

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Mevrouw drs. E. Schippers  
Ministerie van VWS  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag

Amsterdam, 25 mei 2011

Betreft: Budgetoverschrijding 2010

Excellentie, geachte mevrouw Schippers,

In een recent programma van RTL Z heeft u gemeld dat uw departement is geconfronteerd met forse budgetoverschrijdingen in het jaar 2010. Volgens welingelichte bronnen zou het gaan om een bedrag van 2,1 miljard euro. U heeft daaraan toegevoegd dat de hierdoor noodzakelijk geworden bezuinigingen 'niet ongemerkt aan de sector voorbij kunnen gaan'.

Graag willen wij op korte termijn geïnformeerd worden over uw financieringsplannen voor de huisartsenzorg voor het komend jaar en de daarop volgende periode. Op 20 augustus 2010 hebben wij een open brief gestuurd ter attentie van de toekomstige Minister van VWS met een aantal adviezen ten aanzien van de organisatie en financiering van de huisartsenzorg [<http://www.vphuisartsen.nl/Brieven-en-artikelen-regeringsbeleid/Advies-VPHuisartsen-aan-de-minister-van-VWS-over-organisatie-en-financiering-van-toekomstige-huisartsgeneeskundige-zorg.html>]. Wij gaan ervan uit dat u deze heeft ontvangen.

In deze brief hebben wij een pleidooi gehouden om de huisartsenzorg in de komende jaren substantieel te versterken. Dit is nodig om deze vorm van zorg een voldoende stevig fundament te geven. Maar vooral om doelmatigheidswinst te behalen die noodzakelijk is om de oplopende tekorten te beteugelen. Ook uw voorgangers zijn met grote tekorten geconfronteerd. In antwoord daarop werd telkens weer besloten tot een procentuele korting op de tarieven van bijna alle zorgaanbieders. We moeten vaststellen dat deze 'kaasschaafmethode' in de afgelopen jaren niet heeft gewerkt, in tegendeel, de tekorten zijn alleen maar groter geworden.

Om die reden pleiten wij voor een ferme koerswijziging in het financieringsbeleid, die naar onze mening wel effect zal sorteren. Wij stellen de volgende maatregelen voor:

1. Dring met kracht de drempelloze toegang naar allerlei (dure) tweedelijns zorg terug
2. Geef de huisarts de regierol bij de inzet van diagnostiek en behandelingen in de eerstelijns
3. Faciliteer huisartsen bij uitbreiding van gewenste zorgtaken

## **Ad 1. Drempelen van zorg**

In de afgelopen jaren zijn een groot aantal dure zorgvoorzieningen min of meer vrij toegankelijk geworden. Denk aan ZBC's en specifiek diagnostische voorzieningen. Maar ook binnen de GGZ zijn er vele beroepsbeoefenaren die zelf een behandelindicatie stellen. Verwijskaarten worden niet gevraagd of anders moreel afgedwongen nadat het consult of de behandeling al heeft plaatsgevonden. Het aantal zelfverwijzers naar de tweedelijns is spectaculair gestegen nadat de verwijskaart formeel werd afgeschaft.

Het overgrote deel van de hier uitgevoerde diagnostiek en behandeling kan tenminste even goed door de huisarts worden gedaan tegen een fractie van de prijs in de tweedelijns. Het drempelen van de toegang tot deze dure vormen van zorg levert enorme besparingen op zonder dat er kwaliteit verloren gaat. Huisartsen werken met professionele standaarden en lesa's die aangeven wanneer een verwijzing zinvol en noodzakelijk is.

Om deze drempels in te voeren moeten er sluitende afspraken worden gemaakt met zorgverzekeraars, ziekenhuizen en huisartsen. Het preferentiebeleid in de farmaceutische hulp heeft bewezen dat het mogelijk is met heldere afspraken en een consistent beleid door de jaren heen, grote bedragen te besparen.

## **Ad 2. Regierol huisarts versterken**

Uw eigen ministerie heeft door Plexus onderzoek laten doen naar mogelijke besparingen door huisartsen een regierol te geven bij de uitvoering van laboratoriumdiagnostiek. Er bleek een besparing mogelijk van ruim 1 miljard euro (al moet worden opgemerkt dat in de notitie geen bedrag was opgenomen voor het extra werk van de huisarts dat voortvloeit uit de beoogde reorganisatie).

De regierol van de huisarts zou kunnen worden versterkt in de GGZ. Veel patiënten maken in onze optiek onnodige en kostbare omzwervingen voordat ze op de juiste behandelplek terecht komen. Door de POH GGZ functie van de huisarts te versterken kunnen in dit verband grote slagen worden gemaakt. En zo zijn er nog vele andere voorbeelden te geven. Wij zijn graag bereid dit punt mondeling toe te lichten.

