Advies

Bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg

Verkenning van vier opties

juni 2012

Inhoud

Vooraf **5**

Managementsamenvatting **7**

1. Inleiding **19**
1.1 Adviesvraag 19
1.2 Begrippen 19
1.3 Afbakening 20
1.4 Samenhang met andere projecten 21
1.5 Leeswijzer 21

2. Knelpuntanalyses en toekomstbeelden **23**
2.1 Achtergronden 23
2.2 Knelpuntanalyses 26
2.3 Toekomstbeelden en bekostigingsopties 34

3. Optie 1 – Zorgvraag centraal: Differentiatie van bekostiging naar zorgbehoefte van de patiënt **37**
3.1 Toekomstbeeld 37
3.2 Beschrijving bekostigingsoptie 37
3.3 Relaties met zorginhoud 39
3.4 Effecten op marktordening 40
3.5 Organisatie 41
3.6 Implementatie 42
3.7 Conclusie 43

4. Optie 2 – Resultaat centraal: Ruimte voor lokaal maatwerk in bekostiging **45**
4.1 Toekomstbeeld 45
4.2 Beschrijving bekostigingsoptie 47
4.3 Relaties met zorginhoud 48
4.4 Marktordening 49
4.5 Organisatie 50
4.6 Implementatie 51
4.7 Conclusie 52

5. Optie 3 – Keuzevrijheid centraal: Zorgactiviteiten, verrichtingen en consulten **53**
5.1 Toekomstbeeld 53
5.2 Beschrijving bekostigingsoptie 54
5.3 Relatie met zorginhoud 55
5.4 Marktordening 56
5.5 Organisatie 57
5.6 Conclusie 58

6. Optie 4 – Kostenbeheersing centraal: Zekerheid vooraf met inschrijftarieven **61**
6.1 Toekomstbeeld 61
6.2 Beschrijving bekostigingsoptie 62
6.3 Relatie met zorginhoud 63
6.4 Marktordening 64
6.5 Organisatie 65
6.6 Implementatie 66
6.7 Conclusie 67

7. Wijkverpleegkundige zorg 69
7.1 Aanleiding vraagstuk 69
7.2 Functie 69
7.3 Wijkverpleegkundige en de huisarts 70
7.4 Huidige financiering 71
7.5 Onderzoeksresultaten Zichtbare Schakel 72
7.6 Advies 73

8. Consultatie: aanvullende criteria en bekostigingsopties 77
8.1 Beoordelingscriteria 78
8.2 Bekostigingsoptie LVG 78
8.3 Bekostigingsoptie ZN 80
8.4 Bekostigingsoptie LHV 82

9. Conclusie 85

Bijlage 1. Achtergronden bij het advies 89

Bijlage 2. Literatuurstudie SiRM 99

Bijlage 3. Adviesvraag minister 101

Vooraf

Voor u ligt het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de bekostiging van huisartsenzorg en geïntegreerde zorg. In dit document geeft de NZa antwoord op de adviesvraag van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de bekostiging van deze zorg.

De NZa heeft dit advies opgesteld op basis van de volgende input:
- literatuuronderzoek
- gerichte gesprekken met koepelorganisaties en andere deskundigen
- reacties van partijen op een aantal gerichte vragen gesteld door de NZa en een bijeenkomst hierover op 22 maart 2012
- werkbezoeken
- reacties van partijen op het consultatiedocument en een bijeenkomst hierover op 29 mei 2012
- eigen expertise.

De NZa hecht grote waarde aan het betrekken van belanghebbenden en deskundigen bij de totstandkoming van haar beleid en advies. Wij stellen de constructieve bijdragen van alle betrokkenen dan ook zeer op prijs, en willen hen hiervoor hartelijk danken.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

Op 28 november 2011 heeft de NZa van de minister van VWS het verzoek ontvangen om advies uit te brengen over de bekostiging van de huisartsenzorg en de integrale zorg. Inhoudelijke aanleiding voor dit verzoek was, kort gezegd, het streven om door middel van toegankelijke en sterk georganiseerde zorg en ondersteuning in de buurt burgers beter in staat te stellen om zelf verantwoordelijkheid te houden voor hun gezondheid en zo lang mogelijk zelfstandig te blijven. Deze toegankelijke zorg en ondersteuning moet de groei van het aantal chronisch zieken beperken of ombuigen, met als resultaat een gezondere bevolking, minder sterk groeiende behoefte aan zorgpersoneel en lagere kostengroei.

Analyse
De minister legt de NZa enkele knelpunten en vraagstukken voor en vraagt naar de analyse van de NZa op deze punten. De belangrijkste conclusies van de NZa:

- Huisartsenzorg is te typeren als integrale zorg, zorg die de gehele patiënt centraal stelt. Deze integrale huisartsenzorg is onderdeel van geïntegreerde zorg: samenhangende zorg waaraan meerdere zorgverleners/zorgaanbieders op verschillende momenten een bijdrage leveren[1].

- Feit is dat de huisarts als poortwachter een centrale rol heeft in het zorgstelsel. In de zorgsector wordt de opvatting dat de huisarts deze centrale positie moet behouden breed gedragen.

- De huidige bekostiging is complex en rond de huisarts gebouwd in plaats van geïntegreerde zorg centraal te stellen, met (risico op) dubbele bekostiging als gevolg. Het dubbele hybride karakter van tarieven (deels per verzekerde, deels per activiteit; deels gemaximeerd, deels vrij) leidt ook tot diverse problemen. Het inschrijftarief binnen deze bekostiging heeft zowel positieve als negatieve kanten.

- Er is sprake van een sterk hefboommechanisme rondom de kosten van huisartsenzorg. Door zijn poortwachterrol handelt de huisarts veel zorgvragen af tegen relatief lage kosten en 'voorkomt' daarmee veel hogere kosten in eerste lijn, tweede lijn en farmacie. Deze hefboom maakt dat zorgverzekeraars terughoudend zijn met het scherp inkopen (selectief en/of tegen lagere dan maximumtarieven), omdat dit *pennywise, poundfoolish* zou zijn.

- Voor de verzekeraar ligt de nadruk veeleer op het maken van andere afspraken met aanbieders van huisartsenzorg, gericht op ontzorgen, het stimuleren van substitutie van tweedelijnszorg en een efficiënte samenwerking in de eerste lijn. Deze benadering is gestoeld op een model van partnerschap: de zorgverzekeraar heeft baat bij zo gezond mogelijke verzekerden en de huisarts draagt zorg voor de algehele gezondheid van zijn patiënten. Dit gegeven vraagt om ruimte in de

[1] In dit advies maken wij een belangrijk onderscheid tussen de huisarts als zorgverlener, en de huisartsenpraktijk/gezondheidscentrum/zorggroep als zorgaanbieder. Als wij het hebben over huisarts, dan gaat het om de zorgverlener; de zorgaanbieder (organisatie die afspraken maakt) wordt steevast aangeduid met gezondheidscentrum. Een solo-huisartsenpraktijk is binnen deze terminologie dus een (klein) gezondheidscentrum.

bekostiging voor inkoopafspraken die de gedeelde belangen van beide partijen recht doen.

– Ook regionale variatie vraagt om een bekostigingssysteem met ruimte, in dit geval ruimte om lokale afspraken te maken. One size *fits none*. Als zorgverzekeraars in partnerschap (regionaal variërende) afspraken kunnen en willen maken, moet de overheid terughoudend zijn met centrale regulering. Er is dan alleen plaats voor regulering die zorgverzekeraars faciliteert en stimuleert de inkooprol goed in te vullen.

– Dat patiënten belemmeringen ervaren om te wisselen van huisarts hangt waarschijnlijk niet rechtstreeks samen met het inschrijftarief. Het inschrijftarief in zijn huidige vorm veroorzaakt wel een ongelijk speelveld. Betere duiding van het inschrijftarief kan daarvoor een oplossing bieden. Om overstapbelemmeringen te verminderen moeten andere oplossingsrichtingen worden onderzocht.

– Diverse partijen benadrukken het belang van goede registratie bij de toenemende complexiteit van de zorg. Complexere zorgvragen en geïntegreerde zorg vereisen een goede registratie, met het oog op effectieve samenwerking, informatie voor de patiënt, voorkomen van onnodige zorg. Dit is vooral, maar niet alleen, van belang bij geïntegreerde zorg rondom chronisch zieken en kwetsbare ouderen. Zorgvuldige registratie moet niet gezien worden als (administratieve) last, maar als essentieel onderdeel van goede zorg. Anders gezegd: slecht geregistreerde zorg is incomplete zorg. Tegelijk is goede registratie ook een voorwaarde voor het kunnen belonen op gezondheidsresultaten.

– Naast het ontschotten van de bekostiging (= zoveel mogelijk functioneel omschreven zorgprestaties) is minstens zo belangrijk dat schotten binnen de macrokostenbeheersing verdwijnen of flexibeler worden. Dit is bijvoorbeeld van belang voor substitutie van laagcomplexe zorg van tweede naar eerste lijn en de samenwerking op het gebied van spoedzorg tussen huisartsenposten en SEH-afdelingen. Macrobudgettaire interventies zouden meer gebaseerd moeten zijn op een gedetailleerd inzicht in (on)gewenste aspecten van overschrijdingen. Sturing van complexe eerstelijnszorg met zijn hefboomeffect is niet gebaat bij starre schotten.

Bekostigingsopties
Bovenstaande conclusies zijn leidend geweest bij het ontwerpen van de vier bekostigingsopties in dit advies. Waarom meerdere bekostigingsopties? Huisartsenzorg neemt een centrale rol in ons stelsel , met uitstralingseffecten op vele andere terreinen binnen en buiten de zorg. Een passende bekostiging voor huisartsenzorg en geïntegreerde zorg is daarom afhankelijk van de rol die huisartsenzorg (en geïntegreerde zorg) in het stelsel moet spelen, van de doelen die we ermee nastreven. De minister noemt in haar brief bijvoorbeeld vijf doelen en vier randvoorwaarden. Die kunnen niet alle met één bekostiging gediend en vervuld worden. Daarom zijn fundamentele inhoudelijke keuzes nodig. De opties in dit advies brengen die keuzes in beeld. Welke doelen en randvoorwaarden gaan goed samen en welke minder? Welke bekostiging past goed bij bepaalde doelen en randvoorwaarden?

Mede op basis van input uit het veld zijn vier toekomstbeelden ontwikkeld die ieder het verwezenlijken van bepaalde doelen en randvoorwaarden centraal stellen. Deze toekomstbeelden vormen de

basis voor de bekostigingsopties in dit advies. Hieronder worden deze vier combinaties van toekomstbeelden en bekostigingsopties toegelicht[2]. De namen van de opties verwijzen naar een 'leidend principe' dat centraal staat binnen het toekomstbeeld, conform de volgende tabel:

Tabel 1. Toekomstbeelden en bekostigingsopties

	Leidend principe	Bekostigingsoptie
1	Zorgbehoefte	Zorgvraag centraal
2	Lokale verschillen	Resultaat centraal
3	Toegankelijkheid	Keuzevrijheid centraal
4	Zekerheid	Kostenbeheersing centraal

Vrije prijzen
Bij een aantal van de bekostigingsopties in dit advies is sprake van vrije prijzen voor prestaties huisartsenzorg. Deze suggestie om tarieven vrij te geven komt voort uit het toekomstbeeld dat ten grondslag ligt aan de bekostigingsoptie, en is nog geen advies gebaseerd op toepassing van het NZa-toetsingskader voor het vrijgeven van tarieven. Bij de doorontwikkeling van concrete bekostigingsopties zal de NZa dit toetsingskader wel kunnen toepassen. De NZa wijst in dit advies wel op een algemeen dilemma rondom het vrijgeven van tarieven voor huisartsenzorg. Aan de ene kant zijn er risico's verbonden aan vrije prijzen voor huisartsenzorg, omdat zorgverzekeraars terughoudend zijn met het scherp inkopen van huisartsenzorg (selectief en/of tegen scherpe tarieven). Anderzijds kleeft aan het reguleren van tarieven het nadeel dat het substitutieprikkels dempt en zo de beleidsambitie van substitutie van tweede naar eerste lijn ondergraaft. Dit komt doordat tariefregulering altijd gebaseerd zal zijn op een bepaald norminkomen. En omdat succesvolle substitutie leidt tot overdekking van dit norminkomen zal bij herijking van de gereguleerde tarieven deze overdekking telkens worden afgeroomd.

Bekostigingsoptie 1: Zorgvraag centraal
Het eerste model neemt het groeiend aantal chronisch zieken, de groeiende multimorbiditeit, en het groeiend aantal kwetsbare ouderen als uitgangspunt. Het model brengt een pragmatische scheiding aan tussen huisartsenzorg en geïntegreerde zorg door middel van de volgende driedeling van consumenten:

Tabel 2. Driedeling consumenten

Typering consument	Prestatie	Tarief per	Max/vrij
Mensen met complexe zorgbehoefte, bijv.: – kwetsbare ouderen – chronisch zieken met drie+ aandoeningen	geïntegreerde zorg bij complexe zorgbehoefte	Patiënt per jaar	Vrij tarief, contracteervereiste
Mensen met een of twee chronische aandoeningen	geïntegreerde zorg bij chronische zorgbehoefte	Patiënt per jaar	Vrij tarief, contracteervereiste
Alle andere mensen	Huisartsenzorg	Consult, visite	Maximumtarief, niet declareerbaar met geïntegreerde zorg

Bij een groeiend aantal zorgstandaarden voor de verschillende chronische ziekten wordt het separaat bekostigen van diverse zorgketens

[2] De verkenning van deze opties in hoofdstukken 3 tot en met 6 omvat ook een eerste inschatting welke stappen nodig zijn voor de implementatie van de bekostigingsopties, zoals wijziging van wet- en regelgeving.

met onderlinge overlap onwerkbaar. Deze optie kiest daarom voor een uniforme, bijv. modulegestuurde, bekostiging van alle geïntegreerde zorg voor chronisch zieken, ongeacht de aandoening(en). Voor mensen met drie of meer chronische ziektes geldt hetzelfde bekostigingsregime als voor kwetsbare ouderen en andere mensen met een complexe zorgbehoefte.

De driedeling van consumenten in dit model nodigt ook enigermate uit tot specialisatie en toetreding. Zo is het goed denkbaar dat in sommige wijken ruimte ontstaat voor een specialist ouderengeneeskunde om de geïntegreerde zorg voor kwetsbare ouderen te coördineren, en mogelijk ook voor de arts verstandelijk gehandicapten. En voor de incidentele zorggebruikers kan de huisartsenpost ook overdag de deuren openen.

In dit model reguleert de NZa alleen nog de consultbekostiging van huisartsenzorg die als default geldt. De prestaties geïntegreerde zorg bieden veel vrije ruimte aan verzekeraars en zorgaanbieders om afspraken te maken over:
- Doorstroomcriteria van incidentele naar chronische en van chronische naar complexe zorgbehoefte. Het komen tot heldere doorstroomcriteria is waarschijnlijk de grootste uitdaging voor het doorontwikkelen van dit model.
- Zorginhoud, organisatie en samenwerking: Welke zorgstandaarden, richtlijnen en protocollen worden toegepast bij chronische / complexe zorgbehoefte? Welke aanbieders worden daarbij ingeschakeld?
- Registratie en informatie-uitwisseling.
- Tarieven.

Het model wordt in de randvoorwaarden zo ingericht, dat de organisatie van geïntegreerde zorg kan worden afgestemd op de lokale zorgvraag. Daarbinnen is ook ruimte voor taakherschikking. Op de meeste plaatsen zullen partijen tot overeenstemming komen over de invulling van geïntegreerde zorg bij chronische of complexe zorgbehoefte. Als verzekeraars en aanbieders echter niet tot overeenstemming komen, geldt als default huisartsenzorg: consultbekostiging voor alle verzekerden. Randvoorwaarde moet daarom zijn dat deze consultbekostiging voor chronisch zieken en kwetsbare ouderen niet aantrekkelijker is dan een overeenkomst over geïntegreerde zorg.

Bekostigingsoptie 2: Resultaat centraal
Het tweede model kenmerkt zich door een grote vrije ruimte. Gedachte achter die vrije ruimte is dat lokale partijen maatwerkafspraken kunnen maken, en daarbij resultaten centraal stellen die passen bij de lokale zorgbehoefte en gezondheidsdoelen. De NZa reguleert daarom ook zo weinig mogelijk ten aanzien van de vrije ruimte. Dit model kent een *default*-bekostiging voor partijen die niet tot maatwerkafspraken kunnen komen. Deze *default*-bekostiging wordt nog wel door de NZa gereguleerd.

Het model moet worden ingericht zodat zorgverzekeraars en gezondheidscentra (en op termijn ook andere lokale partners) geleidelijk kunnen toegroeien naar een situatie waarin zij onderling op maat gesneden bekostigingsafspraken maken. In eerste instantie zullen afspraken nog beperkt zijn in reikwijdte, maar op lange termijn kunnen bredere en meer ambitieuze doelen gesteld worden, zoals resultaatafspraken gericht op uitkomsten en niet op proces. Hierdoor wordt het mogelijk om wenselijke substitutie van tweede naar eerste lijn te stimuleren zonder dat een volumeprikkel in de bekostiging ontstaat.

In het kort heeft het model de volgende eigenschappen:
- Het model bestaat uit een *default*-bekostiging alleen voor huisartsenzorg en een grote vrije ruimte waarin een bekostiging afgesproken wordt voor geïntegreerde zorg passend bij de lokale gezondheidsdoelen en overeengekomen resultaten.
- De *default* bestaat enkel uit het huidige inschrijftarief en populatieopslagen, gecombineerd met de huidige consulten en visites. Alle contracteerbare extra's van het huidige systeem (POH, M&I, GEZ, ketenprestaties) verdwijnen uit de *default*.
- Dit eenvoudige karakter van de *default* is essentieel voor deze optie om te stimuleren dat partijen daadwerkelijk in partnerschap lokale afspraken maken.

Dit model kent grote uitdagingen. De eerste is om lokaal tot de partnerschappen te komen tussen zorgverzekeraar en gezondheidscentra die nodig zijn voor het komen tot overeenstemming over lokale doelen en bijbehorende bekostiging. Hiervoor is volgens de NZa van belang dat de *default*-bekostiging beide partijen stimuleert om in de vrije ruimte de oplossingen te vinden die de *default* niet biedt. Overigens verwacht de NZa dat er in dit model ook altijd zorgaanbieders zullen blijven die kiezen voor de *default*, en onder die bekostiging verzekerden bedienen die niet kiezen voor het aanbod van het lokale samenwerkingsverband.

De tweede uitdaging hangt samen met het belang dat zorgaanbieders hebben om de afspraken die zij maken met de verschillende verzekeraars zoveel mogelijk te laten samenlopen. Het volgen van afspraken moet aantrekkelijk worden gemaakt, maar kan waarschijnlijk niet worden afgedwongen. In theorie kan de situatie ontstaan dat lokale verschillen in bekostiging naast elkaar blijven bestaan. Bij de doorontwikkeling van dit model zullen deze twee uitdagingen veel aandacht moeten krijgen.

De derde uitdaging is het beschikbaar komen van goede en tijdige kwaliteitsinformatie. Het belang hiervan geldt ook nu al, los van een toekomstige nieuwe bekostiging. In deze optie is dat belang echter nog groter, groter ook dan bij de andere opties, vanwege het grote aantal vrijheidsgraden binnen deze bekostigingsoptie.

Bekostigingsoptie 3: Keuzevrijheid centraal
Het derde model stelt keuzevrijheid en het vergroten van toegankelijkheid centraal. Dit gebeurt door het creëren van een gelijk speelveld en het ook anderszins wegnemen van toetredingsdrempels. De toetreding die hiervan het gevolg is, biedt zorgverzekeraars meer mogelijkheden voor selectieve inkoop. Toetreders (en onder druk hiervan ook de bestaande aanbieders) richten zich ook meer op service richting verzekerden. Kern van de bekostigingsoptie is functioneel beschreven zorgactiviteiten en afschaffen van het inschrijftarief. De NZa heeft in dit model nog een prominente regulerende rol rondom het vaststellen van de prestaties en maximumtarieven voor een nader te bepalen deel van deze prestaties.

De focus van dit model ligt op huisartsenzorg. Geïntegreerde zorg is in dit model de som der delen, aangevuld met een koptarief. Samenwerking vindt in dit model meer plaats *tussen* zorgaanbieders dan *binnen* (geïntegreerde) zorgaanbieders. Dit zijn ook nieuwe typen zorgaanbieders, zoals verpleegkundig specialisten, physician assistants, en wijkverpleegkundigen die zich ook zelfstandig gaan vestigen. Deze nieuwe aanbieders proberen aantrekkelijk te zijn voor verzekeraars en patiënten door middel van prijs en service. Bij dit model hoort ook dat de huisarts zijn rol als poortwachter op onderdelen gaat delen met andere typen zorgaanbieders.

Dit model veronderstelt dat een betere prijs-kwaliteitverhouding (service) van de huisartsenzorg en geïntegreerde zorg bereikt zal worden door het 'opengooien' van de eerstelijns zorgmarkt. Hierbij wordt beoogd om zorgfuncties te bekostigen, niet de functionarissen. Dit vereist als eerste het afschaffen van het inschrijftarief en het zoveel mogelijk vangen van de huisartsenzorg in zorgactiviteiten, verrichtingen, consulten of zorgtrajecten. Samenwerken ten behoeve van ketenzorg kan, zoals in het huidige model, bekostigd worden via een integraal of koptarief. Deze bekostiging creëert een gelijk speelveld en neemt belangrijke toetredingsdrempels weg. Via flankerend beleid worden aanvullende drempels weggenomen, zoals de afhankelijkheid van een aantal zorgverleners van gezondheidscentra voor hun opleiding.

Dit model kent twee grote uitdagingen. De eerste is het zoveel mogelijk vangen van de zorgprestaties in goed afgebakende, gelabelde zorgactiviteiten. Met name aan de 'randen' van de huisartsenzorg, waar het het meest waarschijnlijk is dat andere zorgverleners delen van de huisartsenzorg voor hun rekening kunnen nemen, zullen dergelijke prestaties benoemd moeten worden.

De tweede uitdaging van dit model is kostenbeheersing. Aangezien dit model sterke productieprikkels in zich draagt, is het risico op volume- en dus kostengroei aanzienlijk. Daarom ligt het voor de hand bij dit model een instrument te ontwikkelen voor kostenbeheersing achteraf.
Het is daarbij echter wel van belang de sterke kanten van dit model zoveel mogelijk intact te laten.

Bekostigingsoptie 4: Kostenbeheersing centraal
Het vierde model stelt de beheersing van de kosten van huisartsenzorg en geïntegreerde zorg centraal. Dit kan gedreven worden vanuit budgettaire redenen, maar ook vanuit de wens om rust te creëren door (de dreiging van) kortingen achteraf te vermijden. De focus van dit model ligt op huisartsenzorg. Geïntegreerde zorg fungeert als een optioneel te contracteren plusmodule.

Dit model gaat uit van een nadruk op kostenbeheersing vooraf. In de andere modellen zou die kostenbeheersing achteraf moeten plaatsvinden door middel van kortingen. Deze (dreiging van) kortingen achteraf creëert veel onrust en onzekerheid, zeker in de eerste lijn, waar kortingen vaak direct ingrijpen op het inkomen van de zorgverleners. Om deze onrust en onzekerheid voor te zijn, gaat dit model uit van kostenbeheersing vooraf. Meest voor de hand liggend is een bekostiging met een volledig abonnementstarief voor huisartsenzorg, eventueel gedifferentieerd naar verwachte zorgzwaarte. Geïntegreerde zorg kan in dit model worden bekostigd bovenop het abonnementstarief vanuit budgetten die gericht door zorgverzekeraars verspreid worden onder geselecteerde aanbieders van geïntegreerde zorg[3].

Binnen dit model heeft de NZa een grote regulerende taak in het vaststellen van (gedifferentieerde) abonnementstarieven voor huisartsenzorg en de budgetten per verzekeraar voor geïntegreerde zorg. Er is alleen enige vrije ruimte voor de zorgverzekeraars om decentraal zaken overeen te komen binnen de kaders van deze regulering.

[3] Een dergelijk budget, dat wel wat weg heeft van de contracteerruimte in de AWBZ, kan overigens mogelijk ook ingezet worden bij andere modellen met een vrije ruimte voor geïntegreerde zorg, zoals optie 1 (Zorgvraag centraal) en optie 2 (Resultaat centraal).

Samenwerking staat in dit model niet centraal, zeker niet waar die niet zou leiden tot kostenbesparingen. Taakherschikking biedt nog wel veel mogelijkheden voor efficiënter zorgaanbod en kan daarom aantrekkelijk zijn binnen dit model.

De uitdaging van dit model ligt vooral op het beperken van het afwentelingsrisico: afwenteling op de nulde lijn door toegankelijkheidsdrempels op te werpen (met risico op onderbehandeling) en afwenteling op de tweede lijn door onnodig doorverwijzen. Dergelijk afwentelingsgedrag zou de poortwachterrol van de huisarts ondermijnen, terwijl bij dit model past dat de huisarts zijn centrale rol wel behoudt.

Wijkverpleegkundige zorg
De minister heeft in haar adviesaanvraag ook specifiek gevraagd om een advies over de structurele borging van de bekostiging van de (niet-geïndiceerde) wijkverpleegkundige zorg. De wijkverpleegkundige zorg vormt een belangrijk onderdeel van de geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn. Voor een periode van vier jaar is er een jaarlijks bedrag van € 10 miljoen beschikbaar gesteld en ondergebracht in het programma Zichtbare Schakel, waarin de wijkverpleegkundige in vele projecten in het land, met nadruk op aandachtswijken, de integrale aanpak tussen wonen, preventie, welzijn en zorg coördineert. Eind 2012 lopen de projecten in dit programma af.
Voor de middellange termijn adviseert de NZa het beschikbare budget voor de niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg onder te brengen bij de zorgverzekeraars. In het programma Zichtbare Schakel is aangetoond dat de kracht en de meerwaarde van de wijkverpleegkundige inzet ligt in het generalistische en regelvrije karakter. De zorgverzekeraar kan dit regelvrije karakter voortzetten en zo waarborgen dat de wijkverpleegkundige haar onafhankelijke rol kan behouden. De NZa adviseert de prestatie in beginsel met een vrij abonnementstarief te bekostigen, en de zorgverzekeraar met de wijkverpleegkundige (of haar vertegenwoordiger) afspraken te laten maken over de inhoud van de te leveren prestatie, de grenzen van het verzorgingsgebied (de wijk) en de hoogte van het tarief.

Deze oplossing ligt niet altijd in lijn met de uitgangspunten in de vier bekostigingsmodellen. Zo zal voor opties 1 (Zorgvraag centraal) en 2 (Resultaat centraal) bovenstaande abonnementsbekostiging wel van toepassing kunnen zijn op de *default*-situaties van die modellen, maar zal wijkverpleegkundige zorg al snel opgaan in de prestaties voor geïntegreerde zorg als die overeengekomen worden. En wanneer gekozen wordt voor model 3 (Keuzevrijheid centraal), zal onderzocht moeten worden of de wijkverpleegkundige zorg niet ook in zorgactiviteiten beschreven kan worden.

Voor de korte termijn vindt de NZa het van belang dat de projecten binnen het programma Zichtbare Schakel ook na 31 december 2012 worden gecontinueerd. De NZa adviseert om de financiering van de lopende projecten te verlengen, totdat andere wijzigingen in de bekostiging worden doorgevoerd. Een alternatief voor de korte termijn, het verbreden van de AWBZ-prestatie AIV-verpleging, is alleen een optie als snel nieuwe initiatieven tot stand moeten komen, met daarbij als randvoorwaarde dat hiertoe extra middelen aan de contracteerruimte worden toegevoegd

De vier bekostigingsopties vergeleken
Om antwoord te kunnen geven op de vraag van de minister wat de voor- en nadelen zijn van de opties, en welke doelen en randvoorwaarden binnen de opties worden vervuld, is het nodig de vier modellen onderling vergelijkbaar te maken. Hiertoe heeft de NZa de modellen op basis van

negen criteria een score gegeven. Die negen criteria zijn de vijf doelen en vier randvoorwaarden genoemd in de adviesvraag van de minister aan de NZa:

Doelen

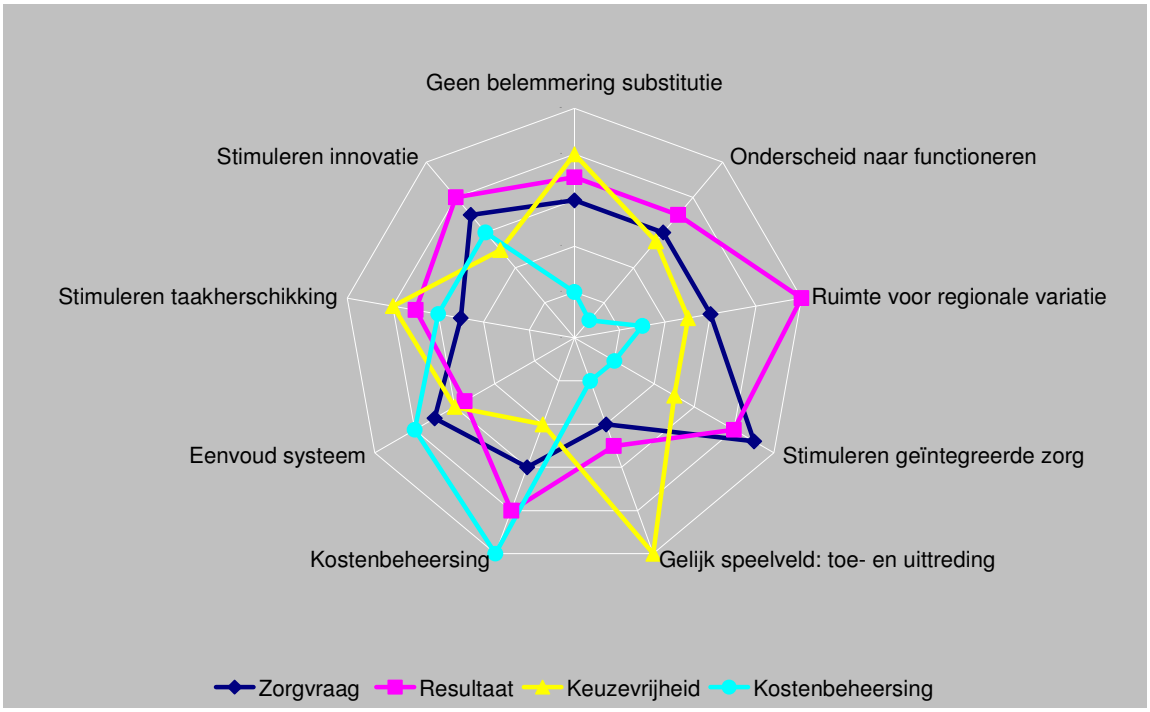
1. Eenvoud systeem: Het model leidt niet tot hoge administratieve lasten.
2. Onderscheid naar functioneren: Het model biedt de mogelijkheid om onderscheid in beloning te maken tussen goed en minder goed presterende gezondheidscentra.
3. Stimuleren taakherschikking: Het model bevordert het beleggen van taken bij de daarvoor meest geschikte functionaris.
4. Stimuleren geïntegreerde zorg: Het model stimuleert het ontstaan van een geïntegreerde aanbod van zorg waar dit bijdraagt aan de kwaliteit van zorg.
5. Stimuleren innovatie: Het model bevordert het tot stand komen van verbeteringen in het zorgaanbod of zorgproces.

Randvoorwaarden

1. Geen belemmering substitutie: Het model mag substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn niet in de weg staan.
2. Kostenbeheersing: Het model zorgt voor beheersbare kosten van huisartsenzorg en geïntegreerde zorg.
3. Gelijk speelveld (toe- en uittreding): Het model geeft geen competitief voordeel aan gevestigde zorgaanbieders.
4. Ruimte voor regionale variatie: Het model biedt de mogelijkheid om de bekostiging regionaal op maat te snijden.

De figuur hieronder geeft een overzicht van de scores van de vier modellen op bovenstaande negen criteria. De NZa benadrukt dat deze scores niet meer zijn dan een eerste indicatie. Om een meer definitieve score te kunnen bepalen, zouden de modellen in concreto uitgewerkt moeten worden.

Figuur 1. Score van de modellen op negen criteria



Noot: Punten meer aan de buitenkant representeren een hogere score.
Bron: NZa

In de tabel op de volgende bladzijden worden per criterium kort de belangrijkste factoren genoemd die tot de scores in bovenstaande figuur hebben geleid.

