

# Huisartsen maken zich zorgen over contractering

In theorie kan de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) goed leven met het nieuwe bekostigingssysteem, dat op 1 januari van kracht wordt. Maar of het beoogde resultaat – een sterke eerste lijn – wordt waargemaakt, is allerm minst zeker. ‘In feite wordt het convenant niet uitgevoerd’, zegt Bram Stegeman, huisarts en vicevoorzitter/penningmeester van de LHV. Zeven bedenkingen van huisartsenzijde.



## 1 Huisartsenzorg groeit minder dan toegestaan

Stegeman: ‘Een van de doelstellingen van het vorig jaar door huisartsen, ministerie en zorgverzekeraars gesloten convenant, is dat de eerste lijn sterker moet worden. Van de minister mag de huisartsenzorg 2,5 procent groeien. En zelfs nog meer als er sprake is van substitutie van tweede naar eerste lijn. Nu de contracten in de bus vallen, zou moeten blijken dat de zorgverzekeraars ruimhartig huisartsenzorg inkopen. Maar de gesprekken over het tweede en derde segment (respectievelijk ketenzorg en resultaatbeloning/innovatie, red.), verlopen moeizaam. Er wordt geknepen, zowel op volume als in prijzen.’

## 2 Substitutie komt niet van de grond

‘Ook verzekeraars willen dat zorg in de eerste lijn wordt gegeven, maar zij zijn niet in staat om de kosten in de tweede lijn in de hand te houden’, vervolgt de LHV-bestuurder. ‘De diabeteszorg, bijvoorbeeld, wordt voor 85 procent in de eerste lijn gedaan. Maar dat is niet terug te zien in teruglopende kosten in de tweede lijn. Hetzelfde geldt voor ketenzorg bij COPD en CVR. Het wordt tijd dat verzekeraars daar selectief gaan inkopen, en duidelijk maken dat de tweede lijn bepaalde zorg niet meer mag leveren.’

De inkoop in de eerste lijn is transparanter dan in de tweede lijn, zo verklaart Stegeman een deel van de onmacht: ‘Met de Vektis-cijfers weten we zes weken na nieuwjaar al wat er het voorgaande jaar aan huisartsenzorg is uitgegeven. Van de tweede lijn is dat soms pas na twee jaar duidelijk. Er valt dus ook moeilijk te sturen. De verzekeraars maken een substitutiemonitor, is de afspraak. Zo kunnen zij zien wat substitutie kost en oplevert. Maar die monitor is er nog altijd niet. Voor ons is dat een probleem, want met de uitkomsten kunnen we het extra budget dat de minister ons bij substitutie heeft toegezegd, rechtvaardigen. En worden we niet opnieuw met kortingen geconfronteerd.’

### 3 Meekijkconsult wordt ingewikkeld bekostigd

Stegeman: 'Een verwijzing valt te voorkomen als de specialist even met de huisarts meekijkt. Dat meekijkconsult is een groot succes, maar de bekostiging wordt veel te ingewikkeld. Het consult moet worden gefinancierd vanuit het macrokader huisartsenzorg. Dat wordt er dus door vervuld. Ook administratief is het een drama, omdat de medisch specialisten de huisartsen rekeningen moeten sturen. Je kunt van dat consult beter een enkelvoudige verrichting in de tweede lijn maken, net als bij de teledermatologie. De meekijkende specialist stuurt dan niet de huisarts, maar de zorgverzekeraar een rekening. Dat is toch logisch!'

### 4 Vergoeding voor ketenzorg dekt de kosten niet

Zorgverzekeraars zeggen dat de kosten die huisartsen moeten maken om ketenzorg te kunnen leveren, verdisconteerd zijn in de vergoeding van basiszorg. Niet waar, zegt Stegeman: 'Als ik er een POH bij wil, of een extra spreekkamer, dan zijn de praktijkkosten als die van huur en personeel niet gedekt.' Daar komt bij dat niet alle zorgverzekeraars de ketenzorg exclusief betalen vanuit het daarvoor bedoelde tweede segment: 'Stel dat de diabeteszorg 325 euro kost. Dan vergoeden ze uit dat segment niet meer dan 300 euro. De rest kun je verdienen via de resultaatbeloning in segment 3. Waarmee de tarieven in segment 2 dus niet meer kostendekkend zijn.' Kan dat niet een stimulans zijn om beter te presteren? 'Zeker, maar het moet wel duidelijk zijn aan welke norm je moet voldoen.'

### 5 Resultaten worden pervers beloond

Nu is er nog duidelijkheid: met zogeheten variabiliseringsgelden worden huisartsen beloond die op een omschreven terrein – zoals: registreren – voldoen aan een vooraf bepaalde norm. Maar dat verandert, zegt Stegeman: 'Verzekeraars stellen een "zwevende norm" voor, waarbij de beloning afhangt van de prestaties van de beroepsgroep als geheel: huisart-

## 'De verzekeraars kopen niet in en beknibbelen op de prijzen'

sen in het onderste kwartiel krijgen niets, in de andere drie een gedifferentieerde beloning. Als individuele huisarts ben ik er dan bij gebaat als mijn collega's minder goed presteren. Sterker nog, als beroepsgroep zijn we gebaat bij collectief minder goede prestaties, want dan ligt de lat lager. Niet slim.'

### 6 M&I-verrichtingen dreigen te verdwijnen

De M&I-verrichtingen zijn destijds ingevoerd om ervoor te zorgen dat huisartsen gaan moderniseren en innoveren. Stegeman: 'Het ministerie en de verzekeraars willen er nu vanaf. Maar als je deze verrichtingen niet meer bekostigt, duw je huisartsenzorg het ziekenhuis in. Kon een huisarts vroeger voor het inbrengen van een spiraaltje eenvoudig 56 euro declareren, nu denkt hij dat hij nog maar een dubbelconsult krijgt van 18 euro, en vergeet hij dat ook het inschrijftarief met 16 cent is verhoogd. Dus kunnen zorgverzekeraars hem een extra bonus geven, ter stimulatie. Zo hebben we een simpel systeem – die 56 euro – ingeruild voor een bekostiging met maar liefst drie elementen. Terwijl een van de doelstellingen van het nieuwe systeem was om het simpeler te maken. Begrijp je wel?' Hij lacht schamper, en dan: 'Je kunt beter voor een aantal succesvolle M&I's een simpel en eenduidig declaratiesysteem maken. Met een financiële prikkel. Want een huisarts kan in een half uur een chirurgische verrichting doen, maar ook drie consulten.'

### 7 Over het contract wordt niet onderhandeld

Huisartsen hebben niets te zeggen over het contract dat de zorgverzekeraar hun voorlegt, zegt Stegeman. Zorgverzekeraars hoeven niet met individuele huis-

artsen te onderhandelen, en de krachten bundelen mag niet. 'Bij een gezamenlijke omzet van meer dan 1,1 miljoen, mogen huisartsen geen onderlinge afspraken maken en ook niet gezamenlijk met de zorgverzekeraar onderhandelen. Het contract is niet onderhandelbaar; het is een dictaat. Dat geeft de verzekeraar de verantwoordelijkheid om zich redelijk op te stellen. We moeten samen de zorgkosten omlaag zien te brengen, en daartoe moeten huisartsen een positieve instelling hebben. Die krijg je niet als je knijpt op volumes en prijzen.'

Als bestuurder voelt Stegeman zich in een spagaat. Hij mag het goede nieuws brengen dat de eerste lijn mag groeien, dat de zorg verschuift van het ziekenhuis naar de huisarts, en dat er dan nog extra geld komt. 'Maar onze achterban merkt nu alleen maar dat de verzekeraars niet inkoop en beknibbelen op de prijzen. Het valt niet meer uit te leggen. Het zou helpen als de verzekeraars met hun inkoopbeleid lieten zien dat ze de goede kant op willen.'

In het contract dat hij zelf door een grote zorgverzekeraar kreeg voorgelegd, bleef één element in het ongewisse: de hoogte van de tarieven. 'Ik leg me erop vast dat ik ga leveren, maar weet nog niet tegen welke prijs. Maar wat moet ik? Ik wil per 1 januari kunnen declareren, ik heb personeel op de loonlijst. Huisartsen moeten erop kunnen vertrouwen dat ze er over vijf jaar nog goed voor zullen staan. Daarom moeten verzekeraars hun werk doen en selectief gaan inkopen. Maar dat doen ze niet.' ■

#### web

Meer informatie over de bekostiging van de huisartsenzorg en een video van Bram Stegeman is te vinden onder dit artikel op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl).