing (zorgsubstitutie) is een speerpunt van de LHV. Op het grensvlak van zorg tussen de eerste en tweede lijn hebben huisartsen kansen om niet-basiszorggebieden te contracteren. Binnen de financieringsstructuur van ziekenhuizen gaat men stapsgewijs over naar steeds meer segment-BDBC's met vrije prijzen. Delen van deze zorg kunnen in versneld tempo onder de hoede van de eerste lijn c.q. de huisartsenzorg worden gebracht. Hiervoor is snelle en verdere uitbreiding van de M&I-activiteiten op zijn plaats.
- Substitutie in engere zin: huisartsenbedden in het ziekenhuis, rol huisarts bij oncologie/nazorg, nazorg CVA/hartinfarct, een korter behandelingstraject in ziekenhuis, verpleeghuiszorg thuis in samenwerking met verpleeghuisarts, behandelcoördinatie bij complexe problematiek.
- Preventie. Denk daarbij aan ouderenprogramma's, screening (osteoporose), secundaire preventie hart- en vaatziekten, CVRM en SOA-spreekuur. Het LHV/NHG-preventieconsult is klaar.
- Meer kortdurende GGZ-taken kunnen bij de huisarts worden ondergebracht nu deze zorg in 2008 ten dele is overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet.
- Gestructureerde huisartsenzorg in het verzorgingshuis en in de Maatschappelijke Opvang (MO).
- Doelmatig voorschrijven: projecten (polyfarmacie, FTO-plus, voorschrijfcoördinatie).
- E-health-consult.
- Avondspreekuur. Er is een wens van patiënten voor een

avondspreekuur. Enkele belangrijke nadelen van het instellen van een avondspreekuur zijn: uitbreiding van personele inzet, aanpassing van praktijkvoering en aanpassing van gebouw (veiligheid). Verder is aansluiting van zorg op andere ketenpartners tijdens de avond moeilijk.

- Reductie administratieve lasten. Deze lasten veroorzaken een beperking in tijd voor directe patiëntenzorg. Recentelijk zijn twee rapporten over dit probleem verschenen, zonder uitzicht op een oplossing.^{6,7}
- Sneller (dan 20 minuten) zou de huisarts een consult of visite 'lang' moeten kunnen rekenen. Met de toename van zorgcomplexiteit en gevraagde uitleg zullen meer consulten langer dan 10 minuten gaan duren. Conform de tijdsgeest en de WGBO.
- Aanpassing van het huidige ANW-uurtarief van € 50,20 aan een markttarief is een van de voorwaarden om de 24-uurs zorg te continueren.
- Bereikbaarheid. Om aan de hiervoor gestelde bereikbaarheidseisen te kunnen voldoen, zal de huisarts gedurende de praktijkuren dienen te worden ondersteund door meer assistentie.

Al deze ontwikkelingen kosten tijd, energie, middelen en geld. Dat betekent dat de randvoorwaarden die hierbij horen, vooraf en duurzaam geregeld moeten zijn. Indien verzekeraars bereid zijn met huisartsen vast te stellen dat de huisarts ondernemer is, betekent dit dat er ook ruimte moet komen om te ondernemen, te innoveren en te moderniseren. Huisartsen willen investeren, maar investeren gaat niet samen met eenjarige contracten zonder uitzicht op hoe het na afloop van dat ene jaar verder gaat. Binnen de afspraak 'loon naar werken', een principe dat door de ex-minister Hoogervorst expliciet werd genoemd als een van de pijlers van het nieuwe zorgstelsel, betekent meerwerk dat er daadwerkelijk méér gewerkt is en er (dus) ook aanspraak mag zijn op meer loon. De enige logische consequentie is dat het macrobedrag huisartsenzorg ten behoeve van verrichtingen dan jaarlijks evenredig met dit meerwerk wordt verhoogd. De huisarts die de basiszorg verleent, is ook de meest geschikte arts om de aanvullende en de te substitueren (M&I) zorg te verlenen, dan wel te regisseren. Deze zorg is bij de huisarts veilig en kwalitatief goed. Dat een kwalitatief sterke eerstelijnszorg beter is voor de patiënten, was ook al eerder de conclusie van de Gezondheidsraad.⁸ Huisartsenzorg is goedkoop met een hoog rendement van de zorgeuro. De Nederlander heeft eerder zelf de huisarts genoemd als de gewenste regisseur van zijn zorg (TNS/NIPO 2006).

