

Een experiment met de regionale bekostiging

In 2018 wordt het nieuwe landelijke model voor de huisartsenbekostiging ingevoerd. In aanloop hiervan doen verschillende zorgverzekeraars vanaf 2015 tot 2017 onderzoek naar de effecten ervan. De Schiedamse DSW Zorgverzekeraar doet sinds 1 januari 2015 een experiment met de regionale bekostiging van de huisartsenzorg in de DSW-regio Delfland, Schieland en Westland.

EUGÈNE VAN DIEPEN
EUGENEVANDIEPEN@ONLINE.NL

In de nieuwe regionale bekostiging worden huisartsen op basis van de kenmerken van hun praktijkvoering en hun patiëntenpopulatie gefinancierd, en niet meer op grond van gemaakte consulten en visites. Het totale zorgaanbod, inclusief preventie en nazorg, wordt in samenhang bekostigd. Een essentieel punt hierbij is dat de zorgaanbieder het budget beheert dat uitgaat van een vast bedrag per verzekerde dat in onderhandeling met de verzekeraar tot stand komt. Volgens de verzekeraar is het voordeel van de nieuwe bekostiging dat ook zorg- en welzijnsfuncties gericht op het realiseren van gezondheidswinst kunnen worden gefinancierd. De financiële prikkel om meer consulten of visites te maken om tot een hogere praktijkopbrengst te komen, vervalt.

Regionaal Financieringsmodel DSW

Met het nieuwe model om de huisartsenzorg te financieren op basis van de populatiekenmerken wil DSW de productieprikkel die leidt

tot extra zorg en de administratieve belasting voor de huisarts verminderen, waarbij wel recht wordt gedaan aan de inspanningen van de individuele huisarts. Dat zegt Martine Fassotte, accountmanager Huisartsen & Ketenzorg van DSW Zorgverzekeraar uit Schiedam. Maar ook wil DSW de eerste lijn versterken om op een verantwoordelijke manier zo veel mogelijk de zorgvragen af te wikkelen, zorg op maat voor de patiënt dichtbij huis te realiseren en de financiële middelen reëel te verdelen op basis van zorgzwaarte en de daarmee gepaard gaande inspanning van de huisarts, waarbij aangesloten wordt op het financieel kader huisartsenzorg. Het is dus geen bezuiniging, zegt Fassotte.

Het regionale model van DSW in de DSW-regio verschilt van het model dat landelijk per 1 januari 2015 wordt ingevoerd, in het bijzonder in segment 1 en segment 3. In segment 1 worden consulten verdisconteerd in een opslag per ingeschreven patiënt. In segment 3 is voor 2015 gekozen voor zo min mogelijk indica-

toren, voor 2016 worden de indicatoren in samenspraak met de huisartsen opgesteld.

Vergoeding

Om de verrichtingen van de huisartsen te vergoeden wordt een toeslag gegeven op de inschrijftarieven. Voor de zes inschrijftarieven, verdeeld in drie leeftijdscategorieën en wel of geen opslagwijk, is een opslag berekend gecorrigeerd voor de kenmerken van de populatie. Insteek was om per 2015 segment 2, multidisciplinaire zorg, verder te corrigeren op zorgzwaarte. Omdat zowel de exacte inhoudelijke uitwerking, als de ondersteuning vanuit het HIS niet voor 1 januari 2015 kon worden gerealiseerd, heeft DSW in overleg met de huisartsen besloten deze in de eerste helft van 2015 verder uit te werken.

Voor het declareren van de toeslag op het inschrijftarief, vervolgt Martine Fassotte, zag DSW drie mogelijkheden. De eerste betrof een verhoging van de inschrijftarieven met de toeslag. Dat was helaas niet mo-

OM DE POPULATIE-VERGOEDING PER PRAKTIJK BETER AAN DE WERKLAST AAN TE PASSEN, KOMEN ER IN 2016 MEER PARAMETERS

gelijk omdat inschrijftarieven een maximumtarief zijn. Een tweede optie was een koppeling per prestatie van het inschrijftarief met een code voor de toeslag, dus zes inschrijftarieven elk gekoppeld aan een aparte opslagcode. Dit bleek geen bestaande optie in de HISSen te zijn. De derde en gekozen optie is het aangeven per inschrijftarief van het aantal patiënten in de huisartsenpraktijk, voor wie dit gedeclareerd wordt. Dit wordt omgerekend naar één gewogen tarief per praktijk/huisarts, dat per patiënt gedeclareerd kan worden. Dit betekent voor de huisarts dat er één prestatiecode is met één tarief dat hij voor al zijn ingeschreven patiënten kan declareren.

De verzekeraar koopt in deze regio zelf de huisartsenzorg in en gaat met vrijgevestigde huisartsen een overeenkomst aan. Buiten de regio koopt DSW de huisartsenzorg niet direct in, maar volgt de verzekeraar de overeenkomsten van de preferente zorgverzekeraar in het betreffende gebied, mits de overeengekomen afspraken passen binnen het beleid van DSW.

Invloed op HISSen

In 2015 zijn de aanpassingen van de HISSen voor het DSW-experiment minimaal, zegt Bram Sprij, huisarts in de DSW-regio Delfland, Schieland en Westland. Per praktijk is er één verrekeningscode, een '13000'-code, die per patiënt per kwartaal kan



worden gedeclareerd. Deze code past in de bestaande HISSen. Voor het verrekeningstarief van 2015 is er een vergelijking gemaakt tussen de gerealiseerde omzet in 2014 op basis van het declareren van verrichtingen, en een pro forma-omzet op basis van een verrekeningstarief over de populatie. Het tarief is zo gekozen dat de omzet in 2015 op ongeveer hetzelfde niveau als die in 2014 zal uitkomen.

