

Visiedocument van VPHuisartsen

‘Organisatie en Financiering Toekomstige Huisartsgeneeskundige zorg’

Marktwerking in de huisartsgeneeskundige zorg, als leidend paradigma voor de organisatie en financiering ervan, wordt door de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen ter discussie gesteld. De beoogde doelstellingen ten aanzien van kwaliteit, efficiëntie en kosten, blijken niet bereikt te worden.

Beleid dat gericht is op het creëren van landelijke consensus en samenwerking tussen de verschillende partijen (Rijnlandmodel) sluit aan bij de sociale en professionele cultuur van huisartsen en bij de kernwaarden van huisartsenzorg. De Angelsaksische marktideologie vormt daarentegen een bedreiging van deze cultuur en kernwaarden.

De beschikbaarheid van 24-uurs huisartsenzorg nadert zijn grens door de toenemende discrepantie tussen wat gewenst wordt (ambities) en feitelijke realisatie van de randvoorwaarden (investeringen, tijd en capaciteit).

I Inleiding

II Marktwerking

- 1 Hypothesen en feiten
- 2 Meer keuzevrijheid voor patiënt
- 3 Verbeterde kwaliteit
- 4 Doelmatiger zorg
- 5 Paradoxen in de zorgmarkt

III Begrensde dag- en ANW-zorg

- 1 Beschikbaarheid vereist investeringen
- 2 24-uurs zorg: erezaak of wettelijke plicht

IV Financieringsystematiek

V Administratieve en organisatorische lastendruk

- 1 Administratieve druk belast beschikbaarheid
- 2 Organisatie beleids- en besluitvorming strijdig aan efficiëntiedoelstellingen

VI Conclusie

I Inleiding

Volgens het CPB zullen de zorgkosten van 2015 tot 2040 stijgen van 10.3 % naar 14.3 % van het BNP¹. Alle redenen om kritisch naar het huidige en toekomstige zorgaanbod en de zorgconsumptie te kijken. De vergrijzing van de bevolking is autonoom, maar de besteding van premiegelden is beïnvloedbaar. Om onzinnige zorg en onnodig gebruik te voorkomen en noodzakelijke (medische) zorg op peil te houden of zelfs te verbeteren, is investeren in huisartsenzorg essentieel. Een sterke eerste lijn met betaalbare, gekwalificeerde zorg dicht bij de burger, biedt economische en gezondheidswinst.^{2,3} Dat de zorgsector de komende jaren een hoger percentage van het BNP zal omvatten, is evident en onontkoombaar. De vergrijzing en de toename van de medisch-technologische mogelijkheden zijn daar debet aan. Maar evenzeer het feit dat goede gezondheid(szorg) een basisbehoefte is van de mens die zich maar ten dele laat sturen door economische afwegingen.

VPHuisartsen is een jonge, snel groeiende beroepsvereniging, die de belangen behartigt van de praktijkhoudende huisarts, de spin in het web van de eerstelijnszorg. Nederland telt circa 7800 praktijkhouders en bijna 1000 hidha's (huisartsen in dienst van een huisarts).⁴ VPHuisartsen neemt de vrijheid haar visie onder de aandacht te brengen omdat zij ervan overtuigd is dat huisartsen goede en betaalbare zorg kunnen leveren waarbij

tegelijkertijd vele miljoenen kunnen worden bespaard op de totale zorgkosten. Door te kiezen voor huisartsenzorg waar dat kan en pas voor tweedelijnszorg als dat moet. Door gezamenlijke inzet voor betere preventie, voor programmatische chronische zorg en voor intensieve begeleiding van de ouderen en kwetsbare groepen in de huisartsenpraktijk. Ondersteund door gemotiveerde en deskundige praktijkmedewerkers en in nauwe samenwerking met andere zorgaanbieders in eerste en tweede lijn. De ambities van onze beroepsgroep worden echter gefrustreerd door een aantal ontwikkelingen en knelpunten. Wij benoemen hieronder de belangrijkste en geven een aantal essentiële keuzemogelijkheden aan voor de toekomstige organisatie en financiering van de huisartsenzorg.

II Marktwerking in de huisartsenzorg

1 Hypothesen en feiten

Invoering van marktwerking in de (huisartsen)zorg is gebaseerd op de hypothese dat concurrentie meer keuzevrijheid biedt aan burgers, met meer en betere zorg tegen lagere kosten. Geen van deze beoogde doelstellingen blijkt voor huisartsenzorg te worden behaald. Uit een groot aantal onderzoeken in o.a. de VS⁵, Duitsland⁶ en ook in Nederland⁷, blijkt dat marktwerking de kosten verhoogt, de kwaliteit doet afnemen en de motivatie van gezondheidszorgwerkers verlaagd. Daarbij treedt een forse toename van administratieve lasten op en van controle- en regeldruk met meetdwang, door nieuwe wetgeving en intrinsiek wantrouwen van toezichthouders. Het culturele onderscheid tussen huisartsenzorg en markt wordt steeds duidelijker en tastbaarder: een familiecultuur⁸ waarin professionele samenwerking in onderling vertrouwen centraal staat tegenover een marktcultuur met onderlinge concurrentie gericht op vergroting van het marktaandeel, stijging van de omzet met verbetering van het rendement. Patiëntcentered tegenover money-centered. Overigens ontbreekt daarbij, ook in het model van de zogenaamde 'gereguleerde marktwerking', een level playing field met gelijke spelregels voor de verschillende 'marktpartijen'. Er is daarentegen ten behoeve van selectiever zorginkoop bewust gekozen voor versterking van de juridische en economische machtspositie van zorgverzekeraars.

2 Meer keuzevrijheid voor de patiënt

De keuzevrijheid voor burgers wordt in werkelijkheid juist steeds meer beperkt in plaats van verruimd. Het zorgpakket wordt verkleind. De keuze van geneesmiddelen die mogen worden voorgeschreven komt steeds meer onder regie van verzekeraars. Straks bepaalt niet langer de patiënt in overleg met de behandelend arts, naar welke specialist of paramedicus verwezen wordt, maar de verzekeraar die de zorg selectief heeft ingekocht c.q. gecontracteerd. Het merendeel van de zorgbehoevende patiënten is overigens bejaard tot hoogbejaard. Die zitten niet te wachten op meer keuzevrijheid maar op vertrouwde zorg van hun eigen huisarts en praktijkmedewerkers die met hen overleggen welke medische zorg wel en welke mogelijk niet meer zal bijdragen aan de kwaliteit van hun leven. De mogelijkheid van vrije keuze binnen het zorgmarktconcept beperkt zich in de praktijk grotendeels tot de groep 'gezonde' jongere individuen of 'consumenten', die planbare of electieve zorg zoeken. Niet de meest kwetsbare, wel de meest assertieve groep. Een meerderheid van de patiënten (ruim 80%) blijkt helemaal geen behoefte te hebben aan keuzevrijheid bij een doorverwijzing naar de tweede lijn door de huisarts⁹. Voor de meeste patiënten die zorg nodig hebben geldt '*nobody shops for value*', ieder wil en verwacht de beste zorg zonder de medische noodzaak of de kosten daarbij af te hoeven wegen.¹⁰

3 Verbeterde Kwaliteit

Dat in het algemeen betere zorg geboden wordt bij marktwerking, is een misvatting hetgeen al door diverse onderzoekers is aangetoond. Het marktprincipe losgelaten op de thuiszorg leidde tot fusies en schaalvergroting, waardoor de thuiszorg onpersoonlijker, minder beschikbaar en duurder werd. Het veroorzaakte al met al een aanzienlijk verlies aan kwaliteit. Kleinschalige buurtzorg door wijkverpleegkundigen - *terug van weggeveest*- biedt daarentegen zonder bovenmatige overheadkosten wel continuïteit en persoonlijke zorg die plaatsvindt in directe samenwerking tussen huisarts en andere eerstelijns zorgverleners.

Invoering van functionele bekostiging waarbij chronische zorg rond een patiënt als verhandelbaar ketenzorg

product kan worden opgedeeld en tegen de laagste prijs wordt aangeboden aan *concurrerende* zorgaanbieders, staat haaks op de geïntegreerde zorg zoals de eigen huisarts die biedt. Het heeft bovendien nog niet tot zichtbaar betere uitkomsten geleid¹¹. Het primaire proces – het contact tussen huisarts en patiënt – wordt er door gereduceerd tot marktwaar. De nieuwe ketenzorgprojecten gericht op chronische zorg, die de laatste jaren op verschillende plaatsen in het land ontwikkeld zijn, laten zien dat deze functionele bekostigingssystematiek gebaseerd op concurrentie, voor realisatie van goede chronische zorgprogramma's, ook helemaal niet nodig is. Samenwerking in ketenzorg verhoogt de kwaliteit, prijsconcurrentie zal de kwaliteit verlagen¹².

Al ruim twintig jaar worden door de beroepsorganisatie NHG de befaamde, professionele 'NHG-standaarden' (1989) uitgebracht. Dit heeft een aanzienlijke kwaliteitsimpuls gegeven aan de huisartsenzorg en werd gerealiseerd al ver vóór de invoering van de ZVW (2006) en de Mededingingswet (1998). Daarnaast worden de laatste jaren programma's ontwikkeld voor geïntegreerde chronische 'ketenzorg' waarvan de realisatie primair afhankelijk is van de professionele en gemotiveerde inzet van zorgverleners en waar marktwerking de realisatie van dergelijke programma's eerder bedreigt dan dichterbij brengt. De heilzame effecten van marktwerking bij de realisatie van ketenzorgprogramma's zijn overigens tot op heden ook nergens wetenschappelijk aangetoond. Met de WTZ-i dreigt er voor zorggroepen een bureaucratische organisatiestructuur. Met de aanscherping van mededingingsregels voor zorggroepen, zal het voor samenwerking noodzakelijke vertrouwen tussen zorgaanbieders om kunnen slaan in wantrouwen. Beide elementen zullen de daadkracht bij de aanpak van chronische aandoeningen doen afnemen.

Het stimuleren van innovatieprojecten en kwaliteitsverbetering in de huisartsenzorg, door de beroepsorganisaties en het ministerie van VWS, heeft de laatste jaren bijgedragen aan een positieve ontwikkeling binnen deze sector. Met name op het terrein van de chronische zorg. Helaas worden deze ontwikkelingen nu juist weer gefrustreerd en overheerst het korte termijn denken met bezuinigingsmaatregelen in plaats van een lange termijn visie met investeringen in een meer toekomstbestendige huisartsenzorg. VPHuisartsen is van mening dat de ontwikkeling van nieuw zorgaanbod, het bevorderen van de kwaliteit van zorg en de controle daarop primair de verantwoordelijkheid dient te blijven van de beroepsorganisaties, zoals het NHG. De afgelopen tientallen jaren hebben bewezen dat voor gekwalificeerd zorgaanbod een professionele en onafhankelijke beleidsontwikkeling een absolute voorwaarde is. Tevens hebben de beroepsorganisaties de taak aan te geven aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan om gewenst zorgaanbod te kunnen realiseren. De huidige politisering en vermarkting van de huisartsenzorg, vormt momenteel echter een bedreiging van de professionele kernwaarden van deze zorgsector die wereldwijd een hoog aanzien geniet.

