

### AFSPRAAK MET ZORGVERZEKERAAR DSW

# Zuid-Hollandse huisartsen werken zonder consulttarief

In een groot deel van Zuid-Holland worden de huisartsen sinds dit jaar grotendeels via een inschrijftarief betaald. Maar deze 'consultloze bekostiging' heeft wel wat voeten in de aarde gehad.

**H**uisarts Bram Sprij in Maassluis hoeft zich tijdens een consult niet meer af te vragen of hij het binnen twintig minuten kan afronden of dat er méér tijd nodig is. Zakelijk maakt dat niet meer uit. Want sinds 1 januari krijgt hij zijn consulten niet meer als zodanig vergoed: met een gedifferentieerde opslag per patiënt zijn de consulttarieven sinds 1 januari eenvoudig verrekend in het abonnementstarief. 'Het scheelt administratie', zegt Sprij, die als voorzitter van de LHV-huisartsenkring Westland/Schieland/Delfland heeft meeonderhandeld over het nieuwe systeem. 'Bovendien heb ik nu een relatief vast inkomen. Dat geeft extra zekerheid.' Hij ziet één belangrijk nadeel: 'Een huisarts die veel patiënten verwijst heeft er meer profijt van dan een collega met een groot team van ondersteuners, die veel zelf doet.'

#### Niet onderhandelen

Het nieuwe systeem, dat in alle 160 huisartsenpraktijken in de Zuid-Hollandse regio is ingevoerd, is het resultaat van gesprekken tussen de huisartsenkring, de Zorgorganisatie Eerstelijn (ZEL)

en zorgverzekeraar DSW in Schiedam. Huisartsen mogen niet als groep met zorgverzekeraars onderhandelen, werd dit jaar pijnlijk duidelijk. Toch is dat maar betrekkelijk, zegt Martine Fassotte, accounthouder huisartsenzorg en ketenzorg van DSW. 'Volgens de regels van de ACM (Autoriteit Consument & Markt, red.) mogen we met elkaar praten over inhoud en kwaliteit, en ook over kostprijzen. Dus hebben wij de huisartsen in detail kunnen vragen wat zij nodig hebben aan bijvoorbeeld personeel en apparatuur, om zo de kostprijs te berekenen. Wat niet mag, is onderhandelen over concurrentiegevoelige onderwerpen als tarieven, praktijkgrootte en geleverde

Wat niet mag, is onderhandelen over tarieven, praktijkgrootte en geleverde zorg

zorg. En de huisartsenkring mag geen adviezen geven aan de achterban.' Deze voorwaarden hebben tot vreemde kronkels geleid. Zo mochten de drie partijen wel praten over 'randvoorwaarden', maar deze niet vastleggen in een kaderovereenkomst. De huisartsenkring mocht die immers niet ondertekenen: zou DSW in gebreke blijven, dan zou de kring haar daarop immers moeten aanspreken – als kartel, en dat mag niet. Ook was het niet de kring die de kaderovereenkomst aan de eigen achterban presenteerde, en al helemaal niet met een positief advies: DSW nam die taak op zich, zoals ze later ook de individuele contracten voor 2015 aan de huisartsen voorlegde. Iedereen wist natuurlijk dat die op de overeenkomst waren gebaseerd, maar dat mocht niet hardop worden gezegd. De ACM is één keer komen kijken of het proces volgens de regels verliep. Dat was het geval, zegt Fassotte: 'Ze hoefden geen tweede keer te komen.'

#### Simulatie

Intussen moest bij de huisartsen de angst worden weggenomen dat het nieuwe systeem zou leiden tot minder inkomsten. Op basis van declaratiegegevens over 2013 werd voor iedere individuele huisarts berekend wat de verandering voor hem of haar zou betekenen. Uit de simulatie bleek dat 13 procent van de huisartsen er met het nieuwe systeem meer dan 2 procent op achteruit zou gaan; 71 procent van hen ging er juist



De meeste huisartsen zijn er financieel op vooruitgegaan.

meer dan 2 procent op vooruit. DSW besloot tot individuele gesprekken met de ruim twintig huisartsen die de veranderingen het meest in de portemonnee zouden voelen – positief of negatief; die huisartsen werden gecompenseerd dan wel in inkomen afgetopt. ‘Voor startende huisartsen werd een overgangsregeling gemaakt’, voegt Sprij daaraan toe, ‘om ervoor te zorgen dat zij niet in de problemen zouden komen. Ging het tóch mis, dan konden zij aankloppen bij een speciale commissie, maar daarvan heeft niemand gebruikgemaakt.’ Om op alles

voorbereid te zijn had DSW inmiddels het budget voor de huisartsenzorg met 2,5 procent verhoogd – zoals afgesproken in het in 2013 door huisartsen, zorgverzekeraars en ministerie gesloten bestuurlijk akkoord.

