

LOVAH bestuur

Utrecht, 2 september 2009

Geacht bestuur van de LOVAH,

De werkgroep Politiek en Maatschappij (WPM) is door u gevraagd om schriftelijk een reactie te geven op de huidige ontwikkelingen binnen de onderhandelingen tussen de LHV en minister Klink. Ter verduidelijking beginnen wij met een beeld te schetsen hoe de onderhandelingen verlopen zijn.

De LHV is de onderhandelingen in mei 2008 ingegaan met het plan om samen met de minister te kijken naar problemen als de vergrijzing, het toegenomen aantal chronisch zieken, de krapte op de arbeidsmarkt en de oplopende kosten in de gezondheidszorg. De LHV had als uitgangspunt de centrale rol van de huisarts als regisseur en poortwachter in de zorg. Hierin stond centraal:

- Task Force Acute Zorg (samenwerking SEH, ambulance en huisartsenposten)
- Administratieve ondersteuning zodat de praktijkassistente weer vrij komt
- Invoering EPD
- Verbeteren bereikbaarheid door het opleiden van meer praktijkassistenten
- Verhogen van het ANW-tarief voor de huisarts

De minister wilde aanvankelijk 340 miljoen bezuinigen (gebaseerd op een kostenonderzoek van de NZa). Later is dit bijgesteld naar 170 miljoen. Tegelijkertijd wil de minister het EPD, de keten-DBC's en de bijbehorende functionele bekostiging introduceren. Bovendien wordt van de huisarts verwacht dat die zijn bereikbaarheid verbetert.

Het LHV-bestuur heeft op 21 oktober 2008 een brief verzonden naar zijn leden waarin benadrukt wordt niet akkoord te gaan met de voorgenomen plannen om het tarief voor het herhaalrecept te halveren, een omzetverlies van 12,5 tot 17,5 duizend euro per normpraktijk. De maatregel doet geen recht aan:

- de innovaties van de laatste jaren, onder meer de groei van praktijkondersteuners
- de groei van samenwerkingsverbanden en investeringen in nieuwe praktijkpanden
- het opvangen van de toenemende vraag naar huisartsenzorg
- de bereidheid om mee te werken aan plannen om de eerstelijns te versterken

De toen gestelde eisen om het overleg te hervatten zijn:

- daadwerkelijke substitutie van tweede- naar eerstelijns
- verhoging ANW tarief
- loslaten van budgettair plafond voor de huisartsenzorg

Op 18 december 2008 volgt een brief waarin staat dat niet de tarieven voor herhaalrecepten worden afgeschaft, maar gekozen wordt om alle andere tarieven niet te indexeren. De LHV spant een kort geding aan en verliest deze.

In juli 2009 volgt een brief over de stand van zaken over de onderhandelingen voor 2010 met het oordeel dat het pakket van de minister, ondanks een paar pijnpunten, toch een basis vormt voor verder overleg. Samenvattend is de belangrijkste boodschap dat de minister de centrale rol van de huisarts onderkent, maar dat er in de huidige economische malaise geen ruimte is voor financiële extra's. De kern van het eindbod van de minister bestaat uit 5 punten.

1. Macro worden de inschrijftarieven met 60 miljoen euro gekort (3,75 euro per patiënt), maar deze afslag kan terugverdiend worden door doelmatig(er) voor te schrijven.
2. Introductie van keten-DBC's waardoor er circa 200 miljoen euro wordt overgeheveld van tweedelijns naar eerstelijns.
3. Indexatie over 2010 van alleen de kostencomponent en niet het looncomponent, dus loonmatiging voor alle vrije beroepsbeoefenaren.
4. Verhoging van ANW-tarief naar 65 euro, met de mogelijkheid deze door lokale onderhandelingen te verhogen tot 80 euro.
5. Het bedrag voor herhaalreceptuur wordt budgetneutraal overgeheveld naar het inschrijftarief.

Hierop volgden vele verhitte reacties in huisartsenland. Ten aanzien van deze onderhandelingen hebben wij als WPM de volgende standpunten.

De procedure

Zoals hierboven beschreven, staat het uiteindelijk bereikte resultaat ver af van de oorspronkelijk plannen, zonder dat het voor de achterban duidelijk is hoe dit zo gekomen is. Er is door het LHV-bestuur gekozen voor de weg van de stille diplomatie, aangezien berichtgeving het onderhandelingsproces zou kunnen schaden. Dit heeft echter tot gevolg dat de achterban de gemaakte stappen niet begrijpt, noch steunt. Daarnaast is voorbij gegaan aan goede ideeën en initiatieven van de ervaren huisartsen in het veld. Er is kortom geen gebruik gemaakt van de onderhandelingskracht van de grote achterban. Er lijkt dus een patstelling te zijn ontstaan tussen de centrale rol die de huisarts dient te (gaan) vervullen en geldelijke bezuinigingen.

Het inhoudelijke resultaat:

1. *Macro worden de inschrijftarieven met 60 miljoen euro gekort (3,75 euro per patiënt), maar deze afslag kan terugverdiend worden door doelmatig(er) voor te schrijven.*

Een principiële NEE. Het kan niet zo zijn dat het inkomen van de huisarts afhankelijk is van de medicatie die hij voorschrijft. Zijn professionele autonomie komt daarmee in het geding. Bovendien doet dit voorstel de huisarts tekort: er zijn de afgelopen jaren meerdere programma's geweest om het generiek voorschrijven te bevorderen zonder dat dit ooit de verwachte miljoenen als resultaat opleverde. Aan welke criteria moet dit doelmatiger voorschrijven voldoen? Wordt dit beoordeeld per praktijk of op FTO-niveau? Veel meer korting op dit gebied valt te halen als er afspraken met de specialisten en ziekenhuisapotheken worden gemaakt. In het ziekenhuis wordt immers gestart met de duurere medicatie. De huisarts kan en mag niet worden ingezet om het behandelvoorstel van de specialist te veranderen. Aan de patiënt valt niet uit te leggen dat de huisarts zijn medicatie vervangt voor een goedkoper middel, omdat de huisarts hiervoor een korting ontvangt. Zo ontstaat een vertrouwensbreuk en dat kan niet de bedoeling zijn.

2. *Introductie van keten-DBC's waardoor er circa 200 miljoen euro wordt overgeheveld van tweedelijns naar eerstelijns.*

Functionele bekostiging en ketenzorg zijn geen nieuwe ideeën. Vanuit de vakgroep zelf is reeds gestart met het opzetten van richtlijnen die de transparantie van zorg moeten bevorderen. Het doel hiervan is substitutie van zorg naar de eerstelijns, in de directe omgeving van de patiënt. Op meerdere plaatsen in Nederland wordt de diabeteszorg reeds functioneel bekostigd. Het bezwaar

dat de WPM tegen dit punt indient, is dan ook niet inhoudelijk, maar betreft de snelheid waarmee de minister het plan wil invoeren, waarbij de gelden voor de reeds bestaande systemen zoals POH wegvallen.

Er zijn nog geen zorgstandaarden voor COPD en hartfalen en het is nog onduidelijk hoe de MDS (minimale data set) vorm zal krijgen. Dit maakt dat wij een grote golf aan extra administratieve lasten vrezan. Hoe wordt die vergoed? Bovendien is het nog onduidelijk wat de kosten en baten van dit alles zal zijn. De minister spreekt over een overheveling van circa 200 miljoen euro zonder dat hij dit financieel onderbouwt. Wel wordt besproken hoe de 200 miljoen bespaard kan worden uit de tweedelij, maar niet hoe deze weer wordt ingezet ter ondersteuning van de eerstelij. Daarbij is het nog maar zeer de vraag of functionele bekostiging de zorg goedkoper zal maken. De hele DBC-systematiek staat in de ziekenhuizen ter discussie nadat de kosten vele malen hoger uit zijn gevallen.

Daarnaast blijkt uit onderzoek in Engeland dat de patiënt wordt opgedeeld in 'keten-stukjes' en dat er onnodige metingen worden verricht om maar aan de eisen te voldoen: cijfers worden belangrijker dan patiënten. Tijd en geld voor administratie zal alleen maar toenemen. Terwijl het juist de bedoeling was om de zorg goedkoper te maken en administratie uit de praktijk te weren, zodat er meer tijd en aandacht vrij komt voor de patiënt. Het aantal patiënten dat binnen deze ketenzorg komt te vallen, is met 12% van de populatie bovendien relatief klein. Een principieel bezwaar bij dit alles is dat de minister de huisarts niet beschermt als organisator binnen de keten-DBC. In principe staat het iedere beroepsgroep vrij om deze zorg aan te bieden, ongeacht of deze wel of niet gekwalificeerd is. Een slimme ondernemer kan een diabetesstraat oprichten met alleen verpleegkundigen en een basisarts in dienst. Dit komt niet ten goede aan de continuïteit van zorg aan de patiënt. Het scheidt veel onduidelijkheid waar de patiënt met welke klacht terecht kan. Het vak van de huisartsen als generalist wordt uitgekleeft. Naast bovenstaande bezwaren, is nooit aangetoond dat substitutie van zorg vanuit de tweedelij naar de eerstelij leidt tot kostenbesparing in de tweedelij. Het ziekenhuis zal zijn productie en daarmee zijn omzet handhaven. Zo wordt de financiële ruimte die ontstaat bijvoorbeeld opgevuld met nieuwe zorginitiatieven, zoals een osteoporosestraat of griepoli.

3. Indexatie over 2010 van alleen de kostencomponent en niet het looncomponent, dus loonmatiging voor alle vrije beroepsbeoefenaren.

Het is ons onduidelijk waarom de minister überhaupt wil bezuinigen op de huisartsenzorg.

Alweer voor de vijfde keer wordt de huisarts afgerekend op een verkeerde inschatting van de NZa, die in het onderzoek naar de normomzet van de huisarts geen rekening hield met de werkelijke werkuren en kostprijs van de gewenste zorg. Voor het gemak wordt vergeten dat het een stijging in de kosten was, die resulteerde in een stijging in de omzet. De redenen van de gestegen consulten zijn vergrijzing, verkorte ligduur in het ziekenhuis, extramuralisering, normering binnen beroepsgroep, malheur in de thuiszorg, zorgverplaatsing naar de eerstelij en het met marktwerking gepropageerde consumentisme; alle buiten de invloed van de huisarts om en de meeste juist op initiatief van het ministerie. Juist nu moet er geïnvesteerd worden in de eerstelij. Een sterke eerstelij houdt de zorg toegankelijk en ook beter betaalbaar.

De minister wil meer werk voor minder geld en straft de huisarts wanneer deze harder werkt. Meer omzet zorgt ervoor dat de huisarts boven het gestelde budget uitkomt, zodat hij uiteindelijk weer gekort zal worden. Hierdoor ontstaat een vicieuze cirkel.

De minister wil 1 miljard euro bezuinigen op het totale budget van de gezondheidszorg, maar de genoemde 60 miljoen euro op de huisartsenzorg staat niet in verhouding tot de 3,6% die de huisartsenzorg van het totaal aan gezondheidskosten inneemt. Overigens behandelen de huisartsen 96% van de zorgvragen.

Sinds 2003 zijn de tarieven nooit meer trendmatig verhoogd, wat bij stijgende kosten een jaarlijkse inkomensdaling betekent. Huisartseninkomens zijn niet vergelijkbaar met die van medische specialisten en andere postacademici.

4. *Verhoging van ANW-tarief naar 65 euro, met de mogelijkheid deze door lokale onderhandelingen te verhogen tot 80 euro.*

Aanpassing van de ANW-tarieven is niet meer dan reëel, zeker omdat dit al in 2001 werd beloofd, maar niet is gedaan. Blijkbaar moeten de huisarts deze tariefverhoging zelf voor zijn rekening nemen, omdat die betaald wordt met geld dat vrijkomt uit de herhaalreceptenvergoeding. Zie ook punt 3.

