

Globale plannen zorgverzekeraars op 1 april gepubliceerd

Wat brengt het zorginkoopbeleid 2018?

Wat valt op in het zorginkoopbeleid voor de eerste lijn, dat recent is gepubliceerd door de vier grote zorgverzekeraars Zilveren Kruis, VGZ, CZ en Menzis? De Eerstelijns analyseert hun plannen voor huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg, farmacie, fysiotherapie en wijkverpleging.

De zorgverzekeraars moeten het zorginkoopbeleid ieder jaar op 1 april publiceren en doen dat trouw. De uitwerking op onderdelen volgt later, omdat de tijd tussen het afronden van de evaluatie 2016 en het publiceren van het beleid voor 2018 gewoon te kort is.

Het concept dat de zorgverzekeraars voor 2018 hanteren, is min of meer hetzelfde als dat voor 2017, al is het taalgebruik wat aangepast. Terugnemende begrippen in het beleid 2018 zijn klantwaarde, zinnig, doelmatig en *good practices*. Goed is goed genoeg? Ook nieuw is de focus op de regio in de eigen kernwerkgebieden. Betekent dit dat de verzekeraars elkaar vaker automatisch gaan volgen? Het vormgeven van de zorg gebeurt per regio, geen blauwdrukken, maar wel kaders. Hoe dat zal uitpakken, is op dit moment niet duidelijk.

Er worden in 2018 beperkingen gesteld aan de niet gecontracteerde zorg (lagere vergoeding) en aan kleine contracten (op basis van een minimumbedrag of aantal FTE). Per discipline is dit anders, afhan-



waarde opgenomen. Ook hierbij zijn er verschillen per discipline. Bij een aangepast of hard plafond zullen zorgaanbieders een verwachte overschrijding van het volume al in Q1 moeten aangeven om te zorgen dat ze zich juridisch hebben ingedekt. Ook een redelijkheids/billijkheidsclausule kan nodig zijn.

Voor de wijkverpleging zijn er afspraken over niet planbare zorg. Dat probleem is in het nieuwe inkoopbeleid dus erkend. Of dit ook tot de juiste vergoeding leidt, is nog afwachten, maar het is een belangrijke stap. In de farmacie zien we enerzijds 'oud' preferentiebeleid en anderzijds 'nieuw' beleid dat inzet op farmaceutische zorg. In zijn algemeenheid valt op dat klantervaringen een belangrijkere rol krijgen, wellicht als gevolg van de trend naar persoons-

gerichte zorg en discussies over kwaliteitsindicatoren.

Huisartsen-/multidisciplinaire zorg

De programmatische zorg voor chronisch zieken lijkt door zorgverzekeraars ter discussie te worden gesteld. In het zorginkoopbeleid wordt een voorbehoud gemaakt of openlijk aangegeven dat de ziektespecifieke benadering wat de zorgverzekeraars betreft wordt ingeruild voor een persoonsgerichte benadering. Zorgverzekeraars geven daarbij aan dat de chronische zorg voor 2018 met de bestaande zorggroepen gecontracteerd zal worden. Dat roept de vraag op of er geen behoefte is aan het inkopen van ketenzorg bij de individuele huisarts, waar de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een tarief voor aan

Goed is goed genoeg?

kelijk van de positie van de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. De doorleverplicht is bij sommige disciplines verdwenen, aangepast (bij overschrijding van het plafond krijgt men een ander tarief) of nog steeds als harde voor-

het ontwikkelen is. En wat betekent dat voor 2019? Alle zorgverzekeraars vermelden de module Organisatie & Infrastructuur (O&I), zonder er harde toezeggingen over te doen. De O&I module sluit op zich goed aan bij de ingezette koers van regionalisering en het versterken van de basisinfrastructuur en ook op de aansluiting van het sociaal domein het versterken van de

het meest opvallende aan het zorginkoopbeleid van 'de grote vier'. eHealth, zelfzorg en gestandaardiseerde informatie-uitwisseling zouden juist een speerpunt van beleid moeten zijn en zorgaanbieders zouden moeten worden uitgedaagd om hier initiatieven op te ontplooiën. De afgelopen jaren is er fors overgehouden op het macrobudget huisartsen- en multidisciplinaire zorg.

