



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

NZa  
t.a.v. de voorzitter  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

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

**Inlichtingen bij**  
Fleur Brouwers  
Fl.brouwers@minvws.nl

**Ons kenmerk**  
CZ/EKZ- 3089390

Datum **28 NOV. 2011**

Betreft Verzoek uitvoeringstoets bekostiging huisartsenzorg en integrale zorg

**Bijlagen**  
2

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

Geachte voorzitter,

In de brief 'Zorg en ondersteuning in de buurt'<sup>1</sup> die op 14 oktober 2011 aan de Tweede Kamer is gestuurd geven de staatssecretaris en ik aan dat het van groot belang is dat zorg en ondersteuning in de buurt beschikbaar is als mensen dat nodig hebben. Zorg en ondersteuning in de buurt bevorderen een zo lang mogelijke zelfstandigheid en geven mogelijkheden om in combinatie met professionele hulp de eigen verantwoordelijkheid van burgers inhoud en vorm te geven. Dit is nodig gezien de sterke toename van het aantal mensen met een chronische aandoening, in combinatie met een krimpende arbeidsmarkt en stijgende kosten.

Dit kabinet zal een stevige impuls geven aan zorg en ondersteuning via maatregelen op vijf terreinen. Uitgangspunt is dat mensen de zorg en ondersteuning ontvangen die zij nodig hebben, waarbij de zorgbehoefte van de cliënt/patiënt centraal staat. Mensen moeten zo min mogelijk hinder ondervinden van de schotten tussen stelsels en de financiële belangen van de sectoren.

De organisatie van de zorg en ondersteuning sluit hier op dit moment nog onvoldoende op aan. We zien nog teveel eenvoudige ingrepen die naar de specialistische zorg worden geschoven, relatief veel intramurale oplossingen in de langdurige zorg en de GGZ en algemeen maatschappelijk werk dat naar de GGZ verschuift. Dit willen we keren. Daarvoor is onder andere een sterke eerstelijns essentieel. Die eerstelijns is nog onvoldoende op orde: we zien nog teveel versnippering, de organisatiekracht ontbreekt veelal en de aansluiting met de nulde- en tweedelijnszorg is onvoldoende. Daarnaast kan de bereikbaarheid en toegankelijkheid verbeterd worden, kan diagnostiek meer in de buurt georganiseerd worden, vinden e-health en andere nieuwe zorgvormen nog onvoldoende toepassing en komt taakherschikking nog onvoldoende van de grond.

Diverse factoren spelen daarbij een rol, zoals onbekendheid bij zorgprofessionals en cultuurverschillen, maar zeker ook de bekostiging van de eerstelijns. De huidige bekostiging kent mijns inziens onvoldoende ruimte en prikkels om de zorg af te stemmen op de behoeften en wensen van patiënten. We betalen nog te weinig voor

<sup>1</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2011-2012, 32 620, nr. 27



samenhang van zorg en voor het realiseren van gezondheidsdoelen. De bekostiging vindt ook nog teveel via monodisciplinaire kaders plaats, integrale zorgverlening is nog geen norm. Ik zie dat met name in de bekostiging van huisartsenzorg en integrale zorg mogelijkheden aanwezig zijn voor verbetering.

**Ons kenmerk**

CZ/EKZ- 3089390

#### *Verzoek & reikwijdte*

Met deze brief wil ik u verzoeken een uitvoeringstoets te doen naar de bekostiging van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden (in vervolg huisartsenzorg) en integrale zorg. Onder integrale zorg versta ik multidisciplinaire zorg zoals verschillende zorgaanbieders die in samenhang plegen te bieden en waar huisartsenzorg deel van uitmaakt. De zorg zoals geleverd door de wijkverpleegkundige is hier ook onderdeel van. Ik wil u vragen de uitkomsten van diverse andere uitvoeringstoetsen en de ontwikkelingen in andere eerstelijnssectoren in samenhang met deze uitvoeringstoets te bezien. Zo heb ik u op 1 juli 2011 gevraagd om een uitvoeringstoets naar de basis geestelijke gezondheidszorg (GGZ), op 26 mei 2011 om een uitvoeringstoets naar de functie eerstelijnsdiagnostiek en op 1 juni 2011 om een uitvoeringstoets naar de integrale bekostiging van perinatale zorg. Op 1 juli 2011 heb ik u een aanwijzing gegeven voor een nieuwe compacte prestatielijst in de mondzorg en voor het bij experiment invoeren van vrije prijsvorming per 1 januari 2012. Daarnaast heb ik u op 16 mei 2011 een aanwijzing gestuurd om per 1 januari 2012 nieuwe prestatiebeschrijvingen en vrije tarieven in de extramurale farmaceutische zorg in te voeren. Ook heb ik in uw werkprogramma 2012 een praktijkkosten- en inkomensonderzoek huisartsenzorg laten opnemen. Verder zal ik u begin 2012 verzoeken om een aparte uitvoeringstoets te doen die specifiek is gericht op het stimuleren van substitutie van de tweede naar de eerste lijn.

Ik ben van mening dat integrale zorgverlening nog niet de norm is. Ik wil u daarom expliciet vragen ook te kijken naar de huidige mogelijkheden om integrale zorgverlening te bekostigen en mij te adviseren over eventuele aanpassingen. Ik ben nog in afwachting van de bevindingen van de evaluatiecommissie Integrale Bekostiging chronisch zieken. Ik verwacht eind dit jaar een tweede tussenevaluatie van de commissie en voor de zomer van 2012 de eindevaluatie. Ik verzoek u om bij uw advies de tussenevaluatie van de commissie mee te nemen.

