

Positionpaper VPHuisartsen betreffende De Macro Beheers Heffing

Macht toch naar de zorgverzekeraars.

De omvorming van het macrobeheersinstrument voor de hele huisartsenzorg naar de individuele macrobeheersheffing, is wat ons betreft een wangedrocht.

De hoogte van een eventuele heffing bij overschrijding van het totale huisartsenzorg budget wordt mede bepaald door het wel of niet hebben van een contract met een zorgverzekeraar. Geen contract betekent meer terugbetalen dan iemand die wel een contract heeft. Eufemistisch wordt het “bevorderen van contractering” genoemd, je kan ook zeggen dat je gedwongen wordt tot contractering. Die dwang tot contractering met een zorgverzekeraar zorgt per definitie voor een structureel ongelijkwaardige positie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. En dat is, volgens het manifest van www.hetroermoetom.de nu juist een doorn in het oog van praktisch alle praktijkhoudende huisartsen. De minister lijkt dat ook in gesprekken met het actiecomité te erkennen. Maar toch handelt ze anders. Om een gelijkwaardige positie te bereiken tussen zorgaanbieder en zorginkoper werkt deze “verfijning” van het MBI naar de MBH juist averechts. We kennen inmiddels de laatste CVZ cijfers en zien dat na 3 kwartalen in 2014 er alweer bijna 160 miljoen meer is uitgegeven dan in 2013. Vanaf 2006 tot 2014 was de kostenstijging gemiddeld 3,8% per jaar, dus het MBI, zal door de minister van VWS zeker weer gehanteerd gaan worden.

Ondanks de zogenaamde extra groei ruimte is alleen al door de autonome groei van de zorgvraag en de inflatie de door de minister veronderstelde groei ruimte, tot min gereduceerd.

En als je dan geen contract hebt zal de macrobeheersheffing je extra hard treffen.

Het bestaan van het MBI, of de in te voeren MBH, waarbij praktijkhouders beboet worden nadat ze bij gestegen zorgvraag van patiënten de gewenste zorg hebben geleverd, is en blijft een onacceptabele reguleringspolitiek van de regering.

Waarom worden de zorginkopers of de zorgconsumenten niet belast vanwege de gebrekkige zorginkoop of ongewenste zorgconsumptie? Of treft de minister zelf blaam door structureel beleid van onderbudgettering voor de huisartsenzorg?

Een metafoor: Het verpleeghuis koopt 1000 krentenbollen in bij de bakker voor 100 patiënten. Nou zijn ze erg goed die krentenbollen, dus er komt extra vraag en het verpleeghuis bestelt er dagelijks 20 extra. De bakker levert, hij heeft immers een contract gesloten met het verpleeghuis om te leveren al naar gelang de vraag. De minister ziet echter de leveringskosten van het aantal gegeten krentenbollen stijgen, dat was niet de bedoeling en dus moet de bakker de kosten van die dagelijkse extra 20 krentenbollen zelf terugbetalen. Niet de zorginkoper, niet de patiënten die de krentenbollen gegeten hebben maar de bakker die het werk leverde en daarvoor de kosten maakte, wordt de rekening gepresenteerd. .

De zorgverzekeraar is degene die door de minister belast is met de zorginkoop. Jaarlijks laten ze zien dat ze te ruim en dus niet goed kunnen begroten. Elk jaar opnieuw wordt het teveel aan binnengekomen verplichte premiegelden toegevoegd aan de miljarden reserves.

Daarnaast krijgen zorgverzekeraars ook via de vereveningsbijdrage compensatie voor “dure” patiënten. Die krijg je als huisarts niet. ‘Dure’ patiënten (vergrijzing, veroudering, intensieve terminale zorg, GGZ-transitie, Wmo beleid etc.) dragen sterk bij aan overschrijding van het huisartsenbudget. De logische vraag is dan waarom de budgetoverschrijding niet wordt teruggehaald bij de te ruim begroten zorginkopers cq de zorgverzekeraars, die bovendien al via het vereveningsfonds gecompenseerd worden in tegenstelling tot de praktijkhouders, die slechts leveren wat aan zorg wordt gevraagd, conform de wet BIG en hun professionele arbeidsethiek. Het zorgvolume dat de praktijkhouder levert is in principe onbeperkt. De zorginkoper heeft ook helemaal geen omzetplafond afgesproken. En toch worden we als praktijkhouders bij overschrijding er wel op afgerekend. Het zou goed zijn als er een structureel landelijk overleg komt, een Raad voor Eerstelijns Zorg, die overeenstemming bereikt over welke zorg tegen welke beschikbare middelen geleverd kan worden.

Zie ook ons visiestuk. http://www.vphuisartsen.nl/wordpress/wp-content/uploads/2010/08/BijlageII_Visiedocument_VPHuisartsen_200810.pdf?9d7b2d

Concluderend:

- een individuele macrobeheersheffing vereist minimaal transparante, maandelijks monitoring van individuele omzetafspraken evenals
- de (juridische) vrijheid voor de zorgaanbieder de zorgconsumptie cq de kosten te beperken middels vermindering van de beschikbaarheid van zorg
- individuele omzetafspraken zullen alleen al door autonome groei en onderbudgettering mogelijk kunnen leiden tot wachtlijsten en zorguitstel
- het macrobeheersinstrument of -heffing dient niet op de zorgaanbieders maar op de zorginkopers of zorgverzekeraars te worden afgewenteld. Zij worden tenslotte financieel gecompenseerd voor meer krentenbolvragende verzekerden/patiënten.

VPuisartsen