

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

NZa  
Postbus 3017  
3502 GA UTRECHT

**Curatieve Zorg**

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.minvws.nl

**Inlichtingen bij**

Mw. N. Schell  
n.schell@minvws.nl  
T 070 340 5420

Datum 22 april 2009

Betreft Reactie op drie rapporten: De Monitor Huisartsenzorg 2008 & Het Kostenonderzoek huisartsenzorg & De Visie 'functionele bekostiging'

**Ons kenmerk**

CZ/EKZ/2916653

**Bijlagen**

**Uw brief**

Geachte voorzitter,

Dank u voor de drie rapporten die u mij de afgelopen weken heeft toegezonden. U heeft in korte tijd belangrijk werk verricht. Met u is afgesproken dat ik een integrale reactie zal schrijven op de drie rapporten. Het gaat om de volgende rapporten:

*Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.*

1. De Monitor Huisartsenzorg 2008
2. Het Kostenonderzoek huisartsenzorg
3. De Visie 'functionele bekostiging'; vier niet-complexe chronische zorgvormen

Ik heb de rapporten met belangstelling gelezen. De analyses zijn helder en goed bruikbaar voor het traject functionele bekostiging en chronisch zieken, waarmee veel kwaliteitsverbetering en doelmatigheidswinst valt te verwachten. Ook kan de analyse goed gebruikt worden voor algemene stelselvragen, en bij de noodzakelijke aanpassingen van het bekostigingssysteem voor de huisartsenzorg.

In deze brief zal ik mijn visie op de toekomstige zorg en mijn afwegingen daarbij weergeven met het uiteindelijke doel de duurzaamheid en houdbaarheid van het zorgstelsel kunnen behouden. Het zal een vrij technische brief worden, die wat ver af lijkt te staan van waar het allemaal om gaat: verbetering van de kwaliteit van leven voor de patiënt en het behalen van gezondheidswinst voor de patiënt in de toekomst. Ik heb deze onderliggende visie uitgebreid geformuleerd in mijn brief 'programmatische aanpak voor chronisch zieken'. Om dit te realiseren zijn echter technische systeemaanpassingen noodzakelijk. Er is een grote behoefte in het veld aan het leveren van samenhangende integrale zorg, waarbij de bekostigingssytematiek niet langer belemmerend werkt. Zodoende kan een betere kwaliteit van zorg worden bereikt voor de patiënt.

Een herijking en verfijning van het huidige huisartsenbekostigingssysteem is nodig omdat het huidige systeem weinig transparant is, het gevaar voor dubbele bekostiging in zich draagt en substitutie van zorg nog niet afdoende stimuleert. Ik heb de Tweede Kamer hierover in december geïnformeerd in de brief 'de patient centraal door de omslag naar functionele bekostiging'. De resultaten uit het kostenonderzoek huisartsenzorg hangen hier nauw mee samen.

Deze lijn is grotendeels de lijn die u beschrijft in uw adviezen. Op onderdelen zal ik beargumenteren waarom ik vanwege inhoudelijke of beleidsmatige redenen van mening verschil over sommige van uw analyses of oplossingsrichtingen. Uiteraard

ga ik daarover verder met u in gesprek. Ik heb het vertrouwen dat de huidige constructieve werkwijze wordt voortgezet.

Curatieve Zorg

Procesmatig is het volgende met u afgesproken:

Ons kenmerk  
CZ/EKZ/2916653

In deze brief geef ik u mijn reactie op uw drie rapporten, waarbij ik u vraag sommige elementen en zienswijzen mijnerzijds mee te nemen in de uitvoeringstoets die u in het najaar zal uitbrengen over de functionele bekostiging in de eerste lijn en de huisartsenzorg. Met u is afgesproken dat u hierin ook de uitgangspunten zal meenemen die reeds verwoord zijn in de brief 'de patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging'. In de uitvoeringstoets zullen uw visie op verdere ontwikkeling van ketenzorg, de huisartsenbekostiging per 2011 en de integratie van geneesmiddelen, hulpmiddelen en diagnostiek in de ketens worden betrokken. Ook de wijze hoe om te gaan met patiënten met ernstige multimorbiditeit past in dit toekomstplaatje, als ook de samenhang tussen deze onderwerpen en de reeds uitstaande uitvoeringstoets over de keten acute zorg en de ziekenhuisbekostiging.

Om de komst van de ketens per 2010 te kunnen realiseren zal ik u op 1 juli een aanwijzing sturen, die ik in de komende weken met u verder zal voorbereiden. Hierin komen de bekostiging van de ketens als ook hiermee samenhangende noodzakelijke wijzigingen in de huisartsenbekostiging per 2010 aan de orde. Hier kom ik later in deze brief op terug.

Tot slot vind ik het van belang u mijn gedachten ten aanzien van het kostenonderzoek huisartsen mee te geven.

In deze brief zal ik per onderwerp verwijzen naar uw rapporten. Alles overziend zijn wat mij betreft de analyses over de volgende punten van belang om uitvoerig op in te gaan:

- Uitgangspunten voor houdbaar systeem in de toekomst.
- Uw advies dat de aanwezigheid van gelegitimeerde zorgstandaarden voorwaarde is om per 2010 te starten met de ketens.
- Uw conclusies over gebrek aan substitutiemogelijkheden van tweedenaar eerstelijnszorg.
- Modulaire aanpak in relatie met functionele bekostiging
- Belang van transparantie
- Het kostenonderzoek huisartsenzorg in het licht van de functionele bekostiging en chronisch zieken.
- Het bekostigingssysteem huisartsenzorg van de toekomst: prijs koppelen aan kwaliteit.
- Overige onderwerpen: marktmacht en toegankelijkheid van zorg
- Toegankelijkheid: dreigend gebrek aan keuzevrijheid

### ***Uitgangspunten voor een houdbaar systeem in de toekomst***

Een aantal ontwikkelingen maakt dat bij ongewijzigd beleid niet alleen de kosten van de totale gezondheidszorg nog verder zullen toenemen, maar dat het verschil in gebruik en kosten tussen de tweedelijnszorg en de eerstelijnszorg nog groter zal worden. Zo zorgt de (dubbele) vergrijzing en de verkleuring van de Nederlandse bevolking voor een forse groei van het aantal patiënten dat lijdt aan chronische aandoeningen. Inmiddels heeft ruim een kwart van de Nederlandse bevolking een of meer chronische aandoeningen. Dit komt neer op bijna 4,5 miljoen chronisch zieken<sup>1</sup>. Dit aantal zal naar verwachting de komende jaren nog

<sup>1</sup> Hoeymans N (RIVM), Schellevis FC (NIVEL), Wolters I (NIVEL). Hoeveel mensen hebben één of meer chronische ziekten? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal

sterk stijgen. Op basis van alleen demografische ontwikkelingen wordt bijvoorbeeld verwacht dat het aantal personen met diabetes mellitus tot 2025 met minimaal 32,5% zal stijgen<sup>2</sup>.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk  
CZ/EKZ/2916653

#### *Verbeterpotentieel*

Cijfers wijzen uit dat de zorgkwaliteit achterblijft bij de verwachtingen of eisen die eraan zouden mogen worden gesteld. Zo heeft 20% van de COPD patiënten 'verborgen' hartfalen en is er overgebruik van antidepressiva bij licht depressieve patiënten, terwijl ernstig depressieven juist onderbehandeld worden. Deze achterblijvende kwaliteit op het gebied van vroegsignalering, secundaire preventie en begeleiding zorgt voor vermijdbaar gezondheidsverlies bij patiënten en daardoor tot onnodig veel kosten in de tweedelijnszorg. Dit wordt nog eens versterkt door afstemmingsproblemen binnen de eerstelijnszorg (huisartsen, diëtisten, fysiotherapeuten, psychologen etc.) en tussen de eerste- en tweedelijnszorg.

