

Aan de Nederlandse Zorgautoriteit, t.a.v.  
de heer mr. Drs. T.W. Langejan, bestuursvoorzitter en  
de heer dr. E.E.A. de Laat, dir. Zorgmarkten Cure  
[cure@nza.nl](mailto:cure@nza.nl)

Commentaar van VPHuisartsen op het NZa Consultatiedocument 'Bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, Het 3-segmenten-model' van december 2013

Amsterdam, 21 januari 2014

Geachte heren,

Het bestuur van VPHuisartsen spreekt haar waardering uit voor de wijze waarop u het veld betreft bij de discussie over het bekostigingsmodel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Het consultatiedocument toont aan hoe ingewikkeld de opdracht is waar de NZa voor staat. Het in balans houden of brengen van zorgcultuur en marktprincipes door een bekostigingsmodel dat zorgverleners en -inkopers in staat stelt op eenvoudige wijze sluitende afspraken te maken over de te leveren zorg.

Gezien het belang van de bekostigingsvoorstellen voor de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg en de mogelijkheden voor partijen om aan de discussie substantieel bij te dragen, is de termijn van 3 weken na publicatie van het consultatiedocument wel wat krap bemeten. Als betrokken beroepsorganisatie vragen wij meer tijd om te reageren op alle relevante aspecten van het gepresenteerde '3-segmenten-model'.

Daarbij komt dat een aantal randvoorwaarden dat nodig is om de hierboven beschreven balans te bereiken, nog niet is ingevuld. We doelen daarbij op de ontwikkeling van een gedifferentieerd MBI en een monitoringsinstrument dat bij kan dragen overschrijdingen in één van de drie segmenten te voorkomen. Ook is de bekostiging van de ANW-zorg buiten de scope van uw conceptadvies gebleven.

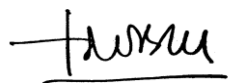
Wij geven u in overweging uw eindadvies op te schorten tot er een evenwichtiger beoordeling mogelijk is mede op grond van de uitkomsten van onderzoek naar de impact van het 3-segmenten-model. Dit zal bij kunnen dragen aan een verbreding van het draagvlak onder betrokken organisaties en zorgaanbieders voor de nieuwe bekostigingssystematiek,

In de bijlage lichten wij een aantal gesignaleerde problemen toe en geven enkele suggesties voor aanpassingen van het 3-segmenten-model.

Met vriendelijke groet,  
Namens het bestuur van VPHuisartsen,

W.N. van den Berg, voorzitter

J.C. Nobel, secretaris



## Toelichting en suggesties

### Sturing gewenste ontwikkelingen

Naast professionele en zorginhoudelijke factoren kan ook een honoreringsstelsel sturing geven aan gewenste ontwikkelingen in de zorg. Het dient echter geen perverse prikkels te bevatten. Het principe van *loon naar werken* zou leidend moeten zijn. De geïnvesteerde arbeidstijd dient mede bepalend te zijn voor de omvang van de budgetten voor de segmenten S1, S2 en S3 en voor de daarvan afgeleide tarieven. Daarnaast dient de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg te worden geborgd in de financiering.

### Reguliere basiszorg: kerntaak en kernwaarde van de huisartsgeneeskunde

Een nieuw bekostigingsmodel zal de uitgangspunten van de huisartsgeneeskunde dienen te respecteren: generalistische, persoonsgerichte en continue zorg. Het zicht en de betrokkenheid op de patiënt, het handelen van de huisarts en de kwaliteit van de huisartsenzorg worden er door bepaald, ook waar de huisarts steeds meer gestructureerd samenwerkt met andere zorgverleners in de eerstelijns. Het zal de huisartsenzorg schaden wanneer de huisarts verwordt tot procesmanager ten koste van het persoonlijk contact in de zorg voor zijn patiënten.

De kern van de huisartsenzorg is de reguliere basiszorg, waarin de competenties van de huisarts maximaal worden benut. Al jaren besteden huisartsen circa 90% van hun werktijd aan de basiszorg. De gemiddelde arbeidstijd in 2012 bedroeg 60.6 huisartsenuren exclusief ANW-zorg en nascholing per normpraktijk van 2350 patiënten (Meetweek 2012, VPHuisartsen).

### Segment 1

VPHuisartsen is blij met het (voorlopige) behoud van het gemengde tariefstelsel dat bewezen heeft huisartsen in hun actieve rol te stimuleren zonder te verworden tot een perverse prikkel. Belangrijk daarbij is dat het een goede registratiemogelijkheid biedt voor alle partijen om te zien hoeveel tijd de huisarts besteedt aan de basiszorg.

Segment 1 staat voor de kernwaarden van de huisarts die het onder meer mogelijk maken dat deze succesvol kan opereren in de overige segmenten.

VPHuisartsen zou graag zien dat de NZa de regulering van dit segment baseert op het gewenste kostenniveau van wat er aan personeel en infrastructuur nodig is voor het leveren van de zorg in S1.

De nieuwe bekostigingsvoorstellen van de NZa beschermen de basiszorg (S1) en daarmee de kernwaarden *zeker niet*, nu de tarieven in S1 het reservoir vormen om eventuele overschrijdingen van het macrobudget elders (S2, S3 of ANW-zorg) te compenseren. De drie segmenten vormen macrobudgettair immers communicerende vaten waarbij een reëel systeemrisico bestaat van afbreuk van segment 1 omdat het MBI op dit moment alleen daar aangrijpt.

### Consensus over zorgaanbod en organisatie

Binnen de multidisciplinaire (eerstelijns)zorg zal de huisarts over voldoende zeggenschap moeten beschikken om zijn verantwoordelijkheid voor een integraal zorgaanbod ook mogelijk te maken. Regionale zorggroepen dienen daarbij volgens VPHuisartsen faciliterend en ondersteunend te zijn aan de zorgverleners. Voorkomen moet worden dat een zware kostbare managementlaag wordt gecreëerd voor administratieve beheers- en controletaken gevestigd in prestigieus vastgoed. Er bestaat een groeiende behoefte om tot landelijke afspraken te komen tussen verzekeraars, overheid en zorgaanbieders over multidisciplinaire zorg. VPHuisartsen is voorstander van landelijk overleg en consensus over inhoud en kosten van de huisartsenzorg, zowel over chronische of multidisciplinaire zorg als de basiszorg. Zie Visiedocument VPHuisartsen 2010. Dit bespaart onnodige organisatie- en beheerskosten en biedt meer rust en tijd voor zorg.

## **Substitutie en uitbreiding huisartsenkader**

In het Convenant 2014-2017 zijn afspraken gemaakt over de mogelijkheid dat substitutie aanleiding kan geven tot uitbreiding van het kader huisartsenzorg. In het door de NZa beschreven 3-segmenten model wordt nergens duidelijk gemaakt waar deze extra middelen zullen landen en wat er vervolgens mee gebeurt.

## **Verlaat de huisarts de praktijk?**

De uitspraak (blz 7) over de huisarts dat het *'steeds meer nodig is dat hij/zij de praktijk verlaat voor overleg met bijvoorbeeld andere zorg-/hulpverleners of gemeente'*, en dat consultbesteding als nadeel heeft dat het de huisarts in de praktijk houdt, is zeer opmerkelijk. Los van de vigerende eisen van bereikbaarheid en beschikbaarheid (beroepsnormen, IGZ) bepaalt een huisarts (praktijkhouder) zijn keuzes voor zorgverlening op basis van professionele en zorginhoudelijke overwegingen. Onderzoek door Christel van Dijk<sup>1</sup> heeft aangetoond dat het niveau van het huidige consulttarief geen perverse prikkel is.

## **ANW-financiering**

Financiering van de ANW-zorg is niet opgenomen in de bekostigingsvoorstellen. Dat is naar het oordeel van VPHuisartsen alleen aanvaardbaar als het budget voor de ANW-zorg wordt gescheiden van het budget voor de dagzorg of wanneer er een differentiatie van het MBI is uitgewerkt. Deze zelfstandige financiering van geïntegreerde spoedzorg (HAP en SEH) werd voorgesteld door KPMG Plexus en VPHuisartsen in november 2012<sup>2</sup>.

De kosten voor de ANW-zorg stijgen jaarlijks gemiddeld met 5.8% (zelfs bij een dalende productie in 2012) en dragen bij aan overschrijding van het huisartsenkader en daarmee aan tariefsverlaging in de basiszorg.

