

HET ROER GAAAT OM

In dialoog naar
anders samenwerken
in de huisartsenzorg



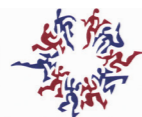
Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport



Zorgverzekeraars Nederland



Inhoud

Het roer gaat om

In dialoog naar anders samenwerken in de huisartsenzorg 4

1 Bureaucratie en administratieve lasten 5

2 Samenwerking en gelijkwaardigheid 9

3 Kwaliteit 16

Het roer gaat om

In dialoog naar anders samenwerken in de huisartsenzorg

oktober 2015

In het voorjaar van 2015 mondde de al langer aanwezige spanning in de relaties in de huisartsenzorg uit tot een publieke roep om verandering. Actiecomité Het Roer Moet Om raakte met hun Manifest een gevoelige snaar, die veel bijval kreeg van zowel huisartsen als anderen. Het moet anders, in het belang van patiënten en huisartsen.

In een debat in juni werd duidelijk dat huisartsen(organisaties), zorgverzekeraars, toezichthouders en overheid de noodzaak tot verandering allen steunen. Het actiecomité Het Roer Moet Om verzocht alle partijen dringend om deze intenties dan ook zo snel mogelijk -uiterlijk 1 oktober 2015- om te zetten in concrete veranderingen. Minister Schippers viel hen daarin bij.

Uit de impasse

Nieuwe en hernieuwde bewegingen kwamen op gang! De zomer van 2015 stond in het teken van intensieve gesprekken. Met als belangrijkste doel: oplossingen te vinden in anders (samen) werken. Centraal stonden de thema's: meer samenwerking en gelijkwaardigheid, minder bureaucratie en administratieve lasten en (meer vertrouwen in) kwaliteit.

Gedeelde intentie

LHV, InEen, NHG, VPHuisartsen, NPCF en de zorgverzekeraars¹ praatten met elkaar en met VWS, IGZ, NZa en ACM. Natuurlijk waren er verschillende visies en meningen over de beste manier om samen te werken, in het belang van optimale huisartsenzorg. Iedere gesprekspartner aan de overlegtafel heeft immers een eigen rol in de huisartsenzorg.

Uitgangspunt was echter steeds de gedeelde intentie om te veranderen en verbeteren. En de bereidheid om niet star vast te houden aan werkwijzen en voorwaarden. Dat maakte het mogelijk om het op belangrijke punten eens te worden en nieuwe afspraken met elkaar te maken. Met daarbij scherp op het netvlies: de huisarts en wat deze nodig heeft om patiënten de beste zorg te kunnen bieden.

Concreet

In dit voorstel presenteren alle partijen de concrete veranderingen die zij met elkaar hebben afgesproken, doorgevoerd of op korte termijn gaan doorvoeren. Waar de tijd te kort was, nog geen overeenstemming is of verdere uitwerking nodig is, hebben de partijen scherpe vervolgspraken gemaakt. Bovendien hebben de deelnemende partijen besloten om het werk rondom de drie thema's na 1 oktober voort te zetten. Om ervoor te zorgen dat de beweging niet eenmalig is, maar toekomstbestendig wordt. In het belang van huisartsen, maar vooral van patiënten.

Hiermee geven zij gehoor aan de oproep van minister Schippers, maar bovenal aan de luide en duidelijke boodschap van ruim 8.000 huisartsen.

¹ Met uitzondering van DSW, die in eerste instantie wel participeerde in de gesprekken, maar in een later stadium heeft aangegeven niet te willen deelnemen.

1 Bureaucratie en administratieve lasten

Tijd die verloren gaat aan bureaucratie en administratieve lasten is tijd die niet meer beschikbaar is voor huisartsenzorg. Dit is frustrerend voor alle betrokkenen, omdat het een verspilling van tijd en geld is die niet aan de patiënt ten goede komt. Niemand wil onnodige bureaucratie en administratieve lasten, toch zijn administratieve verplichtingen tot op zekere hoogte onvermijdelijk. Immers: zorgverzekeraars hebben de taak om te controleren en zij moeten zorgen voor goede serviceverlening aan hun verzekerden. Aan de andere kant dragen sommige administratieve verplichtingen ook bij aan goede patiëntenzorg.

Het klinkt eenvoudig: verminder de administratieve belasting, schaf regels en formulieren af en pas regelgeving aan als dat nodig is. En: zorg dat geen nieuwe administratieve lasten ontstaan. Om dit te realiseren, hebben de partijen praktische oplossingen op korte termijn geformuleerd. Maar ook meer structurele spelregels, die op termijn hun waarde moeten bewijzen.

Verschillende accenten, dezelfde intenties

Volgens de huisartsenorganisaties moeten administratieve lasten vooral berusten op het vertrouwen dat gemaakte afspraken worden nagekomen. Administratieve verplichtingen moeten alleen bestaan als zij een bijdrage leveren aan goede zorg voor de patiënt. Zorgverzekeraars vinden administratieve verplichtingen ook nuttig waarmee zij doelmatigheid en rechtmatigheid van gedeclareerde zorg kunnen controleren. Om zo te voorkomen dat patiënten achteraf worden geconfronteerd met nabetaling van zorgkosten. De NZa is het met de zorgverzekeraars eens, maar ziet ruimte om deze controle anders in te richten. VWS wil dat alleen echt noodzakelijke gegevens worden verzameld en als gegevens al bekend zijn, ze niet nogmaals worden opgevraagd.

