

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Curatieve Zorg

Stichting de Vrije Huisarts
T.a.v. de heer R. Schonck
Raiffeisenlaan 18
3571 TD UTRECHT

Ons kenmerk
CZ-EKZ-2763842

Onderwerp
Huisartsenzorg

Inlichtingen bij
Mw. Schell

Doorkiesnummer
070-3405420

Bijlage(n)

Den Haag
18 april 2007

Uw brief
Datum 1 april 2007

Geachte heer Schonck,

Naar aanleiding van uw brief van 1 april jongstleden, waarin u een aantal kritische analyses aan de orde stelt omtrent huisartsenzorg, wil ik graag als volgt reageren.

Voor een toekomstbestendige eerstelijnszorg vervullen de huisartsen een belangrijke rol. Zij vormen namelijk als poortwachter een belangrijke functie in de gezondheidszorg. Dit is de basis voor een toegankelijke, kwalitatief verantwoorde en betaalbare gezondheidszorg. We mogen trots zijn op de rol die de huisarts vervult. Het is belangrijk om deze positie ook in de toekomst te behouden.

In uw brief vraagt u mij in te zetten voor een slimmere benutting van de huisartsgeneeskunde door een doelmatiger besteding van de middelen. In de brief 'toekomstbestendige eerstelijnszorg' aan de Tweede Kamer van november 2003 (CZ/EZ/2431353) is de visie op de eerstelijnszorg en huisartsenzorg in de toekomst beschreven. In deze brief wordt de link gelegd naar het nieuwe zorgstelsel en welke rol de eerste lijn in dit stelsel zal hebben. Het uiteindelijke doel is te komen tot een sterke eerste lijn die voor iedereen toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar is. Om te komen tot een toekomstbestendige eerstelijnszorg hebben de relevante veldpartijen in oktober 2004 een intentieverklaring voor versterking van de eerstelijnszorg (CZ/EZ/2511922) getekend. Helaas hebben de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) de intentieverklaring - door bezwaren tegen mogelijke financiële drempels door de invoering van de no-claim - niet ondertekend, maar wel aangegeven het doel van de intentieverklaring te ondersteunen. In de intentieverklaring spreken partijen uit zich in te zullen zetten voor een geïntegreerde eerste lijn. Geïntegreerde eerstelijnszorgsvormen kunnen een belangrijke meerwaarde leveren in de zorg. Een sterke eerstelijnszorg voorkomt dat patiënten onnodig gebruik maken van duurdere specialistische of intramurale zorg zodat deze beschikbaar blijft voor degenen die dit echt nodig hebben.

Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG
Telefoon (070) 340 79 11
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Correspondentie uitsluitend
richten aan het postadres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.

Internetadres:
www.minvws.nl

VFFS

Door de multidisciplinaire samenwerking wordt op ketenniveau zorg geleverd, zoals bijvoorbeeld diabeteszorg of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). Hierdoor vindt substitutie plaats uit de tweede lijn, waardoor er doelmatigere zorg geleverd wordt en de toekomstige toenemende zorgvraag beter opgevangen kan worden. Met deze visie geef ik invulling aan uw vraag over een doelmatigere besteding van middelen. Daarbij is in het nieuwe stelsel een belangrijke verantwoordelijkheid komen te liggen bij de zorgverzekeraars en zorgaanbieders op dit punt. Zorgverzekeraars zijn risicodragend voor de eerstelijnszorg en ik zie het vooral als de taak van de zorgverzekeraars om doelmatige zorg in te kopen die het best aansluit bij de wensen van hun verzekerden. Uiteraard ben ik daarbij verantwoordelijk er voor zorg te dragen het systeem zodanig in te richten dat partijen ook in staat zijn om dit te bewerkstelligen.

Mijns inziens biedt huidige bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde eerstelijnszorg voldoende mogelijkheden voor een doelmatige zorginkoop en ruimte voor het doen van investeringen voor innovatie en bijvoorbeeld modernisering van praktijken. In uw brief noemt u - ondanks kritische kanttekeningen, waar ik later deze brief op terug kom - zelf al de module Modernisering en Innovatie (M&I). Verder heb ik op 10 augustus 2006 (CZ/EZ/2691562) de Tweede Kamer geïnformeerd over de nieuwe manier van bekostigen van geïntegreerde eerstelijnszorg samenwerkingsverbanden. In een dergelijk samenwerkingsverband is de huisartsenzorg de centrale zorgvorm, die ook de verbinding legt met (en zonodig tussen) de overige in het centrum aanwezige zorgdisciplines. Geïntegreerde eerstelijnszorg samenwerkingsverbanden kunnen vanaf 1 januari 2007 samen met zorgverzekeraars specifieke afspraken maken die beter aansluiten bij de individuele behoeften van patiënten. Deze afspraken kunnen bijvoorbeeld betrekking op (chronische) aandoeningen en/of patiëntencategorieën, maar ook op serviceverleningsaspecten zoals het houden van een avondspreekuur door een (groep) huisarts(en) die in een geïntegreerd samenwerkingsverband werkt/werken. Daarbij is het praktijkplan een geschikt instrument om afspraken te maken over de invulling van deze specifieke prestaties en de beloning die daar tegenover staat. Aan de hand van een omgevingsanalyse kunnen dan lokaal afspraken gemaakt worden over het geïntegreerde zorgaanbod, dat op maat gesneden is naar de behoefte van de patiëntenpopulatie. Het gaat dan ook om het totaal aanbod dat het geïntegreerde eerstelijnszorg samenwerkingsverband kan leveren.

Verder kaart u in uw brief een viertal onderwerpen aan die betrekking hebben op het Vogelaarakkoord. Mijn reactie hierop is als volgt.

1. Uw stelling dat huisartsen recht hebben op een inschrijfvergoeding, doordat per 1 januari elke burger verplicht is zich te verzekeren is niet juist. U koppelt hiermee de verzekeringsplicht van een burger direct aan het inschrijftarief dat een huisarts mag declareren. Huisartsen hebben alleen recht op een inschrijftarief als de verzekerde zich daadwerkelijk bij de praktijk heeft ingeschreven. Echter, de één miljoen verzekerden die zich niet hebben ingeschreven bij een huisartsenpraktijk zijn niet verplicht zich in te schrijven bij de praktijk. Samen met de LHV en ZN zijn dan ook de afspraken over de Inschrijving Op Naam (ION) duidelijk vastgelegd in het Vogelaarakkoord. Hierbij is afgesproken dat huisartsen zelf verantwoordelijk zijn voor de ION van verzekerden in de praktijk.

In uw brief schrijft u tevens dat "voor infrastructurele kosten is een inschrijftarief

VVFJ

vastgelegd per verzekerde.... ". Hierbij wil ik opmerken dat het inschrijftarief, in tegenstelling tot wat u schrijft, niet is opgebouwd uit enkel infrastructurele kosten. Hetzelfde geldt voor het consulttarief. Er is nooit expliciet vanuit gegaan dat het consulttarief puur is opgebouwd uit inkomensbestanddelen. Beide tarieven bestaan uit inkomens- en kostencomponenten. Samen vormen zij met de overige modules de omzet die een huisarts nodig heeft om een huisartsenpraktijk te voeren.

- Tot slot stelt u dat er €840 miljoen beschikbaar is gesteld voor het inschrijftarief op basis van 16,1 miljoen Nederlanders. Echter voor het jaar 2006 is een macrobedrag vastgesteld van €832 miljoen, waarbij is uitgegaan van 16 miljoen Nederlanders. Daarbij is met de LHV en ZN in het kwartaaloverleg van 8 maart jongstleden afgesproken dat de onderschrijding op het aantal inschrijftarieven wordt gesaldeerd met de overschrijding op de consulten. Dit betekent dat, ondanks dat volgens u 1 miljoen verzekerden zich niet inschrijven, de huisarts macro gezien niet minder geld ontvangt ten opzichte van de voorgaande jaren. Immers het inschrijftarief is hoger uitgevallen dan als het tarief zou zijn gebaseerd op 16,1 miljoen Nederlanders. Daarbij verwacht ik dat de komende maanden nog declaraties zullen worden ingediend die betrekking hebben op het jaar 2006. Halverwege 2007 komen de meer volledige cijfers over het hele jaar 2006 beschikbaar, die hier duidelijkheid over zullen geven. Per saldo is er in ieder geval macrobudgettair gezien in 2006 fors meer naar de huisartsen gegaan dan de afgelopen jaren. Dit komt tevens door het feit dat de modules Praktijkondersteuning Huisartsen (POH) en Modernisering en Innovatie (M&I) een open einde regeling kennen en dan ook fors zijn toegenomen.
2. In het kwartaaloverleg huisartsen wordt met de LHV en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gesproken over de verdere uitwerking van de Module M&I. Beide partijen hebben - net als u - aangegeven dat deze module nog enige aanpassingen vergt op sommige onderdelen. Daarbij is de Nederlandse Zorgautoriteit een Monitor 'evaluatie Vogelaarakkoord' gestart, waarin de module M&I uiteraard wordt meegenomen. Mogelijk zal op basis van beide trajecten de module aangepast worden.
 3. U draagt aan dat de huidige manier van risicodragendheid bij zorgverzekeraars de substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn niet bevordert. Ik beaam dat door de wijzigingen in de wetgeving, waarbij de omslag is gemaakt van aanbodsturing naar vraagsturing, het systeem nog niet geheel naadloos op elkaar aansluit. Toch ben ik voornemens op korte termijn zorgverzekeraars geleidelijk risicodragend te maken voor de tweedelij.
 4. Tot slot stelt u dat een eventuele uitvoering van een tariefkorting veel onrust en verzet in het veld zal ontstaan. Zoals ik al eerder in deze brief heb aangegeven hebben de LHV en ZN beide in het kwartaaloverleg van 8 maart jongstleden hun akkoord gegeven dat de onderschrijding op het aantal inschrijftarieven wordt gesaldeerd met de overschrijding op de consulten. Dit betekent dat er niet direct gekort wordt op de consulttarieven, zoals in eerste instantie wel is afgesproken in het Vogelaarakkoord. Daarnaast zijn, zoals ik ook in punt 2 heb vermeld, de open einde modules POH en M&I fors overschreden, zonder dat hier een maatregel tegenover wordt gesteld. Macro is er in 2006 dus fors meer naar de huisartsen gegaan dan de afgelopen jaren.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

4

Kenmerk

CZ-EKZ 2763842

VVFWS

Tot slot ga ik er vanuit dat u uw kritische analyses met de daarbij voorgestelde oplossingen ook bespreekt met de LHV, aangezien deze partij formeel mijn gesprekspartner is ten aanzien van het huisartsenbeleid. Ik hoop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de directeur Curatieve Zorg,

drs. M.J. Boereboom

