

Helderheid nodig over kosten van gewenste zorg

Wat willen we van de huisarts?

drs. A.A.C.M. Maes, huisarts in Dieren, lid bestuur Stichting de Vrije Huisarts

prof. dr. G.J. van Helden, hoogleraar management accounting, Rijksuniversiteit Groningen

prof. dr. J. de Haan, hoogleraar praktijkvoering in de huisartspraktijk, UMC Groningen

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

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Het is weer hommeles tussen de minister van Volksgezondheid en de huisartsen. Kern van de onenigheid is de afgekondigde tariefkorting voor 2009. Maar de wortels liggen dieper. Terwijl de zorgmarkt groeit, beperkt de huidige bekostigingsstructuur bij huisartsen juist de ruimte voor vraagsturing.

Binnenkort start de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in 400 huisartspraktijken met een onderzoek naar de feitelijke kosten van de Nederlandse huisartsenzorg.¹ Doel hiervan is allereerst het toetsen van de onderbouwing van de huidige NZa-maximumtarieven in de huisartsenzorg (inschrijftarief en consulttarieven). Dit gebeurt door gegevens over de werkelijke praktijkkosten te verzamelen en analyseren. Het tweede doel van de NZa is om te achterhalen of concrete zorgprestaties, zoals M&I-verrichtingen, extra praktijkkosten rechtvaardigen. Om de juistheid van de huidige kosten te kunnen toetsen, vraagt de NZa inzage in de financiële administratie van de huisarts. Impliciet wordt er bij dit NZa-onderzoek van uitgegaan dat het in kaart brengen van de huidige

kosten iets kan zeggen over de legitimiteit van de huidige tarieven, en daarmee over de gewenste toekomstige tarieven.

Vijfde conflict

Vlak voor Prinsjesdag kondigde minister Klink een tariefkorting voor 2009 af toen bleek dat de uitgaven huisartsenzorg in 2007 het macrokader huisartsenzorg met 68 miljoen euro – een stijging van 5,2 procent – hadden overschre-

den.² Hij motiveerde zijn besluit met de mededeling dat 'een huisarts in periode 2004 tot 2007 65.000 euro heeft ontvangen'. Voor deze periode komt het bedrag op macroniveau uit op 437 miljoen euro. Dat is 6,25 procent van het totale Budget Kader Huisartsenzorg van 6987 miljoen euro.² Wat de minister vergeet te melden, is dat huisartsen in deze periode voor dit bedrag ruim 25 miljoen extra basiszorgconsulten en een miljoen M&I-uren, veelal substitutie van tweedelijnszorg, hebben verricht.³ Sinds het begin van deze eeuw is het al de vijfde keer dat de huisartsen over de financiering van hun zorg in conflict komen met overheid en verzekeraars. In 2002 en 2005 leidde dat tot acties. In 2007 konden die nog net worden afgewend, toen er een akkoord kwam waarmee de financiële paragraaf van het Vogelarakkoord definitief werd afgewikkeld.⁴ Dit hield in dat de meerkosten van huisartsenzorg, opgebouwd in 2006 en 2007, voor 2008 geen tariefkorting tot gevolg hadden.

Kenmerk van de financieringsproblematiek is de dreigende tariefkorting bij meerwerk.⁵ Door deze korting kregen huisartsen de afgelopen drie jaar geen inflatiecorrectie. Daardoor daalde hun koop- en innovatiekracht met 10 procent. Nu er voor de vijfde maal een conflict is, moeten alle partijen zich afvragen of de huidige bekostigingsstructuur wel past bij de werkelijke kosten van de gewenste huisartsenzorg. Logische onderzoeksvraag is dan ook wat gewenste

Om een jaarlijks conflict te voorkomen, is meer kennis en inzicht nodig



Meer informatie en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl.

Aan welke vormen van huisartsenzorg heeft de patiënt behoefte?

huisartsenzorg is, wat de kosten daarvan zijn en hoe de financieringsstructuur daarop kan of moet worden aangepast.

