

VERZET MOET LANDELIJK KARAKTER KRIJGEN

# Financieringsstructuur huisartsen deugt niet

De nieuwe financieringsstructuur voor huisartsen rammelt aan alle kanten. Er is te weinig geld om de beloofde groeiruumte waar te maken. En dokters worden ten onrechte verantwoordelijk gesteld voor budgetoverschrijdingen.

In het onderhandelaarsresultaat voor de eerste lijn, juli 2013, tussen huisartsen, verzekeraars en overheid is afgesproken dat het huisartsenbudget tot en met 2017 per jaar 2,5 procent mag groeien.<sup>1</sup> Een deel daarvan moet worden besteed aan het overhevelen van zorg naar de eerste lijn – substitutie – zoals ggz, ouderenzorg en gehandicaptenzorg. Kijkend echter naar de reguliere kosten van huisartsenzorg, dan is de conclusie dat sinds de Zorgverzekeringswet (Zvw) bestaat (2006), die kosten gemiddeld al 3,1 procent per jaar stijgen (zie tabel 1). Oftewel, de genoemde groeiruumte bestaat feitelijk niet. Deze kostengroei wordt niet veroorzaakt door een te snel stijgend consulttarief (zie tabel 2). Die blijft zelfs achter bij elke

standaardindexering. In de basiszorg van de huisarts is dus amper sprake van een volumeprikkel. De grootste kostenstijging wordt veroorzaakt in de groep van de bijzondere betalingen, met name het domein van de vrijwillig te leveren aanvullende zorg. De kosten van de bijzondere betalingen zijn met name de kosten van sinds het begin van deze eeuw al uitgevoerde zorgsubstitutie (modernisering en innovatie).

### 3-segmentenmodel

Per 2015 kent de huisartsenzorg een nieuwe vorm van bekostiging.<sup>3</sup> Binnen dit 3-segmentenmodel wordt ongeveer 75 procent van het VWS-budget toegerekend aan de brede basisvoorziening huisartsenzorg. Voor multidisciplinaire zorg (S2-segment) is 15 procent beschikbaar. Deze budgetverdeling wordt gelegitimeerd op basis van het NZa-kostenonderzoek van de praktijkjaren 2009 en 2010.<sup>4</sup> De werkelijke kosten van het S2-segment liggen in 2014 al hoger dan de budgetruimte (Miljoenennota, tabel 3). De conclusie is dan ook dat voor uitbreiding van GEZ (geïntegreerde eerstelijnszorg) en ketens – genoemd worden: astma, oude-

renzorg, dementie – geen budget beschikbaar is. Zelfs de verwachte stijgende prevalentie binnen bestaande ketens – diabetes, COPD, cardiovasculair – kan niet uit dit budget worden betaald. In de nieuwe bekostiging is ook een S3-segment beschikbaar met 10 procent van het budget. Dit is het segment van de prestatiebekostiging. Het regeerakkoord ‘Bruggen Slaan’ uit 2012 bevat een pleidooi om in de gehele zorg volumeprikkels af te schaffen en prestatiebekostiging in te voeren.<sup>5</sup> Het zijn, met de kennis van nu, de verzekeraars die bepalen wat deze prestaties in S3 zijn en wat hier bonus/malus voor wordt betaald. Het budget van S3 (193 mln euro) wordt overigens vrijwel geheel gevuld met geld dat in 2014 nog regulier huisartsengeld was. Met herallocatie (‘reframing’) krijgt bestaand geld binnen de nieuwe bekostiging een andere naam, met een nieuwe prestatie-indicator binnen een nieuw segment.

### Zorgaanbieder verantwoordelijk

Een ander aspect van het onderhandelaarsresultaat is de kans dat bij overschrijding van de kaders van de segmenten het macrobeheersinstrument wordt ingezet. Dit kan ertoe leiden dat overschrijdingen moeten worden terugbetaald aan de staatskas: via een tariefmaatregel of een generieke korting. Niet de specifieke overschrijder moet dan terugbetalen, maar alle huisartsen en alle zorggroepen. Een extra risico is de factor tijd. Zorgaanbieders moeten nu besluiten nemen over het zorgaanbod 2015, maar de overschrij-

De genoemde  
groeiruumte  
bestaat  
feitelijk niet

### 1 (uitgegeven) kosten huisartsenzorg exclusief kosten multidisciplinaire zorg

jaar	macrokosten huisartsenzorg	ten opzichte van 2006
2006	1.927,30 (1e jaar Zorgverzekeringswet)	100,0 % (1% = 19,273)
2013	2.347,90 (plus 57,1 mln ten opzichte van 2012)	121,8 %
2014	2.507,20 (plus 159,3 mln ten opzichte van 2013)	130,1 % (voorlopig)
2015	De nieuwe bekostiging met de 3 segmenten, met een toegestane groeiruinthe van 2,5% per jaar	De kostenstijging huisartsenzorg 2006-2014 is gemiddeld 3,1% per jaar, ofwel het percentage werkelijke kosten stijgt harder dan de groeiruinthe

1 = 1 miljoen euro, bron: CVZ

### 2 uitsplitsing kosten huisartsenzorg

jaar	bijzondere betaling	ANW	inschrijftarief	consulttarief *	totaal
2006	212,50	208,80	849,60	656,40	1.927,30
2014	523,30	296,20	1.060,30	627,40	2.507,20