#### *Best practices*

Dat dit anders kan, bewijzen de best-practices in Nederland en in het buitenland. Zo blijkt laagdrempelige begeleiding van hartfalenpatiënten in de thuissituatie te leiden tot een forse daling in het aantal sterfgevallen, heropnames in het ziekenhuis (35%) en in de zorgkosten (40%)<sup>3</sup>. In Duitsland zorgt een nieuwe (meer op de secundaire preventie en begeleiding gerichte) Disease management-aanpak bij diabetespatiënten voor spectaculaire resultaten: gemiddeld 50% minder amputaties, bijna 20% minder ziekenhuisopnames, 30% minder beroertes en ca. 20% minder kosten<sup>4</sup>. Ook in Nederland worden in voorloperregio's dergelijke resultaten geboekt, waarover de eerste publicaties binnenkort zullen verschijnen.

#### *Lijnen tussen eerste en tweede lijn vervagen; tegelijkertijd wordt de poortwachtersrol belangrijker*

Het is van belang te benadrukken dat bij de ketenzorg het uitgangspunt de zorgvraag van de patiënt is. Die zorg wordt door de eerste lijn, de tweede lijn of (vaak) door beide uitgevoerd. Uiteindelijk zal het onderscheid in 'lijnen' vervagen. Dit is ook het uitgangspunt van de functionele bekostiging. De ontwikkeling van keten-DBC's komt aan deze integrale benadering tegemoet. Betere zorgverlening voor deze specifieke aandoeningen, waardoor een hoogwaardig zorgaanbod ontstaat, voorkomt onnodige verwijzing naar duurdere medisch specialistische zorg.

Tegelijkertijd met deze vervaging van grenzen blijft de poortwachtersrol van bijvoorbeeld de basis huisartsgeneeskundige zorg voor de medisch specialistische zorg van groot belang. Een krachtige hoogwaardige invulling van deze rol brengt laagdrempelige, intergale zorg dicht bij de burger en vermijdt onnodig gebruik van dure voorzieningen. Dit is belangrijk mede in het licht van het toenemende aantal zelfverwijzers dat zonder verwijzing van de zorg in de tweede lijn gebruik maakt (zowel in acute als in niet acute situaties). Dit is ongewenst vanwege

---

Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Chronische ziekten en multimorbiditeit, 12 december 2008.

<sup>2</sup> Baan CA (RIVM), Poos MJJC (RIVM). Neemt het aantal mensen met diabetes mellitus toe of af? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.

Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten en immuunstoornissen\ Diabetes mellitus, 12 december 2005.

<sup>3</sup> Leatherman & McCarthy, Quality of Health Care for Medicare Beneficiaries: A Chartbook, 2005. The Commonwealth fund

<sup>4</sup> Ullrich, W, U. Marschall & C. Graf. Versorgungsmerkmale des Diabetes Mellitus in Disease Management Programmen. Diabetes, Stoffwechsel und Herz. Band 16,6: 407-414

doelmatigheidsoverwegingen, maar ook en misschien wel voornamelijk vanwege kwaliteitsoverwegingen: coördinatie verdwijnt, patiënten gaan shoppen, met gebrek aan overzicht en integratie van (farmacotherapeutisch) beleid als gevolg.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk  
CZ/EKZ/2916653

De term 'eerstelijnszorg', zoals ik nu verwoord, is dan met name de ambulante vraaggerichte zorg waarin eerste en tweedelijnsprofessionals kunnen samenwerken aan zorg rondom de patiënt (en daarmee ook de vier aandoeningen chronische zorg). Deze zorg is dan het 'voorportaal' voor medisch specialistische zorg, waarin de complexiteit van de zorg noodzakelijk maakt dat regie door medisch specialist wordt overgenomen.

De gewenste vervaging van de grenzen tussen eerste en tweede lijn, en de meer functionele benadering van de rol van de poortwachter in de zorg maken onze oude begrippen van 'eerstelijnszorg' en 'tweedelijnszorg' minder bruikbaar. Tegelijkertijd zal er altijd een verschil zijn tussen zorg 'dichter bij de burger' en meer technisch hoogwaardige zorg drijvend op meer gespecialiseerde kennis geconcentreerd in een kleiner aantal (klinische) centra. De ketenzorg die voor de chronisch zieken is bedoeld, is de zorg die vaak 'dicht bij huis' wordt geleverd.

#### *Verkeerde prikkels in het systeem*

Het huidige systeem van bekostigen levert een aantal belangrijke belemmeringen voor het verbeteren en versterken van de "eerstelijnszorg", ook wel ketenzorg:

- De bekostiging is *aanbodgericht* in plaats van gericht op de patiënt/ zorgvraag en daardoor zeer gefragmenteerd. Dit remt in belangrijke mate de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn.
- De consulttarieven en inschrijftarieven in de huidige eerstelijnszorg zijn *niet inhoudelijk verbonden* aan aantoonbare prestaties (inhoud en kwaliteit). Dit ontnemt prikkels voor professionals in de eerstelijnszorg om beter dan gemiddelde zorg te leveren, zich op kwaliteit te onderscheiden of te innoveren. Voor verzekeraars en toezichthouders ontbreekt bovendien 'grip' op hetgeen daadwerkelijk wordt geleverd (inhoudelijk en kwalitatief).
- Dezelfde zorg wordt op *verschillende plaatsen* geboden en op *verschillende manieren bekostigd* tegen *verschillende prijzen*. Dit remt substitutie van de duurdere tweedelijnszorg naar goedkopere eerstelijnszorg. Omdat inhoudelijke labeling veelal ontbreekt, bestaat het risico dat verzekeraars met (desondanks) vooruitstrevende eerstelijns zorgaanbieders dezelfde prestatie dubbel financieren. Zo wordt de beoogde substitutie naar de goedkopere eerstelijnszorg verder belemmerd.
- Ook het verschil in risicoregime voor de verzekeraar tussen de eerste- en de tweede lijn is een verkeerde prikkel

Al met al moet worden geconcludeerd dat het *ondanks* de huidige bekostigingssystematiek en *dankzij* de intrinsieke motivatie van professionals, managers en andere werkers in de gezondheidszorg is dat de zorg voor chronisch zieken gemiddeld genomen toch nog van redelijke kwaliteit is. Zij werken dagelijks aan een zo goed mogelijke zorg, tegen alle bestaande perverse prikkels in. De hierboven en reeds eerder beschreven<sup>5</sup> ontwikkelingen, in combinatie met de getoonde problemen in de huidige eerstelijnszorg, geven aanleiding tot een herziening van de (bekostiging van de) zorg voor chronisch zieke patiënten. Veldpartijen moeten meer ruimte krijgen om de zorg ten gunste van de patiënt zodanig te organiseren dat de zorg kwalitatief goed en doelmatig is. Hierdoor kan ook substitutie van zorg plaatsvinden daar waar de prijs/ kwaliteit-verhouding het meest optimaal is.

<sup>5</sup> Zie ook de visie van de minister: 'Dynamische eerstelijnszorg' (TK 2007-2008, 29247 nr. 56) en zijn brief 'Programmatische aanpak van chronische ziekte' (TK 2007-2008, 31200 XVI nr. 155).

*Filosofie achter functionele bekostiging*

In de eerste plaats deel ik ten algemene uw visie 'functionele bekostiging: de vier niet-complexe zorgvormen'. Ik constateer uit uw visie dat wij het inzicht delen dat het van belang is dat alle (systeem) ontwikkelingen het proces rondom de zorgvraag gaan faciliteren. Dit is noodzakelijk om de druk op het zorgsysteem op te kunnen vangen. De bekostiging zal beter daarop aan moeten sluiten. Ik ben het ook met u eens dat dat de regierol in de zorg meer functioneel moeten worden vormgegeven.

Functionele bekostiging gaat uit van de zorgvraag van de patiënt (vraagsturing) en niet is gebaseerd op de hulpverlener of organisatie die het levert (aanbodsturing). Een hoofdcontractant declareert het bedrag voor de keten-DBC. De prijs voor de keten-DBC per patiënt wordt bepaald door onderhandeling van de zorgverzekeraar met de aanbieder over de te leveren zorg voor die betreffende chronische patiënt. Voor het afgesproken bedrag worden dus de kosten van de organisatie, het materiaal etc en inkomen van de hulpverleners betaald. Dit zijn dus de professionals die zorg leveren voor die betreffende patiënt in de keten, zoals bijvoorbeeld de huisarts, de diëtist, de longarts of een POH of Nurse Practitioner (NP). Deze professionals zijn als het ware onderaannemers en spreken met de hoofdcontractant een bedrag af als inkomen. Dit betekent dat bekostiging inclusief de eventuele kosten van een POH, NP, medisch specialist (consultatie, maar ook bijv. oogonderzoek door specialist), diëtist en andere professionals is.

