

Bekostigingsmodel eerstelijnszorg

Versie 1.3

Inleiding

In juli 2013 is het eerstelijnsakkoord vastgesteld door VWS, ZN, LHV, LVG, VHN en LOK. Dit eerstelijns akkoord is de basis voor een nieuwe huisartsen en multidisciplinaire eerstelijns bekostiging voor de periode 2015 – 2017. Op basis van dit akkoord heeft De Eerstelijns een eigen opzet gemaakt voor de ontwikkeling van een bekostigingsmodel. Dit is voorgelegd aan een aantal deskundigen, wetenschappers en bestuurders uit de huisartsen- en eerstelijnszorg die hier een reactie op hebben gegeven.

Het is geen volledig uitontwikkeld conceptueel model, maar geeft inzichten en bouwstenen die gebruikt kunnen worden voor de discussie en definitieve vormgeving van een dynamisch groei-model voor bekostiging van de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Daarbij wordt ook rekening gehouden met de haalbaarheid in het implementatieproces op basis van knelpunten in het huidige bekostigingssysteem.

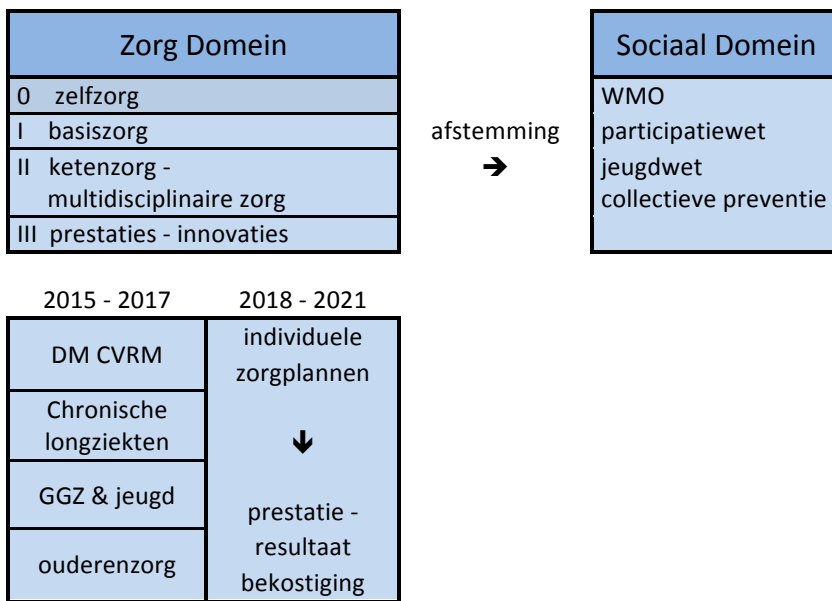
Het te ontwerpen systeem moet minimaal aan de volgende eisen voldoen:

1. De toegevoegde waarde voor de patiënt is leidend, niet de waarde voor de professional of organisatie. Professionele zorg is aan de orde als zelfzorg niet mogelijk (meer) is.
 - a. De bekostiging stimuleert de patiëntenzorg naar de optimale mix van kwaliteit, kosten en klantervaring cq Triple Aim.
 - b. De bekostiging ondersteunt een perspectief over de gewenste ontwikkelingsrichting; zoals substitutie of zelfzorg.
 - c. Bekostiging is een middel om gewenst gedrag te belonen en een gewenste ontwikkeling te stimuleren en vice versa.
 - d. Het bekostigingssysteem moet zo robuust en eenvoudig mogelijk zijn. Bureaucratie en overhead moeten beperkt blijven.
 - e. De bekostiging moet fraudeproof zijn, maar niet uitgroeien tot administratieve overbelasting (de zogenaamde Actal toets, ofwel het beperken van de regeldruk).
 - f. De bekostiging van de huisartsenzorg en eerstelijnszorg hangt samen met andere bekostiging in het zorg- en sociale domein en moet dus in de ontwerpfase in samenhang worden gezien.
 - g. De bekostiging van de huisartsenzorg en eerstelijnszorg vraagt vanuit de inhoud van de zorg een verbinding met de bekostiging van wijkverpleging, farmaceutische zorg en acute zorg
 - h. De herstructurering van zorg & welzijn zijn processen met een reikwijdte > 3 jaar; in dit voorstel wordt een globale doorkijk gegeven naar de bekostiging 2018 – 2021.

Specifiek ten aanzien van de segmenten 1, 2 en 3 wordt opgemerkt dat schuiven tussen de segmenten tot ongewenste onderlinge concurrentie van de basiszorg, chronische zorg en prestaties/innovaties kan leiden. Dit wordt ten stelligste ontraden.

2. Conceptueel model en opbouw

Het concept wordt eerst in zijn geheel gepresenteerd en vervolgens in de te onderscheiden onderdelen. Per onderdeel worden opmerkingen, uitgangspunten en vragen gepresenteerd. Ten opzichte van het eerstelijns akkoord is segment 0 zelfzorg toegevoegd aan het bekostigingsmodel.



Algemene ontwikkelingen die invloed hebben op het bekostigingsmodel.

