

Datum : 04-2-2021
Aan : Deelnemers overleg Early Warning Systeem
Van : NZa
Betreft : Vergoeding huisartsen

Inleiding

Onlangs is de NZa benaderd door de huisartsen en zorgverzekeraars (ZK en VGZ), gekoppeld aan de ROAZ regio NH-FL. Zij zijn in een vergevorderd stadium van opzet en uitrol van een COVID Early Warning System. Hierbij krijgt de huisarts aan de voorkant van het zorgpad rondom de COVID-patiënten een sterkere rol in de voorspelling van de belasting van het regionale zorgsysteem. Door de dagelijkse aanlevering van de profielen van positief geteste patiënten aan de landelijke NL-COVID registratie, wordt het mogelijk om de verwachte zorgvraag in de ziekenhuizen beter te voorspellen. In de bijlage voegen we een separate notitie toe die is opgesteld door de aanvragers, waarbij dieper op het "hoe" en "waarom" wordt ingegaan.

In een aantal oriënterende gesprekken is met de aanvragers verkend welke mogelijkheden bestaan om de huisarts te vergoeden voor de inspanningen die geleverd worden bij deelname aan dit systeem. Een vergoeding wordt nodig geacht door zorgverzekeraars én aanbieders om de participatiegraad in een regio snel op voldoende hoog niveau te krijgen. Alleen dan kan het systeem functioneren.

De aanvragers hebben aangegeven behoefte te hebben aan een in landelijke regelgeving vastgelegde betaaltitel. Dit met twee hoofdargumenten:

- De inhoudelijke afspraken worden gemaakt op ROAZ-regioniveau. Dit verband heeft geen financiële connectie met de huisartsen. De regionale samenwerkingsstructuren die deze connectie wel hebben, overlappen niet noodzakelijkerwijs met de ROAZ-verbanden. Dit maakt regionale financiële afspraken in dit geval complex. Regionale afspraken met individuele huisartsen zijn in principe mogelijk via S3 (resultaatbeloning), maar zou tot veel individuele contractaanpassingen leiden en daarmee bureaucratie aan zowel de zijde van aanbieders als verzekeraars tot gevolg hebben rondom dit initiatief.
- Bij succes zou dit initiatief relatief snel uitgerold kunnen worden in andere regio's. Hierbij gaat het helpen als vooraf helder is hoe de vergoeding is ingericht. Per regio opnieuw onderhandelen met de preferente zorgverzekeraars zou het proces namelijk (onnodig) vertragen.

We willen graag met u de discussie aangaan in hoeverre de opname van een uniforme betaaltitel in de landelijke regelgeving op brede steun kan rekenen. In dit memo pellen we een aantal aandachtsgebieden verder af, die als leidraad voor de discussie kunnen dienen.

Randvoorwaarden

De NZa wil dergelijke initiatieven graag zo veel mogelijk faciliteren. Inmiddels is echter wel duidelijk geworden dat hierbij vanuit de NZa vooralsnog *niet* wordt uitgegaan van inzet op een overkoepelende landelijke blauwdruk, gekoppeld aan het landelijk zorgportaal. Het initiatief en de wijze van inrichting van een dergelijk early warning systeem wordt daarmee inhoudelijk aan de ROAZ-regio overgelaten.

Om die reden zoeken we naar een eenvoudige vergoedingsmethode voor de inspanning van de huisarts, zonder inhoudelijk scherp af te bakenen aan welke randvoorwaarden deze inspanning van huisartsen precies te voldoen hebben. Het voorstel is dan ook om slechts één randvoorwaarde te stellen aan de declaratie van deze prestatie. Als op ROAZ-niveau door alle relevante partijen, zowel aanbieders als betrokken verzekeraars, overeen wordt gekomen dat de inzet van dit systeem regionaal toegevoegde waarde heeft, mag de huisarts de landelijke prestatietitel in rekening brengen. Dit in lijn met de regeling zoals deze vorig jaar voor OPEN is geïntroduceerd, waarbij ook een regionaal akkoord randvoorwaardelijk is gesteld voor de declaratie van een landelijk vastgestelde titel.

Vraag 1:

Kunt u instemmen met de vaststelling van slechts één declaratievoorwaarde, namelijk dat er op ROAZ-niveau commitment is van alle relevante partijen, inclusief betrokken verzekeraars, dat de inzet van het early warning system regionaal toegevoegde waarde heeft?

Techniek

In de verkennende gesprekken zijn verschillende bekostigingsopties langsgelopen, uitgaande van de volgende uitgangspunten:

- Bij voorkeur een landelijke, door de NZa vastgestelde vergoedingsregeling;
- Passend binnen de privacyregelgeving;
- Beperkte administratieve lasten;
- Een regeling die huisartsen stimuleert om deel te nemen aan het systeem en om voor alle patiënten met een positieve testuitslag de registratie te voltooien;
- Een regeling die rekening houdt met verschillen in werklast tussen huisartspraktijken ('loon naar werken' door verschillen in praktijkomvang en verschillen in aantal positief geteste patiënten).

In eerste instantie werd ingestoken op een separate declaratie per registratie op naam van de patiënt. Deze bekostigingsoptie viel echter snel af. Enerzijds omdat de gemoeide tijd per registratie relatief kort is (1 tot 2 minuten) en de gemoeide tijd per declaratie hiermee eigenlijk niet in verhouding staat tot de tijd die met de declaratieafwikkeling gemoeid is. Anderzijds en nog belangrijker, omdat hier privacy-issues gaan spelen. De verzekeraar ontvangt namelijk een nota per positief geteste patiënt, zonder dat de patiënt actief om zorg heeft gevraagd.

Daarmee resteert een vergoedingsmethode waarbij via een opslag op het inschrijftarief de kosten omgeslagen worden over de gehele ingeschreven populatie. Deze benadering omzeilt het privacy-issue. Na het aflopen van een aantal varianten blijven twee opties over die voldoen aan de bovenstaande uitgangspunten:

1. Meerdere, door de NZa vastgestelde moduletarieven (bv. staffels laag, middel, hoog). De huisartspraktijk declareert één van de tarieven, waarbij de keuze voor één van de tarieven wordt bepaald door de uitkomst van de berekening:

(WERKELIJKE AANTAL REGISTRATIES PER KWARTAAL OF PER JAAR / TOTAAL AANTAL
INGESCHREVEN PATIËNTEN)

De uitkomst valt dan binnen één van de staffels (staffels bv. vastgesteld op basis van een aantal registraties per 1.000 patiënten).

Afhankelijk van deze uitkomst wordt bijvoorbeeld een factor 0,5 of 1,0 of 1,5 gekoppeld aan de hoogte van het moduletariaf per ingeschreven verzekerde patiënt.

Voordeel:

- Enkele vastgelegde betaaltitels zonder differentiatie daarbinnen. Relatief eenvoudig af te wikkelen door verzekeraars.

Nadeel:

- Op voorhand moeilijk in te schatten waar zinvolle afkadering van de staffels gaat liggen. Volledig afhankelijk van de ontwikkeling van het aantal besmettingen;
- Introductie van grensgebieden, waardoor discussies ontstaan indien uitkomst net boven/onder grens in eindafrekening valt.

2. Eén, relatief hoog door de NZa vastgesteld maximumtarief voor de gehele populatie, waarbij de praktijk zelf een tarief berekent op basis van het werkelijk aantal registratiehandelingen:

AANTAL REGISTRATIES PER KWARTAAL OF PER JAAR / AANTAL INGESCHREVEN PATIËNTEN

Deze variant is vergelijkbaar met de berekening door de huisartspraktijk van het NZa-moduletariaf POH-GGZ bij afwezigheid van een overeenkomst met de zorgverzekeraar.

Voordeel:

- Komt het meest tegemoet aan de werkelijke belasting van de huisarts.

Nadeel:

- Administratief complexer. Huisarts moet o.b.v. rekentool eigen declaratietarief bepalen. Zorgverzekeraar wordt geconfronteerd met vele verschillende tarieven op dezelfde prestatiecode.

Vraag 2a:

Kunt u zich vinden in de keuze van een vergoedingsmethode als opslag op het inschrijftarief waardoor de kosten worden omgeslagen over de gehele ingeschreven populatie?

Vraag 2b:

Ziet u aanvullende voor-/nadelen die de keuze voor één van beide varianten beïnvloeden?

Controle

In beide varianten moet nog worden uitgewerkt op welke wijze en hoe intensief de controle op de declaratie van de huisartsen door de zorgverzekeraars kan / moet worden ingericht. Ergens in het systeem zal voor de huisarts een totaaloverzicht van het aantal registraties inzichtelijk moeten worden gemaakt, die dit ook aan de zorgverzekeraar ter controle overhandigd. De huisarts zal voorsnog de enige zijn die inzichtelijk heeft wat het totaal aantal registraties over zijn totale populatie ingeschreven patiënten is en wat het totaal aantal ingeschreven patiënten op het moment van declaratie is. De verzekeraar heeft namelijk alleen inzage in het eigen aandeel ingeschreven verzekerden. Het is nog niet helder hoe dit er in de praktijk uit moet zien. In het geval van OPEN is hier achter de schermen een vrij complex controlesysteem ingebouwd. Het is de vraag of dat hier ook benodigd is en hoe dat eruit zal moeten zien.

Vraag 3a:

Wat is uw idee over de wijze waarop en hoe intensief de controle op de declaratie moet worden ingericht? Wat moet er nog worden ingeregeld om hierover meer comfort te hebben?

Vraag 3b:

De verzekeraar checkt achteraf eenmalig de door de huisarts opgegeven waarden. Is dat te doen? Welke uitvoeringsproblemen voorziet u?