4 Doelmatiger zorg

Dat marktwerking de kosten verlaagt van medische eerstelijnszorg is een illusie. Los hiervan zullen de zorgkosten stijgen door autonome toename van de zorgvraag (dubbele vergrijzing) en met name door medische technologische ontwikkelingen. Efficiënt werken deden huisartsen altijd al. En door de aard van het werk (zeer arbeidsintensief handwerk en tijd vergende gesprekscontacten) kan en zal de arbeidsproductiviteit in de huisartsenzorg minder toenemen dan bijvoorbeeld in de industriële of agrarische sector. De consequentie hiervan is dat zorgkosten een steeds groter deel van het BNP (moeten) gaan uitmaken. De samenleving geeft goede gezondheid(szorg) steeds de hoogste prioriteit. Daarom zouden burgers meer ruimte moeten hebben zelf te bepalen wat zij noodzakelijke zorg vinden en wat zij ervoor willen en kunnen betalen. De relatie tussen wat je wenst en krijgt aan zorg en wat je hiervoor betaalt of over hebt wordt echter niet door de markt of 'de klant' bepaald, maar sinds jaar en dag door anderen zoals met name het ministerie van Financiën alsook door VWS, de NZa, het CVZ e.a.¹³

De huisartsenzorg kende tot voor kort, vergeleken met andere medische echelons zoals ziekenhuizen, zeer lage overheadkosten. Huisartsen zijn gewend de 'tering naar de nering' te zetten. Het is één van de factoren die eraan bijdraagt dat huisartsenzorg betaalbaar en doelmatig is gebleken. Een financieel-economisch gevolg van de vermarkting van de huisartsenzorg is sterk stijgende overheadkosten. De organisatie van chronische zorgprogramma's door concurrerende zorggroepen en de gewenste implementatie van allerlei prestatie- en

outcome-indicatoren, genereren een zware organisatorische en administratieve last.

Zoals het geval is bij de huisartsenposten, geldt ook bij het grootschaliger worden van zorggroepen, dat steeds meer ondersteunende disciplines te werk gesteld worden. Zo zijn zorggroepen formele zorginstellingen geworden die bestuurlijk moeten voldoen aan de Zorgbrede Governance Code. Procesmanagers, consultants, juristen, economen e.a. wetenschappers vinden hier emplooi tegen hoge overheadkosten zonder dat daarmee meer 'handen aan het bed' komen. Kleine zorggroepen dreigen eveneens aan doelmatigheid in te boeten door de hoge overdrachtkosten bij kortdurende contracten, wisselende eisen van de verschillende zorginkopers en het verlies aan tijd.

Om de doelmatigheid van huisartsenzorg ten volle te benutten, dient er een einde te komen aan de financiering van drempelloos toegankelijke snotterpoli's, vlekkenpoli's, griepoli's, broze bottenpoli's en allerhande andere klachtenpoli's waar tegen tweedelijns DBC-tarieven, eerstelijns zorg wordt geboden. Daarbij vormt het sterk medicaliserende effect van dit onnodige zorgaanbod, een negatieve toegevoegde waarde. Verzekeraars hebben aangetoond op dit punt bij hun 'zorginkoop' ten nadele van de premiebetalers, ernstig te falen. Het inbouwen van landelijke uniforme toegangsdrempels naar de tweede lijn, waarbij een klinische DBC niet geopend kan worden indien er sprake is van eerstelijns zorg, dient in regelgeving en verzekeringspolis te worden vastgelegd. De NHG standaarden, de CBO* richtlijnen en de LTA's** geven heldere criteria aan voor geïndiceerde verwijzing naar de tweedelijns. De huisarts vervult hierbij, in zijn/haar rol als poortwachter een sleutelrol en zal zo een belangrijke bijdrage leveren aan de beperking van onnodige zorguitgaven in de duurdere tweede lijn.

5 Paradoxen in de zorgmarkt

Essentiële kritiek op de ingevoerde marktwerking betreft niet in de laatste plaats het ongelijke speelveld: zorgverzekeraars die zowel actief zijn op de verzekeringsmarkt als op de zorginkoopmarkt. Sommige zelfs ook nog op de zorgaanbodmarkt. Zij beheren de premiegelden, bepalen wie zij wel en niet contracteren. Op dit moment concurreren zorgverzekeraars onderling vooral op premiehoogte en speelt de kwaliteit bij de zorginkoop een beperkte rol¹⁴. Regionaal hebben zorgverzekeraars vaak een monopoliepositie waaraan huisartsen zich moeten onderwerpen. Een verzekerde moet immers op de zorg van de eigen huisarts kunnen rekenen (WG-BO), ook bij het uitblijven van een overeenkomst huisarts-verzekeraar. Dat verzekerden zelf de geboden medische zorg en de aanbieders kunnen beoordelen en daarin keuzes kunnen of willen maken, past niet zonder meer in het selectieve inkoopbeleid van verzekeraars die zich hierbij met name richten op zaken als gemeten medisch-technische kwaliteit van de arts, outcome-indicatoren en kostprijs. Voor verzekerden zijn competenties als vertrouwen inboezemen, empathie en communicatieve vaardigheden als criteria bij hun keuze van behandelaar, minstens zo belangrijk.

