

Het belang van het zorginkoopbe

Zorgverzekeraars zijn verplicht op 1 april het zorginkoopbeleid voor het komend jaar te publiceren. Dat is altijd zo, maar waarom was het ditmaal extra belangrijk? Een analyse door Jan Erik de Wildt, trendwatcher eerstelijnszorg.

De juiste zorg op de juiste plek: vaak algemene formuleringen

In het regeerakkoord van 2017 stond eigenlijk nauwelijks iets nieuws over de gezondheidszorg. Met het rapport JZOJP van april 2018 werd die lacune weggenomen. Dat is merkbaar in het eerstelijns-zorginkoopbeleid voor 2020.

In vrijwel al het beleid komt 'JZOJP' (Juiste Zorg Op de Juiste Plek') terug. Daarnaast staan er per zorgverzekeraar vergelijkbare termen over de eerstelijnszorg, zoals 'waarde-gedreven zorg, zinnige en zuinige zorg, verantwoord en dichtbij en goede zorg dichtbij'. Deze algemene formuleringen komen als rode draad terug in het verschillende beleid per discipline. Zorginkoop, budgetten en beleid worden voornamelijk monodisciplinair georganiseerd (zie figuur hieronder). Regiot teams en (integrale) inkoop teams trachten samenhang te bereiken, maar de regionalisering staat nog in de kinderschoenen, ter-

wijl de samenhangende regionale benadering het meest perspectief geeft om de toenemende grootste problemen - kwetsbare ouderen, ggz en spoedzorg - aan te pakken.

Daarnaast is de indeling van de regio even diffuus als de organisatie van de eerstelijnszorg¹. Dat helpt ook niet mee om tot actie te komen. De trage overstap naar een regionale benadering komt tot uiting in de uitvoering van de module Organisatie & Infrastructuur (O&I), die sinds 2018 beschikbaar is. Tot nu toe had alleen Zilveren Kruis een inkoopbeleid voor O&I, maar nu heeft ook de tweede grootste zorgverzekeraar - VGZ - haar beleid hieromtrent bekendgemaakt. Het lijkt er nu dus echt van te komen, maar het ontbreken van een regionale benadering bij ICT-infrastructuur door de zorgorganisaties baart nog wel zorgen. Daar zal wellicht OPEN² de sturende factor in worden. <



leid 2020

Zelfzorg en digitalisering: meer ruimte nodig voor procesinnovatie en aanpassingen

De meeste zorgverzekeraars maken tegenwoordig tweejaarsovereenkomsten. Dat geeft weliswaar enige rust in de relatie, maar het blijft een uitdaging om complexe cultuurveranderingen als digitalisering en persoonsgerichte zorg in een dergelijk korte termijn te realiseren bij zorgprofessionals en patiënten. Dan is twee jaar ook wel weer erg kort.

Daarnaast is uit een analyse van ZO!³ gebleken dat zelfzorg een interessante maatschappelijke businesscase oplevert, maar dat het een voorinvestering vraagt bij huisartsen. De middelen daarvoor zijn macro-budgettair beschikbaar, en het programma OPEN komt in al het zorginkoopbeleid aan de

orde. Ook in de wijkverpleging wordt geïnvesteerd in ICT en eHealth. Het is nog wel de vraag hoe dit wordt geëffectueerd. Het inzetten op digitalisering lijkt een antwoord te moeten zijn op de arbeidsmarkt. Er is ook geen andere optie, alhoewel nog niet de gehele doorwerking van het digitaliseringsproces in de gehele keten bekend is. Er zal ruimte moeten zijn voor procesinnovatie en aanpassingen, net als destijds in andere sectoren die dit proces voor de boeg hadden. Deze sectoren hebben vaak ook al aanzienlijk afgeschreven op 'briljante mislukkingen': innovaties die niet gelukt zijn, maar wel veel inzichten hebben gegeven in de noodzakelijke aanpassingen in een nieuwe versie. <

Meerjaren-overeenkomsten andere sectoren: eerste lijn niet betrokken

De zorgverzekeraars maken meerjaren-afspraken met ziekenhuizen en ggz om de zorg af te schalen. Dat zijn vaak overeenkomsten voor drie tot vijf jaar. Die kunnen een wezenlijke invloed hebben op verplaatsing naar de eerstelijnszorg, huisartsenzorg en wijkverpleging. Er zijn nogal wat zorggroepen en gezondheidscentra die een inclusiepercentage hebben afgesproken of een budgetafpraak gemaakt.

Want nu komt vanuit de ziekenhuizen en ggz de extra druk om laagcomplexe DBC's af te stoten naar de eerstelijnszorg en/of de kosten door ligduurreductie te beperken. Dat heeft effecten op de huisartsenzorg en de wijkverpleging, maar het probleem is dat de eerstelijnszorg niet wordt betrokken bij en op de hoogte gesteld van de inhoud van de afspraken.

Of het gebeurt dat de zorgverzekeraar slechts op hoofdlijnen afspraken heeft gemaakt met het ziekenhuis, waarna de huisartsen en wijkverpleging worden geconfronteerd met de effecten op het inclusiepercentage of budget.

Ook om die reden is meer samenhang in de (regionale) zorginkoop van belang. Hierover is nauwelijks iets terug te vinden in het zorginkoopbeleid. Ziekenhuizen klagen over gebrekkige toegang tot transitiegelden, maar zorgverzekeraars juist over trage ziekenhuizen. Het is dus onduidelijk wat de effecten zijn of gaan worden, en het is voor eerstelijnsorganisaties verstandig om hierover bijvoorbeeld een redelijkheid- en billijkheidseis in te bouwen in het contract. <

Zorginkoop en Hoofdlijnenakkoord: samenhang wijkverpleging en sociaal domein

Het zorginkoopbeleid is ook het eerste zorginkoopbeleid na de hoofdlijnenakkoorden die in 2018 zijn afgesloten voor 2019-2022. De afspraken die door de NZa moesten worden uitgevoerd, zijn gereed. Denk bijvoorbeeld aan de aanpassingen in de bekostiging van de achterstandswijken.

De belangrijkste thema's bij de wijkverpleging zijn de arbeidsmarktcrachte en de ongecontracteerde zorg. De samenhang tussen wijkverpleging en sociaal domein komt telkens aan de orde. Daar speelt mee dat verscheidene gemeenten dusdanige financiële problemen hebben, dat het sociale domein wordt ingekrompen in plaats van uitgebreid, terwijl de vraag stijgt. Ook dat kan flinke effecten hebben op de ontluikende netwerkzorg.

Het inkoopbeleid van zorgverzekeraars op het gebied van indexering is diffuus. De afspraken uit het Hoofdlijnenakkoord worden nergens volledig opgenomen, maar er zijn wel enkele eigen vertalingen, zoals bijvoorbeeld bij Menzis en CZ. Ook ten aanzien van de implementatie van het Velzel Rapport, dat mede onder auspiciën van de zorgverzekeraars tot stand is gekomen, is er een wisselend beleid. Zilveren Kruis en VGZ hebben nu een beleid, maar hebben zich niet vastgelegd op garanties naar gezondheidscentra. De realiteit is dat men in overleg gaat. Wat dat gaat opleveren, hangt

af van de onderhandelingsvaardigheid van de eerstelijnszorgbestuurders...

Ten slotte is er de congruentie oftewel het volgbeleid, dat niet zo mag heten. Dat is geen groot probleem bij de kleine marktaandeelen, al stellen de kleine zorgverzekeraars zich soms op het omgekeerd economische standpunt dat ze als kleine marktpartij minder mogen betalen dan de preferente zorgverzekeraar. De echte vraagstukken doen zich voor bij min of meer gelijke marktaandeelen van 15% en hoger. Dan vinden alle zorgverzekeraars zich preferent en kan dit leiden tot verschil in zorginkoopbeleid en daarmee in de uitvoering van de zorg. Dit resulteert in extra administratie en kan ook een nadelig effect hebben op de kwaliteit. Of het blijkt in de praktijk dat eigenlijk geen van de zorgverzekeraars zich actief bemoeit met een dergelijke regio⁴. Ook dat is moeilijk te verkroppen. <



*'Oplossingen bieden
in samenwerking tussen
multidisciplinaire zorgaanbieders
en over Zvw-, Wlz- en
sociaal domein heen'*

Arbeidsmarkt: externe druk

Toegang tot de zorg en de doorstroming van patiënten staan sterk onder druk. Vooral in de logistieke ketens van de kwetsbare ouderen en de ggz is netwerkzorg de enige kans om de problemen nog enigszins te beperken. Dat vraagt een sterke regionale eerstelijnszorg en in elk geval georganiseerde huisartsenzorg.

De druk op de dag- en ANW-zorg lijkt bij de huisartsen eerder tot een terugtrekkende beweging te leiden. Het zorginkoopbeleid zou deze beweging moeten faciliteren, maar de bereidheid van de zorgverzekeraars om eens echt te investeren, is hierin niet terug te vinden. Wellicht treft de huisartsenzorg zelf ook blaam doordat men maar niet tot een noodzakelijke reorganisatie komt: daardoor zijn zorgverzekeraars huiverig om te investeren⁵.

Tegelijk lijkt er ook een tegenreactie te komen vanuit het perspectief van 'afvalputje' huisartsen⁶, waarmee het beroep meer wordt afgeschermd in de gewijzigde kernwaarde medisch generalistische zorg. Zorgverzekeraars doen er verstandig aan om bij het inkopen van zorg rekening te houden met de eigen zorgplicht. Wellicht is dit het vehikel om de segmentering in de zorginkoop te doorbreken, want oplossingen zullen echt moeten worden geboden in samenwerking tussen multidisciplinaire zorgaanbieders en over Zvw-, Wlz- en sociaal domein heen. <

1 april: voorbehoud tot drie maanden erna

Alle zorgverzekeraars maken op een of andere manier een voorbehoud voor wijzigingen van de NZa-beleidsregels voor 1 juli. Daarnaast leert de ervaring dat zorgverzekeraars de analyse van zorguitkomsten en kosten over het vorige jaar (2018) in het tweede kwartaal ook gebruiken om het zorginkoopbeleid verder aan te scherpen. Tot slot geven consultatiebijeenkomsten met het veld nog nuanceringen. Dat biedt in de komende maanden nog mogelijkheden om inzichten te nuanceren of, waar nodig, zwaarder geschut in te zetten, maar de hoofdlijnen van het zorginkoopbeleid staan wel vast. <<

Tekst: Jan Erik de Wildt

Foto: Getty Images

¹ Wat is een regio? Februari 2017. www.de-eerstelijns.nl.

² Ontsluiten van Patientgegevens uit de Eerstelijnszorg in Nederland

³ Social Return on Investment ZO! Wie gaat dat betalen? 2018. <https://zelfzorgondersteund.nl/wp-content/uploads/Update-SROI-Zelfzorg-Ondersteund-2016-.pdf>

⁴ https://vng.nl/files/vng/nieuws_attachments/2017/samenwerkingskaarten_zorgverzekeraars_en_gemeenten_de_huidige_samenwerk.pdf

⁵ Lef en leiderschap nodig, De Eerstelijns februari 2019

⁶ Woudschoten 2019