Tabel 3. Onderbouwing indicatieve score per doel/randvoorwaarde

Doel / rand-voorwaarde	1. Zorgvraag centraal	2. Resultaat centraal	3. Keuzevrijheid centraal	4. Kostenbeheersing centraal
Eenvoud systeem	Goed: Dit model is eenvoudiger dan het huidige systeem. Onderscheid naar 3 typen consument introduceert wel enige nieuwe complexiteit	Voldoende: De default is zeer eenvoudig, alternatieven mogelijk complexer (maar vrijwillig)	Voldoende: Een systeem van verrichtingen is in theorie relatief eenvoudig. De uitwerking kan echter voor huisartsenzorg ingewikkeld zijn	Goed: De declaratielasten zijn in dit model laag
Onderscheid naar functioneren	Voldoende: Prestatie-inhoud bij chronische zorgbehoefte landelijk uniform.	Voldoende: Model veronderstelt dat resultaatafspraken worden gemaakt.	Voldoende: Resultaatsafspraken kunnen bij vrije prijzen worden gemaakt.	Slecht: Zorg(resultaat) is in budgetmodel 'black box'.
Stimuleren taakherschikking	Matig: Huisarts ontvangt inschrijftarief, maar kan vanuit doelmatigheidsoogpunt de zorg deels overdragen aan andere (gespecialiseerde en daardoor goedkopere of kwalitatief betere) zorgverleners. De huisarts behoudt wel regie.	Voldoende: Als de goede uitkomst behaald kan worden met inzet van goedkopere of kwalitatief betere arbeidskrachten dan kan de huisarts zijn specialistische en generalistische tijd als geneeskundige inzetten voor andere activiteiten.	Goed: Doordat in dit model niet de functies in algemene zin beschreven worden, biedt dit de verzekeraar vervolgens de mogelijkheid om daar de meest geschikte (beste prijs-/kwaliteitsverhouding) functionaris bij te zoeken.	Voldoende: voor zover het efficiëntere zorg betreft komt taakherschikking binnen de praktijk op autonome wijze tot stand (om kostenbesparing te realiseren).
Stimuleren geïntegreerde zorg	Zeer goed: Voor die patiënten waarvoor geïntegreerde zorg van belang is geldt geïntegreerde bekostiging.	Goed: Vrije ruimte bestaat voor gehele eerstelijnszorg, hetgeen geïntegreerde zorg stimuleert. Waar geïntegreerde zorg bijdraagt aan resultaten ontstaat ook de prikkel tot geïntegreerde zorg.	Matig: Geïntegreerde zorg staat niet centraal,wel kunnen prestaties worden opgesteld om dergelijke zorgtrajecten te faciliteren.	Slecht: Samenwerking tussen eerstelijns zorgaanbieders breder dan het budgettair kader huisartsenzorg wordt niet gestimuleerd.
Stimuleren innovatie / e-health	Voldoende: Risico dat een abonnementstarief ruimte voor innovatie wegneemt. De facultatieve prestatie biedt ruimte om naast abonnementstarieven aparte afspraken te maken over innovatieve prestaties.	Goed: Het resultaat staat voorop hetgeen betekent dat aanbieders van huisartsenzorg meer vrijheidsgraden hebben om innovaties te gebruiken/ontwikkelen die de uitkomsten van de geboden zorg verbeteren.	Voldoende: Het is mogelijk om naast de specifieke verrichtingen de mogelijkheid tot een facultatieve prestatie op te nemen.	Voldoende: Kostenbesparende innovaties zijn aantrekkelijk om de marge ten opzichte van het budget te verbeteren.

Geen belemmering substitutie	Voldoende: Enerzijds bevordert toegankelijke OVP-lijst substitutie. Anderzijds remt het abonnementstarief substitutie.	Goed: Legio mogelijkheden om substitutie binnen dit model te stimuleren.	Goed: Verrichtingenmodel stimuleert dat zoveel mogelijk zorg door het gezondheidscentrum zelf wordt uitgevoerd.	Slecht: Budgetmodel geeft risico op het afwentelen van zorg van eerste- naar tweedelijn.
Kostenbeheersing	Voldoende: De volumeprikkels in dit model zijn zeer beperkt. Er is geen garantie op het borgen van substitutiebesparing	Goed: Het model is niet volume gedreven dus geen sterke productie prikkels.	Onvoldoende: Verrichtingenmodel stimuleert volume. Een MBI kan als tegenkracht fungeren maar moet zich nog bewijzen en mogelijk onwenselijke prikkels	Uitstekend: Leidend principe bij dit model
Gelijk speelveld; toe/uittreding	Onvoldoende: Door abonnementsbekostiging is er al voor een groot deel van de zorg betaald. Zorgverzekeraar wil de zorg niet nog een keer betalen.	Matig: Toetreders kunnen van de defaultoptie gebruikmaken om vervolgens de meerwaarde aan zorgverzekeraars te bewijzen.	Uitstekend: Leidend principe bij dit model.	Slecht: Abonnementstarief laat geen ruimte voor toetreders.
Ruimte voor regionale variatie	Voldoende: Binnen de prestaties voor geïntegreerde zorg is ruimte voor regionale variatie.	Uitstekend: Lokaal maatwerk is leidend principe	Voldoende: Per regio kan de nadruk van inkoop op andere prestaties liggen.	Onvoldoende: Geen ruimte voor regionale variatie tenzij via een budget voor geïntegreerde zorg.

1. Inleiding

1.1 Adviesvraag

Begin 2011 hebben minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hun beleidsdoelstellingen aan de tweede kamer kenbaar gemaakt in de brieven 'Zorg die werkt' en 'Vertrouwen in de zorg'[4]. Een belangrijk speerpunt daarin is dat zorg en ondersteuning in de buurt beschikbaar moeten zijn wanneer mensen dat nodig hebben. Op 14 oktober 2011 hebben de bewindslieden van VWS de brief 'Zorg en ondersteuning in de buurt' naar de Tweede Kamer gestuurd[5]. Deze brief beschrijft de noodzaak om zorg en ondersteuning in de buurt te versterken. In de brief wordt geconcludeerd dat een tendens van toegenomen medicalisering moet worden omgebogen, waarbij onnodig beroep op (zwaardere) zorg moet worden voorkomen. Twee belangrijke speerpunten, die betrekking hebben op de huisartsenzorg, zijn (1) het versterken van de eerste lijn en (2) het bevorderen van de samenwerking.

Op 28 november 2011 heeft de minister van VWS (de minister) de NZa per brief verzocht om een advies uit te brengen met betrekking tot de bekostiging van huisartsenzorg en integrale zorgverlening[6]. Hierin vraagt de minister de NZa haar te adviseren over een financiering- en bekostigingsmodel voor huisartsenzorg en geïntegreerde zorg waardoor de eerste lijn wordt versterkt en zorg in de buurt beter mogelijk is.

Hierbij vraagt de minister expliciet om te adviseren over een bekostigingsmodel dat meer aansluit bij het nieuwe zorgstelsel en dat zorgaanbieders meer naar prestatie beloond moeten kunnen worden. De voorgestelde bekostiging moet een belangrijke bijdrage leveren aan de volgende punten:
- vereenvoudiging van de bekostiging;
- onderscheid in beloning tussen (minder) goed functionerende aanbieders;
- stimuleren van taakherschikking;
- stimulering integrale zorgverlening en samenwerking;
- stimuleren van innovatie ten behoeve van de patiënt.

In dit document geeft de NZa antwoord op bovenstaande vragen, zo veel mogelijk rekening houdend met de in de brief genoemde randvoorwaarden:
- geen belemmering voor substitutie tweede naar eerstelijn;
- kostenbeheersing;
- gelijk speelveld en geen belemmering voor toe- en uittreders;
- ruimte voor regionale variatie.

1.2 Begrippen

Huisartsenzorg
In dit advies wordt gesproken over huisartsenzorg. Omdat de term 'huisartsenzorg' ingeburgerd is, en korter, wordt die in dit advies

[4] VWS, brief 'zorg die werkt', kenmerk MC/U-3048431, brief 'vertrouwen in de zorg', kenmerk MEVA/AEB-3048722, 26 januari 2011.
[5] VWS, brief 'zorg en ondersteuning in de buurt', kenmerk CZ/EKZ-3086843, 14 oktober 2011.
[6] Zie bijlage 3 bij dit advies.

verkozen boven het eveneens regelmatig gebruikte 'huisartsgeneeskundige zorg'. Met de term 'huisartsenzorg' wordt gedoeld op zorg 'zoals huisartsen die plegen te bieden'. Hiermee wil de NZa overigens niet zeggen dat het zorg is die enkel de huisarts kan leveren.

Geïntegreerde zorg
Huisartsenzorg is te typeren als integrale zorg, zorg die de gehele patiënt centraal stelt. Deze integrale huisartsenzorg is onderdeel van geïntegreerde zorg: samenhangende zorg waaraan meerdere zorgverleners/zorgaanbieders op verschillende momenten een bijdrage leveren. Onder geïntegreerde zorg valt onder andere de zorg die in samenwerking wordt geboden zoals rondom de huidige GEZ-module[7], de ketenzorg, samenwerking binnen de beleidsregel innovatie, en overige samenwerkingsverbanden tussen eerstelijnszorgaanbieders.

Zorgverlener, zorgaanbieder, huisarts, gezondheidscentrum
In dit advies maken wij een belangrijk onderscheid tussen de huisarts als zorgverlener, en de huisartsenpraktijk/gezondheidscentrum/zorggroep als zorgaanbieder. Als wij het hebben over huisarts, dan gaat het om de zorgverlener; de zorgaanbieder (organisatie die afspraken maakt) wordt steevast aangeduid met gezondheidscentrum. Een solo-huisartsenpraktijk is binnen deze terminologie dus ook een (klein) gezondheidscentrum.

Abonnement, inschrijftarief
In dit document wordt geen onderscheid gemaakt tussen de termen abonnement en inschrijftarief voor een tarief dat per (ingeschreven) verzekerde per jaar (of andere tijdseenheid) in rekening kan worden gebracht.

1.3 Afbakening

Huisartsenzorg en geïntegreerde zorg samen hebben raakvlakken met vele andere vormen van zorg in de zin van de Wmg, de Zvw en de AWBZ, en ook vele raakvlakken met zaken buiten de zorg in deze zin, zoals preventie, maatschappelijk werk en maatschappelijke ondersteuning. Al deze raakvlakken komen in dit advies aan de orde naar rato van hun belang voor de analyse, maar de focus ligt steeds op de huisartsenzorg en geïntegreerde zorg. De volgende paragraaf beschrijft actuele activiteiten van de NZa op een aantal van die raakvlakken.

Grotendeels buiten beschouwing blijft de bekostiging van de huisartsenzorg in de avond, nacht en weekend (ANW). Hierover heeft de NZa in 2008 en 2009 geadviseerd[8]. Wel wordt in het kader van de substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn soms gerefereerd aan de samenwerking tussen huisartsenposten en SEH-afdelingen van ziekenhuizen voor acute zorg en ANW-zorg.

[7] Zie paragraaf 2.1 voor een beschrijving van dit punt en andere elementen uit de huidige bekostiging.
[8] NZa, Uitvoeringstoets Met spoed, februari 2008; en NZa, Uitvoeringstoets Meer ruimte voor samenwerking in de acute zorg, december 2009. Zie: http://www.nza.nl/publicaties/Adviezen/.

1.4 Samenhang met andere projecten

Dit rapport is als zelfstandig leesbaar document opgesteld. Op onderdelen wordt voor achtergronden verwezen naar andere onderzoeken en adviezen die door de NZa uitgebracht zijn of nog worden uitgebracht. Tevens wordt verwezen naar onderzoeken c.q. rapporten die uitgevoerd zijn of worden door externen. Het gaat hierbij om de volgende onderzoeken en adviezen:

NZa onderzoeken en adviezen:
- *Kostprijsonderzoek huisartsenzorg*: de minister heeft de NZa in verband met de onderbouwing van de korting van huisartsenzorg gevraagd om een kostprijsonderzoek uit te voeren. De resultaten van dit onderzoek publiceert de NZa naar verwachting in juni 2012.
- *Advies Substitutie*: in het voorjaar van 2012 is de NZa verzocht om een advies te geven over de mogelijkheden om substitutie van de tweede naar de eerste lijn te stimuleren.
- *Advies Eerstelijnsdiagnostiek*: eind 2011 is de uitvoeringstoets eerstelijnsdiagnostiek uitgebracht. De uitvoeringstoets gaat in op de bekostiging van de eerstelijnsdiagnostiek.
- *Marktscan ketenzorg*: In 2012 wordt een marktscan ketenzorg opgesteld. Deze marktscan gaat in op de werking van de ketens. Uitkomst worden in de eerste helft van 2012 verwacht.
- *Marktscan Huisartsenzorg*: Eind 2012 zal de NZa een marktscan uitbrengen over huisartsenzorg.
- *Advies Basis GGZ*: Eind 2011 is het Advies Basis GGZ uitgebracht. Dit advies gaat in op de versterking van de eerstelijns GGZ en beschrijft daarin ook de rol van de huisarts en de GGZ-ondersteuner (huidige POH-GGZ).
- *Advies Taakherschikking*: eind 2011 heeft de NZa dit rapport uitgebracht. Dit rapport gaat met name over taakherschikking in de tweedelijns somatische zorg en de curatieve GGZ.

Onderzoeken en adviezen van externe organisaties
- *Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging*: Deze onafhankelijke commissie evalueert de bekostiging van de huidige ketenzorg, met ondersteuning vanuit het RIVM. Deze evaluatie heeft veel raakvlakken met de marktscan Ketenzorg. Tevens dienen de uitkomsten hiervan gebruikt te worden ten behoeve van de keuze voor bekostigingsmodel geïntegreerde zorg. Uitkomsten worden in juni 2012 verwacht. Waarschijnlijk kan het onderhavige advies alleen gebruik maken van de tussenrapportages.
- *Literatuuronderzoek SiRM*: De NZa heeft onderzoeksbureau SiRM verzocht om, in voorbereiding op de eigen analyse, een literatuuronderzoek te doen rondom de knelpunten genoemd in de brief van de minister van 28 november 2011. Dat literatuuronderzoek is als bijlage 2 bij dit advies gevoegd.

1.5 Leeswijzer

Dit document geeft de antwoorden op de achttien vragen die de minister in haar verzoek aan de NZa heeft gesteld.

Hoofdstuk 2 bevat knelpuntanalyses en beschrijft de vier toekomstbeelden die ten grondslag liggen aan de bekostigingsopties. De analyses geven een antwoord op vragen 5 tot en met 10 van de minister. Dit hoofdstuk is daarmee de opmaat naar de vier bekostigingsopties die in de daaropvolgende hoofdstukken 3 tot en met 6 volgen. In deze hoofdstukken geeft de NZa antwoord op vragen 1 tot en met 4 van de minister (bekostigingsopties, hun voor- en nadelen,

effecten op organisatiegraad en andere vormen van zorg), vraag 11 (besparingen) en 13 tot en met 18 (e-health en taakherschikking). Hoofdstuk 7 bevat het antwoord op de vraag van de minister naar de structurele borging in de bekostiging van de wijkverpleegkundige zorg (vraag 12).

In hoofdstuk 8 wordt op hoofdlijnen uiteengezet wat partijen tijdens de consultatieperiode hebben ingebracht. Hoofdstuk 9 concludeert door de vier bekostigingsopties naast elkaar te zetten.

2. Knelpuntanalyses en toekomstbeelden

Dit hoofdstuk analyseert in paragraaf 2.2 een aantal relevante knelpunten en geeft vervolgens in paragraaf 2.3 een aanzet voor de vier toekomstbeelden die ten grondslag liggen aan de bekostigingsopties die centraal staan in dit document. Hieraan voorafgaand, in paragraaf 2.1, staan in het kort enkele relevante achtergronden bij de analyses. Bijlage 1 bij dit rapport bevat een aantal aanvullende achtergronden.

2.1 Achtergronden

2.1.1 Zorgvraag groeit in getal en complexiteit

De geïntegreerde zorg, en daarmee ook de huisartsenzorg daarbinnen, staat voor de uitdaging om ook in de toekomst de noodzakelijke zorg te kunnen (blijven) bieden aan patiënten en te kunnen voldoen aan hun zorgvraag. De bevolking vergrijst, het aantal kwetsbare ouderen groeit, en dat brengt een veranderende zorgvraag met zich mee[9]. De grootste verandering in de zorgvraag vindt haar oorzaak in de veroudering van de bevolking. Dit gaat gepaard met een toename van het aantal chronisch zieken. Veel chronisch zieken hebben meer dan één chronische aandoening (multimorbiditeit). Mensen met een chronische ziekte gebruiken veel en langdurig zorg: ze bezoeken regelmatig de huisarts of medisch specialist, ze gebruiken veel geneesmiddelen en maken geregeld gebruik van bijvoorbeeld paramedische zorg, thuiszorg of hulpmiddelen.

De zorg voor mensen met een chronische ziekte vraagt dus om een systematische aanpak en een goede organisatie van de zorg. Dit geldt des te sterker voor mensen met multimorbiditeit. Zij hebben gemiddeld genomen te maken met nog meer verschillende zorgverleners. Een goede informatie-uitwisseling en coördinatie van de zorg is hierbij van belang. Daartegenover staat een groot deel van de bevolking, waaronder veel jongeren en hoger opgeleiden, met een lage (incidentele) zorgbehoefte.

2.1.2 Aanbod huisartsenzorg en geïntegreerde zorg

De huisartsenzorg wordt verleend vanuit huisartspraktijken waarin zelfstandig gevestigde huisartsen, huisartsen-in-dienst-van-een-huisarts (HIDHA), praktijkassistenten en praktijkondersteuners werkzaam zijn. Op basis van de door het Nivel gehouden peiling 'cijfers uit de regisstratie van huisartsen' over 2010 zijn de volgende kerngegevens beschikbaar. Er zijn in totaal 8.921 huisartsen werkzaam. Hiervan zijn 7.833 zelfstandig gevestigd en 1.088 HIDHA.

Huisartsen zijn de laatste jaren steeds meer gaan samenwerken. Anno 2010 werkt nog maar 18% van alle Nederlandse huisartsen werkte in een solopraktijk, 28% werkte in een duopraktijk en 54% in een groepspraktijk

De normpraktijk die als basis dient ter berekening van de tarieven voor huisartenzorg kent 2.350 ingeschreven patiënten.

[9] Diverse documenten beschrijven deze en andere ontwikkelingen uitgebreider. Zie bijvoorbeeld RVZ, Discussienota Zorg voor je Gezondheid, april 2010, http://www.rvz.net/publicaties/bekijk/zorg-voor-je-gezondheid.

De aansluiting tussen vraag en aanbod verschilt regionaal. De patiëntendichtheid per fte huisarts verschilt per regio tussen 2.200 en 2.500 patiënten.
Verder blijkt dat een groot deel van recentelijk afgestudeerde huisartsen zich liever vestigt op het platteland dan in de grote stad. Mogelijk zullen hierdoor de tekorten in grotere steden groter zijn dan in andere gebieden.[10]

2.1.3 Huidige bekostiging

De huidige bekostigingssystematiek voor huisartsenzorg volgde uit het in 2005 tussen LHV, ZN en VWS overeengekomen Vogelaarakkoord. De in 2006 geïntroduceerde mengvorm van inschrijftarief en consultbekostiging beoogde zowel tegemoet te komen aan het generalistische karakter van de huisartsenzorg als een prikkel in te bouwen om meer patiënten te behandelen binnen de eerste lijn. Het abonnementstarief per ingeschreven patiënt dient grofweg ter dekking van de vaste kosten van de gemiddelde huisartsenpraktijk, waarmee de beschikbaarheid van de huisarts voor ingeschreven patiënten gewaarborgd moet zijn. Het te declareren tarief per consult dekt grofweg de variabele kosten van de gemiddelde reguliere dienstverlening, waarmee een bescheiden productieprikkel in de systematiek werd ingebouwd.

De hoogte van zowel het inschrijftarief als het consulttarief zijn gemaximeerd door de NZa. De hoogte van het inschrijftarief kent een beperkte mogelijkheid tot differentiatie in zorgzwaarte op basis van leeftijd en de woonomgeving (achterstandswijken) van de ingeschreven patiënt. Door een aantal ingrepen in de bekostigingssystematiek sinds 2006, waaronder overhevelingen van de bekostiging van bijvoorbeeld praktijkondersteuning en het uitschrijven van herhaalrecepten naar het inschrijftarief, is de oorspronkelijke onderverdeling tussen vaste en variabele kosten veranderd.

In het Vogelaarakkoord werd ook overeengekomen dat een aantal aanvullende elementen in de bekostiging moesten worden ingebouwd om zowel substitutie van tweede naar eerste lijn als onderlinge samenwerking binnen de eerste lijn te bevorderen. Dit kreeg in de bekostiging een aantal verschillende uitwerkingen:
- Een limitatieve lijst van specifieke verrichtingen tegen een vrij tarief (de M&I-verrichtingenlijst), die in rekening kunnen worden gebracht indien hier een overeenkomst met de zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt.
- De mogelijkheid om tegen een vrij tarief modules bovenop het inschrijftarief overeen te komen, onder voorwaarde dat hier een overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt (M&I-modules).
- De module Geïntegreerde Eerstelijns Zorg (GEZ) kan, wederom onder voorwaarde van contractering tussen aanbieder en zorgverzekeraar, bovenop het inschrijftarief in rekening worden gebracht. De extra module beloont (via) de huisarts voor coördinatie van multidisciplinaire samenwerkingsverbanden binnen de eerste- en eventueel tweedelijn rondom de zorg voor chronisch zieken.

In 2010 is de mogelijkheid gecreëerd om de zorg voor chronisch zieken in het kader van diabetes mellitus type II, COPD (Chronic Obstructive Pulmonary disease) en Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) conform de zorgstandaard integraal te bekostigen via een ketenprestatie.

[10] Nationaal Kompas Volksgezondheid

Deze prestatie omvat de werkzaamheden van de huisarts en praktijkondersteuner, maar ook die van de fysiotherapeut, diëtist, medisch specialist en andere professionals. Bij introductie van de prestatie is vastgelegd dat een uitgebreide evaluatie volgt in 2012. In de periode van 2006 tot en met 2009 is binnen de beleidsregel innovatie door veel zorggroepen geëxperimenteerd met deze ketenprestatie.

Naast bekostiging van de integrale zorg rondom chronisch zieken op basis van deze keten-DBC is in ieder geval gedurende de evaluatieperiode tot en met 2012 de mogelijkheid open gehouden om dezelfde zorg ook op basis van de GEZ-module te blijven contracteren.

Een separate beleidsregel 'regionale ondersteuningsstructuren' biedt een aanvullende financieringsmogelijkheid om de multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn te ondersteunen. De financiering op basis van deze beleidsregel loopt niet via de huisartsenbekostiging, maar is een separate bekostigingsstroom van zorgverzekeraar naar samenwerkingsverbanden van eerstelijns zorgaanbieders, waar de huisarts weer onderdeel van kan uitmaken.

2.1.4 Rolverdeling NZa – zorgverzekeraars

De bekostiging van huisartsenzorg is van oudsher in sterke mate gereguleerd. Met de in 2006 geïntroduceerde gereguleerde marktwerking in de zorg is een zorglandschap voorzien waarin zorgverzekeraars de rol van zorginkopers op zich nemen. De onderlinge concurrentie tussen zorgverzekeraars moet waarborgen, dat zij streven naar een zo goed mogelijke prijs-/kwaliteitsverhouding van de ingekochte zorg.

In het algemeen kan worden gesteld dat hoe minder de inkoop van zorg geregeld wordt door middel van gedetailleerde door een overheid opgestelde bekostiging, des te beter de zorgverzekeraars zich van elkaar kunnen onderscheiden in de vormgeving van hun inkooprol. Daarom streeft de NZa naar minimaal noodzakelijke regulering. Dit wil zeggen dat alleen datgene wordt gereguleerd wat in afwezigheid van overheidregulering tot ongewenste resultaten voor consumenten zou leiden.

Naarmate de zorgverzekeraars ervarener worden met de inkoop van zorg, kan de NZa de centrale bekostigingsregels afbouwen. Hierdoor ontstaat geleidelijk meer ruimte voor zorginkoopbeleid dat niet door de overheid maar door onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders wordt bepaald. Hierdoor ontstaat meer onderscheid tussen de verschillende zorgverzekeraars, die onderling onderscheidende keuzes in hun inkoopbeleid kunnen gaan maken.

Voor ieder van de in de hoofdstukken 3 tot en met 6 behandelde bekostigingsopties zal worden nagegaan in hoeverre de bekostigingsoptie past binnen de tendens om het centrale bekostigingsbeleid af te bouwen en meer ruimte te scheppen voor individueel beleid van zorgverzekeraars.

2.2 Knelpuntanalyses

2.2.1 Huidige bekostiging

Diversiteit in het systeem
Om de huisartsenzorg in de breedte te bekostigen, wordt het gehele palet aan diensten in declarabele prestaties uitgedrukt. In de loop der jaren is een grote variëteit in prestatievormen ontstaan om de zich ontwikkelende taken binnen de huisartsenzorg te blijven beschrijven. Een huisarts kan zijn werkzaamheden declareren via:
- het abonnementstarief;
- een niet aan een specifieke behandeling gekoppeld consulttarief;
- wel specifiek benoemde verrichtingen;
- integrale bekostiging voor chronisch zieken;
- en een groot aantal aanvullende modules.

In 2007 heeft de NZa een Research Paper gepubliceerd waarin de bekostigingssystematiek voor huisartsen wordt beschouwd[11]. Hierin wordt vanuit de financiële prikkels voor de huisarts zelf nagegaan welk bekostigingssysteem het best zou aansluiten bij de Nederlandse situatie rondom huisartsenzorg. De conclusie was dat de huisartsenzorg niet gebaat is bij te sterke financiële prikkels en dat de inmiddels in 2006 opgezette gemengde systematiek van inschrijftarief en consulten op dit vlak een verbetering is ten opzichte van de situatie zoals deze voor 2006 bestond. Veel van de knelpunten zoals deze in de brief van de minister worden vermeld zijn echter het gevolg dit gemengde systeem. Daar komt bij dat de huidige bekostiging niet enkel bestaat uit het "simpele" gemengde systeem van inschrijftarief en consulten. De vrije modules en aanvullende M&I-verrichtingen, alsmede de geïntegreerde ketenbekostiging, zijn inmiddels ook onderdeel geworden van de reguliere huisartsenbekostiging. De geschetste voordelen van het gemengde bekostigingssysteem zijn daarmee inmiddels verwaterd. De complexiteit van het huidige systeem is met name veroorzaakt door aanpassingen op de simpele basis, omdat deze simpele basis niet bleek te voorzien in het uitdijende takenpakket van de huisarts.

De prestaties kennen een variatie in door de NZa gereguleerde tarieven, en vrij overeen te komen tarieven. De prestaties kennen zorginhoudelijk een gedeeltelijke overlap, wat de transparantie niet ten goede komt en het risico op dubbele bekostiging verhoogt.

Een meer enkelvoudige systematiek kan de uitvoeringslasten drukken, het risico op dubbele vergoeding verminderen en de transparantie van de kosten van de geleverde zorg ten goede komen, zowel voor de zorgaanbieder als voor de zorgverzekeraar. Het kan daarmee een stimulans geven aan de kritische inkooprol van de zorgverzekeraar, die door de huidige diversiteit in het systeem van de regelgeving bemoeilijkt wordt.

Tot op heden heeft de patiënt geen directe hinder ondervonden van deze diversiteit in de huisartsenbekostiging, aangezien alle zorg vanuit de basisverzekering wordt vergoed. Met het oog op de recente politieke discussie over de houdbaarheid van deze volledige vergoeding, wordt een transparante declaratiesystematiek mogelijk ook vanuit patiëntoogpunt wenselijk. Het streven naar minder diversiteit in de bekostiging komt vooral terug bij bekostigingsopties 1 (hoofdstuk 3), 2 (hoofdstuk 4) en 4 (hoofdstuk 6).

[11] NZa, An optimal remuneration system for General Practitioners, Research Paper, 2007. Zie: http://www.nza.nl/104107/230942/Paper_-_An_Optimal_remunera1.pdf

Ongelijk speelveld
Met een gedeelte van de werkzaamheden begeeft de huisarts zich op terreinen van zorg die tevens door andere zorgaanbieders zou kunnen worden verricht. Omgekeerd begeven zorgaanbieders anders dan de traditionele huisarts zich op het terrein van de huisartsenzorg. Binnen een puur functioneel ingerichte bekostigingssystematiek is dit vanuit bekostigingsoogpunt niet problematisch. Aangezien de huisarts voor zijn vaste kosten reeds wordt vergoed middels het tarief dat hij ontvangt per ingeschreven patiënt, resteert een relatief laag verrichtingentarief dat enkel de variabele kosten hoeft te dekken. De verrichtingentarieven van een huisarts met ingeschreven patiënten en van een zorgaanbieder zonder ingeschreven patiënten zijn daardoor moeilijk vergelijkbaar.

Voor een zorgverzekeraar is het afnemen van een deel van de diensten bij een andere aanbieder dan de huisarts vaak niet interessant, omdat de huisarts door het inschrijftarief reeds gedeeltelijk wordt vergoed voor de zorg die ook een andere huisarts zou kunnen leveren. Het inschrijftarief dat enkel voor de 'eigen' huisarts geldt, leidt per definitie tot een ongelijk speelveld daar waar de werkzaamheden van de huisarts de werkzaamheden van andere disciplines zouden overlappen.

Vanuit het perspectief van de patiënt kan de regelgeving rondom eigen bijdrage en eigen risico binnen de basisverzekering een sturende factor zijn in de keuze van de patiënt voor zorgaanbieder. De zorg door een huisarts wordt volledig vergoed, daar waar vergelijkbare zorg door een andere aanbieder mogelijk gedeeltelijk zelf door de patiënt moet worden betaald. Het wegnemen van de oorzaak van dit ongelijke speelveld is een prominent doel bij bekostigingsoptie 3 (hoofdstuk 5).

Dubbele bekostiging
Met de introductie van integraal bekostigde ketenzorg voor chronisch zieken in 2010 is nog een nieuwe element aan de bekostiging voor huisartsenzorg toegevoegd. De diversiteit wordt enerzijds vergroot door de overlap van de ketenbekostiging met de 'reguliere' huisartsenbekostiging en anderzijds door de verschillende vormen die bekostiging van ketenzorg kan aannemen.

De huisarts ontvangt voor zijn ingeschreven patiënten, dus ook voor chronisch zieken, een vergoeding op basis van het inschrijftarief en aanvullend een vergoeding op basis van consulten. De huisarts ontvangt tevens via de zorggroep, waar de huisarts bij aangesloten is, een vergoeding voor de integrale zorg rondom chronisch zieken. Hiermee bestaat het risico dat dezelfde zorg dubbel wordt bekostigd. Dit risico wordt groter, omdat ook een aantal aanvullende vergoedingen bovenop het inschrijftarief (bijvoorbeeld de module ter financiering van de praktijkondersteuning) kunnen worden ingezet voor zowel de zorg voor chronisch zieken als de zorg voor overige patiënten. Sommige zorgverzekeraars geven aan dat het voor hen moeilijk is om te bepalen in hoeverre de zorg die via de ketens wordt ingekocht bij de zorggroep reeds wordt vergoed via individuele contracten bij aangesloten huisartsen.

Niet alle zorgverzekeraars kopen de ketenzorg voor chronisch zieken in op basis van de keten-DBC's. Het bieden van keuzemogelijkheden voor zowel zorgverzekeraar als zorgaanbieder om de zorg te bekostigen heeft het voordeel dat regionaal de juiste aanpak kan worden gekozen. Het heeft echter als nadeel dat zowel de huisartsen als de zorggroepen tegelijkertijd met twee bekostigingssystematieken naast elkaar bestaan, waarbij de declaratietitel bij twee verschillende rechtspersonen ligt. Dit brengt organisatorische en uitvoeringstechnische lasten met zich mee.

Het wegnemen van (het risico op) dubbele bekostiging speelt vooral een belangrijke rol bij bekostigingsoptie 1 (hoofdstuk 3).

2.2.2 Verhouding huisarts – zorgverzekeraar

Voor de huisartsenzorg geldt momenteel een inschrijftarief en consulttarief, plus een aantal overige prestaties. Inschrijftarief en consulttarief vormen de kern van de huisartsenbekostiging. Beide kennen een maximumtarief. In theorie kunnen zorgverzekeraars met huisartsen onderhandelen over de daadwerkelijke hoogte van de prijzen.

Gezien het grote aantal huisartsenpraktijken is het onwaarschijnlijk dat zorgverzekeraars de capaciteit hebben om met iedere zelfstandig gevestigde huisarts te onderhandelen over prijs en kwaliteit van zorg. Anders gesteld: de baten (lagere prijzen) wegen niet op tegen de kosten (hoge onderhandelingskosten).