Om dit tarief te bepalen is de zorgverzekeraar uitgegaan van een gemiddeld aantal consulten, bijvoorbeeld 4,5 per patiënt per jaar. Dat levert een bepaalde omslag op per patiënt. Een aantal praktijken zou er met deze omslag sterk op vooruitgaan, een aantal heel erg op achteruit. Als afkappunt heeft de zorgver-

zekeraar 5 procent gekozen. Met praktijken die boven en onder dit afkappunt uitkomen is de zorgverzekeraar in gesprek gegaan over het tarief.

Volgens Marc van Wijk, voorzitter van de werkgroep ICT van de zorgorganisatie Eerste Lijn Regio DWO NWN (Delft, Westland, Oostland en Nieuwe Waterweg Noord), worden praktijken die voorheen overmatig of meer dan overmatig declareerden teruggezet naar een gemiddelde omzet. Praktijken in achterstandswijken met een hoge werklast worden gecompenseerd voor hun inspanningen. In 2015 is het experiment eenvoudig begonnen met het abonnementstarief, in 2016 zouden er, om de populatievergoeding per praktijk beter aan de werklast aan te passen,

‘DE ZIEKTEKOSTENVERZEKERAAR GAAT UIT VAN DE INTRINSIEKE MOTIVATIE VAN DE HUISARTS OM DE PATIËNT GOED TE HELPEN’

meer parameters komen. Dat zijn zorgzwaarte, patiëntenprofiel en praktijkprofiel. Huisartsen en zorgverzekeraar willen die parameters voor 1 juli 2015 klaar hebben, zodat HIS-leveranciers tijd hebben deze in hun HIS in te bouwen.

Minder declareren

Bram Sprij: ‘De uitgangssituatie is nu gecreëerd en iedereen heeft een abonnementstarief. In principe hoeven we geen consulten of visites meer te declareren, ons tarief daarvoor staat op nul. Wel declareren we de landelijk afgesproken M&I-verrichtingen, bijvoorbeeld chirurgieconsulten en de intensieve thuiszorg. Verder niets meer. Op declaratieniveau is het een stuk versimpeld!’ Wel willen de huisartsen, op initiatief van de Kringledenraad, inzicht hebben in hun werklust in 2015 met het oog op de onderhandelingen voor 2016. Consulten en visites worden daarom wel geregistreerd, hoewel dat voor de zorgverzekeraars niet meer hoeft en er tegenover deze verrichtingen geen financiële vergoeding staat. Maar huisartsen willen wel zien of ze eerlijk betaald worden of dat ze meer gaan doen voor hetzelfde geld.

Van Wijk vindt dat de nieuwe systematiek teruggaat naar de situatie van het oude ziekenfonds, met een abonnementstarief voor ziekenfondspatiënten. Daar is toen vanaf gestapt om de beloning meer in lijn

te brengen met het werk dat werd verricht.

Nu wordt de verandering door bezuiniging gedreven. Met alle substituties en transitie is het niet te verwachten dat de werklust lager wordt. ‘Er moet meer naar de eerste lijn, dus als huisartsen een abonnementstarief krijgen, zijn de kosten beter te beheersen. Meer consulten en meer verrichtingen leidden tot meer kosten in het oude model’, vindt Van Wijk.

‘De financiële prikkel om consulten te draaien is wel weg’, zegt Bram Sprij. ‘Huisartsen worden ingehuurd om een consult te draaien als de patiënten komen. De ziektekostenverzekeraar gaat uit van de intrinsieke motivatie van de huisarts om de patiënt goed te helpen en dat hij het met een goed salaris wel rooit. Niet dat hij gemotiveerd is om veel te verdienen.’

Een huisarts die veel zelf doet, weinig verwijst en veel ondersteunend personeel in dienst heeft, is financieel in het nadeel ten opzichte van een huisarts die weinig zelf doet, veel verwijst en weinig ondersteunend personeel heeft. Deze iets andere werkopvatting van de artsen wordt op dit moment nog niet meegenomen in de wijze van beloning, daar komt wel een praktijkprofiel voor.

Zorgzwaarteprofielen

De nieuwe bekostiging gaat in 2016

gevolgen hebben voor de HISsen. De zorgzwaarte-, patiënten- en praktijkprofielen hebben invloed op de werkdruk. Dus in die parameters wil je variatie aanbrengen, zegt Bram Sprij. Een praktijk met veel ouderen en patiënten met een hoge zorgbehoefte – wat regiogebonden kan zijn – is in het nadeel. Dat nadeel kan uit de bekostiging worden gehaald door de praktijkprofielen inzichtelijk te maken. Daarbij wordt ook gekeken naar het Maastrichts onderzoek om zorgzwaarteprofielen van patiënten inzichtelijk te krijgen. De verzekeraar en huisartsen kijken nu welke factoren zij daarvoor van belang achten.

De LHV, de andere zorgverzekeraars en het ministerie van VWS volgen dit vrij grote experiment, waar veel huisartsenpraktijken aan meedoen, op de voet. Het is een van de experimenten in het kader van het covenant van minister Schippers om in 2018 landelijk een abonnementsstelsel in te voeren.

DSW is koploper met dit experiment en huisartsen lopen gedwongen mee. Sprij: ‘Alle zorgverzekeraars volgen de preferente zorgverzekeraar in de regio. De huisarts hoeft het contract niet te tekenen en kan dan consulten en visites blijven declareren. Bijna iedereen heeft getekend, vanwege omzetperikelen als ze niet volgen. Of dit model in 2018 wordt ingevoerd, hangt helemaal af van de resultaten.’ ■