Graag ontvang ik uw advies vóór 1 juni 2012, zodat ik per 2013 wijzigingen in de bekostiging kan doorvoeren. Ik zal op basis van uw advies en het eindrapport van de evaluatiecommissie een beslissing nemen over de aanpassing in de bekostiging per 2013.

#### *Leeswijzer*

In deze brief zet ik de huidige bekostiging van de huisartsenzorg en de integrale zorg uiteen (1). Vervolgens zal ik ingaan op de knelpunten (zowel binnen als buiten de bekostiging) voor het bereiken van mijn beleidswensen (2). Daarna geef ik aan met welk doel de bekostiging moet worden aangepast en aan welke voorwaarden de nieuwe bekostiging moet voldoen (3). Tenslotte vraag ik u om enkele bekostigingsopties weer te geven (inclusief de voor- en nadelen van deze opties) en antwoord te geven op enkele specifieke vragen (4).



## 1. Huidige bekostiging

Ons kenmerk

CZ/EKZ- 3089390

### 1.1 Huisartsenzorg

Het huidige bekostigingssysteem wordt gekenmerkt door een combinatie van een inschrijftarief (een bedrag per verzekerde) en verrichtingentarieven (een bedrag per prestatie). In bijlage 1 staat een overzicht van de verschillende prestaties in de bekostiging, met de bijhorende tarieven en de macrokosten.

Elk bekostigingssysteem heeft voor- en nadelen. Een inschrijftarief heeft het voordeel dat de aanbieder ook wordt beloond voor het niet behandelen en dus geen volumeprikkel heeft. Anderzijds belemmert het inschrijftarief innovatie en is de prikkel om goed bereikbaar of langer open te zijn (bijv. avondsprekuren) beperkter. Ook beperkt het de komst van nieuwe toetreders (er is immers al voor de zorg betaald). Een nadeel van een bekostiging op verrichtingen is dat aanbieders een financiële prikkel hebben om zoveel mogelijk volume te draaien. Daardoor kan de aanbieder een financiële prikkel hebben om zoveel mogelijk consulten te draaien en de patiënt nodeloos vaak te laten terugkomen (overbehandeling). Dit creëert een risico voor de betaalbaarheid.

Het huidige systeem, dat gebaseerd is op betalen van verrichtingen en beschikbaarheid biedt geen mogelijkheden tot het honoreren van 'resultaten'. De huisartsenzorg is bij uitstek in de gelegenheid om bij te dragen aan positieve gezondheidsresultaten op het niveau van doelgroepen.

### 1.2 Integrale zorg

De huidige bekostiging biedt meerdere mogelijkheden om integrale zorg te bevorderen.

- Sinds 2007 bestaat de beleidsregel 'Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten' (hierna: GEZ module). Met deze module kunnen multidisciplinaire samenwerkingsverbanden rondom de huisartsenzorg die structureel samenwerken een opslag op het inschrijftarief overeenkomen met zorgverzekeraars teneinde tot doelmatigere of betere zorg te komen. De zorg die door de verschillende zorgverleners wordt geleverd wordt hierbij los gefinancierd. De GEZ module maakt mogelijk dat de extra kosten aan ICT, huisvesting en zorgmanagement die noodzakelijk zijn voor een geïntegreerd zorgaanbod bekostigd worden en stimuleert daarmee ook de samenwerking tussen verschillende disciplines, wat de zorgverlening patiëntgericht, kwalitatief beter en efficiënter kan maken.
- Sinds 2007 bestaat ook de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten'. Deze beleidsregel is van toepassing op nieuwe zorgproducten of diensten waarvoor nog geen prestatiebeschrijving door de NZa is vastgesteld en kan uitsluitend in rekening worden gebracht ter verwezenlijking van innovatie door middel van een kortdurend kleinschalig experiment. De insteek van deze beleidsregel is breder dan de integrale zorg. De beleidsregel wordt zowel gebruikt voor vormen van zorg waarbij samenwerking tussen multidisciplinaire zorgaanbieders een belangrijke rol speelt als voor bredere initiatieven rondom innovatie.
- Sinds 2010 is gestart met de integrale bekostiging van drie chronische aandoeningen (diabetes, COPD en vasculair risicomangement). Hierbij spreken verzekeraar en aanbieder één prijs per chronische aandoening per patiënt per kalenderjaar af. Deze prijs is inclusief kosten voor de huisarts,



praktijkondersteuner, diëtiste, medisch specialist en andere professionals. Daarbij is één hoofdcontractant verantwoordelijk voor het totale zorgpakket van de patiënt met betrekking tot de specifieke ziekte. Omdat bij deze financiering de totale zorg van patiënten wordt bekostigd (in tegenstelling tot de GEZ module waarbij de zorgkosten door de hulpverleners zelf worden gedeclareerd) kan het de samenhang en kwaliteit van de zorg extra stimuleren. De invoering van de integrale bekostiging heeft als doel de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken te verbeteren en de kosten te verlagen (door substitutie van de tweedelijns- naar eerstelijnszorg). De periode 2010 tot en met 2012 wordt als een overgangperiode gezien. In deze periode is de evaluatiecommissie Integrale Bekostiging chronisch zieken ingesteld om te kijken of de beoogde effecten bereikt worden.

- De beleidsregel 'regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling' biedt instrumenten waarmee macro beschikbare premiemiddelen voor regionale ondersteuning van de eerstelijnszorg worden toegekend. Met de inzet van deze middelen wordt beoogd de eerstelijnszorg te versterken, onder andere door multidisciplinaire samenwerking binnen de eerstelijnszorg te stimuleren. De beleidsregel biedt de grondslag voor de afspraken die zorgverzekeraars met regionale ondersteuningsstructuren (ros'en) maken.
- Mede door de GEZ module en de integrale bekostiging heeft er de afgelopen jaren een grote groei van samenwerkingsverbanden plaatsgevonden. Deze samenwerkingsverbanden zorgen voor een betere samenhang van de zorgverlening, wat de kwaliteit van de zorg kan verbeteren.
- In bijlage 2 staat een overzicht van de bekostiging van de integrale zorg, met bijhorende tarieven en de macrokosten.

Ons kenmerk

CZ/EKZ- 3089390

## 2. Knelpunten bij bereiken beleidsdoelstellingen

Aanbieders van huisartsenzorg worden nog niet voldoende beloond naar prestatie, dat wil zeggen op gezondheidsuitkomsten, kwaliteit, service en dienstverlening. Mede hierdoor zie ik dat de zorgverlening nog niet altijd voldoende is afgestemd op de behoefte van de patiënt en komt transparantie over de prestaties van aanbieders nog nauwelijks van de grond. Patiënten kunnen relatief weinig bij hun huisarts terecht buiten werktijden (weinig avondsprekuren). Daarnaast lijkt het aanbieden van online diensten nog beperkt te zijn, terwijl uit onderzoek blijkt dat patiënten hier wel gebruik van zouden willen maken. Denk hierbij aan online afspraken plannen, email of online consult, online anamnese en/of inzage in eigen medisch dossier. Daarnaast wordt nog weinig gebruik gemaakt van ICT en internet toepassingen ter ondersteuning van diagnostiek, behandeling en begeleiding.

De meeste prestaties in de huisartsenzorg hebben maximumtarieven, dus bieden in principe onderhandelingsruimte voor verzekeraar (deze kan bijvoorbeeld alleen het maximumtarief betalen indien de bereikbaarheid en service in orde zijn). In de praktijk lijken verzekeraars echter standaard het maximumtarief te betalen, zonder daar specifieke eisen aan te verbinden. Zorgverzekeraars contracteren bovendien vrijwel alle huisartsen. Dit ondanks dat verzekeraars al volledig risicodragend zijn over de eerstelijnszorg. Hierdoor is er weinig verschil in beloning tussen aanbieders van huisartsenzorg die goed functioneren en aanbieders die minder goed functioneren (met uitzondering van specifieke M&I modules vastgesteld door diverse verzekeraars). Hierdoor is er voor aanbieders slechts een beperkte



financiële prikkel om de bereikbaarheid, toegankelijkheid en service te verbeteren. Tegelijkertijd zie je weinig nieuwe toetreders die ook (delen van) huisartsenzorg kunnen leveren. De verzekeraar staat op het standpunt dat hij al heeft betaald via het inschrijftarief. Dit is een grote blokkade voor meer dynamiek waarbij nieuwe aanbieders in het ontstane 'gat' springen en de zorg leveren die nodig/wenselijk/op maat is.

Ons kenmerk  
CZ/EKZ- 3089390

Verder zie ik dat er een grote groei is geweest van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Deze zorggroepen zijn echter meestal nog vaak monodisciplinair, terwijl de zorg veelal een multidisciplinair karakter heeft. Zorggroepen bestaan vaak alleen uit huisartsen. Ook zijn er nog veel solistisch werkende zorgverleners. In de brief 'Zorg en ondersteuning in de buurt' beschrijven we een toekomstbeeld dat steeds meer zorg vóór in de keten en in samenhang met andere zorgverleners verleend moet worden. De vraag is of solistisch werkende aanbieders in staat zijn om dit te doen.

### *2.1 Factoren buiten de bekostiging*

Bij de hierboven beschreven ontwikkelingen spelen diverse factoren een rol. Deels hebben die betrekking op de bekostiging van de zorg, maar er zijn ook andere elementen van belang.

- In bepaalde regio's is er sprake van een schaarste aan huisartsen. Uit het capaciteitsplan 2011 van het Capaciteitsorgaan blijkt dat opvolging van huisartsen in rurale gebieden op termijn moeizamer kan worden.
- De keuzemogelijkheden van patiënten om te kiezen voor een huisarts worden geografisch beperkt. Het is voor de patiënt vaak logisch om een huisartsenpraktijk in de buurt te kiezen. Daarnaast kan het voor huisartsen niet aantrekkelijk zijn om patiënten die te ver wonen toe te laten tot hun praktijk, omdat ze dan bij het afleggen van een visite te veel tijd kwijt zouden zijn. Bovendien moet de huisarts bij een spoedgeval snel bij de patiënt kunnen zijn. Huisartsen hebben daarom een beroepsnorm vastgesteld die zegt dat de maximale rijafstand tussen de huisarts en zijn patiënten 15 minuten mag zijn (15 minuten norm). Daarom kunnen huisartsen patiënten die verder wonen weigeren. In dunbevolkte regio's zorgt deze norm ervoor dat de keuze voor patiënten voor een huisarts vaak erg beperkt is. In de grote steden is dit echter in mindere mate een knelpunt.
- Patiënten wisselen mede als gevolg van het voorgaande relatief weinig van huisarts. Volgens de Commonwealth Fund Survey 2011 blijft 80 % van de mensen langer dan 5 jaar bij dezelfde huisarts. Dit wordt deels verklaard doordat patiënten in het algemeen redelijk tevreden zijn over hun huisarts en een vrije sterke band hebben met de huisarts. Echter, een deel van de patiënten blijkt niet tevreden te zijn, maar ondervindt belemmeringen bij het overstappen. Uit de Meldactie Huisartsenzorg van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) uit 2009 blijkt dat 14% van de panelleden aangeeft zeker te willen veranderen van huisarts en dat daarvan de helft (52%) aangeeft dat er een belemmering is om te veranderen. Veelvoorkomende oorzaken zijn een volle praktijk (kan samenhangen met eerdergenoemde schaarste), onderlinge afspraken tussen huisartsen, geen toestemming van de oude huisarts, te lange reistijd (gezien de 15 minuten norm) of buiten het postcodegebied. Ik vraag u daarom in de marktscan huisartsenzorg die u in 2012 zult uitvoeren extra aandacht te besteden aan overstapbelemmeringen voor patiënten die niet tevreden zijn over hun huisarts en aanbevelingen te doen om deze te ondervangen.



- Ook creëert het feit dat een patiënt zich moet laten uit- en inschrijven een drempel om te wisselen. Patiënten kunnen ook niet voor één keer wisselen van huisarts (het passantentarief mag alleen in rekening worden gebracht voor incidentele en acute zorg aan verzekerden die niet woonachtig zijn in de vestigingsgemeente van de zorgaanbieder). Mogelijk spelen bij het beperkte wisselen van huisarts het inschrijftarief en de beperkte uitwisseling en aansluiting van medische dossiers tussen verschillende aanbieders een rol.
- Verzekeraars geven aan dat de marktmacht van huisartsen groot is. Dit wordt mede verklaard door de sterke relatie tussen huisarts en patiënt. Verzekeraars zijn erg voorzichtig bij het niet contracteren van een huisarts omdat dit aanzienlijke imagoschade kan opleveren voor de verzekeraar. Bovendien is er weinig keuze, vanwege de schaarste aan huisartsen in bepaalde regio's en de beperking door de 15 minuten norm.
- Door het grote aantal huisartsenpraktijken in Nederland (circa 9.000 huisartsen in 4.000 praktijken) en de relatief lage totale kosten per huisarts is het voor verzekeraars tijdrovend om te onderhandelen. Het zou veel moeite kosten om onder het maximumtarief te gaan zitten (en zou bovendien weerstand oproepen van huisartsen), terwijl de baten daarvan relatief beperkt zijn (de huisartsenzorg is voor verzekeraars een kleine kostenpost ten opzicht van de totale uitgaven).
- Tot op heden zijn verzekeraars nog niet risicodragend over de tweedelijnszorg. Het doorverwijsgedrag van huisartsen heeft een grote invloed op de kosten in de tweede lijn. Het gebrek aan risicodragendheid van verzekeraars voor de kosten in de tweede lijn kan een verklaring zijn voor het feit dat verzekeraars huisartsen die weinig doorverwijzen (en veel zorg zelf doen) niet extra belonen. Mogelijk hebben verzekeraars nu geen baat bij een scherpe inkoop in de eerste lijn, want ze lopen hierdoor het risico dat ze verzekerden kwijt raken die gehecht zijn aan hun huisarts. Vanaf 2012 worden verzekeraars in geleidelijke stappen risicodragend over de kosten in de tweedelijnszorg met als bedoeling dat de verzekeraars daardoor hun rol als inkopers beter gaan oppakken.
- Op dit moment is het Budgettair Kader Zorg ingedeeld in verschillende kaders. Dit betekent dat overschrijdingen in de huisartsenzorg in principe moeten worden gecompenseerd binnen de huisartsenzorg. Het is overigens niet uitgesloten dat in de toekomst groeiruimte voor de medisch specialisten en ziekenhuiszorg in bredere zin beschikbaar kan komen voor de huisartsenzorg. Als voor verzekeraars duidelijk is dat de zorg doelmatiger in de eerste lijn wordt uitgevoerd is er geen reden waarom zij hun inkoop hier niet op aanpassen.
- De transparantie over de prestaties van aanbieders van huisartsenzorg (prestatie-indicatoren en patiëntenoordelen) komt in de eerste lijn nog nauwelijks van de grond, zo blijkt uit de overzichtstudie naar de eerste lijn van het NIVEL (2011). Hierdoor is de informatie voor verzekeraars over welke aanbieders het goed doen beperkt, wat het lastig maakt om goed functionerende aanbieders beter te belonen. Ook voor de patiënt is er beperkte keuze-informatie.
- De toepassing van e-health voor huisartsenzorg en integrale zorg komt nog onvoldoende van de grond, terwijl e-health kan bijdragen aan het verbeteren van de dienstverlening, zelfredzaamheid van patiënten, doelmatigheid en arbeidsbesparing. Dit heeft te maken met barrières in de cultuur en organisatie van zorg. Zorgverleners zijn niet snel bereid de eigen werkwijze aan te passen. Bekendheid met toepassingen van e-health en de meerwaarde ervan voor

Ons kenmerk

CZ/EKZ- 3089390



patiënten en professionals is beperkt. Een ander knelpunt is dat toepassingen van e-health vaak niet goed aansluiten bij de werkwijze en organisatie van de zorg. Als er onvoldoende aandacht is voor het gebruikersperspectief in de ontwikkeling van toepassingen zal adaptatie in de praktijk uitblijven.

Ons kenmerk  
CZ/EKZ- 3089390

## 2.2 Knelpunten binnen de bekostiging huisartsenzorg

Daarnaast zie ik ook knelpunten in de huidige bekostiging van huisartsenzorg, namelijk: de complexiteit en het gebrek aan transparantie (a), het ontbreken van een gelijk speelveld met andere aanbieders in de eerste lijn (b) belemmeringen voor substitutie (c) en het feit dat de patiënt en zijn zorgvraag geen uitgangspunt van de bekostiging zijn (d).

### a. Complexiteit/gebrek aan transparantie

Er zijn veel verschillende prestatiebeschrijvingen, tarieven en modules, daardoor is het systeem van de huisartsenbekostiging erg complex. Dit heeft verschillende gevolgen.

- De verschillende inkomstenbronnen zorgen voor hoge uitvoeringskosten, doordat elke inkomstenbron op een andere manier geregistreerd wordt.
- Door de stapeling van de verschillende inkomstenbronnen is het inzicht in de kostprijs van de verschillende onderdelen beperkt. Dit maakt het moeilijk voor zorgverzekeraars om in het vrij onderhandelbare deel een passende vergoeding te berekenen.
- Door de veelvoud van tarieven is er een groter risico dat aanbieders foutief en/of dubbel declareren.
- Er staat geen specifieke prestatie tegenover het inschrijftarief. Het inschrijftarief is bedoeld voor het 'beschikbaar zijn' van de huisarts, maar het is niet duidelijk wat de huisarts daarvoor moet doen. In de praktijk is de enige voorwaarde het hebben van ingeschreven patiënten.
- Ook de reguliere verrichtingentarieven (consulten, visites, etc) zijn ongelabeld. Mede omdat ook de uitkomsten van de geleverde zorg niet goed zichtbaar zijn, ontbreekt voor verzekeraars inzicht in welke zorg daadwerkelijk wordt geleverd en zijn zij minder goed in staat om hun inkooprol te vervullen.

### b. Geen gelijk speelveld andere aanbieders in de eerste lijn

- Er is tussen verschillende typen aanbieders in de eerste lijn (huisarts, fysiotherapeut, verloskundige, apotheker, verpleegkundig specialist (vs), physician assistant (pa), etcetera) een grote variatie in de prestatiestructuur (consult, verrichting, abonnement, uurtarief) en tariefsoort (vrij, vast, maximum). Dit belemmert de vergelijkbaarheid tussen aanbieders.
- Door het bestaan van het inschrijftarief wordt een deel van de kosten van een aanbieder van huisartsenzorg gedekt. Daardoor zijn de tarieven voor verrichtingen lager dan de kostprijs. Alle prestaties en tarieven in de huisartsenzorg zijn functioneel omschreven. Dit betekent dat deze niet alleen gedeclareerd mogen worden door huisartsen, maar door alle zorgverleners die geneeskundig zorg leveren zoals huisartsen die plegen te bieden. Ook het inschrijftarief is functioneel omschreven en zou in principe dus ook door andere zorgaanbieders kunnen worden gedeclareerd. Echter, alleen een huisarts is in staat om alle huisartsenzorg aan te bieden, daarom zullen patiënten een deel van hun zorg altijd door een huisarts blijven laten doen. Aangezien het inschrijftarief slechts door één aanbieder per verzekerde mag worden



gedeclareerd, zijn andere aanbieders die een deel van de huisartsenzorg kunnen leveren (bijvoorbeeld de pa en de vs) niet in staat om het inschrijftarief te declareren. Hierdoor is het voor hen niet rendabel om losse prestaties uit te voeren, aangezien de maximum tarieven niet kostendekkend zijn zonder inschrijftarief. Dit vormt een belemmering voor de toetreding van nieuwe aanbieders. Wel zou een verzekeraar via de M&I module een hoger tarief kunnen verzorgen. Echter, zolang verzekeraars het maximale inschrijftarief betalen aan de huisarts, is het onaantrekkelijk om andere aanbieders te contracteren voor het verlenen van delen van de huisartsenzorg. Er is dus geen gelijk speelveld, waardoor andere aanbieders die delen van de huisartsenzorg willen aanbieden moeilijk een eigen praktijk kunnen starten. Dit geldt overigens ook voor nieuwe aanbieders die zonder ingeschreven patiënten werken, zoals de SOS-arts.

Ons kenmerk  
CZ/EKZ- 3089390

- Ook andere typen zorg in de eerste lijn zijn zoveel mogelijk functioneel omschreven. Zo kunnen de nieuwe prestaties in de extramurale farmaceutische zorg ook door huisartsen en andere zorgverleners worden uitgevoerd en gedeclareerd (met uitzondering van de prestatie 'terhandstelling van een geneesmiddel dat uitsluitend verkrijgbaar is op recept bij de apotheek, omdat dit een aan apotheekhoudenden voorbehouden handeling is). Voor alle prestaties in de extramurale farmacie gelden vanaf 2012 vrije tarieven. Apothekers stellen dat er door het inschrijftarief van de huisarts sprake zou zijn van een ongelijk speelveld. Omdat bij huisartsen de vaste kosten al zijn gedekt door het inschrijftarief, zouden zij een lagere prijs kunnen vragen voor het verrichten van de prestaties in de extramurale farmaceutische zorg en daarmee de apothekers uit de markt kunnen prijzen.

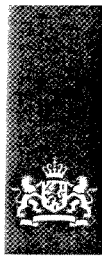
c. *Belemmering substitutie*

- Door het bestaan van het inschrijftarief zijn de verrichtingentarieven (voor consulten en visites) relatief laag. Er is voor huisartsen door de bekostiging een financiële prikkel om veel ingeschreven patiënten te hebben, maar relatief weinig verrichtingen te doen (met uitzondering van M&I verrichtingen waar hogere (vrije) tarieven voor gelden). Huisartsenpraktijken die relatief weinig ingeschrevenen hebben, maar per ingeschrevene véél verrichtingen doen kunnen in de financiële problemen komen. Dit kan voorkomen worden indien de verzekeraar bereid is deze aanbieders te compenseren via de M&I-module, omdat deze ziet dat de aanpak bijvoorbeeld tot minder doorverwijzing naar de tweede lijn (substitutie) of minder voorgeschreven geneesmiddelen leidt. Tot nu toe gebeurt dit echter weinig. Mogelijk komt dit doordat de tweede lijn alsnog volstroomt met andere zorg, mede omdat verzekeraars vooralsnog niet volledig risicodragend zijn voor de kosten in de tweede lijn. Overigens is er in de huidige bekostiging door de aparte prestaties en tarieven voor M&I verrichtingen juist wel een prikkel om bepaalde specifieke ingrepen in de eerste lijn te doen, zoals eerder genoemd bij de voordelen van de bekostiging. Dat geldt echter alleen voor deze specifieke ingrepen.