Het domein van de huisartsenzorg en de eerstelijnszorg wordt geconfronteerd met een groei van de gemiddelde zorgvraag naar schatting 15% - 20% in de periode 2015 – 2017¹. Dit komt door:

- substitutie vanuit de ziekenhuizen/medisch specialistische zorg naar de 1^e lijn
- vervangende specialistische zorg als de patiënt niet naar ziekenhuis of GGZ wil i.v.m. de verplichte eigen bijdrage in de ZVW (€ 360 prijspeil 2014).
- langer thuiswonende ouderen die een beroep doen op de huisartsenzorg & multidisciplinaire zorg
- ambulantisering en extramuralisering van de GGZ/jeugdzorg; beleidsdoelstelling gemiddeld 30% in 10 jaar
- chronische oncologische patiënten, autonome ontwikkeling van de eerstelijns zorgvraag ten gevolge van de vergrijzing.

Dit is bij ongewijzigd beleid. Wijzigingen in de hoogte van verplichte of vrijwillige eigen bijdrage kan voor veranderingen zorgen. Voor de periode 2018 – 2021 is het niet mogelijk

¹ ouderenzorg 8 – 10%; GGZ 5 – 6 %; jeugdzorg 2 – 3 %; vergrijzing 1 – 3%

om een concrete inschatting te maken, maar ook dan zal er eerder sprake zijn van een toename van de eerstelijnszorg dan een afname.

Deze toenemende zorgvraag kan gepareerd worden door zelfzorg, digitalisering, procesinnovatie, taakdifferentiatie, doelmatige afstemming met sociaal domein en specialistische circuits. Of door het beperken van de verzekerde zorg door verkleinen van het basispakket en/of invoeren van eigen bijdrage van eerstelijns patiënten. De eigen bijdrage in de ziekenhuizen en huisartsenposten heeft een remmend effect op de zorgvraag, maar de consequenties op kwaliteit van zorg van met name zwakkere groepen zijn nog niet te overzien. Een brede eigen bijdrage in de eerstelijnszorg of huisartsenzorg wordt daarom op de korte termijn niet bepleit, maar is wel als optie op te nemen in de systematiek van het bekostigingssysteem.

Daarnaast neemt de druk door de afstemming met het sociale domein toe. Door primaire taken en decentralisatie van taken naar de gemeenten, is de afstemming met het sociale domein juist in de eerstelijnszorg noodzakelijk. Gezien de belangen van de zorgverzekeraars wordt er voor gepleit dat de zorgverzekeraars de afstemming tussen het zorgdomein en sociale domein bekostigen. In de ZVW bedragen de kosten € 2098 per verzekerde per jaar (prijspeil 2012 CBS) en de kosten in het sociaal domein bedragen € 1091 per inwoner per jaar (prijspeil 2014 CBS).

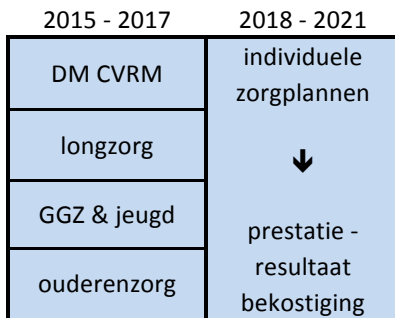
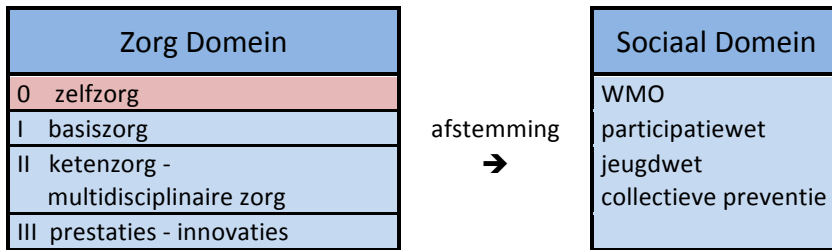
Bekostiging op drie niveaus:

- door in de bekostiging van huisartsen en wijkverpleegkundigen voldoende coördinatietijd op te nemen, die niet direct te koppelen is aan producten/prestaties (indirecte tijd)
- door op lokaal – regionaal niveau bestuurlijk overleg te faciliteren tussen eerstelijns organisaties (segment 2) en stakeholders uit het sociale domein (specifiek gemeenten) – de huidige inzet en werkwijze van ROS gelden NB voor de uitvoering van taken uit het sociale domein kan de gemeente zorgprofessionals wel inhuren, bijvoorbeeld bij de uitvoering van de jeugdwet
- bekostiging van de noodzakelijke infrastructuur voor de eerstelijnszorg (zie verder 3.2).

De uitwerking van het sociaal domein wordt verder achterwege gelaten in deze notitie. Wel wordt opgemerkt dat collectieve preventie een onderdeel van het sociale domein is, omdat dit niet gerealiseerd wordt in de ZVW en gereguleerde marktwerking met concurrerende zorgverzekeraars. Deze zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden daar ook niet meer op aangesproken. In ruil daarvoor verklaren zorgverzekeraars zich bereid om afstemming met het sociale domein te bekostigen.

3.0 Segment 0 zelfzorg

Methode resultaat of compensatiebeposting

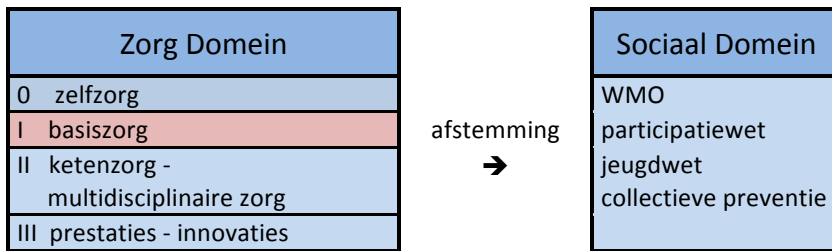


Het zorgdomein bestrijkt de ZVW. Het conceptueel model is uitgebreid met segment 0: zelfzorg. Door dit onderdeel te maken van een bekostigingsmodel kan een patiënt geprikkeld worden om eigen verantwoordelijkheid te nemen of gewenst gedrag te vertonen. De bekostiging is niet verder uitgewerkt, maar kan bijvoorbeeld bestaan uit kwijtschelden van een eigen bijdrage, het verdienen van vouchers voor niet de in het basispakket afgedekt zorg (fysiotherapie) of het opbouwen van een no-claim korting. Vanuit financieel perspectief moeten zelfzorg activiteiten in de keten voor besparing zorgen en zichzelf dus bekostigen. In de implementatiefase vraagt het tijdelijk voor extra investeringen en tijd om patiënten hiertoe aan te zetten en aanpassingen bij professionals, in praktijkorganisatie & ICT. Deze bekostiging kan tijdelijk plaatsvinden uit segment 3 innovatie.

Zelfmanagement en zelfzorg door patiënten zullen een nadrukkelijke plaats in de zorgprocessen moeten krijgen. Naast efficiency winst zal door gezamenlijke besluitvorming en betrokkenheid de therapietrouw en de uitkomst van de zorg kunnen verbeteren. Het individuele zorgplan is de basis voor maatwerk zorg. Dit bevindt zich nog in een eerste ontwikkelingsfase, is nog niet breed beschikbaar en kan pas in de periode 2018 – 2021 als basis voor bekostiging in de brede eerstelijnszorg gaan dienen.

3.1. Segment 1 basiszorg

Methode abonnementssysteem en aanvullend verrichtingen



2015 - 2017	2018 - 2021
DM CVRM	individuele zorgplannen ↓ prestatie - resultaat bekostiging
longzorg	
GGZ & jeugd	
ouderenzorg	

Inschrijving op naam (ION) is fundamenteel voor basiszorg. Naar verwachting 80% van alle patiënten in de huisartsenpraktijk heeft een basisgeneeskundige vraag. Daarvan wordt door watchfull waiting, enkelvoudige behandeling of advies > 90/95 % zelfstandig afgehandeld. Dat moet geborgd blijven in een nieuwe bekostiging. Daarbij is een abonnementssysteem met verrichtingen functioneel. In de overige 5 - 10% vindt verwijzing plaats binnen de eerste lijn, naar WMO of naar het specialistisch circuit. Segment 1 is de exclusieve deskundigheid van LHV en NHG.

In totaal 20% van de patiënten betreft chronisch zieken met vaak comorbiditeit, die in de eerstelijnszorg kunnen worden afgehandeld. Dit is onderdeel van S2.

Bekostiging

S1 is bekostigd op basis van gereguleerde tarieven. Op basis van inschrijftarief en consulten wordt hiermee in 2012 circa 72 % van de zorg in een huisartsenpraktijk bekostigd². Over S1 wordt momenteel niet onderhandeld. Zorgverzekeraars betalen de maximum tarieven. Alleen ten aanzien van M&I hanteren verzekeraars eigen tarieven. Probleem daarbij is dat er geen onderhandelingsdelegatie op collectief niveau is en er is ook geen individuele onderhandeling. Dit leidt tot eenzijdige tarieven die niet kostendekkend zijn³. Voorstel is om de tarieven in S1 te reguleren op landelijk niveau; het betreft dan abonnementstarief, consulten, visites, passanten tarieven (nader uitwerken). De Eerstelijns pleit voor behoud van een abonnement systeem en consulten in een verhouding 2/3 : 1/3. Daarmee is er een lichte prikkel op productie, maar is niet doorslaggevend. Door de verbeterde eenduidige registratie (ADEMD) waar de afgelopen jaren al sterk op is ingezet, is met behulp van extracties een vrij nauwkeurig inzicht te krijgen in de verrichtingen in de huisartsenpraktijk in S1. De mogelijkheid bestaat om binnen de structuur van deze opzet, te experimenteren met het

² NZa notitie bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2015 e.v paragraaf 2.3. 16 oktober 2013.

³ VGZ heeft voor 2014 de M&i spirometrie naar eigen inzicht verlaagd en achteraf toegegeven dat voor kwaliteitscontrole, aanschaf en onderhoud en opleiding geen kostencomponenten opgenomen.

afschaffen van consulten. De Eerstelijns is hier geen voorstander van, aangezien gemixte systemen in de juiste verhouding de beste garantie bieden op gewenst gedrag⁴.

Functie onderzoek m&i dat ook veelvuldig gebruikt wordt in de chronische zorg (spirometrie, ECG, 24 uur RR) kan dan in S2 gecontracteerd, gecontroleerd en kwalitatief bewaakt door eerstelijns organisaties. Hier kan kwaliteitswinst worden geboekt. Daarbij kan een maximum-, bandbreedte- of vrij tarief worden gehanteerd, mits op basis van reële kostprijzen worden gecalculeerd. En waar mogelijk opgenomen worden in de integrale bekostiging (zie 3.2). Nieuwe innovatieve M&I kunnen in S3 worden gecontracteerd tot uit praktijk- en wetenschappelijk onderzoek gebleken is dat dit een meerwaarde heeft (kosten – baten) en dan worden overgeheveld naar segment 0, 1 of 2.

Tarieven in S1 onder de maximum tarieven⁵ is vanuit kostenbeheersing interessant, maar aangezien er niet onderhandeld kan worden niet acceptabel. Daarnaast is er een dusdanige samenhang met S2 en S3 bekostiging dat dit niet haalbaar is. Tot slot is de basiszorg gebaat bij vastigheid die verder gaat dan 2 – 3 jarige contracten die in S2 en S3 aan de orde zijn. De maatschappelijke effecten van variabele tarieven in S1 zijn dusdanig dat deze onacceptabel zijn.

De Eerstelijns pleit voor S1 voor vaste tarieven door de NZa voor de looptijd van het convenant 2015 – 2017. Daarna kunnen tarieven worden beïnvloedt door kostenonderzoek of norminkomen en macrokaders, maar niet door individuele zorgverzekeraars. De LHV kan ten aanzien van kostenonderzoek voor evenwicht zorgen naar de NZA.

Macrobeheersinstrument (MBI)

Het MBI is van toepassing op S1, tenzij aangetoond kan worden dat er gewenste en gecontracteerde substitutie plaats heeft gevonden. De groeiruinimte is 2,5 % in 3 jaar. De autonome groei is de afgelopen jaren 3,3% per jaar⁶. Het budgettaire kader dreigt dus alleen al door autonome groei te klein te zijn. Daarnaast zal door de groei van 15 – 20% (zie 2.) het MBI volstrekt onvoldoende zijn. Bekostiging van deze groei in S1 zal dan ook leiden tot een correctie op de tarieven, terwijl er meer werk moet worden verricht. Dat is een uitzichtloze oplossing en remt alle ontwikkeling.

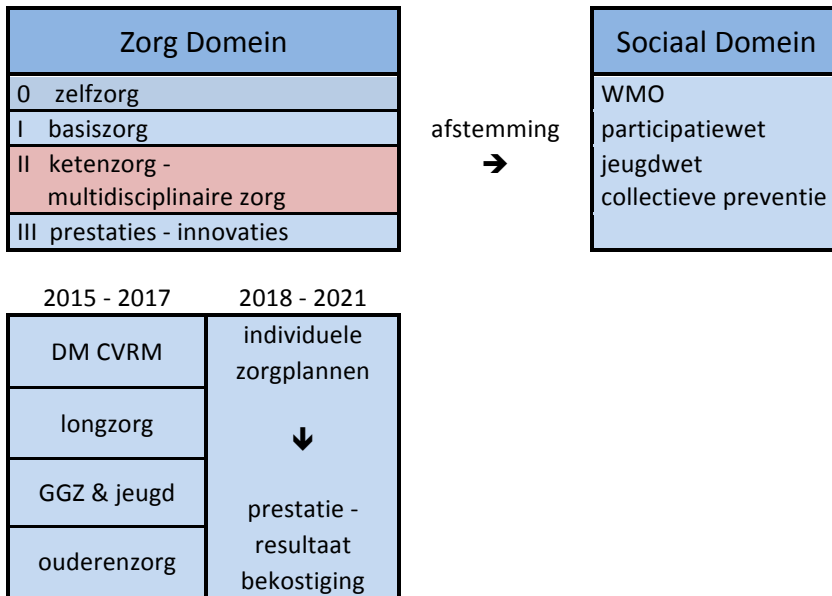
⁴ Wetenschappelijke onderbouwing opgevraagd .. 20 – 1 - 2014

⁵ Voorstel NZa in consultatiedocument dec 2013

⁶ A.Maes 2012

3.2. Segment 2 ketenzorg en multidisciplinaire zorg

Methode gebundelde bekostiging op basis van proces- uitkomstindicatoren



De evaluatiecommissie Integrale bekostiging⁷ heeft in 2012 geadviseerd om de integrale bekostiging door te ontwikkelen. Dat kan met name in S2. Ongeveer 20 % van de patiëntenpopulatie van de huisartsenpraktijk voldoet aan de inclusiecriteria voor een chronische aandoening⁸. Dit percentage zal op basis van de huidige inzichten na 2020 verder gestegen zijn. Het is van belang om dit goed te monitoren. Een deel van die zorg is programmatische zorg en kan deels worden gedelegeerd aan de POH of POH GGZ of doktersassistente. Maar bij GGZ en ouderenzorg is meer individuele zorg binnen een zorgnetwerk aan de orde.

In een beperkt aantal praktijken zijn verpleegkundig specialisten of NP inzetbaar. Daarnaast hebben deze chronisch zieken vaak gecoördineerde multidisciplinaire zorg nodig. Op niveau van een populatie > 50.000 verzekerden is de chronische zorg goed te sturen door landelijk gemiddelden, materiele controle van het medisch dossier en via patiënten vragenlijsten over de uitvoering. Een deel van deze mensen kiest er voor om geen gecoördineerde zorg te krijgen. Dan geldt het exclusie criterium: “geen geregelde zorg”. Ook geldt inclusie in specialistische zorg voor dezelfde aandoening als exclusie voor S2. Ook voor co-morbiditeit wordt gecorrigeerd. Door logische samenvoeging van zorgprogramma’s neemt de complexiteit af (zie 4.0).

