

Vooruitblik op kostenonderzoeken

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft dit voorjaar twee kostenonderzoeken uitgevoerd in de eerstelijnszorg: een onder huisartsen en een onder zorggroepen en gezondheidscentra. Daarnaast nam de NZa deel aan de klankbordgroep van het project Organisatie & Infrastructuur. De Eerstelijns blikt vooruit op de uitkomsten van de kostenonderzoeken.

Het kostenonderzoek huisartsenzorg vond al eerder plaats. Dat is ook logisch, omdat hier sprake is van grotendeels gereguleerde tarieven (S1). Om die periodiek te kunnen actualiseren, is een toets aan de praktijk een waardevol beleidsinstrument. De NZa voert voor alle sectoren waar maximumtarieven zijn eens per drie tot vijf jaar kostenonderzoeken uit. Het kostenonderzoek op zich zal, zo leert de geschiedenis, zeker discussie opleveren. De NZa heeft namelijk de rekensystematiek weer aangepast. En huisartsen zullen stellen dat afkappen van de werkweek van de huisarts op veertig uur geen enkele grond heeft en dat de ondernemersri-

doen aan achterstandswijken en ouderentoeslag nog tot een tariefaanpassing leiden. Naar verwachting zal de NZa de aangepaste tarieven in juni 2017 openbaar maken, waarna ze per 2018 ingaan.

Zorggroep & gezondheidscentrum

Bij het kostenonderzoek onder zorggroepen en gezondheidscentra ligt de situatie anders. Er is namelijk sprake van vrije tarieven voor programmatische en/of innovatieve zorg (S2 en S3). De NZa gaat een prestatie met een maximumtarief vaststellen in navolging van de uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) uit 2016, die hen daartoe verplicht voor het

vrije markt. Het blijft een raar fenomeen dat de marktmeester die de markt goed moet laten werken concurrentiegevoelige informatie gaat verspreiden. Daarom zal men terughoudend zijn met het openbaar maken van onderliggende informatie, zoals onderzoeksprotocollen, database en uitgangspunten. Dat is jammer, want die openheid is wel gewenst wanneer partijen of derden de berekeningen willen verifiëren.

Transparantie noodzakelijk

Juist bij programmatische zorg zou de transparantie extra groot moeten zijn. Er zijn immers aanzienlijke verschillen in de inhoud

Samenhang kostenonderzoeken wordt zichtbaar bij toetsing van het norminkomen van de huisarts

sico's toenemen door de hoeveelheid personeel in loondienst, de wet Deregulering Beoordeling Arbeidsrelaties (DBA) die meer risico's oplevert bij het inhuren van personeel, hogere risico's vanuit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) enzovoort. Daarnaast wordt er periodiek gepleit voor een manier om de bekostiging meer innovatievolgend en toekomstgericht te sturen, maar dat is in deze ronde niet het geval. Wel kan een NZa-antwoord op het NIVEL-onderzoek naar differentiatie van het inschrijftarief om recht te

geval een aanbieder zonder contract S2 zorg wil leveren. De NZa worstelt met de vraag hoe zij op basis van de juiste data moet komen tot een goede prestatiebeschrijving met een passend tarief. De NZa moet bovendien een duidelijke en zo gedetailleerd mogelijke omschrijving maken, zodat verzekeren weten wat de zorg in segment 2 inhoudt en welk tarief daar tegenover staat. Zeker als er elementen in voorkomen die mogelijk onder het eigen risico vallen. De keerzijde is dat dit tarief zorgverzekeraars inzicht geeft in de tarieven in een

van de zorg. De zorg wordt echt niet overal conform de afgesproken zorgprogramma's gecontracteerd. Denk aan podotherapie, het medisch-specialistisch consult of de medicatiereview. En ook afspraken over het weerstandsvormen of BTW-risico's uit het verleden zullen onderdeel van het onderzoek moeten zijn, want anders vergelijken we appels met peren.

Daarbij komt nog dat de NZa het onderzoek zelf uitvoert, omdat – aldus de NZa – het voor hen een grotendeels onbekende populatie is en het daarom



Nederlandse Zorgautoriteit



moelijk is een onderzoeksbureau een duidelijke onderzoeksopdracht te geven. Bovendien is er enige haast geboden en zouden interacties met het onderzoeksbureau te veel extra doorlooptijd vergen. De NZa laat de uitkomsten wel valideren door een accountant. Dat geldt echter niet voor de uitgangspunten en beleidsmatige keuzes die gemaakt zijn in het onderzoek. Hoe bepaalt de NZa de reikwijdte van de prestatie? Hoewel er een begeleidingscommissie is waar InEen, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH) en Paramedisch Platform Nederland (PPN) in deelnemen, blijft dit een vraagteken.

Gelukkig bestaat er altijd de mogelijkheid om door middel van een WOB-verzoek (Wet Openbaarheid Bestuur) nadere informatie en de database op te vragen. De auteurs van dit artikel beraden zich hierover. Als alles volgens

planning verloopt, is er ook voor ketenzorg zonder contract voor 1 juli 2017 een prestatie en een tarief vastgesteld. VGZ anticipeert hier al op door aan te geven dat dit gebruikt zal worden als *fallback*-scenario. Dat treedt in werking wanneer de verzekeraar er niet uitkomt met de zorggroepen en gezondheidscentra.

Organisatie & Infrastructuur

Op de achtergrond speelt de module Organisatie & Infrastructuur (O&I), die per 2018 wordt ingevoerd (zie het artikel op pagina 6). Nadat ZN, VWS, InEen en LHV overeen waren gekomen meer eenduidigheid te brengen in de overhead van de eerstelijnszorg, schoof de NZa als toehoorder aan tafel. Vanuit dat overleg zijn handbreedtes opgesteld en heeft een impactanalyse plaatsgevonden. Hoewel er geen harde cijfers bij de NZa terecht zijn gekomen, heeft dit onderzoek de NZa ongetwijfeld extra inzichten opgeleverd in de uitkomsten van de huisartsenbekostiging.

Samenhang

Uiteindelijk bestaat er natuurlijk samenhang tussen de twee kostenonderzoeken en de uitkomsten van de module O&I, inclusief het wettelijk kunnen terugvorderen van te hoge inkomsten. Die samenhang wordt zichtbaar bij het toetsen van het norminkomen van de huisarts. Dit is voor 2017 vastgesteld op €130.860,68 en wordt via drie systemen verdiend: via gereguleerde tarieven in S1, via de ketenzorg in S2 en via S3 – waarvoor nog altijd een contractvereiste geldt. Tot nu toe met vrije tarieven in S2, maar straks wellicht dus ook via vaste ketenzorgtarieven voor diabetes, COPD en CVRM.

Duidelijk is dat de NZa met de kostenonderzoeken en als toehoorder in het O&I-traject gecombineerde inzichten verkrijgt, die haar in staat stelt om – achteromkijkend – haar rol als marktmeester in te vullen. Aan inzicht in de bekostiging van nieuw beleid voor de toekomst dragen dit soort kostenonderzoeken helaas niet bij. Zinvoller is de methode om als sector een normatieve praktijk vast te stellen om evidence based zorg te kunnen leveren en daarvan eerst zelf de kosten te berekenen. Is de sector binnenkort zo ver? Als er niets gebeurt, wordt de bekostiging steeds complexer. Voeg daar ook nog eens het eigen inkoopbeleid van de verschillende zorgverzekeraars bij en het resultaat is te voorspellen: een wirwar die zelfs voor experts lastig te doorgronden is. <<

Tekst:

Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns
Anton Maes, huisarts z.p.

Beeld: Thinkstock