Het ligt voor de hand dat de prijs van de ingekochte huisartsenzorg voor zorgverzekeraars van ondergeschikt belang is. Mogelijke redenen zijn:

- *Hefboomeffect:* Huisartsenzorg kost slechts ca. een tiende van de kosten van medisch-specialistische zorg. Een forse besparing op huisartsenzorg (van bijv. 10%) leidt daarom tot een vrij beperkte besparing van de totale macro zorgkosten (bijv. 1%). Voor de concurrentie tussen zorgverzekeraars hebben besparingen op huisartsenzorg daarom een ondergeschikt effect. Hoewel alle beetjes helpen ligt het voor de hand dat zorgverzekeraars de pijlen eerst richten op grotere kostenbesparingen, bijvoorbeeld het voorkomen van onnodige zorg in de tweede lijn en het zinnig en zuinig gebruik van geneesmiddelen in de behandeling. De invloed van de huisarts op deze besparingen is groot. Er is sprake van een sterk hefboomeffect.
- *Relatie huisarts-patiënt:* De voordelen (voornamelijk lagere kosten) van het bewerkstelligen van besparingen op huisartsenzorg wegen niet op tegen de nadelen. Mogelijke nadelen zijn de kosten van de vereiste onderhandelingen en het beschadigen van de relatie met huisartsen. Een verzekeraar die huisartsenzorg scherp inkoopt loopt het risico verzekerden te verliezen, die een sterkere band met de huisarts hebben dan met de verzekeraar. Hier vertaalt zich de goede relatie die een huisarts met zijn patiënt heeft in een sterkere onderhandelingspositie van huisarts tegenover verzekeraar. Op zichzelf beschouwd hoeft het niet ongunstig te zijn dat een goede huisarts (die een goede relatie met zijn patiënten heeft) een sterkere marktpositie heeft dan een minder goede huisarts. Als een zorgverzekeraar in staat zou zijn de goede huisartsen van de minder goede huisartsen te onderscheiden, zou hij bij de laatste kunnen onderhandelen over lagere prijzen of deze simpelweg niet contracteren. Dat zou leiden tot beloning naar prestatie. Vooralsnog is niet bekend of verzekeraars in staat zijn gebleken dit onderscheid tussen huisartsen te maken, mocht dit onderscheid voldoende scherp te maken zijn.

Voorgaande redenering leidt ertoe, dat een zorgverzekeraar weinig te winnen en veel te verliezen heeft door huisartsenzorg scherper te gaan inkopen. De vereiste onderhandelingen zijn kostbaar, de kans op significante verbetering ten opzichte van concurrerende verzekeraars is klein en hij loopt risico op significante verslechtering (boze klanten wegens boze huisartsen).

Conclusie verhouding huisarts – verzekeraar
Voor de verzekeraar loont het niet om huisartsenzorg scherper in te kopen. Het is voor de verzekeraar veel belangrijker om over andere

aspecten met huisartsen tot overeenkomst te komen, bijvoorbeeld voorschrijf- en doorverwijsgedrag. Voordat wordt gezocht naar oplossingen hiervoor in de bekostiging moet eerst de vraag worden beantwoord hoe belangrijk het is dat verzekeraars huisartsen scherper kunnen inkopen. Deze benadering lijkt sterk gestoeld op een antagonistisch model van inkoper vs. verkoper, terwijl de relatie tussen zorgverzekeraar en huisarts mogelijk meer als een partnerschap kan worden beschouwd.

De twee partijen zijn namelijk grotendeels complementair: de zorgverzekeraar heeft baat bij zo gezond mogelijke verzekerden en de huisarts draagt zorg voor de algehele gezondheid van zijn patiënten. In de bekostiging kan daarom worden gezocht naar mogelijkheden om meer ruimte te bieden aan het tot stand komen van inkoopafspraken die de belangen van beide partijen meer parallel laten lopen. Deze conclusie speelt een belangrijke rol in bekostigingsopties 1 (hoofdstuk 3) en 2 (hoofdstuk 4).

2.2.3 Wisselen van huisarts

Voor verzekerden in de rol van patiënt speelt met name de keuzevrijheid tussen verschillende zorgaanbieders een rol. Hier kan onderscheid worden gemaakt tussen:
- keuzevrijheid tussen verschillende huisartsen;
- keuzevrijheid tussen huisartsen en andere zorgaanbieders.

In het kader van de keuzevrijheid tussen verschillende huisartsen wordt met name als probleem benoemd dat patiënten weinig van huisarts overstappen en dat er drempels worden ervaren om over te stappen[12]. Allereerst moet in dit kader worden opgemerkt dat het stimuleren van overstappen geen doel op zich moet zijn; weinig overstappen kan ook op een gemiddeld goede relatie tussen huisarts en patiënt duiden. Vertegenwoordigers van huisartsen alsmede de NPCF hebben gewezen op onderzoeken naar klanttevredenheid, die erop wijzen dat men doorgaans zeer tevreden is met de eigen huisarts.
Wel geldt dat, als patiënten nu niet gemakkelijk kunnen overstappen en dat in de toekomst wel makkelijker zouden kunnen, hierdoor de onderlinge concurrentiedruk tussen huisartsen kan toenemen. Deze toename kan wenselijke gevolgen hebben (zoals meer oog voor klanttevredenheid) maar ook onwenselijke gevolgen hebben (zoals te snel voorschrijven van medicijnen onder druk van de patiënt).

Het inschrijven en uitschrijven bij een huisarts kan door patiënten als overstapbelemmering worden ervaren. Het ligt echter niet voor de hand dat het bestaan van het inschrijftarief hierbij een rol van betekenis speelt – de consument/patiënt komt namelijk niet rechtstreeks in aanraking met het inschrijftarief (noch met consulttarieven). Inschrijftarieven worden 'achter de schermen' geregeld tussen huisarts en verzekeraar: als een patiënt overstapt op een andere huisarts gaat het inschrijftarief (dat per kwartaal wordt betaald) geruisloos mee. Alleen als een consument in relatief korte tijd meerdere keren wil wisselen, bijvoorbeeld als deze nog op zoek is naar een huisarts waarmee het klikt, dan kan het inschrijftarief een belemmering worden.

Het inschrijftarief heeft wel betekenis bij de tweede vorm van 'keuzevrijheid', tussen huisartsen en andere zorgaanbieders. De gedachte hierbij is dat andere zorgaanbieders bepaalde zorg, die onderdeel uitmaakt van huisartsenzorg, ook kunnen aanbieden. Maar zij hebben een competitief nadeel,omdat de huisarts al ten dele voor die

[12] Zie bijvoorbeeld het SiRM-rapport in bijlage 2.

zorg is betaald via het inschrijftarief. Er is kortom geen gelijk speelveld. Hoe hoger het inschrijftarief, hoe sterker dit geldt.
Hierbij worden twee kanttekeningen geplaatst:

- Feit is dat de huisarts een belangrijke en centrale rol heeft in het zorgstelsel. Voor zover die positie een wenselijke is, moet die worden geborgd. Uit consultatie van de zorgsector blijkt dat de opvatting dat de huisarts zijn centrale positie moet behouden breed wordt gedragen.
- Het inschrijftarief heeft tot nu toe generiek voor 'huisartsenzorg' gegolden en dekt daarom inderdaad een deel van iedere vorm van huisartsenzorg, hetgeen een ongelijk speelveld veroorzaakt.

Een denkbare oplossingsrichting is dat het inschrijftarief meer specifiek aan een bepaalde functie van huisartsenzorg wordt verbonden, zoals aan het poortwachterschap en (levensloop)dossierkennis. Als die functies integraal door het inschrijftarief worden bekostigd, worden andere functies integraal met andere tarieven bekostigd. Op de andere functies ontstaat dan een meer gelijk speelveld.

Conclusie wisselen van huisarts
Dat patiënten belemmeringen ervaren om tussen huisartsen over te stappen hangt waarschijnlijk niet samen met het inschrijftarief. Het inschrijftarief in zijn huidige vorm veroorzaakt wel een ongelijk speelveld. Betere duiding van het inschrijftarief kan daarvoor een oplossing bieden. Om overstapbelemmeringen te verminderen, moeten andere oplossingsrichtingen worden onderzocht.

2.2.4 Taakherschikking

Zoals in paragraaf 2.1 geschetst is er sprake van een groeiende en steeds complexer wordende zorgvraag en een fors toenemend aantal chronisch zieken met een verwachte toegenomen zorgbehoefte. Om in de toekomst aan de zorgvraag te kunnen blijven voldoen, is het belangrijk dat er voldoende en gekwalificeerd zorgpersoneel is. In dit licht wil de minister taakherschikking stimuleren. Onder taakherschikking verstaat de minister: 'het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen met het oog op doelmatige inzet van kunde en capaciteit'.[13]

Taakherschikking kan een bijdrage leveren aan een efficiëntere inzet van de capaciteit van zorg. Anders (en korter) opgeleide professionals nemen routinematige (geprotocolleerde) taken en laagcomplexe zorgverlening over van hoger opgeleiden, waarbij de kwaliteit van zorg voor de patiënt behouden blijft. Het anders verdelen van taken voor beroepsbeoefenaren in de zorg en het daarmee ontstaan van nieuwe beroepen of nieuwe taken voor de huidige beroepen biedt ook nieuwe carrièremogelijkheden. Dit maakt beroepen in de gezondheidszorg aantrekkelijker en vergroot de kans dat zorgpersoneel voor deze sector behouden blijft. Ook maakt taakherschikking en een goede samenwerking tussen de professionals het mogelijk dat mensen niet onnodig lang zorg en ondersteuning uit een gespecialiseerde omgeving ontvangen.

Een voorbeeld van een zorgprofessional die taken kan overnemen van huisartsen is de GGZ-praktijkondersteuner, of POH-GGZ. Vaak wordt deze functie vervuld door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, maar soms ook door een maatschappelijk werker of andere professional. In het advies Basis GGZ van december 2011 heeft de NZa de minister

[13] Kamerbrief Arbeidsmarkt: vertrouwen in professionals, MEVA/ABA-3081655, 11 oktober 2011

geadviseerd de functie POH-GGZ duidelijker in te kaderen en de inzet te flexibiliseren door de tarieven van deze functie vrij te geven. Ruimere inzet zal naar verwachting leiden tot meer psychische zorgverlening in de eerste lijn en minder doorverwijzingen naar de tweede lijn. En ook de praktijkverpleegkundige is een professional waarvoor het onderwerp taakherschikking relevant is.

Nog 'nieuwere' zorgprofessionals naar wie taken herschikt zouden kunnen worden zijn de verpleegkundig specialist (VS) en de physician assistant (PA). Op dit moment zijn er ongeveer 150 VS'en en 30 PA's werkzaam in de eerste lijn. De minister vindt het belangrijk dat deze zorgverleners een deel van de werkzaamheden van huisartsen kunnen overnemen. Hiervoor zullen zij meer in de eerste lijn moeten werken.

Belemmeringen voor taakherschikking
Belemmeringen voor taakherschikking kunnen zowel financieel, juridisch, organisatorisch als cultureel van aard zijn. De NZa heeft vooral invloed op belemmeringen in de bekostiging. Voor een goede analyse van de belemmeringen moet onderscheid gemaakt worden tussen taakherschikking binnen een gezondheidscentrum (door het aannemen of inhuren van 'nieuwe' professionals) en taakherschikking door vrije vestiging.

Voor taakherschikking binnen een gezondheidscentrum worden belemmeringen in de huidige bekostiging ervaren die samenhangen met ontoereikende tarieven van consulten en (lange) visites[14]. Bij het ontwerpen van een nieuwe bekostiging zal aandacht moeten zijn voor het vermijden van deze belemmeringen. Buiten de bekostiging is een relevante belemmering dat investeringen in taakherschikking (aannemen van nieuw personeel) geremd worden door gebrek aan reguleringszekerheid. Ook het gebrek aan opleidingsplaatsen voor VS en PA in de eerste lijn is een belemmering. Relevant daarbij is dat het voor gezondheidscentra financieel veel aantrekkelijker is een huisarts in opleiding 'aan te nemen' dan een VS of PA in opleiding[15].

Voor taakherschikking door vrije vestiging bestaan deels andere hindernissen in de bekostiging. In het huidige bekostigingsmodel wordt de huisarts voor een significant deel van zijn werkzaamheden vergoed middels het inschrijftarief, waardoor de huisarts een laag verrichtingentarief kan hanteren. Voor andere zorgaanbieders (zoals de PA en de VS) is het lastig om vergelijkbare verrichtingentarieven aan te bieden. Voor een zorgverzekeraar is het afnemen van een deel van de diensten bij een andere aanbieder dan de huisarts daardoor mogelijk minder interessant.

In de volgende hoofdstukken wordt per bekostigingsmodel nader ingegaan op de mogelijkheden voor taakherschikking. Hierbij kijkt de NZa ook naar de mogelijke effecten van taakherschikking op de publieke belangen van de zorg, kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Kwaliteitseisen maken een belangrijk deel uit van de discussie over taakherschikking. De NZa kan geen uitspraken doen over of geleverde zorg voldoet aan minimumeisen. Dit is een taak van de

[14] Voorbeeld hiervan is de bekostiging van de functie POH-GGZ. Hierover heeft de NZa in december 2011 een advies aan de minister uitgebracht: http://www.nza.nl/104107/139830/465987/Advies_Basis_GGZ.pdf.
[15] De groeiende behoefte aan chronische en complexe zorg stelt eisen aan de organisatie én aan de capaciteit van het zorgaanbod in de buurt. Dit document is een bekostigingsadvies, en adresseert zodoende alleen de eisen die aan de organisatie wordt gesteld, niet de eisen aan de capaciteit. Hoewel de uitdagingen op het gebied van capaciteit mogelijk niet minder groot zijn, is dit geen thema dat via bekostiging van de zorg opgelost kan worden.

Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ), in samenspraak met de beroepsgroepen. Daarom ligt de focus in dit advies op de gevolgen voor de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg.

2.2.5 Geïntegreerde zorg

In juni 2012 verschijnt het definitieve rapport van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (EIB). Hierin geeft de EIB antwoord op vragen van de minister rondom ervaringen met integrale bekostiging van ketenzorg bij diabetes, COPD en CVRM. De minister vraagt met name naar de effecten, randvoorwaarden en neveneffecten. In haar tweede tussenrapportage van januari 2012 heeft de EIB al voorlopige antwoorden op deze vragen gerapporteerd.

Voor dit advies zijn de volgende constateringen het meest relevant:
- Kwalitatieve gevolgen van verschuivingen in de zorg zijn onvoldoende inzichtelijk (bijvoorbeeld de verschuiving van zorg van diëtist naar praktijkverpleegkundige).
- Waar gebrek aan vertrouwen bestaat in het systeem van integrale bekostiging, heeft dat te maken met gebrek aan inzicht in wat wordt geleverd voor het per patiënt betaalde bedrag.
- Patiënten ervaren niet dat er sprake is van meer geïntegreerde zorg; zij zijn zich hier niet bewust van. Zelfmanagement en zorgplannen komen nog weinig van de grond.
- Geen noemenswaardige ontwikkelingen op het vlak van het inbouwen in de ICT-systemen van te registreren gegevens ten behoeve van de Minimale Datasets.
- Wat betreft de randvoorwaarden is voor de EIB een belangrijk aandachtspunt het verbeteren van de transparantie in de kwaliteit van zorg.

Uit bovenstaande constateringen van de EIB komt sterk naar voren het belang van registratie[16]. Integrale bekostiging van geïntegreerde zorg biedt de mogelijkheid om de toegenomen complexiteit van de zorgbehoefte goed te kunnen beantwoorden met samenhangende en in samenwerking geleverde zorg, met een belangrijke rol voor zowel de patiënt (zelfmanagement) als de zorgverzekeraar. Dit kan niet zonder hoogwaardige informatieoverdracht. Zorgvuldige registratie van de zorg en de uitkomsten van die zorg lijken essentieel voor die hoogwaardige informatieoverdracht.

De EIB heeft in 2011 een evaluatiekader opgesteld, waarin twee randvoorwaarden zijn opgenomen (van de zes) die raken aan informatie-uitwisseling en registratie:
- dat geplande zorgstandaarden, transparantieregels en daarop aangepaste ICT op nationaal niveau inderdaad tot stand komen;
- dat de beoogde transparantie van de zorg voor zowel de patiënt als de verzekeraar in de praktijk wordt gerealiseerd.

Deze twee randvoorwaarden lijken niet alleen rechtstreeks randvoorwaardelijk voor het slagen van de integrale bekostiging, maar ook indirect, als randvoorwaarde voor de overige vier randvoorwaarden, die gaan over het sluiten van contracten, het ontstaan van concurrentie, het op gang komen van zorgprocessen en het betrekken van de patiënt.

Het werk van de EIB tot nu toe wijst op het toenemend belang van goede registratie bij de toenemende complexiteit van de zorg. Dit geldt voor de geïntegreerde zorg rondom chronisch zieken. Maar er is geen

[16] Zie ook I. Smeele, M. Meulepas, C. Meulemans, I. Reus, M. Klomp, Eerste ervaringen met COPD-ketenzorg, *Huisarts en Wetenschap* 2012; 55(5): 194-198.

reden om aan te nemen dat dit niet evenzeer van belang gaat zijn voor geïntegreerde zorg rondom bijvoorbeeld kwetsbare ouderen. Zorgvuldige registratie moet niet gezien worden als (administratieve) last, maar als essentieel onderdeel van goede zorg. Anders gezegd: slecht geregistreerde zorg is incomplete zorg.

2.2.6 Substitutie

Substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn wordt gezien als kans voor het versterken van laagcomplexe zorg in de buurt, én als mogelijkheid om kostenbesparingen te realiseren. In deze context wordt onder substitutie verstaan: de verschuiving van laagcomplexe zorg van de specialistische omgeving naar een generalistische omgeving.

Laagcomplexe zorg bestaat onder andere uit laagcomplexe spoedzorg, kleine chirurgische ingrepen en (delen van) de behandeling van chronisch zieken. Het realiseren van substitutie kan op twee manieren belemmerd worden:
- Belemmeringen voor het niet uitvoeren van de zorg in de eerste lijn.
- De betreffende zorg wordt wel (deels) in de eerste lijn uitgevoerd, maar besparingen in de tweedelijn treden niet op, bijvoorbeeld door compenserende productiegroei.

Deze problematiek wordt verder uitgediept in het advies dat de NZa in de loop van 2012 uit zal brengen in het kader van substitutie en zorg op de juiste plek. In juni 2012 zal de NZa een tussenrapportage uitbrengen. Hierin zal onder andere aandacht zijn voor de bekostiging van de bijdrage van medisch specialisten aan diagnostiek of behandeling in de eerste lijn.

In dit advies worden de bekostigingsopties beoordeeld op het eerste punt: het wegnemen van belemmeringen voor het uitvoeren van zorg in de eerste lijn en het creëren van een gelijk speelveld tussen eerste- en tweedelijn. In dat geval kunnen zorgverzekeraars zelf sturen waar, door wie, welke zorg geleverd wordt door afspraken te maken met zorgaanbieders in tweede en/of eerste lijn. Hierbij is onder andere van belang of binnen de bekostigingsopties sprake is van functionele beschrijvingen, integrale prestaties en/of gelijke tariefsoorten. Bovendien moet nagegaan worden in hoeverre de bekostigingsopties een prikkel tot doorverwijzing naar de tweedelijn bevatten, waardoor juist onbedoelde substitutie van eerste- naar tweedelijn als neveneffect zou kunnen optreden. Het advies ‘substitutie en zorg op de juiste plek’, dat in 2012 zal worden uitgebracht, bevat een overzicht van mogelijkheden, belemmeringen, oplossingen en randvoorwaarden voor substitutie in de huidige bekostiging van ziekenhuiszorg en huisartsenzorg.

Naast het ontschotten van de bekostiging (= zoveel mogelijk functioneel beschreven zorgprestaties) is ook belangrijk dat schotten binnen de macrokostenbeheersing verdwijnen c.q. flexibeler worden. Samenwerking tussen huisartsenposten en SEH-afdelingen kan gefrustreerd worden door starre schotten. Als macrobudgettaire sturing en interventies meer gebaseerd worden op een gedetailleerd inzicht in gewenste verschuivingen tussen de huidige kaders, biedt dat veel meer reguleringszekerheid aan initiatieven van samenwerking over de huidige schotten heen, zoals HAP-SEH. Sturing van complexe eerstelijnszorg met zijn hefboomeffect is niet gebaat bij starre schotten.

Substitutie en vrije prijzen
De NZa signaleert dat er een belangrijke relatie ligt tussen de beleidsambitie om substitutie van tweede naar eerste lijn te stimuleren en het al dan niet reguleren van tarieven. Bij een aantal van de

bekostigingsopties in dit advies is sprake van vrije prijzen voor prestaties huisartsenzorg. Deze suggestie om tarieven vrij te geven komt voort uit het toekomstbeeld dat ten grondslag ligt aan de bekostigingsoptie, en is nog geen advies gebaseerd op toepassing van het NZa-toetsingskader voor het vrijgeven van tarieven. Bij de doorontwikkeling van concrete bekostigingsopties zal de NZa dit toetsingskader wel kunnen toepassen.

De NZa wijst in dit advies wel op een algemeen dilemma rondom het vrijgeven van tarieven voor huisartsenzorg. Aan de ene kant zijn er risico's verbonden aan vrije prijzen voor huisartsenzorg, omdat zorgverzekeraars terughoudend zijn met het scherp inkopen van huisartsenzorg (selectief en/of tegen scherpe tarieven). Anderzijds kleeft aan het reguleren van tarieven het nadeel dat het substitutieprikkels dempt en zo de beleidsambitie van substitutie van tweede naar eerste lijn ondergraaft. Dit komt doordat tariefregulering altijd gebaseerd zal zijn op een bepaald norminkomen. En omdat succesvolle substitutie leidt tot overdekking van dit norminkomen zal bij herijking van de gereguleerde tarieven deze overdekking telkens worden afgeroomd.

Eerstelijnsdiagnostiek
Een specifiek terrein waarop substitutie van belang is betreft de diagnostiek. Diagnostiek ten behoeve van huisartsenzorg vindt deels plaats in het gezondheidscentrum, deels in zogenaamde huisartsenlaboratioria en deels in ziekenhuizen. Eind 2011 heeft de NZa advies uitgebracht over de functie eerstelijnsdiagnostiek (ELD). Het advies richt zich op een herziening van de bekostigingssystematiek waarbij gekeken wordt naar een inrichting in lijn met de functionele inrichting van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Het advies kent verschillende onderdelen. Ten eerste adviseert de NZa voor de functie ELD over te stappen op prestatiebekostiging. Door het aanbod vergelijkbaar te maken worden zorgverzekeraars in staat gesteld om door middel van een prijs-kwaliteit afweging zorg in te kopen. Ten tweede adviseert de NZa een functiegericht prestatiemodel met integrale, vrije tarieven. Door de verantwoordelijkheid voor het totale proces van ELD te beleggen bij de aanbieder, wordt samenwerking in de keten gestimuleerd.
Als laatste adviseert de NZa om een separaat budgettair kader ELD in te stellen. Dit voorkomt budgettaire ongelijkheid tussen aanbieders.

De NZa werkt momenteel met veldpartijen aan het tot stand brengen van een generieke ingedikte prestatielijst, in plaats van de verschillende lijsten met prestaties.

Bij de beoordeling van de vier bekostigingsopties in hoofdstukken 3 tot en met 6 zal steeds bezien worden hoe de betreffende bekostigingsoptie van invloed kan zijn op substitutie in het algemeen en, waar relevant, de relatie met bovenstaande ELD-adviezen.

2.3 Toekomstbeelden en bekostigingsopties

De conclusies uit bovenstaande analyses zijn leidend geweest bij het ontwerpen van de vier bekostigingsopties in dit advies. Waarom meerdere bekostigingsopties? Huisartsenzorg neemt een centrale rol in ons stelsel , met uitstralingseffecten op vele andere terreinen binnen en buiten de zorg. Een passende bekostiging voor huisartsenzorg en geïntegreerde zorg is daarom afhankelijk van de rol die huisartsenzorg (en geïntegreerde zorg) in het stelsel moet spelen, van de doelen die we ermee nastreven. De minister noemt in haar brief bijvoorbeeld vijf

doelen en vier randvoorwaarden. Die kunnen niet alle met één bekostiging gediend en vervuld worden. Daarom is een keuze nodig. De opties in dit advies brengen die keuzes in beeld. Welke doelen en randvoorwaarden gaan goed samen en welke minder? Welke bekostiging past goed bij bepaalde doelen en randvoorwaarden?

Mede op basis van input uit het veld zijn vier toekomstbeelden ontwikkeld die ieder het verwezenlijken van bepaalde doelen en randvoorwaarden centraal stellen. Deze toekomstbeelden vormen de basis voor de bekostigingsopties in dit advies. De namen van de opties verwijzen naar een 'leidend principe' dat centraal staat binnen het toekomstbeeld, conform de volgende tabel:

	Leidend principe	Bekostigingsoptie
1	Zorgbehoefte	Zorgvraag centraal
2	Lokale verschillen	Maatwerk centraal
3	Toegankelijkheid	Keuzevrijheid centraal
4	Zekerheid	Zekerheid centraal

In de tabel op de volgende pagina worden de toekomstbeelden bij de bekostigingsopties toegelicht. In hoofdstukken 3 tot en met 6 worden de bekostigingsopties uitgewerkt en verkend op hun effecten. Ook wordt in die hoofdstukken al verkend welke stappen nodig zijn voor de implementatie van de bekostigingsopties, zoals wijziging van wet- en regelgeving. Pas bij de doorontwikkeling van de opties zal preciezer kunnen worden bepaald wat een goed implementatiepad is voor de optie, welke wet- en regelgeving aanpassing behoeft, en welk tijdpad daarbij hoort.

Tabel Toekomstbeelden

1. Zorgvraag centraal	2. Resultaat centraal	3. Keuzevrijheid centraal	4. Kostenbeheersing centraal
Leidend principe: Groeiend aantal chronisch zieken, multimorbiditeit, kwetsbare ouderen.	*Leidend principe:* Grote lokale verschillen in zorgbehoefte en zorgaanbod. Lokale bekostiging afstemmen op behoefte en aanbod.	*Leidend principe:* Ruimte voor selectieve inkoop door zorgverzekeraars. Toegankelijkheid voor patiënten door toetreding en service.	*Leidend principe:* Rust door ex-ante kostenbeheersing: (dreiging van) kortingen achteraf vermijden.
Zorginhoudelijk: Pragmatische scheiding tussen huisartsenzorg en geïntegreerde zorg.	*Zorginhoudelijk:* Focus op geïntegreerde zorg.	*Zorginhoudelijk:* Focus op huisartsenzorg. Geïntegreerde zorg is de som der delen (koptarief).	*Zorginhoudelijk:* Focus op huisartsenzorg. Geïntegreerde zorg als plusmodule.
Organisatie/samenwerking: Organisatie kan worden afgestemd op lokale zorgvraag. Daarbinnen ook ruimte voor taakherschikking.	*Organisatie/samenwerking:* Vergaande lokale samenwerking, afgestemd op beschikbaar zorgaanbod (korte termijn) en zorgdoelen (langere termijn).	*Organisatie/samenwerking:* Samenwerking meer tussen zorgaanbieders dan binnen (geïntegreerde) zorgaanbieders.	*Organisatie/samenwerking:* Taakherschikking biedt nog veel mogelijkheden voor efficiënter zorgaanbod.
Marktordening: Complexiteit kan vragen om specialisatie binnen generalisme: toetreding door bijv. specialisten ouderengeneeskunde.	*Marktordening:* Partnerschap verzekeraargezondheidscentrum (en anderen): - verzekeraar specialist bekostiging - gezondheidscentrum specialist zorg	*Marktordening:* Meerdere poortwachters. Zelfstandige vestiging van verpleegkundigen. Concurrentie op service en prijs.	*Marktordening:* Huisarts als poortwachter.
Patiënt/verzekerde: Keuzevrijheid voor incidentele zorgvragers, continuïteit voor chronische en complexe zorgvragers	*Patiënt/verzekerde:* Zorg op maat voor populatie. Weinig behoefte aan keuzevrijheid.	*Patiënt/verzekerde:* Veel behoefte aan keuzevrijheid en service. Patiënt leert zelf zijn weg zoeken.	*Patiënt/verzekerde:* Huidige service is goed genoeg.

3. Optie 1 – Zorgvraag centraal: Differentiatie van bekostiging naar zorgbehoefte van de patiënt

3.1 Toekomstbeeld

Dit model sluit aan bij het groeiend aantal chronisch zieken en kwetsbare ouderen. Bij een groeiend aantal zorgstandaarden voor de verschillende chronische ziekten wordt het separaat bekostigen van verschillende zorgketens met onderlinge overlap onwerkbaar. In deze optie wordt gekozen voor een geïntegreerde, bijv. modulegestuurde, bekostiging van alle chronische ziekten. Voor mensen met drie of meer ziektes geldt hetzelfde bekostigingsregime als voor kwetsbare ouderen en andere mensen met een complexe zorgbehoefte. Dit model combineert keuzevrijheid voor incidentele zorggebruikers met continuïteit voor chronische en complexe patiënten.

Hiertoe maakt dit model onderscheid naar type patiënt:
- patiënten met incidentele zorgbehoefte
- patiënten met chronische, maar voorspelbare zorgbehoefte
- patiënten met complexe zorgbehoefte (maatwerk)

Om een dergelijk model in te richten zijn geen grote wijzigingen nodig ten opzichte van de huidige bekostiging (zie 3.2). Wel kunnen enkele tekortkomingen van het huidige model tegelijk worden aangepakt, bijvoorbeeld:
- de complexiteit van het systeem sterk verminderen
- (risico op) dubbele bekostiging sterk verminderen
- functionele bekostiging bewerkstelligen
- ruimte voor innovatie creëren
- wildgroei aan ketens voorkomen.

3.2 Beschrijving bekostigingsoptie

Het model dat past bij het toekomstbeeld van de vorige paragraaf wijkt niet sterk af van de huidige bekostiging. Daarom wordt de bekostigingsoptie hieronder beschreven aan de hand van de elementen van de huidige bekostiging.

3.2.1 Abonnementen en consulten/visites

Beide blijven bestaan, maar worden gedifferentieerd naar de 3 typen patiënt:
- Incidentele zorgbehoefte
  - Prestatie: Consult/visite huisartsenzorg. Zelfde varianten als nu: normaal/lang, telefonisch, elektronisch.
  - Kostendekkend maximumtarief per consult, cf. huidige passantentarief.[17]
  - Geen inschrijftarief

[17] Passanten, gemoedsbezwaarden en militairen krijgen gelijke tarieven als incidentele zorggebruikers. Zij kunnen daarom verdwijnen als specifieke groepen.

- Chronische zorgbehoefte
  - Prestatie: Geïntegreerde zorg bij chronische zorgbehoefte.
  - Inschrijftarief ter dekking van alle (eerstelijns)zorg aan deze patiënten, dus ook de zorg die niet samenhangt met de chronische ziekte(s).
  - Overeenkomst met zorgverzekeraar nodig; contractant mag ook een niet-gezondheidscentrum zijn.
  - Declareren van deze prestatie kan niet als voor dezelfde patiënt huisartsenzorg of geïntegreerde zorg bij complexe zorgbehoefte wordt gedeclareerd.
  - Vrij tarief.

- Complexe zorgbehoefte
  - Prestatie: Geïntegreerde zorg bij complexe zorgbehoefte.
  - Inschrijftarief ter dekking van alle (eerstelijns)zorg aan deze patiënten.
  - Overeenkomst met zorgverzekeraar nodig; contractant mag ook een niet-gezondheidscentrum zijn.
  - Declareren van deze prestatie kan niet als voor dezelfde patiënt huisartsenzorg of geïntegreerde zorg bij chronische zorgbehoefte wordt gedeclareerd.
  - Vrij tarief.

3.2.2 Populatiegebonden toeslagen

Toeslagen op het inschrijftarief voor ouderen en inwoners van achterstandswijken kunnen beide worden afgeschaft. Meerkosten voor ouderen worden in dit model opgenomen in de tarieven voor geïntegreerde zorg. Ditzelfde geldt voor meerkosten verbonden aan inwoners van achterstandswijken.

3.2.3 Modernisering en Innovatie

De lijst met M&I-verrichtingen kan eveneens afgeschaft worden, en vervangen door het toegankelijk maken van de OVP-lijst ziekenhuizen voor andere zorgaanbieders. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars ook andere zorgaanbieders dan ziekenhuizen contracteren om deze prestaties aan te bieden. Ook de M&I-modules kunnen verdwijnen.

3.2.4 POH-GGZ

De huidige regeling voor de GGZ-praktijkondersteuner (POH-GGZ) kan verdwijnen. De functies van de POH-GGZ worden beschreven, en vormen onderdeel van de huisartsenzorg. Dit betekent dat (lange) consulten van de POH-GGZ worden gedeclareerd als (lange) consulten huisartsenzorg als het gaat om een patiënt met incidentele zorgbehoefte. Een vraag die aan de orde kan komen bij de doorontwikkeling van dit model is, of de consulttarieven voldoende dekkend zijn voor de POH-GGZ-consulten. Als het gaat om iemand met chronische of complexe zorgbehoefte is de bijdrage van de POH-GGZ onderdeel van de geïntegreerde zorg, gedekt door het overeengekomen abonnementstarief.