*Juiste prikkels door functionele bekostiging*

De prikkel van ketenfinanciering is dat voor dat afgesproken bedrag de zorg zo doelmatig mogelijk wordt geleverd. Prestatie-indicatoren zorgen ervoor dat deze 'doelmatigheid' niet omslaat in 'verschraling van zorg'. Dit is de filosofie achter de ziekenhuis DBCs, de GGZ DBCs, en de in 2005 geïntroduceerde keten DBC Diabetes. Hierdoor kan zorg gesubstitueerd worden van bijvoorbeeld de tweede naar de eerste lijn, waardoor de zorg doelmatiger wordt, maar ook in kwaliteit kan verbeteren. Zorgaanbieders worden door functionele bekostiging, (die hen in staat stelt ketens van zorg te declareren) gestimuleerd te innoveren. Bijvoorbeeld om goede disease management programma's voor chronische zieken op te zetten, waardoor een impuls aan de kwaliteit van de zorg en de productiviteit in de zorg wordt gegeven. In de brief 'de patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging' is een stap gemaakt om ketenzorg te stimuleren. Er is per 1 januari 2010 gekozen voor vier aandoeningsgerichte keten DBCs (COPD, Diabetes, Hartfalen en CVR), omdat best practices en studies hebben aangetoond dat goede disease management voor mensen met deze aandoeningen grote kwalitatieve en financiële effecten met zich meebrengen.

**Uw advies dat de aanwezigheid van gelegitimeerde zorgstandaarden voorwaarde is om per 2010 te starten met de ketens.**

In uw visie 'functionele bekostiging: vier niet-complexe chronische zorgvormen' zegt u dat de aanwezigheid van een door eerste - en tweedelijnszorgaanbieders en door patiëntenverenigingen geaccordeerde zorgstandaard noodzakelijk is bij de invoering van de vier ketens chronische zorg. U concludeert op basis daarvan dat alleen voor diabeteszorg en cardiovasculair risicomanagement per 2010 keten-DBC's kunnen worden ingevoerd.

Ik deel uw mening dat zorgstandaarden van groot belang zijn voor de hier beschreven ontwikkelingen. Om invoering per 1-1-2010 voor twee aandoeningen te schrappen vinden we nu echter te ver gaan, en onnodig. Voor COPD ligt er een concept zorgstandaard, deze is echter nog niet helemaal af en moet nog worden

geaccordeerd. Ik verwacht en ben positief gestemd dat dit jaar de LAN (Long Alliantie Nederland) een standaard voor COPD gereed en geaccordeerd heeft. Voor hartfalen wordt ernaar gestreefd een concept zorgstandaard gereed te hebben eind 2009. Ik ben het in principe met u eens dat een geaccordeerde zorgstandaard noodzakelijk is. Maar we moeten tegelijk voorkomen dat we daarmee de zorgstandaard een 'machtsmiddel' maken. Ook willen we niet de vooruitstrevende zorgaanbieders die aan de gang willen met integrale zorg voor deze aandoeningen afremmen. Voor beide aandoeningen geldt dat het basismateriaal (de concept zorgstandaarden, de onderliggende richtlijnen, de reeds bestaande best practices in Nederland) voldoende waarborgen bieden om per 1/1/2010 de mogelijkheid tot functioneel bekostiging van deze zorg te creëren.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk  
CZ/EKZ/2916653

Kortom, ik vind het belangrijk per 2010 een eerste stap te zetten met vier chronische aandoeningen. Uiteraard zal ik nauwlettend blijven volgen of de concept zorgstandaarden en (prestatie-)indicatoren voor de genoemde twee aandoeningen afdoende borging geven om per 1 januari 2010 van start te gaan.

Daarbij wil ik benadrukken dat de inhoud van de zorg beschreven zoals in de zorgstandaard altijd in beweging zal zijn. Een zorgstandaard is nooit 'af'; het coördinatieplatform zorgstandaarden zal ook weer komen met nieuwe voorstellen om ook de bestaande zorgstandaarden aan te passen en te verbeteren. De zorgstandaard weerspiegelt dus de nieuwste inzichten en ontwikkelingen. De zorgstandaard is bovendien volledig functioneel en geen blauwdruk, daarom geeft deze tegelijk de ruimte voor innovatie en lokale toepassing. Anders dan u stelt is de verwijzing naar de zorgstandaard dan ook geen tussenoplossing die losgelaten kan worden zodra er goede indicatoren zijn. Verwijzing in de beleidsregel naar de zorgstandaard, als basis voor de indicatoren en bekostiging, blijft van belang.

#### **Uw conclusies over gebrek aan substitutiemogelijkheden van tweedelijns naar eerstelijnszorg.**

U plaatst in uw monitor huisartsenzorg kanttekeningen bij de substitutiemogelijkheden van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg. U zegt dat het B-segment in de ziekenhuiszorg electieve zorg omvat. Dit is volgens u nauwelijks vervangbaar door eerstelijnszorg. Gekeken naar het gehele B-compartiment heeft u in algemene zin gelijk: liesbreuk operaties, knie-vervanging operaties of cataract-operaties zijn evident niet te substitueren naar de eerstelijns. Diabetes zorg en hartfalen zorg, echter, maken ook deel uit van het B segment (voor COPD zorg zie hieronder). Overname van regie en uitvoering van deze zorg in het kader van keten-DBC's van tweede naar eerste lijn gebeurt al op grote schaal, mede door de beleidsregel innovatie.

Naast de hierboven genoemde directe substitutie (het overnemen van de regie en uitvoering van de chronische zorg van tweede lijn naar keten-DBC) leidt hogere kwaliteit van zorg in keten DBC's ook tot bijvoorbeeld minder opnames bij bijvoorbeeld hartfalen. Op iets langere termijn (binnen 2-3 jaar) blijkt de betere kwaliteit zorg bovendien te resulteren in minder complicaties van bijvoorbeeld diabetes als cardiovasculaire complicaties. Dit zijn (op dit moment) veelal A DBC's, maar door het vervallen van deze zorgvraag leidt ook deze consequentie tot een forse netto besparing op de uitgaven aan tweedelijnszorg.

Dit substitutiepotentieel komt nu nog maar mondjesmaat tot stand doordat zorgverzekeraars nog maar in mindere mate inkoopbeleid hierop voeren, onder meer door de beperkte risicodragendheid in de tweede lijn, maar ook door de

versnipperde bekostiging in de eerste lijn. Als de eerste lijn via de introductie van keten-DBC's de zorg goed weet te organiseren en de longarts of de internist op de juiste momenten in het behandeltraject weet te betrekken kan de tweedelijnszorg veel meer ontlast worden. Ik verwacht dat dit in de komende jaren doelmatigheidswinst kan opleveren door directe substitutie en het minder voorkomen van vermijdbare opnames en complicaties.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk  
CZ/EKZ/2916653

U stelt terecht dat risicodragendheid van verzekeraars daarbij belangrijk is om dit ook daadwerkelijk mogelijk te maken. In de eerstelijnszorg zijn verzekeraars al langere tijd risicodragend omdat de directe kosten achteraf niet verevend worden. Verzekeraars zijn ten aanzien van het B segment medisch specialistische zorg vanaf 2010 eveneens volledig risicodragend. U vraagt daarom om de risicoverevening in het A segment sneller af te bouwen. Ten aanzien van mijn beleid rondom de chronisch zieken, heb ik aangegeven COPD naar het B segment te willen overhevelen. Op termijn zou ook bijvoorbeeld acuut hartfalen naar het B-segment moeten worden overgeheveld. Ook heeft de afbouw ex-post risicoverevening mijn prioriteit. Daarmee wordt de risicodragendheid van de vier aandoeningen gelijk in de eerste lijn en in de tweedelijns.

Op mijn verzoek om de COPD zorg per 2010 over te hevelen heeft u aangegeven dat dat vanuit financiële en inhoudelijke opzichten moeilijk is. Een dergelijke overheveling vereist volgens u een te aanzienlijke schoning van het A segment, en bovendien zijn er afbakeningsdiscussies met bijvoorbeeld astmazorg. Toch vind ik de overheveling van de COPD zorg van groot belang om de bestaande ongelijkheid in risicoverevening tussen eerste en tweedelijns op te heffen. U deelde de mening dat, indien de overheveling alleen beperkt wordt tot de longgeneeskundige COPD DBC's, exclusief de zwaardere behandelingen, de omvang van de overheveling beduidend kleiner wordt. Inhoudelijk lijkt deze scheiding tussen A en B segment dan ook op de scheiding zoals die in de hartfalen DBC's bestaat. Graag wil u vragen zo spoedig mogelijk de mogelijkheid te onderzoeken of dit nog mogelijk is per 2010. Indien dit niet lukt, vraag ik u ruimte te bieden om overheveling in 2011 uit te voeren.

### **Modulaire aanpak in relatie met de functionele bekostiging**

In uw visie 'functionele bekostiging vier chronische zorgvormen' merkt u op dat het bekostigingssysteem zo ingericht moet zijn dat de zorgverlening plaats kan vinden vanuit de zorgvraag van de (chronische) patiënt. Daarbij zou de eerstelijnszorg een belangrijke rol moeten spelen in de coördinatie van de programmatische preventie. U schrijft dat juist het formuleren van aparte op elkaar aansluitende (en tot op zekere hoogte samenhangende subpakketten) op basis van de zorgvraag van de patiënten moeten worden bekostigd. Als mogelijke invulling van het vraagstuk rondom prestatieomschrijving en de afgrenzing van comorbiditeiten ziet u een inrichting van de prestatie in een basismodule die voor alle patiënten met een chronische aandoening, of een verhoogd risico daarop, kunnen gelden (bijvoorbeeld stoppen met roken, dieetadvisering, etc.). Bovenop deze basismodule zouden vervolgens specifieke modules vastgesteld kunnen worden voor de verschillende aandoeningen. Dit teneinde de overlap tussen de comorbiditeiten te voorkomen. U verwijst daarbij naar het raamwerk dat ontwikkeld wordt voor de zorgstandaarden ter voorkoming van dubbelingen tussen de diverse zorgstandaarden/ bekostigingsketens in verband met de multimorbiditeit. Inmiddels is met u nader over deze zienswijze gesproken en geconstateerd dat de u de filosofie van de functionele bekostiging in zijn geheel deelt en dat het aansluiten van de modules vooral een organisatievraagstuk is.

Voor bijzondere, nieuwe aanspraken zoals de beweegkuur en het 'stoppen met roken-pakket' is aparte bekostiging zinvol voor mensen die niet worden geïncludeerd in de ketens, omdat zij bijvoorbeeld geen chronische ziekte hebben.

Met u is geconstateerd dat modules echter niet de basis dienen te vormen voor de *bekostiging* van de zorg voor chronische patiënten. Het ondermijnt de visie van integrale financiering; de zorg wordt zo weer 'opgeknipt'. Dit 'opknippen en labelen' van de zorg kan verdere innovaties belemmeren en zal waarschijnlijk ook nieuwe schotten introduceren. Ook komt het niet tegemoet aan de patiëntgerichte (integrale) benadering, lage administratieve lasten en de wens van een optimaal doelmatig zorgaanbod.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk  
CZ/EKZ/2916653

Zoals u ook constateert geeft een modulaire opbouw wel een goed kader voor de zorgstandaarden (die opgebouwd worden uit ziektespecifieke modules en meer generieke modules zoals zelfmanagement, beweegkuur etc.) en voor de organisatie van zorg. Daarmee kunnen problemen tav co-multimorbiditeit waarschijnlijk worden ondervangen. Deze opbouw in de zorgstandaarden dient echter niet in modulaire zin te worden gekoppeld aan de bekostiging.

Hoe de diverse modules dan in de bekostiging tot uitdrukking komen, zonder dubbele bekostiging bij co-morbiditeit, wordt in feite tussen aanbieder en verzekeraar geregeld. In dergelijke gevallen is er feitelijk sprake van 'parallele DBCs'. De infrastructuur en ook bepaalde onderdelen van de zorg zullen overlappen in beide DBCs. De zorgverzekeraar zal in de onderhandelingen met de hoofdcontractant zich baseren op de totale patientenpopulatie. In de praktijk gaat dit ook al zo: er wordt niet per keten-DBC op patiëntniveau onderhandeld, maar van gemiddelde kosten. Een nieuwe patiënt zal meer kosten dan een patiënt die al langer in het diseasemanagement meeloopt. Indien een patiënt in twee ketens zit, zal de gemiddelde prijs voor beide ketens lager zijn dan de optelsom van de afzonderlijke delen, aangezien er overlap is in organisatiekosten en kosten voor een eventuele beweegkuur etc. Aan de andere kant kan ik mij voorstellen dat de prijs wel weer gecorrigeerd zal worden voor het feit dat deze patiënt meer aandacht coördinatie vergt, juist vanwege het feit dat hij/zij co-morbide is.

Op basis van de patiëntenmix kan bijvoorbeeld worden geconstateerd dat in bijvoorbeeld 20% van de gevallen er twee of drie aandoeningen tegelijk kunnen voorkomen. Daar wordt dan een generieke korting voor afgesproken (je hoeft immers maar 1 keer te stoppen met roken, etc). Dit is eenvoudig, levert weinig administratieve lasten op en laat de vrijheid ook aan de partijen om e.e.a. zelf in te richten conform de zorgstandaarden.

Kortom, de insteek van de keten DBCs is – net als alle productsystemen in de curatieve zorg – aandoeningsgeorieerd. Op deze manier ontstaat er immers zorg- en kosten-homogene patientengroepen, zodat kwaliteit en prijs op een logisch niveau met elkaar vergeleken kunnen worden. Een patiënt heeft een aandoening, en op basis van die aandoening is er een bepaalde hoeveelheid geld beschikbaar. Het introduceren van een ander ordeningsprincipe als dit veroorzaakt het kwijtraken van het level playing field, maakt het systeem minder vraaggericht en zet aanbieders ook niet aan tot doelmatig organiseren.

### **Belang van transparantie**

In uw visie functionele bekostiging voor de vier chronische zorgvormen benadrukt u het belang van transparantie voor consumenten. Uiteraard ben ik dat volledig met u eens. De pro-actieve rol die Zichtbare Zorg en het coördinatieplatformzorgstandaarden hierin nemen onderschrijven dit ook. Het is van groot belang dat de transparantie ten aanzien van de kwaliteit van zorg wordt vergroot. Heldere, eenduidige landelijk vast te stellen prestatie-indicatoren helpen zorgverzekeraars en patiënten om beter inzicht in de kwaliteit van zorg te krijgen. De kwaliteit moet gekoppeld worden aan de prestatie. Dat is tevens de filosofie



ten aanzien van het project functionele bekostiging en chronisch zieken. Daarom ben ik het veld via het programma Zichtbare Zorg aan het stimuleren om te komen tot een landelijk set prestatie-indicatoren voor chronische ziekten. Dit zullen in eerste instantie voornamelijk proces- en patienttevredenheidsindicatoren zijn, maar in de verdere ontwikkeling hiervan ook gaan bestaan uit uitkomstindicatoren. Deze lijn is ook beschreven in mijn brief 'de patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging' van 22 december jongstleden.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk  
CZ/EKZ/2916653

Een essentiële eerste stap hierin is het realiseren van Minimale Data Sets per aandoening, zodat er ook daadwerkelijk betrouwbare, vergelijkbare en valide prestatie-indicatoren kunnen worden ontwikkeld. Het beschikken over dergelijke data is ook een belangrijk kwaliteitscriterium voor ketenzorgaanbieders: alleen indien een zorgaanbieder beschikt over de essentiële, door de hele keten heen verzamelde zorginformatie is hij in staat om optimale zorg te leveren. Ik zal graag zien dat de NZa via regelgeving de MDS-aanlevering verplicht zal stellen.

Ik zie voor de patiëntenverenigingen ook een grote rol. Het is van belang om, naast de CG-Raad en de NPCF, de organisaties van patiënten met diabetes, COPD en cardiovasculaire problemen te betrekken bij de verdere beleidsontwikkeling ten aanzien van de functionele bekostiging. Daarnaast zie ik een belangrijke rol voor hen weggelegd bij het tot stand komen en communiceren over de zorgstandaarden. De kennis van de wensen van de achterban zijn essentieel voor het vastleggen van afspraken over de wijze waarop zorg rondom de patiënt georganiseerd moet worden. Om te zorgen dat patiënten zelf weten wat ze mogen verwachten van hun zorgverleners, moet de zorgstandaard een patiëntenversie hebben. Patiëntenorganisatie kunnen, naast het mede opstellen van die versie, een rol spelen bij de communicatie daarover.

### **Het kostenonderzoek huisartsenzorg**

Met belangstelling heb ik het kostenonderzoek huisartsenzorg gelezen, waarin het onderzoeksbureau Significant uiteen heeft gezet welke kosten huisartsen maakten in 2006. Ik realiseer mij dat de NZa haar eigen verantwoordelijkheden en bevoegdheden heeft om dit kostenonderzoek te betrekken in de aanpassingen van het bekostigingssysteem. Niettemin zou ik de NZa toch op een aantal punten willen attenderen.

Het kostenonderzoek geeft inzichten op basis waarvan we meer onderbouwde keuzes kunnen maken voor de toekomst. En van deze toekomst heb ik hoge verwachtingen. Het uitgangspunt daarbij is dat een goed functionerende eerstelijns van levensbelang is voor het duurzaam voortbestaan van het gehele zorgstelsel. De groei van het aantal chronisch zieken, oudere patiënten, toename van ongezonde leefstijl etc leidt tot een steeds groter wordende druk op het zorgstelsel. Huisartsen hebben onder andere de komst van M&I modules aangegrepen om hierin pro-actiever op te treden, en hebben hun steeds zwaarder worden taken mede hierdoor kunnen financieren. Het kostenonderzoek is gebaseerd op het jaar 2006. Ik wil u vragen om na te gaan of er sindsdien kwalitatieve of kwantitatieve veranderingen zijn opgetreden. Zo ja, dan wil ik vragen u vragen hier rekening mee te houden bij de vaststelling van de tarieven. Het is ontegenzeggelijk waar dat in 2006 – het eerste jaar van het Vogelaar akkoord – de kosten vooruit liepen op de baten. Sinds dat jaar is er echter veel veranderd, en we willen ook dat die veranderingen met grote urgentie voortgang vinden: meer, proactieve basis huisartsgeneeskundige zorg, met meer op

substitutie-gerichte activiteiten, en ruimte voor zorg voor fragiele ouderen, palliatieve zorg, ziekenhuis-verplaatste zorg, enzovoort. Ook de ontwikkeling van de zorggroepen is een eerste stap naar meer samenhangende zorgverlening.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk  
CZ/EKZ/2916653

Een toekomst waarin de eerstelijnszorg dus een belangrijke taak heeft om de toenemende zorgvraag en de druk op het stelsel, maar ook op de collectieve lasten in zijn geheel, in toom te houden. Om tot een houdbaar en betaalbaar zorgsysteem te komen zal het huidige bekostigingssysteem anders moeten worden ingericht. Zoals ik ook al voor de ketenbekostiging benadrukte, zal bekostiging in zijn geheel meer dan nu het geval is moeten worden gekoppeld aan inhoudelijke prestatie. Dit kan via prestatie-indicatoren. Huisartsen en andere zorgaanbieders zullen meer geprikkeld moeten worden tot arbeidsbesparende werkmethoden, meer samenhangende zorg waarmee ook de kwaliteit van de zorg verder verbetert en onnodige kosten worden vermeden. Dit nieuwe systeem zal de juiste prikkels moeten hebben om het werkplezier van de professionals te behouden en te vergroten, waarbij bovenal rekening wordt gehouden met het toenemend tekort op de arbeidsmarkt en de groeiende en veranderende zorgvraag. In mijn volgende paragraaf kom ik daar nader op terug.

In het licht van het bovenstaande wil ik dan ook benadrukken hoe belangrijk ik het vind dat huisartsen/ zorgverleners ruimte behouden voor innovatie en ook mogelijkheden voor substitutie. Zoals ik al aangaf zijn de M&I modules ontstaan mede om huisartsen te stimuleren om substitutie-kansrijke activiteiten te ontplooiën, waar vaak ook investeringen mee gemoeid gaan (een echo-apparaat aanschaffen, een spleetlamp, technieken voor KNO interventies, trainingen, etc). Ik wil u vragen hier rekening mee te houden bij de vaststelling van het bekostigingssysteem. Ik kan mij ook voorstellen dat direct substituerende, therapeutische activiteiten (kleine chirurgie, met name) altijd expliciet beloofd zouden moeten worden via een verrichtingensysteem.

In het kostenonderzoek worden een zestal subpopulaties onderscheiden. Uit kostenonderzoek blijkt dat juist de gezondheidscentra extra kosten maken om multidisciplinaire zorg te organiseren, zorgprogramma's voor ouderen op te zetten, enzovoort. Ik wil u vragen om na te gaan of er relevante kostenverschillen bestaan tussen de verschillende organisatievormen. Indien deze verschillen er zijn, vraag ik u om hier zodanig rekening mee te houden dat prikkels voor goede prestaties niet worden beperkt. Ik acht dit van belang om mee te nemen in de uiteindelijke conclusies die u trekt uit het kostenonderzoek en de maatregelen die u daarin wilt nemen. Ook in relatie met de toekomstige ontwikkelingen en de beleidsagenda die daarmee gemoeid is. Graag wil ik uw maatregelen ook zien in relatie met de keten acute zorg en wijzigingen die daar gaan plaatsvinden per 2010. U werkt momenteel aan een uitvoeringstoets en er zijn afspraken over een overgangssituatie per 2010. Ik wil u vragen uw eventuele maatregelen op het totaalplaatje te baseren.

### **Het bekostigingssysteem huisartsenzorg van de toekomst: prijs koppelen aan kwaliteit.**

U stelt in uw monitor huisartsenzorg dat gemengde bekostiging de voordelen combineert van een inschrijftarief en een consulttarief. Het inschrijftarief dekt een deel van de vaste kosten van de huisarts en het lage consulttarief voorkomt overproductie met alle financiële consequenties van dien. Louter een inschrijftarief

beperkt huisartsen volgens u om zich adequaat in te zetten, aangezien meer uren niet worden beloond. Graag wil ik in onderstaande paragraaf een aantal opmerkingen hierover plaatsen en u vragen in uw uitvoeringstoets van dit najaar hierop in te gaan. Daarbij is mijn uitgangspunt bij mijn gedachten over een toekomstig bekostigingssysteem om prijs te koppelen aan kwaliteit. Ik wil deze gedachten voor een toekomstig systeem graag meegeven.

**Curatieve Zorg**

**Ons kenmerk**  
CZ/EKZ/2916653

#### *Prijs koppelen aan kwaliteit*

Ik ben het met u analyse van het gemengde systeem eens, maar vraag mij af of de prikkel bij een ongelabeld consulttarief niet te veel bestaat uit een louter financiële. Zoals ik al eerder aangaf maken de komst van prestatie-indicatoren die de geleverde kwaliteit van de zorg inzichtelijk maken het mogelijk om op prijs-kwaliteit te sturen in plaats van alleen op prijs.

Ik wil u vragen te onderzoeken of via een inschrijftarief een prikkel kan worden bewerkstelligd voor adequate inspanningen, namelijk door te gaan werken met een *gedifferentieerd* inschrijftarief. Huisartsen die extra service verlenen, bovengemiddelde kwaliteit leveren of additionele, gespecialiseerde zorg bieden kunnen bijvoorbeeld een verhoging op het inschrijftarief krijgen. Het gaat om zorgvragen waarvoor specialistische deskundigheid noodzakelijk is en die specifieke middelen vereisen, maar die nog geen medisch-specialistische regie vereist (bv interpretatie ECG, objectivering palpitations, of audiometrie). Op dit moment worden dergelijke zorgvragen door het ontbreken van de juiste prikkels onnodig in de tweedelijns afgehandeld.

