



Landelijke Huisartsen Vereniging

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
T.a.v. mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EH DEN HAAG

'Domus Medica'
Mercatorlaan 1200
Postbus 20056
3502 LB Utrecht
T 030 - 282 37 23
F 030 - 289 04 00
E lhv@lhv.nl
I www.lhv.nl

Datum 16 september 2011
Ons kenmerk **2011/282480/SvE/ss**
Betreft Korting van € 132 mln. op huisartsenzorg

Geachte mevrouw Schippers,

Tijdens ons overleg van 5 september jl. nodigde u ons uit onze bezwaren tegen de onderbouwing van de korting van € 132 mln. op de huisartsenzorg schriftelijk kenbaar te maken. Aan die oproep geven wij graag gehoor. Wij gaan er daarbij vanuit dat u er om vraagt om zo een oordeel te kunnen vormen over het al dan niet terechte karakter van de opgelegde korting. Wij hopen zeer dat u, na onderstaande te hebben bestudeerd, ook overtuigd bent van de onjuistheid van de argumenten die ten grondslag liggen aan de beoogde korting.

Wij hebben mogen constateren dat u op 5 september jl. uitgebreid de tijd en moeite heeft genomen om u te laten informeren over onze grote zorgen. Deze zorgen houden in dat de opgelegde bezuiniging in financiële zin volkomen averechts zal uitwerken en bovendien de grote en constructieve dynamiek in de huisartsenzorg duurzaam zal aantasten. Van onze zijde hebben wij ons gerealiseerd in welk lastig parket u zich bevindt in de relatie met het Ministerie van Financiën en uw collega's in de Trêveszaal. Onze conclusie, en wellicht die van alle economen, is dat om de kosten in de zorg te beteugelen, er juist zou moeten worden geïnvesteerd in de eerstelijnszorg.

Voor de langere termijn lopen de agenda's van ons beiden inhoudelijk synchroon, namelijk het realiseren van goede, samenhangende en laagdrempelig toegankelijke zorg in de buurt. Het is dan ook te betreuren dat we ons tegelijkertijd aan beide zijden van een barrière bevinden die het uitzicht op elkaar in de weg staat. Het is voor ons beiden van belang dat we zoeken naar mogelijkheden om deze enorme hobbel te nemen. Graag bieden we u aan om nogmaals te bezien op welke wijze dat kan met behoud van de zo wenselijke dynamiek in de huisartsenzorg.

Onderstaand hebben we enerzijds met kracht van argumenten uiteengezet waarom (de afzonderlijke onderdelen van) de korting onterecht is en anderzijds aanvullende vragen gesteld om helder te krijgen welke overige argumenten de onderbouwing ondersteunen.

Aanwijzing korting op huisartsenzorg

Op 21 juli 2011 heeft u de Nederlandse Zorgautoriteit een aanwijzing gegeven voor een structurele korting op de huisartsenzorg.¹ In de toelichting op de aanwijzing is de € 132 mln. als volgt onderbouwd:

1. Overschrijding huisartsenzorg 2010	€ 45 mln.
2. Overschrijding geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie 2010 (€ 70 mln., waarvan € 35 mln. wordt toegeschreven aan huisartsenzorg)	€ 35 mln.
3. Overschrijding huisartsenzorg 2009	€ 30 mln.
4. Niet realiseren taakstelling doelmatig voorschrijven 2011	€ 22 mln.
<hr/> Totaal	<hr/> € 132 mln.

Hieronder gaan wij achtereenvolgens op deze vier onderdelen in.