Indien een geïncludeerde patiënt voor een andere aandoening dan het gecontracteerde zorgprogramma komt, dan vindt vergoeding plaats in S1.

De bekostiging betreft slechts een beperkt deel van de zorgketen en overhead voor coördinatie, contractering en implementatie. Individuele preventie maakt nadrukkelijk een onderdeel uit van de zorgprogramma’s en bekostiging in S2. De multidisciplinaire zorgprogramma’s kunnen in de breedte worden uitgebreid met eerstelijns diagnostiek,

⁷ commissie de Bakker 2012

⁸ diabetes 4%; CVRM 10%; COPD & astma 3%; kwetsbare ouderen 1%, GGZ 3%

farmaceutische zorg en een specialistisch consult. De NZa heeft hierover eerder positief geadviseerd. Daarmee wordt de integrale zorg en coördinatie & sturing in de zorgketen versterkt. De reden is kwaliteitswinst die met Farmacotherapeutisch Toets Overleg, Diagnostisch Toets Overleg en collegiale consultatie (huisarts – medisch specialist) geboekt kan worden en door gestructureerd kwaliteitsbeleid van eerstelijns organisaties ondersteund kan worden.

Bij gezondheidscentra worden huisvesting, samenwerking, management en ICT gefinancierd door de module GEZ. Deze kan vrijwel in zijn geheel onderdeel worden van S2 en is dan ook van toepassing op zorggroepen. Wel kan i.v.m. de breedte van het (functionele) zorgaanbod differentiatie plaatsvinden. Ook kunnen deze kosten (deels) verrekend worden als er tevens een andere organisatie bekostiging (zorggroep) is. Het ministerie van VWS faciliteert een onderzoek naar de noodzakelijke infrastructuur in de eerstelijnszorg (gebouwen, ICT, management, opleiding personeel) dat in het voorjaar 2014 moet zijn afgerond⁹. De resultaten moeten integraal onderdeel worden van de bekostiging in 2015 – 2017 en kan vergeleken worden met de infrastructuur van onderwijs (schoolgebouwen, management, ICT). Infrastructurele investeringen verhouden zich niet met 1 jaar contracten en freeriders. Bekostiging van de infrastructuur moet non-concurrentieel worden gerealiseerd, zoals dat ook het geval is met andere beschikbaarheidsfuncties in de gezondheidszorg als huisartsenposten of dienstenapotheken.

De GEZ houdt dan per 2015 op te bestaan. Waar nodig wordt een individuele maatwerk overgangsregeling getroffen tussen het gezondheidscentrum en de preferente zorgverzekeraar met een maximale looptijd van 3 jaar. Om de ongelimiteerde groei aan overhead te beperken kan een percentuele verhouding tussen overhead/zorgkosten worden aangebracht in het bekostigingssysteem. Dit vergt eenduidige registratie. Maar kan ook sturend zijn in de verantwoording, eisen aan organisatie, verplichtingen die aan een zorgorganisatie worden gesteld. Een tweejaarlijkse contracteercyclus levert al een aanzienlijke besparing op. Ook kan een maximum percentage beperking van de administratieve ballast afdwingen. Nieuwe regels alleen als vervanging van bestaande regels en standaardisatie van ICT uitwisseling zorgen er voor dat zorgprofessionals meer tijd aan zorgtaken kunnen besteden.

Contracteercyclus

De korte termijn-/verschillende visies en afwijkend zorginkoopbeleid van de zorgverzekeraars zijn het belangrijkste probleem in de huidige contractering¹⁰. De NZA moet meerjarige prijsafspraken mogelijk maken in segment 2 anders stellen meerjarige contracten niets voor¹¹. In de huidige beleidsregel mogen DBC prijzen maar voor 1 jaar worden vastgesteld. Intermitterende 2 jarige contracten (eerstelijnszorg oneven jaren en ziekenhuizen en GGZ even jaren) geven de mogelijkheid om jaarlijks in te spelen op substitutie, maar geven enige rust in de contractering. Daarnaast stelt het zorgverzekeraars ook in staat eerste- en tweedelijns zorginkopers in geïntegreerde inkoopteams te laten opereren en daarmee de substitutie afspraken te borgen. In segment 2 kunnen vrije tarieven

⁹ nadere omschrijving InEen

¹⁰ Links rijden of rechts rijden column De Eerstelijns nr 9 november 2013

¹¹ Beleidsregel Ketenzorg - Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type2, VRM, COPD).

worden toegepast. Aangezien in S1 gezuiverd is voor organisatiekosten is het noodzakelijk dat er in S2 integrale tarieven worden betaald.

Bekostiging

Een gereguleerd tarief voor S2 heeft als voordeel eenvoud, maar als nadeel eenduidigheid¹². Per patiënt zijn maar 1 of enkele tarieven beschikbaar. Als die niet passend zijn of de patiëntenpopulatie is afwijkend, krijg je compensatie vragen of gedrag. Gezien de lange termijn bekostiging op basis van cumulatieve individuele zorgplannen (zie 2018 – 2021), is een vrij tarief meer voor de hand liggend. Ook kunnen gereguleerde tarieven technologische- of proces innovaties remmen. Tot slot kunnen regionale- of lokale omstandigheden vaak minder goed tot uitdrukking worden gebracht in een gereguleerd tarief, alhoewel dat wellicht in segment 3 kan worden gecompenseerd (mits de verre ZV dat dan volgen). In deze visie wordt uitgegaan van een vrij onderhandelbaar tarief.

De NZa heeft in haar consultatiedocument aangegeven dat op basis van consulten het tarief in S2 verrekend zou kunnen worden. Dit is een ondermijning van de systematiek van integrale bekostiging, verhoogt de bureaucratie en wordt daarom ontraden.

De ervaringen in de praktijk van een meekijkconsult zijn niet optimaal. Vooral in academische ziekenhuizen (met loondienst specialisten) zijn er positieve ervaringen (UMC Maastricht), maar in andere situaties willen ziekenhuizen gecompenseerd worden voor de infrastructurele component of heeft men door alle wijzigingen in de ziekenhuis en/of specialisten bekostiging per 2015 de medewerking aan brede implementatie onthouden. Er zullen extra stimulerende maatregelen nodig zijn om het meekijk consult tot een succes te maken.

MBI

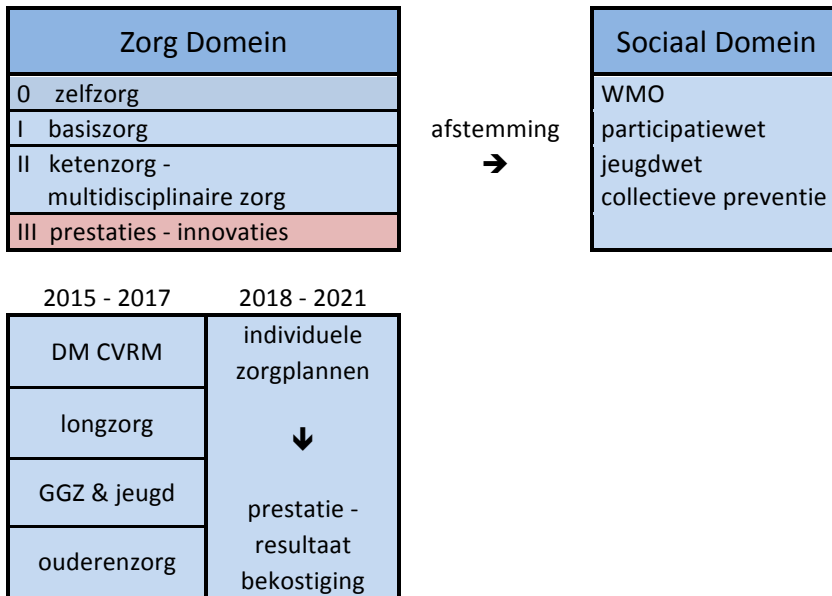
Het MBI is niet van toepassing op segment 2 als de zorgverzekeraars hiertoe met organisaties of individuele huisartsen contracten sluiten. Uitgangspunt is dan dat de zorgverzekeraar door middel van substitutie in het specialistisch circuit in zijn totaliteit voor lagere kosten zorgt. Echter de ontwikkeling van de substitutiemonitor stagneert en het ministerie van VWS is verzocht om de NZa het volume van de contractering 2014 en 2015 te meten en daarmee op hoofdlijnen de substitutiegraad te meten.

Het risico bestaat dat zorgverzekeraars liever in S1 contracteren. Immers dan worden via het MBI tarieven gecorrigeerd. Dit speelt nu al met de POH GGZ die veel ruimer kan worden ingezet, maar waarvoor de macrodekking onvoldoende is uitgebreid. Door het eigen risico van € 360 zullen ca 20/25 % van de patiënten weigeren naar de generalistische basis GGZ te gaan, zolang het eigen risico nog niet is gebruikt. Dit geeft een extra toeloop op de huisartsenpraktijk, die met POH GGZ kan trachten aan deze vraag te voldoen, maar hiermee door het MBI gecorrigeerd kan worden (zie 3.1. laatste alinea).

¹² Consultatiedocument NZa dec 2013

3.3. Segment 3 prestaties en innovatie

Methode prestatie-bekostiging



Segment 3 kent een vrij tarief. Dat is logisch omdat de bekostiging van de prestaties afhankelijk is van de resultaten. Bij innovaties zal in eerste instantie een inschatting plaats moet vinden van een tarief en vaak op basis van voor- en nacalculatie tot inzichten tot een reële onderbouwing van een tarief gekomen worden.

3.3.1. Prestaties

De NZa heeft 5 prestaties gedefinieerd: doelmatig verwijzen, -voorschrijven en -diagnostiek; bereikbaarheid en service. Deze begrippen moeten nog verder worden uitgewerkt, maar geven sturingsmogelijkheden om vanuit de basiszorg en keten/multidisciplinaire zorg substitutie en kostenbeheersing te bereiken in de ziekenhuiszorg, farmacie en diagnostiek. Van cruciaal belang is om hierbij de kwaliteit en klantervaringen integraal te meten, omdat het risico bestaat dat een eenzijdige oriëntatie op de kosten tot ongewenste neveneffecten als onder-behandeling kan leiden.

Het is aan te bevelen om dit segment qua volume te beperken. De bekostiging moet prikkelen, maar niet overprikkelen. Door het segment prestaties te begrenzen van 0 – 10% van het norminkomen van de huisarts¹³.

