

Geachte LHV leden,

Hieronder treft u aan een verkorte versie van een eerder bericht dat ik op de discussiesite schreef n.a.v. de elektronische brief op de LHV site (niet de mijns inziens te beknopte per post gestuurde versie) van onze voorzitter betreffende de onderhandelingen met minister Klink. Ik hoop dat jullie kringen dit aan jullie doormailen. Via de site heb ik gehoord wat de minister over de bezuinigingen zei in het NOS journaal. Daar werd vooral gerept over de versterking van de eerste lijn vanuit DBC perspectief en zeer verhullend over het doelmatig voorschrijven. Een en ander staat in schril contrast tot hetgeen onze voorzitter als de werkelijke inhoud van de bezuinigingen in zijn brief van 9 juli heeft gemeld. De inhoud en het resultaat van de onderhandelingen getuigen van weinig respect over wat wij de afgelopen jaren hebben proberen op te bouwen en van incompetentie om de verstrekkende gevolgen van dit "bezuinigingsrondje" te overzien. Sinds de PVDA de verkiezingen weer verloren heeft, hebben wij met elkaar afgesproken klare taal te spreken. Ik zal dit ook doen. Net als andere LHV discussie forumleden vrees ik dat er jarenlange grote schade dreigt indien wij met deze voorstellen instemmen. De reactie volgt de brief van de voorzitter puntsgewijs.

### **Introductie**

De onderhandelingen ingaan met een grote achterstand betekent dat men zelf niet goede voorbereid heeft. Tegenover de 340 miljoen besparing van de NZA had een uitgangspunt moeten liggen van een kwalitatief goed product dat zich nog steeds uitbreidt door de dubbele vergrijzing en overname van behandelingen vanuit de tweede lijn (DBC's/ketenzorg). Wij moeten heel erg oppassen voor de aai over de bol van minister. Hij ondersteunt ons zo in onze rol van poortwachter en regisseur omdat een complimentje niets kost, integendeel hij wil de huisartspraktijken steeds meer gaan laten doen zonder dat er een vergoeding tegenover staat. Net als voor het Vogelaar akkoord is er door het bestuur en de minister intensief onderhandeld over deels verkeerde dingen en heeft zeker de minister gezien zijn bericht aan de Tweede kamer, maar ook onze voorzitter gezien de brief aan ons de indruk gegeven dat er een eindbod/voorstel ligt. Laten wij heel erg hopen dat net als de heer Vos toen ook de huidige voorzitter de mogelijkheid bezit om ten halve te keren....

### **Ad 1 Korting op de inschijftarieven terug te verdienen door doelmatiger voorschrijven**

Out of the blue worden wij macro gekort, maar dit kunnen terugverdienen door doelmatiger voor te schrijven. Gelukkig volgt verderop de eerlijkere term: goedkoper. Iets is doelmatiger als het voor minder kosten hetzelfde effect heeft. En nou ben ik geen farmacoloog, maar je kan toch moeilijk met droge ogen beweren (behalve de minister in het NOS journaal) dat Simvastatine en Pravastatine t.o.v. de duurdere middelen een equipotent effect hebben.

Ten eerste het principe dat wij ons in ons handelen (volgens mij nog altijd volgens onze Eed of Belofte maar ja wat zijn principes op de dag van vandaag waard) niet meer gaan laten leiden door wat het beste voor de patiënt is maar wat beter is voor onze beurs. Dit is iets wat wij als artsen **nooit** moeten willen. Dit is voor onze FTO groep ook de reden om wel de standaarden te volgen, maar nooit FTO afspraken voor geld met zorgverzekeraars te maken. Iets breder kijkend in de gezondheidszorg: De apothekers zijn ons voorgegaan met korting op de omzet terug te verdienen door inkoopvoordelen op (generieke) geneesmiddelen. Ten eerste zijn artsen veel minder koopman dan apothekers. Ten tweede zijn ook de apothekers van dit beleid aan het terugkomen en willen gewoon dat de receptregels hun kosten dekken

zodat zijn niet meer Turkse, Griekse, etc., middelen moeten verstrekken aan patiënten om uit de kosten te komen.

Iets breder kijkend buiten de gezondheidszorg in Nederland: Kijkend naar een andere groep vrije beroepsbeoefenaren (worden wij mee vergeleken zie 3) de advocaten. Denkt u dat zij er ooit mee zullen instemmen dat hun Orde met de minister van Justitie afspreekt dat zij bij de verdediging van hun cliënten nog maar een deel van het wetboek van strafrecht laten gelden in ruil voor een bonus??

