

Hoe maak je een regioplan?

Na zorgverzekeraar Zilveren Kruis heeft nu ook VGZ besloten een regioplan te laten maken als onderlegger voor de O&I-bekostiging. Maar hoe kom je tot een afdoend regioplan? Een praktijkvoorbeeld uit de regio Zuidoost-Brabant.

In deze regio hebben de zorggroepen DOH, SGE en PoZoB (DSP) in samenwerking met zorgverzekeraars CZ en VGZ een gezamenlijke regioanalyse laten uitvoeren, ter voorbereiding van een regioplan 2020-2024. Het betreft een regio met circa 600.000 inwoners, waarbij drie sub-regio's te onderscheiden zijn.

De regioanalyse biedt inzicht in de zorgvraag-ontwikkelingen op basis van de openbare VEKTIS-gegevens, demografische gegevens, arbeidsmarktgegevens en wachtlijst informatie uit de vvt en ggz. Op basis hiervan kunnen een actueel inzicht en een beleidsarme prognose voor de ontwikkeling van de zorgvraag en beschikbaar arbeidspotentieel voor de periode tot 2025 worden gegenereerd.

Niet alleen statische data

Behalve de regioanalyse zijn nog drie andere aspecten van belang om te komen tot een regioplan. Ten eerste het vigerend beleid en afspraken. Na het maken van een regioanalyse is het niet logisch en/of redelijk om

bestaande afspraken niet meer na te komen. Dat zou een negatief effect hebben op de vertrouwensrelatie met betrokken partijen die in toenemende mate nodig zijn om de complexe uitdagingen het hoofd te bieden. Onder het vigerend beleid vallen alle langdurige afspraken die met meerdere stakeholders in het netwerk zijn gemaakt en

Met selfservice- en zelfzorgconcepten kan productiviteitswinst worden geboekt. Hiertoe is een conceptueel model ontwikkeld dat de komende jaren zal worden geïmplementeerd en waarmee een productiviteitswinst tot 10% kan worden gerealiseerd in de chronische zorgprogramma's (segment 2)¹.

Focus aangebracht in beleid komende vijf jaar

in de periode 2020-2024 doorlopen. Bijvoorbeeld samenwerkingsafspraken rondom farmacie met apothekers of jeugdzorg met de gemeenten.

Productiviteitswinst

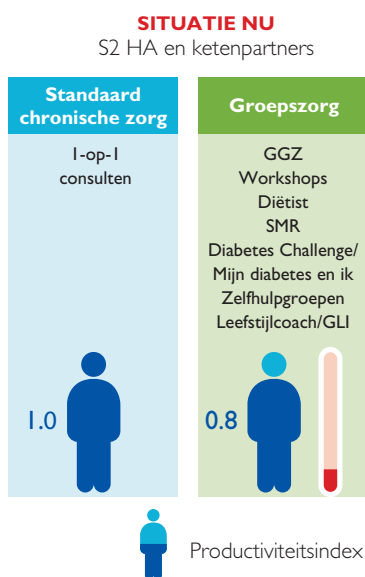
Het tweede aspect is de beschikbare capaciteit in arbeid of potentieel dankzij substituten als eHealth-toepassingen.

Verder kan dankzij selfservice voor alle patiënten een productiviteitswinst worden geboekt door aanpassing van bedrijfsprocessen. Er zijn al voorbeelden waar met een online afsprakenapplicatie een productiviteitswinst van meer dan 10% kan worden behaald op de inzet van doktersassistentes. Daarnaast kunnen uitslagenportalen, herhaalrecepten, beeldbellen of apps op basis van algoritmes productiviteitswinst realiseren (bijvoorbeeld bij oog- en huidaandoeningen). Tot slot is substitutie naar verpleegkundig specialisten een mogelijkheid om proactief extra capaciteit te genereren. Het is op dit moment niet mogelijk een adequate schatting te maken van de totale productiviteitswinst, want bij bepaalde aandoeningen kan ook de zorgvraag juist toenemen door eHealth, maar dat zal in de komende jaren uit de praktijk moeten blijken.

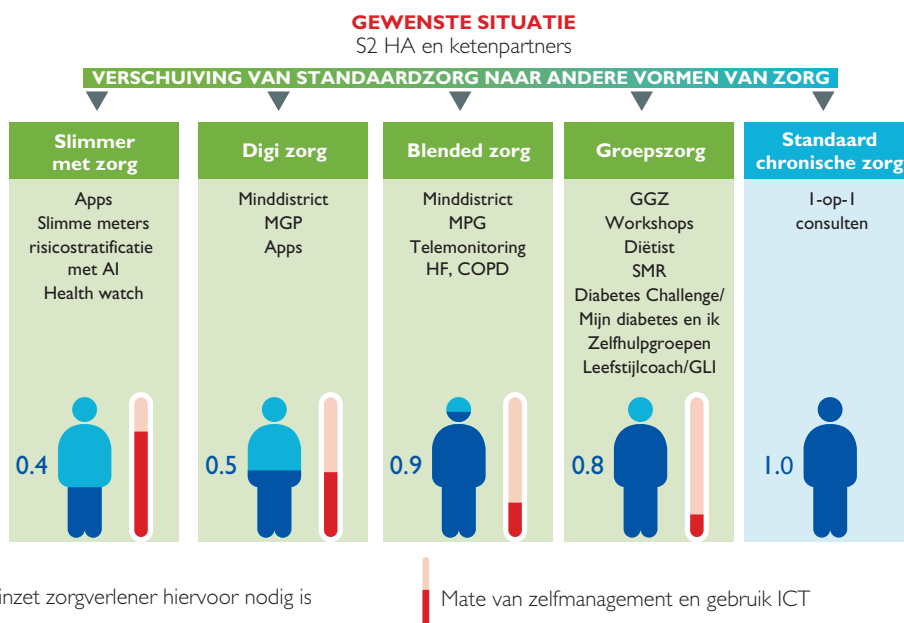
Fictief rekenvoorbeeld

Op alle somatische zorgprogramma's zijn de medisch-specialistische kosten 8% hoger dan op basis van de op populatie gecorrigeerde kosten zou worden verwacht. Zorgverzekeraars zetten hier extra in op transitieafspraken met de ziekenhuizen. Als dit zou leiden tot 5% verschuiving naar hoofdbehandelaar huisarts, levert dit op basis van 18% geïncludeerde chronische zieken in DM, COPD, astma en CVRM 5400 extra patiënten op in de huisartsenpraktijken. Verdeeld over circa 250 normpraktijken, is dat ruim twintig patiënten extra per normpraktijk, bovenop de gemiddeld geïndiceerde 360 chronische patiënten per normpraktijk.

figuur 1: huidige opzet chronische zorgprogramma's diabetes, COPD (astma) en CVRM



figuur 2: gewenste opzet chronische zorgprogramma's diabetes, COPD (astma) en CVRM



Transitieafspraken

Ten derde zijn er de transitieafspraken met ziekenhuizen en ggz-instellingen. Immers, als in bepaalde medisch specialistische onderdelen substitutie wordt geïntensiveerd, zal dat effect hebben op de huisartsen en eerstelijnszorg. In het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg is hiervoor 470 miljoen euro beschikbaar. Hoewel er discussie is over de snelheid waarmee hierover concrete afspraken worden gemaakt, is dit voor 2020-2022 een niet te verwaarlozen factor.

Ná de regioanalyse

De regioanalyse heeft de zorggroepen DSP en zorgverzekeraars CZ en VGZ geholpen om focus aan te brengen in het beleid voor de komende vijf jaar. Bij veel onderdelen van de analyse zijn ook andere zorgaanbieders, gemeenten of stakeholders betrokken. Daarom zijn deze samenwerkingspartners ook geïnformeerd over relevante uitkomsten van de regioanalyse en worden

zij vervolgens ook betrokken in het beleidsproces. Zorgverzekeraar VGZ stelt een commitment van de belangrijkste stakeholders als voorwaarde voor de bekostiging van het regioplan.

Betekenisvolle afspraken

De zorgverzekeraars hebben zorgplicht voor hun verzekerden. Het is in het belang van zowel DSP als VGZ/CZ om tot betekenisvolle afspraken te

komen. Op voorhand hebben partijen zich gecommitteerd aan de uitkomsten van deze regioanalyse. Dit maakt deel uit van het zorginkoopproces dat de komende maanden zal plaatsvinden. Het regioplan biedt een gemeenschappelijk kader om dit te effectueren. <<

Chronische zorgprogramma's op de schop
De Eerstelijns oktober 2018

Tekst: Mariëlle Nellen (SGE), Nout Willems (PoZoB) en Jan Erik de Wildt (DOH)