Dit geldt ook voor huisartsen die bijvoorbeeld in achterstandswijken werken waar de zorgvraag gemiddeld hoger ligt. Ik wil u vragen om in het nieuwe bekostigingssysteem voldoende aandacht te hebben of lokale verschillen zoals de zorg voor patiënten in achterstandswijken of aan ouderen voldoende worden gehonoreerd.

Voor de basis huisartsgeneeskundige zorg lijkt mij het voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen bijvoorbeeld een belangrijke indicator voor het leveren van goede zorg. Het tarief voor huisartsgeneeskundige zorg kan bijvoorbeeld verschillen afhankelijk van de score op een aantal nader af te spreken prestatie-indicatoren, zoals 'aantal verwijzingen naar de tweede lijn' maar ook prestatie-indicatoren voor kwalitatief hoogwaardig en doelmatig voorschrijven hebben een grote potentie in dit verband (zoals u ook zelf aangeeft). Met de relevante veldpartijen ben ik op dit moment hierover in overleg. Initiatieven als 'excellent verwijzen' kunnen dit verder ondersteunen.

Daarbij wegen voor mij de nadelen van ongelabeld consulttarief welke u beschrijft zwaar. Mijns inziens maakt dit het voorkomen van dubbele bekostiging moeilijk. Ook past het in mindere mate in het beleid van steeds toenemende transparantie waarbij tarieven worden vastgesteld waar een inhoudelijke prestatie tegenover staat. Dat een gemengd systeem lagere toetredingsdrempels zou kennen kan ik ook niet nog niet goed onderschrijven, indien zoals u schetst het inschrijftarief zou blijven bestaan. Het consulttarief lijkt mij niet kostendekkend voor de andere aanbieders in deze situatie, en het ongelabelde karakter hiervan zeer ongewenst in het kader van de kostenbeheersing. Ik verzoek om in de uitvoeringstoets hier nader op in te gaan.

Uiteraard deel ik uw mening dat de verschillende zorgprestaties onder de WMG kunnen verdwijnen ten einde de dubbele bekostiging zoveel mogelijk te vermijden. Dit geldt mijns inziens voor de huidige module 'Samenwerking voor de geïntegreerde eerstelijnszorg', als de module M&I en POH. Ik zie in de toekomst deze beleidsregels niet als zodanig meer bestaan en wil u ook meegeven dat ik deze wijziging al van groot belang vind voor het jaar 2010, omdat dan de vier keten-DBC's worden geïmplementeerd. Veel M&I verrichtingen zullen in de toekomst via de keten-DBC worden gedeclareerd, of via het inschrijftarief basis huisartsgeneeskundige zorg. Het advies van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) over de M&I kan hiervoor uitstekend worden gebruikt. Ook past het meer in lijn de POH integraal via de keten-DBC's te laten declareren. Dit geldt wat mij betreft ook voor de POH-GGZ die op de langere termijn onderdeel ook van een keten zal zijn. Graag zou ik uw mening hierover willen.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk  
CZ/EKZ/2916653

Het streven is om per 1 juli de beleidsregels voor het jaar 2010 te hebben klaarliggen, waarbij nadrukkelijk is afgesproken gezamenlijk op te trekken. Ik vertrouw erop dat deze samenwerking op constructieve wijze wordt voortgezet.

In de monitor merkt u tot slot op dat dubbele bekostiging een risico is voor die gevallen waarbij een behandeling in de tweede lijn gewoon via een bestaande DBC plaatsvindt, terwijl de nazorg wel in de eerste lijn plaatsvindt. Het gaat hier dus om de behandeling van chronische patiënten die niet in de eerstelijns kan plaatsvinden omdat de complexiteit van de behandeling te hoog is. In de tweedelijns wordt voor deze patiënten dan een DBC geopend. De keten-DBC wordt in dit geval niet geopend omdat de patiënt niet voldoet aan de inclusie-criteria voor deze DBC volgens de vigerende richtlijnen. Echter, u stelt terecht dat de nazorg voor deze patiënt wellicht wel in de eerstelijns plaatsvinden. Indien dat het geval is, zal deze nazorg niet worden betaald via de keten-DBC vanwege de genoemde inclusie-criteria. De betreffende professional in de eerstelijnszorg zal in dit geval dus gewoon zijn reguliere tarieven declareren. Dubbele bekostiging vermijden in dit soort casus is alleen mogelijk als de DBC in de tweedelijns geen component nazorg meer bevat. Verzekeraars zullen in de onderhandelingen met ziekenhuizen voor de DBC's in het B-segment dit element moeten uitonderhandelen, waarbij rekening gehouden wordt met mogelijkheid voor het leveren van nazorg deels in de eerstelijnszorg en deels in de tweedelijnszorg. U geeft zelf ook een dergelijke oplossingrichting in uw monitor.

### **Overige onderwerpen: marktmacht en toegankelijkheid van zorg.**

#### *Marktmacht huisartsen*

In hoofdstuk 3 van de monitor huisartsenzorg gaat u nader in op de marktstructuur van de huisartsenzorg. U constateert dat in de onderhandelingen met de verzekeraars de huisartsen sterk staan. U geeft daarvoor vijf redenen. Op de eerste twee redenen wil ik graag nog een en ander toelichten.

#### *De schaarste van de huisartsenzorg*

De komende jaren heeft de vergrijzing grote invloed op de beschikbaarheid van de huisartsen. Op dit moment is er noch een tekort noch een overschot van huisartsen in Nederland. Het Capaciteitsorgaan heeft mij in 2008 geadviseerd de opleidingsplaatsen van de huisartsen te verruimen ten einde in te spelen op de toekomstige druk op de huisartsenzorg. Ik heb het advies opgevolgd door de opleiding licht uit te breiden van 516 naar 540. Dit laatste getal is gecorrigeerd

voor de inzet van praktijkondersteuners. Het capaciteitsorgaan schat dat door de huidige taakdifferentiatie 170 huisartsen minder hoeven worden opgeleid. Mijn beleid ten aanzien van de functionele bekostiging stimuleert taakdifferentiatie en taakherschikking ook. Zorgaanbieders die bijvoorbeeld integrale zorg voor chronische zieken gaan leveren, willen dit tegen een goede prijs/ kwaliteit-verhouding doen. De inzet van praktijkondersteuners en NP's en PA's zijn hierbij essentieel om de zorg betaalbaar en goed georganiseerd te houden. Huisartsen kunnen zich dan meer bezig houden met de zorg die additionele expertise betreft of bepaalde handelingen waarvoor andere beroepen niet zijn opgeleid. Een goede organisatie van de zorg vermindert de werkdruk en verhoogt het werkplezier. Ik zie deze ontwikkeling positief tegemoet. Ik heb begrepen dat de NP's en de PA's via de module POH kunnen worden gecontracteerd. Per 2010 kunnen de NP's en PA's integraal via de keten-DBC's worden gedeclareerd.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk  
CZ/EKZ/2916653

#### *De kleine geografische relevante markt*

U merkt op dat patiënten er over het algemeen aan hechten om de huisarts nabij te hebben. Ook geeft u aan dat het visite rijden van de huisarts de geografische afstand beperkt van de patient tot de huisarts. Een patient kan in dat licht dus alleen een huisarts in buurt kiezen. Over het algemeen hanteert de huisarts op dit moment een 15- minuten criterium. Toch zie ik in de toekomst wel andere tendensen ten aanzien van de huisartsenzorg. Ik sluit niet uit dat huisartsen zich zullen gaan specialiseren in bepaalde aandoeningen. Ik kan mij zo voorstellen dat huisartsen in de toekomst zelfs naar elkaar zullen verwijzen als het gaat om chronisch zieken. In de brief 'bereikbaarheid en kwaliteit' die in juni 2008 naar de Tweede Kamer is gegaan, was mijn stelling ook dat daar waar nodig kwaliteit boven bereikbaarheid moet gaan. Dit geldt weliswaar met name voor de complexere en minder voorkomende problematiek, maar ook voor chronisch zieken geldt dat zij de zorg daar willen krijgen waar de kwaliteit het best is. Voor wat betreft de visites die de huisarts af moet leggen aan de patient, werkt het huidige inschrijftarief in voorkomende gevallen beperkend om de visite door een andere huisarts af te laten leggen die dichterbij woont. Ik ben van mening dat bij een adequate dossiervorming en goede ICT-mogelijkheden de eigen huisarts niet per se de visite bij een patient hoeft af te leggen. In de ANW-uren wordt dit op dit moment ook door andere huisartsen gedaan dan de eigen huisarts. De patient kan daardoor –uit kwaliteitsoogpunt bijvoorbeeld- besluiten ook voor huisarts te kiezen die verder van zijn woonplaats afwoont dan de 15 minutengrens die op dit moment wordt gehanteerd.