Daarnaast kan het zelfs geen kwaad naar de huisartsenzorg van onze Oosterburen te kijken. Ook daar zijn de krankenkassen met dit soort vormen van straffkortingen begonnen. Als je daar als huisarts de pech hebt wat ziekere mensen te hebben en teveel medicijnen voor moet schrijven, wordt jij gekort op je inkomen. Aan het eind van de maand een paar dagen dicht doen of later beginnen met behandelen is dat waar wij naar toe willen?

Ten tweede inhoudelijk. Hoewel ook ik begin dit jaar aan de LHV de suggestie heb gedaan om het invullen van de cholesterolmachtiging te boycotten, heb ik dit voorjaar ruim 100 patiënten op mijn spreekuur ontvangen om met hen naar de noodzaak van hun cholesterolremmer-gebruik te bekijken. Het blijkt dat het gros van de mensen een harde indicatie heeft voor een cholesterolremmer vanuit een cardiovasculair event of een hoog cholesterol bij andere risicofactoren. Bij twee was substitutie of staken mogelijk, een had een harde indicatie, maar wilde zelf een goedkoper middel. In de cardiovasculair risicostandaard dient een genuanceerdere afweging gemaakt te worden dan: "als er een statine nodig is dan Simvastatine of Pravastatine" Uit de laatste alinea (hier weggelaten) blijkt terecht dat er ruimte is voor een andere afweging. Daar wringt hem de schoen. Veel patiënten hebben namelijk van een cardioloog, neuroloog of internist i.v.m. een zeer goede reden een sterkere cholesterolremmer dan Pravastatine of Simvastatine voorgeschreven. Ik vind het uitermate arrogant dat wij als huisartsen dan indien de patiënten naar ons worden terugverwezen, zonder goede reden patiënten gaan terugzetten op minder sterke cholesterolremmers. Bij mijn weten volgen generalisten in de regel de adviezen van specialisten op en weten zij het niet beter. Daarnaast zou ik u allen er nog eens op willen wijzen dat de minister en onze voorzitter kennelijk standaarden en wetten door elkaar halen (maar ja zij hebben beide ook geen juridische achtergrond en zijn beiden geen arts). Een standaard is geen wet. Dus als een hoog risico patiënt die wij van een duur op een goedkoper (minder werkzaam) statine gezet hebben een nieuw event krijgt en het geluk heeft dit te overleven komt hij in het ziekenhuis. Als hij daar de pech heeft te horen te krijgen dat hij niet optimaal behandeld is, zou hij wel eens de inspectie, tucht- of civielrecht kunnen inschakelen. Die zullen dan constateren dat standaarden er zijn om van af te wijken bij hoog risico patiënten.... Lijkt mij mooi voor medische missers, de Telegraaf, .. en die kolom achter in medisch contact waarin wij allen hopen nooit terecht te komen.

Ten derde is het maar de vraag of wij de besparingen gaan halen. Pantozol is nu ook uit patent (dat is op zich een goede en mijns inziens in deze context enig juiste vorm van besparing), Nexium wordt vooral door MDL artsen bij ernstige maagklachten voorgeschreven (o.a. Barrett slijmvlies). Dat is niet de categorie patiënten die je graag terugzet op generiek Omeprazol. Ook bij de cholesterolremmer is de te behalen winst als je het effect van de verzekeraars-campagne dit voorjaar (er zijn mogelijk ook collegae die iedereen al omgezet hebben) en bovenstaande overwegingen erbij neemt helemaal niet zeker.

In conclusie een baanbrekend en slim voorstel van de zijde van de minister en de verzekeraars. Ontzettend stom van onze beroepsgroep en onderhandelcommissie om er

überhaupt op in te gaan en over te willen meepraten. **Huisartsen doen het niet rechtstreeks voor geld en verdienen een honorarium en geen honorarium.** Er is overigens geen enkel zinnig argument genoemd voor de aangekondigde bezuiniging behoudens macro-economische bespiegelingen. Wij zijn niet extra gehonoreerd / geïndexeerd toen het macro-economisch goed ging. Tevens hebben vele huisartsen een pensioengat omdat zij relatief laat gevestigd zijn en is onze pensioenkas gehalveerd (dekkingsraad van 210% naar 136% gedaald) door graaiende banken en een falend toezicht vanuit de politiek daarop (kunnen wij die miljoenen als tegeneis terugvragen?).

Statistisch: is een bezuiniging vanuit botte bij perspectief niet te ontlopen, slik dan gewoon de korting en laat het slechter behandelen van patiënten aan anderen over (minister en verzekeraars over). Bij de recente verzekeringsacties (het grofweg niet vergoeden van geregistreerde medicatie) kon ik het de afgelopen jaren prima aan de patiënten uitleggen en hen daarbij recht in de ogen kijken.

