

INGEWIKKELDE BEKOSTIGING HUISARTSENZORG STAAT ZORGVERNIEUWING IN DE WEG

Innovatieprojecten stranden in bureaucratie

Een groep Noord-Hollandse huisartsen steekt de koppen bij elkaar en bedenkt drie innovatieprojecten die de patiëntenzorg ten goede zullen komen. Vol goede moed dienen ze hun plannen in bij zorgverzekeraar Zilveren Kruis. Wat volgt is een stroperig traject met een teleurstellende afloop.

Zomer 2014 werd duidelijk dat de huisartsenfinanciering op de schop ging: 10 procent werd gekort op de basiszorg, waarmee er financiële ruimte – segment 3 – kwam voor innovatie en substitutie. Betaald uit ons eigen budget, maar innovaties zijn belangrijk, dus daar konden veel huisartsen mee leven.

Met een groep collega's uit Spaarndam, IJmuiden en Santpoort-Noord staken wij de koppen bij elkaar. Ideeën over gewenste ontwikkelingen en innovatie hadden wij volop. In korte tijd richtten wij een stichting op, werkten drie projecten uit en zochten contact met de regiovertegenwoordiger van Zilveren Kruis, om ons te laten voorlichten over de procedure. Die bleek nog niet bekend, maar rond 1 november konden plannen ingediend worden. Hoe? Dat wist hij nog niet. Na wat heen en weer praten kregen we een conceptformat waaraan de plannen moesten voldoen. Wij gingen aan de slag met drie projecten: op het gebied van CVRM (cardiovasculair risicomangement)-e-health, substitutie dermatologie en een multidisciplinaire aanpak voor kwetsbare ouderen.

Worst voorgehouden

Vol enthousiasme en verwachtingsvol dienden wij op 1 november 2014 deze plannen in. Radiostilte vanuit Zilveren Kruis...

Begin december belden we maar eens. Ja, het was ontvangen. Maar hoe het verder zou gaan moest nog bedacht worden, kregen we te horen. De tijdslijn was onbekend. Wie de beoordelaars van de voorstellen waren, was onbekend. Welke criteria gebruikt zouden worden, was onbekend. Konden wij de voorstellen toelichten in een gesprek? Nee dat kon helaas niet. Het was inmiddels bijna januari.



Er volgden discussies en onderhandelingen gedurende anderhalf jaar. Herhaaldelijk moesten we nader uitleggen wat de projecten inhielden en nog vaker waarom daar ook financiële voordelen aan zaten. Zilveren Kruis leek voornamelijk geïnteresseerd in dat laatste, de inhoud voor de zorg hield ons vooral bezig. Vaak herhalingen van zetten, onderhandelaars zonder mandaat, een enorme tijdsinvestering.

Onze teleurstelling en frustratie waren behoorlijk groot. Er was ons een worst voorgehouden om te kunnen werken aan innovatie, maar de partij waarmee we dat moesten uitonderhandelen was nauwelijks voorbereid. Terwijl wij dachten plannen te hebben ingediend voor het jaar 2015, waren we eind 2015 nog steeds niet tot overeenstemming gekomen.

Groen licht

Behalve de onderhandelingen met Zilveren Kruis voerden wij ook gesprekken met de uitvoerende partijen. Met het ICT-bedrijf voor ons CVRM-e-healthproject, met de dermatologen voor het substitutieproject, met de thuiszorg en apotheek over het kwetsbare-ouderenproject.

Dit laatste innovatieproject wees Zilveren Kruis af; het lopende ouderenzorgproject in de regio dekte deze zorg al, volgens Zilveren Kruis. Een mening die wij niet deelden. Het regionale project gaat over de zorg in de wijk

voor kwetsbare ouderen, ons project ging over medicatie-overdracht na ontslag uit het ziekenhuis; overigens nog steeds een groot probleem. Het tweede project zou substitutie moeten geven van de tweede naar de eerste lijn in de dermatologie. We wilden afspraken maken met de dermatologen om patiënten die bij de dermatoloog behandeld waren voor een basocel-lulair carcinoom (BCC) of actinische keratose, in de huisartsenpraktijk te volgen op een veilige manier. Dit project strandde omdat gesprekken hierover met de dermatologen niet van de grond kwamen, afspraken waren moeilijk te maken en werden niet nagekomen. Eindelijk, in de zomer van 2016, werden wij het eens over het nog overgebleven

project. Het CVRM-e-healthproject kreeg groen licht tegen een eerlijke prijs; we waren blij ons plan in de praktijk te kunnen brengen. Met dit project zouden we data verzamelen in onze praktijken van het heden en het verleden. Zo konden we een indeling maken in hoogrisicopatiënten en laagrisicopatiënten op CVRM-gebied, en daarbij aangeven hoe we deze risico's gingen aanpakken. Het idee was om gerichte zorg op maat te bieden aan patiënten die op dit moment allemaal protocollair in een keten worden behandeld.

Declaratiecode

Wij startten de voorbereidingen voor het declaratieproces in augustus 2016. Het aanvragen van een AGB-code (Algemeen Gegevens-Beheer voor zorgverleners) voor de projectgroep was een lastig proces, waarbij we weinig medewerking van

de ondersteunende partij (Vektis) ervoeren. Een andere grote hobbel was het verkrijgen van een declaratiecode, waarna het project aangemeld werd bij de verre verzekeraars. Hiervoor en voor de rest van het proces hebben we op basis van eerdere ervaringen met de ketenzorgdeklaraties ondersteuning ingehuurd van een bureau dat gespecialiseerd is in declaratietrajecten.

