

Verzekeraars gaan uit van oude afspraken met zorggroepen





Contractering ketenzorg verloopt stroef

Heleen Croonen

Verschillende disciplines die gezamenlijk zorg bieden aan chronisch zieken. Deze ultieme vorm van samenwerking komt langzaam van de grond in de eerste lijn. Het is nu aan verzekeraars om contracten af te sluiten met de zorggroepen. En dat gaat nog niet zo vlot, blijkt uit een inventarisatie.

Het kan sinds 1 januari 2010, afspraken maken voor de integrale (of functionele) bekostiging van ketenzorg. Verzekeraars gebruiken daarbij de oude afspraken met zorggroepen als basis. Dat blijkt

uit een inventarisatie onder de vier grootste zorgverzekeraars Achmea, Univé-VGZ-IZA-Trias (UVIT), CZ en Menzis, samen goed voor 14,4 miljoen verzekerden (zie tabel). Als alle chronisch zieken volgens deze oude prijs-

zorgverzekeraar	aantal verzekerden	Aantal contracten met zorggroepen voor ketenzorg diabetes	In hoeverre voorzetting beleidsregel Innovatie?
	4,7 miljoen		De lopende contracten voor ketenzorg zijn op basis van de regels van vóór 1 januari 2010.
	4,3 miljoen		Met de meeste zorggroepen liepen contracten en zijn nu onderhandelingen over integrale bekostiging.
	3,3 miljoen		Bij COPD gelden nog beleidsregels Innovatie.
	2,1 miljoen		Er zijn nieuwe aandachtspunten, zoals multidisciplinaire samenwerking, kleinschaliger aanbod en afstemming op zorgvraag.

Onder zorgverzekeraars is alleen de keten-DBC diabetes breed ingevoerd

afspraken ketenzorg krijgen, rijzen de kosten de pan uit. Verder sluiten de verzekeraars vooral contracten voor ketenzorg op het gebied van diabetes; cardiovasculair risicomanagement loopt hierbij achter. Alleen CZ heeft een beperkt aantal van vijf zorggroepen gecontracteerd voor cardiovasculair risicomanagement.

Voornaamste oorzaak is dat veel lopende contracten op het gebied van diabetes al waren afgesloten onder de beleidsregels 'Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten' en 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten' en de M&I-gelden (Modernisering & Innovatie). Gaandeweg lopen deze contracten af en worden ze omgezet naar integrale bekostiging. Onderhandelingen vinden nu overal plaats.

Oude wijn

Kortweg houdt de nieuwe financiering in dat de verzekeraar één prijs betaalt voor een keten-Diagnose Behandel Combinatie. Zo'n keten-DBC betreft alle zorg die een patiënt gedurende een jaar krijgt voor de betreffende ziekte. Die zorg wordt geleverd door een zorggroep,

oftewel een multidisciplinaire groep zorgverleners waar in ieder geval een huisarts toe behoort. Verder moet de zorg gebaseerd zijn op de zorgstandaarden diabetes type 2 of cardiovasculair risicomanagement. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ziet onder haar leden dat alleen de keten-DBC diabetes breed is ingevoerd. Dat beeld wordt bevestigd door de vier grote zorgverzekeraars, die meestal voortbouwen op de genoemde beleidsregels en M&I-gelden voor diabetes. 'Doorgaans golden die afspraken voor drie jaar', aldus Petra Hardeman, woordvoerder van ZN.

Is de integrale bekostiging dan niet meer dan oude wijn in nieuwe zakken? De zorgverzekeraars vinden van niet. Bijvoorbeeld door dat zorgverleners de geleverde zorg moeten vastleggen. Bij UVIT zijn rapportages over prestaties als klantervaring, kwaliteit en kosten onderdeel van de nieuwe contracten. Ook CZ neemt de kwaliteit op in de contracten. Prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg worden aangevuld met eigen indicatoren. Karen Schram, zorginkoper ketenzorg: 'De prijs voor een keten-DBC staat vast voor een jaar, maar CZ voert na een half jaar al een gesprek over de prestaties. Dit kan aanleiding zijn voor verbeterafspraken.' Als

Aantal contracten met zorggroepen voor ketenzorg cardiovasculair risicomanagement (CVRM)	Is de hoofdaannemer altijd een huisarts?	Voor welke prijs wordt een keten-DBC gemiddeld gecontracteerd?
Geen	-	-
Nog geen, wel 3 tot 5 pilots. De zorgstandaard CVRM is zo ruim, dat UVIT eerst wil weten wat de inclusiecriteria zijn.	De zorggroep is de hoofdaannemer. Huisartsenzorg is wel altijd onderdeel van de zorg die de zorggroep levert.	'Is nog onderdeel van onderhandeling'.
5 zorggroepen zijn (bijna) gecontracteerd.	De huisarts is nooit de hoofdaannemer, ook nooit geweest. De zorggroep wordt als juridische entiteit gecontracteerd. De huisarts is wel de spil.	'Voor een marktconform tarief'.
Nog geen. Start is gepland voor 2011, als er meer duidelijkheid is over de omvang van de doelgroep en de overlap met diabeteszorg.	Er zijn multidisciplinair georganiseerde gezondheidscentra en bestuurlijk ingerichte zorggroepen bestaande uit huisartsen. Andere disciplines zullen toetreden en hoofdcontractant worden.	'Onder de beleidsregel Innovatie betalen we gemiddeld 350 tot 400 euro'.