Gedeelde uitgangspunten

Huisartsen, zorgverzekeraars en andere gesprekspartners delen deze uitgangspunten:

- Administratieve verplichtingen mogen niet tot onnodige administratieve lasten leiden.
- Administratieve verplichtingen moeten de zorg aan patiënten ten goede komen.
- Afspraken tussen betrokken partijen zijn helder vastgelegd. Bij het nakomen daarvan geldt vertrouwen in elkaar als basis.
- Schaf bestaande verplichtingen waar mogelijk af, beperk administratieve verplichtingen tot het noodzakelijke minimum.
- Administratieve verplichtingen worden vereenvoudigd, gestandaardiseerd, geüniformeerd, geautomatiseerd en geïmplementeerd.
- Controle sluit zo veel mogelijk aan op reeds verzamelde gegevens.
- Huisartsen krijgen geen administratieve verplichtingen opgelegd die betrekking hebben op overeenkomsten tussen anderen (bijvoorbeeld afspraken tussen verzekeraar en apotheker).

Aan de basis van de oplossing

De administratieve lasten in de huisartsenzorg zijn te verdelen naar administratie die te maken heeft met het voorschrijven van genees- en hulpmiddelen, verwijzingen en ketensamenwerking, declaratieverkeer, informatie-uitwisseling tussen systemen en externe uitvragen van informatie. Om de bureaucratie en administratieve lasten voor deze verschillende categorieën aan te pakken, zijn zes oplossingsrichtingen gekozen:

- 1 Schaf herhaalde aanvragen in het voorschrijven van genees- en hulpmiddelen af
- 2 Geen aanvullende formulieren voor voorschrijven, alleen een eenmalig basisrecept
- 3 Vereenvoudig en uniformeer de resterende formulieren
- 4 Maak controles zo eenvoudig mogelijk
- 5 Deel volgcontracten met andere zorgverzekeraars digitaal
- 6 Maak nadere afspraken over het indienen en afhandelen van declaraties

Concrete afspraken

Ook zijn er per categorie concrete oplossingen geformuleerd. Daarbij ligt voor nu het accent vooral op voorschrijven en verwijzingen en ketensamenwerking. Per 1 januari 2016 gelden de volgende afspraken:

Administratie die te maken heeft met het voorschrijven van genees- en hulpmiddelen

- In het voorschrijven van geneesmiddelen, hulpmiddelen, incontinentiemateriaal, verbandmiddelen en speciale voeding is het recept afdoende. Afzonderlijke formulieren komen hiermee te vervallen. Een recept is een recept.
- Herhaalde machtigingen in het voorschrijven van materialen bij chronische aandoeningen (onder andere incontinentiemiddelen en verbandmateriaal bij langdurige wondbehandeling) worden geschrapt. Een eenmalig recept is genoeg, ook binnen de wet- en regelgeving.
- Bij het voorschrijven van spécialité geneesmiddelen² is een vermelding van medische noodzaak op het recept afdoende. Hiervoor hoeven geen afzonderlijke formulieren meer te worden ingevuld.
- Bij het voorschrijven van medicatie bij stoppen met roken volstaat de vermelding SMR op het recept, zonder apart formulier.
- De huisarts hoeft maar eenmalig een machtiging te geven voor Baxter-afgifte door de apotheek. Dit betekent dus een eenmalig recept hiervoor van de huisarts. Jaarlijks herhalen van deze machtiging is niet nodig.

Administratieve lasten die te maken hebben met verwijzingen en ketensamenwerking

- Voor patiënten met een chronische aandoening zijn geen herhaalde verwijzingen en machtigingen van huisartsen nodig voor behandeling door een specialist, in verband met deze aandoening. Denk daarbij aan bijvoorbeeld patiënten met Parkinson of MS (langdurig onder behandeling bij de neuroloog) of met hartfalen (cardioloog), of aan kinderen met aangeboren afwijkingen waarvoor langdurige controles nodig zijn.
- Voor een doorlopende medisch-specialistische behandeling is geen volgende machtiging of verwijzing vereist, noch na een jaar, noch na afloop van een kalenderjaar.
- Voor alle verwijzingen (GGZ en andere verwijzingen) van huisartsen geldt dat alleen AGB-code en het type verwijzer de wettelijk vereiste componenten zijn van een verwijzing, mogelijk aangevuld met de componenten waarover de zorgaanbieder en zorgverzekeraar onderling afspraken hebben gemaakt. Een voorwaarde is dat deze onderlinge afspraken niet onnodig belastend zijn voor de huisarts of de zorgverzekeraar.