Bij de eerste declaratiepoging bleek dat de aan ons afgegeven declaratiecode al in gebruik was bij een ander project. Gevolg: massale afwijzing van de declaraties.

In november kregen we een nieuwe code. Deze hoefde niet meer aangemeld te worden, omdat er inmiddels een nieuw systeem was dat dit automatisch zou doorgeven aan de verre verzekeraars. Het kwam allemaal goed. We kregen dus geen samenvatting van het contract.

Het is goed om hier te melden dat in het contract met de partij waarmee we gingen samenwerken een clause is opgenomen, dat wanneer per 1 februari 2017 minder dan 85 procent van de declaratieregels betaald was, het contract ontbonden kon worden. De reden voor deze clause was dat ICT de grootste kostenpost van het project was. Als de financiering niet rondkwam, zouden deze kosten voor onze rekening zijn.

Stille dood

Het toegezegde automatische systeem dat declaratiecodes doorgaf van hoofd- naar verre verzekeraar bleek iedere keer nog niet operationeel. Toen het inmiddels januari was, hebben we na herhaald appel eindelijk de samenvatting van het contract gekregen en konden we alsnog bij de verre verzekeraars declareren. Hierop kre-

De declaratiecode bleek al in gebruik



REACTIE ZILVEREN KRUIS

De frustratie van huisartsen over dit traject begrijpen we. Dit is een gedeelde frustratie. We zijn er niet in geslaagd de aanvraag snel af te ronden. Met het oog op de wederzijdse inspanningen en potentie vinden we dat erg jammer. Ons valt wel op dat achteraf alleen naar Zilveren Kruis wordt gekeken. De invoering van de nieuwe bekostiging viel samen met 'Het roer moet om'. Dat maakte dat er enerzijds druk was om concreet tot samenwerking te komen, terwijl anderzijds de verantwoordelijkheid van Zilveren Kruis bleef om inhoudelijk af te wegen of gelden verantwoord worden uitgegeven. We hebben op grond hiervan de plannen beoordeeld en de huisartsen terugkoppeling gegeven. We hadden in dit artikel graag ook enige zelfreflectie van de huisartsen gezien. Zilveren Kruis heeft in 2015 enkele tientallen afspraken gemaakt over zorgvernieuwing. Ook zijn er enkele tientallen aanvragen afgewezen. In het algemeen zijn er verschillende redenen waarom het lastig is tot zorgvernieuwing te komen:

1. kleinschaligheid van initiatieven, 2. onvoldoende planmatige uitwerking en opbouw, 3. dubbele financiering, 4. verschil van mening over innovatief karakter van initiatieven. De reden voor moeizame besluitvorming over aanvragen voor zorgvernieuwing in 2015 was altijd inhoudelijk en niet financieel. Het budget dat voor zorgvernieuwing beschikbaar was, hebben wij via een coulancregeling en nabetaaling volledig aan huisartsen betaald. Uiteraard hadden we graag gezien dat deze gelden waren ingezet voor zorgvernieuwing. Wij geloven dat je samen tot zorgvernieuwing komt en dat het proces helder en soepel moet verlopen. Daarom heeft Zilveren Kruis in 2015 al in overleg met huisartsen besloten regiotafels in te stellen. Hier maken we afspraken over zorgvernieuwing. De samenwerking via regiotafels verloopt goed, wel zijn er verschillen tussen regio's. Huisartsen geven ons terug dat ze in 2018 deze manier van samenwerking willen voortzetten.

gen wij vele afwijzingen, het was niet ingeregeld, traagheid is de regel in dergelijke processen. Helaas moesten wij op 31 januari 2017 concluderen dat de gestelde 85 procent bij lange na niet gehaald werd en we de stekker uit dit innovatieve project moesten trekken. Tweeëneenhalf jaar na de start van onze projectgroep en vele vergaderingen later, stierven onze innovatieve ideeën een stille dood.

Frustratie

Waarom dit verhaal? Misschien wel om onze frustratie van ons af te schrijven. Maar dat niet alleen, vooral ook om een waarschuwing neer te leggen. Het klinkt allemaal zo mooi op papier, een innovatief segment. In schril contrast daarmee onze ervaring, namelijk dat de financiering van de huisartsenzorg in het afgelopen decennium zo ingewikkeld is geworden dat goede projecten stranden in onvermogen bij de verzekeraars en administratief gedoe. De zorgverzekeraars waren overduidelijk nog niet klaar voor deze nieuwe structuur. In plaats van professionals te faciliteren en te ondersteunen bij zorgvernieuwend ideeën, ervoeren wij vooral een stroperige niet-transparante

zorgverzekeraar.

Dames en heren aan de onderhandelingstafels voor de nieuwe financieringsstructuur vanaf 2018, wij vragen u dit: maak het simpeler, duidelijker en eerlijker, zodat innovatie echt van de grond kan komen. De wil bij de huisartsen is er echt, maar het uithoudingsvermogen kent zijn grenzen. Laat zien dat jullie oprecht staan voor innovatie/zorgvernieuwing, zodat de patiënt – want die had het meeste baat gehad bij onze projecten – niet met lege handen blijft staan. ■

Maak het
simpeler,
duidelijker en
eerlijker

contact

rmbakx24@gmail.com
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.