

Huisartsen worden geacht zowel samen te werken als te concurreren

In de ban van groepen & ketens

In september organiseerde VvAA een ledenpanel, waarbij zeven huisartsen uit alle hoeken van Nederland zich uitspraken over de ontwikkeling van zorggroepen, het ontstaan van ketenzorg en het functioneren van de integrale bekostiging. Uit de levendige discussie die ontstond, bleek dat met name de laatste twee zaken aanleiding tot bezorgdheid vormen. Hoe ontwikkelen de zorggroepen in Nederland zich? Voor welke problemen zien de huisartsen zich geplaatst, wat wordt van hen verwacht, en wat is hun positie te midden van alle nieuwe ontwikkelingen?

TEKST HANS BOUMAN ILLUSTRATIE CAROLYN RIDSDALE

In augustus publiceerden de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de Richtsnoeren Zorggroepen. Daarin stellen zij dat de zorgaanbieders worden beschouwd als ondernemers die met elkaar kunnen concurreren. De Mededingingswet verbiedt dat een zorgprofessional samen met een vakgenoot afspraken maakt die de concurrentie beperken, zoals afspraken over prijzen, tarieven, marktverdeling, vooroverleg bij aanbestedingen, en collectieve boycot. Op het naleven van de Mededingingswet wordt toegezien door de NMa. De NZa voorkomt dat zorgaanbieders 'aanzienlijke marktmacht' ontwikkelen. Beide toezichthouders werken dus nauw samen. Bij eventuele samenloop is de NZa richtinggevend.

Tijdens het VvAA ledenpanel in september bleek dat de huisartsen deze richt-

snoeren niet altijd als logisch ervaren. "Er wordt van je gevraagd om zowel samen te werken als te concurreren", luidde een klacht. "Dat zijn toch volkomen tegenstrijdige eisen?" De overheersende reactie was echter dat de gemiddelde huisarts in de praktijk weinig van de maatregel zou merken. "We houden ons immers keurig aan de regels."

Ook het management van de (op dit moment nog vooral monodisciplinair opererende) zorggroepen verbaast zich over de paradoxale situatie waarin artsen worden geacht zowel samen te werken als te concurreren. "De introductie van integrale bekostiging maakt het meer dan ooit noodzakelijk dat zorgprofessionals met elkaar samenwerken", zegt André Louwen, die als directeur van zorggroep SGZ 52 huisartsenpraktijken in Zoetermeer en Benthuizen vertegenwoordigt.

"Dat laat zich lastig verenigen met het model van 52 elkaar beconcurrerende huisartsen."

Nuchter schetst Louwen de praktijk: "Wij sluiten met een zorgverzekeraar een contract voor diabeteszorg en spreken daarvoor een bedrag X af per diabetespatiënt. Daarvan gaat een bedrag Y naar de huisarts. De huisartsen mogen daar onderling geen enkele afstemming over plegen. Maar ze treffen elkaar bijna wekelijks in diverse overleggen. Zou het nou nooit zo zijn dat iemand zegt: goh, wat lekker hè, dat bedrag Y? Of juist: wat weinig hè? Dat lijkt me haast onmogelijk."

Louwens collega Niels van Elderen, directeur van PoZoB, waarin ongeveer 200 huisartsen in Zuidoost-Brabant zijn verenigd, constateert dat zorgverzekeraars soms geneigd zijn zorggroepen enigszins tegen elkaar uit te spelen. "Dan zeggen



ze: die en die zorggroep is op bepaalde onderdelen veel goedkoper dan jullie. Op zo'n moment word je bijna gedwongen met zo'n partij contact op te nemen met de vraag: wat leveren jullie dan voor dat geld? Want vaak worden appels met peren vergeleken. Natuurlijk houden wij ons aan de wetgeving en voeren dat overleg niet daadwerkelijk. Wij zeggen tegen de zorgverzekeraar: wij hebben een goede propositie, take it or leave it."

Bundeling van krachten

Toen op 1 januari 2006 de Zorgverzekeringswet van kracht werd, was dat voor veel huisartsen aanleiding tot bezorgdheid over hun positie. Om sterker te staan tegenover overheid en zorgverzekeraars, besloot men de krachten te bundelen. Zo ontstonden de regionale samenwerkingsverbanden van huisartsen, die in omvang

uiteenlopen van enkele tientallen tot wel driehonderd praktijken, veelal georganiseerd als coöperatie (zie kader Huisartsencoöperatie: de ideale rechtsvorm?)