Peiling behoefte

Het zorgaanbod van huisartsen bestaat uit een verplicht te leveren, vastgesteld basisaanbod en een facultatief te leveren aanvullend deel. Het basisaanbod is het primaat van de beroepsgroep en staat niet ter discussie. De samenstelling van het aanvullende aanbod kan jaarlijks worden aangepast, omdat de vraag naar nieuwe vormen van huisartsenzorg verandert. Moderne vraagsturing betekent dat allereerst aan de afnemers wordt gevraagd aan welke vormen van huisartsenzorg zij behoefte hebben. Deze afnemers kunnen divers zijn, zoals chronisch zieken, gezonden, organisaties, bedrijven en de overheid. Het NHG zorgt

vervolgens, rekeninghoudend met hun wensen, voor de kwaliteit en de ontwikkeling van deze nieuwe aanvullende huisartsenzorg.

De productontwikkelaar (de huisarts) wil daarna bij voorkeur samen met de afnemer (de verzekerde) bij de financier (meestal de zorgverzekeraar) onderhandelen over de leveringsvoorwaarden. Om te beginnen toetsen de vertegenwoordigers van de huisartsen (LHV, Kring, eventueel de individuele huisarts) de gewenste nieuwe huisartsenzorg op vier voorwaarden: inhoud, motivatie, randvoorwaarden en wetgeving.⁷ Vervolgens maakt de huisartsvertegenwoordiging de balans op en besluit of huisartsen de overeengekomen nieuwe en

gewenste aanvullende zorg wel of niet kunnen leveren.

Het verplicht te leveren basisaanbod van huisartsenzorg wordt gefinancierd door premiebetalers en overheid (de zorg voor 0-18-jarigen). De betaling geschiedt vanuit een macrobudget, met per verzekerde een inschrijftarief en een verrichtingentarium per consult. Bij de declaratie van een consult of visite vermeldt de huisarts niet welke zorg is geleverd; die omvat namelijk basiszorg die de beroepsgroep zelf heeft beschreven.

Het aanvullende zorgaanbod wordt sinds 2006 door de verzekeraar aanvullend gefinancierd vanuit het budget Modernisering & Innovatie, veelal volgens een verrichtingentarium. Daarnaast kent de huisarts voor aanvullende zorg nog de systematiek van een eerstelijns ketenzorg-DBC. Bij alle aanvullende zorg declareert de huisarts de concreet beschreven zorgprestatie.

Kostenvergoedingen

De huidige financieringsstructuur berust op het principe van gereguleerde kostenvergoedingen. De werkelijk gemaakte kosten van alle activiteiten – en dus ook de werkelijk geleverde zorg – worden echter mede beïnvloed door de omvang van de NZa-kostenvergoeding vanuit het macrobudget. De omvang hiervan bepaalt namelijk deels welke activiteiten huisartsen kunnen verrichten en met welke middelen (zie *schema*).

Nagaan wat de werkelijke uitgaven van huisartsen zijn, zoals in het NZa-onderzoek gebeurt, is van belang om inzicht te krijgen in de bestaande situatie.¹ De uitkomsten daarvan zijn echter maar van beperkte betekenis voor de vraag naar

Huidige financieringsstructuur huisartsenzorg (sinds 1985)

Beschikbare productiemiddelen volgens NZa-kostenopbouw en inzet daarvan in de zorg van huisartsen (*input*)



Te meten werkelijke activiteiten van huisartsen, personeel, verzekeraars, consumentenorganisaties en de overheid (VWS/IGZ/NZa)



Zorg geleverd door huisartsenpraktijken vertaald in bijvoorbeeld consulten of indicatoren (*output*)

Gewenste financieringsstructuur voor huisartsenzorg

Het leveren van het gewenste zorgaanbod (*output*)¹²⁻¹⁵



Aanpassing van de activiteiten (huisarts/verzekeraar/patiënt/overheid) ten behoeve van 'de nieuwe praktijk', die gewenste huisartsenzorg levert



Aanpassing van de financieringsstructuur (*input*) om genoemde en gewenste output te kunnen leveren.^{6 7 9-11 17-19}

Om de financieringsstructuur zo aan te passen dat huisartsenpraktijken de gewenste zorg kunnen leveren, zou het NZa niet de werkelijke praktijkkosten moeten onderzoeken, maar een berekening moeten maken van de kosten van de gewenste huisartsenzorg.¹



Het zorgaanbod van huisartsen bestaat uit een verplicht te leveren, vastgesteld basisaanbod en een facultatief te leveren aanvullend deel. De samenstelling van dat laatste kan jaarlijks worden aangepast.

beeld: Roel Visser, HH

wat de normatieve kosten zijn, ofwel, de kosten van gewenste zorg (zie *schema*). Dit geldt zowel voor het basis- als het aanvullende aanbod.