\*De consultprijs in de basiszorg in 2006 was 9,00 euro en in 2015 9,04 euro. 1 = 1 miljoen euro

### 3 'beschikbare ruimte' voor multidisciplinaire zorg in VWS-begroting

	2014	2015
ZVW post Multidisciplinaire zorg begroting	418,7	429,0
ZVW post Multidisciplinaire zorg werkelijke kosten	430,1	430,4
waarvan loon/prijsbijstelling in begroting	11,4	11,7
waarvan overheveling beleidsregel innovatie		-10,3

Tabel 3 laat zien dat er, op basis van deze gegevens, voor 2015 geen ruimte is voor nieuwe ketens in segment 2B.  
1 = 1 miljoen euro



dingen zijn pas op zijn vroegst over ruim een jaar bekend. Opmerkelijk is verder dat in financiële zin noch de zorginkoper, noch de overheid, noch de zorgvrager, maar juist de zorgaanbieder verantwoordelijk wordt gehouden voor de meerkosten van geleverde zorg.<sup>6</sup> Zie hier onze gereguleerde zorgmarkt anno 2015.

### Geen onderhandelingspositie

Overheid, toezichthouders en verzekeraars kennen deze cijfers natuurlijk ook. De gevonden 'oplossing' is de insteek de zorg selectiever en meer voorwaardelijk in te kopen met indicatoren gekoppeld aan uitkomstbekostiging. En het gaan werken met ketenintegratie, met regio-budgetten en populatiebekostiging.<sup>7</sup> Motto: meer en betere zorg voor minder kostenstijging. Tot de laatste marktscan dit jaar heeft de NZa elk jaar gesteld dat de inkoopmacht van de verzekeraar vergroot moet worden en dat onderhandelen met zorgaanbieders niet verplicht is.<sup>8</sup> En verbiedt toezichthouder ACM, met steun van VWS, onder dreiging van een dwangsom bestuurders van de huisartsvereniging om prijsafspraken met verzekeraars te maken.<sup>9</sup> Zo worden met een verbod op onderhandelingen wel de macrokosten beheerd, maar worden niet de schaduwzijden van dit overheidsbeleid belicht. Een beleid dat ook duidelijk laat zien dat budgettering (overheid), contractering (verzekeraars) en toezicht (overheid) het gelijke belang van kostenbeheersing dient.

### Verzet

Een van de schaduwzijden is de door het extra werk oplopende (nog veilige?) werktijd van de praktijkhoudende huisarts.<sup>10-13</sup> Daarnaast telt zwaar het gebrek

De schaduw-  
zijden van dit  
beleid worden  
niet belicht

## PRAKTIJKPERIKEL

### ACH, HET IS MAAR EEN JAARTJE

Vandaag hoorde ik over de assistente van een collega, 33 jaar, al jaren onder controle in een academisch ziekenhuis voor een familiale erfelijke aandoening. Vorig jaar had zij haar behandelaar verzocht om preventief haar ovaria te verwijderen. Haar gezin was compleet en haar angst groot. Maar in haar ziekenhuis werd dat gedaan vanaf 35 jaar.

Gelijk rammen mijn emoties me tien jaar terug: schoonzus, 34 jaar, zelfde verhaal, compleet gezin, vraagt om preventieve mastectomie, zelfde antwoord.

Twee jonge vrouwen; de één heeft nog een paar maanden te leven, de ander is er nog steeds, ondanks haar tumor en drie positieve lymfeklieren binnen een jaar na haar vraag.

En dan lees ik dat wij artsen de patiënt weer zelf verantwoordelijk moeten maken, betrokken moeten maken bij zijn/haar ziekte, keuzes moeten maken samen met de patiënt.

Beste artsen en opleiders in Nederland, zouden we dit samen, met elkaar kunnen oppakken? Zodat er straks alleen nog maar dokters zeggen: 'Dat is goed, wat een dapper besluit.' Het zijn mutilerende operaties, maar dat is de ziekte ook. Het zijn jonge vrouwen die heel bewust een vraag neerleggen en het is heel lastig, zo niet onmogelijk, om tegen een behandelaar waar je vertrouwen in hebt te zeggen. 'Als u het niet doet, zoek ik net zolang verder tot ik een chirurg/gynaecoloog vind die het wel doet.' En ach, het is maar een jaartje, niet?

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

aan inbreng over de voorwaarden in de contracten, bijvoorbeeld over de inzet van noodzakelijke ondersteuning. Voor zorg waarvoor de huisarts verantwoordelijk wordt gesteld en tuchtrechtelijk aansprakelijk is, is inspraak nodig in de randvoorwaarden waaronder deze zorg moet worden geleverd.

Al met al wordt het rendement van de praktijken bij inzet van premiegeld, terecht, door de overheid gecontroleerd en beheerd, maar ligt het risico van het verrichten van extra werk ten onrechte bij de aanbieder.<sup>14</sup> Dat een dergelijke opstelling nu verzet oproept bij de contractering, is dan ook logisch.<sup>15-17</sup> Gezien de systeemproblematiek bij deze budgette-

ring en contractering, die aan conflicten tussen huisartsen en verzekeraars ten grondslag ligt, zal het verzet een landelijk karakter moeten krijgen. ■

### contact

[a.maes@hagenau.nl](mailto:a.maes@hagenau.nl)

cc: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld

### web

De voetnoten vindt u bij dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen). Hier vindt u ook meer artikelen over dit onderwerp.