## **POH-S**

POH-S is een belangrijke verworvenheid van de huisarts en een bewezen kwaliteitsimpuls voor de chronische zorg en mogelijkheid tot taakdelegatie. Om de praktijkhouder enige vrijheid te garanderen bij de inzet van POH-S zou een substantieel deel van de kosten POH-S binnen segment 1 in het inschrijftarief kunnen worden ondergebracht.

## **Segment 2**

VPHuisartsen staat positief tegenover *gedeelte*lijke regulering binnen dit segment nu 8 jaar zorgstelsel heeft laten zien dat vrije onderhandelingen tot hoge transactiekosten, veel administratieve overlast en een afnemend vertrouwen (partnership) hebben geleid. Er zijn geen aanwijzingen dat dit in de komende jaren anders zal zijn.

Voor de chronische zorg stellen wij u een hybride financiering voor:

1. Landelijk gereguleerde tarieven in de vorm van een opslag op het inschrijftarief op basis van:
  - prestatieomschrijving van de verschillende zorgstandaarden
  - omschrijving van het gewenste kostenniveau voor de infrastructurele voorzieningen die nodig zijn om de zorgstandaarden kwalitatief goed uit te voeren
  - daarmee verband houdende personeelskosten (POH).
2. Vrije tarieven per patiënt op basis van:
  - populatiegebonden en regionale factoren die bepalend zijn voor de zorgzwaarte
  - outcomeparameters (bijvoorbeeld aantal diabeten in tweede lijn).

---

<sup>1</sup> Christel van Dijk. *Changing the GP paymentsystem: do financial incentives matter? Proefschrift 2012*

<sup>2</sup> KPMG Plexus. *De basisspoedzorg, hoe het anders kan. Onderzoeksrapport in opdracht van VPHuisartsen 2012*

### **Meekijkconsult**

Het meekijkconsult hoort wat VPHuisartsen betreft niet thuis in segment 2. Wij zouden dit voornamelijk in segment 3 willen plaatsen (onder hoofdstuk Innovatie) om eerst te kunnen bezien wat de meerwaarde ervan is. Bij bewezen meerwaarde kan het naar segment 1. Het honorarium van de specialist hoort uit het macrobudget voor de tweedelijns te komen. De voorwaarden waaronder een meekijkconsult kan worden ingevoerd dienen goed te worden omschreven zodat substitutie daadwerkelijk wordt bevorderd en de invoering van het meekijkconsult geen bedreiging vormt voor S1 maar op den duur juist mogelijkheden biedt tot uitbreiding van het budgettaire kader van dit segment.

### **Segment 3**

Dit segment mist een duidelijke beschrijving van een beperkt aantal deelgebieden binnen de huisartsgeneeskunde waarop prestatieomschrijvingen gebaseerd kunnen worden. De honderden 14XXX omschrijvingen die in steeds mindere mate worden gevolgd door niet-preferente verzekeraars, dienen vervangen te worden door een veel kleiner aantal prestaties dat is afgestemd op de gewenste ontwikkelingen in de komende jaren. Het convenant 2014-2017 biedt daartoe voldoende handvatten.

### **Veel vragen nog niet te beantwoorden.**

De geschetste herziening van de bekostigingsstructuur, relatief kort na de voorgaande (2006), roept talrijke vragen op. Veel is nog niet ingevuld en hopelijk zullen de resultaten van (nog uit te voeren) onderzoek meer duidelijkheid bieden over de impact van het 3-segmentenmodel.

Worden innovatie en kwaliteit van zorg door het bekostigingsmodel gestimuleerd?

Nemen administratieve en organisatorische lasten toe of af?

Wat verandert er in de toekomstige positie van kleinere praktijkvormen (solo/duopraktijken) in stad en platteland bij de voorgestelde schaalvergroting van (de organisatie van) diverse zorgtaken?

Wat zijn de feitelijke ervaringen tot nu toe met populatie- of regiogebonden financiering?

### **Middellange termijn**

De richting lijkt door de NZa al gekozen te zijn. Echter zonder dat er uitkomsten van onderzoek bekend zijn op basis waarvan de impact van de voorgestelde transitie enigszins kan worden voorspeld. Mede op grond van deze vaststelling stelt VPHuisartsen voor het definitieve NZa-advies over de bekostigingssystematiek, op te schorten.

Wij hopen dat de NZa zich voldoende tijd en overleg toestaat om te komen tot een breed gedragen en toekomstbestendig bekostigingsmodel voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

januari 2014/vph