Winst maken

De huidige bekostigingsstructuur met een inschrijftarief en een verrichtingentarief en zo nodig een keten-DBC kan worden gehandhaafd.^{5 8} Wat wel ter discussie staat in de financieringsstructuur, is dat op voorhand de hoogte van het (macro)budget al is bepaald. Daarnaast zijn de tarieven niet goed onderbouwd.^{6 7 9 10} Het tariefstelsel kent een inschrijftarief en tarieven voor diverse typen verrichtingen (consulten, telefonische consulten, visites, e.d.). Een onderzoek naar de samenhang tussen kosten, verrichte activiteiten en bekostigde producten kan uitwijzen of hierin veranderingen nodig zijn. Wijzigingen kunnen plaatsvinden in de verhouding tussen inschrijftarief en verrichtingentarieven, in de onderlinge tariefverschillen voor de diverse verrichtingen, of in beide. Net als bij bedrijven is winst maken voor huisartsen nodig om te kunnen investeren in product vernieuwing en innovatie. Een transparant onderzoek naar de kosten van de basiszorg en de gewenste aanvullende zorg maakt het mogelijk om een onderbouwde relatie te leggen tussen product en prijs. Hiervoor is het noodzakelijk om alle activiteiten van huisartsen en hun medewerkers te inventariseren, te voorzien van de tijdsinvestering en de berekende kostprijs. De vastgestelde tijdsinvestering moet duidelijk maken hoeveel minuten gemiddeld nodig zijn voor een activiteit. Hierbij gaat het om wel en niet patiëntgebonden, praktijkgebonden en praktijkoverstijgende activiteiten. Daarnaast is

een uitsplitsing van de activiteiten nodig naar basis- en aanvullende zorg. De kostprijsberekening vergt een bottom-upcalculatie van de kosten van onder meer personeel, huisvesting, ICT, instrumentarium, maar ook van het schrijven van standaarden, overleg- en samenwerkingsvormen, aansturing of het inhuren van specifieke deskundigheid.

Juiste antwoord

De bekostigingsstructuur voor de basiszorg (met een gemengd tariefsysteem) en de keten-DBC-financiering voor aanvullende zorg staan niet ter discussie.^{5 8} De gedateerde onderbouwing van de tarieven is wel problematisch, evenals de steeds dreigende tariefkorting bij aangetoond meerwerk.^{3 6 7 11} Om een haast jaarlijks conflict te voorkomen, is meer kennis en inzicht nodig. Daar kan niemand op tegen zijn. Dit vereist een studie naar de kosten van alle activiteiten en productiemiddelen van alle werkzame functionarissen in huisartspraktijken die bijdragen aan het leveren van de gewenste zorg. Mocht de minister toch vasthouden aan budgetfinanciering, dan is zorgbudgettering het enige juiste antwoord. Maar ook dan is er duidelijkheid nodig over de kosten van het gewenste aanbod, al was het maar om de vraag te kunnen beantwoorden welke zorg huisartsen wel of niet dienen te leveren. Toezichthouder NZa doet er zodoende verstandig aan om niet de werkelijke praktijkkosten te meten, maar om de kosten in kaart te brengen die noodzakelijk zijn om te voorzien in gewenste huisartsenzorg. 

SAMENVATTING

- De overheid straft huisartsen bij meerwerk.
- Het zicht op de kosten van gewenste huisartsenzorg ontbreekt.
- De NZa onderzoekt wel de feitelijke kosten, maar niet die van de gewenste zorg. Om vast te stellen wat gewenste zorg is, is afstemming noodzakelijk met de afnemers ervan (vraagsturing).
- De activiteiten van huisartsen en de in te zetten middelen moeten worden bepaald door de gewenste zorg en niet door de hoogte van het macrobudget.
- De kosten van gewenste zorg bepalen het noodzakelijke macrobudget.

