

Transparante bekostiging beste alternatief voor huidige systeem

Huisartskosten beter in beeld

Anton Maes,
huisarts, bestuurslid Stichting
de Vrije Huisarts, lid financieel-
economische commissie
(BAC FEZ) LHV, auteur van
*Huisartsgeneeskunde in het
nieuwe zorgstelsel*

Correspondentieadres:
a.maes@hagenau.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Dit artikel is online verschenen
op 26 juni.

Het beste bekostigingssysteem voor huisartsenzorg is een transparant systeem. En dan niet alleen voor wat de productie betreft maar ook voor wat de praktijkvoering betreft.

De komende tijd zal een nieuw bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg worden gekozen. Hierin moet ook substitutie onderdak krijgen. Deze verplaatsing van tweedelijnszorg naar de eerste lijn van bijvoorbeeld chronische aandoeningen en ggz krijgt brede politieke steun. Uitgangspunt is bekostiging van werkelijk geleverde prestaties. Voor de premiebetaler moet dit uitpakken als meer en betere zorg voor minder budget. De huidige weg, dat heeft 2011 ons opnieuw bevestigd, is een doodlopende weg gebleken. Daarbij wordt top-down door de overheid aan de beroepsgroep een maximumbudget toegekend dat echter vooraf te laag geraamd wordt en daardoor achteraf tot kortingen leidt. Verder leggen verzekeraars niet-onderhandelbare contracten op en volgen zij niet standaard de afspraken die de huisartsen en de regionaal preferente zorgverzekeraar met elkaar maakten.

Er zijn op dit moment twee alternatieven mogelijk: 1. bekostiging via een populatiegebonden regiobudget; 2. bekostiging op basis van transparante kostprijberekening.

1. Populatiegebonden regiobudget

Bij populatiebekostiging krijgen ziekenhuizen en huisartsen in een regio één onderling te verdelen budget. De gedachte is dat als zij binnen het budget blijven, hen een deel van het niet bestede budget als beloning toekomt. Het andere deel van de winst vloeit terug naar de verzekeraars ten behoeve van premieverlaging of investeringen in zorginnovatie. Zowel

zorgaanbieders als verzekeraars profiteren door gezamenlijk te besparen.¹ Beleidsmakers hopen dat als goedkoper werkende huisartsen zorgtaken overnemen van het ziekenhuis, ziekenhuizen dan niet meer met nieuwe poli's de gaten gaan opvullen. Effecten van zorgverplaatsing moeten hiermee macro-economisch beter zichtbaar worden gemaakt.²⁻³ De omvang van het regiobudget wordt via onderhandelingen vastgesteld op basis van morbiditeits- en mortaliteitskenmerken van de bevolking.

Meerkosten

Populatiegebonden bekostiging is hot bij VWS, regering, parlement, verzekeraars en bestuurders van zorggroepen. Men versterkt elkaar in het idee dat met deze regeling honderden miljoenen kunnen worden bespaard.⁴⁻⁵ Deze bekostiging zal echter niet altijd winst opleveren, en de vraag is wie bij een vooraf te laag vastgesteld regiobudget de risicodragers van eventuele meerkosten is, veroorzaakt door noodzakelijke meerzorg bij een stijgende zorgvraag. De ontstane winst in een bepaald jaar kan worden gevolgd door een macrokorting in het daaropvolgende jaar. De minister heeft immers met de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de mogelijkheid om wat in contracten tussen verzekeraar en zorgaanbieders is vastgelegd, met terugwerkende kracht te overrulen: het macrobeheersingsinstrument (MBI). Zowel in de tweede lijn (2010) als bij huisartsen (2011) heeft de rechter recentelijk dergelijke terugvorderingen van budgetoverschrijdingen goedgekeurd. Over de rechtmatigheid van deze macrokortingen achteraf bestaat dus reeds juris-

*De huidige weg
is een doodlopende weg
gebleken*

prudentie. Wie garandeert dat dat bij populatiebeposting anders zal gaan?

Regiomonopolist

Zorginkoop geschiedt, zegt de wet, door concurrerende verzekeraars. Ook in een regio. Het doel is elk jaar weer dat deze zorg efficiënter en effectiever wordt ingekocht. Hoe is dit gegeven te rijmen met slechts één regiobudget, te beheersen door één verzekeraar als regiomonopolist? Hiermee wordt immers de concurrentie tussen verzekeraars, zoals bedoeld in de Zorgverzekeringswet, uitgeschakeld. Bovendien lijkt een dergelijke monopoliepositie nogal bezwaarlijk vanuit mededingingsoogpunt. Want hoe zit het met de keuzevrijheid van de burger als binnen een regio slechts één verzekeraar of één organisatie van zorgaanbieders het voor het zeggen heeft?

Bij dit gemeenschappelijk regiobudget vervalt ook deels de scheiding tussen eerste en tweede lijn. Aanvullende zorg en ketenzorg uit de eerste lijn zullen namelijk samenvloeien met een deel van de onderhandelbare zorg uit de tweede lijn, waardoor er een nieuw zorgveld – de anderhalve lijn? – ontstaat.⁶ Op dit nieuwe speelveld geldt de functionele prestatiebeposting, waarbij in een zorgstandaard wel is vastgelegd hoe en welke zorg wordt geleverd, maar niet door wie en waar. Dat mogen de zorgaanbieders van de eerste en tweede lijn met het regiobudget samen uitzoeken.

Zo treden met verlengde-armconstructies nieuwe disciplines toe: physician assistants, nurse practitioners en verpleegkundig specialisten. Maar komen zij als derde partij te werken onder een eigen bestuursorganisatie om het regiobudget te verdelen of werken zij onder



beeld: Bert Spiertz, HH

Bij populatiebeposting wordt een regiobudget vastgesteld op basis van kenmerken van de bevolking.



beeld: Marcel van den Bergh, HH

Huisartsen hebben de potentie om bij te dragen aan kostenbeheersing

verantwoordelijkheid van de eerste of juist van de tweede lijn?

Een punt van zorg is ook de begrenzing van de regio's en de conflicten die daarbij kunnen optreden.

Bestuurders

Tot slot de bestuurlijke consequenties van populatiebesteding. De complexiteit van ons stelsel en de uitwerking van deze regeling vragen om gekwalificeerde bestuurders. Huisartsbestuurders zijn na de recente NMa-uitspraken met handen en voeten gebonden. Het regio-budget van miljoenen moet verdeeld worden tussen een partij met nu een budget van ruim 2 miljard (10.598 praktiserende huisartsen) onder curatele van de NMa, en een partij met een budget van 20 miljard (137 ziekenhuizen en 201 ZBCs). Zal de medische noodzaak dan nog leidend zijn en de

juiste zorg op de juiste plaats geboden worden? Ook potentiële winstuitkering door ziekenhuizen kan bijdragen aan een onevenwichtige positie tussen huisartsen en ziekenhuizen.⁷ De spelregels vooraf bij inkoop, toezicht en budgetverrekening zullen bij een experiment van populatiebesteding daarom volstrekt duidelijk moeten zijn. Dat is op dit moment nog allerminst het geval.

2. Transparante kostprijsberekening

Bij transparante besteding moet het met partijen overeengekomen en daarna door de verzekeraar gecontracteerde zorgaanbod van

de huisartspraktijk vooraf transparant worden vastgesteld. Dan pas is dit aanbod richtinggevend voor de kostprijs en bekostigingsstructuur. De kostprijs van het overeengekomen zorgaanbod moet worden bepaald door de kosten van drie bouwstenen van de bekostigingsstructuur: de *praktijkkosten*, het *praktijkinkomen* en een *arbeidsanalyse*, met een tijdmeting plus een invulling van deze tijd. Als bij het te leveren zorgaanbod de rechten en plichten van huisartsen en verzekeraars bekend zijn, kunnen meerjarige contracten worden getekend.

Een balans in de besteding wordt het beste bereikt in een gemengd systeem van abonnement en consulttarief.⁸ Bij voorkeur worden dan behalve de basisdaggzorg ook de aanvullende zorg, de eerstelijns-ggz, ANW-zorg, ketenzorg en preventie, weliswaar apart gecontracteerd, in deze gemengde kostenstructuur ondergebracht.

Vooraf worden de organisatorische voorwaarden om verantwoord zorg te kunnen leveren bepaald. En er wordt geswitcht van financiering van werkelijk geleverde zorg (outputfinanciering) naar financiering die nodig is om goede zorg te leveren (inputfinanciering). Verbetering van kwaliteit is daarbij niet afhankelijk van financiële prikkels.⁹

De gemengde besteding kent met het consulttarief een minimale volumeprikkel. Binnen het abonnementsdeel (inschrijving op naam) is volop gelegenheid het goede te doen, dat ook goed te doen en te sturen op algemeen erkende waarden in de zorg.¹⁰ Overheid en verzekeraars moeten ook zelf hun rol waarmaken door in polissen en wetgeving met krachtige maatregelen te komen om het volume onnodige zorg en onnodige dure zorg te verkleinen. En door zich als verzekeraar juist wel uit te spreken over wie de zorg waar levert. Er wordt van hen als zorginkopers een sterkere regie en selectievere inkooprol verwacht.

Als de huisarts een cruciale positie in het zorgstelsel vervult, dan is niet het opheffen van de inschrijving op naam, maar juist een inschrijverplichting voor verzekerden een logische stap.