Daarnaast zal met inzet van het kwaliteitsinstituut gewerkt moeten worden aan echte zorguitkomst indicatoren. Doelmatigheid is met name prestatie op kostenbeheersing, maar zegt nog te weinig over kwaliteit.

3.3.2. Innovaties

Innovaties hebben een patroonmatig verloop. De huidige beleidsregel innovatie¹⁴ kent een maximale looptijd van 3 jaar. Dat geeft in de regel voldoende inzicht of er sprake is van een

¹³ De Ondernemende Huisarts in Eindhoven heeft samen met de zorgverzekeraars VGZ en CZ een transparantieproject uitgevoerd in 2005. De uitkomst was een prestatiebekostiging tot maximaal 11 % van het norminkomen van de huisarts.

¹⁴ NZa 15 februari 2013

effectieve en efficiënte innovatie. Voorgesteld wordt dan ook om de huidige systematiek dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars een innovatie aanmelden, de voorwaarden min of meer gelijk blijven aan de huidige voorwaarden en NZa/CVZ alleen globaal toetsen wordt voortgezet. Wel is het gewenst om de mogelijkheid te hebben om op basis van een positieve tussenevaluatie de innovatie voor een periode van 3 jaar te verlengen. Daarna zijn er de volgende mogelijkheden:

- de innovatie stopt
- de innovatie wordt aangepast, omdat het gewenste resultaat niet geheel bereikt is en niet verder uitgebreid
- de innovatie wordt omgezet in een prestatie in bij voorkeur ook in S0 en anders op basis van de kenmerken in S1, S2 of S3 onderdeel prestaties. Daarmee wordt het een onderdeel van een reguliere bekostiging.

Er vindt dan een soort cyclische innovatie plaats. Bij de beoordeling in welk segment een geslaagde innovatie kan worden ondergebracht kan tegelijk worden getoetst of de bestaande prestaties behouden moeten blijven of moet worden gestopt.

Nieuwe zorgprogramma's of nadere uitwerking, zoals bijvoorbeeld een module palliatieve zorg als onderdeel van een zorgprogramma ouderenzorg, kunnen ook vanuit segment 3 onder de noemer innovaties worden ontwikkeld.

3.3.3. Transitie en samenhang tussen segmenten

Transities tussen segmenten moeten mogelijk zijn. Indien in een bepaalde regio diabeteszorg bij een zorggroep in S2 is gecontracteerd, dan kan de POH-S in S1 worden gecorrigeerd door middel van een afslag van het gereguleerde tarief. De POH-S maakt onderdeel uit van de integrale bekostiging in S2. Hoe meer zorgprogramma's hoe groter de afslag. Daarmee wordt dubbele bekostiging voorkomen. Bij meerdere zorgprogramma's kan het gereguleerde tarief in S1 € 0,0 zijn. Indien patiënten met "geen geregelde zorg" of exclusie i.v.m. specialistische zorg wel een consult ondergaan in S1, dan kan in het kader van de verlengde arm huisarts worden gedeclareerd of er moet een minimale gegarandeerde bekostiging zijn in S1.

4.0. 2015 – 2017

2015 - 2017

DM CVRM
longzorg
GGZ & jeugd
ouderenzorg

Momenteel zijn er slechts 3 ketens formeel bekostigd: diabetes, COPD en CVRM. Andere zorgprogramma's zoals bijvoorbeeld astma, depressie, angst of ouderenzorg worden wel aangeboden, maar dan op basis van de beleidsregel innovatie. Bij de doorontwikkeling van de keten/multidisciplinaire zorg is een samenvoeging te overwegen van diabetes & CVRM en COPD & astma. En twee nieuwe groepen te definiëren GGZ inclusief jeugd en ouderenzorg. Door 4 hoofdgroepen te definiëren, bekostigen als integrale zorg en implementeren wordt een duidelijk perspectief voor de keten/multidisciplinaire zorg neergezet voor de komende 3 jaar.

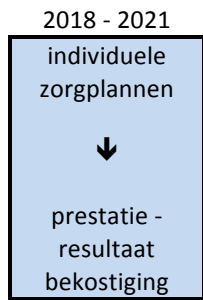
Op basis van de huidige contractering, zal op dit moment slechts circa 20% van de zorggroepen en gezondheidscentra deze programma's (op korte termijn) bieden. In deze organisaties kan in de periode 2015 – 2017 geëxperimenteerd worden met digitale individuele zorgplannen (IZP) die als basis kunnen dienen voor populatiebekostiging; bekostigd vanuit segment 3. Eind 2017 kan als doel worden gesteld om 80 % van de eerstelijns organisaties en gezondheidscentra de 4 hoofdprogramma's bieden.

Als ontwikkelingsperspectief (zie 1. uitgangspunten van de bekostiging) zijn er twee hoofdrichtingen: ten eerste de verbreding van de bestaande DBC's met eerstelijns diagnostiek, farmaceutische zorg en specialistisch consult (zie 3.2) of een verdieping door bijvoorbeeld ouderenzorg uit te breiden met een module palliatieve zorg of programma levenslange vraagstukken op basis van de module innovatie (zie 3.3.).

Een derde richting is de ontwikkeling van een nieuw zorgprogramma zoals bijvoorbeeld chronische kanker. Het ontwikkelen van een zorgprogramma & prestatie-indicatoren in combinatie met implementatie zal zeker 3 jaar in beslag nemen, maar kan als dit succesvol verloopt, onderdeel worden van S2.

