

Eerste opzet tot advies aan NZa Projectgroep tegen de achtergrond van het NZa kosten onderzoek

Deze korte notitie gaat in op de positie van, en de mogelijkheden voor de huisartsen, inzake het lopende NZa kosten onderzoek. De notitie is geschreven vanuit een economisch strategisch perspectief.

Deze notitie opent met de aanleiding voor deze notitie, namelijk het NZa kostenonderzoek. Vervolgens schetsen wij de context: het Vogelaar akkoord en ontwikkelingen sindsdien. Daarna volgt een beschrijving van de huidige positie van de huisartsen en een korte uiteenzetting van de mogelijke gevolgen van het gevolgde beleid voor de beroepsgroep. Tenslotte stellen wij een aantal vragen bij het lopende NZa onderzoek en komen dan tot een advies aan de beroepsgroep.

Aanleiding: het NZa kostenonderzoek

In november 2008 is de NZa een kostenonderzoek onder huisartsen gestart. Het kostenonderzoek heeft volgens de NZa tot doel om de kosten, opbrengsten en de levering van zorg 2006 (2007) in beeld te brengen. Volgens de NZa ontbreekt het op dit moment aan actuele cijfers.

Vanuit de NZa Projectgroep en Advocatenkantoor Leijnse Artz is het onderzoek beoordeeld als onzorgvuldig. De argumenten die de NZa Projectgroep / Advocatenkantoor Leijnse Artz aangeven lijken valide¹. Wat ons opviel in deze argumentatie:

- In de vragenlijst, die de basis vormt voor het onderzoek, kan de werklast niet naar werkelijke omvang worden aangegeven. Het formulier geeft ruimte om maximaal 45 uur per week in te voeren. Voor veel huisartsen ligt de werklast, in uren gemeten, hoger. Invoeren van een te lage werklast leidt tot een te hoog niveau van de opbrengsten en kosten op uurbasis.
- Het onderzoek vindt plaats op basis van in 2006 gemaakte kosten (retrospectief) in plaats van kosten van gewenste huisartsenzorg (prospectief). Het onderzoek vindt plaats in een turbulente periode². De meting betreft het jaar waarin ingrijpende veranderingen ingingen. Denk hierbij aan de ZVW, de nieuwe bekostigingssystematiek. Aangezien 2006 door huisartsen als een uitzonderlijk jaar is ervaren, is de kans groot dat de uitkomsten slechts een beperkt inzicht geven in de toekomstige situatie. Het onderzoek heeft veel weg van een nulmeting of een ex post evaluatie. Van de sector zal slechts beperkt draagvlak te verwachten zijn indien de resultaten uit dit onderzoek basis zouden vormen voor financiële maatregelen jegens de sector.

Context: het Vogelaar akkoord en ontwikkelingen sindsdien

In het Vogelaar akkoord is de sector met de Minister tot een afspraak gekomen over een nieuwe financieringssystematiek gericht op loon naar werken en prikkels tot innovatie³. Onderdeel van dit akkoord is de ambitie om relatief dure tweedelijnszorg te substitueren door relatief goedkope zorg uit de eerste lijn. Het lijkt er op dat de huisartsen de ambitie daadkrachtig hebben opgepakt. De productie van de eerstelijnszorg is namelijk sindsdien

¹ Bron: verslag overleg tussen projectgroep en advocaat d.d. 23-12-2008.

² Invoering Zorg Verzekeringwet, uitvoering Vogelaar Akkoord.

³ Op 1 januari 2006 is er een nieuwe financieringssystematiek in de huisartsenzorg ingevoerd. Deze financieringssystematiek is na intensieve onderhandelingen tussen het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) tot stand gekomen en in juli 2005 op hoofdlijnen vastgelegd in het zgn. 'Vogelaar Akkoord'. De keuze voor een nieuwe financieringssystematiek is enerzijds ontstaan door de invoering van de Zorgverzekeringwet en anderzijds door de behoefte aan een financieringssystematiek gericht op loon naar werken en prikkels tot innovatie. Belangrijke aspecten van deze nieuwe financieringssystematiek zijn ondermeer a) ontwikkeling van de huisartsenzorg in samenhang met modernisering eerstelijnszorg; b) meer loon naar werken; c) er is geen verschil tussen ziekenfonds en particuliere verzekering; d) noodzaak in verband met invoering van de Zorgverzekeringwet per 1 januari 2006; e) inschrijving op naam van de huisarts. (bron ZN)

sterk gegroeid. Dientengevolge hebben de uitgaven huisartsenzorg het macrokader in 2007 met 68 miljoen euro overschreden⁴. Aangezien de vergoeding per eenheid vastlag is de overschrijding volledig het gevolg van de toegenomen zorgproductie.