3.2.5 GEZ-module en ketenbekostiging

Zowel de GEZ-module als de huidige bekostiging van de drie ketens kunnen in dit model verdwijnen. De abonnementen voor geïntegreerde zorg omvatten de zorg die nu nog separaat gedekt wordt uit GEZ-module en ketentarieven.

3.3 Relaties met zorginhoud

3.3.1 Huisartsenzorg versus geïntegreerde zorg

Binnen dit model wordt de in hoofdstuk 2 beschreven spanning tussen huisartsenzorg en geïntegreerde zorg pragmatisch opgelost door verzekerden in te delen naar het type zorg dat ze nodig hebben, huisartsenzorg of geïntegreerde zorg. In dit model maken verzekeraars en zorgaanbieders afspraken over:

- Instroomcriteria: Wanneer wordt een verzekerde gerekend tot de groep met chronische/complexe zorgbehoefte? Bij hoeveel (en welke) multimorbiditeit wordt de zorgbehoefte bijvoorbeeld complex?
- Zorginhoud, organisatie en samenwerking: Welke zorgstandaarden, richtlijnen en protocollen worden toegepast bij chronische/complexe zorgbehoefte? Welke aanbieders worden daarbij ingeschakeld?
- Registratie en verantwoording.
- Tarieven.

Het model wordt in de randvoorwaarden zo ingericht, dat de organisatie van geïntegreerde zorg kan worden afgestemd op de lokale zorgvraag. Daarbinnen is ook ruimte voor taakherschikking. Op de meeste plaatsen zullen partijen tot overeenstemming komen over de invulling van geïntegreerde zorg bij chronische of complexe zorgbehoefte. Als verzekeraars en aanbieders echter niet tot overeenstemming komen, geldt als default huisartsenzorg: consultbekostiging voor alle verzekerden. Randvoorwaarde moet daarom zijn dat deze consultbekostiging voor chronisch zieken en kwetsbare ouderen niet aantrekkelijker is dan een overeenkomst over geïntegreerde zorg.

Deze bekostiging doet recht aan toekomstige verwachtingen ten aanzien van de toenemende zorgvraag door het inschrijftarief te differentiëren naar drie type patiëntengroepen. Qua zorginhoud moet bij chronische zorgbehoefte gedacht worden aan de zorg die thans in de ketenbekostiging zit van DM2, CVRM en COPD. Geïntegreerde zorg bij complexe zorgbehoefte kent nog geen hedendaagse equivalente prestatie. Deze bekostiging doet ook recht aan patiënten met multimorbiditeit: alle zorg wordt immers uit hetzelfde macrobudgettaire deelkader bekostigd.

Een abonnementsbekostiging neemt de prikkel tot overproductie weg, maar tegelijkertijd ontstaat het risico tot onderbehandeling en/of teveel doorverwijzingen naar de tweede lijn of elders in de eerste lijn. Dit geldt met name voor de chronische en complexe patiënten (consulttarief geldt enkel nog voor ‘incidentele’ patiënten), maar kan ondervangen worden door de afspraken hierover tussen verzekeraar en aanbieder.

3.3.2 Ketenbekostiging

De huidige ketenprestaties (DM2, VRM, COPD) kunnen in dit model verdwijnen. Deze zorg vormt onderdeel van de prestatie geïntegreerde zorg bij chronische zorgbehoefte. Ook nieuw ontwikkelde ketenzorgvormen met zorgstandaarden kunnen vanuit de bekostiging bezien instromen in deze zorgprestatie.

3.3.3 Preventie

Inspanningen op het gebied van primaire preventie leveren in dit model op de korte termijn nog weinig op, omdat de gezondheidswinst van patiëntenpopulatie vaak niet direct wordt ‘uitbetaald’ in besparingen. Het

gezondheidscentrum kan wel afspraken maken voor hogere tarieven als zij erin slagen relatief veel consumenten in de categorie incidentele zorgvragers te houden. Ook loont het in dit model om aan geïndiceerde preventie te doen, zodat bijvoorbeeld chronisch zorgvragers relatief weinig beroep hoeven te doen op zorgverleners, bijvoorbeeld door inspanning van de patiënt inzake leefstijl en gedrag (zelfmanagement).

3.3.4 Gezondheidsresultaten

Zorgaanbieders worden nog niet voldoende beloond naar presteren (gezondheidsuitkomsten, kwaliteit, service en dienstverlening). Daardoor ontstaat het risico dat de zorg onvoldoende aansluit op de behoefte van de patiënt (tenzij hiervoor gebruik gemaakt is van de facultatieve prestatie). Er wordt wel gedifferentieerd in tarief naar patiënt, maar niet naar zorgaanbieder.

3.4 Effecten op marktordening

3.4.1 Rolverdeling NZa – zorgverzekeraars

Het algemene streven om zorgverzekeraars te stimuleren en faciliteren om hun rol als zorginkoper waar te maken, wordt in dit model vormgegeven door de prestaties 'geïntegreerde zorg bij chronische/ complexe zorgbehoefte' alleen declareerbaar te maken indien daarover een contract met de verzekeraar is gesloten, én het abonnementstarief voor deze prestaties een vrij tarief te laten zijn.

Zorgverzekeraars kunnen hoge of lage eisen stellen aan zorgaanbieders waar het gaat om de toegankelijkheid van de prestaties geïntegreerde zorg. Voor bijvoorbeeld geïntegreerde zorg bij chronische zorgbehoefte kan het voldoende zijn om onderdeel te zijn van een zorggroep, maar kan ook de eis worden gesteld van verregaande geprotocolleerde multidisciplinaire samenwerking. En rondom geïntegreerde zorg bij complexe zorgbehoefte kan samenwerking met specialisten ouderengeneeskunde en een GGZ-instelling als voorwaarde worden gesteld.

3.4.2 Keuzevrijheid

Keuzevrijheid is een sterk punt van dit model. Incidentele zorggebruikers staan wel ergens ingeschreven, maar kunnen door de consultbekostiging indien gewenst verschillende huisartsen bezoeken. Dit geeft incidentele zorggebruikers de mogelijkheid op zoek te gaan naar een huisarts waarmee het 'klikt' en die bijvoorbeeld ook qua service goed aansluit op hun behoefte. (Hoewel een abonnement in zijn algemeenheid geen drempel is om over te stappen, kan dit voor deze categorie 'zoekenden' wel een probleem zijn; zie paragraaf 2.2.3.) De NZa acht het risico niet groot dat de consultbekostiging voor incidentele zorgvragers zal leiden tot shopgedrag voor voorschriften of verwijzingen. Onderzoek laat zien dat patiënten, als ze eenmaal een band met hun huisarts hebben opgebouwd, er weinig behoefte aan lijken te hebben om die band snel of lichtzinnig te verbreken[18]. Voor zover shopgedrag wel optreedt, is het bovendien de vraag in hoeverre huisartsen hieraan zullen toegeven, gezien de breed gedragen opvatting binnen de beroepsgroep over wat verstaan wordt onder goede zorg. Dat is binnen de huisartsenzorg ook voorkómen van medicalisering

[18] Zie bijvoorbeeld: Johan Jansen, Judith de Jong, Peter Groenewegen, "Hoe trouw zijn patiënten aan hun huisarts?", Huisarts & Wetenschap 50 (7), juni 2007.

Voor chronische en complexe zorggebruikers is de vrijheid om op zoek te gaan naar een huisarts waarmee het klikt minder, vanwege de abonnementsbekostiging. Ze kunnen wel van huisarts en/of gezondheidscentrum wisselen en zich bij een ander inschrijven. Naar verwachting zal de behoefte aan continuïteit bij de groep chronische en complexe zorggebruikers groot zijn. In dit model is het belangrijk dat wanneer patiënten als chronisch of complex gelabeld worden, dit expliciet wordt medegedeeld, gekoppeld aan de mogelijkheid een nieuwe zorgaanbieder te kiezen, bijvoorbeeld een organisatie gespecialiseerd in de betreffende chronische ziekte of een specialist ouderengeneeskunde[19].

3.4.3 Toetreding/gelijk speelveld

Door de abonnementsbekostiging is er al voor een groot deel van de geïntegreerde zorg bij chronische of complexe zorgbehoefte betaald. Een zorgverzekeraar wil de zorg niet nog een keer betalen. Gespecialiseerde zorgaanbieders zijn in dit model afhankelijk van de hoofdcontractant, net zoals dat nu het geval is bij de ketenbekostiging van DM2, CVRM en COPD. Indien uit de evaluatie daarvan blijkt dat deze afhankelijkheid tot problemen leidt, zouden deze problemen ook in deze bekostigingsoptie geadresseerd moeten worden.

Zoals hierboven gemeld ontstaat in dit model mogelijk ruimte voor nieuwe, gespecialiseerde zorgverleners zoals de specialist ouderengeneeskunde.

3.5 Organisatie

3.5.1 Taakherschikking en organisatiegraad

De inzet van de relatief nieuwe zorgverleners zoals verpleegkundig specialist en physician assistant zal naar verwachting vooral betrekking hebben op incidentele zorgvragers met relatief laagcomplexe zorgvragen. Deze taakherschikking biedt huisartsen de mogelijkheid zich intensiever bezig te houden met chronische en complexe patiënten en hoogcomplexe zorgvragen. Het onderscheid dat binnen dit systeem wordt gemaakt tussen typen zorgvragers biedt de mogelijkheid om rekening te houden met deze verwachte inzet. Accommoderen van taakherschikking kan daarom uitgroeien tot een sterk punt van dit model.

Wat betreft chronische en complexe zorg worden de kosten gedekt door de abonnementsvergoeding. Het gezondheidscentrum of een andere hoofdcontractant ontvangt dit tarief, maar kan vanuit doelmatigheidsoogpunt de zorg deels overdragen aan andere (gespecialiseerde, goedkopere of kwalitatief aanvullende) zorgverleners. De huisarts zal doorgaans wel de regie behouden.

Of een en ander gevolgen heeft voor de organisatiegraad is moeilijk te voorspellen.

3.5.2 Innovatie en e-health

De vrije abonnementsbekostiging van chronische en complexe zorg biedt zorgaanbieders veel ruimte om vormen van e-health en andere innovaties op te nemen in het zorgaanbod.

[19] Ook voor andere typen specialisten kan deze mogelijkheid ontstaan als de bijbehorende patiëntencategorie gaat behoren bij de groep met complexe zorgbehoefte. Voorbeeld hiervan is de Arts Verstandelijk Gehandicapten.

De consultbekostiging bij incidentele zorg biedt die flexibiliteit achteraf niet. Bij de doorontwikkeling van dit model zal daarom aandacht moeten zijn voor prestatiebeschrijvingen die geen onnodige drempels opwerpen voor het inzetten van e-health voor dit deel van de zorg.

3.5.3 Substitutie

Het (gedeeltelijk) toegankelijk maken van de OVP-lijst uit de medisch specialistische zorg voor eerstelijns zorgaanbieders draagt bij aan een gelijk speelveld tussen eerste- en tweedelijn voor met name (kleine) chirurgische ingrepen, voor zover deze vallen binnen de verzekerde aanspraak. De nieuwe functionele prestatielijst eerstelijnsdiagnostiek waar de NZa thans aan werkt, zal naar verwachting alle diagnostische verrichtingen bevatten die thans op de M&I-verrichtingenlijst staan. Eerste en tweede lijn kunnen dezelfde prestaties declareren, wat vergelijking bij zorginkoop vergemakkelijkt en onderlinge concurrentie kan vergroten.

De component abonnementsbekostiging bevat een risico voor doorverwijzingen naar de tweede lijn, waardoor juist substitutie van eerste- naar tweedelijn plaats vindt. De afbakening en invulling van geïntegreerde zorg binnen het abonnement beïnvloeden daarom de substitutievriendelijkheid van deze bekostigingsoptie, met name voor chronische zorg.

3.6 Implementatie

3.6.1 Uitvoerbaarheid

Hoe wordt bepaald dat een patiënt ‘doorstroomt’ en wie doet dat? De prikkel om goedkope patiënten te snel te laten doorstromen is mogelijk de grootste bedreiging voor dit model. Bij een nadere uitwerking van dit model is dit een belangrijk aandachtspunt.

Het idee om huisartsenzorg onder het eigen risico te brengen strandt vaak op de overweging dat dit vooral ten koste gaat van chronische gebruikers, die zo extra gestraft worden. Als het eigen risico alleen voor consulten zou gelden, verdwijnt binnen deze optie dat bezwaar grotendeels.

3.6.2 Financiën en BKZ

Dit bekostigingsmodel garandeert niet dat het budgettair kader voor huisartsenzorg en geïntegreerde zorg niet overschreden wordt. Dit model behoudt wel het inschrijftarief, waardoor een groter deel van de kosten vooraf te voorspellen is.

Daarnaast is binnen een systeem van abonnementsbekostiging geen prikkel tot productie en dus geen risico op overbehandeling.

Risico op dubbele bekostiging wordt in dit systeem weggenomen door het schrappen van de GEZ-module , de (overlap in) ketendbc’s en de mogelijkheid om consulten te declareren in combinatie met geïntegreerde zorgprestaties. Binnen één systeem wordt alle chronische en complexe zorg bekostigd.

3.7 Conclusie

Sterke aspecten van deze bekostigingsoptie zijn dat binnen deze optie bij een adequate registratie van zorg, goed onderscheid gemaakt kan worden in beloning tussen goed en minder goed presterende gezondheidscentra. Toch is het model relatief eenvoudig en scoort het met name goed op het wegnemen van risico's op dubbele bekostiging en het stimuleren van geïntegreerde zorg. Ook valt op dat het model de centrale positie van de huisarts onaangetast laat en toch meer ruimte geeft voor dynamiek dan de huidige situatie: huisartsenposten kunnen ook overdag zorg gaan leveren aan incidentele zorgvragers, en specialisten ouderengeneeskunde zouden zich kunnen gaan richten op kwetsbare ouderen in de wijk.

4. Optie 2 – Resultaat centraal: Ruimte voor lokaal maatwerk in bekostiging

4.1 Toekomstbeeld

In steeds meer wijken, dorpen en regio's willen een of meer zorgverzekeraars en gezondheidscentra bekostigingafspraken maken afgestemd op de lokale situatie. In veel gevallen zullen andere partijen ook direct of indirect deelnemen in die afspraken: andere zorgaanbieders (eerste- en tweedelijn), gemeenten, Wmo-partners, GGD. Op dit moment zou dit door middel van een experiment verwezenlijkt kunnen worden. Het model van dit hoofdstuk biedt de structurele mogelijkheid om dit type afspraken te maken over specifieke resultaten afgestemd op de lokale zorgbehoefte en andere lokale omstandigheden: sturen op lokale resultaten door maatwerk in de bekostiging.

In de hoofdvraag van de minister aan de NZa vraagt zij ook naar de mogelijkheden om via de bekostiging te zorgen dat aanbieders worden beloond voor gerealiseerde gezondheidsdoelen. Bij de huidige knelpunten van het systeem geeft de minister het volgende aan:
'Aanbieders van huisartsenzorg worden nog niet voldoende beloond naar prestatie, dat wil zeggen op gezondheidsuitkomsten, kwaliteit, service en dienstverlening'.

De bekostigingsoptie in dit hoofdstuk is daarom ook gericht op het belonen van goede uitkomsten (zoals betere gezondheid en meer kwaliteit en dienstverlening). De nadruk ligt daarbij op uitkomsten gemeten op populatieniveau, omdat uitkomsten op individueel niveau zeer variabel kunnen zijn. Gezondheidscentra worden met deze bekostigingsoptie gestimuleerd om zich te richten op goede uitkomsten, en daarmee op activiteiten die de gezondheid van hun populatie verbeteren (of worden verondersteld te verbeteren). De zorgprofessional krijgt meer autonomie om te handelen in het belang van zijn patiëntenpopulatie zonder procesinvloed van de zorgverzekeraar dan wel van het bekostigingssysteem. Zodoende ontstaat lokaal veel vrije ruimte voor zorgaanbieders om op eigen initiatief en naar eigen inzicht het werkproces in te richten gericht op maximaal resultaat. Niet de wijze waarop zij de patiënt helpen telt, maar de mate waarin zij de patiënt helpen.

Resultaatbekostiging biedt in potentie een aantal belangrijke voordelen. Dit model stimuleert gezondheidscentra om samenwerking met andere eerstelijns aanbieders op te zoeken als dit de gemeten uitkomsten bevordert. Als de bekostiging afhankelijk is van resultaten, is het eveneens aannemelijk dat er meer wordt geïnnoveerd. Gezondheidscentra worden vanuit de bekostiging geprikkeld om de dienstverlening en kwaliteit te verbeteren als dat onderdeel van het gemeten resultaat uitmaakt (mits er meerderjarige afspraken gemaakt kunnen worden en het geloofwaardig is dat het model voor meerdere jaren blijft bestaan).

Tegenover deze potentiële voordelen staat een aantal uitdagingen. De eerste is om lokaal tot de partnerschappen te komen tussen zorgverzekeraar en gezondheidscentra die nodig zijn voor het komen tot overeenstemming over lokale doelen en bijbehorende bekostiging. Hiervoor is volgens de NZa van belang dat de *default*-bekostiging beide partijen stimuleert om in de vrije ruimte de oplossingen te vinden die de

default niet biedt. Overigens verwacht de NZa dat er in dit model ook altijd zorgaanbieders zullen blijven die kiezen voor de *default*, en onder die bekostiging verzekerden bedienen die niet kiezen voor het aanbod van het lokale samenwerkingsverband.

De tweede uitdaging hangt samen met het belang dat zorgaanbieders hebben om de afspraken die zij maken met de verschillende verzekeraars zoveel mogelijk te laten samenlopen. Het volgen van afspraken moet aantrekkelijk worden gemaakt, maar het vanuit de overheid afdwingen van dat volgen past niet bij de afsprakenvrijheid die dit model biedt. Bovendien wijst een eerste juridische analyse uit dat (europeesrechtelijke) bezwaren en het evenredigheidsbeginsel dit afdwingen mogelijk in de weg zullen staan. Tevens zal vrijwillige samenwerking tussen zorgverzekeraars (en aanbieders) de toets van de Mededingingswet moeten kunnen doorstaan[20]. In theorie kan daarom de situatie ontstaan binnen dit model dat lokale verschillen in bekostiging naast elkaar blijven bestaan.

Tot slot is een uitdaging van deze bekostigingsoptie het beschikbaar laten komen van goede en tijdige kwaliteitsinformatie. Het belang hiervan geldt ook nu al, los van een toekomstige nieuwe bekostiging. In deze optie is dat belang echter nog groter, groter ook dan bij de andere opties, vanwege het grote aantal vrijheidsgraden binnen deze bekostigingsoptie. Afgeleid doel hiervan is om uitkomsten op een effectieve manier te meten zodat goede uitkomsten daadwerkelijk worden beloond. Bij het gebruik van resultaatindicatoren schuilt namelijk het risico dat pervers gedrag wordt uitgelokt, namelijk het 'gamen' van het systeem door met minimale moeite de uitkomsten zo rooskleurig mogelijk te krijgen. Bij de doorontwikkeling van dit model zullen bovenstaande drie uitdagingen veel aandacht moeten krijgen.

Het model moet worden ingericht zodat zorgverzekeraars en gezondheidscentra (en op termijn ook andere lokale partners) geleidelijk kunnen toegroeien naar een situatie waarin zij onderling op maat gesneden bekostigingsafspraken maken. In eerste instantie zullen afspraken nog beperkt zijn in reikwijdte, maar op lange termijn kunnen bredere en meer ambitieuze doelen gesteld worden, zoals resultaatafspraken gericht op uitkomsten en niet op proces.

Voor dit model kan ook de term 'populatiebekostiging' worden gebruikt. Het woord populatiebekostiging is momenteel een populaire term in de zorgsector. Wij verstaan hieronder bekostiging op basis van uitkomsten op populatieniveau. Aangezien de term 'populatiebekostiging' ook anders kan worden geïnterpreteerd (zoals simpelweg regiobudgettering) vermijden we deze term bewust en hanteren we de term 'resultaatbekostiging op populatieniveau'.

Een specifieke variant van uitkomstbekostiging is het zogenaamde 'shared savings' model, waarbij besparingen die optreden bij de zorgverzekeraar worden gedeeld met de zorgaanbieders die verantwoordelijk worden geacht voor die besparingen. Deze variant wordt in bijlage 1 separaat nader beschouwd.

[20] De Nederlandse Mededingingsautoriteit heeft in december 2011 een informatiekaart uitgebracht aan de hand waarvan zorgverzekeraars kunnen nagaan in hoeverre gezamenlijke inkoop kan stuiten op mededingingsbezwaren. Voor ondernemers in de zorg waren er ook al de Richtsnoeren voor de zorg 2010. Zie: http://www.nma.nl/mededinging/meer_sectoren_mededinging/zorg/Toepassing_mededingingsregels.aspx.

4.2 Beschrijving bekostigingsoptie

4.2.1 Beschrijving bekostiging

Het model dat past bij het toekomstbeeld van de vorige paragraaf is een *vrije ruimte* waarin de lokale maatwerk-overeenkomst kan worden vormgegeven. Alleen de buitengrenzen van deze vrije ruimte moeten worden vastgelegd. Prestaties, type tarief en tariefhoogte zijn binnen deze grenzen vrij. Deze vrije ruimte wordt aangeduid met geïntegreerde zorg. Zorgverzekeraar en gezondheidscentrum kunnen onderling afspraken maken waarbij met name de resultaten tellen (zoals: gezondere patiënten) en in veel mindere mate het proces (zoals: aantal consulten). Hierdoor wordt het mogelijk om wenselijke substitutie van tweede naar eerste lijn te stimuleren zonder dat een volumeprikkel in de bekostiging ontstaat. Ook geïntegreerde zorg gaat lonen voor zover het de uitkomsten van zorg ten goede komt.

De *default* die geldt als alternatief voor deze vrije ruimte is van toepassing wanneer geen overeenkomst wordt gesloten. In dat geval is er sprake van een prestatie 'huisartsenzorg' met alleen een gemaximeerd abonnementstarief en gemaximeerde consulttarieven. Dus toeslagen voor populatie, POH-GGZ, M&I-modules, GEZ of ketens ontbreken in de *default*. De *default* heeft met opzet een eenvoudig karakter zodat partijen gestimuleerd worden om onderling afspraken op maat te maken.

De notie dat de *default*-bekostiging een eenvoudig karakter zou moeten hebben, hoeft overigens niet te betekenen dat daarin helemaal geen elementen zoals POH-Somatiek, POH-GGZ of GEZ geïncorporeerd kunnen worden. Standaardbedragen voor dergelijke veel voorkomende functies kunnen onderdeel vormen van de maximumtarieven voor abonnement en consulten/visites. 'Eenvoudig' betekent dat deze componenten *niet bovenop de default* contracteerbaar zijn, maar onderdeel zijn van het maximumtarief, en dat deze onderdelen qua hoogte een basisvoorzieningsniveau zullen weerspiegelen.

4.2.2 Invulling resultaatbekostiging

Bekostiging zal in dit geval plaatsvinden op basis van lokaal overeengekomen prestaties, verrichtingen of consulten. Er wordt door zorgverzekeraar en gezondheidscentrum een aantal resultaatindicatoren opgenomen. Hier kan onderscheid gemaakt worden in de volgende criteria:

- Procesindicatoren: indicatoren over het te doorlopen proces van de patiënt bij de zorgaanbieder en de interne processen van de zorgaanbieder zelf (bijv. wachttijd, gebruik elektronisch patiëntendossier, aanwezigheid van telefonisch spreekuur, samenwerking met andere zorgaanbieders).
- Uitkomstindicatoren: indicatoren die iets zeggen over de daadwerkelijke gezondheid of tevredenheid van de patiënt (bijv. bloedsuikerspiegel, BMI, gezichtsvermogen, pijnscore, levensverwachting, of indicatoren vanuit project Zichtbare Zorg).
- Resultaatindicatoren: de mate waarin de afspraken tussen huisarts en patiënt zijn nagekomen, dit kunnen zowel proces- als uitkomstindicatoren zijn. Deze term wordt verder overkoepelend gebruikt in dit hoofdstuk.

Aanvankelijk zal de nadruk waarschijnlijk op procesindicatoren liggen, maar naarmate partijen meer ervaring opdoen met resultaatbekostiging kan de nadruk verschuiven naar uitkomstindicatoren. Het is wenselijk dat zoveel mogelijk de daadwerkelijke uitkomsten van zorg worden beloond,

omdat goede uitkomsten de essentie zijn van wat van gezondheidscentra verlangd wordt.

Bij het contracteren moeten niet alleen over de te behalen resultaten afspraken worden gemaakt, maar ook over de wijze van meten en informatieoverdracht. Het ligt in de rede dat resultaten alleen op populatieniveau met de zorgverzekeraar worden gedeeld.

4.2.3 Kwaliteit en informatie

In dit model wordt niet op volume bekostigd. Hierdoor is er geen prikkel tot overbehandeling. Er is wel een prikkel vanuit de bekostiging om goed te scoren op de gedefinieerde criteria. Hierdoor is het afhankelijk van de gekozen criteria of er een prikkel ontstaat tot onderbehandeling. Goede kwaliteitsinformatie en tijdig inzicht hierin is in dit model, vanwege de hoge vrijheidsgraden nog meer dan in de andere opties, van groot belang.

Als de uitkomstindicatoren onzorgvuldig worden gekozen of niet volledig zijn kan een systeem ontstaan waarbij het voor gezondheidscentra zou lonen om zich met name op activiteiten te richten die goed scoren op de gedefinieerde indicatoren, terwijl de 'ongemeten' zorg (waarvoor geen indicatoren zijn gedefinieerd) van ondergeschikt belang wordt. Dit verschijnsel, bekend als *teaching to the test*, moet worden vermeden, wat het belang van zorgvuldige implementatie onderstreept.

Een zorgvuldig gekozen set van uitkomstindicatoren kan tot de juiste prikkels leiden. De budgettaire risico's zijn daardoor beperkt terwijl de kwaliteit en toegankelijkheid geborgd zijn.

4.3 Relaties met zorginhoud

4.3.1 Geïntegreerde zorg

De vrije ruimte die kan worden afgesproken leidt ertoe dat alle andere bekostigingsvormen van geïntegreerde zorg niet meer nodig zijn (de ketenzorg, ROS en GEZ module). De vrije ruimte geldt in principe voor de gehele eerstelijnszorg. Mochten zorgaanbieders en verzekeraars hier geen gebruik van willen maken, rest de terugvaloptie, met de huidige structuren van prestaties voor eerstelijnszorg. Essentieel is dat de mogelijkheid bestaat om binnen een vrije ruimte zowel huisartsenzorg als andere vormen van eerstelijnszorg te bekostigen.

In deze zin worden de schotten binnen de eerstelijnszorg weggehaald en wordt maximaal ruimte geboden voor multidisciplinaire initiatieven. Naast het verdwijnen van de bekostigingsschotten zijn er nog twee andere redenen waarom geïntegreerde zorg gebaat is bij dit bekostigingsmodel:

- Voor alle vormen van geïntegreerde zorg en samenwerking geldt dat dit als procesindicator gemeten en beloond kan worden.
- Hiernaast heeft het gezondheidscentrum een prikkel tot geïntegreerde zorg en samenwerking waar dit de gemeten uitkomsten kan bevorderen.

Belemmeringen hierbij zijn nog wel het feit dat er niet in elke deelmarkt binnen eerstelijnszorg sprake is van vrije prijzen. Ook zal gekeken moeten worden of het wenselijk is om de macro deel-budgettaire kaders los te laten van de eerstelijnszorg.

4.3.2 Preventie/gemeenten

Preventiecriteria kunnen opgenomen worden bij de criteria waar men op afrekent. Er zal nog een spanning liggen tussen de preventietaken die bij het gezondheidscentrum liggen en de preventietaken van de gemeente. Gezondheidsuitkomsten op regionaal populatieniveau kunnen dan mede afhankelijk zijn van de inspanningen en succes van de gemeente. De vraag is wat de optimale verdeling is van taken tussen de gemeente en het gezondheidscentrum. Dit optimale punt zal mogelijk regionaal verschillend zijn. Op sommige plaatsen kan bijvoorbeeld initiatief genomen worden om naar RVZ-model inloopcentra te creëren met gemeente en zorgverzekeraars als co-financiers[21]. Hiervoor biedt het model de ruimte.

4.3.3 Invloed op andere sectoren

Welke invloed dit model heeft op de overige zorgsectoren moet verder uitgewerkt worden. Waar sprake is van vrije prijzen, is in beperkte mate geëxperimenteerd met vrije prestaties. Het is belangrijk dit punt verder te bekijken in de aanbevolen experimenten op het gebied van resultaatbekostiging.

4.4 Marktordening

4.4.1 Rolverdeling NZa – zorgverzekeraars

Het zwaartepunt in de bekostiging/organisatie zal zich in dit model van de NZa naar zorgverzekeraars verplaatsen. Mogelijk is noodzakelijk dat VWS of de NZa in de beginjaren betrokken blijft bij invulling van resultaatbekostiging. Hier kan bijvoorbeeld gestuurd worden op meerjarige resultaten, voor zover zorgverzekeraars in de eerste jaren tegen praktische problemen oplopen.

4.4.2 Partnerschap gezondheidscentra – zorgverzekeraars

Essentieel voor het ontstaan van lokale maatwerkovereenkomsten is dat partnerschappen ontstaan van zorgverzekeraars (en evt. gemeenten) enerzijds en gezondheidscentra (en evt. andere zorgaanbieders) anderzijds. Van belang is daarom dat de *default*-bekostiging relatief eenvoudig van structuur is: hoe minder bouwstenen de *default*-bekostiging bevat, des te groter de prikkel voor beide zijden om werk te maken van maatwerk.

4.4.3 Toetreding

Het blijven bestaan van inschrijvingstarieven in de *default*-bekostiging vormt mogelijke toetredingsdrempels voor nieuw toetredende huisartsen.

4.4.4 Positie Gezondheidscentrum

In dit model staat het gezondheidscentrum centraal. Behoud van het abonnementstarief in de *default*-bekostiging zorgt ervoor dat de meerkosten van bepaalde handelingen lager zijn als deze door een gezondheidscentrum worden uitgevoerd dan door een andere eerstelijnszorgaanbieder. Tegelijkertijd, als de uitkomstcriteria zo worden gedefinieerd dat de gezondheid van een patiënt voorop komt te staan, zal het gezondheidscentrum beloond worden voor samenwerking en

[21] Zie RVZ, Discussienota Zorg voor je Gezondheid, april 2010, http://www.rvz.net/publicaties/bekijk/zorg-voor-je-gezondheid.

geïntegreerde zorg als dat de gezondheid van de patiënt bevordert. De coördinatie blijft hierbij wel bij het gezondheidscentrum.

4.4.5 (On)gelijk speelveld

De minister van VWS noemt in het verzoek uitvoeringstoets dat het bestaan van het inschrijf/abonnementstarief leidt tot een ongelijk speelveld omdat dit een groot deel van de kosten van de huisarts dekt waardoor zij lagere tarieven kunnen vragen voor de consulten. Deze constatering blijft gelden in de *default* van dit model, maar hoeft niet te gelden voor de lokale maatwerk afspraken die partijen kunnen maken.

4.4.6 Eenvoud

Uitkomstbekostiging op basis van resultaatafspraken kan tot een administratief belastend systeem leiden. Anderzijds kunnen partijen lokaal ook voor administratief onbelastende afspraken kiezen. In beide gevallen geldt dat partijen zelf voor de eenvoudige of juist complexe afspraken kiezen, zodat het niveau van complexiteit vanuit publiek oogpunt geen aandachtspunt vormt. De *default* van dit model is een relatief eenvoudig systeem.

4.4.7 Ruimte regionale variatie

Dit model leent zich goed voor regionale variatie: verzekeraars zullen vrijheidsgraden hebben om de bekostiging aan te passen per patiëntenpopulatie en per regio.

4.4.8 Verlies transparantie

Als alleen de uitkomsten tellen, vervalt de noodzaak om bij te houden hoeveel consulten, M&I's, visites, etc. zijn verricht. Daarmee vervalt ook het zicht op dit 'volume'. De vraag is of dit van belang is als de uitkomsten op populatieniveau wel inzichtelijk zijn.

