

De kracht van de eenvoud!

FD Selections
woensdag 18 mei 2011



Door Yvonne van Kemenade en Janneke Belo

De huisartsenbesteding wordt steeds complexer en ingewikkelder. Zouden we niet alle verschillende bestedingswijzen in de prullenbak moeten gooien en terug moeten gaan naar een bedrag per ingeschreven patiënt, met daarbij afspraken over de kwaliteit van zorg? Vroeger werd de huisarts betaald middels een abonnementstarief voor de ziekenfondspatiënten en per consult voor particuliere patiënten. In het huidige stelsel hebben huisartsen een uitgebreid scala aan inkomstenbronnen. De basis is het abonnementstarief dat huisartsen ontvangen voor alle ingeschreven patiënten. Daarbij krijgen ze bij ieder patiëntenbezoek een consult (of visite) vergoed. Afhankelijk van de behandeling kunnen voor verschillende verrichtingen aparte tarieven in rekening worden gebracht. Hiervoor heeft iedere huisarts een basiscontract met de zorgverzekeraar, het zogenaamde M&I contract. Dit contract wordt jaarlijks regionaal uitonderhandeld met de verzekeraar.

Keten-DBC

Sinds een paar jaar hebben huisartsen ook te maken met de keten-Diagnose-Behandeling-Combinatie (keten-DBC) besteding voor chronische zorg, zoals Diabetes Mellitus, COPD en CVRM. Voor het participeren in deze keten-DBC-programma's krijgen huisartsen een aparte vergoeding voor geleverde diensten. Dit alles met als doel de chronische zorg in de huisartsenpraktijk op een hoger niveau te tillen en de resultaten van de zorgverlening zichtbaar te maken.

Samenvattend bestaat de huisartsenbesteding uit: een abonnementstarief, consulten/visities, M&I modules en verrichtingen, en een DBC-wijze van besteding.

Door taakdifferentiatie, welke wordt gestimuleerd met de inzet van een praktijkondersteuner huisarts (POH) en een doktersassistente (DA), heeft de huisartsenpraktijk aanvullend te maken met de financiering POH-Somatiek, waarbij de huisarts een opslag per ingeschreven patiënt krijgt (per 1-1-2011) en voor de DA consulten in rekening kan brengen.

Toegenomen complexiteit

Een lappendeken aan declaratiemogelijkheden, hetgeen de transparantie, mogelijkheden van onjuist declareren en de controle-mogelijkheden toenemend complex maken.

Waarom deze complexiteit? Vanuit politiek oogpunt lijkt het logisch om voor voorgestaan beleid (financiële) incentives in te bouwen, zodat beleid ook daadwerkelijk wordt geïmplementeerd. Aan de andere kant werkt het declaratiegedreven gedrag in de hand en is het maar de vraag of dit leidt tot kwalitatief betere en kostenefficiëntere huisartsenzorg.

Waarom niet terug naar de eenvoud en op een andere wijze proberen de zorg beter en goedkoper te maken. Je mag er toch vanuit gaan dat de meerderheid van de huisartsen in de basis norm- en passiegedreven zijn voor hun vak?

Bedrag per patiënt

Het is toch veel eenvoudiger en transparanter voor een ieder om bijvoorbeeld terug te gaan naar een bedrag per ingeschreven patiënt en met elkaar afspraken te maken over welke zorg tegen welke kwaliteit wordt geleverd. Niet al die contractonderhandelingen, controles op declaraties en puzzelen hoe het ene contract complementair is aan het andere. Dat scheelt veel bureaucratie en daarmee kosten in de zorg. De huisarts is immers opgeleid voor patiëntenzorg en niet direct voor financiële onderhandelingen.

Gedacht kan worden aan contract waarin is opgenomen welke zorg tegen welke prestaties moet worden geleverd (zoals intentie tot verwijscijfers, benchmarks en visitaties om gezamenlijk na te gaan hoe zaken nog beter kunnen). Daarbij kan afgesproken worden dat huisartsen deelnemen aan bijvoorbeeld tenminste 2 chronische zorg programma's. Gemiddeld zou een huisarts 4-6 jaar in een chronische-zorgprogramma participeren, waarna dit programma tot de reguliere zorgverlening gerekend wordt en geïnvesteerd kan worden in de daaropvolgende programma's. De kwaliteit van zorg wordt daarbij continu gemonitord en indien nodig bijgestuurd. Door cyclisch nieuwe programma's aan te bieden, blijft de huisartsenzorg verbeteren en professionaliseren. Contracteren dus vanuit de intrinsieke motivatie in plaats van uit financiële drijfveren.

Lange termijn

Idealiter is er dan voor de totale regio een zorgbudget per adherente inwoner beschikbaar, waardoor de zorg georganiseerd kan worden naar patiëntenstromen/doelgroepen en het domeindenken kan worden verlaten. Voor dit moment is dit voorstel mogelijk nog te ambitieus, maar wel een mooi streven voor de langere termijn.

Om met kleine stappen te beginnen, is het toch prachtig de eenvoud van bekostiging terug te brengen bij de huisartsenzorg en gezamenlijk te bezien of vanuit ieders passie voor de zorg dit tot een succes gebracht kan worden. Terug naar de kracht van de eenvoud!