

Het geld volgt de zorg... een beetje



De Eerstelijns beschouwt substitutie al jarenlang als het hoofdthema van de eerstelijnszorg. Het is een belangrijke randvoorwaarde om het groeiende volume de baas te kunnen. Wat vindt De Eerstelijns van de substitutiebrief van minister Schippers van oktober 2015?

In de substitutiebrief wordt verwezen naar de substitutiemonitor. In het “Onderhandelaarsresultaat eerste lijn” (16 juli 2013) is hier al over gesproken en nu worden aan de resultaten, nadat er al zorg is verplaatst, de eerste budgettaire consequenties gekoppeld. Dat is 2,5 jaar na dato en slechts ruim een jaar voor de afloop van het hoofdlijnenakkoord. De minister noemt de uitkomsten voldoende solide. Maar wat is dat? De substitutiemonitor is gebaseerd op de contractafspraken die de zorgverzekeraars hebben gemaakt, maar niet op de realisatie. Het zegt nog niets over het gerealiseerde volume.

Aanzienlijke overschrijding

Er wordt voor 2016 een verschuiving voorgesteld van 24,9 miljoen euro: 10,9 miljoen voor huisartsenzorg en 14 miljoen voor multidisciplinaire zorg. Dat is 0,1 procent van het budget van de tweedelijnszorg van 23 miljard. Dat doet abso-

De POH-ggz in S1

De POH-ggz is een groot succes. Steeds meer huisartsen, inmiddels zo'n zeventig tot tachtig procent, besluiten om een POH-ggz aan te stellen. Er is geen wezenlijke beperking meer in volume door het nieuwe NZa-uitgangspunt per 2016: 1 fte POH-ggz op 1 fte huisarts. Echter, NZa heeft het voor urenuitbreiding benodigde budget niet berekend. De huisarts zal zich dus met de regelgeving van het MBI wel drie keer bedenken alvorens uit te breiden. Dat verhoogt de druk op de praktijk, want de volumeplafonds in de ggz en het eigen risico van de patiënt bij verwijzing basis of specialistische ggz, zorgen ervoor dat de patiënten bij de huisarts blijven ‘hangen’. Kortom, er is dus al heel veel substitutie in de ggz, zoals dat ook te zien is in de Substitutiemonitor van juli 2015 (KPMG, zie pagina 7). Als alle huisartsen, dus ook de resterende twintig procent, een POH-ggz inzetten, is alleen daarvoor al 25 miljoen euro extra nodig. Uit de laatste ZiN-kostencijfers blijkt

Huisartsen betalen de substitutie uit het segment dat bedoeld was om prestaties mee te financieren en innovaties mee te stimuleren

luut geen recht aan de substitutievolumes die in de praktijk worden gerealiseerd in de diabetes, COPD en CVRM. Mede omdat de huisarts na ingrijpen van de NZa, S2 nodig heeft om ruim twintig procent van de praktijkkosten te betalen en twintig procent van het inkomen te genereren, zijn er meer huisartsen toetreden tot zorggroepen, zijn meer huisartsen alle zorgprogramma's gaan uitvoeren en zijn zorgverzekeraars nu ook meer zorggroepen gaan contracteren voor alledrie de programma's. Het volume dat deze nieuwe contractafspraken genereert, zorgt in potentie voor een veel grotere toename van S2, waardoor bij Q1 en Q2 al een aanzienlijke overschrijding waar te nemen is. Het adagium is dus: het geld volgt de zorg... een beetje!

dat met name de M&I-uitgaven fors zijn gedaald. Daarnaast heeft de huisarts in S1 te maken met steeds meer thuiswonende ouderen die extra inzet vragen. Zo is de financiering voor de Specialist Ouderengeneeskunde in de thuissituatie niet geregeld en kent de wijkverpleging omzetplafonds. De huisarts werkt niet met omzetplafonds. Maar daar dreigt altijd de inzet van het MBI om de overschreden volumes te vertalen in lagere tarieven, en de meerkosten terug te vorderen.

Prestaties en innovaties

Op de tekentafel krijgt S3 circa tien procent van het macrobudget huisartsenzorg, maar er is geen enkel zicht op de afgesproken prestaties en vooral innovaties van de zorgverzeke-



*Als alle huisartsen
een POH-ggz inzetten,
is alleen daarvoor
al 25 miljoen euro
extra nodig*

raars. Alleen de optelsom van alle zorgverzekeraars is bekend en laat een flinke onderschrijding zien over Q1 en Q2. Dat budget wordt dus niet besteed aan prestaties of innovaties, maar kan door de zorgverzekeraars worden ingezet om de overschrijdingen in S1 en S2 mee aan te vullen. Dan betalen de huisartsen de substitutie dus uit het segment dat bedoeld was om prestaties mee te financieren en innovaties mee te stimuleren. Of dat nu de bedoeling was?

Eén procent

Op basis van een bredere analyse kunnen we stellen dat er te weinig budget is om het groeiende volume het hoofd te bieden. Het enige positieve is dat er een eerste stap is gezet

in de richting van wat echt nodig is: het verschuiven van een substantieel budget van de ziekenhuizen en ggz naar de eerstelijnszorg. Niet 0,1 procent van het tweedelijns budget, maar het bedrag dat overeenkomt met de kostprijs van de naar de eerste lijn te verplaatsen zorg. <<

*Anton Maes, huisarts en financieel adviseur
Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns*