

OPEN BRIEF AAN DE LHV

De afgelopen weken is duidelijk geworden dat de systematiek van de financiering POH-S (PraktijkOndersteuning in de Huisartsenpraktijk – Somatiek) gaat veranderen per 1 januari 2011. Afgelopen week bezocht ik een bijeenkomst waarbij de heer E. Vermaas van de LHV de nieuwe regeling verduidelijkte, maar waarbij opviel dat zelfs op het moment van schrijven, 4 weken voordat de regeling ingaat, nog onduidelijk is hoe zorgverzekeraars dit in de praktijk gaan invoeren. In dit artikel wil ik duidelijk maken dat de nieuwe regeling geen problemen oplost, wel nieuwe problemen veroorzaakt en dat mijns inziens de LHV toekijkt hoe dit gebeurt en hier niet adequaat op reageert.

De huidige regeling

De POH-S is sinds circa 10 jaar in de huisartsenpraktijk aanwezig en is inmiddels niet meer weg te denken. De praktijkondersteuner vervult vooral een rol in de zorg voor chronische ziekten, preventie van hart- en vaatziekten en in de ouderenzorg. De kwaliteit van de zorg is hierdoor verbeterd en de huisarts heeft meer tijd voor andere zorg. Ook is de POH-S een belangrijke factor in de zo succesvolle versterking van de eerstelijnszorg en substitutie van de tweede naar de eerste lijn van de afgelopen jaren.

De financiering van deze zorg vindt plaats via een toeslag op het abonnementstarief (maximaal € 1,58 per patiënt per kwartaal) en via declaratie van verrichtingen (bijv. €9,- voor een consult) en via enkele speciale tarieven, de zogenaamde M&I tarieven (bijv. voor een longfunctie-onderzoek). Dit systeem functioneert tot op heden prima. De tarieven zijn ooit zo uitgerekend dat de kosten van de POH-S (loonkosten, huisvestingskosten en managementkosten van de huisarts) hierdoor gedekt zouden zijn. Indien de POH-S efficiënt werkt, levert het de huisarts mogelijk ook nog wat extra omzet op, hetgeen de substitutie stimuleert. Mijns inziens een gewenste situatie omdat het beleid in Nederland gericht is op versterking van de eerstelijnszorg, hetgeen bijdraagt aan een betaalbare zorg.

De nieuwe regeling

De nieuwe regeling houdt in dat er per patiënt een moduletarium in rekening mag worden gebracht (naar verwachting € 2,40 per kwartaal) en dat er geen verrichtingen (incl. M&I verrichtingen) gedeclareerd mogen worden door de praktijkondersteuner. De huisarts ontvangt aldus een vast bedrag per fte POH-S per jaar. Het zal geen verbazing wekken dat dit moduletarium overeenkomt met de bovengenoemde ooit uitgerekende kosten (overigens ook per 1-1-2011 niet geïndexeerd). Overigens is voor alle partijen, incl. de LHV duidelijk dat de €2,40 bij lange na onvoldoende is om de werkelijke kosten van de POH-S te dekken. Een reëel bedrag zou waarschijnlijk om en nabij de € 3,10 liggen. Zo zijn bijv. de loonkosten gebaseerd op bijna de laagste salarisperiodiek van de POH-S. Zelfs het salaris van de doktersassistente wordt inmiddels in de kostenvergoeding hoger gewaardeerd. De LHV weet dit, vertelt het en laat het vervolgens gebeuren. Het voordeel van de nieuwe regeling zou zijn dat het hierdoor mogelijk wordt meer fte POH-S per huisarts in te zetten. Echter, indien een POH-S meer kost dan dat zij oplevert is dit een wassen neus.

Waarom een nieuwe regeling?

De nieuwe regeling komt nog uit de koker van minister Klink. Er worden door de zorgverzekeraars twee argumenten genoemd.

Ten eerste dat de hierboven al genoemde uitbreiding van fte's mogelijk wordt. Er is echter geen enkele goede reden te bedenken waarom niet gewoon het plafond van het abonnementstarief binnen de huidige regeling zou kunnen verdwijnen.

Ten tweede dat hiermee dubbele financiering kan worden voorkomen. Dit heeft te maken met de opmars van de ketenzorg. Ook via de ketenzorg stromen er gelden naar de huisarts en komt er dus geld binnen voor werkzaamheden van de POH-S. Het is voor alle partijen duidelijk dat dubbelfinanciering niet wenselijk is. Dit betekent dat bij deelname aan ketenzorg er een korting

geheven gaat worden op het moduletariaf. Ook hier hebben we het nieuwe systeem niet voor nodig. Sterker nog, de korting op het abonnementstarief vindt door veel zorgverzekeraars nu ook al plaats en consulten mogen zowel door POH-S als huisarts niet in rekening worden gebracht indien deze onder de ketenzorg vallen. Dit functioneert goed.

Wat zou dan wel een reden kunnen zijn voor invoering van dit nieuwe systeem? In mijn ogen is er maar één 'goede' reden, namelijk dat de zorgverzekeraars hiermee het risico van oplopende kosten wegnemen. De kosten worden (onvoldoende) vergoed, maar ook niet meer dan dat.

De LHV denkt en zegt dat het een voorbode is van het helemaal verdwijnen van de verrichtingen in de huisartsenpraktijk (en laat dit hopelijk *niet* gebeuren).

Dit moet het ultieme doel zijn van een (schade)verzekeraar: vergoeden van de schade en niet meer dan dat.

De gevolgen van de nieuwe regeling

Huisartsen krijgen met de nieuwe regeling te weinig vergoed voor de inzet van de POH-S.

Substitutie wordt niet meer beloond. Dit zal ertoe leiden dat de animo voor uitbreiding van de POH-S vermindert. De versterking van de eerstelijnszorg zal stagneren en misschien zelfs omkeren. Dit zal nog meer gaan spelen als de zorgverzekeraars op deze weg doorgaan en ook ketenzorgtarieven onder druk komen te staan of als de verrichtingen helemaal uit de huisartsenzorg zullen verdwijnen, zoals de LHV vreest. Dit is funest voor de zorg in Nederland. Vriend en vijand zijn het er over eens dat de eerstelijnszorg in Nederland goud waard is, maar de zorgverzekeraars zijn bezig om het kind met het badwater weg te gooien.

Inmiddels laat de LHV weten dat ZN geen goede gesprekspartner meer is, omdat de zorgverzekeraars hun eigen weg blijken te kiezen. Huisartsenkringen mogen niet meer onderhandelen namens groepen huisartsen. Individuele huisartsenpraktijken moeten met de zorgverzekeraars om de tafel, hetgeen in de praktijk betekent dat het tarief door de zorgverzekeraar wordt opgelegd ("slikken of stikken").

Het is onbegrijpelijk dat de LHV dit laat gebeuren en zich verschuilt achter Nma-regels. Huisartsen hebben recht op een correcte vergoeding voor de POH-S. Ondernemerschap zou gestimuleerd moeten worden, zeker door dit kabinet.

Als er nu niet op de rem getrapt wordt dan wordt het moeilijk om deze ontwikkeling te keren. Het is 5 voor 12.

Bernard Bruinsma,
huisarts te Reeuwijk