Het gevolg was dat, nog geen twee jaar na het sluiten van dit akkoord, de Minister zich genoodzaakt voelde om terug te komen op de afspraken⁵. De basiscondities van het Vogelaar akkoord zijn hierdoor eenzijdig onderuit gehaald. De sector verzet zich hiertegen. Indien de Minister zijn bedenkingen effectueert zal dit tot pijnlijke financiële situaties binnen de sector leiden en de vertrouwensrelatie met de sector ernstig schaden. De sector heeft dit convenant met de Minister immers ingevuld door te investeren in scholing, apparatuur en infrastructuur en daarmee sterk ingezet op de ambitie om tweedelijnszorg te substitueren door eerstelijnszorg. De tariefkorting voor 2009 doorkruist de financiële investeringen van de huisartsen volledig en schaadt de rendementen.

Voor de Minister lijkt het financiële beleidskader leidend. Hij kan dan logischerwijs niet anders dan zijn inhoudelijke ambitie (innovatie) bijstellen en hierover met de sector tot een nieuwe overeenkomst zien te komen. Het alternatief is dat de inhoud prevaleert en dat de bijstelling aan de financiële kant plaatsvindt (macrokader). De inhoudelijke ambities en de gestelde financiële plafonds lijken in ieder geval te conflicteren en passen niet bij een duurzaam en constructief beleid. Het lopende NZa kostenonderzoek lijkt een aankondiging van verdergaande bezuinigingsmaatregelen.

Huidige positie van de huisartsen: uit de breedte of uit de lengte

De sector verkeert in verwarring. Hoe moet zij antwoorden op deze opstelling van de overheid? Wij gaan in deze paragraaf in op arbeidsethos, organisatie, marktordening, onderhandelingspositie en de relatie tussen inzet en beloning.

De sector wordt gekenmerkt door een, voor de moderne economie, atypische arbeidsethos. De sector lijkt geen 'nee' te kunnen verkopen: als de patiënt meer vraagt, wordt er meer geleverd. Hetzelfde gebeurt wanneer de Minister meer vraagt. Deze houding is in overeenstemming met de leververplichting van de sector⁶. Deze is tevens in overeenstemming met de Eed van Hippocrates en met de ambitie 'klant is koning'. Deze ethos resulteert in de productieoverschrijding.

De aspecten afstemming en coördinatie spelen ook een rol. De overschrijding is namelijk ook het gevolg van het zogenaamde '*prisoner's-dilemma*' oftewel '*free-ridership*'⁷. De beroepsgroep is te gefragmenteerd om het gezamenlijke belang maximaal te bewaken. Bovendien speelt een coördinatieprobleem: individuele huisartsen kunnen tijdens de loop van het jaar niet verantwoordelijk worden gesteld voor het in het oog houden van de totale sectorproductie (overschrijding van het maximum) tenzij er sprake zou zijn van een quota-

⁴ Tot 2012 ligt het vast wat eerstelijnszorg mag kosten. De productie dient echter wel te worden opgevoerd. Ook worden investeringen gestimuleerd om substitutie van tweede naar eerstelijnszorg te bevorderen.

⁵ Op 21 november 2008 heeft de Minister een besluit genomen tot een bezuiniging van 68 miljoen euro op de kosten voor huisartsenzorg per 1 januari 2009. In reactie hierop heeft de NZa de huisartsentarieven bevroren per 1 januari 2009. Met deze zet lijkt de Minister de afspraken van september 2007, gemaakt met LHV, niet na te komen. Het lijkt alsof de Minister revanche neemt op de eerder geboekte onderhandelingswinst van Bas Vos.

⁶ De beroepsgroep heeft zich verplicht tot 24-uurs dienst en hiermee onderhandelingspositie onmogelijk gemaakt. De sector heeft zich heeft gecommiteerd tot ongelimiteerde verplichtingen tegen een gelimiteerde vergoeding. De kous lijkt nu te wringen.