#### **Geen voorstander**

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft zich nooit voorstander getoond van consultloze bekostiging, omdat het strijdig is met principe van ‘loon naar werken’, dat de vereniging voorstaat. Toch heeft ze twee jaar geleden

ingestemd met experimenten, om te voorkomen dat de minister het consulttarief direct zou afschaffen. ‘Maar een experiment moet wel een vrijwillig experiment zijn’, stelt de vereniging in een reactie op het Zuid-Hollandse plan: ‘Huisartsen moeten ervoor kunnen kiezen om al dan niet mee te doen, en het experiment moet worden gestaakt als het geen succes blijkt te hebben’. Na uitleg te hebben gevraagd bij DSW maakte de LHV begin dit jaar bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bezwaar tegen de regel die consultloze bekostiging ook

zónder formeel experiment mogelijk maakt – en kreeg ongelijk. Met hetzelfde argument vroeg de vereniging de NZa kort daarop concreet om in te grijpen in Zuid-Holland. Opnieuw werd het verzoek afgewezen. Nergens valt uit op te maken dat consultloze bekostiging uitsluitend mogelijk is als formeel experiment, stelt de autoriteit in een toelichting: ‘Sterker nog, de minister biedt zelfs een ruim kader om consultloze bekostiging ook binnen de reguliere bekostiging mogelijk te maken.’

De door de LHV bepleitte vrijwilligheid heeft het evenmin gehaald. Ooit was het de bedoeling dat de huisartsen in de Zuid-Hollandse regio konden kiezen om al dan niet aan het project mee te doen. Maar DSW haalde een streep door deze vrijwilligheid. ‘We hebben met elkaar onderhandeld’, stelt bestuursvoorzitter Chris Oomen vast. ‘Dan kun je natuurlijk niet hebben dat er twee of drie niet willen meedoen. Want die zouden misschien wel een regeling krijgen die voor anderen óók aantrekkelijk zou zijn. En dan hadden we weer van voren af aan kunnen beginnen. Nee, de hele huisartsengroep heeft invloed gehad op deze uitkomst. Die geldt dan ook voor iedereen.’

## Zorgzwaarte

Van de huisartsen die meedoen aan het project is de overgrote meerderheid tevreden, zegt Sprij, zo’n 20 procent is dat niet. Problematisch is bijvoorbeeld dat in de opslag op het abonnementstarief nog onvoldoende rekening wordt gehouden met de zorgzwaarte van de praktijkpopulatie. Hoe hoog de opslag precies is, onthullen de betrokkenen niet: dat is concurrentiegevoelige informatie, en dus geheim. Wel duidelijk is dat de opslag – nu nog – wordt berekend aan de hand van zes categorieën: drie leeftijdsklassen, telkens gekoppeld aan het al dan niet wonen in een achterstandswijk. Maar deze maat is te grof, zo bleek in de simulaties: aan de werkelijke verschillen wordt onvoldoende recht gedaan. Huisartsen en verzekeraar staken de koppen bij elkaar om nieuwe, aanvullende criteria op te nemen in de simulatieberekeningen.

‘We dachten bijvoorbeeld dat de zorgzwaarte minder wordt als een patiënt in de tweede lijn wordt behandeld’, zegt Fassotte. ‘Maar dat klopte niet.’ Waarschijnlijk worden in 2016 enkele nieuwe criteria ingevoerd: de leeftijd per jaar (in plaats van de drie klassen), man of vrouw zijn, al dan niet een partner hebben, en beschikken over ‘gezondheidsvaardigheden’ – te meten door het opleidingsniveau.

‘Wij maken wáár  
wat actiegroep  
“Het roer moet  
om” heeft bepleit’

## In gesprek

Zo blijven zorgverzekeraar en huisartsenkring met elkaar in gesprek, binnenkort met oud-huisarts Cor Spreeuwenberg als gespreksleider. Als het aan DSW ligt, buigen de partijen zich in de toekomst ook over het tweede segment van de huisartsenbekostiging (zie *kader*). Ze wil af van de huidige vier keten-dbc’s, waarin – stelt de verzekeraar – patiënten worden opgeknipt in ziektebeelden, met voor elke ziekte een apart behandelprotocol. Het ideaal: integrale zorg op basis van de zorgzwaarte van de patiënt. Oomen: ‘Veel mensen zitten nu in meer dan één keten, dat is verwarrend. Met integrale zorg wordt de begeleiding beter, en het scheelt weer bureaucratie.’

Wij maken in de praktijk wáár wat de actiegroep ‘Het roer moet om’ de afgelopen maanden heeft bepleit, stellen zorgverzekeraar en huisartsen in Westland, Schieland en Delfland tevreden vast. Dat DSW een kleine, wat dwarse en eigenzinnige verzekeraar is, helpt daarbij. Huisarts Sprij: ‘Bij andere zorgverzekeraars kom je niet verder dan de receptioniste, wij zitten met de raad van bestuur om de tafel.’ ■

## BEKOSTIGING VAN DE HUISARTS

De basiszorg van de huisarts (segment 1) wordt gefinancierd uit een combinatie van inschrijf- of abonnementstarieven en consulten. Partijen kunnen daarnaast lokaal experimenteren met consultloze bekostiging – zoals in de Zuid-Hollandse regio. Evaluatie van de experimenten, in 2017, moet duidelijk maken of deze vorm van bekostiging in 2018 in het hele land wordt ingevoerd.

Segment 2 van de financiering bestaat onder meer uit programmatistische multidisciplinaire zorg: de vier keten-dbc’s diabetes, vasculair risicomanagement, COPD en astma. Nieuwe ketens zijn ook al mogelijk, zoals een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen. Het segment kent een vrij tarief, en een contract tussen zorgverzekeraar en huisarts is een vereiste. Het streven is deze zorg te bekostigen via een tarief per patiënt naar zorgzwaarte. In segment 3 zijn resultaatbeloning en zorgvernieuwing opgenomen. Ook hier is sprake van een vrij tarief en is een contract tussen huisarts en zorgverzekeraar noodzakelijk.

## web

De uitspraken van de NZa en meer informatie vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl).