



<http://devrijehuisarts.org/>

“Het eindbod van Klink” voor de bekostiging huisartsenzorg 2010

Commentaar van de Vrije Huisarts
31 augustus 2009

INLEIDING

Minister Klink heeft begin juli zijn eindbod gedaan aan de LHV over de bekostiging Huisartsenzorg 2010. Het is als ‘voorlopig akkoord’ door het LHV-bestuur aan de LHV Ledenraad⁽¹⁾ aangeboden die er op 17 september a.s. nog een definitief besluit over zal nemen.

De minister ziet zich genooddaakt om 1 miljard euro te bezuinigen op de totale gezondheidszorgkosten. Op grond van het NZa-Kostenonderzoek is gesteld dat er in 2006 sprake was van zo’n **€ 340 miljoen** “overwinst” bij de huisartsen. In oorsprong zette Klink dit bedrag dan ook in als gewenste bezuiniging op de huisartsenzorg. Hoewel het kostendeel huisartsenzorg 3.7% van het macrozorgbudget bedraagt, is een aandeel in de bezuiniging van 33% van het totale bezuinigingsbedrag een nogal bizarre openingszet van minister Klink.

Het LHV bestuur bestempelde vervolgens in de ledenbrief⁽¹⁾ van 9 juli het feit dat de bezuiniging was teruggebracht tot **€ 60 miljoen**, als een positief onderhandelingsresultaat.

Maar ... wát zijn nu, voor zover te berekenen met de onvolledige informatie op dit moment, de werkelijke of waarschijnlijke financiële gevolgen voor de financiering van de huisartsenpraktijk in 2010? We geven dit aan bij de verschillende in het geding zijnde wijzigingsinitiatieven rond de bekostiging huisartsenzorg:

1. Korting Inschrijftarief
2. Indexatiebeleid
3. Herhaalreceptuur in het Inschrijftarief
4. Financiering Ketenzorg
5. M & I-tarieven
6. POH-financiering
7. ANW-honorering
8. Samenvatting
9. Conclusie

Voor de duidelijkheid is Stichting de Vrije Huisarts in de berekeningen uitgegaan van de normpraktijk: 2350 ingeschrevenen.
16,2 miljoen burgers voor de ZVW in 6894 normpraktijken.

1. Korting inschrijftarief

De korting van **€ 60 miljoen** op het inschrijftarief betekent **min € 8.703** per normpraktijk. Met de suggestie dat, los van de moreel ethische kant, de huisarts met generiek voorschrijven dit verlies zou

kunnen compenseren, is het 100% zeker is dat deze compensatieregeling in elk geval niet geldt voor 2010 en dus een in dat jaar doorgevoerde, feitelijke korting betekent!

Deze regeling tast daarbij de geloofwaardigheid aan van de huisarts wanneer die goedkopere medicijnen gaat voorschrijven om zijn inkomen op peil te houden. Daarnaast is de praktische uitvoering tot mislukken gedoemd daar doorgaans al doelmatig wordt voorgeschreven en het leidt tot een administratieve chaos. Het medicijnbeleid van de minister is niet anders dan een ingreep in het pakket verzekerde basiszorg en dit betreft de relatie tussen verzekeraar en consument. Huisartsen vervullen daar geen rol in. Huisartsen toetsen uitsluitend of hun receptvoorschrift voldoet aan de uitgangspunten van de standaarden. Meer doen huisartsen niet, minder ook niet.

Omzetsdaling (Korting inschrijftarief)	
bij 2500 verzekerden	€ 9.260,-
bij 2750 verzekerden	€ 10.185,-
bij 3000 verzekerden	€ 11.110,-

2. Indexatiebeleid

Het niet indexeren van de tarieven kostte de huisartsen in 2009 structureel **€ 68 miljoen⁽²⁾**.

De kostencomponent in de tariefstelling, wordt voor 2010 geïndexeerd. Die van de loonkosten echter niet. Daar wordt de nullijn (het uitblijven van inflatiecorrectie) voor het vijfde jaar achtereen voortgezet.

Grofweg worden de tarieven dus voor de helft wél, voor de andere helft niet geïndexeerd. Het betekent een korting van **€ 34 miljoen** op de loonkostencomponent: **min € 4.932** per normpraktijk.

