

DE PRIJS VAN MODERNISEREN

Plan om up-to-date huisartsenzorg te financieren

Aan het op peil houden van de huisartsenzorg hangt een prijskaartje. Middelen die daarvoor waren toegezegd, zijn slechts ten dele gebruikt. Een oplossing zou zijn om gelden van de Regeling Initiatiefruimte Ziekenfondsverzekering voor dit doel aan te wenden.

ANTON MAES

Moderniseren is innoveren en innoveren is investeren. VWS-minister Hans Hoogerworst stelt geen extra geld beschikbaar voor modernisering van de eerste lijn.^{1,2} Hij is van mening dat er bij huisartsen meer een probleem bestaat over de organisatie dan over de financiering. Met een doelmatiger inzet van middelen kan de huisartsenzorg toekomstbestendig zijn, aldus de minister.¹

Het tegendeel is echter waar. Bij het moderniseren van de huisartsenzorg is zowel de organisatie een probleem als de financiering. Voor oplossing van beide is externe financiering noodzakelijk. Achilleshiel van het veranderingsproces is de aanwezige capaciteit tot veranderen. Noodzakelijk zijn voldoende kennis en kunde, motivatie, tijd en randvoorwaarden voor inhoud en proces. Dit is deels aanwezig bij huisartsen maar zal deels moeten worden 'ingekocht'.

Investeren is verantwoord als het voldoende 'return of investments' (ROI)

oplevert. Dit bedrijfsmatige principe is ook van toepassing op de huisartsenzorg.

We zullen de prijs van de modernisering in kaart brengen. Daarbij vormt de huidige kostenvergoeding het vertrekpunt.

Wat kost de huisartsenzorg nu (situatie A)? Wat zijn straks de structurele kosten van de huisartsenzorg conform de wensen van de beroepsgroep en de toekomstvisie (situatie B)? En tot slot: wat zijn de eenmalige kosten om te komen van situatie A naar situatie B?

Voor de financiering van deze kosten kunnen RIZ-gelden worden aangewend (RIZ: Regeling Initiatiefruimte Ziekenfondsverzekering). Huisartsen kunnen, door een deel van deze investeringen te oormerken als modernisering huisartsenzorg, in hun contractonderhandelingen met de verzekeraars aandringen op inzet van méér RIZ-gelden voor het moderniseren van hun zorg. Recente verschuivingen in de zorg rechtvaardigen niet alleen een verruiming van het macrobudget huisartsenzorg ('geld volgt de zorg'), maar ook een verschuiving binnen het Budgettair Kader Zorg (BKZ) en de RIZ.

MEERKOSTEN

De huidige kostenvergoeding is zodanig opgebouwd dat alle posten ten dienste komen aan directe praktijkvoering. Er is geen post innovatie en/of uitbreiding van ondersteuning of begeleiding. Verder ontbreekt een vergoeding voor het ondernemersrisico. Het door Deloitte & Touche (D&T) in opdracht van de LHV opgestelde rapport over de praktijkkosten³, zou omgerekend naar 2003 een kostenvergoeding geven van € 144.750,- per normpraktijk. Destijds heeft de LHV 25 procent van de berekende meerkosten aan het budget kunnen toevoegen en 75 procent dus niet! In het D&T-rapport zijn bovengenoemde posten van modernisering overigens niet opgenomen.

Bij modernisering horen andere randvoorwaarden op het gebied van middelen en ondersteuning. In juni 2001 zijn over de vergoeding van gemaakte (lokale) meerkosten afspraken gemaakt tussen huisart-

sen en verzekeraars. Het CTG heeft voor deze meerkosten - onder de noemer 'lokale kosten component' (LKC) - een bedrag genoemd van maximaal € 95 miljoen per jaar. De methodiek van het rapport van Tabaksblat⁴ staat garant voor het feit dat uitbetaling van de praktijkkosten plaatsvindt op basis van aangetoonde kosten. Echter, tot op heden zijn noch de LKC, noch Tabaksblat geëffectueerd.

TOEKOMSTVISIE

De LHV en het NHG hebben een toekomstvisie ontwikkeld om het komende decennium de kwaliteit en de continuïteit van de



SAMENVATTING

huisartsenzorg te behouden en te bevorderen.⁵ Een belangrijk onderdeel van de toekomstvisie vormt de beschrijving

Nadruk op samenwerken

van de kenmerken van huisartsgeneeskundige zorg.⁶ De LHV stelt dat realisatie van de toekomstvisie en uitvoering alleen mogelijk zijn als de noodzakelijke materiële en juridische randvoorwaarden adequaat zijn ingevuld.⁷ Het NHG stelt verder dat een aparte financieringscomponent voor praktijkkosten en kwaliteitsbeleid van doorslaggevend belang is voor het welslagen van de vernieuwing van de huisartsenzorg.⁵ De nadruk komt meer te liggen bij samenwerking en versterking van de hele eerste lijn.⁸

Onmiskenbaar werkt de toekomstige huisarts met een normale werktijd in een samenwerkingsverband of HOED. De stijging van de contactfrequentie de afgelopen jaren⁹ zal in de toekomst doorzetten.¹⁰ Dit betekent voor de

huisartsen een andere manier van werken met meer ondersteuning, taakdelegatie en taakdifferentiatie. Ook de organisatievorm zal veranderen. In de zorg is gemiddeld een kwart van het personeel werkzaam buiten het primaire zorgproces om de organisatie beter te laten functioneren.¹¹ De huisartsenzorg haalt dit getal niet, zeker niet na het noodzakelijke ontslag in 2004 van 276 LHV- en DHV-medewerkers. Een hagro-manager en een praktijkondersteuner zijn dan ook noodzakelijk. Met meer ondersteuning kan de huisarts méér tijd besteden aan patiëntenzorg. Nu is dat maar 65 procent.

PROJECTPLAN

Succesvol veranderen is een gezamenlijke inspanning van de lokale, bij de zorg betrokken partijen: patiëntenorganisaties, gemeente, lokale verzekeraar en huisartsen. Als ook andere zorgaanbieders bij dit proces worden betrokken, ligt de weg open naar de geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg.⁸ De partijen stellen samen een projectplan op met daarin de essentiële bouwstenen voor verandering: visie, doelstelling, randvoorwaarden, resultaat, aanpak, fasering, begroting, planning, risicoanalyse en communicatie. Het plan wordt door

- *Moderniseren is innoveren en innoveren is investeren. 'Budgetneutraal' betekent niet 'kwaliteitsneutraal'.*
- *De kosten van moderne huisartsenzorg zijn structureel; de kosten om daar te komen zijn eenmalig.*
- *Elke verandering vraagt een specifieke, in te huren deskundigheid.*
- *In de huidige kostenvergoeding ontbreken bedragen voor innovatie, extra ondersteuning en ondernemersrisico.*
- *De essentiële bouwstenen voor verandering worden vermeld in een projectplan.*
- *Voor de prijs van moderniseren moeten concrete bedragen worden genoemd.*
- *De financiering van de modernisering wordt niet top down bepaald, maar wordt bottom up berekend via de werkelijke kostprijs van de zorg van huisartsen.*
- *Voor modernisering kan de RIZ ruimer worden ingezet.*

een projectleider samen met de partijen geschreven. De laatste stap bij het slagen van dit proces is het ondertekenen van het contract met de zorgverzekeraar. Indien voor deze laatste stap een praktijkplan verplicht wordt gesteld, dan worden de meerkosten hiervan in de begroting meegenomen. Een samenwerkingsverband kan al aanwezig zijn in praktijken, dan wel zich ontwikkelen uit bestaande huisartspraktijken.¹⁴ Met HOED-vorming is al ervaring opgedaan. HOED-vorming biedt uitzicht op deelname van andere zorgaanbieders dan huisartsen in hetzelfde praktijkgebouw.

Betaling van de werkelijk gemaakte, aangetoonde lokale kosten en het beginsel van 'loon naar werken',⁴ al dan niet na normering, conflicteert met het uitgangspunt van de minister om een maximum vast te stellen voor de kostenvergoeding en het macrobudget huisartsenzorg.²

OORMERKEN

In augustus 2004 bracht het CVZ zijn rapport uit over de kostenontwikkeling van de zorg van 1998 tot 2003.¹⁶ Onderdeel van dit rapport is een rapportage over de Regeling Initiatiefruimte >>



ILLUSTRATIE: BIRIAN HARMSSEN

<< Ziekenfondsverzekering (RIZ), voorheen de flexizorg. De RIZ geeft verzekeraars de mogelijkheid om 5 procent van hun totale budget uit te geven aan zorg die niet als verstrekking in de Ziekenfondswet is beschreven. Verzekeraars hebben zelf aangegeven de RIZ-gelden in te zetten om de eerste lijn te moderniseren.¹⁷ Echter, uit het CVZ-rapport¹⁶ blijkt dat bijvoorbeeld in 2003 van het maximale RIZ-budget van € 598,8 miljoen slechts € 53 miljoen (minder dan 9%) voor zorgvernieuwing en vervangende hulp is gebruikt. Door een deel van de investeringen ten behoeve van modernisering te oormerken als modernisering huisartsenzorg, kunnen huisartsen in hun contractonderhandelingen met de verzekeraars aandringen op inzet van méér RIZ-gelden om hun zorg aan te passen aan de eisen van de tijd.

De contactfrequentie tussen verzekeren en huisarts neemt toe. Dit wordt deels verklaard door geaccepteerde kwaliteitsregels voor gebruikelijke zorg, door extramuralisering van zorg (verzorgingshuis, verpleeghuis, psychiatrie) en halvering van de ligduur van verzekerden in ziekenhuizen.¹⁹ Deze verschuiving van zorg rechtvaardigt niet alleen een verruiming van het macrobudget huisartsenzorg ('geld volgt de zorg'), maar ook een verschuiving binnen het BKZ en de RIZ. En dan moet de vergrijzing nog beginnen. Als investeringen uitblijven, zal de modernisering achterblijven. Moderne huisartsenzorg is een zorg voor ons allen en een zorg van ons allen. ■

drs. A.A.C.M. Maes,
huisarts

correspondentieadres: amaes@tiscali.nl

Een uitgebreide versie van dit artikel vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek



DE PRIJS VAN MODERNISEREN

omschrijving van de investering bij modernisering	kosten		inkomen
	structureel	eenmalig	
praktijkassistent: tussen schaal 6-10: 4984 normpraktijken x € 5000	25		
praktijkondersteuning bij het resterende 2/3 deel van de huisartsen	105,5		
hagro-manager bij 900 hagro's	26		
ondernemersrisico bij (aangetoond) aanwezig risico	26,5		
kosten projectmanagement en projectleider voor projectplan		36	
HOED: desinvestering / verhuizing: lokaal vastgoedfonds		p.m.	
HOED: 500 hagro's die financieel deskundige inhuren		1,5	
HOED: deskundigheid inhuren voor specifieke trajecten		p.m.	
praktijkplan voor onderhandelen over een contract	p.m.		
meerkosten uitbreiding HADS van 15 miljoen naar 16,2 miljoen	18,5		
herijking daginkomen: CTG 15 juli 2002 ¹⁸			72
herijking ANW-inkomen: CTG 15 juli 2002			27
compensatie voor de premie van arbeidsongeschiktheidsverzekering 2001 e.v.: CTG 15 april 2002			19
	----- +	----- +	----- +
totaal: investering/modernisering exclusief p.m.-posten	201,5	37,5	118

Kosten en baten van de modernisering van de huisartsenzorg in miljoen euro



Referenties

1. Minister Hoogervorst, VWS. De toekomstbestendige eerste lijn, CZ/EZ-2431353, Den Haag 2003.
2. Minister Hoogervorst, VWS. Verzoek om uitvoeringstoets invoering nieuw bekostigingssysteem huisartsen, brief aan CTG, woBOZ/PPB-2495136, Den Haag, 7 juli 2004.
3. Deloitte & Touche, Kostenmodel huisartsen. Den Haag, april 2000.
4. Tabaksblat M. Een gezonde spil in de zorg, bouwstenen voor de toekomstige financiering van de huisartsenzorg, ministerie VWS, Den Haag, april 2001.
5. Rapport van de werkgroep Functie- en Taakomschrijving Huisartsenzorg, Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening, concretisering Toekomstvisie 2012, Algemene Ledenvergadering NHG op 11 december 2003.
6. LHV/NHG, het aanbod aan huisartsgeneeskundige zorg 2004, document 00.030.551, Ledenvergadering, Utrecht, 14 mei 2004.
7. LHV, Meerjarenbeleid. LHV 2003-2006, Utrecht, 26 juni 2003.
8. Intentieverklaring versterking eerstelijnszorg, twaalf betrokken partijen, 30 augustus 2004.
9. Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), cijfers over contacten, verwijzingen en voorschrijven in de huisartsenpraktijk, jaarrapporten 2002 en 2003 uitsluitend via website, www.linh.nl. LINH is samenwerkingsverband van LHV, NHG, NIVEL en WOK.
10. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk, deel 6, de werkbelasting van huisartsen, hfst. 2.2, pagina 31, NIVEL 2004.
11. Prismant, geen wildgroei managers in de zorg, Utrecht, 6 januari 2004.
12. Leliefeld HJ, Holland PCHM. Meer studenten lost tekort niet op, het capaciteitsorgaan presenteert een tussenbalans. Medisch Contact 58; (40): 1515.
13. Normering Huisartsenposten, voorstel LHV en ZN, HDS-LV/00.034.488, Utrecht, 2004.
14. Dijkers FW, Pilon PJH. De nieuwe hagro. Bijblijven 2003/19/8, blz. 48.
15. Bouwadviesgroep LHV. Klapper 2004, referentiemodellen praktijken, voorbeelden verbouwde praktijken, plattegronden en begrotingen, Utrecht januari 2004.
16. CVZ, CVZ-Zorgcijfers 1998-2003 van het College voor zorgverzekeringen, Diemen, 2004.
17. Schildkamp (Menzis), Leers (CZ), vd Veen (AGIS). Personal-Amicon zakelijk/Zorgmagazine, drie zorgverzekeraars over tien praktische zorgpunten. 2002; 6.
18. Maes A. Ondernemende huisartsen, sturing geven aan zorgprocessen. Medisch Contact 2003; 58 (36): 1352.
19. Prismant, landelijke medische registratie van de Nederlandse ziekenhuizen (LMR), Utrecht, 2004.