Het vervolg

Administratieve lasten die te maken hebben met declaratieverkeer

De aanpak voor de categorie administratieve lasten in relatie tot het declaratieverkeer kost meer tijd. Hieraan werken zorgverzekeraars en huisartsenorganisaties na 1 oktober verder, zij betrekken daar ook nadrukkelijk de mogelijkheden van ICT bij. Een projectgroep CIZ-indicaties gaat aan de slag met de communicatieproblemen die huisartsen en zorgverzekeraars ervaren nadat CIZ-indicaties worden gewijzigd. Hierbij worden ook de knelpunten bekeken die dit oplevert in het declaratieverkeer.

Overige administratieve lasten

Informatie-uitvragen van andere zorgverleners en andere partijen: ook voor deze categorie moet nog een aanpak komen.

Invoering

De intensieve dialoog in de zomer moet geen eenmalige exercitie zijn. De partijen hebben daarom met elkaar afgesproken dat een aantal (deels eerder gestarte) acties een vervolg krijgt na 1 oktober. Daarbij gaat het onder andere om het creëren van een vangnet voor invoeringsproblemen, de benodigde communicatie en het voorkomen van nieuwe bureaucratie.

² Dit heeft betrekking op afwijkingen van aanspraken in relatie tot het preferentiebeleid onder vermelding van medische noodzaak (MN) op recept zoals bijvoorbeeld bij het voorschrijven van spécialité geneesmiddelen.

Bureaucratie en administratieve lasten

- Overbodige formulieren komen te vervallen: een recept is een recept, ook voor spécialité geneesmiddelen en stoppen met roken
- Herhaalde machtigingen in het voorschrijven van materialen bij chronische aandoeningen worden geschrapt: een eenmalig recept is genoeg bijvoorbeeld bij verband- en incontinentiematerialen of Baxter-afgifte
- Herhaalde verwijzingen voor patiënten met een chronische aandoening of doorlopende medisch-specialistische behandeling zijn niet meer nodig
- De enige wettelijk vereiste componenten van een verwijzing zijn AGB-code en type verwijzer, aanvullingen alleen in goed onderling overleg tussen huisarts en zorgverzekeraar
- Zorgverzekeraars en huisartsenorganisaties starten na 1 oktober met een aanpak om de administratieve lasten in het declaratieverkeer te verminderen
- Een projectgroep CIZ-indicaties gaat aan de slag met de communicatieproblemen die huisartsen en zorgverzekeraars ervaren nadat CIZ-indicaties worden gewijzigd, ook in het declaratieverkeer

2 Samenwerking en gelijkwaardigheid

De Mededingingswet en het toezicht op de naleving van deze wet hebben bij de beroepsgroep en hun organisaties onzekerheid opgeroepen. De afgelopen jaren is de relatie tussen huisartsen/huisartsorganisaties en zorgverzekeraars onder druk komen te staan. Alle partijen hebben belang bij ontspanning rondom dit thema en willen de mogelijkheden onderzoeken die daaraan bijdragen. Op drie gebieden zijn afspraken gemaakt over maatregelen om samenwerking en gelijkwaardigheid te bevorderen:

1. Uniformeren van contracten op onderdelen

Huisartsen, zorggroepen en gezondheidscentra hebben te maken met contracten van verzekeraars die verschillende eisen stellen aan de praktijkvoering: kwaliteitseisen, verantwoording, controle et cetera. Om het behapbaar, overzichtelijk en goed uitvoerbaar te houden hebben huisartsen behoefte aan meer uniformiteit. Werken met een -op onderdelen- uniform basiscontract kan samenwerking en gelijkwaardigheid tussen huisartsen(organisaties) en verzekeraars verbeteren.

Oplossingen

De partijen hebben afgesproken om de contracten van verzekeraars op een aantal punten te uniformeren:

- Basis kwaliteit
- Toegankelijkheid
- Declaraties
- Controles (systematiek)
- Registratie
- Verantwoording
- Fraude
- Duur en einde van de overeenkomst
- Geschillen

Lokale, regionale of individuele overleggen kunnen dan primair gaan over afspraken over de inhoud van de zorg (product), de financiering (tarifiering), vernieuwing en innovatie. Daarnaast is het de bedoeling om landelijk meerjarige overeenkomsten af te sluiten. De partijen gaan meer duidelijkheid geven over het volgebeleid met een nadere uitwerking. Dat is een verbetering en een vereenvoudiging van het contracteringsproces.

Voorwaarde voor uniformering is dat er voldoende ruimte is voor regionale, lokale en/of individuele inkleuring en overleg, zoals specifieke kwaliteitsafspraken, ketenzorg en populatie-bekostiging en vormgeving van regionale projecten en initiatieven.

Het vervolg

Zorgverzekeraars en huisartsenorganisaties hebben met elkaar afgesproken om gezamenlijk een –op onderdelen- uniform basiscontract voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg te realiseren. Voor 1 april 2016 moet er hiervoor een voorstel liggen, dat dan per 1 januari 2017 van kracht kan worden in de contractering voor 2017 en verder. Ook hebben zorgverzekeraars toegezegd waar mogelijk deze landelijke basis mee te nemen in lopende meerjarige afspraken.

2. Good contracting practices

De NZa heeft een aantal adviezen en richtlijnen gegeven voor het goed verlopen van het contracteringsproces. Uitwerking en verbetering van deze good contracting practices kan helpen om de contractering tussen huisartsen, huisartsenorganisaties en verzekeraars beter te laten verlopen.

Gedeelde uitgangspunten

De partijen hebben een aantal aanbevelingen om het onderlinge vertrouwen en de gelijkwaardigheid te versterken, zowel landelijk en regionaal: zoek op een respectvolle manier verbinding, deel je dilemma's, benoem daarbij steeds ieders belang, onderhoud wederzijds regulier contact en wees bereikbaar op het juiste niveau, streef naar gelijkwaardigheid bij het maken van (contractuele) afspraken, zorg dat alle betrokkenen bij de uitvoering tijdig en volledig op de hoogte zijn van datgene dat wordt besproken/afgesproken.

Daarnaast hebben zij een aantal beleidsuitgangspunten geformuleerd:

- Bij het inkoopbeleid staat het vertrouwen in het professioneel handelen van de zorgverlener voorop, het is de zorgverlener die de medische afwegingen maakt bij zijn beleid voor een patiënt.
- De verzekeraar sluit bij de contractering aan bij de door de beroepsgroep ontwikkelde landelijke of regionale richtlijnen en zorgstandaarden.
- Het inkoopbeleid stimuleert en faciliteert samenwerking in de zorg, zowel multidisciplinair als tussen huisartsen onderling.
- Bestaande administratieve lasten van het contracteerproces worden verminderd en lasten mogen niet toenemen met nieuw beleid.

Concrete afspraken

Zorgverzekeraars en huisartsenorganisaties hebben op basis hiervan een aantal concrete afspraken gemaakt om good contracting in de praktijk te brengen:

- A** Zorgverzekeraars stellen voor 1 april 2016 op verzoek voorbeelden, rekenmodellen en business cases uit bestaande contracten beschikbaar, in ieder geval voor aanbieders waarmee contracten worden afgesloten.
- B** Voordat nieuw beleid voor de contractering wordt opgesteld, houden zorgverzekeraars een evaluatie van de lopende contractperiode onder contractanten. De resultaten hiervan delen zij met alle gecontracteerde huisartsen en huisartsenorganisaties.
- C** Zorgverzekeraars betrekken (representatieve vertegenwoordigers van) zorgaanbieders tijdig en intensief bij het opstellen en uitwerken van het beleid voor de komende contractperiode (2017 e.v.). Zorgaanbieders realiseren (regionaal) de representatieve vertegenwoordiging.

D Bereikbaarheid en overlegmogelijkheden worden verbeterd:

- Zorgverzekeraars zijn gedurende het jaar, de gehele werkweek telefonisch en digitaal bereikbaar voor vragen of knelpunten over de contractering en zij communiceren actief hun contactgegevens.
- Van beide zijden wordt gezorgd voor een goed aanspreekpunt.
- Alle relevante informatie is tijdig digitaal toegankelijk.
- Op vragen of problemen reageren zorgverzekeraars uiterlijk binnen 5 werkdagen. Afhandeling van meer bewerkelijke vragen gebeurt uiterlijk binnen 2 werkweken.
- Tussen de zorgverzekeraars en de regionale representatieve vertegenwoordigers vindt uitwisseling plaats over gesignaleerde structurele knelpunten en verbetervoorstellen.
- Als door bijzondere omstandigheden het contractaanbod niet past voor een individuele zorgaanbieder, is er altijd de mogelijkheid om hierover in contact te treden met de verzekeraar om maatwerk te bespreken.

E Bij conflicten treden partijen eerst met elkaar in overleg. De zorgverzekeraar reageert binnen 2 weken op een ingebracht knelpunt. Als na zorgvuldig overleg geen overeenstemming is bereikt, kunnen partijen zich wenden tot een landelijke onafhankelijke geschillencommissie. Deze zou uiterlijk 1 april 2016 operationeel moeten zijn.

F Zorgverzekeraars bieden vanaf 2016 meerjarige contracten aan.

G Duidelijkheid over het volgsbeleid van verzekeraars wordt verschaft na nadere uitwerking.

H Flexibiliteit en maatwerk tijdens de looptijd van het contract zijn mogelijk, denk aan aanpassing van het lopende contract als de (regionale) situatie daar om vraagt.

I Zorgverzekeraars maken vooraf, na overleg met de regionale vertegenwoordigers, kenbaar aan welke eisen een projectvoorstel moet voldoen en hoe wordt getoetst.

J In januari 2016 moet voor alle contractpartijen het proces met tijdschema van de contractering 2017 en daarna duidelijk zijn. Dit geldt zowel voor aanpassingen in lopende meerjarige contracten, als nieuwe eenjarige of meerjarige contracten. Het proces moet voldoende tijd bieden voor onder andere evaluatie en inventarisatie wensen van partijen, overleg met (regionale) partijen over de invulling en bestudering van het aanbod (6 weken reactietijd voor zorgaanbieders).

Het vervolg

De partijen hebben afgesproken om de voorwaarden voor afwijzing en de beroepsmogelijkheid bij projecten en de voorwaarden voor maatwerk nog verder uit te werken. Ook komt er verdere invulling van de onafhankelijke geschillencommissie en stellen de partijen een definitie op voor representativiteit en volgsbeleid.

Gezamenlijk bepleiten de koepelorganisaties bij VWS en NZa om zo snel mogelijk over te gaan tot meer langjarige besluitvorming rond de beleidsregels voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. Om zo langjarige contractering en tijdige besluitvorming over het inkoopbeleid mogelijk te maken.

3. (Toepassing) mededingingswet

Onder huisartsen en huisartsenorganisaties heerst onduidelijkheid en angst voor de toezichthouder. Dit komt deels door onbekendheid met de wet en door de grote impact van de boete die aan de LHV is opgelegd. De vrees voor het toezicht van ACM leidt in de praktijk tot onnodig risicomijdend gedrag, met als gevolg dat goede en vernieuwende initiatieven in de eerstelijnszorg soms in de kiem worden gesmoord. Daarnaast is er behoefte om de wettelijke ruimte te verkennen, die het machtsverhouding tussen huisartsen en verzekeraars bepaalt. Om zo goede zorg voor patiënten en verzekerden ook daadwerkelijk tot stand te brengen. De huisartsenorganisaties en zorgverzekeraar DSW vinden dat los daarvan de machtsverhouding tussen de verzekeraars en de huisartsen een correctie behoeft.

Centraal staat hoe de ongewenste effecten tegen te gaan van de belemmeringen die huisartsen(organisaties) als gevolg van (de toepassing van) de mededingingsregels ervaren. Daarbij is zowel binnen als buiten de huidige kaders van de wet gekeken.

Concrete afspraken

Voor de aanpak van deze knelpunten zijn twee oplossingsrichtingen gekozen: de wijze waarop ACM toezicht houdt en de wettelijke ruimte verkennen.

Toezicht door de ACM

De ACM heeft een document gepubliceerd waarin zij haar toezicht op zorgaanbieders in de eerste lijn nader toelicht en de ruimte die de Mededingingswet biedt voor samenwerking die het belang van de patiënt en verzekerde dient. De ACM geeft aan dat zolang een samenwerking niet heimelijk plaatsvindt en zorgaanbieders, patiënten (of hun vertegenwoordigers) en zorgverzekeraars er gezamenlijk uitkomen, er voor de ACM geen aanleiding is om aan te nemen dat een samenwerking schadelijk is en er mogelijk sprake is van een overtreding. Als de ACM een signaal ontvangt dat er mogelijk sprake is van een schadelijke samenwerking dan zal zij dat onderzoeken en zal zij zo nodig snelle en effectieve aanpassing of beëindiging van de samenwerking verlangen.

Het kan zijn dat de betrokken zorgaanbieders het niet met ACM eens zijn dat de samenwerking in strijd is met de Mededingingswet en dat zij de samenwerking willen voortzetten. ACM kan in dat geval naleving van de Mededingingswet met een formeel besluit afdwingen. Ook dan blijft het doel voor ACM om de schadelijke elementen van de samenwerking snel te beëindigen en de norm naar de toekomst toe te verhelderen. Dat is in het belang van de betrokken partijen en de markt. Deze uitleg van de ACM draagt aantoonbaar bij aan het reduceren van de angst onder huisartsen voor de toezichthouder.

Aanpassing Mededingingswet verkennen

De verheldering van het toezicht door de ACM neemt waarschijnlijk een belangrijk deel van de ervaren problemen weg. Bij huisartsen blijft echter vooralsnog de wens bestaan voor een steviger juridische positie en daarmee meer zekerheid voor het doen van investeringen. In het voorjaar van 2015 heeft de LHV in een notitie voorstellen gedaan voor een aantal aanpassingen binnen de Mededingingswet en de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) en aanpassingen zonder wettelijke implicaties. Uit deze notitie zijn twee maatregelen geprioriteerd, namelijk een verhoging van de kleine bagatel en het opstellen van een groepsvrijstelling.

Voor beide maatregelen zijn de voor- en nadelen verkend, waarbij zorgverzekeraars en huisartsenorganisaties als gezamenlijke uitgangspunten voor een goede afweging hanteerden:

- Maatregelen moeten zekerheid en vertrouwen vóóraf geven en uitvoerbaar zijn.
- Goede zorg in het belang van de patiënt moet tot stand komen tegen een aanvaardbare prijs.
- Patiënten en verzekerden moeten desgewenst kunnen wisselen van huisarts.
- Artsen die zich (elders) willen vestigen moeten dit vrij kunnen doen of zich kunnen onttrekken aan een overeenkomst.

a) Maatregel kleine bagatel

De huidige wettelijke bepaling rond de kleine bagatel maakt het mogelijk dat 8 ondernemingen hun gedrag onderling afstemmen, mits hun gezamenlijke omzet niet hoger is dan 1,1 miljoen euro en hun marktaandeel niet groter is dan 10%. Omdat huisartsenpraktijken gemiddeld een omzet maken van ongeveer 300.000 euro, stelt LHV voor om het omzetplafond te verhogen naar 2,4 mln euro. Om lokale monopolies te voorkomen, is voorgesteld om het marktaandeel te begrenzen tot 50%. Voordeel van deze maatregel is dat binnen deze grenzen huisartsen 'veilig' zijn: ze mogen over alles onderhandelen, mogen één aanspreekpunt kiezen en hoeven geen kunstmatige constructies op te tuigen.

ACM, VWS en de zorgverzekeraars vrezen dat binnen deze grenzen ook gedrag kan voorkomen dat niet in het belang van patiënten en artsen is (bijvoorbeeld bij overstappen of toetreding), dat het een precedent schept naar andere economische sectoren en dat het een nieuwe grens introduceert die niet correspondeert met geconstateerde problemen in de praktijk (soms willen huisartsen en zorgverzekeraars op kringniveau kunnen onderhandelen) en die bovendien in kleinere gemeenten of stadswijken een zeer groot marktaandeel impliceert. De huisartsenorganisaties daarentegen, schatten in dat verhoging van de kleine bagatel zal leiden tot eenzelfde bewegingsvrijheid die nu reeds bestaat binnen gezondheidscentra waarbinnen acht huisartsen samenwerken. In die setting zijn naar hun oordeel de belangen van de patiënt desalniettemin adequaat geborgd, zo goed als dat nu ook al bij gezondheidscentra geldt.

b) Maatregel groepsvrijstelling

Een groepsvrijstelling onder artikel 15 Mededingingswet beoogt om overeenkomsten aan te duiden welke voldoen aan de voorwaarden voor een uitzondering op het kartelverbod uit artikel 6, lid 3 Mededingingswet. Dit betekent dat de voordelen voor de consument van dergelijke overeenkomsten opwegen tegen de nadelen van beperking van de mededinging. Een groepsvrijstelling voor huisartsenzorg zou bijvoorbeeld gericht kunnen zijn op overeenkomsten die als doel hebben om vernieuwing van zorg tot stand te brengen. Een andere variant is om overeenkomsten vrij te stellen waarbij vaststaat dat de inkoper van oordeel is dat de zorg niet anders dan via collectieve onderhandeling tot stand kan komen.

De voordelen van een groepsvrijstelling zijn dat deze gedrag dat de vrijheid van patiënten en huisartsen beperkt kunnen uitsluiten, dat het aanwijzen van één aanspreekpunt mogelijk is, dat er geen sprake is van een willekeurige bovengrens en dat de maatregel relatief snel kan worden ingevoerd. Nadelen zijn dat het juridisch een uitdaging is om eenduidige criteria te formuleren, die in de praktijk bovendien tot veel discussie kunnen leiden. Ook kan naar de inschatting van VWS en de ACM een groepsvrijstelling leiden tot een lagere prikkel om goede kwaliteit tegen een aanvaardbare prijs te leveren. De partijen hebben nog geen definitieve conclusie getrokken, al verwachten zij dat een groepsvrijstelling meer aan zou kunnen sluiten bij de problemen in de praktijk dan verhoging van de bagatellgrens. Over de juridische haalbaarheid en de noodzaak van het treffen van een maatregel hebben de partijen nog geen overeenstemming, zij spreken af de verkenning voort te zetten.

Het vervolg

Komend jaar wordt praktijkervaring opgedaan met het mildere toezicht van de ACM in de eerste lijn (zoals verwoord in de 'Uitgangspunten toezicht ACM op zorgaanbieders in de eerste lijn').

Als voldoende ervaring is opgedaan (na minimaal een jaar) kunnen de partijen eerste conclusies trekken. Bij het toezicht van de ACM betrekken zij ook in hoeverre andere stappen, zoals Good Contracting Practices voldoende positieve effecten hebben gehad.

De partijen zetten parallel daaraan de verkenning van wettelijke maatregelen voort. Hierbij toetsen zij of de maatregelen bijdragen aan de oplossing van problemen in de praktijk (casuïstiek waarbij zorg niet tot stand komt door belemmeringen in de mededingingswet), en ook of de maatregelen juridisch haalbaar zijn. De huisartsenorganisaties zien aanvullend daarop een correctie van de machtsverhouding tussen de verzekeraars en huisartsen als aanleiding de verhoging van de kleine bagatel te bezien.

Samenwerking en gelijkwaardigheid

Het contracteringsproces wordt beter en eenvoudiger:

- Er komt op onderdelen één uniform basiscontract waarin onder andere kwaliteit, toegankelijkheid, verantwoording en declaraties zijn vastgelegd
- Er komen meerjarige overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en huisartsen
- De partijen gaan meer duidelijkheid geven over het volgsbeleid met een nadere uitwerking
- Er is voldoende ruimte voor regionale en/of lokale inkleuring en overleg, zoals specifieke kwaliteitsafspraken, ketenzorg en populatiebesteding en vormgeving van regionale projecten en initiatieven

De contractering tussen huisartsen, huisartsenorganisaties en verzekeraars gaat beter verlopen:

- Alle contractpartijen moeten al in januari het tijdschema van het contracteringsproces kennen
- Zorgverzekeraars stellen op verzoek tijdig onder andere rekenmodellen en business cases beschikbaar en geven duidelijkheid over de eisen aan een projectvoorstel
- Zorgverzekeraars betrekken huisartsen tijdig bij beleid rond nieuwe contracten en delen tijdig hun evaluatie van de lopende contracten
- Bereikbaarheid van zorgverzekeraars en huisartsen en overlegmogelijkheden tussen zorgverzekeraars en huisartsen worden verbeterd
- Flexibiliteit en maatwerk tijdens de looptijd van het contract zijn mogelijk, denk aan aanpassing van het lopende contract als de (regionale) situatie daar om vraagt

De belemmeringen die huisartsen(organisaties) als gevolg van (de toepassing van) de mededingingsregels ervaren, worden tegengegaan:

- De ACM biedt meer ruimte voor samenwerking die het belang van de patiënt en verzekerde dient door terughoudend te zijn in de aanpak van eventuele overtredingen van de Mededingingswet, zolang alle betrokken partijen (zorgverleners, verzekeraars en patiënten) tevreden zijn
- Twee mogelijkheden worden verder getoetst op haalbaarheid:
 - een verhoging van de kleine bagatel
 - het opstellen van een groepsvrijstelling

3 Kwaliteit

Organisaties van huisartsen en patiënten en de zorgverzekeraars hebben in de afgelopen maanden uitgebreid gediscussieerd over de inrichting van een gemoderniseerd kwaliteitsbeleid. Pittige gesprekken over ieders rol en verantwoordelijkheid binnen de huisartsenzorg brachten uiteindelijk de positieve energie en de benodigde openheid om met elkaar in vertrouwen te gaan bouwen aan een vernieuwd systeem met basiskwaliteitseisen.

Alle partijen erkennen de volgende uitgangspunten. De Nederlandse huisartsenzorg is van hoge kwaliteit en wordt nationaal en internationaal geroemd. Inspanningen van de huisartsen en de beroepsorganisaties met hun kwaliteitsbeleid hebben de kwaliteit op dit niveau gebracht. Er is vertrouwen in de huisartsen en in hun intrinsieke motivatie om de kwaliteit van huisartsenzorg voor patiënten op een hoog niveau te houden. Partijen delen dat gezamenlijk continu gewerkt wordt aan het verder verbeteren van de kwaliteit van de huisartsenzorg. Ieder heeft hierbij zijn eigen perspectief en rol. Toch zijn nog verbeteringen in datzelfde kwaliteitsbeleid mogelijk; bijvoorbeeld in het terugbrengen van de hoeveelheid eisen, onnodige dubbeling en administratieve lasten. Het kwaliteitsbeleid kan bovendien verbeterd worden en alle betrokken partijen willen dat ook graag. Het kwaliteitssysteem heeft tot doel individuele huisartsen te stimuleren om het goede te behouden en verder te verbeteren.

Vier facetten van kwaliteit

Een goed kwaliteitsbeleid is gebaseerd op het continu en cyclisch werken aan de kwaliteit van de patiëntenzorg. Kwaliteit is een breed begrip, het is daarom belangrijk goed te definiëren welke aspecten van die zorg het betreft. En op welke wijze en met welk doel inzicht in kwaliteit daarbij helpt. Het gaat daarbij om de volgende vier facetten:

1. De intrinsieke kwaliteit van de huisarts in patiëntenzorg en praktijkvoering

Huisartsenzorg is generalistische, persoonsgerichte zorg die zich uitstrekt over de medische, psychische en sociale zorg voor haar patiënten in de context van hun leefomgeving. Het intrinsieke kwaliteitsbeleid in de huisartspraktijk bestaat uit de eisen voor herregistratie, met als belangrijkste pijlers voldoende werkzaam zijn als huisarts (overdag en in ANW-uren), voldoende geaccrediteerde nascholing, deelname aan toetsgroepen en de visitatie van de individuele huisarts. Dit betreft de medische professionaliteit. Het kwaliteitsbeleid omvat ook de praktijkvoering- en organisatie. Het intrinsieke kwaliteitsbeleid is in handen van de huisartsenorganisaties, die daarover wel rekenschap afleggen aan de andere veldpartijen. De partijen zien intervisie als een belangrijk instrument om kwaliteit te bevorderen.

Concrete afspraken

De beroepsorganisaties (NHG, LHV, VPH en InEen) richten een werkgroep op onder leiding van een onafhankelijk voorzitter. Deze werkgroep krijgt de opdracht om –in afstemming met NPCF, de zorgverzekeraars en IGZ- een systeem te ontwerpen, dat de basiskwaliteitseisen voor huisartsengeneeskundige zorg beschrijft. Hierin krijgt intervisie een belangrijke plek.

2. Inzicht in en werken aan de kwaliteit en kwantiteit van huisartsenzorg

Inzicht in de uitkomsten van het handelen met behulp van spiegelinformatie over bijvoorbeeld verwijzen, voorschrijven en het aanvragen van diagnostiek is een belangrijk stuurmiddel voor het verbeteren van de kwaliteit van de huisartsenzorg. Huisartsen bespreken deze uitkomsten als spiegelinformatie met collegae in intervisie. Spiegelinformatie zal de huisarts deels ook in overleg met andere veldpartijen gebruiken om de geleverde zorg inzichtelijk te maken.

Organisaties van huisartsen, patiënten en zorgverzekeraars stellen gezamenlijk en op basis van consensus de relevante indicatoren voor kwaliteit vast. Deze indicatoren –op basis waarvan de kwaliteit van de huisartsenpraktijk met andere partijen wordt besproken- moeten altijd:

- gevalideerd (in de praktijk getest of de meting aan zijn doel beantwoordt) zijn
- bewezen hebben de zorg op patiëntenniveau te verbeteren
- voldoende onderscheidend vermogen hebben.

Per indicator maken partijen afspraken over (de manier van) gebruik en het delen van de uitkomsten van metingen.

Concrete afspraken

Verzekeraars sluiten aan bij de door de beroepsgroep bepaalde set indicatoren voor benchmark van ketenzorg en stoppen met het gebruik van aanvullende vragenlijsten en andere meetinstrumenten. Om de registratielast te verminderen wordt de lijst van indicatoren voor chronische aandoeningen voor benchmark in de ketenzorg in eerste instantie gereduceerd tot 8 indicatoren per aandoening. Waar mogelijk wordt de benodigde registratie voor de indicatorenlijst vereenvoudigd. Het staat huisartsen verder vrij om andere indicatoren te gebruiken om inzicht in eigen handelen te krijgen.

3. Inzicht in de ervaren kwaliteit van huisartsenzorg door patiënten

Huisartsenzorg richt zich primair op de zorg voor haar patiënten. Het is daarom van groot belang inzicht te hebben in de ervaringen van patiënten. De uitkomsten geven inzicht in de huisartsenzorg die zowel per praktijk als op groepsniveau wordt geleverd. Hiermee leveren deze belangrijke feedback voor het verbeteren van de geleverde zorg.

Concrete afspraken

Organisaties van huisartsen, patiënten en zorgverzekeraars ontwikkelen samen een methode voor het meten en evalueren van patiëntenervaringen, die rekening houdt met regionale verschillen. Eén generieke vragenlijst voor de evaluatie van patiëntenervaringen is een van de mogelijkheden. De nieuwe methode moet hanteerbaar zijn voor de patiënt en voor de zorgaanbieder, desgewenst regionaal uit te breiden en helpen om tot een betere zorg te komen. De huisarts heeft het beheer over de uitkomsten van de eigen praktijk. Alle partijen stimuleren het gebruik van patiëntenevaluaties en maken gezamenlijk afspraken over het delen van patiëntervaringen met patiënten en verzekeraars.

4. Inzicht in de kwaliteit van dienstverlening

Dienstverlening is een van de aspecten van de huisartsenzorg die voor alle partijen van groot belang is. Deze wordt onder andere door patiëntenenquête's inzichtelijk gemaakt.

De partijen delen de mening dat het thema kwaliteit de kern van het huisartsvak raakt. De beschikbare tijd was beperkt, de gemaakte beweging is echter groot. Er is meer tijd nodig voor dialoog en uitwerking, onder andere over de betrokkenheid en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen. Een task force met vertegenwoordigers van huisartsen, patiënten en zorgverzekeraars neemt de uitwerking ter hand van het thema kwaliteit met de vier facetten. Uitgangspunt blijft het wederzijdse vertrouwen in de gezamenlijke intentie om te werken aan kwaliteit, in het belang van goede patiëntenzorg.

Kwaliteit

- Een taskforce met vertegenwoordigers van huisartsen, patiënten en zorgverzekeraars werkt het thema kwaliteit verder uit
- Alle partijen onderschrijven de uitgangspunten van het nieuwe kwaliteitssysteem
- Een werkgroep van de beroepsorganisaties van huisartsen ontwerpt een vernieuwd kwaliteitssysteem met basiskwaliteitseisen, opleverdatum ontwerp: 1 maart 2016
- Intervisie krijgt een belangrijke plek in de basiskwaliteitseisen en beroepsorganisaties ondersteunen huisartsen bij de opzet en methode van intervisiebijeenkomsten
- Verzekeraars sluiten aan bij de door de beroepsgroep bepaalde set indicatoren voor benchmark van ketenzorg en stoppen met het gebruik van aanvullende vragenlijsten en meetinstrumenten
- Organisaties van huisartsen, patiënten en zorgverzekeraars stellen gezamenlijk en op basis van consensus de relevante indicatoren voor kwaliteit vast, die zinvol, gevalideerd en voldoende onderscheidend zijn, per indicator maken partijen afspraken over (de manier van) gebruik en het delen van de uitkomsten
- De lijst van indicatoren voor chronische aandoeningen voor benchmark in de ketenzorg wordt teruggebracht tot 8 indicatoren per keten
- Organisaties van huisartsen, patiënten en zorgverzekeraars ontwikkelen samen een methode voor het meten en evalueren van patiëntenervaringen, één generieke vragenlijst is een van de mogelijkheden