4.5 Organisatie

4.5.1 Organisatiegraad en taakherschikking

Niet het proces maar de uitkomst telt in dit bekostigingsmodel. Als de goede uitkomst behaald kan worden met inzet van goedkopere arbeidskrachten (zoals een physician assistant of nurse practitioner) dan kan de huisarts zijn specialistische en generalistische tijd als geneeskundige inzetten voor andere activiteiten (zoals meer gezondheidsverbetering van de praktijkpopulatie of een grotere populatie bedienen – beide kunnen de opbrengsten voor de aanbieder van huisartsenzorg terecht verhogen). Taakherschikking kan zodoende op autonome wijze tot stand komen, daar waar deze waarde toevoegt aan het proces, bijvoorbeeld door gezondheidscentra om te vormen tot inloopcentra, met een prominente plek voor de verpleegkundige praktijk naast de huisartsenpraktijk.

4.5.2 Substitutie

Substitutie is sterk afhankelijk van specifieke lokale omstandigheden, zoals de aanwezigheid van randvoorwaarden als kennis, vaardigheden en locatie. De focus van deze bekostiging op maatwerk, sluit aan bij de wens om geen landelijke blauwdruk voor substitutie op te leggen, maar

rekening te houden met lokale omstandigheden. Beloning op basis van (onder andere) zinnig en zuinig verwijzen stimuleert substitutie.

4.5.3 Innovatie en e-health

Op dit moment wordt de meeste monodisciplinaire innovatie geplaatst binnen de M&I modules. Voor multidisciplinaire innovatie wordt veelal gebruik gemaakt van de beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties.. Met uitkomstbekostiging staat het resultaat voorop hetgeen betekent dat aanbieders van huisartsenzorg meer vrijheidsgraden hebben om innovaties te gebruiken/ontwikkelen die de uitkomsten van de geboden zorg verbeteren.

Omdat bij innovatie veelal de kosten voor de baten uit gaan zijn hier wel voorwaarden aan verbonden. Om enige zekerheid te creëren dat het investerende gezondheidscentrum ook de baten in het vooruitzicht heeft moet voldaan worden aan het volgende:
- Het moet mogelijk zijn om contracten voor meerdere jaren af te sluiten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraar;
- Het bekostigingsmodel moet voor langere tijd moet blijven gelden.

4.5.4 Belonen naar presteren

Belonen naar resultaten en presteren is de essentie van deze bekostigingsoptie.

4.6 Implementatie

Ten opzichte van het huidige systeem is de verandering groot. De volgende zaken zullen veranderen:
- Alle prestaties, consulten, abonnementstarieven en M&I modules en M&I verrichtingen vervallen;
- De ketenzorg, ROS en GEZ module vervallen uiteindelijk ook, maar kunnen een belangrijke rol spelen bij de transitie naar het eindmodel;
- Er wordt ruimte gecreëerd waarin partijen onderling resultaatafspraken kunnen maken en daar beloningen aan kunnen koppelen.

Het is daarom aan te raden eerst een aantal experimenten te doen met uitkomstbekostiging. Hierbij kan een antwoord gezocht worden op o.a. de volgende vragen:
- Op welke uitkomstindicatoren kan afgerekend worden?
- Hoe kan toegewerkt worden naar uitkomstbekostiging zonder de administratieve lasten voor zorgaanbieders te verhogen?
- Hoeveel last veroorzaakt het voor zorgaanbieders als iedere zorgverzekeraar een andere manier van uitkomstbekostiging wil afspreken? In hoeverre zal dat het geval zijn?
- Kunnen gezondheidscriteria zo worden geformuleerd dat niet patiënten met een bepaalde ziekte meer/minder behandeld worden?
- Op welke manier kan/moet gehandhaafd worden vanuit de toezichthoudende rol van de NZa?

4.6.1 Kostenbeheersing

Een belangrijk voordeel van dit systeem is dat er in de vrije ruimte geen productieprikkel is en dus geen risico tot overbehandeling (tenzij een verrichtingensystematiek wordt afgesproken), en dat de uitkomstbekostiging er voor zorgt dat huisartsen worden beloond wanneer zij erin slagen om de gedefinieerde uitkomsten te behalen. Hiermee is er een zeer beperkt risico op macro kostenoverschrijdingen (afhankelijk van afspraken en in de terugvaloptie) maar dit risico is

aanzienlijk kleiner dan in de huidige situatie aangezien de betalingen niet volumegedreven zijn.

4.6.2 BKZ/ Risico's zorgverzekeraars

Het is wenselijk dat er wordt gekeken naar meer integraliteit in het budgettair kader zorg (BKZ). Anders ontstaat wellicht de situatie dat een zorgverzekeraar beloont op substitutie vanuit tweede- naar eerste lijn maar dat er vervolgens wel op wordt gekort. Of het is mogelijk dat het efficiënt is dat logopedisten of fysiotherapeuten handelingen overnemen van huisartsen, en hierop wordt actief gestuurd. Vervolgens worden de laatstgenoemden gekort.

4.7 Conclusie

Het model biedt voordelen op een aantal belangrijke aspecten als belonen naar resultaat, stimuleren van substitutie, geïntegreerde zorg, innovatie, regionale variatie en budgettaire beheersbaarheid.
Naast deze voordelen van het model zijn er nog wel een paar kanttekeningen te maken bij dit model zoals de wenselijkheid van de centrale positie van het gezondheidscentrum, de noodzaak van meerjarige contracten en de uitdaging aan de sector om goede resultaatindicatoren te definiëren.

Het verdient aanbeveling om te beginnen met experimenten op gebied van resultaatbekostiging. Hierin kunnen oplossingen gezocht worden voor de nu gepercipieerde knelpunten en onopgeloste vragen.

5. Optie 3 – Keuzevrijheid centraal: Zorgactiviteiten, verrichtingen en consulten

5.1 Toekomstbeeld

Bekostigingsoptie 3 stelt keuzevrijheid en inzicht in de geleverde zorg centraal en spoort verzekeraars aan hun rol als zorginkoper verder te ontplooien. De inkooprol wordt op dit moment onvoldoende opgepakt. Een belangrijke voorwaarde om deze rol beter te kunnen vervullen, is inzicht krijgen in het zorgaanbod van verschillende type zorgaanbieders. Met name huisartsenzorg is voor verzekeraars grotendeels een *black box*, doordat het consultensysteem niet inzichtelijk maakt welke zorg verleend is. Tegelijkertijd heeft de huisartsenzorg gedeeltelijk overlap met het zorgaanbod van andere eerstelijns beroepsbeoefenaren. Wellicht is het onderbrengen van bepaalde zorg bij andere beroepsbeoefenaren doelmatiger (omwille van kosten- of kwaliteitsverschillen) dan deze door de huisarts te laten verlenen. Deze bekostigingsoptie heeft tot doel het inzicht hierin te vergroten.

Rechtvaardiging voor het centraal stellen van het inzichtelijk maken van geleverde zorg is te vinden in het verzoek van de minister voor de Uitvoeringstoets huisartsenzorg (28 november 2011), waarin dit aspect expliciet is benoemd. De minister stelt:
'Alle prestaties en tarieven in de huisartsenzorg zijn functioneel omschreven. Dit betekent dat deze niet alleen gedeclareerd kunnen worden door huisartsen, maar door alle zorgverleners die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die plegen te bieden. Door het bestaan van het inschrijftarief wordt een deel van de kosten van een aanbieder van huisartsenzorg gedekt. Daardoor zijn de tarieven voor verrichtingen lager dan de kostprijs. Hierdoor is het voor andere aanbieders niet rendabel om losse prestaties uit te voeren, aangezien de maximumtarieven niet kostendekkend zijn zonder inschrijftarief. Dit vormt een belemmering voor nieuwe toetreding'. En: *'Ook andere typen zorg in de eerste lijn zijn zoveel mogelijk functioneel omschreven. Zo kunnen de nieuwe prestaties in de extramurale farmaceutische zorg ook door huisartsen en andere zorgverleners worden uitgevoerd en gedeclareerd. Apothekers stellen dat er door het inschrijftarief van de huisarts sprake zou zijn van een ongelijk speelveld.*

De minister (Uitvoeringstoets huisartsenzorg, 28 november 2011) geeft daarnaast enkele huidige knelpunten weer:
'Er is tussen verschillende typen aanbieders in de eerste lijn (huisarts, fysiotherapeut, verloskundige, apotheker, verpleegkundig specialist (vs), physician assistant (pa), etcetera) een grote variatie in de prestatiestructuur (consult, verrichting, abonnement, uurtarief) en tariefsoort (vrij, vast, maximum). Dit belemmert de vergelijkbaarheid tussen aanbieders.

Om het hierboven beschreven inzicht te bewerkstelligen is het noodzakelijk dat de eerstelijnszorg, waar mogelijk, functioneel wordt beschreven.

De zorgverzekeraar is vervolgens in staat om specifieke keuzes te maken met betrekking tot welke huisartsen gecontracteerd worden, welke onderdelen van huisartsenzorg door andere beroepsbeoefenaren uitgevoerd kan worden en welke eerstelijnszorg door huisartsen uitgevoerd zou kunnen worden. De belangrijkste randvoorwaarden binnen dit uitgangspunt zijn 1) het creëren van een gelijk speelveld, 2) het realiseren van functionele bekostiging, en 3) het vergroten van de vergelijkbaarheid door het uniformeren van de bekostiging van eerstelijns zorgaanbieders.

De tweede uitdaging van dit model is kostenbeheersing. Aangezien dit model sterke productieprikkels in zich draagt, is het risico op volume- en dus kostengroei aanzienlijk. Daarom ligt het voor de hand bij dit model een instrument te ontwikkelen voor kostenbeheersing achteraf. Het is daarbij echter wel van belang de sterke kanten van dit model zoveel mogelijk intact te laten.

5.2 Beschrijving bekostigingsoptie

Het model dat het best aansluit bij bovenstaand beschreven visie is een verrichtingensysteem met maximum- en/of vrije tarieven (conform het gereguleerde ('A-segment') en het vrije segment ('B-segment') in de medisch specialistische zorg). Deze verrichtingen beschrijven alle prestaties die de huisarts zou kunnen leveren, waarbij voor de beschrijving zo veel mogelijk aansluiting gezocht wordt bij prestaties die in andere eerstelijns zorgmarkten gehanteerd worden. Bijvoorbeeld: voor eerstelijns psychologische zorg (BR/CU-7013) zijn op dit moment 20 prestaties gedefinieerd. In de reikwijdte is opgenomen dat de beleidsregel van toepassing is op eerstelijns psychologische zorg als omschreven bij of krachtens de Zvw, met uitzondering van zorg die wordt geleverd door huisartsen. In dit bekostigingsmodel wordt deze niet-functionele situatie opgelost door de prestaties toe te voegen aan de verrichtingenlijst van de huisarts. Hetzelfde vindt plaats bij andere vrije beroepsbeoefenaren (bijvoorbeeld dieetadvisering, farmaceutische zorg, verloskunde) waar huisartsen ook (delen van) deze zorg kunnen verlenen. Het is uiteindelijk aan de verzekeraar om met de huisarts af te spreken welke zorg zij leveren, registreren en declareren.

Overschrijdingen van het BKZ kunnen ex-post teruggehaald worden via een korting op het tarief. De volumeprikkel wordt daarbij niet weggenomen, maar voor volumestijgingen wordt in tarieven wel gecorrigeerd (een hogere q leidt tot een lagere p en vice versa).

Een dergelijk bekostigingsmodel biedt ruimte om te voorzien in resultaatafspraken. Daar waar tarieven vrijgegeven worden, biedt dit de mogelijkheid om hierover afspraken met elkaar te maken. Daar waar tarieven gemaximeerd zijn, is enige ruimte binnen het tarief voor resultaatafspraken. Hierbij is wel noodzakelijk dat het maximumtarief voldoende kostendekkend is, omdat anders automatisch door de verzekeraar tegen dit maximumtarief ingekocht zal worden. In die zin dient het te berekenen maximumtarief voldoende ruimte te bieden.

Een grote wijziging ten opzichte van de huidige bekostiging is het laten vervallen van het inschrijftarief. Binnen dit model is er geen ruimte voor een relatief vaste bekostigingscomponent. Een dergelijke component beperkt de nieuwe toetreding en tegelijkertijd wordt een aanbieder ook beloond op het moment dat er geen zorgverlening plaatsgevonden heeft. Daarnaast zou een verzekeraar de beschikbaarheidfunctie van de huisarts ook elders in moeten kunnen kopen.

5.3 Relatie met zorginhoud

5.3.1 Huisartsenzorg vs. geïntegreerde zorg en ketenbekostiging

Vanwege de functionele benadering van zorg in de eerste lijn binnen dit model, en de veronderstelling dat bepaalde zorgactiviteiten ook door andere eerstelijns zorgverleners kunnen worden uitgevoerd, strekt dit model zich uit over de gehele eerstelijnszorg.

Hoewel geïntegreerde zorg op zichzelf niet centraal staat in deze bekostigingsoptie, biedt het model voldoende ruimte om dergelijke zorgtrajecten te faciliteren. Naast de verschillende zorgverrichtingen die in de prestatielijst worden opgenomen, kunnen ook zorgtrajecten gedefinieerd worden waarbij een tarief voor de hoofdbehandelaar en een tarief voor 'ondersteunende zorgaanbieders' bepaald wordt. Doordat de zorg functioneel benaderd wordt en een gelijk speelveld wordt gemaakt, biedt dit ook ruimte om verschillende zorgaanbieders gezamenlijk een zorgvraag te laten behandelen. De verzekeraar krijgt via de zorginkoop meer invloed op welke zorg door welke zorgaanbieder uitgevoerd wordt of maakt hier met de hoofdbehandelaar afspraken over. Gezien het functionele karakter van deze bekostigingsvorm staat het verzekeraars vrij om te bepalen welke beroepsbeoefenaar als hoofdbehandelaar wordt aangemerkt.

5.3.2 Invloed op andere sectoren

In de verrichtingenlijst van deze bekostigingsoptie kan ook een verrichting opgenomen worden zoals 'consulteren medisch specialist uit de tweedelijn'. Dit biedt de mogelijkheid om bepaalde generalistische zorgvragen zoveel als mogelijk in de eerste lijn te behandelen. Daarnaast geeft het de mogelijkheid om geïntegreerde zorg breder te trekken dan de eerstelijnszorg. Een verzekeraar is hierdoor in staat specifieke specialistische onderdelen van een overwegend generalistisch zorgvraag in het integrale traject op te nemen. Dit kan een positief effect hebben op substitutie tussen de eerste- en tweedelijn.

5.3.3 Preventie

Het opnemen van verrichtingen welke gericht zijn op preventie brengt risico's met zich mee. Aangezien bij preventie van tevoren niet vaststaat of daadwerkelijk een zorgvraag volgt, ontstaat hier de mogelijkheid voor de zorgverlener om gezonde patiënten ook te behandelen via 'preventieve verrichtingen'. Zo kan de zorgverlener toch een verrichting declareren ter compensatie van de tijdbesteding.

Hoewel er risico's binnen dit model bestaan voor preventie bij gezonde patiënten, zijn er wel mogelijkheden op het gebied van preventie bij chronisch zieken. Het is mogelijk om case management functioneel te beschrijven in een verrichting, waarbij de functionaris (casemanager) vervolgens preventief de vinger aan de pols kan houden bij chronische ziekten en escalatie van de aandoening kan voorkomen. Deze taak hoeft niet perse bij de huisarts belegd te worden, maar kan door de verzekeraar bij een praktijkondersteuner of andere vrije beroepsbeoefenaar belegd worden.

5.3.4 Gezondheidsresultaten

Bij een groot gedeelte van de eerstelijns verrichtingen, is tariefregulering niet meer van toepassing. Bij deze vrije tarieven is het mogelijk om afspraken te maken over naar resultaat gedifferentieerde tarieven.

Indien tariefregulering nog van toepassing is, kunnen zorgaanbieders en verzekeraars resultaatafspraken maken binnen het maximumtarief.

5.4 Marktordening

5.4.1 Rolverdeling NZa – zorgverzekeraars

Dit model beoogt verzekeraars beter de mogelijkheid te geven hun rol als zorginkoper te vervullen. In eerste instantie lijkt het dat de NZa een vrij fundamentele rol op zich neemt, doordat prestatieregulering nog wordt voortgezet en zelfs zeer specifieke (maar uniforme) prestaties (verrichtingen) worden beschreven.

Het onderliggende doel hierbij is echter dat verzekeraars vervolgens actief de keuze maken om de juiste functionaris aan de juiste zorgfuncties te koppelen. Dit biedt verzekeraars meer vrijheidsgraden om zorg aan haar verzekerden te bieden tegen een optimale prijs-/kwaliteitsverhouding.

Een nadeel van dit model is enerzijds dat de bekostiging een bepaalde volumeprikkel met zich meebrengt. Anderzijds kan het beheersen van kosten ook losgezien worden van de bekostiging. Wanneer bekostiging op basis van prestaties of verrichtingen geschiedt, kan er ook voor gekozen worden dit gepaard te laten gaan met een beheersinstrument die de besteding van de budgettaire middelen borgt. Een voorbeeld hiervan is het macrobeheersing instrument dat in de tweedelijn is ingevoerd met de introductie van prestatiebekostiging. Daarnaast kan de zorgverzekeraar volumeafspraken maken met zorgaanbieders, bijvoorbeeld door te belonen op gepast gebruik van zorg.

De NZa stelt in dit model dus nog steeds prestaties (verrichtingen) vast, tegen een vrij of gereguleerd tarief, maar de verzekeraar is vervolgens aan zet om prestaties in te kopen bij de juiste functionaris en te borgen dat de ingekochte zorg zoveel mogelijk aansluit bij de beschikbare budgettaire middelen.

5.4.2 Toetreding, gelijk speelveld

Nieuwe toetreders kunnen relatief gemakkelijk de markt betreden. Omdat in de bekostiging geen abonnement of inschrijftarief is opgenomen, behelst dit voor nieuwe aanbieders geen toetredingsdrempel. Feitelijk kunnen nieuwe zorgaanbieders relatief eenvoudig de markt betreden. Daarnaast kunnen bepaalde verrichtingen die nu door de huisarts uitgevoerd worden, gecontracteerd worden bij andere vrije beroepsbeoefenaren in de eerste lijn.

Naast toetredingsdrempels in de bekostiging kan er sprake zijn van andere drempels. Zo kan het zijn dat het feit dat physician assistants en verpleegkundig specialisten afhankelijk zijn van gezondheidscentra voor opleidingsplaatsen, in de praktijk een drempel zijn voor deze zorgverleners om zich vrij te vestigen. Bij de doorontwikkeling van deze optie zal geïnventariseerd moeten worden welke drempels er zijn buiten de bekostiging en hoe deze, bijvoorbeeld via flankerend beleid, weggenomen kunnen worden.

Doordat alle zorgaanbieders in de eerste lijn op dezelfde wijze bekostigd worden, leidt dit ook tot een gelijk speelveld. Op dit moment is psychologische zorg uitgevoerd door de ELP gebonden aan een maximum aantal behandelingen vallend binnen het basispakket. De huisarts kan

ongelimiteerd dergelijke vergelijkbare behandelingen verrichten binnen de huisartsenconsulten. Hierdoor ontstaan prikkels om op basis van verzekeringsredenen een zorgaanbieder te selecteren.

5.4.3 Positie huisarts

De invloed van dit model op de positie van de huisarts is tweeledig. Enerzijds geeft dit model de huisarts de ruimte om ook verrichtingen, die niet vallen onder huisartsenzorg, uit te voeren. Deze mogelijkheid heeft de huisarts nu ook al, in de vorm van het huisartsenconsult. Echter, het is de vraag of het consult hiervoor kostendekkend is en of de verzekeraar deze zorg bij de huisarts had willen inkopen. Nu kan een verzekeraar bepaalde verrichtingen gericht inkopen bij de huisarts, bijvoorbeeld als er in een regio een bepaald type zorgaanbieder ontbreekt. Indien het aanbod van, bijvoorbeeld, GGZ-zorg in een bepaalde regio een witte vlek is, kan de verzekeraar besluiten om deze zorg in te kopen bij de huisarts of de POH-GGZ.

Andersom kan het zijn dat de verzekeraar besluit om bepaalde zorg, die nu veelal door de huisarts wordt uitgevoerd, bij andere vrije beroepsbeoefenaren te beleggen. In dat geval ondermijnt dit de positie van de huisarts.

Doordat de verzekeraar geen huisartsenconsulten maar verrichtingen contracteert, biedt dit de mogelijkheid om de zorginkoop veel gerichter te laten plaatsvinden. Dit heeft dus ook gevolgen voor de positie van de huisarts binnen dit bekostigingsmodel.

5.4.4 Wisselen van huisarts

Momenteel werkt het ‘inschrijftarief op naam’ belemmerend voor het wisselen van huisarts. Vanuit verzekeraars is het signaal geuit dat het inschrijftarief op zichzelf in stand gelaten zou moeten worden, maar dat dit niet perse bij de huisarts neergelegd hoeft te worden. Het zou ook kunnen dat het inschrijftarief op naam bij andere beroepsbeoefenaren belegd wordt.

In dit model zijn meerdere denkvormen theoretisch werkbaar. Enerzijds kan ervoor gekozen worden een vergoeding te versleutelen in de verschillende tarieven. Een andere optie, en wellicht functioneler, zou zijn dat de patiënt zijn medisch dossier beheert en daarmee de mogelijkheid heeft om gebruik te maken van veel verschillende aanbieders. Dit leidt tot een gelijk speelveld en een functionele benadering, waarbij geen expliciete vergoeding meer opgenomen wordt voor de diensten behorend bij ‘inschrijftarief op naam’. Het is wel de vraag of alle patiënten in staat zijn om het eigen medisch dossier te beheren.

5.5 Organisatie

5.5.1 Organisatiegraad

Zorgaanbieders kunnen zich specialiseren op bepaalde onderdelen van de eerstelijns verrichtingen, bijvoorbeeld een huisarts die zich richt op GGZ-zorg.
Dit zou van toegevoegde waarde kunnen zijn in het geval dat er geen GGZ-instelling aanwezig is in een bepaalde regio. De verzekeraar kan gericht bepaalde zorg bij specifieke aanbieders inkopen.

5.5.2 Taakherschikking

Verzekeraars hebben de mogelijkheid om afspraken te maken met de huisarts om bepaalde zorg onder te brengen bij praktijkondersteuners of verpleegkundigen. Mogelijk lenen bepaalde verrichtingen zich hier goed voor. Bij consultbekostiging, zoals tot op heden het geval is, kunnen deze betreffende activiteiten niet specifiek geoormerkt worden.

Doordat in dit model niet de functies in algemene zin beschreven worden, biedt dit de verzekeraar vervolgens de mogelijkheid om daar de meest geschikte (beste prijs-/kwaliteitsverhouding) zorgverlener te contracteren. Bepaalde verrichtingen kunnen tegen eenzelfde kwaliteit maar een betere prijs uitgevoerd worden door de praktijkondersteuners van de huisarts.

5.5.3 E-health en innovatie

Naast de specifieke verrichtingen bestaat de mogelijkheid een facultatieve prestatie op te nemen. Op dit moment kennen alle beroepsbeoefenaren in de eerste lijn met een vrij tarief de mogelijkheid om gebruik te maken van een facultatieve prestatie. Dit roept de vraag op in hoeverre de huisartsverrichtingen, in het kader van het gelijke speelveld, ook niet ook ondersteund moeten worden door een facultatieve prestatie.

5.5.4 Substitutie

Een verrichtingensysteem lijkt zich in eerste instantie te lenen voor het stimuleren van substitutie, omdat er een prikkel ontstaat voor aanbieders om beperkt door te verwijzen en zoveel mogelijk verrichtingen zelf uit te voeren. De verzekeraars hebben evenwel de mogelijkheid te sturen op het aantal doorverwijzingen. Een algemeen geluid is dat substitutie belemmerd wordt doordat er verschillende macrobudgettaire kaders zijn. Zolang ontschotting hierin niet optreedt, nodigt de systematiek niet uit voor beroepsbeoefenaren in de eerste lijn om extra verrichtingen uit te voeren, omdat dit gevolgd kan worden door een BKZ korting op het eigen tarief. Om substitutie optimaal vorm te geven, zou geconcludeerd kunnen worden dat verschillende budgettaire kaders samengevoegd zouden moeten worden.

Dit model maakt dit mogelijk, doordat een verrichtingenbekostiging aansluit bij de bekostiging in de curatieve medisch specialistische en curatieve GGZ zorg met de DBC- en DOT-structuur. De functionele benadering van de eerstelijnszorg kan gezien worden als een verlengstuk van deze DBC-systematiek. Het uniformeren van de bekostiging in de curatieve zorg kan gezien worden als een randvoorwaarde voor substitutie, doordat hierdoor op termijn de mogelijkheid geboden wordt om gefaseerd over te gaan op één budgettair kader. Daarmee kan het veld optimaal in de gelegenheid komen om substitutie plaats te laten vinden.

5.6 Conclusie

5.6.1 Voor- en nadelen bekostigingsoptie

Het centrale uitgangspunt binnen dit model is het inzichtelijk maken van de huisartsenzorg, zodat de verzekeraar de rol als zorginkoper beter kan uitvoeren. Hierbij is het noodzakelijk dat de eerstelijnszorg, waar mogelijk, nog verder functioneel wordt omschreven. De zorgverzekeraar

is daarbij vervolgens in staat om specifieke keuzes te maken als het gaat om welke huisartsen gecontracteerd worden, welke onderdelen van huisartsenzorg door andere beroepsbeoefenaren uitgevoerd kan worden en welke eerstelijnszorg door huisartsen uitgevoerd zou kunnen worden. Ook kunnen afspraken gemaakt worden over het leveren van geïntegreerde zorg aan de patiënt en welke zorgverleners hiervoor gecontracteerd dienen te worden door de hoofdbehandelaar. De voordelen van dit model richten zich met name op substitutie, taakherschikking, gelijk speelveld, en het wegnemen van toetredingsdrempels.

Het biedt ook de mogelijkheid voor verzekeraars om tegemoet te komen aan regionale verschillen tussen bijvoorbeeld urbane en rurale gebieden. In principe is de verzekeraar ook in de gelegenheid om de huidige situatie in stand te laten door niet-gerichte keuzes te maken in de selectie van bepaalde zorgaanbieders.

De nadelen behelzen voornamelijk de administratieve lasten en implementatie, zoals de volgende paragraaf beschrijft. Daarnaast kan in twijfel getrokken worden in hoeverre dit model expliciet mogelijkheden biedt op het gebied van preventie.

5.6.2 Implementatie

Het idee is dat één verrichtingenlijst ontstaat voor alle eerstelijnszorg en dat vervolgens voor de betreffende type beroepsbeoefenaren, mits zij een gereguleerd tarief kennen, hier een tarief voor berekend wordt.

De volgende risico's moeten hierbij in acht genomen worden:

Eenvoud
Het model is enerzijds gedeeltelijk eenvoudig te realiseren omdat veel verrichtingen al gedefinieerd zijn in andere zorgmarkten. Anderzijds is het de vraag of een huidig consult van de huisarts in het geheel uiteen te rafelen is in verrichtingen (wat wordt bijvoorbeeld gedaan met activiteiten rondom de weging van een huisarts inzake pluis/niet pluis). Verwacht wordt dat, gezien het generalistische karakter van huisartsenzorg, een compleet gedefinieerde lijst niet mogelijk is. De beschikbaarheidfunctie van de huisarts is moeilijk in verrichtingen te ondervangen, omdat hier feitelijk geen zorg geleverd wordt. Hiervoor zou een 'vrije' categorie gecreëerd kunnen worden waarbinnen de huisarts en de verzekeraar onderling een prijs afspreken.

Kostenbeheersing
Om het risico op onbeheerste kostenstijging te dempen, lijkt het onvermijdelijk om naast dit model een instrument te ontwikkelen dat overschrijdingen achteraf corrigeert. De vraag is wat de waarde is van een bottom-up bepaald tarief, op basis van kostprijsberekeningen, als daar vervolgens een korting op wordt toegepast. Anderzijds zijn er ook andere beheersinstrumenten die toegepast kunnen worden om zoveel mogelijk aansluiting te borgen met de macrobudgettaire middelen.

Upcoding en ongepast gebruik
Er bestaat een risico voor upcoding of andere vormen van ongepast gebruik. Zorgaanbieders kunnen 'bewust' naar zwaardere zorgproducten afleiden dan nodig is (bijvoorbeeld: in de tweedelijn leidt een extra verpleegdag soms af naar een duurder zorgproduct). Anderzijds, dit wordt hiermee inzichtelijk gemaakt voor de verzekeraar die hier vervolgens op kan sturen in het geval dat bepaalde zorgaanbieders bovengemiddeld 'zwaardere' verrichtingen registreren.

Administratieve lasten
Administratieve lasten stijgen doordat elke verrichting door de zorgaanbieder geregistreerd zou moeten worden. Registratieregels zijn echter momenteel ook bij andere eerstelijns sectoren vereist.

Kwaliteitsverschillen
Omdat in dit model keuzevrijheid centraal staat, versterkt dit de inkooprol van de verzekeraar. De vraag is in hoeverre voldoende inzicht bestaat in de verschillen in kwaliteit tussen verschillende aanbieders en of een verzekeraar op basis van kwaliteitscriteria gerichte keuzes kan maken bij de inkoop van huisartsenzorg.

6. Optie 4 – Kostenbeheersing centraal: Zekerheid vooraf met inschrijftarieven

6.1 Toekomstbeeld

Bekostigingsoptie 4 stelt zekerheid op voorhand centraal. Achterliggende visie is een ex ante garantie, omdat het beschikbare budgettaire kader niet mag worden overschreden en daarmee de hoogste prioriteit heeft. Kostenbeheersing beperkt zich in deze visie primair tot het budgettair kader huisartsenzorg.

Dit model gaat uit van een nadruk op kostenbeheersing vooraf. In de andere modellen zou die kostenbeheersing achteraf moeten plaatsvinden door middel van kortingen. Deze (dreiging van) kortingen achteraf creëert veel onrust en onzekerheid, zeker in de eerste lijn, waar kortingen vaak direct ingrijpen op het inkomen van de zorgverleners. Om deze onrust en onzekerheid voor te zijn, gaat dit model uit van kostenbeheersing vooraf.

Rechtvaardiging voor het centraal stellen van kostenbeheersing is te vinden in het verzoek van de minister voor de Uitvoeringstoets huisartsenzorg (28 november 2011), waarin dit aspect expliciet als randvoorwaarde is benoemd. De minister stelt:

"De huidige financiële tijden vragen om matiging en een verantwoorde ontwikkeling van de overheidsuitgaven. Iedere sector moet bijdragen aan de beheersing van de zorguitgaven. Daarom is een voorwaarde voor een nieuwe bekostiging dat deze budgettair neutraal is en zo min mogelijk perverse prikkels bevat, bijvoorbeeld voor overproductie. In de huisartsenzorg en de integrale zorg is geen financiële ruimte voor een intensivering naast de vastgelegde groeiruimte, tenzij cijfermatig aangetoond kan worden dat meer zorg wordt overgenomen van ziekenhuizen."

In theorie is het mogelijk dat de kosten van de huisartsenzorg in Nederland toenemen als gevolg van substitutie van zorg van de tweede- naar de eerste lijn (communicerende vaten). De ervaring uit het recente verleden leert echter dat kostenstijging in de eerste lijn (vooralsnog) niet aantoonbaar gepaard gaat met kostendaling in de tweede lijn. De minister refereert hier ook aan in bovenstaand citaat. Kostenbeheersing wordt in deze bekostigingsoptie niet afhankelijk gemaakt van de wisselwerking tussen de eerste- en tweedelijn. De bekostigingsoptie en onderliggende visie benadrukt daarom dat gegarandeerd moet worden dat het budgettair kader huisartsenzorg, integrale zorg en M&I-modules en –verrichtingen (hierna: budgettair kader huisartsenzorg) niet wordt overschreden. Dat kader is middels huisartsenbekostiging direct beïnvloedbaar en ex ante te garanderen.

De randvoorwaarde van het budgettair kader huisartsenzorg staat de verdere inhoudelijke en organisatorische ontwikkeling van de huisartsenzorg niet in de weg. Het huidige tijdsgewricht dwingt ertoe om verantwoord met de beschikbare middelen om te gaan. Zorgeuro's kunnen maar één keer worden uitgegeven en het is noodzakelijk om met alle betrokkenen de discussie te voeren waaraan de zorggelden het beste kunnen worden besteed (allocatievraagstuk).

Kostenbeheersing heeft dus in deze variant de hoogste prioriteit, naast reguleringszekerheid. Daar blijft het echter niet bij. Binnen dit centrale uitgangspunt is het bijbehorende bekostigingsmodel zo vormgegeven dat tevens maximaal wordt gestreefd naar realisatie van de andere doelen/randvoorwaarden die de minister stelt aan de nieuwe bekostiging, te weten:
- eenvoud;
- belonen naar presteren;
- stimuleren van integrale zorgverlening;
- stimuleren van taakherschikking binnen de praktijk;
- stimuleren van innovatie ten behoeve van de cliënt;
- ruimte voor regionale variatie.