1. Overschrijding huisartsenzorg 2010

- De door u geconstateerde overschrijding op huisartsenzorg is *niet* het gevolg van de uitgaven aan inschrijf- en consulttarieven. Volgens het CVZ zijn de uitgaven hieraan niet gestegen t.o.v. 2009. De uitgaven aan consulten zijn zelfs gedaald, ook indien wordt gecorrigeerd voor de overheveling van de vergoeding voor herhaalrecepten naar de inschrijftarieven.
- De overschrijding is *wel* het gevolg van gestegen uitgaven voor:
 - Avond-, nacht- en weekendzorg (ANW);
 - Praktijkondersteuning somatiek (POH-S);
 - Praktijkondersteuning GGZ (POH-GGZ);
 - Modernisering en Innovatie (M&I).

1.1 ANW

Eind 2009 heeft de minister van VWS de NZa verzocht het uurtarief voor ANW-zorg te verhogen van € 50,20 naar € 65.² De NZa berekende de macromeerkosten hiervan op € 24,7 mln. per jaar.³ De macromeerkosten hiervan hebben bijgedragen aan de overschrijding in 2010.

De verhoging van het ANW-uurtarief was bedoeld ter compensatie van de gestegen werkdruk in de ANW-uren. Het is onbegrijpelijk dat een door de minister van VWS en de NZa verantwoorde en volledig geaccordeerde tariefsverhoging met terugwerkende kracht wordt beschouwd als een overschrijding van het budget. De verhoging wordt nu teruggehaald door een verlaging van de tarieven voor de dagzorg. De bereidheid om mee te werken aan de integratie van SEH en huisartsenpost wordt hiermee afgestraft en dat lijkt ons uitermate onwenselijk.

1.2 POH-S

De uitgaven aan POH-S zijn in 2010 gestegen. Dit is in lijn met het stimuleringsbeleid van het Ministerie van VWS, ZN en de LHV om de inzet van POH-S uit te breiden. Dit beleid is ooit met een convenant ingezet.⁴ In het Vogelaarakkoord is het beleid verder uitgewerkt en is het open-einde karakter van de regeling vastgelegd.⁵

De groei van POH-S draagt bij aan de overschrijding van € 45 mln. in 2010 en daarmee aan de korting van € 132 mln. Wij gingen ervan uit dat er bij een open-einde regeling geen sprake kan zijn van een overschrijding. Wij concluderen nu echter dat u de open-einde regeling met terugwerkende kracht heeft beëindigd.

¹ Aanwijzing van de minister van VWS aan de NZa inzake de kortingen in de eerstelijnszorg (kenmerk MC-U-3073009).

² Brief d.d.17 november 2009, kenmerk CZ-EKZ 2964333.

³ Notitie NZa CV 09-26, d.d. 17 november 2009.

⁴ Convenant LHV, ZN en VWS inzake de versterking van de huisartsenzorg, d.d. 30 juni 1999.

⁵ 'Vogelaarakkoord' tussen het Ministerie van VWS, ZN en de LHV, oktober 2005.

Verdere uitbreiding van POH-S is de komende jaren hard nodig om de stijgende zorgvraag in de huisartspraktijk te kunnen beantwoorden. Zolang de meerkosten hiervan leiden tot een korting op de basistarieven, zal de POH-S helaas niet verder kunnen worden uitgebreid.

1.3 POH-GGZ

Het Ministerie van VWS heeft voor de invoering van POH-GGZ in de huisartsenzorg vanaf 1 januari 2008 structureel € 38,2 mln. beschikbaar gesteld. Met de overheveling van dit geld vanuit de AWBZ wilde de minister de zo wenselijke poortwachtersfunctie voor de GGZ in kwalitatief en kwantitatief opzicht versterken.⁶

Volgens het CVZ is in 2010 € 11 mln. uitgegeven aan POH-GGZ, wat fors lager is dan de beschikbaar gestelde middelen. De groei van POH-GGZ draagt, zo blijkt nu, bij aan de overschrijding van € 45 mln. in 2010 en daarmee aan de korting van € 132 mln.! Overigens is ons onduidelijk wat er met onderuitputting van de resterende gelden (circa € 27 mln.) voor POH-GGZ is gebeurd.