VPHuisartsen ziet de zorgverzekeraars graag weer terug in de rol die hen vertrouwd is: het verzekeren van medische zorg waar de Nederlandse burgers hun premiegelden voor betalen, het berekenen van verzekerde risico's en het omslaan van de kosten over de verzekerden. Willen verzekeraars het verzekerde zorgpakket uitbreiden of beperken, dan zijn de CVZ, de politieke beleidsmakers, of de hieronder beschreven REZ, (Raad voor Eerstelijns Zorg), het eerste adres. Bij klachten jegens zorgaanbieders zijn er de IGZ of de ECD/FIOD tot wie verzekeraars zich kunnen wenden. Het draagt bij aan een meer transparante rol van verzekeraars en voorkomt dat zij met teveel petten op en teveel belangen, hun dominante rol nog verder uitbreiden in het ongelijke speelveld van de zorgmarkt.

De huisarts heeft feitelijk weinig werkelijke marktmacht omdat in de praktijk verzekerden geen noodzakelijke zorg mag worden onthouden. Daarentegen kennen zorgverzekeraars geen contracteerplicht meer jegens de huisartsen. De huisarts moet al jaren accepteren dat hetzelfde (M&I) zorgaanbod in zijn/haar praktijk, tegen

* **CBO: het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO is in 1979 opgericht als Centraal Begeleidings Orgaan voor de intercollegiale toetsing.**

** **LTA's: Landelijke Transmurale Afspraken, tussen zorgverleners uit eerste en tweede lijn**

verschillende tarieven moet worden geleverd omdat het tarief eenzijdig door de verzekeraar kan worden opgelegd. Merkwaardig is het dat de NZa op geen enkele wijze een zichtbare rol speelt in het bereiken van een level playing field*** tussen marktpartijen, maar de huisartsen wel een aanmerkelijke marktmacht toedicht op grond waarvan hun onderhandelingsruimte zeer begrensd wordt. Ligt het dan niet meer in de (markt)lijn van de NZa de onderlinge concurrentie tussen huisartsen te bevorderen om zo verzekeraars meer mogelijkheden

te bieden huisartsen als 'echte marktpartijen' te kunnen aanspreken? Wellicht door andere zorgaanbieders dan huisartsen in te zetten in de huisartsenmarkt? Maar welke gevolgen zal marktconcurrentie hebben voor de bestaande samenwerkingscultuur van huisartsen? Zal overigens ooit besloten worden de brandweer binnen een marktmodel te laten functioneren om zo de brandveiligheid te verhogen tegen minder kosten? En waarom functioneert er regionaal geen tweede concurrerende ambulancevoorziening of meerdere concurrerende politiecorpsen per stad? Toch te kostbaar? Ook eerstelijns medische zorg zal onbetaalbaar worden indien er naast huisartsen concurrerende zorgaanbieders huisartsenzorg moeten gaan leveren.

Verzekeraars krijgen daarentegen alle marktvrijheid tegenover de huisartsen omdat de overheid hen in de rol plaatst van *belangenbehartigers van de verzekerden*. In het marktspel gelden dus evident verschillende spelregels voor onderscheiden partijen. Daarbij bestaat er een merkwaardige paradox in het marktparadigma omdat op de vrije 'zorgmarkt' huisartsen een *vast budget* krijgen toegewezen. Bij overschrijding daarvan, bijvoorbeeld door een hogere zorgproductie in verband met een toegenomen zorgvraag van patiënten, kunnen het volgende jaar de tarieven nog steeds met een tariefsmaatregel verlaagd worden of wordt de huisarts op andere wijze gekort. Budgettering, net zoals dat vóór de invoering van 'de markt' bestond. Kennelijk geldt voor huisartsen: geen ruimte om 'winst' te behalen en daarmee investeringskapitaal op te bouwen ten behoeve van aanpassingen in de praktijkvoering en implementatie van gewenste innovaties. Wel de 'lasten' maar niet de 'lusten' van de markt?

Laten overheid en verzekeraars zich richten op de professionele kernwaarden van de huisartsenzorg. Deze respecteren en weer als uitgangspunt nemen voor de versterking en uitbouw van kleinschalige huisartsenzorg: samenwerking, collegialiteit, vertrouwen en medische ethiek met hoogwaardige zorg dicht bij de mensen. Betaalbare zorg, omdat de verzekerde, die uiteraard het beste wil als zorgvrager, als klant wel een 'koning op de pof' is, die later alsnog de premieverhoging te betalen krijgt, ook voor *onnodig* gestegen zorgkosten.

VPHuisartsen bepleit de professionele kernwaarden van continue, persoonlijke en geïntegreerde huisartsenzorg dicht bij de burgers, te respecteren en als uitgangspunt te nemen bij de versterking en verdere uitbouw van de huisartsenzorg.

II Begrensde dag- en ANW-zorg

1 Beschikbaarheid vereist investeringen

Onvoldoende investeringsruimte, een afnemend aantal praktijkhouders en achterblijvende capaciteit van praktijkondersteuning, dragen niet bij aan uitbreiding van het gewenste zorgaanbod. Het leidt juist tot een niet-optimale bereikbaarheid van de praktijk, pas op de plaats wat betreft het uitbouwen van praktijkhuisvesting, het doorvoeren van innovaties en het aantrekken van ondersteunend personeel. En er is minder ruimte voor (sociale) visites. Voor zover er wel mogelijkheden tot uitbreiding zijn, maken de kortlopende contracten (doorgaans één jaar) en de jaarlijks veranderde NZa-beleidsregels, huisartsen kopschuw om te investeren. Door de hoge werklast die voortkomt uit de reguliere basiszorg en de ANW-zorg, resteert bij praktijkhouders vaak onvoldoende tijd om nieuwe, preventieve of chronische zorgprogramma's te implementeren.¹⁵ Ambities en verwachtingen van overheid en verzekeraars inzake extra zorgtaken en ruimere inzetbaarheid van huisartsen, zullen op deze realiteit moeten worden afgestemd.

*** **Level playing field: een rechtvaardigheidsprincipe waarbij het niet noodzakelijk is dat elke speler evenveel kansen heeft om te slagen, maar wel dat alle spelers het spel spelen volgens dezelfde regels waardoor zij in de markt een gelijke uitgangspositie hebben om met elkaar te concurreren.**

Eenzijds verlangen IGZ en de politiek bijvoorbeeld een betere bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk, anderzijds ontbreekt een toereikende financiering voor de noodzakelijke uitbreiding van assistentie. De LHV bepleitte in dit verband een verhoging van 1.0 fte naar 1,6 fte per normpraktijk. Deze randvoorwaarde voor verbeterde bereikbaarheid is tot dusver niet gerealiseerd.

VPHuisartsen is van mening dat er dus geïnvesteerd dient te worden met meerjarenprojecten waarbij extra ondersteunend personeel kan worden aangesteld en praktijkuitbreiding gerealiseerd. In het kader van 'medische zorg in de buurt' zullen zeker ook de apotheekhoudende huisartsenpraktijken in dunbevolkte gebieden, niet alleen behouden maar zelfs versterkt moeten worden zodat ook in *die* buurt, toekomstbestendige, huisartsgeneeskundige zorg, inclusief 24-uurs zorg, beschikbaar blijft. Op de begroting 2010 van VWS is ten aanzien van de noodzakelijke investeringen voor bijvoorbeeld de geplande ketenzorgprojecten (keten-DBC's) naast Diabetes geen toereikende dekking opgenomen. De uitgaven voor de vier niet-complexe chronische aandoeningen zijn samen op € 241,5 miljoen begroot. Maar alleen al de uitvoering van de Diabetes ketenzorg is berekend op € 234 miljoen. Voor de COPD-, CVRM- en Hartfalen-DBC's resteert derhalve slechts € 7,5 miljoen. Daarbij uitte het Centraal Plan Bureau¹⁶ 'serieuze twijfels' over de ketenzorgfinanciering op langere termijn, waar het ministerie de nog niet behaalde winsten reeds heeft ingeboekt (€ 400 miljoen tot 2018 ofwel € 50 miljoen per jaar bezuiniging op ketenzorg) maar zonder een solide doorberekening van de kosten te presenteren.

VPHuisartsen heeft de vrees dat de voorspelbare financieringsproblemen rond de chronische keten-DBC's, straks 'opgelost' gaan worden door op het budget van de reguliere basiszorg te korten. De bezuinigingen op de basiszorg van de afgelopen jaren om extra of nieuwe zorgtaken te financieren, worden door huisartsen ervaren als uitingen van onbetrouwbaar overheidsbeleid. Het leidt tot demotivatie en wantrouwen. Huisartsen wijzen dergelijke 'sigaren uit eigen doos' nadrukkelijk af. Indien geen adequate investeringsruimte bestaat, zullen ambities moeten worden aangepast. Een VWS-versoberingsbeleid is dan meer op zijn plaats zeker in de komende kabinetsperiode waarin juist hoge ambities ten aanzien van forse bezuinigingen geformuleerd zijn. Daarbij dient de 'core business' van de huisarts, de reguliere basiszorg, op geen enkele wijze in de knel te komen. Elke korting hierop, betekent immers een vergrote kans op stijging van het gebruik van duurdere tweedelijnszorg.

Met klem bepleit VPHuisartsen de financiering en realisatie van voldoende praktijkassistentie zodat bijvoorbeeld kan worden voldaan aan de door de IGZ verlangde bereikbaarheidsnormen voor de huisartsenpraktijk. Reeds in 2008 stelde de LHV de minister van VWS voor een uitbreiding van 1 naar 1,6 fte doktersassistentie te realiseren. Naast het uiten van ambities ten aanzien van kwaliteit, bereikbaarheid en beschikbaarheid, dienen VWS en de IGZ de verantwoordelijkheid op zich te nemen voor de realisatie van de noodzakelijke randvoorwaarden, passend bij die ambities. Het alternatief is deze bij te stellen tot wat haalbaar en betaalbaar is.

VPHuisartsen vraagt Kabinet en Kamer om over de financiële grenzen van het komende boekjaar, ja zelfs van de komende kabinetsperiode heen te kijken en moed te tonen, ondanks de tijden van krapte, door te investeren in versterking van de huisartsgeneeskunde. Omdat juist die investering zich de komende decennia zal terugbetalen middels beteugeling van de macrozorgkosten.

