



De huisarts, van (klein)kruidenier naar supermarkt in de zorg

In het werkgebied van zorgverzekeraar DSW is begin 2015 een experiment met populatiebeposting van start gegaan. René van Leeuwen is huisarts in Pijnacker en DSW is zijn regionale zorgverzekeraar. Hij beschrijft zijn ervaringen met dit experiment.

RENÉ VAN LEEUWEN
RENE.VAN.LEEUWEN@PLANET.NL

Historisch gezien kun je de invoering van de populatiebeposting als een tweede revolutie in de huisartsenzorgfinanciering kenschetsen. In 2006 kwam de toenmalige minister Hoogervorst met de eerste omwenteling, die nogal wat voeten in de aarde heeft gehad. De grootste problemen ontstonden door de (on)mogelijkheden in de COV (Controle op verzekeringsrecht) omdat de wet BSN in de Zorg nog niet helemaal op orde was. Nu die problemen eindelijk zijn opgelost, moet het systeem weer op de schop. Dat heeft enorme gevolgen voor de administratie van een groot aantal huisartsen, al was het maar omdat de veranderingen zich in een ongekend overrompelend tempo voltrekken. De meeste zorgverzekeraars kwamen in dit kader namelijk

al in 2014 met grootscheepse aanpassingen in het contract. Hiervoor kregen zij van het centrale orgaan, de NZa, alle ruimte. Wat door sommige zorgverzekeraars werd aangekondigd als een pilot, bleek de enige keuze voor huisartsen te zijn. En wat door de minister van VWS een tijdpad kreeg van twee tot drie jaar, moest in drie tot vier maanden worden gerealiseerd.

Gevolgen voor de huisarts

In de nieuwe opzet verdwijnt het verrichtingentarief per handeling en daarvoor in de plaats komt er een tarief voor een zorgproduct per patiënt. Veel collega's zagen dat als een herintrede van het 'oude' abonnementstarief. Toch is dat niet zo. Het toenmalige abonnementstarief werd berekend door de ziekenfondspartij

en werd grofweg gecontroleerd op aantal patiënten. Nu moet het zorgproduct door de zorgverlener worden gedeclareerd, op basis van zijn eigen administratie. Het tarief is ook niet gebaseerd op een bedrag per jaar per patiënt, maar op een bedrag per kwartaal per patiënt. Het tarief is ook niet zoals toen uniform opgebouwd, maar bestaat uit subtarieven. De basis is wel landelijk, namelijk het inschrijftarief bepaald door NZa, maar de opslag kan per zorgverzekeraar verschillen. Naast deze opslag kan er per zorgverzekeraar een contractuele individuele beposting per patiëntbehandeling worden afgesproken voor extra zorgproducten, die voortkomen uit verplaatste tweedelijnszorg. Kortom, we kijken niet langer naar de patiënt maar naar het zorgproduct.

Technische problemen

Wilde deze declaratiewijze een kans van slagen hebben, dan moesten de softwareleveranciers snel aan de slag. Binnen drie tot vier maanden hebben de meeste softwareleveranciers aanpassingen doorgevoerd, om per 1 januari 2015 in ieder geval de eerste stap te kunnen ondersteunen. De leveranciers hebben samen de



diverse contracten en financieringsstructuren geanalyseerd. Al gauw werd duidelijk dat de nieuwe administratiemaatregelen per zorgverzekeraar een aparte invulling moesten krijgen. Daarbij zouden veel prijsafspraken met de preferente zorgverzekeraar, die zijn opgenomen in het contract voor 2015, met hun toezegging gaan gelden voor alle verre zorgverzekeraars.

Nieuwe situatie bij DSW

Het inschrijftarief gaf voor de HISsen geen enkel probleem. Centraal konden de nieuwe tarieven van de NZa worden aangepast en de patiëntselectie op inschrijftarief werkte nog zoals altijd. Het vastgestelde opslagtariaf gaf echter wel een probleem. Voor dat tarief gelden namelijk dezelfde voorwaarden als voor het inschrijftarief. Dit tarief moet per kwartaal worden gedeclareerd en worden voorzien van een nieuwe, uniforme Vektis-code. Er moest daarbij voor dit moment worden gekozen voor maar één opslagcode, omdat het niet lukte om op korte termijn een aparte code per leeftijd en achterstandswijk te realiseren. Dit heeft consequenties als er geen rekening wordt gehouden met de leeftijdsverdeling van de populatie in de huisartsenpraktijk. Een praktijk met relatief veel oudere patiënten zal immers een ander zorgproduct met zich meebrengen. En een ander zorgproduct vereist een andere prijs. Dit betekent dat de prijsstelling voor het opslagtariaf elk

kwartaal opnieuw moet worden berekend. Voor de declaratie van het volgende kwartaal moeten dan de cijfers van het laatste kwartaal op aantal naar Vektis-code worden aangeleverd. Helaas loopt de leeftijdsaanpassing op het tarief door die peildatum wel drie maanden achter. Dit levert verschillen op – weliswaar geen grote, maar toch. Daarnaast blijft een patiënt die na de laatste declaratiedatum is ingeschreven en voor de volgende declaratiedatum is uitgeschreven buiten de declaratieperiode. Het nieuwe opslagtariaf moet in de declaratiemodule worden herkend als een inschrijftariaf. Aangezien het vaak om een 30000-tariaf gaat, vraagt dat om een aanpassing in de software.

Nieuwe situatie bij andere zorgverzekeraars

De individuele bekostiging per patiëntbehandeling maakt de zaak wat ingewikkelder. In sommige contracten staat namelijk dat het voor deze patiëntbehandeling mogelijk is om een dubbel consult mét een toeslag te declareren. Het 'gewone' dubbele consult is echter op € 0,00 gezet. Hoe moet een computersysteem nu vaststellen of het om een gewoon dubbel consult gaat of om een bijzondere verrichting waar het dubbele consult onderdeel van uitmaakt? Voor dat dubbele consult is immers slechts één Vektis-code gedefinieerd.

Gelukkig kun je de vergoedingsregels in de meeste HISsen al per zorg-

verzekeraar ingeven. Daardoor kun je de tariefstelling vanuit een bestaande basisverrichting aanpassen aan de zorgverzekeraar. Vaak kan het systeem ook de vergoedingsregels van de preferente zorgverzekeraar naar de andere zorgverzekeraars kopiëren. Als een HIS niet over deze mogelijkheid beschikt, wordt dat een lastige klus.

Meer dan één preferente zorgverzekeraar

Voor huisartsenpraktijken waarvan de populatie groot genoeg is voor bijvoorbeeld twee preferente zorgverzekeraars en de contracten sterk uiteenlopen moet er een aanpassing komen die administratie van extra zorgproducten mogelijk maakt. M&I-verrichtingen kunnen dan enorm uiteenlopen. Verder ontstaat er een probleem als een declaratie van een patiënt bij de verkeerde zorgverzekeraar is ingediend. Dat moet in de administratie worden gecorrigeerd, wat geen sinecure is.

Samenvattend: als huisartsen moesten we er eerst vooral voor zorgen dat onze praktijkpopulatie patiëntmatig de beste gezondheidzorg kreeg. Nu moeten we ervoor waken dat de praktijk financieel en patiëntmatig gezond blijft. We zijn als het ware van een kleine kruidenier veranderd in een supermarkt. Een kleine kruidenier let meer op de klant, want die is het belangrijkste. Voor een supermarkt staat het product centraal en legt de klant veel minder gewicht in de schaal. Omzet is dan wat geldt. ■