

Blik in de glazen bol: zijn de contr

De deadline voor de kopij van *De Eerstelijns* nummer 9 is 15 oktober. Het blad verschijnt rond 7 november. Dit artikel is dus glazen bollen-werk. Zullen op 19 november de contracteerperikelen in de huisartsen- en multidisciplinaire bekostiging zijn opgelost? Een vijftal mogelijke scenario's.

De partijen van het Eerstelijns Akkoord hebben elkaar op 2 oktober gesproken in het zogenoemd signaleringsoverleg. Dat vindt plaats als de uitvoering van het Eerstelijns Akkoord stagneert. De afspraken uit het akkoord zijn herbevestigd, maar komt dit tot uitdrukking in de contractering?

19 november D-day

Op 19 november worden de zorgverzekeraars door de NZa verzocht om de contracten met de zorgaanbieders op hun website te publiceren. Verzekerden krijgen op basis van deze informatie de kans om van zorgverzekeraar te switchen of de polis om te zetten in een restitutiepolis als de zorgaanbieder naar keuze niet gecontracteerd is. 19 November is nog geen wettelijke bepaling. Toch geeft het een beeld of zorgverzekeraars er in geslaagd zijn om voldoende zorg in te kopen en aan de zorgplicht te voldoen. InEen zal op 20 november een enquête uit laten gaan naar alle eerstelijns organisaties die zijn aangesloten om te achterhalen wat de stand van zaken is omtrent de contractering in S2/S3. De uitkomst zal gedeeld worden met de partijen van het Eerstelijns Akkoord.

De LHV zal vinger aan de pols houden bij de contractering in S1/S3. De regionale bijeenkomsten voor huisartsen zijn nu in volle gang en doen de nodige stof opwaaien. De LHV heeft een meldpunt contractering ingesteld. Afsproken is om de inkomenseffecten voor de individuele huisartsen te beperken, maar pas als de optelsom van S1, S2 en S3 kan worden gemaakt en er geen ondui-

delijkheden meer zijn, wordt dit echt inzichtelijk. Ook de LHV zal de datum van 19 november als D-day benoemen. Aangezien de individuele huisartsen niet door de LHV mogen worden ondersteund bij de onderhandelingen, is het aan de Eerstelijns Zorgmakelaar Geerts & Eldermans of hij zijn rol voor de huisartsen collectief heeft kunnen waarmaken of nog waar kan maken (www.eldermans-geerts.nl).

Ook de Vereniging van Praktijkhouders (VPH) heeft tegen de tariefbeschikking van de NZa bezwaar aangetekend. De VPH vindt dat in de nieuwe tariefstructuur in een (te) groot aantal prestatiebeschrijvingen het contractvereiste is opgenomen. En de tariefbeschikking zou in strijd zijn met het Europese recht. Deze bezwaarprocedure loopt nog.

Er is een vijftal scenario's mogelijk op het moment dat *De Eerstelijns* nummer 9 verschijnt:

Scenario 1

Aanpassen macro kader

Het eerstelijns gedeelte van het Budgettaire Kader Zorg (BKZ) is te krap voor de ambities en de groei van de eerste-



lijnszorg. Alleen al de autonome groei van de huisartsenzorg is sinds het bestaan van de Zvw 3,2 procent per jaar. Meer zorgprogramma's en meer huisartsen in zorgprogramma's, meer chronisch zieken, meekijkconsulten, uitbreiding en verdieping zorgprogramma's met bijvoorbeeld medicatiereview of psychologische zorg in een transmurale

Reactie zorgverzekeraars

De Eerstelijns heeft de vier grote zorgverzekeraars Achmea, VGZ, CZ en Menzis verzocht om aan te geven hoeveel procent zij vanuit het specialistisch segment naar het eerstelijns segment substitueren. Desgevraagd laten enkele zorgverzekeraars weten vanuit concurrentieoverwegingen dit niet bekend te willen maken, of dat het contracteringsproces nog in volle gang is, waardoor dit nog niet inzichtelijk is.

acteerperikelen opgelost?



Afgesproken is om de inkomenseffecten voor de individuele huisartsen te beperken, maar pas als de optelsom van S1, S2 en S3 kan worden gemaakt en er geen onduidelijkheden meer zijn, wordt dit echt inzichtelijk

DBC-ggz belasten het BKZ. Los van de effecten van de extramuralisering van de ouderenzorg, hernieuwde samenwerking en afstemming met de wijkzorg en de effecten decentralisatie naar gemeenten. En de innovatie als implementatie van zelfmanagement of individuele zorgplannen. Kortom: het BKZ past gewoon niet.

Het ministerie van VWS en ministerie van Financiën zijn verantwoordelijk voor de toekenning van het BKZ. Het totale kader zorg zal niet aangepast worden. De onderlinge verdeling kan boekhoudkundig op onderdelen worden aangepast. De minister heeft zich door alle akkoorden wel klem gezet en haar speelruimte beperkt. Het ministerie zal dus pas in beweging komen als de politieke druk te hoog oploopt. In de algemene beschouwingen op 18, 19

en 20 november kan de Tweede Kamer de minister ter verantwoording roepen. Hopelijk zal het niet zover komen dat de LHV en InEen het Eerstelijns Akkoord opzeggen en daarmee een bom leggen onder de kostenbeheersing in de zorg en de medewerking aan de decentralisatie naar de gemeenten.

Scenario 2

Overhevelen budget door substitutie

Zorgverzekeraars hebben de ruimte om binnen het totale curatieve budget te schuiven van de ziekenhuizen en ggz naar de eerstelijnszorg. De productie in de ziekenhuizen kent in zijn algemeenheid een forse daling van naar schatting -7 procent. Door het eigen risico van de patiënten, de invoering van de verwijskaat, steeds kortere ligduur en de invoering van de DOT die dubbele decla-

raties verhindert, is de (administratieve) productie gekelderd. Zorgverzekeraars kunnen deze ruimte benutten om de extra eerstelijnszorg te bekostigen. Het macrobudget voor medisch-specialistische zorg bedraagt 22 miljard. Eén procent is 220 miljoen. Als zorgverzekeraars dit herbestemmen in de eerstelijnszorg, neemt het makro kader in de huisartsen- en multidisciplinaire zorg toe met circa tien procent tot ruim 2,6 miljard. Hiermee is voldoende ruimte voor 2015 om de extra ambities waar te maken.

Scenario 3

Voorschieten

Zorgverzekeraars hebben nog geen keiharde cijfers van 2013 en 2014. Dat betekent dat ze niet zeker weten of ze bovenstaande bezuiniging in de ziekenhuizen en ggz gaan behalen. Boven-

dien zullen ziekenhuizen aanvoeren dat zij vaste kosten hebben, technische innovaties, nieuwe behandelingen of omzetgaranties hebben afgesproken. Dan zullen zorgverzekeraars hun verantwoordelijkheid moeten nemen en het adagium “geld volgt zorg” waarmaken. In 2013 twitterde Andre Rouvoet als directeur van Zorgverzekeraars Nederland: “Het kan niet zo zijn dat ziekenhuizen en medisch specialisten betaald worden voor werk wat ze niet doen.” *De Eerstelijns* twitterde in reactie daarop: “Het kan ook niet zo zijn dat de eerstelijnszorg extra werk gaat doen en hiervoor niet betaald wordt.”

Zorgverzekeraars hebben een eigen vermogen van 8,3 miljard (DNB 2013). Dit is meer dan twee keer de wettelijke reserve die De Nederlandse Bank voorschrijft. De zorgverzekeraars zijn de selectieve inkoop aan het professionaliseren en zullen de ziekenhuizen de komende jaren in ieder geval moeten korten voor de substitutie. In Nederland staan ziekenhuisbedden leeg. Dat geldt ook voor aanpalende infrastructuur. Ook in de specialistische ggz is een capaciteitsreductie ingezet met een beoogde bezuiniging van 600 miljoen per jaar.

Het is aan de zorgverzekeraars om met de zorginkoop de capaciteit te reduceren en het budget waar nodig te alloceren of premies minder hard te laten stijgen. Dat is *the licence to operate*.

Scenario 4

Ramkoers

Huisartsen en eerstelijns organisaties tekenen geen of nauwelijks contracten. LHV en InEen zeggen het Eerstelijns Akkoord op. AHOY loopt vol met huisartsen die de medewerking opzeggen, vooral vanwege de toenemende werkdruk en het feit dat men het beu is om als afvalputje voor de transitie gebruikt te worden. Kamervragen en politieke onrust leiden tot een verharding van de standpunten en schaden de relatie wellicht voor jaren. In het kielzog van de actievoerende huisartsen en eerstelijns organisaties ontstaat een maatschappelijk debat over de snelheid en complexiteit van alle veranderingen. Een uiterst ontvlambare en risicovolle politieke situatie. Minister Schippers zal dit te allen tijde willen voorkomen, omdat daarmee haar politieke ambities als partijleider van de VVD schade oplopen.

Scenario 5

Contracten en afspraken

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben een zelfde analyse gemaakt: de eerstelijnszorg en zorgverzekeraars zijn aan elkaar verbonden. De eerstelijnszorg krijgt extra ruimte en geeft garanties over de resultaten. Er worden twee- of meerjarencontracten gesloten en de rust wordt hersteld. Om de noodzakelijke maatschappelijke veranderingen te realiseren en de patiënten/verzekerden niet in de kou te laten staan, sluiten de partijen elkaar in de armen. Men zoekt oplossingen om de ambities de komende jaren waar te kunnen maken. Huisartsen en multidisciplinaire organisaties zetten zich vol in om in 2015 een start te maken om ook ggz en ouderenzorg op te pakken, de transparantie te vergroten, en uitkomstresultaten te verbeteren. Maar ook de jeugdzorg en decentralisatie-effecten op te vangen en de wijkverpleegkundige alliantie vorm en inhoud te geven en tegelijk nog innovaties door te voeren. In 2016 en 2017 worden voorbereidingen getroffen voor de zorgprogramma's chronische kanker en levenseindebegeleiding en de uitrol van het digitale individuele zorgplan te realiseren. Een enorme uitdaging die alleen met adequate randvoorwaarden aangeaan kan worden.

Tot slot

Als het gezond verstand zegeviert, wordt optie 5 bewaarheid, omdat de andere opties uiteindelijk veel minder aantrekkelijk of zelfs schadelijk zijn. Waar dan uiteindelijk de middelen vandaag worden gehaald is minder relevant. Zelfs met een gedeelde visie over de toekomstige ontwikkeling van de (eerstelijns)zorg wacht er een grote opgave voor de eerstelijnszorg. Worden de randvoorwaarden niet geschapen en de contracteringsvraagstukken niet opgelost, dan is de schade zonder glazen bol voorspelbaar. <<

Jan Erik de Wildt, Anton Maes

