



Hoofdpijnenakkoorden en macrobudgetten:



Het macrobudget voor huisartsen voor 2018 staat vast. Het hoofdpijnenakkoord is met een addendum voor een jaar verlengd. Maar wat betekent dit voor de kernfuncties in de eerste lijn? We vroegen het de vier grote zorgverzekeraars. In dit artikel zoomen we in op huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (MDZ). In de volgende Eerstelijns analyseren we de bekostiging van de wijkverpleging.

De macrobudgetten per deelsector worden gepubliceerd in de Rijksbegroting. Ze geven de ruimte aan die volgens de regering beschikbaar is voor zorg in 2018¹. De macrobudgetten worden vastgesteld op basis van de prognoses over de ontwikkeling van de zorgvraag en vaststelling van zorgkosten. Deze worden afgezet tegen de algemene economische ontwikkeling en de inkomensontwikkeling en met indexering van prijzen en lonen. Het bepalen van de groeiruimte is dus een ingewikkeld proces.

Kader voor huisartsen

Opbouw budget huisartsen- en multidisciplinaire zorg 2018	Substitutieruimte
	Indexering lonen en prijzen
	2,5% groeiruimte
	2016*

* Cijfers 2017 nog niet beschikbaar; uitgangspunt zijn de cijfers 2016.

Voor 2018 bedraagt het budget voor huisartsenzorg (2999 miljoen) en multidisciplinaire zorg (495 miljoen) samen 3,5 miljard euro. In bovenstaande tabel is de opbouw hiervan weergegeven. De groeiruimte 2018 voor huisartsenzorg en MDZ samen is 164,6 miljoen. Dit is exclusief de indexering 2018 en substitutieruimte (75 miljoen). Het is nu aan partijen om zorg te contracteren. De zorgvraag zal toenemen² en de kosten worden bepaald door de prijs x het volume. De zorgverzekeraars kunnen met kaders schuiven, bijvoorbeeld ziekenhuizen & medisch-specialistische zorg en huisartsen & multidisciplinaire zorg, maar in de praktijk gebeurt dit zeer beperkt. Ook binnen het makro-kader huisartsen en multidisciplinaire zorg op het onderdeel innovatieve zorg (S3) zijn verzekeraars terughoudend. De redenen die zorgverzekeraars hiervoor geven zijn kleinschaligheid, onvoldoende onderbouwing, het ontbreken van een positieve business case vooraf, dubbele financiering en/of verschil van mening over het innovatief karakter van de aanvraag. Uit de jaarlijkse huisartsen contractering monitor van

NIVEL in opdracht van InEen blijkt dat het niet contracteren van innovatieve projecten een belangrijk aandachtspunt is.

Om te weten wat zorgverzekeraars gaan doen, is het inkoopbeleid³ dat voor 1 april 2017 is gepubliceerd richtinggevend. De verfijning vindt vaak later plaats met steun van beleidsregels van de NZa (begin juli 2017). Ook geven de NZa-kostenonderzoeken input. Met gesprekken krijgt het zorginkoopbeleid verder vorm. Verder is er een landelijk hoofdpijnenakkoord (1 juni 2017) waarin partijen de speerpunten van beleid overeenkomen. Ook is de module Organisatie & Infrastructuur met bijbehorende betaaltitels vastgesteld, waarmee partijen afspreken te investeren ter versterking van eerstelijnszorg per 2018.

Verzekeraars aan het woord

Om zicht te krijgen op de inzet van de zorgverzekeraars heeft de Eerstelijns de vier grote zorgverzekeraars vragen gesteld over hun inkoopbeleid ten aanzien van huisartsen- en multidisciplinaire zorg. Alleen zorgverzekeraar VGZ heeft geen reactie gegeven. Daarom is voor dit artikel door de auteur op basis van hun zorginkoopbeleid van 1 april en de aanvullingen van juli 2017 een interpretatie uitgewerkt.

VRAAG I

Het macrobudget huisartsenzorg is in 2015 en 2016 onderschreden. Over 2017 zijn er nog geen definitieve resultaten. Kan achteraf worden vastgesteld dat zorgverzekeraars te voorzichtig hebben ingekocht de afgelopen jaren?

REACTIES VERZEKERAARS

Zilveren Kruis (ZK): Het makro-kader is de budgettaire ruimte die de minister ieder jaar reserveert en beschikbaar stelt voor de inkoop van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg die naar verwachting nodig is in het betreffende jaar. Voor de daadwerkelijk benodigde zorg in dat jaar maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderling afspraken. Zilveren Kruis heeft in 2015 en 2016 de beschikbare groeiruimte volledig benut. Hoe de uitgaven van Zilveren Kruis zich verhouden tot het makro-kader is voor Zilveren Kruis niet inzichtelijk omdat wij alleen zicht hebben op onze eigen uitgaven.



de consequenties in de praktijk



Menzis: Menzis geeft jaarlijks meer uit aan huisartsen- en multidisciplinaire zorg. Huisartsenzorg is daarmee een sector die jaar op jaar groeit (in tegenstelling tot andere sectoren). Het inkopen van zorg laat Menzis hand in hand gaan met de vraag van onze klanten, de druk op de premie voor onze klanten en het productaanbod dat door zorgaanbieders wordt aangeboden. Het is een misverstand dat alle macrokaders altijd volledig moeten worden uitgenut; tenslotte berekenen zorgverzekeraars de uitgaven aan zorg door in de premie aan hun klanten.

CZ: Het macrokader is de budgettaire ruimte die de minister ieder jaar begroot in de Rijksbegroting en als maximumbedrag ziet in het kader van het toepassen van een eventuele macrokorting bij overschrijding. Voor de daadwerkelijk benodigde zorg in dat jaar maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderling afspraken, zodat aan de wettelijke zorgplicht wordt voldaan. CZ heeft zowel in 2015 als in 2016 voldoende en passende huisartsenzorg ingekocht voor haar verzekerden. De groei in de kosten die hiermee gepaard is gegaan, komt redelijk overeen met de groei die landelijk verwacht werd. Wij zijn daarom niet van mening dat wij de afgelopen jaren te

voorzichtig hebben ingekocht. We monitoren dat ook voortdurend op basis van verschillende signalen, zoals klachten over toegangstijden.

Interpretatie VGZ: Bij het zorginkoopbeleid 2018 valt op dat er zowel op prijs als op volume wordt geknepen. Bij innovaties worden vrijwel onhaalbare voorwaarden gesteld. Op basis van het zorginkoopbeleid valt te verwachten dat de beschikbare macrobudgettaire groeiruumte niet wordt gerealiseerd.

CONCLUSIE

Hoewel er een onderschrijding is geweest van het macrokader huisartsenzorg, herkennen zorgverzekeraars ZK, Menzis en CZ zich niet in dat beeld. Helaas ontbreekt de reactie van VGZ in deze. Zorgverzekeraars maken via hun koepel wel afspraken in een hoofdlijnenakkoord, maar behouden bij de zorginkoop beleidsvrijheid. Om te voorkomen dat het hoofdlijnenakkoord alleen op papier en voor de buitenwereld meerwaarde heeft, is het gewenst dat bij een nieuw akkoord de individuele verzekeraars tekenen en dat er wordt gecontroleerd op naleving.

VRAAG 2

Voor 2018 wordt een groeiruumte van 2,5 procent voorzien, vermeerderd met de ruimte die ontstaat door de onderschrijding in 2017. Op welke aspecten van de huisartsen- en multidisciplinaire zorg (S1, S2 en S3) gaan zorgverzekeraars deze extra budgettaire ruimte benutten?