2 24-uurs zorg: erezaak of wettelijke plicht

Het ligt in de verwachting dat binnen afzienbare tijd de drempelloze toegang tot de ANW-zorg tot grote capaciteitsproblemen gaat leiden. In enkele regio's bestaan die nu al. Sinds 2002 is de zorgvraag in ANW met 60% gestegen. Dit is niet verklaarbaar vanuit een algemene verslechtering van de gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking en de vergrijzing is hier slechts zeer ten dele debet aan. 80% van de hulpvragen zijn vanuit medisch oogpunt niet spoedeisend¹⁷. Wat spoedeisende hulp zou moeten zijn, is in feite voor 80% verplaatste dagzorg terwijl voor ANW-consulten een factor 5-8 méér betaald moet worden dan voor een consult bij de eigen huisarts overdag. De huisartsenposten, destijds opgericht om de dienstfrequentie van huisartsen terug te dringen, dreigen aan hun eigen succes ten onder te gaan. Immers, de patiënt is conform de marktdoctrine tot 'klant' gedefinieerd dus 'koning' geworden en gedraagt zich daar vaak ook naar, zeker in de relatieve ano-

nimiteit van grootschalige ANW-zorg. Het huidige bestaande 24-uurs zorgaanbod is voor het merendeel van de praktijkhouders in ongewijzigde vorm bij de huidige capaciteit dan ook niet te handhaven. Op dit moment bedraagt de werklast van praktijkhouders in de dagzorg gemiddeld 55-60 uur per week.¹⁵ Daarnaast komen de ANW uren, variërend van 220-300 uur per jaar: ruim 5 -7 weken extra werklast opinconveniënte tijden. Er is sprake van reële fysieke grenzen bij de eerst verantwoordelijken voor de organisatie van de ANW-zorg: de praktijkhouders. De huidige werklast overschrijdt de normen binnen de Arbeidstijdenwet. Het is in het belang van de patiënt om de eigen huisarts overdag fit en helder te kunnen consulteren. Limitering van het aantal diensturen per jaar is noodzakelijk en de mate van deze limitering is mede afhankelijk van de werklast en inzet in uren overdag.

VPHuisartsen is van mening dat het huidige diensttarief ontoereikend is. Om de capaciteitsproblemen op te lossen worden vaak waarnemers (zonder eigen praktijk) ingehuurd. Het inschakelen van een waarnemer kost de huisarts doorgaans meer dan € 100 per dienst boven wat hij/zij zelf aan dienstvergoeding ontvangt. Het vrije markt-tarief voor een in te huren waarnemer overdag, na een nachtdienst van de praktijkhouder, bedraagt tussen de € 600 en € 800 per dag. Deze kosten worden niet gecompenseerd. Een kostendekkende vergoeding en een redelijk honorarium voor geleverde prestatie, is dan ook één van de voorwaarden om (*vrijwillig*) bij te dragen aan de realisatie van een 24-uurs aanbod van spoedeisende zorg.

Al met al lijkt de ANW-zorg door capaciteits- en financieringsproblemen steeds meer vast te lopen. Het moet dus anders met de ANW-zorg.

VPHuisartsen pleit voor een open en brede discussie binnen de beroepsgroep over bovenstaande (en andere) mogelijke oplossingen voor de huidige werkbelasting van de huisartsen en de capaciteits- en financieringsproblemen van de ANW-diensten.

Een ANW-herstructureringsplan vanuit de beroepsorganisaties kan vervolgens worden ingebracht in het overleg met andere partijen in de zorg, bijvoorbeeld in de REZ. (zie onder)

Andere thema's die de VPHuisartsen aan de orde zou willen stellen zijn onder andere:

- 1 facultatieve of verplichte (individuele)verantwoordelijkheid voor organisatie 7x24-uurs zorgaanbod
- 2 verantwoordelijkheid ANW-zorg alleen van praktijkhouders of van alle praktiserende huisartsen
- 3 limitering jaarlijkse inzet in uren voor ANW-zorg in relatie met werklast overdag
- 4 gepaste honorering en kostencompensatie van ANW-diensten
- 5 uitbreiding capaciteit door participatie van nurse-practitioners en physician assistants
- 6 verbetering triagefunctie door professionele kwalificatie (BIG geregistreerde) triagisten
- 7 taakscheiding spoedeisende zorg in tijd: huisartsen van 08.00 uur tot 24 uur, SEH ziekenhuis en ambulancedienst van 24 uur tot 08.00 uur.
- 8 diversiteit of uniformiteit in organisatie ANW-zorg zoals ten aanzien van regionale HDS, integratie met SEH ziekenhuis, mogelijkheden voor kleinschaliger, minder anonieme ANW-zorg, dichter in de buurt (platteland; lokale satellieten e.d.)
- 9 verwijdering perverse (productie)prikkels uit HAP-financiering; betaling huisartsen naar inzet
- 10 omschrijving criteria voor het gebruik van ANW-zorg door VWS/CVZ als onderdeel van het basispakket
- 11 voor- en nadelen invoering eigen betalingen als rem op niet-spoedeisende zorgvraag in ANW dan wel als betaling van de hogere kosten

Voorlopig is het nog niet zover en ligt er nog geen voorstel vanuit de beroepsgroep om te komen tot herstructurering van de spoedeisende ANW- zorg.

Ook al op dit moment is het noodzakelijk te werken aan realisatie van de randvoorwaarden zoals beperktere inzet van huisartsen, gepaste honorering en professionalisering van de triage. Overheid, verzekeraars en zorgaanbieders zullen burgers moeten duidelijk maken waar ANW zorg wél en waar deze níet voor bedoeld is. De overheid beseft terdege dat de druk op het systeem hoog is. Maar in plaats de problemen bij de bron aan te pakken lijkt zij zich voor te bereiden op de situatie dat huisartsen afhaken en de vrijwillig gekozen individuele verantwoordelijkheid voor levering van 24-uurs zorg niet meer willen dragen. Dat het werk in ANW drukker en zwaarder is geworden, is VWS kennelijk niet ontgaan. Plannen voor een *wettelijke verplichting tot het leve-*

ren van ANW-zorg, zijn door de NZa al gepubliceerd.¹⁸ Hoe kan de overheid een beroepsgroep die uit eigen beweging al meer dan 100 jaar 7 x 24-uurs zorg levert, zo schofferen? Een door de NZa voorgestelde wettelijke verplichting voor huisartsen is daarbij wel erg tegenstrijdig aan de door de NZa zelf gepropageerde marktdoctrine waarbij met functionele aanspraak op zorg *juist niet* is vastgelegd *wie verplicht is* het (zorg)product op de markt *te leveren*.

Voor zover goed geïnformeerd, is het VPHuisartsen duidelijk dat Europese regelgeving een dergelijke individueel opgelegde verplichting tot levering van ANW-zorg, zal affluiten. VPHuisartsen zal zich dan ook tot het uiterste verzetten tegen een dergelijke maatregel.

VPHuisartsen stelt voor een brede en open discussie te voeren over de 24-uurs zorg(plicht) en over de huidige organisatie en werkwijze van de huisartsenposten. Gezocht moet worden naar effectieve maatregelen voor het oplossen van de capaciteits- en financieringsproblemen rond de ANW-zorg.

IV Financieringssystematiek

Met betrekking tot de financiering van de gehele huisartsenzorg is VPHuisartsen voorstander van handhaving en versterking van een *gemengde tariefsstructuur: inschrijftarief en consult(verrichtingen) tarief*. Hierbij is de financiering of het budget voor het door de beroepsgroep geformuleerde ‘basiszorgaanbod’ cq de reguliere basiszorg, gescheiden van de financiering van ketenzorg en M & I verrichtingen, het zogenaamde ‘aanvullend zorgaanbod’. Daarbij kan het basisaanbod in een inschrijftarief vallen met handhaving van de plaats- en leeftijdsgebonden toeslagen. Tussen onderhandelingspartijen dient overeenstemming te bestaan over de wijze van kostprijsberekening. Naast het budget voor basiszorg, ketenzorg en M&I, dient een vierde budget beschikbaar te zijn voor professionele ondersteuning van de huisartsen: DA, POH-S, POH-GGZ, nurse practitioners, management van Hagro’s en Zorggroepen ed. Binnen de huisartsenpraktijk leidt uiteindelijk het onderscheiden gefinancierde zorgaanbod tot geïntegreerde huisartsenzorg, zonder wezensvreemde marktwerking en functionele bekostiging.

V Administratieve en organisatorische lastendruk

1 Administratieve druk belast beschikbaarheid patiëntenzorg

Op dit moment wordt de huisarts met een onverantwoorde toename van administratieve lasten geconfronteerd. Uitbreiding van de controles door NZa, NMA, IGZ tot aan ECD & FIOD als weerslag van wetgeving en geïnstitutionaliseerd wantrouwen bij de overheid jegens zorgaanbieders. Wellicht opportuun op (sommige) private markten zoals de bancaire sector, maar de wil van de overheid greep te krijgen op het professionele handelen van de huisarts, op het primaire proces tussen arts en patiënt, doet meer kwaad dan goed.¹⁹ Toezeggingen en recente uitspraken van Minister Klink over de afname van de administratieve lastendruk staan haaks op de door huisartsen e.a. aangetoonde werkelijkheid en geregistreerde feiten²⁰. Huisartsen ervaren dat de toenemende administratie-eisen meer tijd en aandacht vereisen. Dit gaat ten koste van de beschikbaarheid voor patiëntenzorg. Zeker bij de ontwikkeling en organisatie van ketenzorg dient de administratieve druk scherp in de gaten gehouden te worden (zie II.4) Zo nodig moet wat wenselijk is wijken voor wat nog haalbaar en betaalbaar is. Zowel financieel als (praktijk)organisatorisch. Per slot van rekening was de invoering van de marktwerking niet primair gelegen in de onbetaalbaarheid of het disfunctioneren van de huisartsenzorg.

2 Organisatie beleids- en besluitvorming strijdig aan efficiëntiedoelstellingen

Zonder opgelegde concurrentie en met de huisartsen(zorggroepen) als regisseurs en poortwachters kan verantwoorde ketenzorg worden gerealiseerd [zie oa. Diabeteszorg Zwolle eo]. Met faciliterende managers die onder regie en ten dienste staan van de huisartsgroep, in plaats van andersom. Passende financiering van ketenzorg - die een uitbreiding betekent van het Aanvullend Zorgaanbod, naast de reguliere basiszorg - is daarbij een randvoorwaarde.

Op dit moment wordt vanwege de beoogde marktwerking, behalve op centraal niveau met de overheid, op regionaal niveau door 23 Kringen, 101 zorggroepen en 50 HDS-en (huisartsendienstenstructuren) onderhandeld met zorgverzekeraars, leidend tot een ondoorzichtig woud van regels, tarieven en voorwaarden. Het jaarlijkse contracteringscarrousel van steeds wijzigend zorgaanbod met concurrerende verzekeraars die voor hetzelfde zorgaanbod (M & I's en ketenzorg) verschillende tarieven hanteren, leidt tot een uiterst inefficiënte besteding van tijd en premiegelden. Huisartsen als ook verzekeraars, verliezen dus veel kostbare tijd en budget aan een jaarlijkse rituele dans.

VPHuisartsen is van mening dat de huidige overleg- en onderhandelingsstructuur rond de huisartsenzorg, een fundamentele aanpassing behoeft, gericht op efficiëntie. Lokale en regionale onderhandelingen kunnen grotendeels worden vervangen door een landelijk overleg- en adviesplatform te realiseren. Het verlaagt de administratieve druk en beperkt onnodig tijdsverlies. Het bespaart daarmee vele tientallen miljoenen op de huidige overleg- en contracteringskosten bij de overheid, verzekeraars en huisartsen. Het draagt bij aan een beter investeringsklimaat over meerdere jaren en kan op die manier innovatie bevorderen. (Chronische) patiënten worden daar alleen maar beter van. Het betekent wel dat de huisartsenzorg buiten het mededingingskader (MW), zoals dat voor de 'echte' marktsector geldt, moet worden geplaatst. Naar het model van de SER (met vertegenwoordigers van werknemers, werkgevers en kroonleden) kan een **Raad voor Eerstelijns Zorg (REZ)** worden ingesteld met vertegenwoordigers van verzekeraars, zorgaanbieders, zorggebruikers en wellicht kroonleden. Deze REZ adviseert de minister over het gewenste (consensus)beleid dat leidt tot meerjarenafspraken in de eerstelijnszorg en geeft tevens de organisatorische en financiële randvoorwaarden aan, inclusief de tarieven.

De functie van de regionale zorggroepen zal zich richten op de organisatie en ondersteuning van de huisartsen en andere eerstelijnswerkers in het kader van de implementatie van programma's voor geïntegreerde chronische zorg (ketenzorg). De huidige beoogde functie van hoofdaannemer en onderhandelaar met andere concurrerende zorgondernemers komt te vervallen. Uitgangspunten voor de zorggroepen vormen immers de landelijk geaccordeerde zorgstandaarden, de meerjarenafspraken over doelstellingen, financiering en het toetsingskader rond het te leveren zorgaanbod.

VPHuisartsen bepleit centrale, landelijke onderhandelingen tussen verzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties (en kroonleden?) om te komen tot consensus en advies aan VWS over algemeen geldende kwaliteits- en leveringsvoorwaarden en tarieven vastgelegd in meerjarencontracten .

VI Conclusie

Huisartsgeneeskunde is het fundament van de curatieve gezondheidszorg. Opgebouwd in 100 jaar door eizinnige professionals met een hoog arbeidsethos en groot verantwoordelijkheidsgevoel. Veelgeprezen om haar kwaliteit en uiterst doelmatige werkwijze. De door niemand betwiste exponentiële toename van de zorgvraag in de komende jaren, vraagt om versterking van dat fundament. Afstand nemen van de marktideologie, centraliseren van onderhandelingen, instellen van een Raad voor Eerstelijns Zorg, toereikende randvoorwaarden creëren voor noodzakelijke praktijk- en personele uitbreiding ter verbreding van het zorgaanbod, reorganisatie van de ANW-zorg en de honorering daarvan, vasthouden aan een gemengd tariefsysteem en hernieuwd vertrouwen in de professional. Het zijn de bouwstenen van dat fundament.

-
- 1 CPB. Vergrijzing verdeeld. juni 2010
 - 2 Gezondheidsraad. European primary care. Ministerie van VWS, Den Haag, december 2004
 - 3 Starfield Barbara. Sterke eerstelijnszorg bevordert gezonde samenleving. NHG, Huisarts en Wetenschap, 48(4) april 2005
 - 4 Hingstman, L. Kenens, R.J. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2009. NIVEL, december 2009
 - 5 Porter, M.E. ea. Redifining Healthcare. Harvard, 2006
 - 6 Klempt Kropp M, De zorg in Duitsland beu, Nederland moet leren van de fouten van het buurland, Medisch Contact 2007;62)
 - 7 Post, Doeke. De derde weg, Elsevier 2009
 - 8 Kikker Groep: Rapportage Nationaal Onderzoek Zorgcultuur. Olst, oktober 2008
 - 9 Anette Berendsen, promotieonderzoek: Samenwerking tussen huisarts en specialist. Wat vinden de patiënten en de dokters. Groningen, februari 2009
 - 10 Wheelan Ph.D., Charles. The top 10 reasons for soaring health-care costs. februari 2006
<http://finance.yahoo.com/expert/article/economist/2760?p=1>
 - 11 Zorgbalans 2010, De prestaties van de Nederlandse Zorg, RIVM, Bilthoven, mei 2010
 - 12 Bilo, Henk. Diabetes Ketenproject. Zwolle eo
 - 13 Anton Maes 'Klant heeft niets te vertellen over prijs zorg', de Volkskrant Forum, 27 januari 2010, pg 11
 - 14 Zorgbalans 2010, RIVM, 25-05-2010
 - 15 Meetweekrapport 2009, Comité WAKE UP!! Rapport_CWU_Meetweek_2009.pdf
 - 16 [CPB notitie, houdbaarheidsmaatregelen curatieve zorg, 15 september 2009]
 - 17 Paul Giessen

http://medischcontact.artsennet.nl/blad/Tijdschriftartikel/Te-snel-naar-de-huisartsen_post.htm
 - 18 NZa, bekostiging acute zorg moet eenvoudiger

<http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/Za-bekostiging-acute-zorg-moet-eenvoudiger/> 20-01-2010
 - 19 Toespraak Raad van State vice-voorzitter Mr. H.D. Tjeenk Willink d.d. 9-10-2009]
 - 20 Sira Consulting, Meting lasten huisartsen, rapport Nieuwegein, 14 mei 2008

Augustus 2010
VPHuisartsen