ziekenhuizen en GGZ. In de afgelopen kabinetsperiode zijn 60.000 intramurale bedden in de ouderenzorg wegbezuinigd. Ouderen die voorheen die bedden hadden bezet, zijn geabsorbeerd door de eerstelijnszorg en thuiszorg. Dat zijn gemiddeld twaalf kwetsbare ouderen per huisartsennormpraktijk! Waarom dan nu nog moeilijk doen over een kostendekkende ouderenmodule?

Zorgverzekeraars focussen op de regio in hun kernwerkgebied

as huisarts-wijkverpleegkundige. In de loop van 2017 wordt duidelijk of de financiering voor O&I doorgaat. Voor 2018 wordt in ieder geval al flink geëxperimenteerd met de module praktijkmanager in de huisartsenpraktijk.

Substitutie, indexering en eHealth

Substitutie van het medisch-specialistisch circuit, wat moeten we ervan verwachten? Zorgverzekeraars zijn terughoudend bij het concreet maken van hun beleid. Voor fysiotherapie biedt de terugkeer van bepaalde behandelingen in het basispakket – zoals claudicatio – perspectief, maar verdwijnt die zorg dan ook echt uit de ziekenhuizen? Zorgverzekeraars broeden op nieuwe methoden, zoals shared savings bij een hogere omzetsdaling dan afgesproken. Dat lijkt voor de komende jaren de trend te worden. Dan wordt er echter niet snel budget vrijgespeeld. Zorgverzekeraars lijken ook – deels terecht – te aarzelen aan de kracht van de eerstelijnszorg. Het vragen van een stevige eerstelijnsorganisatie met een breed mandaat van de huisartsen is een nieuwe trend, die in bepaalde regio's een versnelling kan gaan bieden. Substitutie blijft een van de hoofdpijndossiers. Te voorspellen zonder substitutiemonitor!

Maar misschien is het ontbreken van een expliciete eHealth-paragraaf wel

De financiële ruimte ligt er dus wel. Zonder innovatie van zorgprocessen en paradigmaveranderingen lopen we op den duur toch vast. Nu er enige economische groei is, moeten we deze goed benutten om de zorg waar mogelijk te digitaliseren.

Verwachtingen 2018 en 2019

De druk op de eerstelijnszorg neemt toe. De zorgvraag ook. En het budget is niet eenvoudig vrij te spelen uit de

Daarnaast zal alleen al het aantal diabetes bij ongewijzigd beleid van 0,7 miljoen (2015) toenemen tot 1,2 miljoen (2030)¹. Het effect laat zich raden. Tussen 2010 en 2015 is het aantal chronische patiënten in segment 2 meer dan verdrievoudigd: van 0,5 naar 1,6 miljoen. Daarmee zijn de kosten uiteraard ook fors gestegen. En de vraag blijft toenemen. De zorgverzekeraars zetten vijf jaar geleden nog in op een integrale DBC en volledige consultbekostiging in de huisartsenzorg. Door de toename van het volume en de complexiteit, zullen zij nu eerder streven naar een zo hoog mogelijke vorm van een abonnementstarief. Daarmee dek je het effect van het stijgende volume beter af. De productieprikkel wordt verminderd, maar de huisarts heeft wel personeel in dienst en het is zeer de vraag of de



Een expliciete eHealth-paragraaf ontbreekt in het inkoopbeleid van 'de grote vier'.

kosten en risico's van de huisartsenpraktijk kunnen worden afgedekt met een lumpsum-bekostiging. Aangezien de LHV niet meer over de tarieven mag onderhandelen, is de huisarts afhankelijk van de individuele contracten die via de elektronische portalen van zorgverzekeraars worden aangeboden. Zonder onderhandeling. De zorgverzekeraars beschrijven het belang van de huisarts, maar de *proof of the pudding is the eating*. Ofwel: gaan ze er ook redelijk voor betalen?

