

CZ over inkoopbeleid O&I 2021

‘Meer mandaat naar de regio’

Als derde zorgverzekeraar heeft CZ in het inkoopbeleid 2021 aangescherpte uitgangspunten opgenomen voor de contractering van multidisciplinaire zorg en O&I. Eerder deden VGZ en Zilveren Kruis dit. CZ stuurt op één sterke huisartsenorganisatie per regio, met veel mandaat. Een belangrijke taak voor deze samenwerkingsorganisatie is de toegankelijkheid van zorg.

TEKST: JOSÉ VAN DER WAERDEN FOTO: WILFRIED POHNKE / PIXABAY

“De uitdagingen in de eerste lijn zijn zó groot, dat ze voor individuele huisartsenpraktijken niet op te lossen zijn”, schetst zorginkoper Liesbeth van Spaandonk-Scheek van CZ. “Wij zien daarom vier belangrijke rollen voor de regio-organisaties: de toegankelijkheid borgen door het toekomstbestendig organiseren van de huisartsenzorg, programmatische zorg voor kwetsbare groepen organiseren en faciliteren, zorg verbeteren, en zorgvernieuwing. Een sterke regio-organisatie heeft de mogelijkheid om hierin te sturen, huisartsen te ontzorgen en een duidelijk aanspreekpunt te zijn voor het sociaal domein.” Maar nog niet elke samenwerkingsorganisatie is hier klaar voor, aldus Kary Heldoorn, manager huisartsenzorg/versterking eerste lijn en ketenzorg bij CZ. “Wij zien flinke regionale verschillen. Bijvoorbeeld als het gaat over mandaat, leiderschap en resultaatgericht werken.”

Aansluiting ‘bouwstenen’

Met het inkoopbeleid wil de zorgverzekeraar de impact van O&I-prestaties vergroten. En dat sluit volgens Van Spaandonk en Heldoorn goed aan op de notitie ‘Bouwstenen voor structurele samenwerking in de regio’ van InEen, LHV en NHG (zie hechtehuisartsenzorg.nl). “Alle elementen van de zes bouwstenen zijn terug te vinden in het inkoopbeleid van CZ. We onderschrijven die dus ook, maar vinden niet dat elke regio standaard op alle bouwstenen moet inzetten. Prioritering is belangrijk. Je kunt beter een paar zaken goed doen en de rest later oppakken. Ook vanwege de grenzen aan de financiële middelen en implementatiemogelijkheden.”

‘Ouderenzorg wordt straks niet meer gecontracteerd via de individuele huisarts’

Toegankelijkheid

Op enkele thema’s wil CZ nadrukkelijk de aandacht vestigen. Bovenaan het lijstje staat het toekomstbestendig organiseren van de huisartsenzorg (toegankelijkheid), zegt Van Spaandonk. “Dat onderdeel hebben wij expliciet toegevoegd aan het inkoopbeleid. Wij willen daar breed naar kijken, ook vanuit de wenselijkheid om de zorg anders te organiseren.” Heldoorn vult aan: “Het aantal problemen met de opvolging van vertrekkende huisartsen groeit, maar je kunt niet overal nieuwe huisartsen vandaan halen. We moeten ook kijken naar het anders en doelmatiger organiseren van de zorg, bijvoorbeeld via eHealth.”

Andere accenten die CZ legt, zijn de doelmatige inclusie van patiënten en praktijkvariatie terugdringen. Maar, benadrukt Heldoorn, in de gesprekken met de zorggroepen blijft de eigenheid van de regio het vertrekpunt. “Hoe ziet die regio eruit en waar zitten verschillen en mogelijke verklaringen?”

Taak beroepsgroepen

Een sterk mandaat bij de regio-organisaties leggen, gaat niet overal zonder slag of stoot. Van Spaandonk: “Als het in een regio niet lekker loopt, bieden wij via gesprekken >>



graag ondersteuning. Maar wij zijn slechts één stakeholder. Hier ligt zeker ook een taak voor de beroepsgroepen. Wij proberen via het inkoopbeleid het regiomandaat te versterken door sommige zaken alleen nog regionaal te financieren. Neem de ouderenzorg als voorbeeld. Die is heel lang via de individuele huisarts gecontracteerd. Vanaf 2021 gebeurt dit alleen nog op regioniveau.”

Geen DBC-financiering

In het inkoopbeleid contracteert CZ bij nieuwe vormen van programmatische zorg voor kwetsbare groepen (ggz en ouderenzorg) de zorgkosten niet meer binnen een DBC bij de regionale organisatie. Is dat niet strijdig met de ambities voor krachtige regio-organisaties? Zorginkoper Van Spaandonk meent van niet. “CZ contracteert de regio-organisatie om de implementatie van programmatische zorg op regioniveau goed te organiseren, faciliteren en aan te sturen. CZ kiest niet voor integrale financiering - overhead én zorg - omdat in de afgelopen jaren is gebleken dat dit weliswaar heeft geleid tot een kwaliteitsverhoging van het zorgproces, maar niet tot de gewenste doelmatigheid. De uitkomstindicatoren binnen de chronische zorg zijn vooralsnog beperkt, waardoor er weinig sturingsinformatie is. Daarnaast hadden we verwacht dat meer mensen van de tweede naar de eerste lijn zouden gaan, en dat is maar deels gelukt. En in de praktijk blijkt ook dat zorgaanbieders naast de DBC's nog veel reguliere zorg declareren. Uiteindelijk is de zorg hierdoor duurder geworden.”

Pijnpunt gezondheidscentra

Zoals in het inkoopbeleid 2019 al aangekondigd, maakt CZ voor het komende jaar geen contractuele afspraken meer voor alleen wijkmanagement of alleen ketenzorg. Dit gebeurt uitsluitend als het integraal deel uitmaakt van de O&I-functies in het regioplan. Vooral voor gezondheidscentra is dit een pijnpunt. Heldoorn begrijpt dit, maar stelt daartegenover dat de gezondheidscentra ooit, met GEZ-subsidie, vrij willekeurig ontstaan zijn. “Inmiddels zijn er meer wijkcentra met zorgverleners onder een dak, zonder aanvullende financiering. Die scheefgroei willen we rechte trekken. Daarnaast zien we dat in sommige wijken meerdere organisaties dezelfde dingen doen. Door alle gelden naar de regio-organisatie over te hevelen, kan gecoördineerder en efficiënter bekeken worden welke wijk wat nodig heeft.”

Veranderen niet makkelijk

Het schuurt soms wel, stellen beide CZ-medewerkers. “In documenten van InEen en de LHV gaat het over het respecteren van historische verschillen. Als dat je uitgangspunt is, wordt veranderen er niet makkelijker op. Gelukkig zijn er al veel goede voorbeelden waar mooie dingen gebeuren. En in co-creatie komen we er eigenlijk altijd wel uit.”

>>

ÉÉN TARIEF

Wat vindt Zorggroep West-Brabant van het CZ-inkoopbeleid O&I? Voor Zorggroep West-Brabant is CZ een preferente zorgverzekeraar. Algemeen directeur Irma van der Pluijm ziet veel positiefs in het inkoopbeleid 2021, maar plaatst ook kanttekeningen.

“Als ik kijk naar waar wij als regio mee bezig zijn, en naar de 'bouwstenen', dan sluit het inkoopbeleid daar over het algemeen goed bij aan. Zaken als het regioplan, mandaatafspraken en informatisering en automatisering staan er duidelijk in. Dat CZ zelf de toegankelijkheid expliciet benoemt, merk ik in hun handelen. We hebben intensief contact over capaciteitsproblemen. Toch komt het onderwerp minder sterk terug in het inkoopbeleid. Jammer, want dit is nou net heel geschikt om met mandaat bij een regionale organisatie neer te leggen. Dan kunnen wij het vertalen naar de werkvloer, waar sommige huisartsen zeggen: *Gaan jullie je daarmee bemoeien?* Als je uitgaat van toegankelijkheid als de basis, verdient dat in je inkoopdocument meer aandacht.”

'KNIP' ZORG EN OVERHEAD

Over de meeste gemandateerde samenwerkingsafspraken is Van der Pluijm tevreden, maar de 'knip' tussen zorgkosten (declaratie door zorgverlener) en overheadkosten (budget naar regio-organisatie) in een aantal zorgketens begrijpt ze niet. “Als je meer mandaat bij de regio wilt leggen, dan moet je die ook integraal laten inkopen. Zo stimuleer je niet alleen direct de huisartsen, maar ook aanpalende paramedici in de eerste lijn. Bij voetzorg hebben we jarenlang integraal ingekocht. Hierdoor is een heel goede samenwerking met de podotherapeuten opgebouwd, onder andere rondom kwaliteit en scholing. Geef het tijd om te groeien. Later kun je het eventueel alsnog losknippen, zoals nu bij voetzorg gebeurt.”

MINDER EILANDJES

De zorggroepdirecteur vindt het een goede zaak dat ketenzorg, praktijk-, wijk- en regiomanagement straks via één tarief (O&I) per patiënt afgesproken wordt. “De afgelopen jaren zagen we dit toch apart gecontracteerd, wat extra administratieve last



veroorzaakte. Ook bleef er versnippering. Meer samenwerking, minder eilandjes en een goede vertaalslag naar de individuele setting in de wijk is waar O&I juist voor bedoeld is.”

VRAGEN STANDAARDISERING

De standaardisering van inhoud en bekostiging van de vier chronische zorgketens roept nog vragen op bij Van der Pluijm. “Binnen onze regio zijn er meer preferente zorgverzekeraars. De andere zorgverzekeraar heeft in 2019 een gemiddeld tarief vastgesteld voor alle zorggroepen waarmee zij een overeenkomst hebben. Voor ons was dat ongunstig, want veel van onze chronisch zieken hebben een lage sociaaleconomische status. Als je gaat standaardiseren, kijk dan wel op zorggroepniveau waar de behoefte zit. Je hebt patiënten met diabetes mellitus type 2 met veel zelfregie die twee keer per jaar de huisarts bezoeken en – zoals bij ons – mensen met diabetes die veel meer aandacht nodig hebben.”

KEUZEVRIJHEID BEHOUDEN

Van der Pluijm verwacht dat ze er met de zorgverzekeraar wel uit gaat komen. “CZ is echt een goede gesprekspartner met aandacht voor regio-ontwikkelingen.” Wel heeft ze nog een wens: zorg ervoor dat het veld keuzevrijheid behoudt bij leveranciers en materialen. “Wij hebben bijvoorbeeld een heel goede samenwerking met een ict-organisatie. Die heeft ons in de coronacrisis geweldig ondersteund met een beeldbelapplicatie. Het zou zonde zijn als we gedwongen worden over te stappen naar andere partijen, zoals met de inkoop van wondmateriaal is gebeurd. Dat een zorgverzekeraar suggesties geeft, snap ik, maar maak het niet dwingend. Als je een regio-organisatie en haar professionals als volwassen partner beschouwt, moet je er ook op vertrouwen dat die goede keuzes maakt.”

<<