⁷ *Prisoner's-dilemma*: Door tegengestelde belangen handelen individuele spelers zodanig dat het totale belang niet maximaal gediend wordt. Coördinatie kan leiden tot het verder bereiken van belangen. *Free-ridership*: In het geval van het bestaan van een collectieve voorziening kunnen individuele spelers hun bijdrage ontwijken zonder dat dit direct gevolgen heeft voor het voortbestaan van het collectieve goed. Op termijn echter erodeert hierdoor het draagvlak voor de collectieve voorziening.

verdeling van het zorgaanbod. Dit zou een schier onmogelijke coördinatie, administratie en beheersing van de processen vergen.

De huisartsenzorgsector kent een gemengde marktordening. Sommige delen functioneren onder marktwerking, zoals het facultatieve Aanvullend Zorgaanbod. Andere delen, zoals het verplichte Basiszorgaanbod, zijn sterk gereguleerd. Door ondernemerschap te introduceren in grote delen in, en om, de wereld van de huisarts heen, veranderen de spelregels, en zijn de scheidslijnen soms onduidelijk of ondoordacht. Dit levert druk op de beroepsgroep met gevaar voor capaciteit en kwaliteit. Regelmatig is het onduidelijk in hoeverre de huisarts, vanuit de overheid, wordt gezien als ondernemer. Omdat hiermee een zeker basisuitgangspunt voor verdere gesprekken op niveau ontbreekt, kan dit leiden tot vergaande verwarring en verstoorde relatie.

De indruk bestaat dat de sector met de basisdienstverlening (Basiszorgaanbod) onvoldoende middelen genereert om de duurzaamheid en continuïteit te dienen. Dit is af te leiden uit de uitkomsten van onderzoek naar kosten van de gewenste basiszorg⁸. De positie van huisartsen is verder verzwakt toen in 2004 de huisartsengelden voor deskundigheid en ondersteuning (D&O) werden gheralloceerd van de huisarts naar de hele eerste lijn. Deze operatie ging bovendien gepaard met een bezuiniging van elf miljoen euro per jaar. De sector lijkt de aanvullende dienstverlening (Aanvullend Zorgaanbod) nodig te hebben voor continuïteit en toekomstgerichtheid met opbouw van voldoende solvabiliteit. De sector zou een betere onderhandelingspositie hebben, indien zij al vanuit de basis dienstverlening een solide positie kan bewaken.

De relatie tussen inzet en beloning lijkt onder druk te staan. Het profiel van de sector, in het bijzonder de betrouwbare inzet, ongeacht de financiële beloning, wordt in sterke mate bepaald door het ondernemersdeel van de beroepsgroep (praktijkhouders). Het andere deel is in loondienst, functioneert veelal onder een CAO, en kent een min of meer vaste verhouding tussen inzet en beloning.

Gevolgen: risico op erosie van kwaliteit huisartsenzorg

In deze paragraaf wordt ingegaan op trendversterking, ontwikkelingsfase, kostenefficiëntie en synergie.

Indien de relatie tussen inzet en beloning verder onder druk komt te staan, bestaat het risico, zeker bij eenjarige contracten, dat het ondernemersdeel verder afkalft en het werknemersdeel verder aangroeit⁹. Hierdoor wordt de ruimte om als praktijkhouder de verantwoordelijkheid voor de praktijkvoering professioneel in te vullen beknot, en komt de kwaliteit van de zorg bij een gefixeerd totaalbudget onder druk te staan. Dit leidt tot verdere beperking van de onderhandelingsruimte van de sector. Er dreigt een mate van rigiditeit te ontstaan, die ongewenst lijkt vanuit het perspectief van de overheid. De loyaliteit van de sector dreigt immers verloren te gaan. Indien de praktijkhouder uitsterft, loopt het systeem namelijk vast. Dit zou een beperking van de capaciteit en een lagere productie betekenen, of hogere systeemkosten bij een gelijkblijvende productie. Bovendien zal de spanning tussen kwaliteit en kosten dramatisch oplopen omdat een "voor wat hoort wat" mentaliteit de boventoon zou kunnen gaan voeren. Een verregaande transitie van ondernemerschap/ praktijkhouderschap naar werknemerschap binnen de huisartsenzorg zou kunnen leiden tot een aanzienlijke positieversterking voor grote partijen zoals verzekeraars. Dit scenario zou kunnen passen binnen de ambitie van verzekeraars om meer en meer een regierol naar zich toe te trekken.