Referenties

1. Significant BV. Kostenonderzoek huisartsenzorg in opdracht van de NZa bij 400 praktijken, evenredig verdeeld over de te onderzoeken praktijktypen. Utrecht, september 2008. In 2007 heeft de NZa in de Oriënterende Monitor Huisartsenzorg aangegeven de tarieven in de huisartsenzorg te onderwerpen aan een kostenonderzoek.
2. Mokfeld, P. Monitoring Vogelaarakkoord. Eindrapportage Vektis 2007. Zeist, 2008.
3. Stichting de Vrije Huisarts. Bespreking Miljoenennota 2009. <http://devrijehuisarts.org>, 17 september 2008.
4. Vogelaarakkoord. voorstel van Ella Vogelaar, onafhankelijk voorzitter van het overleg tussen LHV, VWS en ZN aan genoemde partijen voor een Beleidsagenda en bekostigingssystematiek huisartsenzorg voor 2006 en 2007, 30 juni 2005.
5. Ministerie van VWS. Kamerstuk Substitutie van zorg. CZ/FBI 2861735, 12 september 2008.
6. Maes A. De doktersrekening. Nieuwe bekostigingsstructuur voor huisartsen. Medisch Contact 2007; 27: 1183.
7. Maes, A. Bekostigingsstructuur huisartsenzorg 2009: aanpassingen zijn noodzakelijk. Modern Medicine. Alphen a/d Rijn, publicatie oktober 2008.
8. NZa, An optimal remuneration system for General Practitioners: Een gemengd systeem. 'Een balans van financiële prikkels wordt het beste bereikt in een gemengd systeem van capitation (abonnementstarief) en fee for service (consulttarief). De perverse prikkels die ontstaan in een systeem dat alleen op capitation is gebaseerd, worden namelijk tegengegaan door het fee for service-gedeelte van het bekostigingssysteem, en vice versa'. Utrecht, augustus 2007.
9. Hay groep. Functiekenmerken en inkomen van de huisarts. Rapport in opdracht van de LHV. Zeist, augustus 2001. Cijfers over extrapolatie naar 2009 zijn bij de LHV bekend.
10. Deloitte & Touche. Kostenmodel huisartsen ten behoeve van Landelijke Huisartsen Vereniging. Den Haag, 2000. Cijfers over extrapolatie naar 2009 zijn bij de LHV bekend.
11. Maes A. De prijs van moderniseren. Medisch Contact 2004; 46: 1830.
12. Huisartsenzorg en Huisartsenvoorziening. Concretisering Toekomstvisie 2012. Rapport van de werkgroep functie- en taakbeschrijving Huisartsenzorg. NHG en LHV, Utrecht 2003.
13. Gezondheidsraad. European primary care. Advies versterking eerste lijn. Den Haag, 16 december 2004.
14. Maassen Henk. Geneeskunde is te weinig gericht op de patiënt. Medisch Contact 2005; 5: 186.
15. Ministerie van VWS. Een dynamische eerstelijns zorg. Den Haag, 2008.
16. Omtzigt P, CDA, Tweede Kamer. De motie Omtzigt aangenomen (motie 29689, herziening zorgstelsel, 5 december 2007) , waarbij de regering binnen zes maanden inzichtelijk moet maken wat de financiële scenario's van substitutie zijn tot 2012, welke hindernissen er hierbij zijn en welke aanpassingen nodig zijn in het financieringssysteem, c.q. het vereveningsstelsel.
17. Wijck F van. Selectief inkopen moet. Arts & Auto 2008;15: 11.
18. Maes A, Wildt JE de. Meer accent op de eerste lijn. Kostenoverwegingen nopen tot maximale substitutie naar de eerste lijn. Medisch Contact 2006; 36: 1406
19. Ministerie van VWS. Risicovereveningssysteem 2009. Kamerstuk Z/F-2879801, 26 september 2008.