Later in deze brief ga ik nader in op de functionele benadering van de acute basiszorg. In feite komt een eenduidig tarief voor acute basiszorg tegemoet aan de mogelijkheid voor het afleggen van visites door een niet-eigen huisarts. Het huidige bekostigingssysteem biedt hiervoor geen mogelijkheid. Echter, ik zie wel de nodige uitwerkingsproblemen met betrekking tot dit punt. Bijvoorbeeld het feit dat het moeilijk is de acute - en de planbare zorgvragen van elkaar te onderscheiden. Partijen pleitten om die reden dan ook voor het handhaven van het tarief acute basiszorg in het inschrijftarief. Ik ben hierover met partijen in gesprek om nader te verkennen wat de mogelijkheden met betrekking tot dit punt zijn voor de langere termijn.

#### **Toegankelijkheid: dreigend gebrek aan keuzevrijheid**

Tot slot gaat u in hoofdstuk 3 van de monitor huisartsenzorg en op pagina 53 van uw visie op de functionele bekostiging nog nader in op de

samenwerkingsverbanden in de eerste lijn, maar ook op de uitsluiting van andere zorgaanbieders indien integratie van de eerstelijnszorg en functionele bekostiging daarvan doorgang vinden. U stelt dat de macht van de zorggroepen door gezondheidscentra als groot ervaren wordt. U zegt dat onderhandelingen die via de zorggroep lopen geen sluiproute mogen worden voor een collectivisering van onderhandelingen over de individuele prijs en prestaties van huisartsen.

Ik ben het daar uiteraard mee eens. Ook de keuzevrijheid van de patiënt die wellicht door de grote van de zorggroepen wordt beperkt, is een aandachtspunt. Ik heb begrepen dat de u en de NMA hier nadere analyses naar het doen zijn. Graag word ik daar van op de hoogte gesteld. In de monitor huisartsenzorg schrijft u tevens dat het onderhandelen over complexe producten zoals de diabeteszorg leidt tot minder transparantie en kan leiden tot selectie van patiënten. De zorg voor chronisch zieken wordt juist in de toekomst alleen maar transparanter vanwege de introductie van landelijk uniforme keten DBCs. Door concurrentie en benchmark tussen ketens wordt duidelijk wie de juiste kwaliteit levert voor een redelijke prijs. Ik verwacht niet dat patiënten zonder chronische aandoeningen niet meer bij een huisarts terecht kunnen, omdat zij niet 'winstgevend' zijn. Althans, dit is de wijze waarop ik uw stelling rondom risicoselectie interpreteer. Ik zie uw toekomstige analyses hieromtrent in dat licht met belangstelling tegemoet. Dit geldt ook ten aanzien van de rol van de zorgverzekeraars. U eindigt hoofdstuk twee van de monitor huisartsenzorg met fundamentele informatie over het stelsel zelf. In 2006 was het percentage verzekerden dat is overgestapt naar een andere zorgverzekeraar eenmalig zeer hoog, ongeveer 18%. In 2007 is dat percentage gezakt naar 4,4 procent tot 3,6 procent in 2008. U merkt op dat een vermindering in overstapgedrag en de dreiging c.q. overweging om over te stappen er op kan wijzen dat de druk van consumenten op verzekeraars om met elkaar te concurreren afneemt. Dit blijkt ook uit uw Monitor Zorgverzekeringmarkt 2007 en 2008. Ik ga er vanuit dat u deze ontwikkeling blijft monitoren om zodoende goed op de effecten van het zorgverzekeringstelsel te kunnen blijven inspelen.

#### *Toegankelijkheid huisartsenzorg*

In hoofdstuk 5 van de monitor huisartsenzorg geeft u aan dat huisartsen nog niet met elkaar concurreren waardoor er bijvoorbeeld ook geen prikkel is om ruimere openingstijden aan te bieden. U sluit niet uit dat dit ook komt doordat er nog geen extra inkomsten mee gemoeid zijn. Een huisarts kan voor de extra uren die zij tijdens een avondspreekuur leveren, namelijk slechts het consulttarief van €9 declareren. Ik deel uw mening dat dit geen juiste prikkel geeft voor het leveren van extra service. Ik wil vragen om in de uitvoeringstoets terug te komen op de wijze waarop het bekostigingssysteem huisartsen in de toekomst deze ontwikkeling beter zou kunnen ondersteunen. Dit kan mijns inziens bijvoorbeeld door een differentiatie in het tarief huisartsengeneeskundige basiszorg aan te brengen. Dit geldt ook voor het emailconsult.

Tot slot kaart u de telefonische bereikbaarheid in de monitor huisartsenzorg aan. Eerdere onderzoeken van de IGZ toonden telefonische bereikbaarheidsproblemen aan in zowel de ANW-uren als de overdagzorg. Slechte bereikbaarheid heeft – zoals u ook zegt- een negatieve invloed op het aantal zelfverwijzers en legt een druk op de zorg die in huisartsenposten wordt geleverd. Het is onverantwoord om als huisarts zo matig telefonisch bereikbaar te zijn. De patiënt moet 24 uur per dag, 7 dagen per week ogenblikkelijk op de huisarts terug kunnen vallen.

Curatieve Zorg

Ons kenmerk  
CZ/EKZ/2916653

Ik heb de LHV eind vorig jaar gevraagd goed onderbouwde analyse te maken naar de oorzaken die ten grondslag liggen aan de matige telefonische bereikbaarheid. Ik kan mij voorstellen dat niet alleen de bezettingsproblemen van de dokterassistenten hierin een rol spelen, maar ook andere organisatievraagstukken. Herhaalrecepten en afspraken maken zou veel vaker dan nu ook digitaal kunnen worden afgehandeld, waarmee de telefonische belasting wordt verminderd en de bereikbaarheid verbeterd. Zodoende blijft er voor de doktersassistenten meer tijd over voor het opnemen van de telefoon. Ook andersoortige samenwerkingsverbanden kunnen bijdragen aan een oplossing, door bijvoorbeeld de inzet van gezamenlijk personeel kan worden verdeeld over meerdere huisartsen tijdens "daluren". Ten tweede is het natuurlijk wel van belang te weten wat er wordt verstaan onder goede telefonische bereikbaarheid, zodat er helderheid is voor de patiënten, de zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Anticiperend daarop heb ik in juni dit jaar in de brief "kiezen voor bereikbaarheid en kwaliteit van zorg" (MC-U-2860925) aandacht besteed aan de telefonische bereikbaarheid van huisartsenzorg (zowel voor overdag als voor de avond, nacht en weekenden).

Ik heb daarin gevraagd aan de relevante partijen om binnen een jaar met eenduidige normen en richtlijnen te komen ten aanzien van de telefonische bereikbaarheid van de huisartsenzorg. De inspectie beveelt de partijen dringend aan om de norm die de IGZ in haar rapport hanteert binnen een jaar na uitkomst van het rapport over te nemen en te implementeren. Dit betekent dat in 2010 de zorg op basis van deze normen zodanig is georganiseerd, dat deze normen zowel overdag als in de avond- nacht- en weekenden gehaald kunnen worden. Dit geldt voor zowel de spoed als de minder-spoed oproepen. Van zorgverzekeraars verwacht ik dat zij in hun contracten met de zorgaanbieders deze normen volgen en afspraken met aanbieders maken over de invulling van deze norm. Ik ga er vanuit dat bovenstaande beleidslijn door partijen wordt overgenomen en dat op basis daarvan de telefonische bereikbaarheid van de huisarts in de toekomst wordt gegarandeerd. Mochten, tot slot, deze maatregelen ontoereikend blijken, dan verzoekt de inspectie mij deze richtlijnen vanuit de Kwaliteitswet een dwingende status als norm te geven.

#### *Nieuwe toedreders: SOS-arts*

U wijdt hoofdstuk 6 in uw monitor aan de toetreding op de markt voor huisartsenzorg door SOS-arts. De SOS-arts biedt een alternatief voor een deel van de zorgverlening van huisartsen. Dit geldt zowel voor de zorg overdag als de zorg in de ANW-uren. Het verschil met de huisartsenzorg is dat de SOS-arts 24 uur per dag aan huis komt en zich richt op de zorgvragen die in de ogen van de patiënt als acuut wordt ervaren. Dit betekent dat de SOS-arts een deelprestatie van de gehele huisartsenzorg levert. Toetreding van dergelijke aanbieders verhoogt volgens u de kwaliteit van de zorg en de keuzevrijheid van de consument. Het effect is wel dat toetredende aanbieders een deel van de inkomsten van de gevestigde partijen afneemt.

In het specifieke geval van de SOS-arts benoemt u een aantal belemmeringen die raken aan de solidariteit van het stelsel. Ook de kwaliteit van zorg en de huidige bekostiging zijn aandachtspunten waar naar gekeken moet worden bij toetreding van een SOS-arts.

Het College voor Zorgverzekeringen geeft aan dat de zorg die SOS-arts wil bieden te kwalificeren valt als acute-huisartsenzorg, dit behoort bij "zorg zoals huisartsen

Curatieve Zorg

Ons kenmerk  
CZ/EKZ/2916653

die plegen te bieden" en behoort daarmee tot de verzekerde prestaties die onder de Zorgverzekeringswet vallen. Rondom de "acute" zorg valt op te merken dat het CVZ toetst of de kenmerken hiervan overeenkomen met de criteria die beroepsbeoefenaren (lees: huisartsen) hierover hebben. Indien SOS-arts andere urgentienormen hanteert dan "zorg die huisartsen plegen te bieden in acute - zorgsituaties" dan valt de zorg van SOS-arts niet onder de dekking van de Zvw.

**Curatieve Zorg**

**Ons kenmerk**  
CZ/EKZ/2916653

De Inspectie voor de gezondheidszorg is van mening dat het loskoppelen van onderdelen van huisartsenzorg niet verstandig is. Daarnaast merkt de IGZ op dat dit initiatief onwenselijk is in de beweging van de overheid om voor de patiënt een meer eenduidige ingang te creëren in de spoedeisende hulp; één (landelijk) nummer met één manier van triage. Vooral nog is er onduidelijkheid over de wijze waarop en door wie de triage bij SOS-arts wordt uitgevoerd en de kwalificaties van de SOS-arts. Het concept van de SOS arts bestaat in Nederland niet. Mogelijk is het in strijd met de wet BIG en de beroepsnormen als een niet-huisarts zich beweegt op het deskundigheidsgebied van de huisarts. Dat zal nog uitgezocht moeten worden. Ik adviseer de NZa om hierover in gesprek met de IGZ te treden.

Ik ben van mening dat in principe een initiatief als SOS-arts wenselijk is vanuit het oogpunt de doelmatigheid en kwaliteit in de zorg te kunnen bevorderen. Het biedt de patiënt immers meer keuzemogelijkheid en biedt prikkels aan huisartsen om hun patiëntenzorg beter te organiseren. Echter, deze benadering is te eenvoudig voor zorgmarkt, waarbij de door de patient en zijn omgeving(ervaren) zorgvraag in veel gevallen acuut is. Dit initiatief gaat dwars door de bestaande systemen heen. Acute zorg wordt op dit moment geleverd door huisartsen overdag, de huisartsenposten in de avond- nacht- en weekenden en door spoedeisende hulpen van ziekenhuizen. In principe zou deze organisatie van acute zorg dekkend moeten zijn voor het leveren van acute zorg, 24 uur per dag. Zoals eerder in deze brief is aangegeven, blijkt in de praktijk dat de telefonische bereikbaarheid van huisartsen 's middags nogal eens te wensen overlaat. Een initiatief als SOS-arts ontstaat uit een behoefte aan beter bereikbare acute zorg. Een positief effect van dit initiatief is dan ook dat het de bestaande huisartsen (posten) zal doen prikkelen om de acute zorg beter te gaan organiseren om beter tegemoet te komen aan de wensen van de patiënten. Op 3 februari jongstleden heb ik u mijn verzoek om een vervolgvraagtoets gestuurd met betrekking tot de keten acute zorg. Ik ben voornemens nog per 2010 een begin te maken met de bekostiging van de acute basiszorg. Dit betekent dat er een integraal tarief voor acute basiszorg zal zijn ongeacht wie die zorg levert. Dit is voor toetreders als SOS-arts een mogelijkheid om de zorg die zij leveren bekostigd te zien. Echter, de SOS-arts zal zich moeten conformeren aan vigerende wetgeving. Op dit moment legt de SOS-arts geen duidelijke verbanden met bestaande organisaties die ook zorg leveren aan de patiënt. Er is dus geen inzicht in het dossier van een betreffende patiënt en de SOS-service houdt zelf ook geen dossier bij van een geconsulteerde patiënt. Ook is er onduidelijkheid over de normen die SOS-arts hanteert voor bereikbaarheid, verwijzing, triage en medisch-inhoudelijk handelen. Dit plaatst vraagtekens bij de kwaliteit van deze zorg en is in dat licht onwenselijk. Uw voorstel om de invoering onder voorwaarden toe te staan end e verzekeraars zelf te laten bepalen of ze de SOS arts contracteren, kan ik mee instemmen.

Zorgaanbieders hebben een eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van de solidariteit en de betaalbaarheid van de zorg. Een huisarts maakt op dit moment bijvoorbeeld altijd een weloverwogen afweging of hij een visite zal afleggen naar



een patiënt of dat een telefonisch consult in eerste instantie voldoende is. Bij een organisatie zoals SOS-arts geldt eerder het principe 'u vraagt, wij draaien', waardoor de doelmatigheid van de zorg niet in ogenschouw wordt genomen. Ik verwacht ook dat zorgverzekeraars –bij eventuele toetreding- daarom strakke afspraken maken een SOS-arts met de betrekking de kwaliteit, overdracht en productie van die zorg voordat de druk op de nominale premie onwenselijk toeneemt.

**Curatieve Zorg**

**Ons kenmerk**  
CZ/EKZ/2916653

Concluderend lijkt het initiatief SOS-arts te voorzien in een bepaalde behoefte van patiënten (serviceverlening, bereikbaarheid) maar roept het vragen op rondom kwaliteit, verzekeraarbaarheid en "visie" op de wijze waarop basiszorg aangeboden dient te worden. De IGZ voorziet problemen rond continuïteit en kwaliteit van de aangeboden zorg. Door onduidelijkheid over de criteria van "acute zorg" door SOS-arts kan CVZ niet beoordelen of deze zorg onder de dekking van de Zvw valt. Mijn voorkeur gaat er naar uit een gedegen marktanalyse uit te voeren en over de periode van 2 jaar zorgvuldig te monitoren wat de ontwikkelingen zijn in de vorm van een experiment. Aan de hand daarvan kan verantwoord besloten worden over het wel of niet toestaan van deze nieuwe toetreders .

*Tot slot*

Ik ben verheugd te concluderen dat uw conclusies een aanbevelingen over het geheel gezien mijn beleid ten aanzien van de functionele bekostiging en huisartsenbekostiging ondersteunen. Op alle verschillende facetten die u aankaart, ben ik in deze brief ingegaan.

De komende periode zullen we intensief afstemmen om -in lijn met de nog in wording zijnde adviezen van uw kant en de onderhandelingen die gaan plaatsvinden met de relevante partijen-te komen tot gedegen en houdbare afspraken. Mochten zich onverhoopt en onverwacht problemen voordoen, dan verwacht ik dat die tijdig worden gesignaleerd en adequaat worden opgepakt.

Hoogachtend,  
de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

A. Klink