Elk model heeft zijn beperkingen. Het model dat gekoppeld is aan het centraal stellen van kostenbeheersing is hierop geen uitzondering. Bij twee randvoorwaarden gaat van dit model geen positief stimulerende werking uit:
- Stimuleren van substitutie van tweede naar eerste lijn en taakherschikking binnen de eerste lijn.
- Gelijk speelveld/geen belemmering voor toe- en uittreders.

6.2 Beschrijving bekostigingsoptie

Het toekomstbeeld van de vorige paragraaf, dat het garanderen van ex ante kostenbeheersing vereist, impliceert centrale sturing vanuit de bekostiging. Het beschikbare budgettaire kader huisartsenzorg wordt in dit model als leidend beschouwd. De bekostiging richt zich daarmee op het verdelen van beschikbare middelen (top-down) in plaats van het vergoeden van geleverde productie (bottom-up).

Garanderen dat het kader niet wordt overschreden is ex post mogelijk door achteraf kortingen op te leggen bij onverhoopte overschrijding. Binnen de medisch-specialistische zorg bestaat momenteel een macrobeheersingsinstrument (MBI), waarmee overschrijdingen achteraf op zorgaanbieders kunnen worden verhaald. Een ex post correctiemethode is in principe in alle bekostigingsopties toepasbaar. Wat dit bekostigingsmodel (kostenbeheersing centraal) uniek maakt, is dat overschrijdingen worden voorkómen en dus ex ante kostenbeheersing is gegarandeerd.

Ex ante kostenbeheersing is te realiseren via door *de overheid* vastgestelde maximum tarieven per jaar per ingeschreven patiënt of verzekerde.

Door de overheid wordt een abonnementstarief bepaald, eventueel gecorrigeerd voor zorgzwaarte. De hoogte van het tarief is één op één afhankelijk van de beschikbare middelen. Het tarief is een maximumtarief. Het aantal ingeschrevenen maal het maximumtarief komt overeen met de beschikbare macrofinanciële ruimte. Zorgverzekeraars kunnen ook in deze variant ruimte nemen voor aanvullende afspraken over te behalen resultaten, door standaard op een lager percentage te contracteren met de optie voor aanvullende procentpunten gekoppeld aan vooraf gemaakte afspraken.

Binnen deze variant staat het sturen op resultaten, integrale samenwerking, innovatie, substitutie of taakherschikking binnen de eerste lijn niet centraal. Dergelijke sturing is echter wel degelijk mogelijk.

Het is voor verzekeraars mogelijk om binnen de beschikbare middelen (zoals met een fixed fee of 100% abonnementstarief) een deel voorwaardelijk beschikbaar te stellen (bij behalen van vooraf gedefinieerde resultaten). Om de eenvoud van dit bekostigingsmodel maximaal te benutten, kunnen verzekeraars een convenant sluiten met het veld waarin wordt afgesproken op welke resultaten de nadruk zal worden gelegd bij de inkoop (zo concreet mogelijk). Het bekostigingsmodel geeft zorgverzekeraars daarnaast nog steeds ruimte om deze sturing op eigen wijze verder vorm te geven. Denk daarbij ook aan de mogelijkheid om afspraken op verschillende niveaus te maken. Bijvoorbeeld op het niveau van het gezondheidscentrum, de buurt/wijk of de regio.

Geïntegreerde zorg kan in dit model worden bekostigd bovenop het abonnementstarief vanuit budgetten die gericht door zorgverzekeraars verspreid worden onder geselecteerde aanbieders van geïntegreerde zorg. Een dergelijk budget, dat wel wat weg heeft van de contracteerruimte in de AWBZ, kan overigens mogelijk ook ingezet worden bij andere modellen met een vrije ruimte voor geïntegreerde zorg, zoals optie 1 (Zorgvraag centraal) en optie 2 (Resultaat centraal).

6.3 Relatie met zorginhoud

6.3.1 Huisartsenzorg versus integrale zorg

Het koppelen van de bekostiging aan een BKZ kader huisartsenzorg houdt de schotten binnen de eerste lijn in stand voor zover de zorg niet valt onder het BKZ-kader huisartsenzorg. Samenwerking tussen eerstelijns zorgaanbieders breder dan het budgettair kader huisartsenzorg wordt daarmee niet gestimuleerd. De huisarts heeft daarnaast vanuit financieel perspectief een prikkel tot onderbehandeling. Dit kan resulteren in afwentelingsgedrag: het verlagen van de toegankelijkheid en hoge verwijscijfers. Het bestrijden van dit afwentelingsrisico is de grootste uitdaging van dit model.

Overigens bestaat de mogelijkheid om ook andere budgettaire kaders onder hetzelfde regime te laten vallen (bijvoorbeeld de hele eerstelijn). In deze meer extreme variant heeft de eerste lijn de functie van het voorkomen dat een patiënt het zorgkanaal in gaat. Deze uitbreiding qua budgettaire kaders komt de taakherschikking en substitutie binnen de eerste lijn ten goede. Anderzijds stimuleert het afwentelingsgedrag op het niveau van de gehele eerste lijn.

Ook zou afspraken rondom samenwerking met andere zorgaanbieders een plek kunnen krijgen in de uitkomstindicatoren die een zorgverzekeraar afspreekt met de huisarts.

6.3.2 Invloed op andere sectoren

De financiële prikkel tot onderbehandeling vergroot het risico op doorverwijzing naar andere zorgaanbieders.

6.3.3 Ketenbekostiging

Geïntegreerde zorg kan in dit model worden bekostigd bovenop het abonnementstarief vanuit budgetten die gericht door zorgverzekeraars verspreid worden onder geselecteerde aanbieders van geïntegreerde zorg. Middels toeslagen voor zorgzwaarte kan tegemoet gekomen worden om de hoeveelheid tijd en geld die aan een patiënt wordt besteed. Het is

daarmee denkbaar dat voor bepaalde groepen patiënten een hoger abonnementstarief wordt gerekend.

6.3.4 Preventie

Op dit moment is het zo dat preventie waarbij er een zorgvraag aan vooraf gaat behoort tot de zorgverzekeringswet, en dat preventie waarbij de zorgaanbieder zelf mensen benadert behoort tot het domein van de Wet publieke gezondheid. In voorliggende bekostigingsoptie is het investeren preventie niet extra lonend. Wel is het denkbaar dat verzekeraars hierover in de inkoopvoorwaarden afspraken opnemen.

6.3.5 Gezondheidsresultaten

Dit model biedt door middel van het maken van aanvullende afspraken de mogelijkheid om te belonen op resultaten en presteren. Het is voor verzekeraars mogelijk om binnen de beschikbare middelen (fixed fee of 100% abonnementstarief) een deel voorwaardelijk beschikbaar te stellen (bij behalen van vooraf gedefinieerde resultaten).

6.4 Marktordening

6.4.1 Rolverdeling NZa – zorgverzekeraars

Doordat het budgettair kader leidend is, wordt de rol van de NZa kleiner. Het huidige, gedetailleerde prestatiemodel kan immers komen te vervallen. Uitsluitend het maximumtarief voor de inschrijvingen wordt nog door de NZa vastgesteld. Overigens kan dit eventueel zelfs aan zorgverzekeraars overgelaten worden. Dit vereist wel aanvullende garanties om kostenbeheersing ex ante te garanderen.

6.4.2 Toetreding, gelijk speelveld

Het huidige inschrijf/abonnementstarief leidt tot een ongelijk speelveld, omdat dit een groot deel van de kosten van het gezondheidscentrum dekt, waardoor zij lagere tarieven kunnen vragen voor andere vormen van zorg. Deze constatering blijft gelden in dit model. De huidige situatie is dat alleen een huisarts een vergoeding kan ontvangen voor ingeschreven patiënten. Doordat vergoeding in voorliggende bekostigingsoptie nog meer is losgekoppeld van het uitvoeren van activiteiten wordt het speelveld nog ongelijker.

In aanvulling hierop geldt nog dat als huisartsen ervoor kiezen om ook andere vormen van zorg te gaan leveren (bijv. fysiotherapie of MRI-scans) huisartsen dat kunnen doen tegen vergoedingen die significant lager liggen dan de vergoedingen die andere zorgaanbieders genoodzaakt zijn te vragen (een groot gedeelte van de kosten van de huisarts is namelijk al gedekt, terwijl andere zorgaanbieders deze dekking middels hun tarieven nog moeten realiseren).

6.4.3 Positie huisarts

Uiteindelijk wordt er door zorgverzekeraars danwel de overheid een verband gelegd tussen het budgettair kader zorg en de inschrijftarieven van huisartsen (eventueel rekening houdend met zorgzwaarte).

Binnen deze bekostiging is de veronderstelling dat de inschrijving van een patiënt gekoppeld is aan een individuele huisarts of huisartsenpraktijk.

Daarmee wordt de rol van de huisarts als zorgregisseur binnen dit stelsel versterkt, althans vanuit de bekostiging. Door de afwentelingsprikkel stimuleert echter tot gedrag dat de poortwachterrol ondermijnt.

Andere keuze zou kunnen zijn om onderdelen van de huisartsenzorg bij verschillende zorgaanbieders te contracteren. Dit doet onrecht aan de eenvoud van het model, doordat de contractering dan complex wordt. Welke gedeelte van de huisartsenzorg is nu waar al ingekocht. Om bij het voorbeeld te blijven wordt de ketenzorg bij voorkeur ingekocht bij de huisarts die vervolgens de ketenzorgaanbieders contracteert in plaats van de situatie dat een gedeelte van de huisartsenzorg ingekocht wordt bij de huisarts en een ander gedeelte van de huisartsenzorg bij de ketenzorgaanbieders. Bijkomend nadeel is het verlies van overzicht van de huisartsenzorg in financieel opzicht, doordat minder duidelijk is welk gedeelte van de huisartsenzorg waar gecontracteerd is. Elke verzekeraar kan hier zijn eigen beleid in voeren.

6.4.4 Wisselen van huisarts

Buiten de voordelen die het abonnementstarief biedt is het mogelijk dat in deze variant de overstapbelemmeringen voor vertrekkende patiënten worden vergroot. Het belang van het behouden van een (ingeschreven) patiënt is groter. Vanuit een controleperspectief van de verzekeraars is het logisch om een verband te leggen met het aantal ingeschreven cliënten (om dubbele declaraties te voorkomen). Volledigheidshalve wordt opgemerkt dat een ingeschreven cliënt niet per definitie hetzelfde is als een abonnement voor een patiënt.

6.5 Organisatie

6.5.1 Organisatiegraad en taakherschikking

Als de goede uitkomst behaald kan worden door inzet van goedkopere arbeid (zoals een Physician Assistant of Nurse Practitioner) dan kan de huisarts zijn eigen tijd vrijhouden voor andere activiteiten (zoals meer gezondheidsverbetering van de populatie of een grotere populatie bedienen – alleen het bedienen van een grotere populatie zal de opbrengsten voor de aanbieder van huisartsenzorg verhogen). Voor zover het efficiëntere zorg betreft komt daarmee taakherschikking binnen de praktijk op autonome wijze tot stand.

Aan de andere kant bestaat het risico op het sneller doorverwijzen door huisartsen. Vanuit een financieel perspectief is het voor een huisarts wenselijk dat behandeling zo min mogelijk door de huisarts(praktijk) wordt verzorgd. Taakherschikking binnen de eerste lijn komt daarmee niet via de bekostiging tot stand.

6.5.2 Innovatie en E-health

In voorliggende bekostigingsoptie worden huisartsen niet a priori gestimuleerd om innovaties te gebruiken/ontwikkelen die de gezondheid van hun patiënten verbeteren. Extra inspanningen op dit gebied, leiden namelijk niet per definitie tot hogere inkomsten voor een huisarts.

Wel is het makkelijker om binnen de bekostiging nieuwe vormen van zorg te implementeren. Prestatiebeschrijvingen zijn binnen dit bekostigingsstelsel dermate ruim omschreven (fixed fee of abonnement) dat innovaties altijd mogen worden toegepast.

E-health toepassingen die momenteel niet van de grond komen in verband met geldende regels en prestatiebeschrijvingen, worden in dit model niet vanuit de regulering beperkt.

Ook komen kostenbesparende innovaties in dit model naar verwachting tot stand, aangezien de huisarts minder kosten maakt, bij gelijkblijvende opbrengsten. Een e-health toepassing die in dit verband kan worden genoemd is de mogelijkheid voor cliënten om zelf afspraken te plannen in een digitale agenda.

Op dit moment wordt de meeste monodisciplinaire innovatie geplaatst binnen de M&I modules. Voor multidisciplinaire innovatie wordt veelal gebruik gemaakt van de beleidsregel innovatie. Als de innovatie vooral ligt in het beter samenwerken tussen verschillende zorgaanbieders (multidisciplinair), inclusief de huisarts, dan zal vanuit het perspectief van deze bekostigingsoptie de discussie ontstaan dat een gedeelte van de innovatieve zorg al vergoed is via de huisartsenbekostiging. Indien voor deze bekostigingsoptie wordt gekozen, verdient dit aspect nadere uitwerking.

6.5.3 Substitutie

Aangezien kostenbeheersing in deze bekostigingsoptie niet afhankelijk is van de wisselwerking tussen eerste- en tweedelijn en kostenbeheersing zich beperkt tot het budgettair kader huisartsenzorg, leent deze bekostigingsoptie zich niet voor substitutie. Integendeel, het risico op het afwentelen van zorg van eerste- naar tweedelijn is aanwezig, omdat budgetfinanciering huisartsen stimuleert behandelingen die op dit moment onder de huisartsenzorg vallen te verleggen naar andere zorgaanbieders. Echter, deze bekostigingsoptie sluit niet uit dat een zorgverzekeraar substitutie opneemt in separate resultaatafspraken. Zo kan een huisarts toch gestimuleerd worden om doelmatig te verwijzen.

6.5.4 Regionale variatie

Dit model leent zich voor regionale variatie: verzekeraars zullen de vrijheidsgraden hebben om de bekostiging aan te passen per patiëntenpopulatie en dus per regio.

Het is voor verzekeraars mogelijk om binnen de beschikbare middelen (fixed fee of 100% abonnementstarief) een deel voorwaardelijk beschikbaar te stellen (bij behalen van vooraf gedefinieerde resultaten). Hiermee ontstaat ruimte om in afspraken rekening te houden met regionale variatie Denk bijvoorbeeld aan afspraken op het niveau van de huisarts (praktijk), de buurt/wijk of de regio.

6.6 Implementatie

6.6.1 Uitvoerbaarheid

De implementatie van het model an sich is niet complex. De meeste prestaties verdwijnen, alleen het abonnementstarief blijft of een nieuwe vrije prestatie wordt gecreëerd om een totaal fixed fee mogelijk te maken. Eventueel wordt een convenant gesloten tussen overheid, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De concrete invulling is verder aan verzekeraars, die kunnen standaardiseren door landelijk beleid uit te rollen.

Wel is het zo dat dit bekostigingsmodel een omslag betekent in zowel de inrichting van het systeem als in het achterliggende gedachtegoed. In plaats van het vergoeden van productie (prestatiebekostiging), wordt het verdelen van beschikbare middelen centraal gesteld.

6.6.2 Randvoorwaarden

De minister, evenals een aantal veldpartijen, hebben zich uitgesproken over de wenselijkheid van een vorm van kostenbeheersing. De huidige economische situatie maakt een variant waarin kostenbeheersing als hoogste prioriteit wordt gezien, politiek gezien aantrekkelijk. Aangezien deze variant echter op een aantal voor de minister belangrijke onderdelen 'tekort schiet' (met name gebrek aan stimulering van taakherschikking en substitutie), is het mogelijk dat een keuze voor een andere variant, gecombineerd met een ex post verevening (macro beheersingsinstrument) meer de wens heeft van de minister.

6.6.3 Financiën en BKZ

Het bekostigingsmodel garandeert dat overschrijding van het budgettair kader huisartsenzorg definitief tot het verleden behoort.

Aandachtspunt in dit verband is het budgettair kader zelf, aangezien de definitie van huisartsenzorg ruimte voor interpretatie laat. Het budgettair kader bestaat uit verschillende onderdelen, namelijk het BKZ ketenzorg/innovatie en het BKZ kader huisartsenzorg. Zorg die in het verleden als innovatie werd bestempeld is in de loop van de tijd reguliere huisartsenzorg geworden. Daarmee wordt duidelijk dat de huisartsenzorg permanent in ontwikkeling is en het daarmee op voorhand niet per definitie duidelijk is waarvoor een zorgaanbieder een vergoeding krijgt.

Verzekeraars hebben de mogelijkheid om te contracteren beneden de maximumprijzen en de hierdoor ontstane ruimte te gebruiken om aanvullende afspraken te maken. Bij deze aanvullende afspraken kan dan gedacht worden aan innovatie, samenwerking, substitutie en taakherschikking binnen de eerste lijn.

Het budgettair kader huisartsenzorg wordt vanuit overheidswege (en politiek) vastgesteld (wat hebben we te besteden/wat hebben we er voor over?). Aandachtspunt hierbij is dat de huisartsenzorg ook permanent in ontwikkeling en zichzelf steeds verder verbetert. Zorg die op dit moment alleen nog maar mogelijk is binnen de tweedelijn of andere plaatsen, zal in de toekomst wellicht reguliere huisartsenzorg worden. Dergelijke ontwikkelingen vormen in dit model niet (direct) aanleiding tot aanpassing van het budgettair kader (bottom-up). Het kader wordt centraal bepaald (top-down). Dit onderwerp zal in de discussies in de toekomst terugkomen.

Een ander aandachtspunt betreft de levering van zorg op de grensvlakken van de huisartsenzorg en zorg bekostigd uit andere budgettaire kaders. Huisartsen zullen in dit model baat hebben om huisartsenzorg op de snijvlakken waar mogelijk te declareren ten laste van andere budgettaire kaders.

6.7 Conclusie

Het model biedt voordelen op een aantal belangrijke aspecten als kostenbeheersing en eenvoud en beperking van de administratieve lasten.

De gewenste beheersing van de kosten kan echter ook met een ex post regeling worden gerealiseerd, waardoor de nadelen die bij deze bekostiging horen minder naar voren komen. Aandachtspunt is dan wel op wie en hoeveel een eventuele overschrijding wordt verhaald.

De noodzaak om bij te houden hoeveel consulten, M&I's, visites, etc. zijn verricht vervalt. Daarmee vervalt ook het zicht op dit 'volume'/aantal prestaties dat door huisartsenpraktijken is geleverd.

Aandachtspunt is dat de huisarts binnen het bekostigingsstelsel centraal staat en zijn rol als zorgregisseur wordt verstevigd ten opzichte van de huidige situatie. Hierdoor ontstaat in theorie een ongelijk speelveld vooral op het moment dat de huisarts ook behandelt in concurrentie met andere zorgaanbieders.

Tegelijkertijd gaat van dit bekostigingsmodel ook de prikkel uit om zo min mogelijk te behandelen en bijvoorbeeld door te verwijzen naar de tweedelijn. Substitutie wordt daarmee vanuit de bekostiging niet bevorderd en er ontstaat meer risico op onderbehandeling.

7. Wijkverpleegkundige zorg

7.1 Aanleiding vraagstuk

In september 2008 is een motie Hamer aangenomen waarin wordt voorgesteld om structureel €10 miljoen per jaar vrij te maken om het aantal wijkverpleegkundigen in 40 aandachtswijken[22] uit te breiden. Het ministerie van VWS en Binnenlandse Zaken (BZK) hebben de uitvoering van de motie-Hamer voor een periode van vier jaar vormgegeven via het ZonMw-programma 'de Zichtbare Schakel'. Met dit programma wilden zij de ervaringen op het lokale niveau om tot een wijkgericht zorgaanbod te komen benutten en bredere toepassing stimuleren met de nadruk op inzet in de aandachtswijken. In het programma zijn projectleiders aangesteld om de integrale aanpak tussen wonen, preventie, welzijn en zorg te coördineren door op uitvoerings- en cliëntniveau te schakelen met verschillende zorgaanbieders en de gemeente. Eind 2012 lopen de projecten in dit programma af. Het is onduidelijk waar en op welke manier de rol van de wijkverpleegkundige vanaf 2013 bekostigd moet worden: AWBZ, Zvw, de WMO, Wpg[23] of een combinatie hiervan.

In de adviesaanvraag geeft de minister aan dat de functie van de wijkverpleegkundige een belangrijk onderdeel is van de geïntegreerde zorgverlening, omdat de wijkverpleegkundige kan helpen bij de samenwerking tussen verschillende zorg- en hulpverleners in de eerste lijn. Door de inzet van de wijkverpleegkundige kunnen mensen zo lang mogelijk in de eigen omgeving blijven wonen. Er ontbreekt op dit moment een eenduidig beeld over de functie van de wijkverpleegkundige alsmede een uitwerking van de structurele bekostiging. De minister heeft de NZa gevraagd ook hierover een advies uit te brengen.

7.2 Functie

In de brief 'Zorg en ondersteuning in de buurt' van VWS van 14 oktober 2011[24] geven minister en staatssecretaris aan dat de inzet van de wijkverpleegkundige zich richt op lichamelijke gezondheid, sociale redzaamheid, geestelijk welzijn en op de eigen woon- en leefomgeving van de burger. Als schakel tussen de burger, zijn of haar familie (mantelzorg) en de verschillende professionals kan de wijkverpleegkundige met zijn/haar kennis over de structuren binnen de gezondheidszorg, gemeenten en welzijnsorganisaties de zorg efficiënt en effectief sturen.

Bureau HHM heeft in opdracht van College voor Zorgverzekeringen (CVZ) onderzoek gedaan naar verpleegkundige zorg in eigen omgeving. In het rapport zijn de rollen van de verpleegkundige omschreven als:
- de verpleegkundige als zorgverlener;
- de verpleegkundige als coördinator;
- de verpleegkundige als coach;
- de verpleegkundige in de signalerende rol. [25]

[22] http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/aandachtswijken/40-aandachtswijken
[23] Wet publieke gezondheid
[24] Kenmerk: CZ/EKZ - 3086843
[25] Verpleging in de eigen omgeving, Bureau HHM (in opdracht van CVZ), juli 2010

De functie van de wijkverpleegkundige bestaat voor een deel uit geïndiceerde en voor een deel uit niet-geïndiceerde zorg. De geïndiceerde zorg bestaat uit de zorgverlening die een wijkverpleegkundige thuis, in de huisartsenpraktijk of in het ziekenhuis levert. Deze zorg wordt geïndiceerd door het CIZ of geleverd in opdracht van de huisarts of de medisch specialist.

De niet-geïndiceerde zorg levert een wijkverpleegkundige zelfstandig. Voorbeelden van niet-geïndiceerde zorg die de wijkverpleegkundige verricht zijn onder andere:
- Netwerk en samenwerking opbouwen in de wijk
- Groepsgerichte activiteiten/spreekuren
- Problemen signaleren
- Cliënt(systeem)-gebonden activiteiten
- Contact leggen/vraagverheldering/signaleren/advies
- Praktische ondersteuning/zaken regelen
- Bemiddelen bij (in)formele zorg
- Zorgcoördinatie
- Nazorg.

Een klein deel van deze niet-geïndiceerde zorg wordt mogelijk nu ook al geleverd in de marge van de geïndiceerde zorg. Het programma 'de Zichtbare Schakel' betreft juist specifiek het gebiedsgericht leveren van deze niet-geïndiceerde zorg. De projecten binnen het programma verschilden in de mate van samenhang tussen geïndiceerde en niet-geïndiceerde zorg. De verpleegkundigen van enkele projecten waren bijvoorbeeld helemaal niet betrokken bij de geïndiceerde zorg, die buiten het project viel. Bij andere projecten ging het wel om dezelfde verpleegkundigen, maar boden zij de geïndiceerde zorg (buiten het project) op andere dagen. Bij weer andere projecten liepen geïndiceerde zorg en projectzorg wel meer door elkaar. Bij alle projecten werd overigens ook niet-geïndiceerde zorg geboden aan mensen die helemaal nog geen indicatie hadden.

Omdat de geïndiceerde zorg al bekostigd wordt, betreft de vraag van de minister naar een structurele oplossing voor de wijkverpleegkundige zorg primair de niet-geïndiceerde zorg. Bovenstaande overwegingen over de gedeeltelijke samenhang tussen geïndiceerde en niet-geïndiceerde zorg zijn daarbij van belang. Onderstaand advies van de NZa concentreert zich daarom op de bekostiging van de niet-geïndiceerde zorg, waarbij de mogelijke samenhang met de geïndiceerde zorg als aandachtspunt geldt.

7.3 Wijkverpleegkundige en de huisarts

Zorgvragen en zorgzwaarte nemen toe in de eerste lijn. Dit hangt samen met demografische en maatschappelijke ontwikkelingen:
- toename van het aantal ouderen en daarmee het aantal chronisch zieken;
- het stimuleren van zorgverlening op de juiste plek (in de eerste lijn wat kan, in de tweede lijn wat moet);
- ouderen en andere zorgafhankelijke groepen willen en blijven vaker en langer thuis wonen. [26]

Niet alleen de huisartsen maar ook verleners van thuiszorg hebben te maken met taakverzwaring. De wijkverpleegkundige kan helpen om

[26] Samenhangende zorg in de eerste lijn – de as wijkverpleegkundigen en huisartsen, V&VN, LHV en NHG, 2007

samen met de huisarts de zelfredzaamheid[27] van de patiënt te vergroten en zorgen dat de patiënt met de juiste zorg- of hulpverlener in verbinding wordt gebracht. Beide zorgverleners werken:
- generalistisch,
- laagdrempelig,
- dichtbij huis,
- voor een diversiteit aan doelgroepen,
- met een grote gevarieerdheid aan handelingen en mogelijkheden in hun zorgverlening,
- op het grensvlak van ziekte en gezondheid, preventie en,welzijn.

Samenwerking is van groot belang, maar door onduidelijkheid over de structurele bekostiging van de wijkverpleegkundige functie zijn huisartsen terughoudend in het opzoeken van de samenwerking. In de huidige situatie is dan ook relatief weinig direct contact tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen.

7.4 Huidige financiering

De inzet van de wijkverpleegkundige is, zoals in paragraaf 7.2 uiteen gezet, gericht op zowel het leveren van geïndiceerde zorg als op het leveren van niet-geïndiceerde zorg.

De *geïndiceerde zorg* wordt momenteel vanuit de Zvw en/of de AWBZ gefinancierd.

Vanuit de Zorgverzekeringwet:
- De verpleegkundige zorg die een wijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk of in het ziekenhuis levert.
- De medisch specialistische verpleging thuis (MSVT) in opdracht van de medisch specialist.

Vanuit de AWBZ:
- De verpleging en verzorging aan huis (met uitzondering van de MSVT). Voor deze zorg is een indicatie nodig van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De functies waarvoor kan worden geïndiceerd zijn: verpleging en persoonlijke verzorging. Daarnaast kan de wijkverpleegkundige ook zorg in de vorm van de functie begeleiding leveren.
- De medisch specialistische verpleging thuis (MSVT) in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de huisarts.
- De thuisbeademing en palliatief terminale zorg, ook als die noodzakelijk is in verband met de medisch-specialistische zorg.[28]

Een deel van de huidige inzet van de wijkverpleegkundige op de *niet-geïndiceerde zorg* wordt via het programma Zichtbare Schakel gefinancierd. Daarnaast heeft de NZa twee beleidsregels waarmee deze zorg gefinancierd kan worden, mits partijen voldoen aan de gestelde voorwaarden.[29] Het gaat om de volgende beleidsregels:

[27] Definities CVZ: (1) *'Zelfmanagement is het zoveel mogelijk nemen van de regie en de verantwoordelijkheid over de behandeling van een chronische ziekte (inclusief het omgaan met de lichamelijke en sociale gevolgen van de ziekte en het zonodig aanpassen van de leefstijl) en het daartoe uitvoeren van de nodige handelingen door de chronisch zieke zelf'*. (2) *'Zelfzorg is alle zorg die een persoon zelf besteedt aan het opheffen van eigen noden en het voldoen aaneigen behoefte'*.(3) *'Zelfhulp is de actie van een patiënt waarbij deze zonder tussenkomst van professionele hulpverleners een bepaalde problematiek probeert op te lossen of hanteerbaar te maken'.*
[28] art 2.11 lid 2 Besluit Zorgverzekering
[29] Factsheet beleidsregels innovatie, NZa, december 2011

- 'Nationaal Programma ouderenzorg (NPO)': deze beleidsregel is bedoeld voor experimenten die starten vanuit de AWBZ-zorg en gericht zijn op ouderen met een complexe zorgvraag. De beleidsregel regelt het aanvragen van een vergoeding voor een kortdurend kleinschalig experiment. Een AWBZ-zorgaanbieder kan samen met een zorgkantoor aanspraak maken op de beleidsregel als de geleverde zorg onderdeel is van een van de projecten van het NPO. ZonMw coördineert het programma in opdracht van het ministerie van VWS.
- 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties': deze beleidsregel is ook gericht op experimenten met zorg die binnen de reikwijdte van de Wmg, en daarmee ook onder de Zorgverzekeringswet of de AWBZ valt en maakt het voor zorgaanbieders en zorgkantoren mogelijk om afspraken te maken over nieuwe zorgprestaties. Deze beleidsregel is alleen van toepassing als het experiment niet onder het NPO valt.

Dit betreffen tijdelijke regelingen. De beleidsregel 'NPO' loopt vooralsnog eind 2012 af en een experiment binnen de beleidsregel 'innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' duurt maximaal drie jaar met een mogelijkheid tot verlenging van de experimenteerperiode. De niet-geïndiceerde zorg wordt dus niet structureel bekostigd.

Het CVZ heeft eind 2010 een rapport[30] gepubliceerd waarin zij aangeeft dat het wenselijk en mogelijk is om de verpleegkundige zorg in de eigen omgeving in zijn geheel over te hevelen naar de Zvw, die uitgaat van de zorgvraag en ruimte biedt voor de professionele ontwikkeling van de beroepsgroep. Het opheffen van de kunstmatige scheidslijn tussen de Zvw- en AWBZ-verpleging in de eigen omgeving geeft naar de mening van het CVZ een basis voor integrale zorg in de eerste lijn. Dit advies heeft vooralsnog niet geleid tot wijzigingen in de huidige financiering.

7.5 Onderzoeksresultaten Zichtbare Schakel

In september 2011 heeft onderzoeksbureau BMC een rapport gepubliceerd met de uitkomsten van een kostenbaten-analyse van de inzet van een wijkverpleegkundige in West-Brabant.[31] Om ook representatieve uitkomsten te krijgen voor het programma Zichtbare Schakel, heeft ZonMW het onderzoeksbureau BMC gevraagd het onderzoek naar de maatschappelijke kosten en baten van de wijkverpleegkundige op landelijk niveau uit te voeren. Dit project is per 1 september 2011 van start gegaan en de resultaten zijn onlangs gepubliceerd in een rapport.[32] De hierna beschreven resultaten zijn afkomstig uit de tussenrapportages van Zichtbare Schakel en de landelijke (Zichtbare Schakel) resultaten van BMC.

7.5.1 Kenmerken doelgroep

Uit de kenmerken van de bereikte cliënten kan onderscheid worden gemaakt in drie doelgroepen: de ouderen, de multiprobleemgezinnen en de zorgmijders. Belangrijkste kenmerken van deze doelgroepen zijn:
– grotendeels ouderen;
– grotendeels laagopgeleiden;

[30] Verpleging 'in de wijk': van samenhang verzekerd. CVZ, december 2010
[31] De wijkzuster terug in West-Brabant: worden we er beter van? Een onderzoek naar de maatschappelijke kosten en baten. Kruisvereniging West-Brabant/ BMC Advies Management, september 2011
[32] De 'Zichtbare schakel'-wijkverpleegkundige: een hele zorg minder. Kosten-batenanalyse in opdracht van ZonMw. BMC Advies Management, juni 2012

– gemiddeld genomen een lage sociaal economische status;
– een kwart van de cliënten had voor de inzet van de wijkverpleegkundige nog geen hulpverlener of instantie die hulp bood.

7.5.2 Kostenbesparing

De veronderstelling is dat de inzet van de wijkverpleegkundige 'aan de voorkant' van de zorg leidt tot efficiëntere inzet van zorg en ontzorging 'aan de achterkant'. Zo kan de inzet van wijkverpleegkundigen jaarlijks miljoenen euro's opleveren. BMC heeft de volgende vormen van substitutie (het verplaatsen van zorg) in beeld gebracht: Zvw naar WMO, Zvw naar AWBZ, AWBZ naar WMO en van ieder van deze drie financieringsbronnen naar oplossingen binnen het cliëntsysteem. Deze vormen van substitutie vormen een deel van de verklaring voor de gevonden kostenbesparingen.[33] Uit het onderzoek blijkt dat het grootste deel van de baten bij de zorgverzekeraar liggen door besparingen in de Zvw en de AWBZ. Deze besparingen worden nu al gerealiseerd met het huidige programma van Zichtbare Schakel.