De vraag doet zich voor: "hoeveel structuurveranderingen kan een sector als deze aan zonder dat dit de kwaliteit van de dienstverlening aantast?". De sector begeeft zich

⁸ Zie bijvoorbeeld onderzoek naar de praktijkkosten (Deloitte & Touche, in 2000) en naar inkomen (Hay namens de LHV en KPMG namens het CTG, beiden in 2001).

⁹ Verwezen wordt naar eenjarige contracten tussen de huisarts en de verzekeraars.

momenteel juist in een gevoelige ontwikkelingsfase, aangezien een bovenproportioneel deel van de beroepsgroep binnen tien jaar de pensioengerechtigde leeftijd bereikt. Hierdoor zal de komende jaren de behoefte aan instroom ook bovenproportioneel zijn. De condities die de komende jaren heersen, zullen bepalen voor wie de sector aantrekkelijk is en, of en hoe deze professionals zich in de markt zullen plaatsen (ondernemer of werknemer).

Voor een solide visie op een efficiënte gezondheidszorg dient de gezondheidszorg integraal beschouwd te worden. Bezuiniging op eerstelijnszorg is niet noodzakelijkerwijs een kosten-efficiënte maatregel. Indien de bedenking van de Minister (najaar 2008) voortkomt uit financiële efficiëntie, wijzen wij graag op de initiële motivatie en redenering (2005-2006). Deze houdt immers nog steeds stand: substitutie van een ingreep van tweedelijnszorg door eerstelijnszorg levert een substantiële kostenbesparing. Als voorbeeld nemen wij het inbrengen van een spiraaltje. De kosten hiervan bedragen in de tweedelijnszorg 300 à 400 euro. De vergelijkbare kosten binnen de eerstelijnszorg bedragen zo'n 50 euro. Indien de Minister bezuinigt op de verkeerde tijd en plek, kan dit kostentechnisch averechts werken.

Ingrijpen, van buitenaf (overheid/ NZa) in een productieproces met enkel focus op kosten, heeft in zich het gevaar dat er geen oog meer is voor synergie effecten en andere dan kostentechnische effecten. Het ingrijpen in en het uiteenrafelen van activiteiten kan zo tot hogere totaalkosten (systeemkosten) leiden.

De rol van het NZa kostenonderzoek hierin

Waarom een onderzoek naar de werkelijke kosten? Terecht brengt de heer Moes dit punt naar voren. Enkele vragen van onze zijde.

- Is het doel van het onderzoek duidelijk gecommuniceerd en leidt het tot passende bouwstenen voor toekomstig beleid¹⁰?
- Is er draagvlak voor de opzet van het onderzoek? In welke mate is de beroepsgroep hierbij betrokken geweest?
- Is de vraagstelling adequaat: indien het onderzoek leidt tot inzicht in de kostenstructuur van de sector (anno 2006), leidt dit dan tevens tot een adequaat instrument voor toekomstig beleid?
- Wat is de relatie tussen boekhouding en kostprijsberekening? De boekhouding vermeldt de financiële transacties en feiten van de praktijk. Een adequate kostprijsberekening van huisartsenzorg behoeft echter meer dan enkel de gegevens uit deze boekhouding. Welke procedure zal de NZa volgen om, na inventarisatie van de boekhoudgegevens, de 'werkelijke kostprijs' te berekenen?
- Leidt het onderzoek tot representatieve resultaten? Is het mogelijk om de verkregen uitkomsten te toetsen aan solide kengetallen (gemiddelde waarden die kenmerkend zijn voor het profiel van de sector)?
- Is het onderzoek in lijn met naleving van het Vogelaar akkoord? Het onderzoek zet in op de productiekosten van de sector. Deze zijn voor de overheid enkel relevant om het sectorinkomen te weten en te meten of om de kostenstructuur te kunnen beïnvloeden. Hiermee lijkt de overheid zich verder te mengen in de bedrijfsvoering van de sector.

Advies

- Steun het onderzoek, maar enkel indien dit 'gerepareerd' wordt voortgezet. Of organiseer eigen onderzoek, inclusief een periodiek terugkerende peiling. Zorg dat de sectorvertegenwoordiging (mede)eigenaar is van de resultaten. Zorg voor professionele begeleiding in public relations. Overtuig invloedrijke partijen (verzekeraar, brede publiek) en beïnvloed daarmee overheidsbeleid. Geef het publiek een 'blijf van mijn lijf (huisarts)' gevoel.