Per regio kan een eerstelijns organisatie op basis van de patiëntenpopulatie, voorkeuren, affiniteit of ervaringen een eigen keuze maken in nauw overleg met de preferente zorgverzekeraars, maar is het noodzakelijk dat er een meerjaren perspectief is en verre zorgverzekeraars volgen. Variëteit hindert de ontwikkeling. Eigen keuzes door verschillende zorgverzekeraars leiden tot stagnatie van de implementatie en belemmeren de realisatie van deze ambitieuze beleidsagenda.

4.1. 2018 – 2021



De experimenten met digitale IZP en wetenschappelijke onderzoeken in de vorige 3 jaar periode¹⁵ leiden tot een bredere uitrol van populatie- of resultaatsbekostiging in deze periode. De cumulatieve IZP zijn de basis voor de bekostiging van de populatie. Er kan een samensmelting plaatsvinden met de bekostiging voor wijkverpleegkundigen, ook al kan in de periode 2015 – 2017 voor een bekostiging op basis van integrale prestaties zijn gekozen¹⁶. Voor het vaststellen van de populatie zijn er diverse opties. Het kan de gehele populatie betreffen, waar op basis van IZP en variabelen als SES, leeftijd, geslacht, etc een populatiebekostiging plaatsvindt. Een andere optie is alleen populatiebekostiging voor de chronische groepen en S1 voor de overige zorg. Een derde optie is een bekostiging vanaf bijvoorbeeld 68 jarige leeftijd. Daarmee kan een tweedeling in de ZVW worden gemaakt. Verzekerden tot en met 67 vallen onder de curatieve gereguleerde marktwerking en verzekerden en vanaf 68 wordt op basis van leeftijd een non-concurrentieele zorgverzekering van kracht. De hypothese daarbij is dat vanaf deze 68-jarige leeftijd de samenhang van zorg en sociale domein zo belangrijk worden dat de kwaliteit, doelmatigheid en klanttevredenheid van het collectief beter af is met een brede ouderen volks verzekering. De individuele keuzevrijheid voor de patiënt neemt dan af, maar daar staat beter afgestemde zorg % sociaal domein tegenover. Binnen eerstelijns organisaties kan het overstappen naar een andere zorgaanbieder juist vereenvoudigd worden.

5.0 Concurrentie of non-concurrentieele samenwerking van zorgverzekeraars

In segment 0 zijn zorgverzekeraars overeengekomen om non-concurrentieel samen te werken¹⁷. Daarmee wordt getracht om de ontwikkeling te versnellen en stimuleren. Segment 1 kan in principe in concurrentie tussen zorgverzekeraars worden uitgevoerd. Als het basispakket wel wordt gecontracteerd, maar de vergoeding verschilt, dan heeft dit beperkte impact op de zorgverlening. Toch is dit gezien de samenhang met S2 en S3 niet wenselijk en is een non-concurrentieele samenwerking eenvoudiger en logischer om in de komende periode(s) resultaten te bereiken. Vaste tarieven bieden rust om aan de ontwikkeling van S2 en S3 te werken. Dat sluit aan bij het eerstelijns akkoord.

Segment 2 en 3 lenen zich niet voor concurrentie. Als zorgverzekeraars besluiten om bepaalde zorg niet te contracteren, dan is de coördinatie niet goed mogelijk, de afstemming met het sociale domein niet haalbaar. Gepleit wordt voor het systeem van integrale bekostiging in S2 en prestatiebekostiging in S3. De preferente zorgverzekeraar contracteert

¹⁵ INCA model voor bekostiging en universiteit van Maastricht prof dr D. Ruwaard

¹⁶ Consultatiedocument overheveling extramurale verpleging naar ZVW NZA sept 2013

¹⁷ Coöperatie Zelfzorg Ondersteund 21 november 2013

de zorgorganisatie en de verre zorgverzekeraars volgen. Een alternatief is een vertegenwoordigingsmodel van de verre zorgverzekeraars (representatiemodel) met een eenduidige uitvoering.

Verschillen in bekostiging stagneren de ontwikkeling van de eerstelijnszorg en de afstemming met het burger inwonende georiënteerde sociale domein¹⁸. De complexiteit in de uitvoering draagt niet bij aan een adequate bekostiging.

Tot slot

De overeenkomsten en belangen van de betrokken partijen in het Eerstelijns akkoord zijn groot. Veel groter dan de verschillen. Ter ondersteuning van de evaluatie van implementatie van de bekostiging door betrokken partijen, kan overwogen worden om een onafhankelijke evaluatie commissie in te stellen.

De patiëntenorganisaties ondersteunen de ontwikkeling van de eerstelijnszorg en de politiek geeft de eerstelijnszorg een cruciale rol als fundament van een solidaire, toegankelijk, kwalitatief goed en doelmatig zorgsysteem. Op basis daarvan bestaat er vertrouwen dat de bekostiging vanaf 2015 een afspiegeling is van de ambities die de eerstelijnszorg krijgen toevertrouwd, maar alleen op basis goede randvoorwaarden waar kan maken. Het huidige macrokader en verschillen tussen zorgverzekeraars mogen daarbij geen knellend keurslijf worden.

Jan Erik de Wildt

De Eerstelijns januari 2014

¹⁸ Problemen door twee ordeningssystemen De Eerstelijns nr 4 februari 2014 (in press)