Laatste nieuws...

Bij het schrijven van dit artikel heeft het ministerie van VWS op 10 september jl. besloten om vanwege overschrijding van het budgettaire kader voor 2009 de vergoeding voor het herhaalrecept te verlagen van € 4,50 naar € 2,25. Dit levert Minister Klink een besparing op van 84 miljoen euro, waarmee hij het 'gat' in zijn begroting dicht. Vervolgens betaalt de Minister van het bespaarde bedrag de huisartsen 60 miljoen euro om te komen tot indexering van tarieven in 2009 en 15 miljoen euro voor het verhogen van het ANW-tarief van € 50 naar € 60 per uur. Met deze actie bekostigen huisartsen als het ware zelf hun eigen indexering en verhoging van het ANW-tarief!

De minister moet begrijpen dat macroneutraal niet kwantiteitneutraal betekent. Neutraliteit betekent altijd achteruitgang. Mocht de minister bij zijn standpunt blijven dan is er geen budget beschikbaar; noch voor een normale indexatie en een normale verhoging van het ANW-tarief, noch voor extra praktijkassistentie of POH-GGZ-budget, noch voor een reële kostprijs voor invoering van het EPD en voor verlichting van administratieve lasten. De huisartsen beraden zich op acties.

Conclusie

Voor de bekostigingsstructuur 2009 kan het gemengde tariefstelsel, net als het onderscheid in basiszorg en aanvullende zorg, blijven bestaan. Om tot structuurverbe-

teringen te komen moeten er twee transformatieprocessen worden doorlopen, met een bijdrage van alle stakeholders. Pas dan kunnen (genoemde) *state of the art* innovaties worden geïmplementeerd. Echter, voor 2009 reserveert Minister Klink geen extra geld voor huisartsenzorg.

Literatuur

1. Vogelaarakkoord, voorstel van Ella Vogelaar, onafhankelijk voorzitter van het overleg tussen LHV, VWS en ZN, aan genoemde partijen voor een Beleidsagenda en bekostigingssystematiek huisartsenzorg voor 2006 en 2007, 30 juni 2005.
2. Mokfeld P. Monitoring Vogelaarakkoord, Vektis eindrapportage 2007, Zeist, 28 februari 2008.
3. Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening. Concretisering Toekomstvisie 2012, rapport van de werkgroep functie- en taakbeschrijving Huisartsenzorg, NHG en LHV. Utrecht, 2003.
4. Nza. An optimal remuneration system for General Practitioners: Zorgautoriteit (augustus 2007): 'Een gemengd systeem. Een balans van financiële prikkels wordt het beste bereikt in een gemengd systeem van "capitation" (abonnementstarief) en "fee-for-service" (consulttarief). De perverse prikkels die ontstaan in een systeem dat alleen op capitation is gebaseerd, worden namelijk tegengegaan door het fee-for-service gedeelte van het bekostigingssysteem, en vice versa.' http://www.nza.nl/7113/29720/Paper_-_An_Optimal_remunera1.pdf.
5. Omtzigt P, CDA, Tweede Kamer. De motie Omtzigt aangenomen (motie 29689 "herziening zorgstelsel", 5 december 2007), waarbij de regering binnen 6 maanden inzichtelijk moet maken wat de financiële scenario's van substitutie zijn tot 2012, welke hindernissen er zijn bij substitutie en welke aanpassingen er nodig zijn in het financieringssysteem, c.q. het vereeningsstelsel.
6. Sira consulting, Meting Lasten Huisartsen, in opdracht van de NZA, Nieuwegein, 14 mei 2008.
7. Cap Gemini NV. Ontwikkeling van de kosten van het declareerproces in de curatieve zorg, in opdracht van ministerie van VWS, Utrecht, februari 2008. <http://devrijehuisarts.org/asp/CapGemRapport220808.asp>.
8. Gezondheidsraad, European Primary Care, (Starfield), (16-12-2004). <http://www.gezondheidsraad.nl/samenvatting.php?ID=1118&highlight=primary%20care>.

