

# Highlights uit het zorginkoopbeleid 2017

**Traditiegetrouw hebben de zorgverzekeraars voor 1 april hun zorginkoopbeleid voor 2017 bekendgemaakt. Met een slag om de arm, omdat belangrijke stuurinformatie nog ontbreekt. De Eerstelijns legde de plannen naast elkaar. Wat valt op?**

Zorgverzekeraars moeten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) hun zorginkoopbeleid voor het aankomende jaar op 1 april bekendmaken. De zorgverzekeraars houden zich hier keurig aan. Dat is eigenlijk helemaal niet zo eenvoudig. De evaluatie van het jaar 2015 moet namelijk nog grotendeels plaatsvinden. Waarom zijn verzekerden overstapt? Wat heeft dat voor een effect op het gemiddelde profiel van de zorgkosten? Gemiddeld is zeven procent van de verzekerden geswitcht, maar hoe is dat per zorgverzekeraar? Ook zijn nog niet alle zorgkosten per deelgebied bekend. Met name die van medisch-specialistische zorg en dat is nu juist de grootste kostenpost. Daar komt nog bij dat de zorginhoudelijke resultaten pas rond deze periode beschikbaar komen in de vorm van jaarverantwoordingen van zorgaanbieders. En vervolgens zouden zorgverzekeraars nog met vertegenwoordigers uit het veld in overleg moeten gaan over de uitkomsten en het effect daarvan op het nieuwe zorginkoopbeleid. Het mag duidelijk zijn dat dit niet haalbaar is voor 1 april en dat de zorgverzekeraars hierin niets te verwijten valt.

## Slagen om de arm

Logischerwijs is dit wel terug te zien in het gepresenteerde zorginkoopbeleid voor 2017. Het is algemeen en er staan nauwelijks of geen cijfers in. Een uitzondering is Menzis, die aangeeft dat in 2015 zes procent van de zorg is verschoven van de tweede naar de eerste lijn. Maar iets verderop in de stukken staat dat op het budget in de eerstelijnszorg

in datzelfde jaar 16 miljoen is bespaard. Daar worden organisaties en professionals in de eerstelijnszorg niet blij van. Verder zijn in het zorginkoopbeleid disclaimers opgenomen, onder meer vanwege mogelijke wijzigingen in de NZa-beleidsregels. Deze kunnen nog tot 1 juli 2016 worden doorgevoerd. Verwacht worden nieuwe beleidsregels voor de wijkverpleging, de specialist ouderengeneeskunde en het eerstelijns verblijf. Door deze nieuwe prestaties in de Zorgverzekeringswet kunnen natuurlijk ook andere prestaties worden beïnvloed.

Los van de disclaimers, wordt vaak aangegeven dat het zorginkoopbeleid nog nader gespecificeerd kan worden. Soms met een concrete datum, bijvoorbeeld bij de prestatie doelmatig voorschrijven van Zilveren Kruis, waar op 1 juli 2016 een specificatie voor volgt. Dat beperkt de bruikbaarheid van dit vroeg gepubliceerde inkoopbeleid. Toch is er wel een aantal duidingen waarop we kunnen anticiperen. De Eerstelijns scande het zorginkoopbeleid voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, medisch-specialistische zorg, wijkverpleging en diagnostiek. Naast het voor 1 april ge-



*Doordat de evaluatie van 2015 nog niet is afgerond, is het gepresenteerde zorginkoopbeleid algemeen*

presenteerde zorginkoopbeleid, zijn enkele samenhangende publicaties uit de afgelopen periode meegenomen in de analyse.

## Intenties en vraagtekens

In vrijwel alle teksten van het zorginkoopbeleid gebruiken zorgverzekeraars woorden als gezamenlijk, co-creatie, samen ontwikkelen, zorgprofessional als gesprekspartner. Een duidelijke poging om aan te geven dat zorgverzekeraars vertrouwen in de relatie willen brengen. Ook aan het thema versterking van de eerstelijnszorg worden mooie woorden

gewijd. Tegelijk stuiten we op termen als grenzen aan de groei, innovatie alleen met een goede business case en geen nieuwe zorgprogramma's. Ook niet voor astma, terwijl de CAHAG dit bestempelt als ketenzorg en er voldoende positieve bewijslast is. Hoezo hebben huisartsen meer macht dan zorgverzekeraars (*Edith Loozen, iBMG/Erasmus Universiteit, februari 2016*)?

In de medisch-specialistische zorg wordt het substitutie streven gehandhaafd zonder te spreken over overheveling van budget. 2017 wordt als overgangsjaar bestempeld en er drijven donkere wolken boven de GEZ en de toekomst van zorggroepen c.q. integrale bekostiging. Tegelijk zetten anderen juist in op een bredere rol voor zorggroepen. Slechts een enkele zorgverzekeraar committeert zich op voorhand op de uitkomst van de commissie Velzel, die zich bezighoudt met een normenstelsel voor ondersteuning en infrastructuur (O&I) van de eerstelijnszorg. Terwijl deze commissie juist in het leven is geroepen om tot een eenduidige methodiek te komen. Kortom: er zijn goede intenties, maar in de uitvoering zijn er vragen die in het uiteindelijke contracteerproces beantwoord zullen worden.

De ambities uit het hoofdlijnenakkoord van 2013 zijn in het inkoopbeleid voor 2017 ver te zoeken. De gewenste versterking van de eerstelijnszorg blijft door gebrekkige slagkracht aan de kant van de eerstelijnszorg en de falende budgettaire substitutie een moeizaam proces, terwijl de zorg en maatschappelijke ontwikkelingen doorgaan en tot een steeds grotere kloof leiden.



*Voor de wijkverpleging is er een uitgebreidere uitwerking dan vorig jaar. Het is duidelijk dat inmiddels meer inzichten zijn opgedaan.*

### **Regionaal**

Er zijn bij enkele zorgverzekeraars duidelijk ontwikkelingen te lezen als het gaat om de verschuiving van de regie van landelijk naar regionaal. Dit blijkt ook uit de opzet van het zorginkoopbeleid, dat beleidsmatig meer op elkaar wordt afgestemd. Bij sommige zorgverzekeraars is dit terug te zien aan de integrale benadering van regionale zorginkoop. Een goede beweging die recht doet aan de zorgvraag en de regionale ordening.

### **Wijkverpleging**

Voor de wijkverpleging is er een uitgebreidere uitwerking dan vorig jaar. Het is duidelijk dat inmiddels meer inzichten zijn opgedaan. Ook hier zien we de regionale benadering terug. Opvallend is

het onderscheid in bekostiging voor gecontracteerde organisaties. Goed presterende organisaties worden door bijvoorbeeld CZ beloond met prijsindexering. Menzis is de enige zorgverzekeraar die bij alle verschillende zorgsoorten aan geeft te indexeren of niet. Soms worden daar wel eisen aan gesteld, zoals het niet mogen stijgen van het volume, een kwaliteitsrating of doelmatigheidseisen. Of het project Zorg in de Wijk van Zilveren Kruis nog tot uitvoer wordt gebracht, is niet duidelijk.

### **Eerstelijns diagnostiek**

De eerstelijns diagnostiek zit nog steeds in de vuurlinie. De kosten moeten omlaag en het volume wordt beperkt. Er is geen ruimte voor innovatie en vooral doelmatige diagnostiek wordt gestimu-



leerd. Dat terwijl er juist in de diagnostiek enorme mogelijkheden voor innovatie liggen gericht op point of care, zelftesten en het doen van bepalingen zonder bloedafname.

### Gelijkwaardig contracteren

Steeds meer zorgverzekeraars bieden gestandaardiseerde digitale portals om zorgaanbieders een aanbieding te laten doen. Tegelijk is in het Het Roer Moet Om-deelproject 'Gelijkwaardig contracteren' juist afgesproken dat ook zorgaanbieders aan zorgverzekeraars een eigen contractaanbod kunnen doen als basis voor verdere onderhandelingen. Dit document is recent opgesteld door InEen, LHV en de zorgverzekeraars (met uitzondering van DSW). DSW wil zich ook niet conformeren aan het beleid van preferente zorgverzekeraars in de regio. De praktijk leert dat DSW zich net zo opstelt als het gaat om innovatieve

zorgprogramma's voor astma, depressie en kwetsbare ouderen. Dit levert onnodige bureaucratie op in de dagelijkse praktijk. Het zorgt voor miscommunicatie en DSW profiteert als *free rider* van de wel betalende zorgverzekeraars of welwillendheid van zorgprofessionals die de zorg aan DSW-verzekerden leveren zonder hiervoor betaald te worden. Dit wordt een mooie testcase voor de nieuwe onafhankelijke geschillencommissie die per 1 april 2016 operationeel moet zijn (*Kwaliteit loont, kamerbrief februari 2015*).

Een andere zinsnede uit het document 'Gelijkwaardig contracteren' is: 'het zorginkoopbeleid stimuleert en faciliteert samenwerking in de zorg, zowel multidisciplinaire als tussen huisartsen onderling'. Dit lijkt haaks te staan op de opmerkingen die over de GEZ worden

algemene en veel te ruim geformuleerde bepaling, biedt voor de zorgaanbieders geen enkele continuïteitsgarantie of beperking van administratieve lasten.

### Conclusie

Het zorginkoopbeleid 2017 is grotendeels een voortzetting van het zorginkoopbeleid 2016. Daarnaast wordt voorgesorteerd op een mogelijke wijziging in de bekostiging per 2018; wanneer er een nieuw kabinet is en alle huidige hoofdlijnaakkoorden zijn afgelopen. Of komend jaar processen soepeler zullen verlopen en resultaten meer tot tevredenheid zullen stemmen, is de vraag. De Eerstelijns zal dit monitoren en er begin 2017 over publiceren. <<

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

## Er wordt voorgesorteerd op een mogelijke wijziging in de bekostiging per 2018

gemaakt. In hetzelfde document staat de volgende bepaling over meerjarige contracten: 'als uitzonderingsbepaling kan worden opgenomen dat indien wettelijke, budgettaire wijzigingen of onduidelijkheden (buiten de macht van de partijen) hiertoe aanleiding geven, aanpassingen in goed overleg plaats kunnen vinden'. Een meerjarencontract dat jaarlijks getoetst moet worden aan deze