U wilt GGZ in de eerste lijn verder versterken en u heeft de NZa daarom om een uitvoeringstoets voor de basis-GGZ gevraagd.⁷ De POH-GGZ zou hierbij een belangrijke rol moeten gaan vervullen. Zolang verdere investeringen in POH-GGZ leiden tot een korting op de basistarieven, zal de POH-GGZ echter niet verder kunnen worden uitgebreid.

1.4 M&I

De uitgaven aan M&I zijn in 2010 gestegen. Dit is in lijn met de beleidsagenda voor modernisering en innovatie die het Ministerie van VWS, ZN en de LHV in het Vogelaarakkoord zijn overeengekomen. Hierbij is ook het open-einde karakter van de regeling vastgelegd.⁸ In het Vogelaarakkoord is bovendien vastgelegd dat zorgverzekeraars elders vrijkomende middelen plus vrijwillige middelen kunnen inzetten voor M&I. De beleidsagenda is nog eens bekrachtigd in een nieuw akkoord tussen de drie partijen van september 2007.⁹

Naar nu blijkt draagt de groei van de M&I bij aan de overschrijding van € 45 mln. en daarmee aan de korting van € 132 mln. Net als bij POH-S, gingen wij ervan uit dat er bij een open-einde regeling geen sprake kan zijn van een overschrijding. Opnieuw concluderen wij dat u de open-einde regeling kennelijk met terugwerkende kracht heeft beëindigd. Ook hier geldt dat zolang verdere investeringen in M&I leiden tot een korting op de basistarieven, de M&I helaas niet verder kan worden uitgebreid. De beleidsagenda (waaronder substitutie) kan hierdoor niet verder worden gerealiseerd.

Overigens betekent het terughalen van extra uitgaven aan M&I ook dat u zorgverzekeraars in feite de mogelijkheid ontnemt om extra te investeren in substitutie. Op dit moment vrees ik dat door de kortingen op de ondersteuning van de huisarts, sprake zal zijn van omgekeerde substitutie door de noodzaak vaker een beroep te moeten doen op de collega's in het ziekenhuis. Een uitermate onwenselijke en kostbare ontwikkeling.

⁶ Aanwijzing van de minister van VWS aan de NZa inzake een bekostigingssystematiek voor de praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ, d.d. 26 juli 2007.

⁷ Brief minister van VWS aan NZa, Verzoek om uitvoeringstoets Basis GGZ, d.d. 1 juli 2011.

⁸ 'Vogelaarakkoord' tussen het Ministerie van VWS, ZN en de LHV, oktober 2005.

⁹ 'Op weg naar verdere verbetering van de huisartsenzorg', Ministerie van VWS, ZN en de LHV, september 2007.

2. Overschrijding geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie 2010

2.1 Ketenzorg

In de Rijksbegroting 2010 was voor ketenzorg € 241,5 mln. gereserveerd. Vanwege een latere start van nieuwe ketens, heeft het Ministerie van VWS dit bedrag vervolgens met € 107,4 mln. verlaagd naar € 134,1 mln.¹⁰ Gezien het feit dat aan de reeds breed geïmplementeerde diabetesketen in 2010 € 130 mln. is uitgegeven, is een verlaging van de reservering met € 107,4 mln. voor nog op te starten ketens veel te hoog gebleken. Het is ons volstrekt onduidelijk hoe de verlaging van het kader is becijferd. Wij verzoeken u dit transparant te maken, door de verlaging cijfermatig te onderbouwen.

Volgens het CVZ bedroegen de lasten voor ketenzorg in 2010 € 144 mln. Wij concluderen dan ook dat de te forse verlaging van de raming van het kader voor ketenzorg heeft geresulteerd in een 'overschrijding' van circa € 10 mln. Deze 'overschrijding' wordt nu in een ander kader, namelijk huisartsenzorg, teruggehaald.