¹⁰ Stichting de Vrije Huisarts meldt dat de NZa met het kostenonderzoek een bezuinigingsoperatie beoogt. Deze operatie zou met name gericht zijn op de M&I projecten en de POH financiering.

- Laat de sector zich strategisch oriënteren op eigen organisatie. Onderlinge verdeeldheid leidt tot een ongewenste situatie, namelijk een verder verlies van de regie. Is de positie van de huisartsen voldoende solide ten opzichte van de overheid? Zijn de belangen van de beroepsgroep voldoende geborgd en vertegenwoordigd op de juiste plaatsen?
- Leg de Minister uit dat de sector sterk op beroepsuitoefening gefocust is en minder op organisatie van eigen gelederen. Het huidige "rug tegen de muur" gevoel is deels het gevolg van onhandig manoeuvreren door de sector zelf en een matige beheersing van eigen organisatie (*mea culpa*) maar in belangrijker mate ontstaan door de wijze waarop de Minister het spel speelt (*powerplay*, komt op gemaakte afspraken terug en lijkt te beschikken over beperkt inzicht in praktijkvoering van de huisarts). Bovendien dreigt, als de Minister de ingezette koers volhoudt, het risico, dat de kosten uiteindelijk toch bij de Minister en de samenleving terecht komen, en er heden een netto achteruitgang wordt ingezet. Dit wordt namelijk realiteit als de huisartsenzorg de duurzaamheid, kracht en inzet langzaam kwijtraakt. Belangrijk is in te zien dat de huisartsenzorg een spilfunctie vervult in de Nederlandse gezondheidszorg. Een teruglopende kwaliteit van de basiszorg zal leiden tot een teruglopende gezondheidssituatie in Nederland of sterk oplopende medische kosten door verschuiving naar hogere lijnszorg¹¹.
- Steun motie Omtzigt¹². Leg de beoogde drempels aan tussen de zorgsegmenten. Hiermee kan de Minister de totale kosten en de deelbudgetten beter beheersen.

Rotterdam, 23 januari 2008

Epiloog

De NZa Projectgroep is gealarmeerd door de onzorgvuldigheid van het NZa kosten-onderzoek. Deze reactie vloeit voort uit de recente bezuinigingsmaatregel die genomen is door de Minister. De huisartsen menen dat de Minister hiermee terug komt op gemaakte afspraken. Ze worden bovendien nu geconfronteerd met een onderzoek dat mogelijk tot onderbouwing zal dienen voor verdere bezuinigingsmaatregelen. Voor dit NZa onderzoek moeten de huisartsen zeer vertrouwelijke gegevens verstrekken, over een niet representatief jaar. De huisartsen worden hierdoor teruggedrongen tot een zeer kwetsbare positie. In principe is de informatie namelijk voldoende diepgaand, om de beroepsgroep, in financiële zin, helemaal uit te kunnen kleden. Bovendien voedt dit de onduidelijkheid over het ondernemerschap van de huisarts.

Het valt op hoe verschillend wordt omgegaan met confidentialiteit van gegevens. Het is volstrekt geaccepteerd, en logisch vanuit concurrentieoverweging, dat veel financiële gegevens in het bedrijfsleven als strikt confidentieel worden beschouwd. De mate waarin de huisartsen in dit onderzoek zeer confidentiële informatie dienen over te leggen contrasteert hier sterk mee, zeker tegen het licht van het door de overheid geambieerde ondernemerschap van huisartsen.

De huisartsen bevinden zich steeds meer in een dilemma. Zij worden voor de keuze gesteld tussen opportunisme (wantrouwen) dan wel constructivisme (vertrouwen) in hun relatie met de overheid. Alleen door een herstel van duidelijkheid en betrouwbaar gedrag, kan de Minister een einde maken aan de groeiende verwarring en vertrouwenskloof in de relatie met de beroepsgroep.

Rotterdam, 23 januari 2008

¹¹ Zie Henk Maassen, Geneeskunde is te weinig gericht op de patiënt, gesprek met Barbara Starfield, Medisch Contact 4 februari 2005 60 nr.5, blz. 186 en Gezondheidsraad, European primary care, 16 december 2004.

¹² In tweedelijnszorg wordt zorgverzekeraar gecompenseerd door overheid. In eerstelijnszorg is dit niet het geval. Motie Omtzigt gaat om betere afstemming en beter zicht op DBC's in tweedelijnszorg.