## **Ad 3 Faciliteren huisartsen**

Indien u het beleid van uw voorgangers voortzet, zullen huisartsen opnieuw worden geconfronteerd met een forse korting op hun praktijkomzet. Een fikse korting op de praktijkomzet zal veel praktijkhouders dwingen tot het maken van keuzes. Er is niet veel fantasie voor nodig om te bedenken dat de uitwerking van deze keuzes op onze sector een verlamdend effect zal hebben. Investerings in personeel of praktijkpand zullen worden stopgezet en innovaties zijn niet langer mogelijk. In onze ogen is het begrijpelijk dat een intrinsiek gemotiveerde beroepsgroep gedemotiveerd raakt als ze gekort wordt wegens een overschrijding in 2010 waar ze slechts 31 miljoen (1% van het huisartsenbudget) aan heeft bijgedragen en waarvan 16 mln veroorzaakt is door volumegroei van de ANW-zorg.

In voorgaande jaren compenseerde huisartsen hun omzetverlies als gevolg van de kortingen, door meer werk op zich te nemen. Gezien de uitkomsten van onze Meetweek 2010 waaruit naar voren kwam dat huisartsen gemiddeld 58,6 uur per week (exclusief ANW diensten) moeten werken om een normpraktijk te voeren, is de grens ruimschoots bereikt dan wel overschreden.

Een huisarts kan niet én verantwoorde basiszorg bieden én extra zorgtaken op zich nemen zonder extra investeringen in personeel en infrastructuur, laat staan bij een opgelegde korting van het budget.

Bovendien zullen jonge huisartsen, door onzekerheid over de financiering van de huisartsenzorg op korte en langere termijn, afzien van praktijkvestiging. Zij treden liever in parttime dienstverband zonder de verantwoordelijkheid en onzekerheden van het praktijkhouderschap. Overigens doet dit

probleem zich nu al voor. Ook zullen oudere huisartsen eerder overgaan tot voortijdige praktijkbeëindiging. Het al bestaande capaciteitsprobleem neemt hierdoor snel toe.

Het komt erop neer dat bij het uitblijven van investeringen in de huisartsgeneeskundige sector of nieuwe bezuinigingen zullen leiden tot gedemotiveerde huisartsen en bevrozing van nieuwe ontwikkelingen zoals de implementatie van ketenzorg- en preventieprogramma's.

Bovendien ontstaat versneld een groot capaciteitsprobleem waardoor minder zorg geboden kan worden en eerder naar duurdere tweedelijnszorg verwezen zal moeten worden.

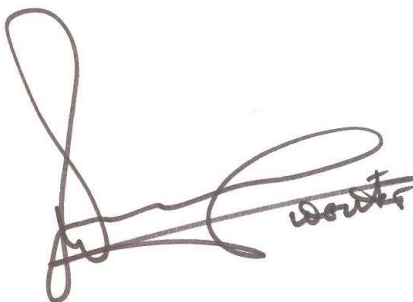
Wat is er nodig om de onder punt 1. en 2. genoemde bijdragen aan beperking van de kostenstijging in de zorg, te kunnen realiseren?

1. Meerjarencontracten maken een consistente beleidsontwikkeling mogelijk en geven rust op het front cq in de praktijkvoering. Bovendien zullen huisartsen weer durven investeren in personeel en praktijkruimte om aanvullend zorgaanbod mogelijk te maken.
2. Reële kostenvergoeding en passende honorering
3. Vergoeding voor het ondernemersrisico. De gemiddelde huisarts heeft op dit moment twee tot drie personeelsleden in dienst en loopt daarmee serieuze financiële risico's. Het uitbreiden van taken zoals genoemd onder 1. en 2. maakt de uitbreiding van de personeelsformatie noodzakelijk. Dat kan alleen maar als er in enigerlei vorm een buffer beschikbaar is.
4. Het opheffen van de paradoxe boodschap aan de burgers: enerzijds zorgconsumenten van onbelemmerde, vraaggestuurde zorg en anderzijds degenen die door de stijgende zorgkosten, met forse premieverhogingen en pakketverkleining worden geconfronteerd.

Mocht u er prijs op stellen dan zijn wij uiteraard beschikbaar om onze opvattingen en voorstellen nader toe te lichten.

In afwachting van uw antwoord wensen wij u veel wijsheid en sterkte.

Namens het bestuur van VPHuisartsen,



Wouter N. van den Berg, voorzitter



Hans Nobel, secretaris