REACTIES VERZEKERAARS

Zilveren Kruis: Vanuit Zilveren Kruis zijn we in gesprek met huisartsen over de besteding van de groeiruumte voor 2018. Een eventuele onderschrijding van 2017 maakt hiervan geen onderdeel uit.

Menzis: Menzis houdt bij de inkoop rekening met een stijging van uitgaven aan huisartsenzorg, in lijn met de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord. Dit betekent dat de extra ruimte uit het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg beschikbaar is als aantoonbaar zorg wordt verplaatst. Belangrijk is dat deze zorg in omvang zo substantieel moet zijn dat verzekeraars dit ook bij bijvoorbeeld ziekenhuizen kunnen inhouden op de afspraken. Het gaat dan dus over significante aantallen patiënten, waarbij het eigenlijk altijd gaat om (grote aantallen) huisartsen die een vergelijkbaar aanbod doen, bijvoorbeeld op het gebied van zorg voor bepaalde doelgroepen. Helaas zien we dat het aanbod in samenwerking tussen grote aantallen huisartsen nog niet op alle plekken goed van de grond komt.





CZ: CZ heeft geen beleid om vanuit de Rijksbegroting het volume aan te contracteren zorg te bepalen. De benutting van het overheidskader kan geen doel op zich zijn. Wij zien echter wel dat er extra investeringen in de huisartsenzorg nodig zijn om de huidige knelpunten aan te pakken en de samenwerking in de eerste lijn te bevorderen. Wij zullen daarom, in lijn van de afspraken in het tussenakkoord, volgend jaar extra inzetten op:

- werkdrukverlaging door het bieden van extra mogelijkheden voor de inzet van een praktijkmanager;
- verbeteren van de afgestemde zorg voor kwetsbare ouderen door de Ouderenmodule onder de aandacht te brengen bij huisartsen die hier nog geen gebruik van maken;
- ondersteuning bij regionale opvolgingsproblemen (huisartsentekort);
- facilitering bij specifieke populatieproblematiek op wijk- en regioniveau.

Interpretatie VGZ: VGZ heeft zowel op prijs als volume (inclusie) en innovatie een streng inkoopbeleid opgesteld. Zo worden DBC's samengevoegd, waarbij er maar één keer gedeclareerd kan worden en worden maximale inclusiecriteria gehanteerd. Bij Verhoogd Vasculair Risico (VVR) wordt aangegeven dat het maximale tarief afhankelijk is van de doelmatigheidsafspraken die worden gemaakt. Er kan op basis van een menukaart extra variabel budget van maximaal 5 procent worden verkregen, waarbij gekozen kan worden uit een aantal doelmatigheidsafspraken die in andere sectoren tot besparingen leiden (farmacie, diagnostiek, ziekenhuizen).

CONCLUSIE

Met deze antwoorden is onze voorspelling dat het macrokader huisartsen wederom niet benut zal worden. Het eerste kostenoverzicht 2017 van toezichthouder ZiN bevestigt dit beeld. Bij VGZ is het zelfs de vraag of het beleid niet tot een verdere overschrijding van het macrobudget leidt. Daarnaast kan een overschot op het macrokader van het ene jaar niet worden meegenomen naar een volgend jaar. Met de kanttekening dat een dergelijk begrotingsbesluit bij de minister ligt en niet bij de verzekeraar. Tot slot wordt het door de NZa vastgestelde 'ketenzorgtarief zonder contract' gebruikt om de tarieven in S2 aan te passen. Vrije prijzen voor geïntegreerde zorg zijn een utopie als de substitutie vanuit de ziekenhuizen niet verzilverd kan worden. Een instroom van 3,5 procent chronisch zieken per jaar is onbetaalbaar. Een radicale maatschappelijk beweging op gebied van voeding, bewegen, roken, alcohol en drugs biedt een duurzamer perspectief.

VRAAG 3

De groeirimte in het addendum 2018 voor substitutie is bepaald op 75 miljoen. Eerder is de substitutie van zorg en budget (hoofdpijnenakkoord 2013 en substitutiemonitor 2015/2016) niet gelukt op basis van tripartite afspraken. Op welke wijze gaan zorgverzekeraars realiseren dat dit nu wel lukt?

REACTIES VERZEKERAARS

Zilveren Kruis: Het realiseren van substitutieafspraken is een verantwoordelijkheid van aanbieders in de eerste lijn, aanbieders in de tweede lijn en zorgverzekeraars. In ZN-verband wordt uitwerking gegeven aan de substitutie-afspraken van het hoofdlijnenakkoord. Ook ontwikkelen we op dit moment zelf een aanpak om hieraan invulling te geven.

Menzis: Dit is de verantwoordelijkheid van alle drie de partijen. Zoals gezegd kan Menzis wel geld beschikbaar stellen, maar zullen vooral dokters het onderling (tussen eerste en tweede lijn en huisartsen onderling) eens moeten zijn over het aanbod van zorg voor onze klanten. Dit is nadrukkelijk ook een verantwoordelijkheid van zorgaanbieders.

CZ: CZ vindt substitutie een belangrijk onderwerp. Dit blijkt ook uit de diverse projecten die momenteel lopen en de energie die wij hier binnen de proeftuinen, zoals in Zuid-Limburg en Zuidoost-Brabant, in hebben gestopt. Wij realiseren ons echter ook dat het een ontwikkeling is die niet is af te dwingen en dat wij bij het realiseren van substitutie afhankelijk zijn van gemotiveerde zorgaanbieders. Om de algemene knelpunten op het gebied van substitutie voor de zorgaanbieders op te lossen, is een landelijke taakgroep substitutie ingesteld. Deze bestaat uit vertegenwoordigers van de betrokken partijen. CZ wordt daar vertegenwoordigd door ZN. Op lokaal en regionaal niveau gaan wij met partijen in gesprek om te kijken of er substitutiepotentieel is (op basis van managementinformatie) en wat ervoor nodig is om deze substitutie van de grond te krijgen. Via onze afdeling Zorginnovatie zullen we daar waar succesvolle substitutie-trajecten gaan ontstaan, proberen deze te verspreiden.



Interpretatie VGZ: VGZ maakt onder meer de hoogte van de inclusiepercentages van zorgprogramma's afhankelijk van de tripartite substitutie-afspraken die zijn gemaakt. Zorggroepen, gezondheidscentra en InEen verzetten zich tegen de systematiek: immers een patiënt is geïndiceerd of niet en heeft recht op de zorg, ook al wordt daarmee de inclusie overschreden.

CONCLUSIE

Verzekeraars verwijzen naar alle drie partijen voor het realiseren van de subsidie en/of een landelijk ZN-initiatief. De ervaringen met substitutie leren echter dat het onzeker is of de afspraken wel worden geëffectueerd. Dit is nog een extra reden om ervoor te pleiten dat individuele verzekeraars zelf voor het maken van substitutieafspraken het hoofdlijnenakkoord ondertekenen. ZN legt de individuele leden geen verplichting op. Dit geldt overigens ook voor de LHV en InEen. Daarnaast is substitutie weliswaar een brede maatschappelijke wens, maar de verdiensten voor de huisarts zijn onduidelijk zolang het arbeidskostendeel van de huisartsenbekostiging niet is aangepast.

VRAAG 4

De module Organisatie & Infrastructuur (O&I) is mogelijk vanaf 2018. Op welke wijze gaan zorgverzekeraars deze module vormgeven?



REACTIES VERZEKERAARS

Zilveren Kruis: Dit is beschreven in ons inkoopbeleid. In 2018 continueren we de huidige afspraken. Tegelijkertijd richten we ons op het gesprek over de inrichting van de infrastructuur op wijk- en regionaal niveau.

Menzis: Menzis investeert al jaren heel veel in O&I in de eerste lijn. Zo hebben wij al een tijd een goed aanbod voor de praktijkmanager. Ook hebben wij goede afspraken met zorggroepen en eerstelijnszorgorganisaties over programma's voor onze klanten. Wij zijn daarmee voortdurend in gesprek en zien uit naar de dialoog met de eerstelijnspartijen over de meerwaarde van deze samenwerking voor onze klanten.

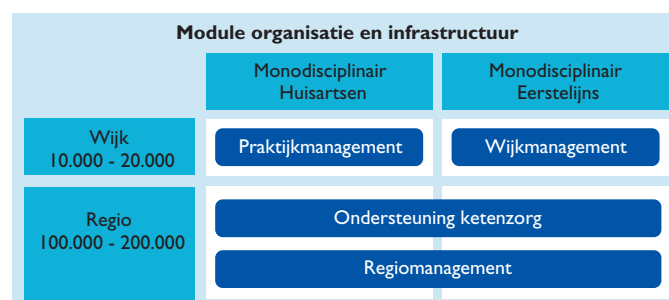
CZ: De huidige overeenkomsten ketenzorg lopen tot eind 2018 en de overeenkomst met de eerstelijnszorgorganisaties verbanden beogen met een jaar verlengd te worden. In 2018 onderzoekt CZ in overleg met de regionale/ lokale zorgaanbieders welke organisatie- en infrastructuurafspraken bij kunnen dragen aan betere en doelmatige zorg. CZ zal alleen die initiatieven contracteren die expliciete meerwaarde bieden en waarbij de resultaten in verhouding staan tot de investeringen. Wij zullen hierin constructief, maar wel kritisch op effectiviteit richting de patiëntenzorg acteren.

Interpretatie VGZ: VGZ geeft aan te starten met praktijkmanagement om de groeiende organisatie van de huisartsenpraktijken extra te ondersteunen. Daarnaast wordt aange-

geven dat zorggroepen een bepaalde (niet gedefinieerde) omvang moeten hebben om de juiste kwaliteit en efficiency van ondersteuning en organisatie te bereiken.

CONCLUSIE

In de adviesgroep O&I is afgesproken dat 2018 een overgangsjaar zal worden om te kijken of afspraken werkbaar zijn. Maar als zorgverzekeraars pas voor 2019 afspraken gaan maken, heeft een overgangsjaar geen effect. Daarnaast wordt nu nog niet duidelijk of zorgverzekeraars bereid zijn om in organisatie en infrastructuur van eerstelijnszorg te investeren en of men dan vooral inzet op wijk- of op regionaal niveau.



Voor de individuele huisarts kan in 2018 praktijkmanagement als zorgvernieuwing worden gecontracteerd in S3, zoals in de beleidsregel van de NZa is beschreven⁴. Echter S3 is niet toereikend voor inzet bij alle huisartsen. Daarnaast is het de vraag of dit nu innovatie is?!

Tot slot

Wat substitutie betreft, ligt de grootste nood op dit moment bij de zorg voor kwetsbare ouderen. Als hun zorg kan worden verbeterd door lokale samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen en specialisten ouderenzorg en er een eerstelijnsverblijf beschikbaar is, kunnen SEH-bezoeken en ziekenhuisopnames worden voorkomen. Dat is misschien wel de beste invulling van substitutie. Naast de 75 miljoen uit het akkoord is er voldoende budget beschikbaar als het geld uit de onderschrijvingen op het macrokader wordt besteed aan de zorg waarvoor deze met goedkeuring van het parlement is bedoeld. <<

Tekst: Anton Maes, huisarts z.p.

Foto's: Thinkstock



- 1 Goochelen met segmenten Maes & de Wildt De Eerstelijns november 2016 – Maatregelen voor het versterken van de eerstelijnszorg De Eerstelijns april 2017
- 2 Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018
- 3 Wat brengt het zorginkoopbeleid 2018? De Eerstelijns mei 2017
- 4 NZa beleidsregel 2018 pagina 39