

## 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<sup>1</sup>.
- 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

<sup>1</sup> 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.

draagt zorg voor de algehele gezondheid van zijn patiënten. Dit gegeven vraagt om ruimte in de 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 laagcomplexiteit 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 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. Hieronder worden deze vier combinaties van toekomstbeelden en bekostigingsopties toegelicht. De namen van de opties verwijzen naar een 'leidend principe' dat centraal staat binnen het toekomstbeeld, conform de volgende tabel:

	Leidend principe	Bekostigingsoptie
I	Zorgbehoefte	Zorgvraag centraal
II	Lokale verschillen	Resultaat centraal
III	Toegankelijkheid	Keuzevrijheid centraal
IV	Zekerheid	Kostenbeheersing centraal

*Bekostigingsoptie I: 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:

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, contracteer-vereiste
Mensen met een of twee chronische aandoeningen	geïntegreerde zorg bij chronische zorgbehoefte	Patiënt per jaar	Vrij tarief, contracteer-vereiste
Alle andere mensen	Huisartsenzorg	Consult, visite	Max.tarief, niet declarerbaar met geïntegreerde zorg

Bij een groeiend aantal zorgstandaarden voor de verschillende chronische ziekten wordt het separaat bekostigen van diverse zorgketens 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 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 II: 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 volume prikkel 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 twee 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 nooit 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.

### *Bekostigingsoptie III: 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 productieprikkelers 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 IV: 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<sup>2</sup>.

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.

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 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 euro 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

---

<sup>2</sup> 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 I (Zorgvraag centraal) en optie II (Resultaat centraal).

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 I (Zorgvraag centraal) en II (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 III (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 het programma te verlengen, totdat andere wijzigingen in de bekostiging worden doorgevoerd.

#### *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*

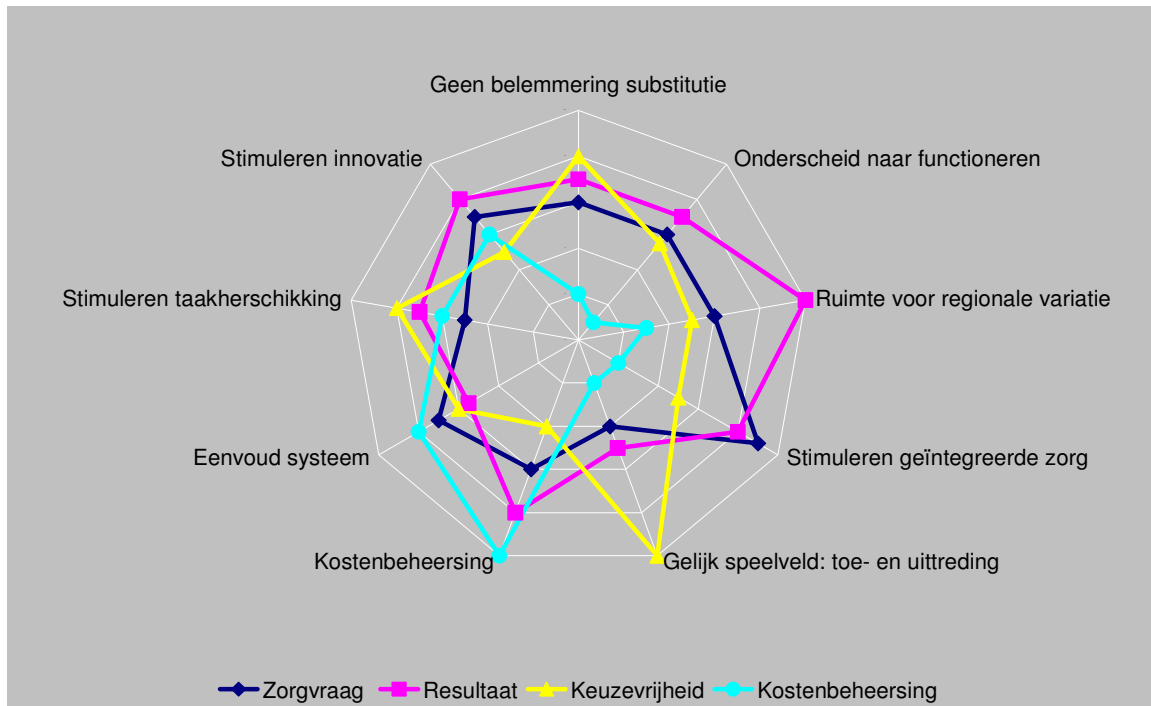
1. Geen belemmering substitutie: Het model mag substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn niet in de weg staan;
2. Kostenbeheersing: Het model zorgt voor beheersbare kosten van huisartsenzorg en geïntegreerde zorg;
3. Gelijk speelveld (toe- en uittreding): Het model geeft geen competitief voordeel 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 Score van de modellen op negen criteria**



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

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 Onderbouwing indicatieve score per doel/randvoorwaarde**

<b>Doel / randvoorwaarde</b>	<b>I. Zorgvraag centraal</b>	<b>II. Resultaat centraal</b>	<b>III. Keuzevrijheid centraal</b>	<b>IV. Kostenbeheersing centraal</b>
<i>Eenvoud systeem</i>	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
<i>Onderscheid naar functioneren</i>	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".
<i>Stimuleren taakherschikking</i>	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/kwaliteit-verhouding) 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).
<i>Stimuleren geïntegreerde zorg</i>	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.
<i>Stimuleren innovatie / e-health</i>	Voldoende: Risico dat een abonnementstarief ruimte voor innovatie wegneemt. De facultatieve prestatie biedt ruimte	Goed: Het resultaat staat voorop hetgeen betekent dat aanbieders van huisartsenzorg meer vrijheidsgraden	Voldoende: Het is mogelijk om naast de specifieke verrichtingen de mogelijkheid tot een facultatieve prestatie op te nemen.	Voldoende: Kosten-besparende innovaties zijn aantrekkelijk om de marge ten opzichte van het budget te

	om naast abonnements-tarieven aparte afspraken te maken over innovatieve prestaties.	hebben om innovaties te gebruiken / ontwikkelen die de uitkomsten van de geboden zorg verbeteren.		verbeteren.
<i>Geen belemmering substitutie</i>	Voldoende: Enerzijds bevordert toegankelijke OVP-lijst substitutie. Anderzijds remt het abonnementstarief substitutie.	Goed: Legio mogelijkheden om substitutie binnen dit model te stimuleren.	Goed: Verrichtingen-model stimuleert dat zoveel mogelijk zorg door het gezondheidscentrum zelf wordt uitgevoerd.	Slecht: Budgetmodel geeft risico op het afwentelen van zorg van eerste naar tweede lijn.
<i>Kostenbeheersing</i>	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: Verrichtingen-model stimuleert volume. Een MBI kan als tegenkracht fungeren maar moet zich nog bewijzen en mogelijk onwenselijke prikkels	Uitstekend: Leidend principe bij dit model
<i>Gelijk speelveld; toe/uittrekking</i>	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 default-optie gebruikmaken om vervolgens de meerwaarde aan zorgverzekeraars te bewijzen.	Uitstekend: Leidend principe bij dit model.	Slecht: Abonnementstarief laat geen ruimte voor toetreders.
<i>Ruimte voor regionale variatie</i>	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.