Zorgzwaartebekostiging biedt wellicht perspectief voor integrale bekostiging, maar wat is precies de zorgzwaarte? Is dat de huidige zorg opgedeeld in categorieën of is dat de zorg die objectief nodig is? En wie bepaalt dat? Speelt de context een rol, net als bij wijkverpleegkundige zorg (worden de mogelijkheden voor mantelzorg – of bij de huisartsen zelfzorg – meegenomen in de zorgzwaarte indeling)? En wie gaat de zorgzwaarte vaststellen? We zullen toch niet teruggaan naar een indicatieorgaan?

ANW-zorg en achterstandswijken

Tot slot zijn er nog wat andere heikele dossiers. Financieel specialist Anton Maes, huisarts np, opperde al eerder dat voor de ANW-zorg ook een (segment-)oplossing moet komen. De marktscan die de NZa in 2017 uitvoert zal hier nadere duiding aan geven. En vanuit de achterstandswijken wordt nadruk-

Programmatische zorg voor chronisch zieken lijkt ter discussie te worden gesteld

kelijk om een heroriëntatie gevraagd. De continuïteit van de zorg voor grote concentraties complexe patiënten loopt daar gevaar. Zorgverzekeraars vangen deze geluiden natuurlijk ook op en beraden zich op nieuwe bekostiging. Voor 2018 is dat mede gezien de demissionaire staat van het kabinet en vigerende wet- en regelgeving te laat, maar voor 2019 zal in overleg met VWS, NZa, ZN, LHV en InEen de bekostigingsdiscussie weer losbarsten, zo is de verwachting. Het is dan wel de vraag of de driedubbele ondernemersklem zal worden opgelost: het macrobeheersinstrument, tariefsverlaging na een kostenonderzoek en de toegenomen ondernemersrisico's door extra personeel. <<

Tekst: Jan Erik de Wildt, directeur de Eerstelijns
Foto's: Thinkstock

Duimen voor een koude zomer



Het weer kan deze zomer weleens van grote invloed zijn op de problemen in de wijkverpleging. Als het langdurig mooi weer wordt, komen er net iets meer ouderen in gezondheidsproblemen dan bij gematigd weer, zo leert de ervaring. En dat kan problemen opleveren.

Problemen kunnen ontstaan doordat de productieplafonds die zorgverzekeraars hebben ingesteld gaan knellen. Bovendien zijn er te weinig wijkverpleegkundigen van niveau 4 en 5. En in de zomerperiode kan er minder worden teruggevalen op mantelzorgers en burens, omdat die elders vakantie vieren.

Overdag en 's nachts

Bij de overgang van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Wet langdurige zorg (WLz) zijn 60.000 bedden in de ouderenzorg wegbezuinigd. Daardoor heeft een huisartsenpraktijk gemiddeld twaalf extra (kwetsbare) ouderen. De effecten daarvan zullen we voelen deze zomer.

Nu al hebben huisartsen op sommige momenten en in sommige regio's de grootste moeite om crisisbedden te vinden. De verpleeghuizen zitten vol, eerstelijnsbedden zijn er (nog) onvoldoende en er is te weinig deskundig wijkverpleegkundig personeel om thuis de complexe ondersteuning te bieden die nodig is. Dat levert niet alleen overdag problemen op, ook de druk op de ANW-zorg en spoedeisende hulp zal tijdens een warme zomer toenemen.

Krantenkoppen

Slecht weer kan mijn voorspelling teniet doen. Dit jaar duim ik voor een koude zomer, maar de kans is groot dat ik over een paar maanden de krantenkoppen kan retweeten...

Jan Erik de Wildt,
directeur De Eerstelijns

Reageren? Mail naar je.dewildt@de-eerstelijns.nl