Omzetsdaling (Indexatiebeleid)	
bij 2500 verzekerden	€ 5.250,-
bij 2750 verzekerden	€ 5.770,-
bij 3000 verzekerden	€ 6.300,-

3. Herhaalreceptuur in het inschrijftarief

Om welke macro-bedragen gaat het feitelijk bij herhaalreceptuur? Voor 2008 stelde CVZ⁽³⁾ de volgende bedragen vast:

Herhaalreceptuur	
huisartsenpraktijk	€ 171.192.000
POH	€ 166.892
Huisartsenposten	€ 1.208.000
Totaal	€ 172.566.892

Bij aanname dat er de komende jaren een stijging van het receptvolume optreedt die samenhangt met de prevalentiestijging van de chronische aandoeningen als gevolg van met name de vergrijzing, dan zal dit tevens leiden tot een toename van de (werklast en) kosten voor de huisarts. Dit is verwerkt in onderstaande berekening.

Herhaalrecepten (jaarlijkse volumestijging 5% en kostenstijging 3%)		
2008		
Macrobudget herhaalrecepten		€ 172.566.892
Indexering 2009		
Volumestijging 5% x € 172.566.892	€ 8.628.345	
Kostenstijging 3% x € 172.566.892	€ 6.435.857	
Geïndexeerd macrobudget herhaalrecepten 2009		€ 187.631.094
Indexering 2010		
Volumestijging 5% x € 187.631.094	€ 9.381.555	
Kostenstijging 3% x € 187.631.094	€ 5.910.379	
Geïndexeerd macrobudget herhaalrecepten 2010		€ 202.923.028

Per normpraktijk betekent dit dat er in 2010 **€ 29.435** aan het inschrijftarief moet worden toegevoegd om budgetneutraliteit te handhaven: **€ 12,53** per verzekerde per jaar.

Wordt het inschrijftarief met minder verhoogd, bij het niet of onvoldoende toepassen van volume- en/of kostenindexatie, dan wordt er door de huisarts verlies geleden.

Wordt bijvoorbeeld het gestegen receptvolume in 2010 niet geïndexeerd dan is het verlies ruim **€ 18 miljoen**. Wanneer, zoals vermeld, het kostenniveau van 2008 maatgevend is⁽¹⁾, dan wordt het verlies macro ruim **€ 12,3 miljoen**.

In totaal kan het verlies in 2010 door “bevrozing van volume en kosten” op het niveau van 2008 dus oplopen tot macro ruim **€ 30.3 miljoen**. Dat is **min € 4.395** per normpraktijk.

Omzetzaling (herhaalreceptuur)	
bij 2500 verzekerden	€ 4.675,-
bij 2750 verzekerden	€ 5.145,-
bij 3000 verzekerden	€ 5.610,-

4. Financiering Ketenzorg

Er zou voor 2010 door minister Klink uit het budget van de 2e lijn **€ 200 miljoen** beschikbaar worden gesteld voor de invoering van vier keten-DBC's: Diabetes mellitus, COPD, CVR en Hartfalen⁽¹⁾. De jaren daarna zal dit budget nog toenemen.

Dit macrobedrag betreft niet uitsluitend de honorering van de huisarts maar is bedoeld voor de betaling van zowel de 'hoofdaannemer' als alle 'onderaannemers' die hun bijdragen leveren in een bepaald DBC programma! Welk deel tot de overheadkosten gerekend moet worden (w.o. het management), is nog niet bekend.

De hieronder gepresenteerde prevalentiecijfers van deze chronische zorgvormen (per normpraktijk), zijn ontleend aan de cijfers van Schellevis⁽⁴⁾ en van VWS⁽⁵⁾:

Op de verschillen in deze cijfers gaan we hier niet in. We nemen voor de berekening in de keten-DBC Diabetes het gemiddelde prevalentiecijfer aan van 100 diabeten per normpraktijk.

Aantal patiënten per normpraktijk, per chronische zorgvorm				
volgens	Diabetes Mellitus	Hartfalen	COPD	CVR
Schellevis(4)	88	17	34	141
VWS(5)	116	27	68	580

In de zogenaamde 'Voorhangbrief' van VWS over functionele bekostiging wordt in een bijlage "het aantal potentiële patiënten voor genoemde ketens" vermeld voor de totale bevolking: (5)	
Diabetes Mellitus	800.000
Hartfalen	185.000
COPD	470.000
CVR (inclusief DM / hartfalengroep)	4.000.000

De **diabeteszorg** in Nederland kost volgens het RIVM **€ 814 miljoen**⁽⁶⁾ (48% medicatie & hulpmiddelen; 24% ziekenhuiszorg en 11.6% aan ouderenzorg). Wat hierbij de kosten voor het werk van de huisartsen zijn, wordt niet expliciet vermeld.

De totale kosten voor de verzekeraar voor de diabeteszorg liggen op **€ 340,-** per patiënt per jaar⁽⁷⁾, waarin ook de kosten voor fundoscopie, laboratorium en allerlei overhead (reguliere overhead verzekeraar, ingeschakelde consultants, benchmarkbesprekingen en dergelijke) zitten. De huisarts krijgt voor de begeleiding van een diabetespatiënt door de Zorggroep ongeveer **€ 215,-** per patiënt per jaar uitbetaald.

Vooralsnog zitten de kosten voor medicijnen en hulpmiddelen niet in de huidige DBC-programma's. Minister Klink wil die in de toekomst echter ook onderbrengen in het DBC-tarief⁽⁸⁾. De hoofdaannemer van een DBC zal straks moeten onderhandelen met alle onderaannemers: diëtiste, fysio- en podotherapeut, internist etc.

Hierbij worden dus de lasten (arbeidsuren, kosten) en daarmee financiële risico's verschoven van de zorgverzekeraar naar de hoofdaannemer.

Als de begeleiding van diabetes via de zorggroep gaat, dan zijn de macrokosten: **€ 340** (tarief) x 100 (aannee aantal diabetes) x 6894 (normpraktijk): ruim **€ 234 miljoen**. Het zal zeker een tour de force worden om de standaardzorg voor 80-90% van het totale aantal diabetes (dit is een inschatting van insiders) via de zorggroep c.q. de keten-DBC te laten lopen.

De volgende keten-DBC is **COPD**, maar deze zit in 2010 nog (vast) in het A-segment [=ziekenhuisbudget]. Comité WAKE UP!! heeft berekend dat de huisarts exclusief de ANW-diensten, gemiddeld 56 uur per week werkt⁽⁹⁾. Het is dan ook de vraag in hoeverre huisartsen zich in 2010 qua tijd en logistiek (en motivatie), extra kunnen en willen inzetten voor de implementatie van meer ketenzorg.

Los van het feit of huisartsen er toe bereid zijn, en de praktische mogelijkheden zien voor het opzetten en uitbreiden van ketenzorg DBC's, bestaat er, naast het budget voor keten-DBC Diabetes [**€ 234 miljoen**], zo blijkt, nauwelijks of geen macrobudget voor de ontwikkeling van de overige drie keten-DBC's.

Immers, de macrokosten voor de zorgverzekeraar voor bijvoorbeeld de ketenzorg COPD worden geschat op: **€ 340,-** x 50 x 6894. Dat is nog eens ruim **€ 117 miljoen**.

Hoe dit bedrag (minus de eigen overheadkosten van de verzekeraar) dan vervolgens wordt verdeeld over de hoofdaannemer en de onderaannemers is vooralsnog niet bekend. Wat zijn de bedragen voor fysiotherapie, spirometrie, de module "stoppen met roken", de longartsconsulent etc? Wat wordt er betaald aan de huisarts?

Voor 2010 is het beschikbaar gestelde budget van **€ 250 miljoen** voor de financiering van de ketenzorg van alle vier chronische aandoeningen⁽¹⁰⁾. Bedoeld voor de betaling van alle ketenpartners. Dus niet

alleen de huisarts!

Bij het verzamelen van gegevens over de financieringsaspecten rond de invoering van ketenzorg, hebben wij gebruik gemaakt van data afkomstig van VWS, NZa, e.a. Wij hebben echter niet kunnen putten uit geschikte berekeningen afkomstig van onze beroepsorganisaties LHV en NHG.

Conclusie Financiering Ketenzorg:

De kosten voor de keten-DBC Diabetes bedragen macro **€ 234 miljoen**. Voor de gehele ketenzorg is door de minister in 2010 slechts **€ 250 miljoen** begroot **(10)**. Met de resterende **€ 17 miljoen** dient dus de implementatie van de overige drie keten-DBC's gefinancierd te worden. Hoewel de eerste activiteiten in de overige keten-DBC's al beschreven zijn **(11)**, is het niet aannemelijk dat er in 2010 een forse stijging zal/kan optreden in de(omzet van) ketenzorg op basis van daarin actief participerende huisartsen. Enerzijds is het twijfelachtig of huisartsen gemotiveerd en in staat zijn meer extra werk te leveren, met als ervaring de huidige bezuinigingen op geleverd meerwerk in het verleden. Anderzijds ontbreekt met slechts **€ 250 miljoen** in de VWS begroting voor ketenzorg dus ook het noodzakelijke macrobudget voor uitbereiding van de keten-DBC's,

Verder zijn de risico's voor het hoofdaannemerschap door huisartsen niet transparant. Nog los van de vraag wat het effect van functionele bekostiging zal zijn op de kwaliteit van de (huisartsen)zorg **(12)**. Minister Klink heeft aangekondigd dat de invoering van de ketenzorg macro-economisch "budgettair neutraal" zal worden gerealiseerd **(13)**. Hij heeft bij de beroepsgroep de indruk gewekt dat er met de ontwikkeling van ketenzorg **€ 200 miljoen** uit de tweede lijn wordt overgeheveld naar de eerste lijn **(14)**. Nadere bestudering van de brieven van Klink geeft echter een heel andere onderbouwing: de keten-DBC-middelen worden deels óók betaald uit "herijking" van de huisartsenbekostiging, met name van de relevante M&I-modules (zie item 5 hieronder), de voor de betreffende ketens werkzame POH-S en de graduele afbouw van de GEZ-module **(15)**.

Opmerkelijk is dat hij op de huisartsenzorg een zelfde bedrag bezuinigt als hij heeft begroot voor de ketenzorg. (zie item 8, samenvatting.)

5. M & I-tarieven

Het voorstel **(16)** van Minister Klink over de M & I regeling, bestaat uit:

- o Deel van de Vektis **13-codes** blijft behouden (betaling per verrichting)
- o Deel van de Vektis **13-codes** wordt omgezet naar **14xxx codes**
- o Bestaande **14-codes** kunnen blijven (betaling op inschrijftarief per verzekerde/ per kwartaal)

VWS stelt dat de zorgactiviteiten die behoren bij vervallen **13-codes**, gecontracteerd kunnen worden, indien gewenst, via de huidige **14-codes** van de M&I module en dan bekostigd als bedrag per verzekerde, toegevoegd aan het inschrijftarief.

Welke 13-codes c.q. M & I verrichtingen zullen als apart te declareren verrichting in 2010 zeker vervallen? En over welk budgetvolume hebben we het dan?	
M & I verrichting	kosten o.b.v Vektiscijfers 2007(17)
Ambulante bloeddrukmeting	€ 2.8 miljoen
Spleetlamp	€ 1.0 miljoen
Doppler	€ 0.9 miljoen
MMSE	€ 0.9 miljoen
ECG	€ 6.5 miljoen
Audiometrie	€ 1.0 miljoen
Catheterisatie/-vervangen	€ 1.0 miljoen
Teledermatologie	€ 0.5 miljoen
Otitis externa	€ 0.5 miljoen
Totaal	€ 16.8 miljoen

Door deze verrichtingen onder te brengen in de **14-codes** zou het in perifere onderhandelingen in het najaar van 2009 mogelijk moeten zijn om voor 2010 genoemde M & I verrichtingen te blijven uitvoeren, tegen een tarief per verzekerde dat is toegevoegd aan het inschrijftarief. Er bestaat geen zekerheid over of en in welke mate dit ook mogelijk zal zijn en of dit tot aanvaardbare tarieven zal leiden.

In de Zorgthermometer Vektis ("lente 2009")⁽¹⁸⁾ wordt melding gemaakt van het feit dat de **13-codes** met respectievelijk 18,9% (2007) en 15,1% (2008) zijn gestegen. Weliswaar stijgen de **14-codes** ook, maar zegt Vektis:

"Er zitten veel meer kosten in de verrichtingen (gemiddeld over 3 jaar 117 miljoen euro) [=13-codes DVH] dan in de projecten [14-codesDVH] (gemiddeld over 3 jaar 9 miljoen euro [=14-codes DVH])".

Conclusie M & I-tarieven

Het omzetten van M & I-verrichtingen [**13-codes**] naar M & I-projecten [**14-codes**] heeft als doel bezuiniging, waarbij de verzekeraar inkoop met eigen eisen en de verzekeraar niet wordt "verrast" aan het eind van het jaar met volumeprykkels c.q. volumestijging, en dus met extra uitgaven!! De Zorgthermometer meldt elders⁽¹⁹⁾ ook nog dat de kosten van de **13-codes** in 2008 gemiddeld niet met 15,1 % maar zelfs met 17% zijn gestegen. Dit betekent dat de inkoop van deze zorg door verzekeraars nog selectiever zal zijn.

Dus het **13-code** budget dat wordt opgeheven bestaat in 2008 uit: **€ 16.8 miljoen** (2007) + 17% volumegroei 2008: **€ 19.656.000**. Over 2009 zijn nog geen cijfers beschikbaar.

Als de volumestijging van de **14-codes** regulier al marginaal is, dan zal het de huisartsen waarschijnlijk veel moeite kosten de voor 2010 vervallen **13-codes**, om te zetten in M & I projecten c.q. 14-codes met een aanvaardbare honorering.

Bij het wegvallen van volumeprykkels ('loon naar werken') is het de vraag of niet het kind met het badwater wordt weggegooid door een negatief effect op de ingezette substitutie, zowel in kwalitatieve als in financieel-economische zin.

Vooralsnog lijkt het Stichting de Vrije Huisarts een realistische aanname dat het opheffen van een deel van de M & I verrichtingen [**13-codes**] minimaal tot een omzetverlies van 75% zal leiden. 75% van het budget van 19.6 miljoen [2008] betekent een verlies van: $75\% \times \text{€ } 19.6 \text{ miljoen} = 6894 = \text{€ } 2.138$ per normpraktijk.

De effecten op het macrobudget gezondheidszorg, van verplaatsing c.q. omgekeerde substitutie van bepaalde M & I verrichtingen naar de tweedelij, zijn door ons niet onderzocht.

Omzetsdaling (M & I-tarieven)	
2500 verzekerden	€ 2.275
2750 verzekerden	€ 2.500
3000 verzekerden	€ 2.730

6. POH-financiering

Wat zegt Klink in zijn voorstel over de POH-financiering voor 2010⁽²⁰⁾

"De POH module en consulten vervallen. 75% van deze middelen verschuift naar de keten DBC's, de overige middelen zijn beschikbaar via het gedifferentieerde inschrijftarief (de 14-codes)"

Dit zal zeker gaan gelden wanneer de huidige DM/COPD zorg van de huisarts nu al via de keten-DBC's loopt. Wel komt er een overgangperiode van twee jaar voor huisartsen die hun zorg (nog) niet binnen een Ketenzorgorganisatie aanbieden.

CVZ (POH-S modulekosten) +Vektis (POH-S consultkosten): 2006 t/m 2008					
NB:Vektis:11200:module:€ 1.60 per kwartaal p.p. Vektis:12100: consult: € 9,-					
functie	kosten 2006	kosten 2007	kosten 2008	Stijging 2007-2006	Stijging 2008-2007
POH-S module CVZ(21)	€ 81.542.000	€ 69.898.000	€ 76.075.000		
POH-S consulten Vektis(22)	€ 29.925.000	€ 35.962.000	€ 39.738.000	20,2%	10,5%
Totale POH-S kosten	€ 111.467.000	€ 105.860.000	€ 115.813.000		

De macrokosten POH-S zijn dus stijgende en bedragen voor 2008: **€ 115.813.000**.

Conform de uitspraak van Klink betekent dit dat slechts 25% van de POH-financiering beschikbaar blijft voor de POH-S inzet voor de basiszorg. Dit is **€ 28.953.250**.

75% vervalt en wordt overgeheveld voor de POH-S inzet in ketenzorg: **€ 86.859.750**.

Hoe de financiering van de POH-S medewerker wordt wanneer deze in de eigen praktijk is of wordt ingezet voor niet-ketenzorg, bijvoorbeeld voor ouderenzorg, is onduidelijk. Het gevaar is, letterlijk op de woorden van Klink afgaand, dat er voor de POH-S medewerkers een bezuiniging zal worden gerealiseerd van potentieel min **€ 12.600** per normpraktijk.

Wanneer de POH-S "productie" na 2010 echter zou komen te vallen onder het reguliere consulttarief (Vektis 12.000 codes), dan hangt er mogelijk weer een "korting ivm overschrijding" in het verschiet. Of wordt er alsnog contractueel in een akkoord tussen VWS en LHV over de financiering in 2010 de garantie (juridisch) vastgelegd, dat macrokortingen over geleverd meerwerk zijn uitgesloten en deze dus niet verhaald kunnen worden in 2011?

Omzetsdaling (POH-financiering)	
2500 verzekerden	€ 13.405
2750 verzekerden	€ 14.745
3000 verzekerden	€ 16.085

7. ANW-honorering

In het eindbod van minister Klink komt het uurtarief voor de ANW zorg op **€ 65,-**

In theorie levert dit de huisarts in de normpraktijk een honorariumverhoging op van 250 uur x (€ 65 - € 50,20) = **plus € 3.700,-**.

In de perifere najaarsonderhandelingen tussen huisartsen en zorgverzekeraars, zou de mogelijkheid bestaan om over een vrij onderhandelbaar deel van maximaal **€ 15,-** te onderhandelen, waarmee de ANW honorering tot **€ 80,-** kan worden opgekrikt.

Zekerheid over het benodigde budget (nieuw geld en geen SUED!) is er nog niet.

Uitgaande van een directe relatie praktijkgrootte en het aantal diensturen:

Omzetsstijging (ANW-honorering)	
2500 verzekerden	€ 3.935
2750 verzekerden	€ 4.330
3000 verzekerden	€ 4.725

8. Samenvatting

Stand van zaken na eindbod Klink [effecten op omzet per normpraktijk]		
onderdeel	Plus 2010 t.o.v. 2009	Min 2010 t.o.v. 2009
Korting inschrijftarief € 60 miljoen		min € 8.703
Niet indexeren		min € 4.932
Herhaalreceptuur in het inschrijftarief		min € 4.395
Financiering Ketenzorg	budgetneutraal	budgetneutraal
M & I-tarieven		min € 2.138
POH-S financiering		min €12.599
ANW-honorering	plus € 3.700	
Subtotalen plus en min	plus € 3.700	min € 32.767
Totaal 2010		min € 29.067

Een (potentieel) omzetverlies van **€ 29.068** per normpraktijk betekent macro een verlies van **€ 200.394.792**. Dus ruim **€ 200 miljoen** bezuiniging.

Minister Klink heeft de indruk gewekt **€ 200 miljoen** vrij te willen maken uit de tweedelijnd om te “investeren” in de vier ketenzorgprojecten⁽¹⁾. Eenzelfde bedrag bezuinigt hij echter op huisartsenzorg waar hij de euro’s eerst weghaalt en dan (gedeeltelijk) weer teruggeeft via de hoofdaannemers van de ketenzorg, voor nieuw te leveren zorgaanbod.

SUED financiering heet dat, een “sigaar uit eigen doos”, een welhaast structurele financieringswijze op Klinks departement.

Het omzetverlies per normpraktijk kán dus fors zijn	
Dit verlies neemt toe als:	Dit verlies wordt minder als:
de onderhandelaars van de Kringen er niet in slagen een substantieel deel van de huidige M&I 13-codes om te zetten naar nieuwe 14-codes	het herhaalreceptbudget wel met volume en/of kostenindexering 2008 en 2009, op basis van het volume van 2008, wordt overgeheveld naar het inschrijftarief
	(nieuwe) ketenzorgprojecten gestart worden, waarmee echter ook de werklust toeneemt
	de omzet van de blijvende M&I 13-codes verhoogt, waarmee echter ook de werklust toeneemt.
	perifeer de Kringonderhandelaars er in slagen het ANW uurtarief te verhogen, boven de € 65,-
	de POH financiering voor de basiszorg (volledig) behouden blijft, bijvoorbeeld wordt ingezet voor ouderenzorg

Potentieel omzetverlies 2010 naar praktijkomvang volgens Stichting de Vrije Huisarts	
2350 verzekerden	€ 29.067
2500 verzekerden	€ 30.930
2750 verzekerden	€ 34.015
3000 verzekerden	€ 37.110

9. Conclusie van Stichting de Vrije Huisarts

Juist voor de zomervakantie heeft Stichting de Vrije Huisarts haar standpunt bepaald⁽²³⁾ met betrekking tot het voorlopig akkoord tussen VWS en de LHV .

In dit standpunt is gesteld dat een financiële budgettering niet moet leiden tot harder werken, maar tot zorgbudgettering⁽²⁴⁾.

Omzetverliezen van deze grootte zijn voor Stichting de Vrije Huisarts onacceptabel.

BRONNEN:

1. LHV, Stand van zaken onderhandelingen 2010, brief voorzitter aan de leden, Utrecht, 9 juli 2009
2. Min VWS, Voorhangbrief keten-DBC's en huisartsenbekostiging, CZ/EKZ/2934968, 10 september 2008
3. CVZ website, zorgcijfersdata, (ANW, POH-S,dagzorg praktijk), 8 juni 2009
4. Christel Van Dijk, Mieke Rijken, Dinny De Bakker, Robert Verheij, Peter Groenewegen, François Schellevis Anders is niet per se beter: kanttekeningen bij functionele bekostiging; Nivel in Medisch Contact: 2009, 64(22), 973- 976
5. Min VWS, begeleidende brief bij de voorhangbrief, betreft introductie functionele bekostiging chronische aandoeningen per 1 januari 2010, kenmerk CZ/EKZ/2943775, 130709, pg 4 van 5, 2e alinea
6. RIVM, Diabetes mellitus, Omvang van het probleem, Welke zorg gebruiken patiënten en wat zijn de kosten?
7. Zorggroep Ketenzorg, DBC-prijs DM-zorg, voorbeeld 2008/2009 (regio bekend, preferente verzekeraar)
8. Min VWS, voorhangbrief keten-DBC's en huisartsbekostiging, CZ/EKZ/2934968, 13 juli 2009, pg.5 van 16, item 2
9. Medisch Contact, Nieuwsreflex, Comite:'Huisartsen werken langer dan gedacht', 13 aug 2009, 64, nr 33-34, pg 1368
10. Min VWS, begeleidende brief bij de voorhangbrief, betreft introductie functionele bekostiging chronische aandoeningen per 1 januari 2010, kenmerk CZ.EKZ/2943775, 13 juli 2009, pg 4 van 5, 3e alinea
11. LVG, de Wildt JE en Leusink, dr G, Nulmeting Zorggroepen, een beschrijvend onderzoek van de karakteristieken, Utrecht, oktober 2008 pg 22 en 23
12. Huisarts & Wetenschap, NHG-nieuws, Functioneel? Column Arno Timmermans, nhg-37, 52(8) juli 2009
13. Min VWS, de patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging, brief aan TK, kenmerk CZ/EKZ/2898021, 22 december 2008, pg 2 van 15, 1e alinea
14. LHV, brief voorzitter aan leden, stand van zaken onderhandelingen 2010, 9 juli 2009, pg 2 item 2
15. Min VWS, begeleidende brief bij de voorhangbrief, betreft introductie functionele bekostiging chronische aandoeningen per 1 januari 2010, kenmerk CZ.EKZ/2943775, 13 juli 2009, pg 4 van 5, 4e alinea
16. Min VWS, voorhangbrief keten-DBC's en huisartsbekostiging, CZ/EKZ/2934968, 13 juli 2009, pg 10,11,12
17. Vektis, Monitoring Vogelaarakkoord, eindrapportage 2007, 28 februari 2008, pg 13/14
18. Vektis, Huisartsenzorg:een eerste onderzoek, zorgthermometer, lente 2009, 4 juni 2009,pg 15 en 16
19. Vektis, voornuitblik 2009, Zorgthermometer, najaar 2008, Ontwikkeling huisartsenkosten 2006-2009, pg 16
20. Min VWS, voorhangbrief keten-DBC's en huisartsbekostiging, CZ/EKZ/2934968, 13 juli 2009, pg 10 van 16, 5e alinea
21. CVZ website, zorgcijfersdata, onderdeel bijzondere betalingen
22. Vektis, Huisartsenzorg:een eerste onderzoek, zorgthermometer, lente 2009, 4 juni 2009, pg 10 tabel 3
23. De Vrije Huisarts, LHV biedt geen garanties voor toekomstbestendigheid huisartsenzorg, Analyse van het "Voorlopig akkoord VWS", 17 juli 2009
24. Anton Maes, De Vrije Huisarts, Huisarts niet voor meerwerk korten, Ingezonden brief aan het Financieel Dagblad, 27 juli 2009

Koppelingen naar de bronnen vindt u zoals gebruikelijk op de webversie van deze analyse:

<http://devrijehuisarts.org/asp/bekostiging2010-310809.asp>

Bent u dit jaar al donateur van De Vrije Huisarts? Wij hebben uw steun nodig.

<http://devrijehuisarts.org/asp/donatie.asp>