Hoewel de zorggroepen werden opgericht om de positie van de huisarts tegenover hen te versterken, juichten ook de zorgverzekeraars hun opkomst toe. Voor de verzekeraars betekende het ontstaan van de zorggroepen namelijk een aanzienlijke efficiëncyslag: ze hoefden niet langer met elke huisarts afzonderlijk te onderhandelen over vergoedingen, maar konden nu via een zorggroep vele tientallen huisartsen in een bepaalde regio tegelijk aanspreken.

VWS ziet een geïntegreerde benadering van de zorg als antwoord op toekomstige ontwikkelingen, zoals vergrijzing en toename van chronisch zieken. Woordvoerder Lilian Jansen: "Het ministerie wil graag dat partijen in het veld meer ruimte krijgen om de zorg samenhangend te organiseren rondom de zorgvraag, dicht bij huis. De patiënt komt zo meer centraal te staan. Om deze samenhang in zorg en ondersteuning voor de hulpvrager te vergroten, is multidisciplinaire samenwerking een belangrijke voorwaarde."

De publicatie van de beleidsregel 'Samenwerking ten behoeve van Geïntegreerde Eerstelijns Zorgproducten' (GEZ), >

Voor de verzekeraars betekende het ontstaan van zorggroepen een aanzienlijke efficiëncyslag

Samenhangende zorg levert gezondheidswinst op en is goedkoper, luidt de gedachte

> een jaar na de invoering van de Zorgverzekeringswet, past in deze visie. De regel komt erop neer dat de zorgprofessional een financiële prikkel krijgt van de zorgverzekeraar als hij diensten aanbiedt die gebaseerd zijn op samenwerking. Daarbij moet naast huisartsenzorg ten minste één andere discipline betrokken zijn.

Voorbeelden daarvan zijn het gezamenlijk onder één dak werken van huisartsen (Hoed: Huisartsen onder één dak), samen met bijvoorbeeld een fysiotherapeut, een apotheker en/of gezondheidscentrum.

Een ander voorbeeld van geïntegreerde eerstelijnszorg, ontstaan als gevolg van

GEZ, is te vinden in de chronische zorg, zoals diabeteszorg. Een aantal huisartsen biedt in een regio, met vertegenwoordigers uit andere disciplines zoals diëtisten en oogartsen en/of internisten, een gezamenlijke dienst aan: de integrale zorg voor een diabetespatiënt.

Regie bij de huisarts

Vanaf ongeveer 2008 gingen veel zorggroepen, als uitvloeisel van deze ontwikkeling, DBC's (diagnose-behandelcombinatie) voor diabetespatiënten ontwikkelen. Daarbij wordt met de zorgverzekeraar afgesproken dat een aantal consulten en verrichtingen ten behoeve van de diabetespatiënt voornamelijk vanuit de praktijk van de huisarts wordt gedaan, door de huisarts zelf, de dokters-assistent, eventueel de diabetesverpleegkundige, de praktijkondersteuner en nog een andere discipline, zoals de diëtist. Deze zorgprofessionals brengen hun consulten en verrichtingen vervolgens in rekening bij de zorggroep (vaak een huisartsencoöperatie). De huisarts heeft binnen dit geheel de regie.

Vervolgens introduceerde het ministerie van VWS, nadrukkelijk tegen de wens van veel zorgprofessionals, de zogeheten integrale bekostiging, waarbij per patiënt één tarief wordt afgesproken voor het volledige behandeltraject. Per 1 januari 2010 werd deze integrale bekostiging ingevoerd voor de behandeling van diabetes mellitus type 2 en CVRM (cardiovasculair risicomanagement), en vanaf 1 juli 2010 ook voor de longziekte COPD.

Waarschijnlijk wordt de komende jaren integrale bekostiging ook ingevoerd voor chronische ziekten als hartfalen, astma, obesitas en depressie. De behandeling van deze chronische ziekten vertegenwoordigt bij elkaar een toenemend deel van de totale omzet van de gemiddelde huisartsenpraktijk.

Op dit moment is er nog sprake van een overgangsfase, waarbij reguliere en integrale bekostiging naast elkaar bestaan, maar het is de bedoeling van het ministerie van VWS dat alle DBC's op termijn via integrale bekostiging worden vergoed. De zorggroepen zijn daarvoor het aanspreekpunt.

Zodra voor een bepaalde chronische ziekte de overgangperiode voorbij is, is het voor een huisarts niet langer mogelijk zelf afspraken te maken met een zorgverzekeraar. Dit betekent dat artsen die (om wat voor reden dan ook) geen lid willen zijn van een zorggroep, hun patiënten niet langer een behandeling van diabetes, COPD of CVRM kunnen aanbieden. Of preciezer: zij kunnen dit wel, maar de patiënt zal de kosten dan zelf moeten betalen, omdat de niet in een zorggroep georganiseerde huisarts ze niet langer kan declareren bij de zorgverzekeraar.