Zolang huisartsen het risico lopen dat hun investeringen in ketenzorg worden afgestraft door een korting op de tarieven voor basiszorg, zal een verdere uitbreiding van ketenzorg niet van de grond kunnen komen.

2.2 Innovatie en GEZ

Voor de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' en de beleidsregel 'Geïntegreerde Eerstelijnszorgproducten' (GEZ) was voor 2010 € 36,9 mln. gereserveerd. Dat is opmerkelijk, omdat volgens het CVZ de lasten voor deze beleidsregels in 2009 nog € 145,4 mln. bedroegen. Ook hier vragen wij om transparantie door een financiële onderbouwing van deze fors lagere raming.

Volgens het CVZ bedroegen de lasten voor deze beleidsregels in 2010 € 97,5 mln. Net als bij ketenzorg, blijkt de raming veel te sterk te zijn verlaagd. Hierdoor is een 'overschrijding' ontstaan. Ook deze 'overschrijding' wordt nu teruggehaald in het kader huisartsenzorg.

De geïntegreerde eerstelijnszorg vindt haar oorsprong in de gezondheidscentra. Wij verzoeken u duidelijk te onderbouwen welk deel van de lasten en de overschrijding betrekking heeft op gezondheidscentra.

Tot slot wijzen wij erop dat de beleidsregel voor innovatie bedoeld is voor tijdelijke experimenten (maximaal drie kalenderjaren). Graag ontvangen wij een toelichting waarom een mogelijk incidentele overschrijding leidt tot een structurele korting en niet tot een incidentele korting. Overigens is die vraag bij meerdere onderdelen van de structurele korting aan de orde.

3. Overschrijding huisartsenzorg 2009

De overschrijding van de uitgaven aan huisartsenzorg in 2009 met € 30 mln. is in de Rijksbegroting 2010 terug te vinden onder 'Actualisering zorguitgaven'.¹¹ De overschrijding is daarmee verwerkt in de begroting. Wij concluderen hieruit dat een reeds structureel verwerkte post nu alsnog leidt tot een korting. Mocht de post niet structureel zijn verwerkt, dan is de overschrijding van € 30 mln. onderdeel van de overschrijding in 2010 van € 45 mln. en wordt deze dus dubbel teruggehaald.

Omdat bovendien onduidelijk is op welke posten de overschrijding van € 30 mln. is ontstaan, ontvangen wij graag van u een onderbouwing van dat bedrag.

¹⁰ Rijksbegroting 2011.

¹¹ Rijksbegroting 2010.

4. Niet realiseren van taakstelling doelmatig voorschrijven 2011

Voor 2011 en verder is voor doelmatig voorschrijven een besparing ingeboekt van € 110 mln. Op dit moment is nog onduidelijk of de besparing daadwerkelijk wordt gerealiseerd. Ook is op dit moment onduidelijk in hoeverre de voor volgende jaren ingeboekte besparingen worden gerealiseerd.


Ondanks deze onduidelijkheid is echter nu al een structurele korting van € 22 mln. doorgevoerd. Wij vinden het onacceptabel dat een structurele korting plaatsvindt omdat er wellicht in de toekomst een overschrijding zal plaatsvinden of een besparing niet zal worden gerealiseerd.

Transparantie

Het Ministerie van VWS verlangt van huisartsen transparantie over hun handelen en dat vind ik terecht. Andersom mogen wij van het Ministerie transparantie verwachten over de wijze waarop het Ministerie de beschikbare middelen voor huisartsenzorg raamt en over de wijze waarop beleidsmaatregelen tot aanpassingen van de kaders leiden. Om de bestaande onduidelijkheid weg te nemen, verzoeken wij u inzicht te geven in de aansluitingen van de begrotingen voor huisartsenzorg en de geïntegreerde eerstelijnszorg (waaronder ketenzorg) van 2010 op 2009 en van 2011 op 2010.

Hoopvol wachtend op uw reactie,

Met vriendelijke groet,



Dr. S.R.A. van Eijck
Voorzitter