5. *Het bedrag voor herhaalreceptuur wordt budgetneutraal overgeheveld naar het inschrijftarief.*

Tijdens het Vogelaarverdrag is juist gekozen voor een financieringsstructuur waarbij betaald wordt naar zowel het aantal inschrijvingen op naam als de verrichte arbeid. Het herhaalrecept is hierbij een belangrijke parameter. Het herhaalrecept is niet alleen een administratieve taak – en geeft derhalve een goede indruk van de werkbelasting van de assistente – het betreft ook de verantwoordelijkheid van de arts om het medicatiegebruik van zijn patiënten te controleren. Hierbij kan gedacht worden aan polyfarmacie, bijwerkingen en afhankelijkheid van slaap- en kalmeringsmiddelen.

Dat de kosten voor receptuur een groot deel van de omzet van de huisarts vormt, lijkt niet reëel en is ook geen weerspiegeling van de hoeveelheid tijd en werk die er in gestoken wordt.

Daarentegen is de 13,50 euro die gerekend wordt voor een visite ook zeker geen afspiegeling van de werkelijkheid. In de tijd dat een visite gereden wordt, kunnen vier consulten gedaan worden. De vergoeding hiervoor moet dan ook minstens verdubbeld worden als besloten wordt het tarief voor herhaalrecepten te verlagen.

Wij kunnen ons voorstellen dat het tarief voor herhaalrecepten naar een vaste vergoeding gaat, mits: dit tarief wel geïndexeerd wordt; er rekening gehouden wordt met de te verwachten groei van herhaalrecepten (vergrijzing, chronische zorg); er een systeem bedacht wordt waardoor huisartsen met een oudere populatie en veel chronische zorg niet de dupe worden van deze regeling.

Als AIOS zijn wij enthousiast aan de huisartsenopleiding begonnen omdat het een boeiend vak is met veel inhoud en persoonlijk contact. Geld is voor ons niet de belangrijkste drijfveer. Het is echter wel nodig om kwaliteit en innovatie te kunnen waarborgen. De economische crisis lijkt voorlopig nog niet voorbij. De afgelopen vijf jaar, een economisch goede tijd, zijn de huisartseninkomens niet geïndexeerd, dus het is niet aannemelijk dat dit in crisistijd wel gaat gebeuren. De kans is dus groot dat in de toekomst de huisartsen gekort blijven worden. Mocht dit gebeuren, dan zal er geen geld meer zijn voor praktijkondersteuning en adequate apparatuur, kortom voor het volgens de nieuwste inzichten behandelen van de patiënt. Met een forse toename van het aantal patiënten in het vooruitzicht betekent dit logischerwijs een achteruitgang van de kwaliteit van de huisartsenzorg.

Als extra punt van zorg willen wij opmerken dat in het kader van bezuinigen het aantal opleidingsplaatsen voor huisartsen in opleiding wordt gekort. Dit gaat ons aan het hart. Moeten wij ons in omvang toenemend werk in de toekomst met minder collega's uitvoeren?

Graag benadrukken wij dat wij, zoals de meeste huisartsen, blijkt uit de diverse commentaren, slechts een beperkt beeld hebben gekregen hoe de onderhandelingen verlopen zijn. Als aankomend huisartsen zien wij duidelijk de pijnpunten in het eindaanbod. Wij missen een tegemoetkoming in de administratieve lasten en daarmee de waardering voor de innovatieve veranderingen binnen het vak. We worden afgerekend op het extra werk dat verzet is.

Tevens achten wij het belangrijk dat wij als jonge huisartsen of huisartsen in spe onze mening over de huidige gang van zaken laten horen aan de LHV. Wij waarderen de inzet van een groot aantal zeer ervaren huisartsen die met hart voor de goede zaak hun commentaar levert, maar het is *onze* toekomst en die van *onze* patiënten waarover nu beslist wordt. Deze brief moet niet worden beschouwd als een motie van wantrouwen tegen het LHV-bestuur. Maar communicatie met de achterban zou het draagvlak wel vergroten en de frustratie van vele betrokkenen verminderen.

Met vriendelijke groet,

E. Stolker
T. Versteegde
I. Roelofs
H. Kraaij
C. Westerweel
J. Oude Vrielink
C. Raedts
R. Wolswijk
H. van den Hof
M. Schoots
R. Verdijk

Allen leden Werkgroep Politiek en Maatschappij