Tegenstrijdige geluiden

Tijdens het VvAA ledenpanel kwam de integrale bekostiging naar voren als een van de allergrootste pijnpunten. Veel huisartsen blijken deze vorm van financiering als een regelrechte bezuiniging te ervaren. Daarnaast past zij, zo meent menig een, in een zorgwekkende ontwikkeling waarbij de positie van de huisarts steeds verder wordt uitgehold en de patiënt van het kastje naar de muur wordt gestuurd.

Ook de uitgroei van sommige zorggroepen



Zorggroepen: vooralsnog monodisciplinair

Nederland telt momenteel bijna 100 zorggroepen, waarin gemiddeld 76 huisartsen actief zijn. In totaal is ongeveer driekwart van alle huisartsen lid van een zorggroep.

De huidige zorggroepen zijn vrijwel allemaal monodisciplinair van aard en stellen hun lidmaatschap vooralsnog niet open voor andere disciplines dan die van de huisarts. Wel is er steeds meer bereidheid te overwegen andere disciplines in hun belanghebbendenorgaan of hun

raad van toezicht op te nemen.

Meer informatie staat in het RIVM-rapport *De organisatie van zorggroepen anno 2010*, verschenen in september 2010.

VvAA rekenmodel

Zorggroepen lopen grote financiële risico's als zij niet de juiste afspraken maken met de verzekeraars. Het uitonderhandelen van goede tarieven is dus van levensbelang en goed voorbereid aan de onderhandelingen beginnen een voorwaarde.

Het rekenmodel dat VvAA

voor de zorggroepen beschikbaar heeft, helpt de kostprijs voor chronische zorg inzichtelijk te maken. De zorgverzekeraar moet weten welke zorg hij inkoop en wat de kwaliteit daarvan is. Dat betekent dat hij door de zorggroep moet worden geïnformeerd over de samenstelling van de zorgketen: wie zijn de zorgprofessionals, wat verlenen zij en hoeveel tijd besteden zij daaraan? Het honorarium van de zorgprofessionals en hun praktijkkosten, gaan de zorgverzekeraar echter niet aan. Het hoort bij marktwer-

king en vrije contractering dat de zorggroep dit onderdeel van het rekenmodel niet kenbaar maakt.

Voor informatie over het rekenmodel voor chronische ziekten kunt u terecht bij Marcia van Zwam (024 381 78 47; m.zwam@vvaa.nl) of Bart Doornbusch (06 5132 13 89; b.doornbusch@vvaa.nl).

Huisartsencoöperatie: de ideale rechtsvorm?

De meeste zorggroepen kennen de coöperatie als rechtsvorm. Daarnaast komen de

pen tot 'waterhoofden' is een bron van zorg. Aad Leemhuis, huisarts in Castricum: "Grote zorggroepen worden zichzelf versterkende fenomenen: er ontstaan allerlei managementlagen die betaald moeten worden. Gaandeweg wordt de arts, om wie het allemaal was begonnen, het sluitstuk." Ook de patiënt ondervindt negatieve gevolgen, meent Leemhuis, met name als gevolg van de DBC's. "De patiënten worden opgeknipt in diagnoses. Bij elke diagnose hoort een bepaalde zorgketen. Vooral bij oudere patiënten, bij wie dikwijls meerdere ziekten tegelijk spelen, is dat een risico. Die krijgen hun diabeteszorg via keten 1 en hun cardiovasculaire zorg via keten 2. De huisarts, die geacht wordt de coördinatie te verzorgen, ziet de patiënt vrijwel niet meer."

Maar er zijn ook positievere geluiden. Voor Peer Kop, huisarts in Wateringen, lijkt het geen twijfel dat zorggroepen kwaliteitsverhogend zijn. "In de zorggroep waarvan ik deel uitmaak, zitten kaderartsen die zich op bepaalde gebieden hebben gespecialiseerd. Dat kun je alleen vanuit een zorggroep betalen, niet binnen je eigen praktijk. Wanneer een aantal vakgebieden – diabetes, COPD, CVRM – binnen mijn praktijk goed is georganiseerd, dan geeft mij dat een prettig gevoel. En als huisarts blijf ik erbij betrokken omdat het bij mij gebeurt, in mijn zicht. Als je de lijnen met bijvoorbeeld je praktijkondersteuner kort houdt, besteed je sommige zaken weliswaar uit, maar blijven ze toch onder je eigen vleugels."

Versnippering en wildgroei

De integrale bekostiging is in het leven geroepen om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Daarnaast hoopt het



Huisartsen Aad Leemhuis (links) en Peer Kop tijdens het VvAA ledenpanel in september.

ministerie er multidisciplinaire zorg mee te waarborgen, zo bevestigt VWS-woordvoerder Jansen. Zij constateert dat er op dat gebied nog wel wat te verbeteren valt. "Zo zien we inmiddels wel op grote schaal zorgprogramma's voor diabetes, maar nog niet bij CVRM en COPD."

Uiteindelijk is het de bedoeling dat de optelsom van alle deezorgverlening minder gaat kosten, of op zijn minst dat de kostenstijging minder snel zal verlopen dan het geval zou zijn zonder de invoering van ketenzorg. Samenhangende zorg levert gezondheidswinst op en is goedkoper, luidt de gedachte.

Maar is dat ook echt zo? Huisarts Leemhuis, die hierboven al wees op de tot 'waterhoofden' uitgegroeide zorggroepen met hun geldverslindende managementlagen en andere overheadkosten, gelooft er niets van dat de ketenzorg tot besparingen zal leiden. Hij vindt dat deze organisatievorm, de naam ten spijt, juist versnippering in de hand werkt. "Om nog maar te zwijgen van de wildgroei aan computersystemen." Zo

eisen zorgverzekeraars inzicht in het keteninformatiesysteem (KIS), dat weer niet compatibel is met de meeste huisartsinformatiesystemen (HIS).

Potentiële zonzijde

Veel huisartsen lijken er wel van overtuigd dat ketenzorg tot kwaliteitsverbetering leidt. Maar zij hebben grote twijfels over de vraag of het ook de kostenbesparingen zal opleveren die de overheid ervan verwacht. Immers: intensief samenwerken betekent intensief overleg voeren. En die overlegtijd kost geld. De ervaring leert echter dat in de zorg de rekening van niet-behaalde kostenbesparingen als regel in tariefkortingen wordt neergelegd bij de uitvoerders.

Maar er is ook een potentiële zonzijde aan dit verhaal. Als een aantoonbare kwaliteitsslag wordt gemaakt, zullen de huisartsen, daarbij gesteund door tevreden patiënten, in een sterke positie belanden om zich ten opzichte van verzekeraars hard te kunnen maken voor uitbreiding van hun budget. <

stichtingsvorm, de besloten vennootschap en (tamelijk sporadisch) de maatschap voor. De coöperatievorm werd in 2005/2006 door een inmiddels niet meer bestaand adviesbureau gepresenteerd als zou de mededingingswetgeving daarop niet van toepassing zijn.

VvAA consultant Bart Doornbusch: "We hebben ons daartegen steeds verzet, want dat argument was onjuist. Of een organisatie in strijd is met de Mededingingswet, is niet afhankelijk van de rechtsvorm, maar van het organisatie-model

en het aantal mensen dat erbij betrokken is. Dat geldt voor alle rechtsvormen."

Fiscaal kan de coöperatievorm bovendien nadelig uitpakken. Doornbusch: "Op het moment dat er binnen een coöperatie winst wordt gemaakt, kan men te maken krijgen met dubbele belastingheffing: inkomensbelasting bij de eigen praktijk en vennootschapsbelasting bij de coöperatie." Overigens, zo benadrukt Doornbusch, bestaat er vanuit VvAA geen enkel bezwaar tegen de coöperatievorm. "De

coöperatie wordt algemeen beschouwd als een maatschappelijk verantwoorde rechtsvorm. Wij benadrukken alleen dat het belangrijk is die rechtsvorm op de juiste gronden te kiezen."

De positie van de patiënt

De rol van de patiënt in de zorggroep is nog onontwikkeld, zo meldt het RIVM-rapport *De organisatie van zorggroepen anno 2010*. Vanzelfsprekend heeft de patiënt er alle belang bij dat binnen de zorg de beste kwaliteit wordt geleverd. Huis-

artsen en zorggroepen doen er volgens VvAA consultant Bart Doornbusch dan ook verstandig aan patiënten bij hun zorg te betrekken. "Zorgverzekeraars stellen al dat zij patiëntenorganisaties bij de inkoop van hun zorg betrekken. Het is verstandig als ook zorggroepen dat doen. Dat kan door goed overleg met patiëntenorganisaties en/of hun een positie te geven in een toezichthoudend of belanghebbendenorgaan. Ik denk dat zo'n aanpak de positie van zorggroepen aanzienlijk verbetert."