Echte kostenposten

Transparantie, effectiviteit en efficiency zijn de sleutelwoorden om in het zorgstelsel tot verantwoording en goede prestaties te komen. Maar opmerkelijk genoeg wordt er vooral naar de transparantie aan de achterzijde, naar de resultaten van het bekostigingssysteem, gekeken.¹¹ Dat wil zeggen naar de prestaties en

SAMENVATTING


- De huidige financiering van de huisartsenzorg voldoet niet.
- Een populatiegebonden regiobudget verplaatst het inkooprisico van verzekeraar naar zorgaanbieder, wat in strijd is met hun rollen volgens de Zorgverzekeringswet.
- Beter is een transparante kostprijsberekening, die ook open is over de kosten van organisatie en personeel.

de effecten of resultaten, en niet naar de voorzijde met de vraag wat nodig is voor effectieve en efficiënte praktijkvoering en de praktijkorganisatie.

Een financieringsexperiment met een omschreven zorgaanbod, met structuurindicatoren die aangeven wat nodig is in de praktijk om deze zorg te leveren en een transparante kostprijs, is een zinnige eerste stap. Dan komen ook de echte kostenposten beter in beeld. Er zal een inkomensdiscussie gevoerd moeten worden anders dan vanuit het motto 'huisartsen verdienen te veel'. Ook is herstel van de compensatie voor het ondernemersrisico van praktijkhouders nodig, die in 1987 uit de tarieven verdween. Nergens in de accountantsrapporten van de NZa is echter een kostprijs huisartsgeneeskunde terug te vinden. Daar is een andere, veel meer aan gewenste zorg gelieerde berekening voor nodig.

Durf

Het afgelopen decennium is de beroepsgroep meerdere malen in conflict geraakt over bekostiging en tarieven. Dit conflict kan worden opgelost door bij het ook door burgers gewenste zorgaanbod van de huisarts een normatieve uitspraak te doen over kosten, inkomen, arbeid en organisatie. Huisartsen kunnen in de zorg een cruciale positie bekleeden. Ze zijn niet de oorzaak van het probleem van substantiële kostenstijging, maar hebben met hun generalistische zorg met kennis van de context wel potentie bij te dragen aan kostenbeheersing. Op de grens met de nulde lijn kunnen de huisartspraktijken de zorg beter verplaatsen naar de nulde lijn door hun kennis over de eigen patiënten aan te wenden voor het stimuleren van meer zelfmanagement en burgers te wijzen op www.thuisarts.nl. Op de grens met de tweede lijn kunnen huisartsen met een betere organisatie kwantitatief meer zorg terughalen uit het ziekenhuis naar zorg in de buurt, met behoud van een goede kwaliteit, door deze zorg niet versnipperd, maar in samenhang aan te bieden. Juist door de kosten van deze samenhangende zorg transparant te maken voor burgers, overheid en verzekeraars, geven huisartspraktijken de partijen duidelijkheid en maximale transparantie wat deze zorg kost.

Durf te kiezen voor een bekostiging met een transparante kostprijs. De ervaringen uit het verleden bieden ons in 2012 de kennis, de hoop en de kans een evenwichtige kostenstructuur voor toekomstige huisartsgeneeskunde te kiezen. 

Scan

Meneer M. is niet in orde, hij is al weken grieperig. Q-koorts is uitgesloten, evenals de voor de hand liggende virussen. De kno-arts vermoedt iets in de holtes, maar vindt een scan nog niet nodig.

Meneer M. kondigt aan dat 'hij zal blijven terugkeren bij de kno-arts tot de scan is gemaakt'. Waarom wil hij die scan? Meneer M. heeft het gezien bij zijn broer. Die heeft maandenlang meerdere dokters bezocht, voordat een scan een kwaadaardige tumor aan het licht bracht. Ik laat onbesproken dat de scan van de kno-arts weliswaar de holtes in beeld brengt, maar niet de rest van het lichaam.

Bovenstaand gesprek vond twee jaar geleden plaats. De scan is inmiddels gemaakt: er is geen tumor gevonden. Maar ook geen oplossing voor de klachten. Stap voor stap en in samenspraak met de huisarts, is het gelukt om de angstcomponent op tafel te krijgen. Meneer M. gunde zichzelf begeleiding door een psycholoog. Daar heeft hij ontdekt dat de angst opkomt zodra hij overbelast raakt. Minder werken leek een oplossing, maar stuitte aanvankelijk op een financieel probleem én op weerstand bij de werkgever. Deze hordes zijn inmiddels genomen.

De inspanningen van de afgelopen twee jaar zijn verricht in samenspraak tussen de huisarts, de bedrijfsarts, meneer M., de psycholoog en de werkgever. Na de scan zijn in de tweede lijn geen kosten meer gemaakt.

Voormalig minister Klink, nu organisatieadviseur, heeft een ontdekking gedaan, die in de eerste lijn allang bekend is: de kosten zullen alleen beheersbaar worden, als ook de tweede lijn leert om een gesprek te voeren.

Eveline Knibbeler,
bedrijfsarts



De voetnoten en verwijzingen naar de MC-dossiers DBC/DOT en Functionele bekostiging vindt u onder aan dit artikel op www.medischcontact.nl.