SAMENVATTING

- Integrale bekostiging is per 1 januari ingevoerd voor diabetes en cardiovasculair risicomanagement.
- Diabetes loopt voorop in de onderhandelingen, vooral omdat daar al lopende afspraken over waren.
- De begroting schiet tekort voor integrale zorg voor alle chronische patiënten.
- De grote verzekeraars maken zich echter geen zorgen, want de investeringen zullen zich naar verwachting terugverdienen in besparingen in de tweede lijn.

zorggroepen tekortschieten, laat de zorgverzekeraar ze niet meteen vallen. Schram: 'We gaan dan om de tafel zitten, maar verwachten dan wel een degelijke financiële onderbouwing.' Het aanbod is kleinschaliger en beter afgestemd op de zorgvraag, en de zorggroepen zijn multidisciplinair, vult Menzis aan. De grote verzekeraars zien afspraken met praktijkondersteuners, diabetesverpleegkundigen, diëtisten, podotherapeuten, fysiotherapeuten en medisch specialisten.

Huisarts als onderaannemer

Oude huisartsencontracten mogen dan worden omgebouwd naar contracten voor integrale bekostiging, de huisarts hoeft geen hoofdaannemer te zijn voor de ketenzorg. Verzekeraars hebben meestal de directie van een zorggroep tegenover zich bij de onderhandelingen. CZ benadrukt dat de huisarts nooit hoofdaannemer is geweest, of zal worden. Schram, zorginkoper ketenzorg: 'De huisarts is onderaannemer van de zorggroep. In de praktijk is de inhoudelijk directeur vaak een huisarts en de financieel directeur niet.'

Een woordvoerder van Menzis: 'De hoofdcontractant moet een rechtspersoon zijn. Het gaat om de geïntegreerde ketenaanpak rondom de patiënt en niet om wie de hoofdcontractant is.' De angst dat verschillende afspraken gelden voor patiënten van verschillende verzekeraars lijkt ongegrond op basis van deze inventarisatie. UVIT sluit bijvoorbeeld de contracten voor integrale bekostiging van diabeteszorg binnen hun kerngebied en volgt daarbuiten in principe de afspraken met de dominante verzekeraar in de regio, mits deze vallen binnen het inkoopkader.

In de Nulmeting Zorggroepen (oktober 2008) van de brancheorganisatie van georganiseerde eerste lijn LVG, blijkt het belangrijkste knelpunt juist dat verre zorgverzekeraars niet automatisch het lokale beleid volgen.

Over de prijs van integrale zorg doen de verzekeraars schimmig. Alleen Menzis is bereid de prijs te noemen die ze betaalde voor de oude afspraken (zie tabel op blz. 752). CZ geeft aan dat er nu onderzoek plaatsvindt naar een reële prijs, daarbij gebruikmakend van het aantal minuten dat die huisarts, diëtist of fysiotherapeut kwijt is, maal het uurloon, aangevuld met de overheadkosten. Risico is daarmee dat het hele nieuwe systeem een verkapt uurloon kan worden.


Krap budget

De invoering van ketenzorg voor cardiovasculair risicomanagement mag dan achterlopen op die van diabetes, het is de vraag of beide zorgstandaarden al ingevoerd kunnen worden binnen de begroting. Demissionair minister Klink heeft jaarlijks 241,5 miljoen euro begroot voor de ketenzorg voor chronisch zieken. De politiek schat dat 80 tot 90 procent van de 600 duizend mensen met diabetes type 2 ketenzorg kunnen krijgen binnen de eerste lijn. Als het bedrag van minimaal 350 euro dat Menzis noemt als richtlijn wordt genomen, kost dat samen 168 tot 189 miljoen euro. Voor cardiovasculair risicomanagement blijft dan 73,5 miljoen euro over. En volgens een schatting van Stichting de Vrije huisarts is dit zelfs maar 17 miljoen euro. Voor de invoering van ketenzorg voor COPD en hartfalen zou dan geen budget meer zijn.

De politiek hoopt met de ketenzorg kosten te besparen – een bedrag van 385 miljoen in 2018 – maar het Centraal Planbureau ziet deze kostenbesparing niet. CZ ziet de besparingen wel. Schram: 'De integrale bekostiging gaat geld opleveren, doordat de zorg zich verplaatst van de dure tweede lijn naar de goedkopere eerste lijn. De eerste jaren is dat nog niet zichtbaar, maar dankzij de ketenzorg van de laatste jaren zie je nu al bijna geen diabetes type 2 meer in het ziekenhuis.'

CZ ziet nog geen medisch specialisten als onderaannemers bij de ketenzorgcontracten. Wel is er duidelijk een andere organisatie zichtbaar bij de dertig startende zorggroepen die integraal worden bekostigd. Schram: 'Ze dragen meer verantwoordelijkheid, met name doordat niet iedereen voor zichzelf declareert, maar uit het totale budget wordt betaald.'

Beter afgestemd

Ook Menzis maakt zich geen zorgen over de krappe budgettering. 'Integrale bekostiging zal leiden tot efficiëntere en beter afgestemde zorg. Op termijn zullen zich minder complicaties voordoen en er zal minder verwijzing naar de tweede lijn nodig zijn. Om dit te bereiken is investering noodzakelijk. Je kunt de oude financiering niet vergelijken met de doelstelling van integrale bekostiging.' 

Dankzij de ketenzorg zie je al bijna geen diabetes type 2 meer in het ziekenhuis



Verwijzingen naar websites met aanvullende informatie vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl