

DE DOKTERSREKENING

Nieuwe bekostigingsstructuur voor huisartsen

Na veel inspanning kwam twee jaar geleden de bekostigingsstructuur voor huisartsen tot stand, beter bekend als het Vogelaar-akkoord. Eind 2007 loopt dit akkoord af. Een nieuw akkoord moet de sterke punten handhaven, maar daarnaast valt er het nodige te verbeteren.

ANTON MAES

Door ontwikkelingen in de gezondheidszorg neemt de druk op huisartsen en andere eerstelijnszorgaanbieders steeds meer toe. In een tijd waarin de zorg voor mensen thuis steeds belangrijker wordt, mede door de dubbele vergrijzing en de toenemende multimorbiditeit, verandert de rol van de huisarts. Van hem wordt een zeer proactieve rol verwacht terwijl bovendien zijn takenpakket breder wordt. Binnen de huidige bekostigingsstructuur van de huisartsenpraktijk is dat niet haalbaar. Het vergt een andere, bredere inkoop van zorgproducten bij huisartsen en een financiering die daarbij past. Uitgangspunt is dat goede huisartsenzorg in het belang is van iedere burger.

Over het Vogelaar-akkoord is genoeg gezegd en geschreven, en niet alleen in positieve zin. Toch heeft dit akkoord ook een sterk punt, namelijk de combinatie van een inschrijf- en een verrichtingstarief met daarin speciale aandacht

voor probleempunten als ondersteuning, samenwerking, achterstandswijken en innovatie.

DREIGENDE TARIEFKORTING

Een zwakke schakel in het Vogelaar-akkoord is de budgettering van de basiszorg. Een knelpunt is dat het budget basiszorg van tevoren is vastgesteld; als het aantal verrichtingen wordt overschreden, geldt (of dreigt) er een tariefkorting. Dat nodigt niet uit tot investeren en betekent geen 'loon naar werk'. Bovendien kunnen huisartsen binnen een budgetneutraal financieringssysteem

ving op naam kan een huisarts aan een vertrouwensrelatie met zijn patiënten bouwen. Dit draagt bij aan een goede regiefunctie en biedt ook mogelijkheden tot interventie op basis van steekhoudende motieven.

Wat de uitbetaling van de inschrijftarieven betreft, stelt DVH in haar rapport 'Agenda en bekostigingssystematiek huisartsenzorg 2008' voor om het burgerservicenummer te koppelen aan inschrijving op naam. Bij de monitoring van het Vogelaar-akkoord is gebleken dat in 2006 voor 1 miljoen Nederlanders geen inschrijftarief is betaald. DVH wil

Stichting de Vrije Huisarts wil dat in 2008 16,1 miljoen mensen bij een huisarts staan ingeschreven

niet investeren en ondernemen. Een dreigende tariefkorting bij meerwerk is niet te verkopen en maakt de basiszorg niet groeibestendig. Er moet voor 2008 dus een nieuw macrokader worden gemaakt (zie *tabel 1* en *tabel 2* op blz. 1184).

Stichting de Vrije Huisarts (DVH) ziet graag dat inschrijving op naam ook omwille van het kwaliteitsargument wordt geregeld. Immers, door inschrij-

ving op naam kan een huisarts aan een vertrouwensrelatie met zijn patiënten bouwen. Dit draagt bij aan een goede regiefunctie en biedt ook mogelijkheden tot interventie op basis van steekhoudende motieven.

Wat de uitbetaling van de inschrijftarieven betreft, stelt DVH in haar rapport 'Agenda en bekostigingssystematiek huisartsenzorg 2008' voor om het burgerservicenummer te koppelen aan inschrijving op naam. Bij de monitoring van het Vogelaar-akkoord is gebleken dat in 2006 voor 1 miljoen Nederlanders geen inschrijftarief is betaald. DVH wil

TOEKOMSTVISIE

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft een 'Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012' uitgebracht waarin >>

1. INSCHRIJFTARIEF 2008

Macro inschrijftarief 2006	832 miljoen euro
+ compensatie administratie/declaratie (71+130)	201 miljoen euro
+ compensatie problemen bij declaraties	90 miljoen euro
+ compensatie ondernemersrisico	67 miljoen euro

totaal budget inschrijftarief 2008 excl. indexering	1190 miljoen euro
Per normpraktijk (bij 6851 fte normpraktijken)	173.697,00 euro
inschrijftarief 2008 excl. indexering 2007/2008	73,91 euro

Nieuw inschrijftarief 2008 met compensatie voor administratieve lasten en risico's.

DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

2. FINANCIËEL KADER

- 1190 miljoen euro (zie tabel 1) voor inschrijftarieven, exclusief jaarlijkse indexering.
- Voor consulten: 513 miljoen euro naast herijking van de eerder uitgestelde kosten/inkomensvergoeding: herijkingen van inkomen (Hay: augustus 2001) en kostenvergoedingen (Deloitte & Touche: juni 2000), evenals investeringsafspraken voor samenwerking (Module Samenwerking en Innovatie). De kosten van samenwerkings- en moderniseringsprojecten kunnen op 'offertebasis' worden vergoed.
- M&I volgens afgesproken criteria, maar zonder plafond in het kader
- POH volgens afgesproken criteria, maar zonder plafond in het kader.
- Populatiemodule blijft 25 miljoen euro, maar wordt wel geïndexeerd voor 2007 én 2008.
- Passantentarieven: 23,5 miljoen euro uit 2006 wordt voor 2008 geïndexeerd. Het niet bestede geld wordt ingezet voor M&I.
- De extra vergoeding voor administratie/declaratie, respectievelijk in 'Vogelaar' geoormerkt als 10 en 15 miljoen euro, is door DVH meegenomen in het inschrijftarief voor 2008 en hoeft niet apart te worden benoemd.
- De voorziene nominale geoormerkte indexatie van 2007, namelijk in het Vogelaar-akkoord vastgelegd en begroot op 44 miljoen euro, wordt 'meegenomen' in het tariefensysteem voor 2008.
- Budget van overheid voor praktijkaccreditatie.
- Budget van overheid voor ontwikkeling van elektronisch patiëntendossier.

De elementen van het financiële kader van het nieuwe bekostigingssysteem voor de huisartszorg in 2008.

<< inhoudelijk de taken van de huisarts zijn beschreven.

'De huisartsenzorg is het eerste aanspreekpunt van patiënten bij hun primaire gezondheidsvragen. De huisartsenzorg anno 2012 biedt, teneinde op een veelheid van medische vragen te kunnen antwoorden, een breed pakket aan diagnostische, therapeutische en preventieve medische zorg. Daarnaast biedt de huisartsenzorg begeleiding aan mensen en hun omgeving tijdens en na hun ziekte. [...]

Huisartsenzorg wil ook in de toekomst persoonsgericht, continu en toegankelijk zijn. [...]

De huisarts [zal] steeds meer met anderen samenwerken. Dat gebeurt in samenwerkingsverbanden met andere huisartsen, met professionele ondersteuners en met andere zorgverleners, ieder met hun eigen deskundigheden en verantwoordelijkheden.'

Als men deze visie wil realiseren, moet dat met randvoorwaarden mogelijk worden gemaakt. De huisarts kan alleen regie hebben over een deel van de zorg, als hij ook invloed heeft op de randvoorwaarden daarbij.

Het ondernemersrisico van huisartsen moet worden gefinancierd. In de zorg spreek je niet snel over risico's in de vorm van geld, omdat je het ook over mensen hebt, maar toch werkt het op dezelfde manier. Personeel kan immers ziek worden, investeringen kunnen niet kosteneffectief blijken en 4 tot 5 procent debiteurgelden is oninbaar. Nadenken over rendement en risico in de huisartsenpraktijk en het toepassen van deze ondernemersgedachte zijn voorwaarden om te moderniseren en te investeren.

AANVULLENDE ZORG

De eenjarige afspraken die nu gelden met zorgverzekeraars, moeten meerjarige afspraken worden. Niet voor de basiszorg, maar wel voor de aanvullende zorg en de ondersteuning. Want een huisarts kan niet investeren in personeel of in de ontwikkeling van nieuwe zorgproducten als deze zorg een jaar later mogelijk elders wordt ingekocht.

Het inhoudelijk goed laten functioneren van de huisarts gaat samen met een goed opgezet databeheer, de komst van een huisartspatiëntmanager voor mensen met een chronische aandoening

en een goede geïntegreerde eerstelijnszorg, ofwel goede samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en fysiotherapeuten, psychologen, wijkverpleegkundigen en apothekers.

UITBREIDING EN SUBSTITUTIE

Onderdeel van het nieuwe systeem van De Vrije Huisarts is potentiële uitbreiding van de lijst van M&I-verrichtingen (M&I: modernisering en innovatie). Ontwikkelingen als substitutie, preventie, vergrijzing en extramuralisering vragen om een andere organisatie en uitvoering van de zorg. Huisartsen spelen daarin een rol. Naast het probleem van de betaalbaarheid bij toenemende kosten speelt bij marktwerking ook het gevaar van versnippering van zorg. Het categoriaal 'in de markt zetten' van de begeleiding van chronisch zieken, het oprichten van klachtenpoli's en de superspecialisering in de tweede lijn introduceert het gevaar van versnippering én daarmee de kans op herhaling van (dure) hulponderzoeken.

De huisarts is de aangewezen persoon om M&I-zorgprogramma's naast de basiszorg te coördineren. Dat komt ten goede aan de algehele zorgintegratie, databeheer en zorgkwaliteit. Het is aan de NHG om de inhoudelijke kant van die nieuwe programma's goed te toetsen op evidence en wetenschappelijke normen en net als de NHG-Standaarden te beschrijven op prestatie.

De Vrije Huisarts heeft onlangs een brief aan de Nederlandse Zorgautoriteit gestuurd met daarin 27 voorstellen voor

Een preventieproject dat onderdeel kan worden van M&I is het cardiovasculair risicomanagement. Hart- en vaatziekten (HVZ) zijn immers de belangrijkste sterfteoorzaken in Nederland. De NHG-Standaard M84 behandelt de preventie van hart- en vaatziekten veroorzaakt door artherotrombotische processen. Omdat het risico van HVZ multifactorieel is, moeten de risicofactoren in samenhang worden beoordeeld. De behandeling van patiënten met een verhoogd risico is gebaseerd op een beoordeling van alle belangrijke risicofactoren, het zogeheten risicoprofiel. De generalistisch werkende huisarts kan dit profiel opstellen en vanuit de geïntegreerde zorggedachte de consequenties op waarde schatten en zo nodig maatregelen bespreken.

MOTIVATIE

De volgende stap is kijken hoe je bepaalt wat kwalitatief goede huisartsenzorg kost. Hiervoor is informatie nodig over de totale kosten van ondersteuning en praktijkvoering: mensen, middelen en organisatie. Daarnaast moet een analyse worden gemaakt van de tijd die de nieuwe inzet vergt. Om de prijs van M&I-verrichtingen te bepalen zijn een evidence-based prestatiebeschrijving nodig en kennis van de M&I-organisatie en van het te leveren zorgvolume.

Een belangrijke voorwaarde voor het doen slagen van de nieuwe bekostigingsstructuur is dat de huisartsen gemotiveerd zijn. Dit systeem van tariefvorming wordt alleen een succes als de kostenstructuur bottom-up wordt gedra-

gen en ingevoerd. En niet topdown, zoals het nu nog gaat met bijvoorbeeld de budgettering. Daarnaast is een goede facilitering door de overheid een voorwaarde op weg naar 'sneller beter'.

Door de problemen rond de betaalbaarheid van de zorg en de wens van huisartsen om de regie en de coördinatie van (versnipperde?) zorg te voeren, is er nu de juiste *sense of urgency* om delen van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn te verschuiven.

Zoals bekend is de zorg van de huisarts niet duur. Voor 3,6 procent van

SAMENVATTING

- Per 2008 komt er een nieuwe bekostigingsstructuur voor de huisartsenzorg.
- Binnen een budgetneutraal financieringssysteem kunnen huisartsen niet investeren en ondernemen.
- Aan het inschrijftarief wordt een bedrag toegevoegd als compensatie van de door de Zorgverzekeringswet en de nieuwe financieringsstructuur ontstane problemen.
- Praktijkondersteuning en modernisering en innovatie (M&I) worden grootschaliger ingezet.
- Speerpunten bij de nieuwe structuur zijn data-integratie, de huisarts als patiëntmanager bij patiënten met chronische aandoeningen en substitutie.
- Van belang is onderzoek naar het rendement en risico van huisartsenzorg. Niet alleen wat het kost, maar vooral wat het oplevert.
- Elke aanpassing van de systematiek dient gericht te zijn op versterking van de eerste lijn en de regierol van de huisarts hierin.

het totale zorgbudget handelen huisartsen meer dan 90 procent van de zorgvragen af. En niet in de laatste plaats is het de burger zelf die de huisarts graag wil behouden als regisseur van zijn zorg. Zoals ook de Gezondheidsraad al concludeerde: een kwalitatief sterke eerstelijnszorg is beter voor de patiënten. ■

drs. A.A.C.M. Maes,
huisarts en bestuurder van Stichting de Vrije Huisarts

Correspondentieadres: aacmmaes@gmail.com;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

De literatuurlijst vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl/dezeweek.

De burger zelf wil de huisarts behouden als regisseur van zijn zorg

nieuwe M&I-verrichtingen. Aansluitend is de integratie van gegevens een belangrijk punt. Doel is om door probleemgericht te registreren het huisartsinformatiesysteem (HIS) op niveau te brengen en te houden. Hierin moet alle nieuwe informatie worden geïntegreerd zodat een valide patiëntendossier wordt gevormd, dat in tweede instantie onder voorwaarden vrijkomt voor derden (centraal EPD). Met een valide elektronisch patiëntendossier kan de huisarts vervolgens zorginhoudelijk noodzakelijke interventies uitvoeren en monitoren.



De brief van DVH aan de Nederlandse Zorgautoriteit, andere MC-artikelen over de bekostigingsstructuur en verdere achtergrondinformatie vindt u via www.medischcontact.nl/dezeweek.