Niet ingeschreven patiënten

Dan nog een klein aandachtspunt: de systematiek via een opslag op het inschrijftarief gaat tot knelpunten leiden voor praktijken die een relatief groot aandeel kent van patiënten zonder inschrijftarief (gemoedsbezwaarden, onverzekerden etc.). In het geval van OPEN is hiervoor een complexe U-bocht geïntroduceerd om ook hier voor de huisarts een vergoeding mogelijk te maken. Het is de vraag of we een dergelijke U-bocht (via incidentele opslagen op consulttarieven) in dit geval ook nog moeten willen introduceren. Dit wordt een aandachtspunt in de verdere technische uitwerking. Mogelijk omzeilen we dit probleem door de vergoeding voor het aantal werkelijk verrichtte registraties uit te smeren over het totaal aantal patiënten waarvoor daadwerkelijk een registratietarief in rekening wordt gebracht. Via deze weg wordt echter wel een deel van de kosten voor niet ingeschrevenen / niet verzekerden omgeslagen over de ingeschreven verzekerde populatie. Afhankelijk van de omvang van de declaraties moet nog worden gezien of dit problematisch gaat worden.

Vraag 4:

Heeft u op dit gebied al inzichten die we mee kunnen nemen in de verdere technische uitwerking?

Tarief, opbouw

Voorzichtige eerste verkenning: Inschatting van de tijdsbesteding is 1 tot 2 minuten per registratie. In de uitwerking van het tarief kan hiervan worden uitgegaan, gekoppeld met de tariefonderbouwing van een kort consult. Bijvoorbeeld: in een kort consult kunnen gemiddeld drie registraties worden doorgevoerd. De tariefonderbouwing voor de hoogte van de tariefopslag zou dan in de orde van grootte kunnen liggen van 5,26 euro (prijspeil 2021) per 3 registraties, dus € 1,75 per registratie. Waarbij we voornamelijk de mogelijkheid openhouden om dit om te slaan in een afrekening per staffel. De inzichten uit de praktijk bieden de komende periode als daadwerkelijk gestart is de mogelijkheid om dit bij te schaven.

Macrokosten

De hoogte van de macromeerkosten als gevolg van de introductie van de vergoeding voor deze inspanningen zijn op dit moment vrijwel niet in te schatten. Dit is namelijk volledig afhankelijk van de ontwikkelingen van het aantal besmettingen en de mate waarin er een uitrol over meerdere regio's plaats heeft. De zorgverzekeraars zitten hier volledig aan het stuur per regio om te beoordelen of hier sprake is van zinvolle uitgaven en of de kosten opwegen tegen de baten. Het gaat wel helpen om op voorhand comfort te bieden over de wijze waarop deze kosten separaat als corona-uitgaven kunnen worden bestempeld in relatie tot de calamiteitenregeling, en/of deze meerkosten separaat kunnen worden beschouwd als een overschrijding van het BKZ een discussie wordt.

Inschatting declaratie vooraf vs. achteraf o.b.v. van werkelijke inspanning

In de vooroverleggen concluderen we dat het wenselijk is de daadwerkelijke uitkering van de geldelijke middelen verderop in het jaar, of wellicht in het begin van volgend jaar plaats te laten vinden. We stellen daarmee voor de declaratietitel vorm te geven als een (hopelijk) eenmalige eindafrekening op een later moment over de gehele periode vanaf nu tot aan moment van afrekening. Dat maakt dat de administratieve belasting rondom deze regeling eenmalig is, en niet per kwartaal terugkeert.

Dat geeft ook de mogelijkheid om de technische inregeling van de betaaltitels verderop in het jaar definitief vast te leggen. Hiermee kunnen we de komende periode uitkomsten verzamelen vanuit de pilots, zodat meer inzicht wordt gekregen in de omvang van het volume. Dit biedt de mogelijkheid nog aanpassingen te kunnen doen op de (wijze van) waardering van de tijdsbesteding op basis van praktijkinzichten.

Daarbij is het wel van belang dat vooraf (nu) helder wordt gemaakt hoe de vergoeding gaat verlopen en wat de orde van grootte van vergoeding per handeling (per registratie of per staffel) gaat zijn. Waarbij vooraf een slag om de arm kan worden gehouden over mogelijke toekomstige aanpassingen die nog worden doorgevoerd als gevolg van de praktijkinzichten in de komende periode. En mogelijk kan het inzicht in homogeniteit van het aantal registraties per praktijk een keuze in uitwerking per "staffel" of per "registratie" nog beïnvloeden.

Vraag 5:

Op welke wijze gaan we het een en ander bekrachtigen zonder dat de NZa nu al een beleidsregel en tariefbeschikking hierover kan opstellen? Is een gezamenlijk nieuwsbericht met vermelding van de algemene lijn, vergoedingswijze en tariefhoogte hiervoor een mogelijkheid?