## **Ad 2 Introductie van keten DBC's**

Vanuit kwalitatief oogpunt te verdedigen. Vanuit macro-economisch oogpunt een prima zet om gezamenlijk de kosten van de dubbele vergrijzing en de daarbij toenemende morbiditeit het hoofd te bieden. Echter vanuit bedrijfseconomisch oogpunt van de huisartsen is het op dit moment absoluut af te raden. Zolang de andere punten zo op tafel liggen moeten wij alle nieuwe initiatieven bevriezen. Zij belasten de huisartspraktijk steeds meer ook in de ondersteunende sfeer. Zij leiden tot meer herhaalreceptuur van onze hand (zie ook 5). En dit terwijl de minister niet eens het inschrijftarief op het huidige niveau wil handhaven. In de regio Heuvelland waar wij met de keten DBC's flink op weg zijn, doen wij al diabetes (meer dan 100 patiënten via de PO: kleine solopraktijk met vergrijsde stadsbevolking). Tevens doen wij cardiovasculair spreekuur naar dat model (tegen de 300 pat. via de PO). Inmiddels werkt naast de PO een dag in de week een HIDHA zodat ik de jaarcontroles kan doen. Tevens is de 60 uur assistentie hard nodig. Hier had over onderhandeld moeten worden en niet over nog meer werk, terwijl onze vaste lasten niet eens gegarandeerd zijn (3,75 korting van punt 1 na twee jaar achter elkaar geen enkele indexatie. Ik heb mijn collega's uit het Heuvelland gewaarschuwd om met de DBC COPD te wachten. Helaas zijn sommigen toch gestart en denkt de minister nu dat alles tegelijk ingevoerd kan worden.

## **Ad 3 Indexatie over 2010.**

Dit punt is echt een giller. Wij zijn twee jaar achter elkaar gekoeioneerd en niet geïndexeerd omdat wij het Vogelaar akkoord niet beveiligd hadden (de drie moties daarvoor zijn op de vergadering dat dit akkoord werd aangenomen niet in stemming gebracht: het bestuur had het in de hand werd ons verzekerd, net zo als nu dus...). ION mist tot op heden 2 miljoen premiebetalers. De kosten voor ons personeel zijn fors toegenomen door de goede CAO's die de LHV namens ons met ons personeel heeft gesloten (gun ik de assistentes van harte, echter omdat wij al meer FTE betalen dan wij vergoed krijgen doet dit extra pijn) en door de toegenomen werkdruk van verschuiving vanuit de tweede lijn (zie boven). Dat deze maatregel niet direct met de minister onderhandeld is, wil niet zeggen dat er in het totale plaatje niet over gesproken moet worden. In ons geval des te meer omdat wij al twee jaar bevroren zijn. Als punt 3 - hoe onterecht ook in ons geval - geldt, moet punt 1 in het licht van punt 2 geheel van tafel !!! Het is overigens zwak van onze onderhandelingsdelegatie (wij hopen toch dat de voorzitter de onderhandelingen niet alleen doet) om deze algemene maatregel als een voldongen feit te accepteren en naar ons toe te verwoorden!!! Het

afscheid nemen van de indexatie over de afgelopen vijf jaar (inzet onderhandelingen) is door Jan Brouwer te Deventer becijferd op zo'n 39.000 euro voor een normpraktijk.

#### **Ad 4 Verhoging ANW tarief.**

Dit had ook al lang geregeld had moeten zijn. In 2001 zei iedereen het tarief is nu wat laag, maar wordt snel verhoogd. 8 jaar later inclusief "borging" in het Vogelaar akkoord en de minister pakt ons 60 miljoen euro af van ons inschrijftarief (punt 1) en geeft ons 20 terug om het ANW tarief 10 euro te verhogen, zodat het voor de huisarts nog altijd 65 euro is en voor waarnemers 75 tot 80 euro. Het restant moeten wij dan uitonderhandelen met de zorgverzekeraars in de huidige economisch toestand. Kunnen die daar nog aanvullende eisen tegenover stellen. Wij worden hier -tel maar mee- driedubbel gepakt. Strategisch zou ik de minister als geste willen voorstellen om de verhoging een jaar later in te voeren maar wel op 80 euro, mits punt 1 verdwijnt.

#### **Ad 5 Herhaalreceptuur overhevelen naar inschrijftarief.**

Door de dubbele vergrijzing en de alsmaar groeiende patiëntenstromen waarvoor wij verantwoordelijk worden ( korte behandelingen ziekenhuis, ontslag uit vervolging specialist, DBCs /ketenzorg) komt er een vloedgolf van recepten op ons af.

Principieel moet de in het Vogelaar akkoord gekozen verdeling tussen vaste en variabele beloning niet na 3 jaar al op de helling. Om niet alleen uit te gaan van aantallen patiënten maar ook van bewerkelijkheid was zorgvuldig gekozen voor variabele naast vaste beloning. Tevens is onze productie te monitoren via de aantallen consulten, visites en recepten. Het aantal recepten is een belangrijke parameter van hoe vaak een praktijk gebeld wordt (door inspectie in het nieuws maar niet terug te vinden in de uitkomst van deze onderhandelingen) en van een deel van de werkbelasting van de assistente. Deze productieparameter moeten wij niet opgeven. Voor toekomstige onderhandelingen over de assistente is die van groot belang.

Bedrijfseconomisch gaat het bedrag zogenaamd budgettair neutraal over voor 2008. Echter, de toekomstige groei wordt bevroren. Dus in de toekomst nog meer werk voor minder geld. Tevens staat er niet hoe de verdeling zal plaatsvinden (of er leeftijdscorrectie komt, etc). Van kwaliteitsverbeterende "Medicatiebeoordeling een zaak van drie partijen" (special farmaceutisch weekblad) kan natuurlijk geen sprake meer zijn als receptuur ergens in het inschrijftarief verdwijnt. En allerbelangrijkst: gaat receptuur van verrichting naar inschrijftarief stopt, wordt de uitbetaling zeer onzeker, want de minister blijft daar toch niet met zijn handen vanaf (zie punt 1).

Tot slot is het van strategisch belang om hiermee niet in te stemmen. Anders verdwijnen in 2011 de telefonische consulten, in 2012 de consulten en in 2013.. (maakt u niet meer mee want dan bent u allang failliet).

#### **Conclusie.**

De conclusie van de voorzitter dat dit het hoogst haalbare onderhandelingsresultaat is, delen vele forumleden en u hopelijk niet. Het "resultaat" ademt alleen grove bezuinigingsdrift en geen enkele visie voor een betaalbare en toekomstbestendige (huisartsen)zorg. Wij mogen blij zijn als wij met ongeveer evenveel geld de groeiende zorg kunnen blijven bieden (een ander uitgangspunt voor onderhandelingen). In het eindbod van de minister zijn er voor ons helemaal geen kansen, alleen maar voor hem en de verzekeraars. Voor ons resten veel bedreigingen van principiële en bedrijfseconomische aard (Jan Brouwer becijfert 15.000 tot

30.000 euro per normpraktijk per jaar). Het is tijd een krachtig nee te laten horen en ons alvast te gaan organiseren (in de hoop daarbij niet tegen onze eigen voorzitter te hoeven protesteren, ons lidmaatschap te hoeven opzeggen of als praktijkhouders uit de LHV te moeten stappen). Als wij bovenstaande laten gebeuren wordt de huisartsgeneeskunde 10 jaar terug gezet en kunnen wij als huisartsen onze patiënten niet meer recht in de ogen kijken. Grote achterstand hebben wij opgelopen door een onderhandelingsteam dat zich mee laat zuigen in het standpunt van de tegenpartij en gemakkelijk de eigen onderhandelingsagenda opzij zet of voor (bijna) niks erbij wil doen. Wij zoeken op dit niveau geen onderhandelingsteam dat een lekkend, halfleeg glas halfvol noemt. Wij zoeken een team dat met een nieuw glas de kraan zoekt!!! Meest fnuikend is dat in de angst geld te verliezen zulke principiële grenzen overschreden worden. Nederland is te klein als de industrie ons betaald om pillen voor te schrijven, maar wij gaan nu wel met de minister afspreken ons te betalen om pillen voor te schrijven... Word wakker! Wake up!

<b>Voorstel tot onderhandeladvies</b>		
Punt	Standpunt	Verder onderhandelen door LHV bestuur toegestaan
1	Nooit	Nee, druist tegen meest basale principes arts zijn in
2	Ja tenzij	Langzame (1DBC per 2 jaar) en zorgvuldige (beperking risico's+budget) invoering
3	Ja, maar	Alleen als punt 1 en 5 van tafel gaan en over 4 goede afspraken mogelijk zijn
4	Nee, tenzij	Toch 80 in 2011 of 65 in 2010 en 75 in 2011 en geen afhankelijkheid verzekeraar
5	Nooit	Nee, druist tegen basale principes gekozen financiële kader in (Vogelaar akkoord)

Dit maakt de onderhandelingen gemakkelijker, transparanter en weer over waar het over zou moeten gaan: een toekomstbestendige huisartsenzorg te midden van een dubbele vergrijzing waarbij wij de tweede lijn ondersteunen om de bulk van chronisch zieken doelmatig mee te helpen op te vangen.

Dr. Patrick Smeets, huisarts te Maastricht namens diverse LHV leden.