7.6 Advies

Voor het borgen van de structurele financiering van de wijkverpleegkundige zorg adviseert de NZa een aantal algemene uitgangspunten. Daarna wordt ingegaan op de uitwerking per bekostigingsmodel zoals uiteengezet in de voorgaande hoofdstukken. Tot slot geeft de NZa een advies voor de korte termijn (1 januari 2013).

7.6.1 Algemeen

De NZa adviseert het beschikbare budget voor de wijkverpleegkundige zorg in zijn geheel onder te brengen bij de zorgverzekeraars.

In het programma Zichtbare Schakel is aangetoond dat de kracht en de meerwaarde van de niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg ligt in het generalistische en regelvrije karakter. De zorgverzekeraar kan dit regelvrije karakter voortzetten en zo waarborgen dat de wijkverpleegkundige haar onafhankelijke rol kan behouden. Daarnaast heeft BMC in haar onderzoek geconcludeerd dat inzet van de wijkverpleegkundige voor een groot deel kostenbesparingen oplevert in de Zvw en de AWBZ.

De geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg wordt deels al bekostigd uit de Zvw en deels uit AWBZ. Het CVZ heeft al eens eerder geadviseerd om de verpleegkundige zorg in eigen omgeving in zijn geheel over te hevelen naar de Zvw. De NZa wijst erop dat deze overheveling het voordeel heeft dat de scheidslijn tussen deze financieringsstromen wordt weggenomen.

Wat betreft de prestatie en het tarief adviseert de NZa in aansluiting op het bovenstaande de prestatie in beginsel met een vrij abonnementstarief te bekostigen, en de zorgverzekeraar met de wijkverpleegkundige (of haar vertegenwoordiger) afspraken te laten maken over de inhoud van de te leveren prestatie, de grenzen van het verzorgingsgebied (de wijk) en de hoogte van het tarief.

[33] Definitie van besparing volgens BMC: verschil tussen wat er is gebeurd en wat er zou gebeuren indien de wijkverpleegkundige niet was ingeschakeld.

7.6.2 Bekostigingsopties

Bovenstaand advies sluit niet altijd aan op de uitgangspunten zoals in de vier bekostigingsmodellen van hoofdstukken 3 tot en met 6 staan beschreven. Hieronder wordt verder uitgewerkt wat bovenstaande algemene adviezen betekenen voor de vier bekostigingsmodellen.

1. Zorgvraag centraal
Binnen dit bekostigingsmodel is de aanname dat een groot deel van de doelgroep waar de wijkverpleegkundige op ingezet wordt, valt onder de tweede en derde categorie zorgvragers, namelijk:
– patiënten met chronische, voorspelbare zorgbehoefte
– patiënten met complexe zorgbehoefte (maatwerk)
De geïntegreerde zorg voor beide categorieën wordt bekostigd met een inschrijftarief ter dekking van alle (eerstelijns)zorg aan deze patiënten, dus ook de zorg die niet samenhangt met de chronische ziekte(s) en andere complexe zorgbehoeften. Voor deze breed omschreven prestatie geldt een vrij tarief. De zorgverzekeraar onderhandelt met de gezondheidscentra over de inhoud van de te leveren prestatie en de hoogte van het tarief. De wijkverpleegkundige zorg kan onderdeel uitmaken van deze prestatie, waarbij de wijkverpleegkundige een vast deel van het inschrijftarief ontvangt. Hierover maakt zij (of haar vertegenwoordiger) afspraken met de hoofdcontractant (gezondheidscentrum, zorggroep of een andere zorgaanbieder).

Voor de incidentele zorggebruikers geldt alleen een consulttarief voor de huisartsenzorg, en geen inschrijftarief. De vraag in hoeverre de inzet van de wijkverpleegkundige binnen deze groep gewenst is vergt nader onderzoek. Er kan voor deze groep een losse abonnementsprestatie worden vastgesteld, waarbij de wijkverpleegkundige met de zorgverzekeraar onderhandelt over de te leveren prestatie en de hoogte van het tarief.

2. Resultaat centraal
Binnen dit bekostigingsmodel staat vrije regelruimte centraal. Een deel van het beschikbare budget binnen de vrije regelruimte kan worden ingezet voor de wijkverpleegkundige zorg. In de *default*-bekostiging kan een aparte abonnementprestatie worden vastgesteld voor de wijkverpleegkundige zorg, waarover de zorgverzekeraar rechtstreeks afspraken maakt met de wijkverpleegkundige in de wijk.

Aandachtspunt hierbij is dat meerdere gezondheidscentra en meerdere zorgverzekeraars actief kunnen zijn in het werkgebied van de wijkverpleegkundige. Een situatie waarbij al deze partijen losse afspraken moeten maken over de te leveren zorg en de vergoeding daarvan lijkt niet aantrekkelijk. Het representatiemodel bij de inkoop van de functie wijkverpleegkundige zorg kan hiervoor mogelijk een oplossing bieden. De grootste twee verzekeraars in de wijk maken met de gezondheidscentra en de wijkverpleegkundige (mogelijk via hetzelfde gezondheidscentrum) afspraken over de te leveren prestaties in de wijk. De overige zorgverzekeraars sluiten zich aan bij de gemaakte afspraken.

3. Keuzevrijheid centraal
Binnen dit bekostigingsmodel kan onderzocht worden of een aparte prestatie kan worden vastgesteld voor de wijkverpleegkundige zorg, waarbij de wijkverpleegkundige (of andere zorgverleners die hiervoor in aanmerking komen) in overeenstemming met de verzekeraar afspraken kan maken over de verdere invulling van de te leveren prestatie en de hoogte van het tarief. De wijkverpleegkundige kan de zorg zelfstandig declareren.

4. Kostenbeheersing centraal
Binnen dit bekostigingsmodel wordt aangesloten bij het algemene advies (zie 7.6.1): het vaststellen van een prestatie met een vrije abonnementstarief voor de niet wijkverpleegkundige zorg.

7.6.3 Korte termijn (1 januari 2013)

Met bovenstaande schetst de NZa een aantal oplossingen voor het borgen van de structurele bekostiging van de wijkverpleegkundige zorg in de vier (toekomstige) bekostigingsmodellen op middellange termijn.

Voor de korte termijn, als tijdelijke oplossing met ingang van 1 januari 2013, ziet de NZa op voorhand twee mogelijke opties:
- Het voortzetten/verlengen van de huidige projectfinanciering.
- Het verbreden van de AWBZ-prestatie 'AIV-verpleging'[34] per 1 januari 2013, zodanig dat de niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg onder deze prestatie bekostigd kan worden.

Van deze twee opties biedt de eerste duidelijk het meeste voordelen voor de huidige projecten. Voor de borging van de continuïteit van de succesvolle projecten binnen het programma Zichtbare Schakel adviseert de NZa daarom om de financiering van deze projecten te verlengen, totdat een structurele bekostiging wordt ingevoerd. Bij het verlengen van de huidige projectfinanciering kan eventueel als randvoorwaarde worden gesteld dat zorgverzekeraars en gemeente betrokken worden/blijven, zodat de lokale samenwerking ook in een nieuw bekostigingsmodel kan worden voortgezet.

De tweede optie, verbreden van de AWBZ-prestatie 'AIV-verpleging', komt voor de NZa alleen in beeld indien ook nieuwe initiatieven op de korte termijn tot stand moeten komen. De wijkverpleegkundige (of haar vertegenwoordiger) kan dan in overeenstemming met het zorgkantoor afspraken maken over de niet-geïndiceerde zorg. Als absolute randvoorwaarde dient hierbij gesteld te worden dat hiertoe wel extra middelen aan de contracteerruimte moeten worden toegevoegd.

Bij invoering van de structurele bekostiging van de wijkverpleegkundige zorg adviseert de NZa de tijdelijke oplossing(en) na een eventuele transitieperiode te laten vervallen.

[34] De prestatie 'AIV-verpleging (advies, instructie en voorlichting)' in de Beleidsregel 'prestatiebeschrijvingen en tarieven extramurale zorg' regelt dat ook activiteiten binnen de AWBZ zonder CIZ-indicatie kunnen worden geleverd. AIV houdt binnen de huidige vorm in dat er niet meer dan drie à vier keer een huisbezoek op basis van advies, instructie en voorlichting kan worden gegeven. Binnen deze oplossing maken de zorgkantoren in overleg met de thuiszorginstellingen afspraken over de niet-geïndiceerde wijkverpleegkundige zorg.

8. Consultatie: aanvullende criteria en bekostigingsopties

Veldpartijen en andere geïnteresseerden hebben van 16 mei tot en met 5 juni 2012 de mogelijkheid gehad een zienswijze te geven op het consultatiedocument, een concept van dit advies[35]. Op 29 mei 2012 heeft over het consultatiedocument een bijeenkomst plaatsgevonden. De NZa heeft 22 reacties ontvangen, 2 van privé-personen en 20 van de volgende organisaties:

- Actiz	- BTN	- CIHN	- GGZ Nederland
- KAMG	- KNGF	- KNMP	- LHV
- LVG	- NAPA	- NDF	- NHG
- NVZ	- OMS	- RVZ	- SG Zoetermeer
- V&VN	- VHN	- VP Huisartsen	- ZN

In het consultatiedocument stelde de NZa de volgende vragen:

Consultatievraag 1:
Welke kanttekeningen plaatst u bij de knelpuntanalyses in paragraaf 2.2? Welke relevante analyses ontbreken volgens u?

Consultatievraag 2:
Hoe beoordeelt u bekostigingsoptie 1 (Zorgvraag centraal)? Past de optie bij het toekomstbeeld? Welke kanttekeningen plaatst u bij de technische uitwerking van de optie en de beoordeling van de effecten?

Consultatievraag 3:
Idem bekostigingsoptie 2 (Resultaat centraal).

Consultatievraag 4:
Idem bekostigingsoptie 3 (Keuzevrijheid centraal).

Consultatievraag 5:
Idem bekostigingsoptie 4 (Kostenbeheersing centraal).

Consultatievraag 6:
Hoe beoordeelt u het advies rondom de bekostiging van de functie Wijkverpleegkundige zorg?

Consultatievraag 7:
Welke kanttekeningen plaatst u bij de vergelijking van de vier bekostigingsopties aan de hand van de negen criteria? Welke criteria acht u het meest relevant, en waarom? Welke criteria ontbreken?

Consultatievraag 8:
Welke bekostigingsoptie ontbreekt naar uw mening? Welk toekomstbeeld hoort bij die optie? Hoe luidt de technische uitwerking? Welke effecten verwacht u bij invoering van deze bekostigingsoptie? Hoe scoort deze optie volgens u op de criteria ten opzichte van de andere opties?

Reacties van partijen die impliciet of expliciet ingingen op vragen 1 tot en met 6 hebben geleid tot diverse aanpassingen in de voorgaande hoofdstukken. Ook heeft een aantal partijen gereageerd op vragen 7 en

[35] Zie: http://www.nza.nl/publicaties/Consultatiedocumenten/2012/. Hier staan ook alle reacties op het consultatiedocument en het verslag van de bijeenkomst.

8 door aanvullende beoordelingscriteria voor te stellen en/of een eigen bekostigingsoptie. Paragraaf 8.1 beschrijft de aanvullende criteria die partijen hebben aangedragen voor de beoordeling van bekostigingsopties. In paragraaf 8.2 tot en met 8.4 bespreken we drie aanvullende bekostigingsopties: die van de LVG, ZN en de LHV. Een aantal andere partijen heeft in hun reactie ook min of meer uitgewerkte aanvullende bekostigingsadviezen opgenomen, bijvoorbeeld SG Zoetermeer en CIHN; hiervoor verwijzen wij naar de reacties bij het consultatiedocument op de NZa-website.

8.1 Beoordelingscriteria

Uit de reacties komen onderstaande zes voorstellen naar voren voor aanvullende criteria aan de hand waarvan bekostigingsopties mede beoordeeld zouden moeten worden.

– Samenhang
Het stelsel van gereguleerde marktwerking kent volgens de LVG nog te veel perverse prikkels, die een goede samenhang tussen de verschillende zorgprofessionals en zorginstellingen verhinderen. Ook de reactie van CIHN noemt dit criterium.

– Ontzorgen
Ontzorgen is naar mening van de LVG een belangrijk instrument in het betaalbaar houden van ons stelsel. Zij verstaat hieronder een "programmatische aanpak van de zorgsector om onnodige zorg te voorkomen en/of te verminderen".

– Presentie
De aanwezigheid van herkenbare, eenvoudig toegankelijke, generalistisch werkende hulpverleners "met enige scharrelruimte" acht de LVG van groot belang. De generalistische aanpak zal volgens de LVG ook moeten voorkómen dat een wildgroei aan case managers per ziekte ontstaat.

– Passendheid
Past de bekostiging goed bij het karakter van de basishuisartsenzorg? Het aanvullende en bijzondere aanbod van huisartsenzorg staat volgens de LHV te veel centraal. De basiszorg lijkt te worden veronachtzaamd.

– Cliënt centraal
De cliënt wil zijn zorg bij die aanbieder kunnen inkopen die past bij zijn wensen en behoeften. Daarom zijn naar de mening van BTN criteria zoals cliëntkeuze, geïntegreerde zorg rekening houdend met de ontwikkelingen van de WMO en de regionale variatie essentieel.

– Arbeidsmarktoverwegingen
Vanwege de op termijn krapper wordende arbeidsmarkt, zal de huisartsenzorg en de bredere eerstelijns zorg aantrekkelijk werk moeten blijven bieden. Bekostigingsopties moeten ook daarop worden beoordeeld, aldus de CIHN.

8.2 Bekostigingsoptie LVG

De eerste twee subparagrafen schetsen de door de LVG geopperde bekostigingsoptie. Net zoals in hoofdstukken 3 tot en met 6 wordt eerst het toekomstbeeld van de LVG geschetst, zoals we dat uit de reactie

konden destilleren (8.2.1). Hierna volgt de meer technische beschrijving van de bekostigingsoptie (8.2.2).

Binnen de doorlooptijd van dit advies was het niet mogelijk de alternatieve bekostigingsopties te toetsen aan de criteria en randvoorwaarden en te voorzien van een beoordeling van de NZa. In 8.2.3 wordt bij wijze van eerste reactie volstaan met het benoemen van vragen die de bekostigingsoptie oproept. Deze en andere vragen kunnen eventueel in een vervolgstadium worden betrokken bij de doorontwikkeling van bekostigingsopties. Voor de volledige weergave van de optie verwijzen we naar de reactie van de LVG bij het consultatiedocument op de NZa-website.

8.2.1 Toekomstbeeld

De meest succesvolle strategie, om te komen tot samenwerking en integratie, ligt volgens de LVG in het creëren van een stabiel ondernemersklimaat en het uitdagen van professionals tot innovatie. Dwang en andere negatieve financiële prikkels frustreren meestal innovaties.

Aanbieders en zorgverzekeraars moeten volgens de LVG in de toekomst de keuze krijgen tussen twee opties:

- Optie 1: Er is stapeling van monodisciplinaire bekostigingsvormen. Per bekostigingsvorm geldt een eigen afzonderlijke verantwoordingssystematiek.
- Optie 2: Er komt een integraal tarief. Bilateraal worden afspraken gemaakt over prestatie en prijs (met afspraken over uniforme datasets). De prestatie kan onder andere een combinatie van huisartsenzorg, GGZ ondersteuning, farmacie, fysiotherapie en wijkverpleegkundige zorg bevatten. Op termijn kan dit zich ontwikkelen naar vormen van populatiebekostiging.

8.2.2 Beschrijving bekostigingsoptie

De voorgestelde bekostigingsoptie heeft drie elementen:

Handhaaf het huidige systeem van inschrijftarief, consultvergoedingen en modules
De LVG is van mening dat de huidige bekostiging adequaat is voor het leveren van huisartsenzorg. Met de modules worden voorzichtige stimulansen gegeven voor substitutie en innovatie. Wel merkt LVG op dat het systeem geen stimulans levert tot de door haar aanbevolen extra criteria (samenhang, ontzorgen, presentie).

Handhaaf het huidige systeem van ketenprestaties (keten-dbc's)
De keten-dbc's hebben naar mening van de LVG een forse impuls gegeven aan het realiseren van ketenzorg voor diabetes en in mindere mate voor COPD en cVRM, waardoor veel Nederlanders met een chronische aandoening nu betere, en in veel gevallen ook doelmatigere, zorg ontvangen.

Realiseer een GEZ+ variant
De LVG adviseert om de huidige module Geïntegreerde Eerstelijns Zorgproducten (GEZ) door te ontwikkelen naar een GEZ+, waarmee zorgaanbieders ruimte krijgen om lokaal aanvullende afspraken te maken. Deze GEZ+ kenmerkt zich door een vrije prestatie en een vrije prijs. Bilateraal worden afspraken gemaakt over prestatie en prijs (met afspraken over uniforme datasets). De prestatie kan onder andere een combinatie van huisartsenzorg, GGZ ondersteuning, farmacie,

fysiotherapie en wijkverpleegkundige zorg bevatten. Op termijn kan dit zich ontwikkelen naar vormen van populatiebekostiging.

De LVG vindt het, gelet op draagvlak binnen de huisartsenzorg, van belang dat de middelen die gepaard gaan met het GEZ+ tarief niet ten laste van het BKZ huisartsenzorg vallen, maar vallen binnen een eigen, herkenbaar kader.

8.2.3 Eerste reactie NZa

De eerste indruk van de NZa is, dat het model van de LVG veel overeenkomsten heeft met de tweede optie van de NZa in dit advies (Resultaat centraal, zie Hoofdstuk 4). In de presentatie benadrukt de LVG de gelijkwaardigheid van hun optie 1 (vergelijkbaar met de huidige bekostiging) en optie 2, ingegeven vanuit het bieden van stabiliteit.

De bekostigingsoptie van de LVG roept bij de NZa onder meer de volgende vragen op:

1. Welke prikkels zitten in dit model voor zorgaanbieder en zorgverzekeraar om te besluiten voor optie 1 of 2?

2. Staan beide opties naast elkaar of is er sprake van een ‘default’ met optie op een integraal tarief? Waarom?

3. Op welke wijze ziet de LVG (landelijk) uniforme datasets tot stand komen indien er kan worden gekozen voor twee uiteenlopende opties?

4. Hoe dragen de voorstellen van LVG bij aan het door hen toegevoegde criterium ‘ontzorgen’? Wat is daarvoor nodig?

5. Geeft het ontkoppelen van de GEZ+ module van het BKZ huisartsenzorg wel de juiste prikkel op de diverse randvoorwaarden en criteria?

8.3 Bekostigingsoptie ZN

In de eerste twee subparagrafen wordt de door ZN geopperde bekostigingsoptie geschetst. Net zoals in hoofdstukken 3 tot en met 6 wordt eerst het toekomstbeeld geschetst, zoals we dat uit de reactie konden destilleren (8.3.1). Hierna volgt de meer technische beschrijving van de bekostigingsoptie (8.3.2). Voor de volledige weergave van de optie verwijzen we naar de reactie van ZN bij het consultatiedocument op de NZa-website.

Binnen de doorlooptijd van dit advies was het niet mogelijk de alternatieve bekostigingsopties te toetsen aan de criteria en randvoorwaarden en te voorzien van een beoordeling van de NZa. In 8.3.3 wordt bij wijze van eerste reactie volstaan met het benoemen van vragen die de bekostigingsoptie oproept. Deze en andere vragen kunnen eventueel in een vervolgstadium worden betrokken bij de doorontwikkeling van bekostigingsopties.

8.3.1 Toekomstbeeld

De manier van bekostiging dient volgens ZN prikkels in zich te herbergen voor preventie, doelmatigheid, innovatie, samenwerking en substitutie, en anderzijds ruimte te bieden aan zelfmanagement en eigen

verantwoordelijkheid. Dit betekent dat de uitkomsten van de zorg voor de populatie van de huisarts centraal moeten staan.

Met het door ZN voorgestelde scenario wordt getracht enerzijds financiële zekerheid voor de huisarts te creëren, in combinatie met beloning op kwaliteitsverschillen, service en resultaten van de geleverde zorg. De zorgverzekeraars willen de poortwachtersfunctie binnen de zorg handhaven en goed beleggen binnen de eerste lijn. Dat is belangrijk uit kostenoverwegingen en om substitutie van zorg te bewerkstellingen. Het model combineert basale landelijke uniformiteit in de financiering met resultaatsgerichte bekostiging, waarbij zorgverzekeraars eigen lokale accenten kunnen blijven leggen.

8.3.2 Beschrijving bekostigingsoptie

Het bekostigingsmodel van ZN bestaat uit drie lagen:

Tarief per ingeschreven patiënt
De eerste laag bestaat uit een tarief per ingeschreven patiënt, waarmee de kosten van basiszorg in een gemiddelde praktijk gedekt zijn, vast te stellen door de NZa. Bekeken dient te worden of in het tarief een doelmatigheidsprikkel ingebouwd kan worden op gebied van verwijzen en voorschrijven.

Opslag voor populatieverschillen met registratievoorwaarde
De tweede laag bestaat uit aan populatieverschillen gekoppelde toeslagen, bedoeld voor populatiekenmerken zoals achterstandgebieden, chronische zorg, ouderdom, etc. De hoogte van de toeslagen wordt gereguleerd maar de toeslagen kunnen variabel worden ingezet, rekening houdend met de populatie die bediend wordt. Voorwaarde voor uitbetaling van deze opslag is dat de zorgaanbieder informatie registreert en aanlevert aan de hand waarvan kwaliteit en resultaat gemeten kan worden, onder andere ten behoeve van de derde laag.

Resultaatbeloning
De derde laag wordt gevormd door beloning van resultaten van zorgverlening. Hier gaat het om specifieke afspraken die gemaakt worden tussen (lokale) zorgverzekeraar en de huisartspraktijk om specifieke resultaten op het gebied van substitutie, kwaliteit en service te gaan behalen. Ook de resultaten van chronische zorg kunnen in deze bekostigingslaag tot uitdrukking komen.

8.3.3 Eerste reactie NZa

De eerste indruk van de NZa is, dat de eerste laag in het model van ZN veel overeenkomsten heeft met de vierde optie van de NZa in dit advies (Kostenbeheersing centraal, zie Hoofdstuk 6). Belangrijk verschil is dat het basisabonnementstarief in de vierde NZa-optie wordt bepaald op basis van beschikbare middelen en in de ZN-optie op basis van de gemiddelde kosten van huisartspraktijken.

De bekostigingsoptie van ZN roept bij de NZa onder meer de volgende vragen en opmerkingen op:

1. Waarom is het noodzakelijk dat de tarieven van de eerste en tweede laag centraal gereguleerd worden (maximumtarieven)? Wat zijn randvoorwaarden om de regulering op termijn te kunnen afschaffen?

2. In welke mate wordt in de tweede laag betaald voor zorg en in welke mate voor registratie en informatie? Wat staat centraal?

3. De bekostiging van de eerste twee lagen lijkt praktijken met een relatief "zorg-intensieve" populatie te prikkelen tot registratie en informatie-aanlevering en praktijken met een gezonde populatie tot praktijkvergroting (veel ingeschrevenen per zorgverlener).

4. Hoe wordt geïntegreerde zorg binnen dit model bekostigd?

8.4 Bekostigingsoptie LHV

In de eerste twee subparagrafen wordt de door de LHV geopperde bekostigingsoptie geschetst. Net zoals in hoofdstukken 3 tot en met 6 wordt eerst het toekomstbeeld geschetst, zoals we dat uit de reactie konden destilleren (8.4.1). Hierna volgt de meer technische beschrijving van de bekostigingsoptie (8.4.2). Voor de volledige weergave van de optie verwijzen we naar de reactie van de LHV bij het consultatiedocument op de NZa-website.

Binnen de doorlooptijd van dit advies was het niet mogelijk de alternatieve bekostigingsopties te toetsen aan de criteria en randvoorwaarden en te voorzien van een beoordeling van de NZa. In 8.4.3 wordt bij wijze van eerste reactie volstaan met het benoemen van vragen die de bekostigingsoptie oproept. Deze en andere vragen kunnen eventueel in een vervolgstadium worden betrokken bij de doorontwikkeling van bekostigingsopties.

8.4.1 Toekomstbeeld

Voor een eventuele aanpassing van de bestaande bekostiging van de huisartsenzorg hanteert de LHV de volgende uitgangpunten: (1) rust en zekerheid (2) eenvoud (3) transparantie (4) evenwichtige prikkels.

De LHV stelt voor om slechts beperkte wijzigingen in de huidige methodiek door te voeren, omdat het huidige systeem in haar optiek niet zo slecht is. De voorstellen moeten ervoor zorgen dat het aantal uitzonderingen dat in de huidige bekostiging is opgenomen wordt terug gebracht.

8.4.2 Beschrijving bekostigingsoptie

Het voorstel maakt een onderscheid tussen het basisaanbod van huisartsen, aanvullend aanbod en bijzonder aanbod:

Bekostiging van het basisaanbod overdag
- handhaven van het systeem van inschrijf- en consulttarieven
- handhaving van de verhouding in omzet tussen inschrijf- en consulttarieven
- eventueel herijking van de opslagen voor ouderen en achterstandswijken
- handhaving van specifieke tarieven voor passanten, gemoedsbezwaarden, militairen en gedetineerden.

Bekostiging van het aanvullend en bijzonder aanbod
- een groot deel van de POH, M&I en ketenzorg zou via modules en consulten bekostigd kunnen worden
- voor specifieke M&I verrichtingen waarvoor stimulering nodig is, blijven aparte verrichtingtarieven bestaan.

8.4.3 Eerste reactie NZa

De bekostigingsoptie van de LHV roept bij de NZa onder meer de volgende vragen op:

1. In hoeverre en op welke wijze reduceert dit model de tekortkomingen van de huidige bekostiging, geschetst in hoofdstuk 2 van dit advies?

2. Hoe wordt gerealiseerd dat het leveren van meer zorg daadwerkelijk bijdraagt aan betere uitkomsten van de zorg?

3. In hoeverre biedt dit model, waarin de NZa de inschrijf- en consulttarieven reguleert, mogelijkheden om onderscheid naar functioneren terug te laten komen in de honorering?

4. In hoeverre biedt het model voldoende ruimte voor regionale variatie?

9. Conclusie

Om antwoord te kunnen geven op de vraag van de minister wat de voor- en nadelen zijn van de opties, en welke doelen en randvoorwaarden binnen de opties worden vervuld, is het nodig de vier modellen onderling vergelijkbaar te maken. Hiertoe heeft de NZa de modellen op basis van negen criteria een score gegeven. Die negen criteria zijn de vijf doelen en vier randvoorwaarden genoemd in de adviesvraag van de minister aan de NZa:

Doelen

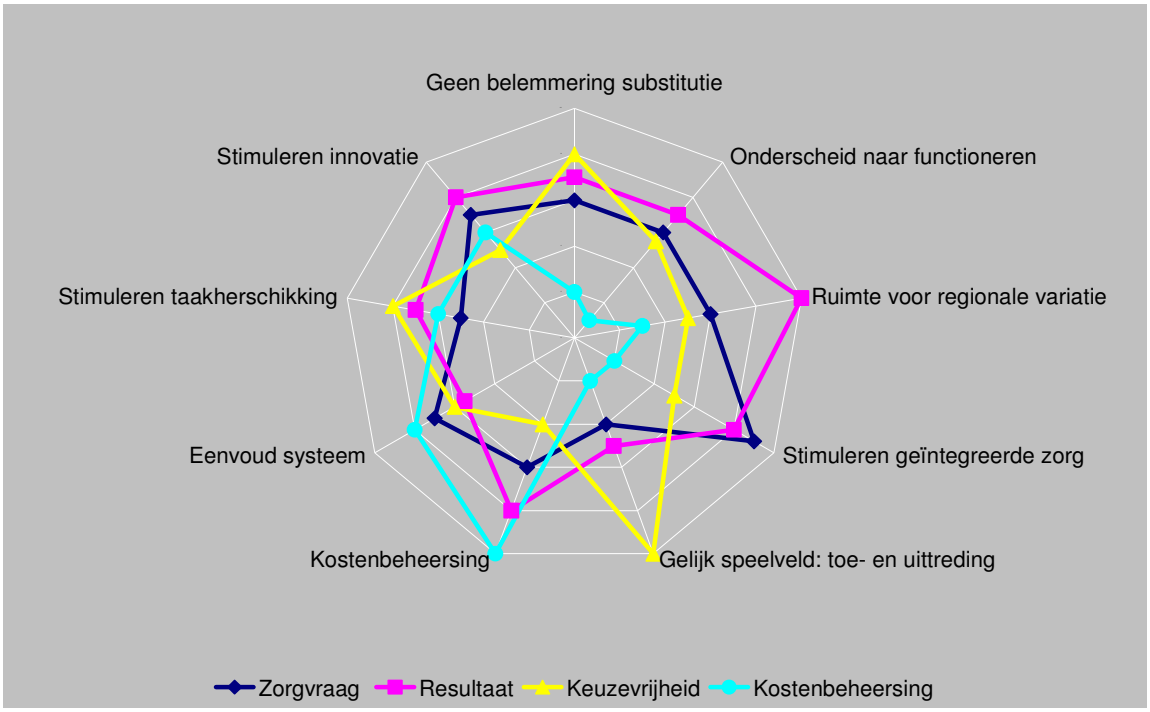
1. Eenvoud systeem: Het model leidt niet tot hoge administratieve lasten.
2. Onderscheid naar functioneren: Het model biedt de mogelijkheid om onderscheid in beloning te maken tussen goed en minder goed presterende gezondheidscentra.
3. Stimuleren taakherschikking: Het model bevordert het beleggen van taken bij de daarvoor meest geschikte functionaris.
4. Stimuleren geïntegreerde zorg: Het model stimuleert het ontstaan van een geïntegreerde aanbod van zorg waar dit bijdraagt aan de kwaliteit van zorg.
5. Stimuleren innovatie: Het model bevordert het tot stand komen van verbeteringen in het zorgaanbod of zorgproces.

Randvoorwaarden

1. Geen belemmering substitutie: Het model mag substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn niet in de weg staan;
2. Kostenbeheersing: Het model zorgt voor beheersbare kosten van huisartsenzorg en geïntegreerde zorg;
3. Gelijk speelveld (toe- en uittreding): Het model geeft geen competitief voordeel aan gevestigde zorgaanbieders;
4. Ruimte voor regionale variatie: Het model biedt de mogelijkheid om de bekostiging regionaal op maat te snijden;

De figuur hieronder geeft een overzicht van indicatieve scores van de vier modellen op bovenstaande negen criteria. De NZa benadrukt dat deze scores niet meer zijn dan een eerste indicatie. Om een meer definitieve score te kunnen bepalen, zouden de modellen in concreto uitgewerkt moeten worden.

Figuur Indicatieve score van de modellen op negen criteria



Noot: Punten meer aan de buitenkant representeren een hogere score.
Bron: NZa

In de tabel op de volgende bladzijden worden per criterium kort de belangrijkste factoren genoemd die tot de scores in bovenstaande figuur hebben geleid. In de laatste rij van die tabel wordt ook samengevat welke stappen moeten worden gezet en/of instrumenten ontwikkeld in het kader van de implementatie.

Tabel Onderbouwing indicatieve scores per doel/randvoorwaarde en implementatiestappen

Doel / rand-voorwaarde	1. Zorgvraag centraal	2. Resultaat centraal	3. Keuzevrijheid centraal	4. Kostenbeheersing centraal
Eenvoud systeem	Goed: Dit model is eenvoudiger dan het huidige systeem. Onderscheid naar 3 typen consument introduceert wel enige nieuwe complexiteit	Voldoende: De default is zeer eenvoudig, alternatieven mogelijk complexer (maar vrijwillig)	Voldoende: Een systeem van verrichtingen is in theorie relatief eenvoudig. De uitwerking kan echter voor huisartsenzorg ingewikkeld zijn	Goed: De declaratielasten zijn in dit model laag
Onderscheid naar functioneren	Voldoende: Prestatie-inhoud bij chronische zorgbehoefte landelijk uniform.	Voldoende: Model veronderstelt dat resultaatafspraken worden gemaakt.	Voldoende: Resultaatsafspraken kunnen bij vrije prijzen worden gemaakt.	Slecht: Zorg(resultaat) is in budgetmodel 'black box'.
Stimuleren taakherschikking	Matig: Huisarts ontvangt inschrijftarief, maar kan vanuit doelmatigheidsoogpunt de zorg deels overdragen aan andere (gespecialiseerde en daardoor goedkopere of kwalitatief betere) zorgverleners. De huisarts behoudt wel regie.	Voldoende: Als de goede uitkomst behaald kan worden met inzet van goedkopere of kwalitatief betere arbeidskrachten dan kan de huisarts zijn specialistische en generalistische tijd als geneeskundige inzetten voor andere activiteiten.	Goed: Doordat in dit model niet de functies in algemene zin beschreven worden, biedt dit de verzekeraar vervolgens de mogelijkheid om daar de meest geschikte (beste prijs-/kwaliteitsverhouding) functionaris bij te zoeken.	Voldoende: voor zover het efficiëntere zorg betreft komt taakherschikking binnen de praktijk op autonome wijze tot stand (om kostenbesparing te realiseren).
Stimuleren geïntegreerde zorg	Zeer goed: Voor die patiënten waarvoor geïntegreerde zorg van belang is geldt geïntegreerde bekostiging.	Goed: Vrije ruimte bestaat voor gehele eerstelijnszorg, hetgeen geïntegreerde zorg stimuleert. Waar geïntegreerde zorg bijdraagt aan resultaten ontstaat ook de prikkel tot geïntegreerde zorg.	Matig: Geïntegreerde zorg staat niet centraal,wel kunnen prestaties worden opgesteld om dergelijke zorgtrajecten te faciliteren.	Slecht: Samenwerking tussen eerstelijns zorgaanbieders breder dan het budgettair kader huisartsenzorg wordt niet gestimuleerd.
Stimuleren innovatie / e-health	Voldoende: Risico dat een abonnementstarief ruimte voor innovatie wegneemt. De facultatieve prestatie biedt ruimte om naast abonnementstarieven aparte afspraken te	Goed: Het resultaat staat voorop hetgeen betekent dat aanbieders van huisartsenzorg meer vrijheidsgraden hebben om innovaties te gebruiken / ontwikkelen die de uitkomsten	Voldoende: Het is mogelijk om naast de specifieke verrichtingen de mogelijkheid tot een facultatieve prestatie op te nemen.	Voldoende: Kostenbesparende innovaties zijn aantrekkelijk om de marge ten opzichte van het budget te verbeteren.

	maken over innovatieve prestaties.	van de geboden zorg verbeteren.		
Geen belemmering substitutie	Voldoende: Enerzijds bevordert toegankelijke OVP-lijst substitutie. Anderzijds remt het abonnementstarief substitutie.	Goed: Legio mogelijkheden om substitutie binnen dit model te stimuleren.	Goed: Verrichtingenmodel stimuleert dat zoveel mogelijk zorg door het gezondheidscentrum zelf wordt uitgevoerd.	Slecht: Budgetmodel geeft risico op het afwentelen van zorg van eerste- naar tweedelijn.
Kostenbeheersing	Voldoende: De volumeprikkels in dit model zijn zeer beperkt. Er is geen garantie op het borgen van substitutie-besparing	Goed: Het model is niet volume gedreven dus geen sterke productie prikkels.	Onvoldoende: Verrichtingenmodel stimuleert volume. Een MBI kan als tegenkracht fungeren maar moet zich nog bewijzen en mogelijk onwenselijke prikkels	Uitstekend: Leidend principe bij dit model
Gelijk speelveld; toe/uittreding	Onvoldoende: Door abonnementsbekostiging is er al voor een groot deel van de zorg betaald. Zorgverzekeraar wil de zorg niet nog een keer betalen.	Matig: Toetreders kunnen van de defaultoptie gebruikmaken om vervolgens de meerwaarde aan zorgverzekeraars te bewijzen.	Uitstekend: Leidend principe bij dit model.	Slecht: Abonnementstarief laat geen ruimte voor toetreders.
Ruimte voor regionale variatie	Voldoende: Binnen de prestaties voor geïntegreerde zorg is ruimte voor regionale variatie.	Uitstekend: Lokaal maatwerk is leidend principe	Voldoende: Per regio kan de nadruk van inkoop op andere prestaties liggen.	Onvoldoende: Geen ruimte voor regionale variatie tenzij via een budget voor geïntegreerde zorg.
Nodig voor implementatie	Ontwikkelen (modulaire) infrastructuur voor prestatie Geïntegreerde zorg bij chronische zorgbehoefte. Flexibele schotten BKZ tbv substitutie.	Leren van experimenten. Ontwerpen vrije ruimte (afbakenen buitengrenzen). Flexibele schotten BKZ tbv substitutie.	Afbakenen zorgactiviteiten binnen huisartsenzorg. Ontwikkelen instrument kostenbeheersing achteraf.	Berekenen tarieven en budgetten. Ontwikkelen instrument differentiatie zorgzwaarte.

Bijlage 1. Achtergronden bij het advies

Deze bijlage gaat in op een aantal aanvullende achtergronden bij het advies, te weten:
- Huisartsenzorg, geïntegreerde zorg, preventie en de positie van de huisarts.
- Bouwstenen voor de bekostigingsopties.
- Het *shared savings*-model.
- Een schematische afbakening van de verpleegkundige zorg in de AWBZ en de Zvw.

Ongeveer tegelijk met dit advies zal de NZa de resultaten publiceren van het kostenonderzoek onder huisartsen. Meer algemene achtergrondinformatie zal later dit jaar verschijnen in de marktscan Huisartsenzorg.

1. Huisartsenzorg, geïntegreerde zorg, preventie en de positie van de huisarts
Hieronder worden bovenstaande begrippen, en met name de formele kant ervan, nader beschouwd.

1.1 Huisartsenzorg
In het besluit huisartsengeneeskunde wordt de huisartsenzorg als volgt beschreven: 'het specialisme dat zich richt op de eerste aanpak van alle gezondheidsvragen en op het voorkomen, herkennen en behandelen van ziektes en gezondheidsproblemen voor zover mogelijk binnen de voorzieningen van de eerstelijn'.[36]

De gehele huisartsenzorg valt op basis van artikel 1, sub b (de Zorgverzekeringswet) onder de reikwijdte van de Wmg. De te verzekeren prestaties zijn in de Zorgverzekeringswet functioneel omschreven. Alleen het '*wat*' (de inhoud en omvang van de zorg) en het '*wanneer*' (de indicatiegebieden) zijn in de regelgeving opgenomen. '*Wie*' de zorg verleent en '*waar*' de zorg wordt verleend is ter bepaling van de zorgverzekeraars. In de huisartsenzorg is dit vormgegeven door te verwijzen naar de term 'zorg zoals huisartsen plegen te bieden'. Aan de hand van de richtlijnen en de standaarden van de beroepsgroep kan worden vastgesteld of sprake is van zorg die de beroepsgroep 'pleegt te bieden'.

Het criterium 'plegen te bieden' laat ruimte voor de zorgverzekeraar om zelf (in de polis) te bepalen tot wie (welke soort zorgverlener) een verzekerde zich voor de betreffende zorg moet wenden. Een zorgverzekeraar moet bij het maken van een keuze de door de wetgever gestelde grenzen in acht nemen. De wettelijke grenzen kunnen worden ontleend aan de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG). Die wet brengt – met name als het gaat om voorbehouden handelingen – beperkingen met zich mee. Met betrekking tot niet-voorbehouden handelingen heeft een zorgverzekeraar meer ruimte. Voor het verlenen van zorg kan hij (via bepaling in de polis) allerlei beroepsbeoefenaren inschakelen.

[36] Staatscourant van 27 november 2008, nr. 1000 en in werking getreden op 1 januari 2009.

Hij moet zich er wel van vergewissen dat degenen die hij noemt ook daadwerkelijk in staat zijn (bekwaam zijn) om de zorg op het vereiste niveau te verlenen.[37]

1.2 Geïntegreerde zorg
Geïntegreerde zorg is een samenhangend pakket aan zorg voor iemand met een chronische ziekte. Verschillende zorgverleners werken samen in een team en stemmen de zorg voor de individuele patiënt af. De patiënt staat hierbij centraal en wordt voorzien in een zoveel mogelijke sluitende keten van vroegtijdige onderkenning, preventie, zelfmanagement en zorg. Naast geïntegreerde zorg worden ook termen als transmurale zorg, integrale zorg, ketenzorg en gestuurde zorg gebruikt. Er zijn aspecten die in de meeste definities terugkomen:
- Het gaat om de zorg voor mensen met een chronische ziekte.
- De zorg wordt gegeven door meerdere zorgverleners, vaak met verschillende disciplines, die hun behandelingen op elkaar afstemmen.
- De patiënt wordt gestimuleerd actief deel te nemen aan het zorgproces zodat de mogelijkheden van de patiënt goed worden benut bij het omgaan met de ziekte (zelfmanagement).
- De zorg wordt gebaseerd op best beschikbare medische kennis.
- Er wordt gestreefd naar goede kwaliteit en meer doelmatigheid van zorg.
- Patiënt- en zorggegevens worden geregistreerd om afstemming mogelijk te maken.[38]

De geïntegreerde zorg valt ook op basis van artikel 1, sub b (de Zorgverzekeringswet en de handelingen als bedoeld in de wet BIG) onder de reikwijdte van de Wmg. Voorbeelden van chronische aandoeningen waar geïntegreerde zorg een rol speelt zijn diabetes mellitus type 2, COPD of VRM. Huisartsenzorg maakt onderdeel uit van de geïntegreerde zorg.

1.3 Preventie
In de huisartsenpraktijk kunnen twee vormen van preventie worden onderscheiden: casuïstische en programmatische preventie. Casuïstische preventie vindt plaats op grond van (een ad-hoc) risico-inschatting in een individuele hulpverleningssituatie. De huisarts die een patiënt met hartklachten adviseert te stoppen met roken is hiervan een voorbeeld. Programmatische preventie is gericht op een omschreven (doel)groep patiënten. Bij programmatische preventie worden patiënten die daarvoor in aanmerking komen gericht uitgenodigd voor een preventieve interventie.

Bij de huisarts zijn preventieve handelingen geïntegreerd in de dagelijkse werkzaamheden. In een groot deel van de richtlijnen voor het medisch handelen van huisartsen speelt preventie ook een belangrijke rol. Huisartsen werken met andere aanbieders van preventie in meer of mindere mate samen. Voorbeelden van aanbieders waar huisartsen mee samenwerken zijn diëtisten, het diagnostisch centrum/het laboratorium, collega-huisartsen, GGD'en, gemeenten, sportscholen en arbodiensten.

Preventieve zorg wordt uit verschillende financieringskaders betaald: Zvw, AWBZ, Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet Publieke Gezondheid (Wpg). Of een vorm van preventie onder verzekerde zorg valt, hangt van verschillende factoren af.

[37] CVZ rapport, betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'
[38] Nationaal Kompas Volksgezondheid

Preventieve zorg kan gericht zijn op verschillende doelgroepen:
- collectief, selectief of individueel
- geïndiceerd of niet geïndiceerd
- zorg gerelateerd of niet zorg gerelateerd.

In de Zvw is in artikelen 10 en 11 is een overzicht terug te vinden waarin staat welke zorg verzekerd is en welke prestaties/middelen daartoe worden ingezet.

1.4 Positie huisarts

De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor mensen met vragen of problemen over gezondheid en ziekte. Om op een veelheid van vragen antwoord te kunnen geven, biedt de huisartsenzorg een breed pakket aan diagnostische, therapeutische en preventieve medische zorgverlening. Daarnaast begeleidt en adviseert de huisarts mensen tijdens en na hun ziekte. De opleiding tot huisarts begint met de studie geneeskunde, die bestaat uit een bachelor van 3 jaar gevolgd door een Master van 3 jaar (1 jaar themaonderwijs en 2 jaar co-schappen lopen). Na afronding van deze studie kan iemand zich in het BIG-register laten registreren als basisarts. Daarna kan gestart worden met de specialisatie tot huisarts die drie jaar duurt. De opleiding omvat de volgende thema's:
- Epidemiologie, morbiditeit en evidence based medicine
- Veel voorkomende klachten en aandoeningen in de eerstelijn
- Spoedeisende geneeskunde
- Chronische ziekten
- Psychosociale en psychiatrische klachten en aandoeningen
- Preventie
- Terminale en palliatieve zorg
- Praktijkmanagement en samenwerking
- Consultvoering
- Beroepshouding en juridische en ethische aspecten in de praktijkvoering. [39]

Veel mensen hebben een vertrouwensband met hun huisarts en de persoonlijke aandacht die huisartsen geven, is een belangrijk instrument bij de zorgverlening. Kortom, de huisartsenzorg is:
- generalistisch: voor alle gezondheidsproblemen van alle mensen
- toegankelijk: op korte afstand, laagdrempelig, 24 uur per dag en 7 dagen per week beschikbaar
- persoonsgericht: gericht op het individu en zijn omgeving
- continu: gedurende alle levensfasen en ziekte-episoden.

Huisartsen verwijzen patiënten in 4% van alle contacten door naar andere hulpverleners (excl. farmacie) en vervullen daarmee een poortwachtersrol in het zorgsysteem. Hierbij heeft de huisartsenzorg ook de functie van gids in de gezondheidszorg. Ze helpen patiënten vaak op weg in de overige (eerstelijns)zorgverlening.[40]

2. Bouwstenen van de bekostigingsopties

In de hoofdstukken 3 t/m 6 staan vier bekostigingsopties voor huisartsenzorg en geïntegreerde zorg. Die opties zijn veelal opgebouwd uit enkele bouwstenen: zuivere bekostigingsvormen. Hieronder beschrijven we deze bouwstenen en gaan we in op de voor- en nadelen van elk van deze zuivere bekostigingsvormen.

2.1 Instellingsbudget

Bij een instellingsbudget worden afspraken gemaakt waarbij de door de zorgaanbieder maximaal in rekening te brengen omzet van te voren

[39] Staatscourant van 27 november 2008, nr. 1000 en in werking getreden op 1 januari 2009.
[40] Nationaal Kompas Volksgezondheid

begrensd is. Hierbij zijn meerdere (zuivere) varianten denkbaar[41]. Verzekeraars en aanbieders kunnen afspreken in welke mate de instelling na het bereiken van het plafond gehouden is zorg, zonder dat daar een vergoeding tegenover staat, door te blijven leveren. Daarnaast kunnen meerdere plafonds over de verschillende segmenten of deelgebieden worden afgesproken. Hierbij wordt de kans op onderproductie binnen een segment groter, terwijl er geen mogelijkheid tot compensatie is met andere segmenten.

Voor- en nadelen
De voor- en nadelen zijn afhankelijk van de wijze waarop het instellingsbudget is vormgegeven. Over het algemeen heeft de aanbieder een financiële prikkel om zorg te leveren totdat het budget bereikt is. De aanbieder maakt daarna namelijk wel kosten, maar geen opbrengsten. Bij een lumpsumafspraak is er geen risico voor onderproductie, aangezien vooraf een gegarandeerd bedrag overeengekomen wordt. Dit geeft prikkels om te investeren in preventie, substitutie en voorkomen van overbehandeling. Deze prikkels ontbreken in eerste instantie bij plafondafspraken, omdat daar tot aan het bereiken van het plafond een volumeprikkel ontstaat bij de zorgaanbieder.

De macrokosten zijn bij budgetafspraken goed te voorspellen, met name als afspraken op het gebied van doorleverplicht. Een nadeel is dat doorverwijzing en onderbehandeling mogelijk is op het moment dat plafonds behaald zijn, of bij lumpsumafspraken. Daarnaast biedt het de zorgaanbieder weinig prikkels om groei te bewerkstelligen en wordt marktwerking met dit model niet actief gestimuleerd.

2.2 Abonnementtarief (tarief per cliënt)
Bij een abonnementssysteem ontvangt de zorgaanbieder van de verzekeraar een vast bedrag (abonnementstarief) per verzekerde woonachtig in het verzorgingsgebied van de zorgaanbieder. Het is daarbij mogelijk om verschillende abonnementstarieven naast elkaar te hanteren op basis van patiëntkenmerken.

Voor- en nadelen
Bij een abonnement kent de zorgaanbieder een prikkel om zorgkosten te voorkomen en productie te verminderen door preventie, substitutie en het tegengaan van overbehandeling. Hiermee worden zorguitgaven voorkomen, terwijl de aanbieder geen inkomsten misloopt. Op termijn kan dit leiden tot lagere zorguitgaven en kan het abonnementtarief hierop aangepast worden. Zorgaanbieders kunnen een prikkel kennen om bepaalde dure zorgvormen door te verwijzen naar andere aanbieders. De zorgverzekeraar loopt geen risico over de totale omzet, aangezien de kosten vooraf inzichtelijk zijn gemaakt en daarmee beheersbaar worden. Het omzetrisico wordt hiermee overgenomen door de aanbieder. Daarbij leidt het abonnementstarief ertoe dat de huisarts beter geëquipeerd is om zijn rol als poortwachter in te vullen door meer continuïteit in de zorg.

Een mogelijk risico hierbij is het ontstaan van wachtlijsten en ongewenste doorverwijzing, doordat het plafond bereikt is. Daarnaast wordt groei op zichzelf niet actief gestimuleerd. Voor de patiënt kan het abonnementstarief ertoe leiden tot belemmeringen als hij wil wisselen van huisarts. Dit hoeft echter niet zo te zijn als de inschrijving op naam centraal zou worden geregeld.

[41] - Plafondafspraken, waarbij de omzet die een instelling in rekening mag brengen van te voren begrensd is maar de aanbieder geen omzetgarantie heeft.
- Lumpsumafspraken, waarbij de omzet die een instelling in rekening mag brengen van te voren begrensd is maar de aanbieder een omzetgarantie.

2.3 Consulttarief (tarief per tijdseenheid)
Bij een bekostigingssysteem bestaand uit consulten, ontvangt de zorgaanbieder een afgesproken prijs voor elk te verrichten consult. Het tarief is gebaseerd op een tijdseenheid. Bij verschillende lengten van consulten kunnen verschillende tarieven toegepast worden.

Voor- en nadelen
De zorgaanbieder heeft een prikkel om veel consulten te verrichten, ongeacht welke zorgvraag daarmee behandeld wordt. De zorgverzekeraar heeft bij een consulttarief geen inzicht in welke specifieke zorg verricht wordt binnen de tijdspanne. Dit maakt het moeilijk inzichtelijk om bepaalde zorg onder te brengen bij de meest efficiënte aanbieder.

Binnen de geleverde prestaties (het consult) wordt geen macrobeheersing gerealiseerd. In zorgmarkten waar deze systematiek op dit moment wordt toegepast, worden macro-overschrijdingen dan ook binnen de tarieven (ex post) gecorrigeerd.

2.4 Verrichtingentarief
Bij een verrichtingentarief worden afspraken gemaakt waarbij de zorgaanbieder beloond wordt naar rato van het aantal en type verrichtingen dat hij uitvoert. De zorgaanbieder wordt via het verrichtingentarief beloond op basis van zijn geleverde productie.

Voor- en nadelen
Het verrichtingentarief heeft als voordeel dat inzicht wordt verkregen in welke zorgvraag behandeld wordt. Verder wordt het uitvoeren van meerdere verrichtingen binnen één consult beloond, dit geeft de zorgaanbieder de mogelijkheid zijn tijdbesteding zo efficiënt mogelijk in te richten.
Anderzijds kan een verrichtingentarief leiden tot overproductie van de zorgaanbieder. De zorgaanbieder is er immers bij gebaat zoveel mogelijk verrichtingen uit te voeren aangezien zijn inkomsten daar vanaf hangen.

Afgeleide hiervan is dat patiënten die adequatere zorg in de tweedelijn zouden kunnen ontvangen (onterecht) in de eerste lijn behandeld worden. Dit vanwege de stimulus voor de zorgaanbieder om zelf te behandelen.

Een bijkomende uitdaging is het vaststellen van de verschillende verrichtingen binnen de huisartsenzorg. De huisartsenzorg typeert zich in haar specialisme in generalisme. Dit houdt in dat een grote diversiteit van klachten en activiteiten plaatsvinden binnen de huisartsenzorg. Deze verscheidenheid aan verrichtingen of niet-verrichtingen (‘watchful waiting’) zou leiden tot een zeer omvangrijke registratie en daarmee een grote administratieve last voor de eerste lijn.

2.5 Trajectbekostiging
In een trajectbekostigingsmodel wordt voor een specifieke aandoening een behandeltraject bepaald die een patiënt zal doorlopen. Voor dit traject wordt een budget overeengekomen. De huisarts zou in dit model de rol van trajectregisseur kunnen vervullen zoals nu gebeurt bij integrale bekostiging van bijvoorbeeld diabeteszorg.

Voor- en nadelen
De zorgaanbieder zal proberen binnen het vastgestelde budget te blijven, aangezien discrepanties tussen daadwerkelijk gemaakte kosten en het vastgestelde budget niet (of eventueel deels) worden vergoed. Dit kan in het nadeel zijn voor de patiënt als hierdoor relevante zorg achterwege

gelaten wordt. Daarnaast bestaat het risico van 'upcoding' door de zorgaanbieder zodat meer budget beschikbaar is voor de betreffende patiënt.

Waar voor de zorgaanbieder het risico bestaat buiten budget te raken zodra budgetafspraken zijn gemaakt, loopt de zorginkoper na het overeenkomen geen risico. Wel is er voor de zorginkoper het risico van het bovengenoemde 'upcoding' van de zorgaanbieder. De uiteindelijke beheersbaarheid van het model hangt af van de capaciteit van de zorginkoper om een efficiënte prijs overeen te komen en het gevaar van 'upcoding' te mitigeren.

Voor wat betreft de triagefunctie van de huisarts binnen de eerste lijn leent trajectbekostiging daar weinig voor. Eerder zou de toepasbaarheid van trajectbekostiging gezocht moeten worden in keten- en langdurige zorg. Binnen deze vormen van zorg is het dan wel van belang een duidelijk beeld te hebben van case-mix factoren die de mogelijke zwaarte (en daarmee verbonden kosten) van de behandeling beïnvloeden. Duidelijke afscheiding en definities zijn hierbij van belang, dit vergroot de omvang van de registratie en de registratielast voor de zorgaanbieder.

2.6 Uitkomstbekostiging
Bij een model van uitkomstbekostiging worden afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over beloningen op basis van uitkomsten van de verzorgde populatie van de zorgaanbieder. Voorbeelden van goede uitkomsten zijn bijvoorbeeld betere gezondheid van de populatie, of meer geleverde kwaliteit en dienstverlening door de zorgaanbieder.

Voor- en nadelen
In tegenstelling tot andere bekostigingsmodellen bekostigd dit model de gezondheid van de populatie in plaats van de geleverde zorg aan de populatie door de zorgaanbieder. De zorgverlener krijgt in een model van uitkomstbekostiging een grote vrijheid om de zorgverlening in te richten op een manier waarop verwacht wordt het maximale resultaat te halen. Zorgverleners worden in dit model gestimuleerd zich te richten op de gezondheid van de populatie. De manier waarop deze gezondheid bewerkstelligd wordt is van ondergeschikt belang.

Uitdaging in het model is het zogenaamde 'cream skimming' van zorgverleners, waarbij de zorgverlener probeert minder gezonde patiënten te weren in zijn praktijk om op deze manier een verzorgde populatie te creëren met een goede basisgezondheid.

Een andere uitdaging naast 'cream skimming' is het ontwikkelen van een goede set. Het gebruik van resultaatindicatoren brengt het risico met zich mee dat zorgverleners zich richten op die zorg die gemeten wordt door de indicatoren, waardoor leemtes ontstaan in andere gebieden van niet-gemeten zorg.

3. Shared savings: gedeelde gezondheidswinst
In het model 'ruimte voor resultaat' is uitgegaan van een vorm van resultaatbekostiging waarbij inhoudelijke uitkomstindicatoren op het niveau van de patiënt/patiëntpopulatie worden gehanteerd om uitkomsten te meten en daar de financiële beloning deels van afhankelijk te stellen.

Er is ook een specifiekere vorm van uitkomstbekostiging denkbaar waarbij niet de inhoudelijke uitkomsten bij patiënten/patiëntpopulaties

tellen maar alleen de totale kosten van zorg van de patiëntenpopulatie als uitkomst wordt gedefinieerd. De sleutelgedachte van deze variant is dat de totale kosten van zorg goeddeels afhankelijk zijn van de gezondheid van de populatie: hoe gezonder de populatie wordt, hoe lager de totale zorgkosten van deze populatie zijn. Voor zover deze relatie tussen gezondheid en kosten stand houdt, geldt daarom dat zorgverzekeraars profiteren van stijgende gezondheid van de eigen verzekerdenpopulaties (dat hogere gezondheid tot lagere kosten leidt geldt in het algemeen, daarom worden de risico's ook verevend tussen bekende categorieën van gezondere en minder gezonde verzekerden). De besparingen als gevolg van de gezondheidswinst worden in deze variant door de zorgverzekeraar met de aanbieders van huisartsenzorg gedeeld. Dit wordt ook wel 'shared savings' genoemd.

Deze variant van 'shared savings' wordt hier kort beschreven omdat het in theorie grote voordelen biedt zoals kostenbeheersing, eenvoud, sturen op uitkomsten, innovatie en geïntegreerde zorg. Bovendien leeft deze variant in de sector – een aantal in de sector geplande experimenten is op de gedachte van 'shared savings' gebaseerd.

– Invulling 'Shared Savings'

Verondersteld wordt dat aanbieders van huisartsenzorg de beste kaarten in handen hebben om de gezondheid van de populatie te verbeteren. De zorgverzekeraar meet de kostenontwikkeling op integraal niveau. Als de zorgkosten van de populatie zich gunstiger ontwikkelen dan een (te definiëren) benchmark deelt de zorgverzekeraar deze besparingen met de huisarts. Hiermee deelt de huisarts in de zorgkostenbesparingen die hij in zijn populatie doet ontstaan door gezondheidswinst voor zijn populatie te bewerkstelligen.

– Integrale meting zorgkosten

In het 'shared savings' model worden besparingen als gevolg van gezondheidswinst tussen zorgverzekeraar en huisartsenzorgaanbieder gedeeld. Om de besparingen als gevolg van gezondheidswinst te meten moeten de totale zorgkosten worden gemeten, niet alleen de kosten van huisartsenzorg. De zorg die de huisarts levert kan namelijk tot besparingen leiden in de eerstelijnszorg, tweedelijnszorg, AWBZ en Wmo.

Grofweg zijn er vier niveaus van integrale meting van de zorgkosten te onderscheiden:

- Integrale meting van kosten eerstelijnszorg: stimulans tot efficiënte samenwerking en rem op dubbele handelingen.
- Meten van kosten van zowel eerste- als tweedelijnszorg: hierbij wordt de huisarts gestimuleerd tot doelmatig verwijzen.
- Integrale bekostiging curatieve zorg en AWBZ. De kwaliteit van de huisartsenzorg kan bijdragen aan minder kosten in de AWBZ.
- Integrale bekostiging waar ook de Wmo en Wpg (Wet publieke gezondheid) worden meegenomen: preventie kan een kostendalend effect hebben bij de curatieve zorg.

– Kostenbeheersing

Het grote voordeel van dit systeem is dat er vanuit de abonnementstarieven of het basisbudget geen productieprikkel is en dus geen risico tot overbehandeling, en dat de uitkomstbekostiging er voor zorgt dat huisartsen worden beloond wanneer zij erin slagen om de gezondheid van de populatie te bevorderen (tweede variant van het model). Hierdoor is er ook geen prikkel tot onderbehandeling, hetgeen een belangrijk voordeel is ten opzichte van simpeler budgetmodellen. De budgettaire risico's zijn daardoor beperkt terwijl de kwaliteit en toegankelijkheid geborgd zijn.

In het 'shared savings' model geldt dat alleen bij *besparingen* op populatieniveau sprake is van een resultaatafhankelijke uitkering aan de zorgaanbieder. Deze variabele component kan daarom niet tot macro overschrijdingen leiden.

– Eenvoud
Waar de verzekeraar hoofdzakelijk stuurt op daling van de integrale zorgkosten van de verzekerdenpopulatie kan de bekostiging van huisartsenzorg eenvoudiger zijn dan de huidige bekostiging. De zorgprofessionals krijgen dan meer autonomie om de zorg naar eigen inzicht zo effectief mogelijk in te richten, zonder dat daarop gestuurd wordt door verzekeraar of door het bekostigingsmodel met prestaties die de werkwijze (deels) bepalen. Het resultaat telt en besparingen als gevolg van dalende kosten worden gedeeld met de aanbieders van huisartsenzorg.

– Substitutie
In de 'shared savings' variant is er een prikkel tot substitutie waar die substitutie bijdraagt aan lagere gezondheidszorgkosten van de populatie. Dit veronderstelt wel dat naar de integrale kosten van de populatie wordt gekeken, zoals eerder toegelicht. Als dat het geval is, ontstaat een juiste substitutie prikkel – daar waar het doelmatiger is om een handeling door de huisarts zelf te laten uitvoeren is de huisarts ook geprikkeld om dit zelf te doen, terwijl de huisarts zal blijven doorverwijzen naar andere schakels in de keten wanneer de patiënt daar beter mee geholpen is.

– Preventie/gemeenten
Op dit moment is het zo dat preventie waarbij er een zorgvraag aan vooraf gaat behoort tot de zorgverzekeringswet, en dat preventie waarbij de zorgaanbieder zelf mensen benadert behoort tot het domein van de Wet publieke gezondheid (Wpg). Ook aandacht voor welzijn en maatschappelijke participatie (vallend binnen de reikwijdte van de Wmo) kunnen in een 'shared savings' variant een plaats krijgen. In de 'shared savings' variant kan aandacht voor preventie en welzijn lonen, als de kosten van preventie en welzijn lager liggen dan het deel van de 'savings' dat de initiator toekomt. Dit werkt echter alleen bij meerjarige contracten aangezien de effecten van preventie vaak pas (vele) jaren later neerdalen. De effectiviteit hiervan is daarom lastig te voorspellen.

– Noodzaak van meerjarige contracten
In sommige gevallen zullen de kosten voor de baten uitgaan, waarbij de baten mogelijk pas in latere jaren ontstaan (bijv. dieetadvies in jaar 1 leidt tot gezondheid in jaar 2 en verder).
Als aandachtspunt geldt daarom dat deze bekostigingsvariant voor langere termijn moet gelden om geheel tot zijn recht te komen. Ook zullen er meerjarige contracten nodig zijn tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.
– Invloed huisartsenzorg op gezondheidsuitkomsten
Als je afrekent op resultaten, veronderstelt dit dat je ook invloed hebt op de resultaten. In dit kader is een belangrijke vraag hoe groot de invloed van de huisarts op de gezondheidsresultaten is, aangezien een deel van de zorg wordt geleverd door partijen die autonome bevoegdheid hebben.

Het is denkbaar dat de huisarts zelf initiatieven ontplooit om zorgaanbieders die verbetering kunnen bewerkstelligen in de gezondheidsuitkomsten daartoe te stimuleren. Bijvoorbeeld door nauwer samen te werken, maar een soort subvariant van shared savings is ook denkbaar (tussen huisarts en andere zorgaanbieder).

– Gezondheidswinst die leidt tot kostenbesparing
Een aandachtspunt bij dit model is dat *kostenbesparende* gezondheidswinst centraal staat. Als de gezondheidswinst verbeterd kan worden tegen gelijkblijvende kosten, levert dat geen directe financiële prikkel op voor de zorgaanbieder om hier energie in te steken.

– Doelmatigheidsprikkel
Procesverbetering die tot grotere doelmatigheid leidt met gelijkblijvende gezondheidsresultaten wordt in deze variant eveneens beloond, aangezien het tot besparingen voor de zorgverzekeraar leidt (die vervolgens met de aanbieders van huisartsenzorg worden gedeeld). Dit betekent dat waar zorgaanbieders potentieel zien voor procesverbeteringen, het automatisch lonend wordt om de verbetering te realiseren. Dit kan tot verbeterde processen in de huisartsenzorg leiden (verwachting: kleine besparingen haalbaar) en tot verbeterde processen in de processen tussen huisartsen en tweede lijn (verwachting: grotere besparingen haalbaar). Het is zelfs denkbaar dat aanbieders van huisartsenzorg ziekenhuizen gaan belonen voor procesverbeteringen, aangezien de daaruit volgende besparingen ook weer tot hogere beloning voor de huisartsenzorg leiden. Als dat gebeurt treedt er in feite een tweede niveau van ‘shared savings’ op.

– Conclusie ‘Shared Savings’
Het concept van ‘Shared Savings’ is nog enigszins abstract maar lijkt op papier veel voordelen te bieden. Opvallend is ook dat er meerdere initiatieven zijn vanuit de sector zelf om varianten van ‘shared savings’ uit te werken en bij wijze van experiment uit te proberen. De NZa is groot voorstander van dit soort experimenten. Door op kleinere schaal met deze variant te experimenteren kan worden onderzocht welke voordelen daadwerkelijk ontstaan, en kunnen lessen worden getrokken voor een eventuele implementatie op grotere schaal in de toekomst.

Bijlage 2. Literatuurstudie SiRM

Vanwege de omvang van het rapport is de literatuurstudie van SiRM niet in dit document gevoegd. Het rapport staat op de website bij dit advies: http://www.nza.nl/publicaties/Adviezen/2012/.

Bijlage 3. Adviesvraag minister

De brief van de minister van VWS van 28 november 2011 waarin zij de NZa verzoekt dit advies uit te brengen, staat op de website bij dit advies: http://www.nza.nl/publicaties/Adviezen/2012/.