d. *Patiënt en zijn zorgvraag geen uitgangspunt van bekostiging*

- Het huidige systeem, dat gebaseerd is op het betalen van verrichtingen en inschrijving biedt geen mogelijkheden tot het honoreren van 'resultaten'. Aanbieders worden nog onvoldoende betaald voor gezondheidsuitkomsten. Uit het advies van de Raad voor Volksgezondheid & Zorg (RVZ) 'Sturen op gezondheidsdoelen' (2011) blijkt dat het sturen op gezondheidsdoelen kan leiden tot een betere kwaliteit van de gezondheidszorg en betere zorg voor de





patiënt. Bovendien vergroot het de effectiviteit van de ingezette middelen, zowel in menskracht als in geld. In de huidige bekostiging van zorg wordt nog niet gestuurd op gezondheidsdoelen, zo ook niet in de huisartsenzorg. Zo is er geen prikkel om in te zetten op preventie. De inzet op leefstijl en afstemming met bijvoorbeeld de nulde lijn is cruciaal om de toenemende zorgvraag te remmen. Goede voorbeelden uit de wijk Utrecht Overvecht laten zien dat met een integrale aanpak in de wijk, zowel op kwaliteit als op kostengebied gewonnen wordt.

**Ons kenmerk**

CZ/EKZ- 3089390

- Het inschrijftarief houdt rekening met zorgzwaarte, want het inschrijftarief voor patiënten in hogere leeftijdscategorieën en patiënten die in achterstandswijken wonen is hoger dan het reguliere tarief. Dit onderscheid is echter zeer globaal en doet niet volledig recht aan de gezondheidsverschillen. Huisartsen in achterstandswijken zijn in het algemeen meer tijd kwijt per patiënt. Patiënten komen namelijk vaker langs, hebben meer uitleg nodig en er is vaker sprake van een taalbarrière. Hierdoor kunnen huisartsen in deze wijken meer consulten (en meer lange consulten) declareren, bovendien is via het modulebedrag achterstandsfonds een opslag in het inschrijftarief mogelijk. Ondanks dat is er een beperkte vestigingsbereidheid van huisartsen in achterstandswijken, zo blijkt uit de overzichtstudie naar de eerste lijn van het NIVEL (2011). Onduidelijk is of dit komt doordat er onvoldoende financiële compensatie is of door andere oorzaken.

### *2.3 Mogelijke knelpunten binnen de bekostiging integrale zorg*

- Een deel van de zorgverzekeraars financiert de samenwerking tussen zorgaanbieders nog steeds met de GEZ module, andere zijn overgestapt op de integrale bekostiging van één of méérdere chronische aandoeningen. In situaties waarin de zorgaanbieder meerdere chronische zorgketens op basis van integrale bekostiging en andere zorgprogramma's op basis van de GEZ module verzorgt, is de afbakening tussen beide vormen van bekostiging niet scherp te maken.
- Zorgverzekeraars hechten aan vrijheid in de manier waarop zij geïntegreerde zorg kunnen financieren. Een mogelijk nadeel van de integrale bekostiging is dat zorgverzekeraars minder inzicht hebben in (en invloed hebben op) de zorg die door de verschillende zorgverleners wordt geleverd. Het is voor hen door de bekostigingsmethode niet helder wie welke zorg levert tegen welke kwaliteit, want zij kopen één zorgketen in. Dit zou geen probleem zijn indien de uitkomsten van de zorg goed zichtbaar zouden zijn. Dit lijkt echter onvoldoende het geval te zijn, waardoor verzekeraars minder goed in staat zijn om hun inkooprol te vervullen.
- Zoals eerder genoemd is bij integrale bekostiging de zorggroep meestal de hoofdcontractant. Dit betekent dat de andere zorgverleners die via de integrale bekostiging worden gefinancierd geld krijgen via de hoofdcontractant en niet meer rechtstreeks van de verzekeraar. Ik krijg signalen dat hierdoor de zorggroepen, voornamelijk bestaande uit huisartsen, een grote en ongewenste machtspositie hebben gekregen binnen de eerste lijn. Dat kan twee kanten hebben: dat er wel wat van de grond komt, maar kan ook negatief en beperkend werken.
- Verder blijkt er overlap te zitten tussen de verschillende beleidsregels van de integrale bekostiging chronisch zieken als het gaat om de behandeling van mensen met meerdere chronische aandoeningen (multi-morbiditeit). Er is daardoor een risico van dubbele bekostiging.



Ons kenmerk  
CZ/EKZ- 3089390

- Er is een risico dat de zorg voor patiënten met een chronische aandoening die via de integrale bekostiging wordt gefinancierd dubbel gedeclareerd wordt: via de integrale bekostiging én via tarieven voor losse prestaties huisartsenzorg. Omdat de tarieven voor enkelvoudige prestaties van huisartsenzorg ongelabeld zijn, is het is voor verzekeraars niet zichtbaar of enkelvoudige prestaties bij deze patiënten binnen de behandeling van de chronisch aandoening vallen (en dus niet apart gedeclareerd zouden mogen worden) of dat er sprake is van een klacht die niet samenhangt met de chronische aandoening.
- Ik vind de functie van de wijkverpleegkundige een belangrijk onderdeel van integrale zorgverlening. Op dit moment is er geen structurele financiering voor de inzet van de wijkverpleegkundige beschikbaar. Zoals toegelicht in de brief 'Zorg en ondersteuning in de buurt' speelt de wijkverpleegkundige bij de samenwerking tussen de verschillende zorg- en hulpverleners in de eerstelijns een belangrijke rol. De inzet van de wijkverpleegkundige kan helpen om mensen zo lang mogelijk in de eigen omgeving te laten wonen en draagt bij het verminderen en uitstellen van ziektelast. Uit een tussenevaluatie van het project 'De wijkzuster terug in West-Brabant' (dat onderdeel is van het project 'Zichtbare Schakel') door BMC blijkt dat de zorg die wordt geleverd door wijkverpleegkundigen uiterst doelmatig is en de kwaliteit van zorg verbetert. De wettelijke beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige hangt uiteraard samen met de regionale context (zoals is af te leiden van de opbouw van de regio's, aard van de problematiek).
- Uit de evaluatie is gebleken dat de juridische grondslag voor de beleidsregel 'Ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsondersteuning' aandacht behoeft.

### 3. Doelen en randvoorwaarden aanpassing bekostiging

Ik wil dat de zorgverlening in de huisartsenzorg en integrale zorg beter wordt afgestemd op de behoefte van de patiënt. Om dit te bereiken wil ik dat de huisartsenzorg en integrale zorg beter gaan aansluiten bij het nieuwe zorgstelsel, waarin vrije marktwerking, vrijheid van aanbieders, zorgverzekeraars en patiënten en 'belonen naar prestatie' belangrijke uitgangspunten zijn. Daarom wil ik de bekostiging van huisartsenzorg en integrale zorg aanpassen. Ik verwacht niet dat de aanpassing van de bekostiging alle knelpunten zal wegnemen, er zijn immers ook factoren buiten de bekostiging die van grote invloed zijn. Echter, de aanpassing van de bekostiging kan wel een belangrijke bijdrage leveren aan het bereiken van mijn beleidsdoelstelling. Ik wil daarom dat (1) de bekostiging van de huisartsenzorg wordt vereenvoudigd, dat (2) verzekeraars aanbieders meer gaan belonen naar prestatie, dat (3) taakherschikking wordt gestimuleerd, dat (4) integrale zorgverlening en samenwerking wordt gestimuleerd en dat (5) innovatie ten behoeve van de patiënt wordt gestimuleerd.

#### 3.1. Doelen aanpassing bekostiging

##### 1. Vereenvoudiging van de bekostiging

Ik wil dat het bekostigingssysteem eenvoudiger wordt. Zowel vanuit aanbieders van als vanuit verzekeraars is er een roep om meer eenvoud in het systeem. Ik verwacht van verzekeraars dat zij met een eenvoudiger systeem beter in staat zullen zijn om hun rol van zorginkoper in de huisartsenzorg en integrale zorg waar te maken.



Daarnaast wil ik dat een nieuw systeem de administratieve lasten voor aanbieders en verzekeraars beperkt.

**Ons kenmerk**

CZ/EKZ- 3089390

## *2. Meer onderscheid in beloning tussen goed functionerende en minder goed functionerende aanbieders*

Ik wil dat aanbieders van huisartsenzorg en integrale zorg worden geprikkeld om de zorg af te stemmen op de wensen en zorgbehoeften van hun patiënten. Dit kan bijvoorbeeld doordat zorgverzekeraars aanbieders die goed functioneren beter belonen en aanbieders die minder goed functioneren minder belonen en stimuleren om op een hoger niveau te komen. Bij de beoordeling van het functioneren van aanbieders kan bijvoorbeeld gekeken worden naar:

- Medische inhoudelijke prestaties (bijvoorbeeld door het werken met zorgplannen en gezondheidsdoelen, preventie en multidisciplinaire samenwerking)
- Prestaties met betrekking tot servicegerichtheid (bijvoorbeeld openingstijden, telefonische bereikbaarheid, telefonische consults en e-health)
- Prestaties met betrekking tot doelmatigheid (bijvoorbeeld substitutie, gepast doorverwijzen en voorschrijven van geneesmiddelen)

De bekostiging van de huisartsenzorg moet de juiste prikkels bevatten zodat verzekeraars deze rol gaan waarmaken.

## *3. Stimuleren van taakherschikking*

Er is sprake van een groeiende en steeds complexer wordende zorgvraag en een forts toenemend aantal chronisch zieken. Om in de toekomst aan deze vraag te kunnen blijven voldoen is het belangrijk dat er voldoende en gekwalificeerd zorgpersoneel is. Ik wil daarom taakherschikking in de zorg bevorderen. Ik vind het belangrijk dat de pa en de vs een deel van de werkzaamheden van huisartsen kunnen overnemen. Om deze taakherschikking te bewerkstelligen heb ik een voorstel ingediend tot wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Dit voorstel is inmiddels aangenomen door zowel de Eerste als de Tweede Kamer. Deze wijziging maakt het mogelijk bevoegdheden voor de zelfstandige indicatie voor voorbehouden handelingen toe te kennen aan andere, nieuwe, beroepen. In het verlengde daarvan wordt een algemene maatregel van bestuur voor de pa en de vs voorbereid. Hierdoor mag de vs (zoals de verpleegkundig specialist acute zorg en de verpleegkundig specialist chronische zorg) straks zelfstandig bepaalde voorbehouden handelingen doen, zoals injecties geven, receptgeneesmiddelen voorschrijven en puncties verrichten. De pa (die wordt ingezet binnen een medisch specialisme en is opgeleid aan een HBO masteropleiding) kan straks specifiek omschreven routinematige taken van artsen zelfstandig gaan uitvoeren, zoals het verrichten van endoscopieën, catheterisaties, het geven van injecties en het voorschrijven van receptgeneesmiddelen.

Ik zie dat de ontwikkeling van de inzet van de pa en vs binnen de eerste lijn langzaam van de grond komt. Er zijn op dit moment nog slechts circa 150 vs'en en 30 pa's werkzaam in de 1e lijn. Ik wil dat deze ontwikkeling sneller gaat. Ik wil daarom dat eventuele belemmeringen in de bekostiging (maar ook buiten de bekostiging: bijvoorbeeld marktsituatie of cultuur) worden weggenomen. Daarnaast overweeg ik een extra impuls te geven indien blijkt dat alleen het weghalen van



belemmeringen niet volstaat.

#### 4. *Stimuleren van integrale zorgverlening en samenwerking*

**Ons kenmerk**

CZ/EKZ- 3089390

Ik wil graag dat de methodiek van bekostiging integrale zorgverlening stimuleert, omdat dit een goede samenwerking tussen verschillende disciplines op gang brengt en de zorgverlening patiëntgericht, kwalitatief beter en efficiënter kan maken. De samenwerking zou zich vooral moeten concentreren op inhoudelijke doelen rondom patiëntengroeperingen en (chronische) aandoeningen. In de brief 'Zorg en ondersteuning in de buurt' heb ik vastgesteld dat het wenselijk is dat partijen op lokaal en regionaal niveau afspraken met elkaar maken. Op lange termijn zou ik graag zien dat er steeds meer gestuurd wordt op gezondheidsdoelen.

Ik wil de rol van de wijkverpleegkundige bij de samenwerking tussen de verschillende zorg- en hulpverleners in de eerstelijns in de toekomst borgen en opschalen.

Verder is aandacht nodig voor de juridische borging van de beleidsregel 'regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling'. Het gaat daarbij om een tijdelijke periode van drie jaar. Daarna kan opnieuw worden bezien of deze vorm van ondersteuning nog steeds noodzakelijk is.

#### 5. *Stimuleren van innovatie ten behoeve van patiënt*

De systematiek moet aanbieders van huisartsenzorg en integrale zorg stimuleren tot innovatie en e-health. Innovatieve zorgprestaties of doelmatige aanbieders moeten binnen de systematiek de mogelijkheid krijgen zich te ontwikkelen.

### 3.2. *Randvoorwaarden*

#### 1. *Geen belemmering voor substitutie tweede naar eerste lijn*

Ik zal u begin 2012 verzoeken om een uitvoeringstoets te doen die specifiek is gericht op het stimuleren van substitutie van de tweede naar de eerste lijn. In de uitvoeringstoets bekostiging huisartsenzorg en integrale zorg vraag ik u om te zorgen dat er in de bekostigingsopties die u adviseert geen belemmeringen zijn voor substitutie. Het staat u daarnaast vrij om, vooruitlopend op de uitvoeringstoets substitutie, bij de uitvoeringstoets huisartsenzorg en integrale zorg alvast suggesties te doen voor aanpassingen in de bekostiging die substitutie bevorderen.

#### 2. *Kostenbeheersing*

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



Binnen de Zorgverzekeringswet is geregeld dat de zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst opneemt dat medisch-specialistische zorg alleen toegankelijk is na verwijzing door een bepaalde categorie zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts. Een gepast gebruik van zorg vind ik een belangrijk uitgangspunt van ons zorgstelsel. De verwijbsplicht voor medisch-specialistische zorg vind ik hier goed bij passen. Deze valt echter buiten het kader van deze uitvoeringstoets. Overigens blijkt uit cijfers van het 'landelijk informatie netwerk huisartsenzorg' van het NIVEL dat huisartsen tussen 2003 en 2010 steeds meer zijn gaan doorverwijzen. Het aantal verwijzingen naar een medisch specialist zijn in die periode gemiddeld met jaarlijks 4% gestegen.

**Ons kenmerk**  
CZ/EKZ- 3089390

### 3. *Gelijk speelveld en geen belemmering voor toe- en uittreeders*

Ik wil dat er zoveel mogelijk sprake is van een gelijk speelveld tussen verschillende zorgaanbieders. Zo mag er bijvoorbeeld geen belemmering zijn voor andere aanbieders om delen van huisartsgeneeskundige zorg aan te bieden en moeten de condities waaronder huisartsen, apothekers en andere aanbieders farmaceutische zorg aan kunnen bieden zoveel mogelijk gelijk zijn. Ook mogen er geen belemmeringen zijn voor toe- en uittreeders.

### 4. *Ruimte voor regionale variatie*

De bekostigingssystematiek moet flexibiliteit bieden zodat regionale variatie mogelijk is. Zoals beschreven in de kamerbrief 'zorg en ondersteuning in de buurt' verschilt de zorgbehoefte sterk tussen verschillende typen patiënten. Ook zijn er veel regionale verschillen. Het is belangrijk dat verzekeraars vrijheid hebben om de bekostiging af te stemmen op de regio en goed aan te laten sluiten bij de zorgbehoefte van de verzekerden.

## 4. **Vragen voor de uitvoeringstoets**

Graag wil ik u vragen om een advies te geven over de bekostiging van de huisartsenzorg en integrale zorg.

### *Hoofdvraag*

1. Welke bekostigingsopties zijn mogelijk voor huisartsenzorg en integrale zorg, gezien de doelen en randvoorwaarden zoals geformuleerd in de voorgaande paragraaf? Welke mogelijkheden ziet u om via de bekostiging te zorgen dat aanbieders worden beloond voor gerealiseerde gezondheidsresultaten, zoals door de RVZ voorgesteld in het rapport 'Sturen op gezondheidsdoelen' (2011)?

### *Vragen ten aanzien van bekostigingsopties*

2. Kunt u per bekostigingsoptie specificeren wat de voor- en nadelen zijn en welke van de gestelde doelen en randvoorwaarden worden bereikt?
3. Kunt u aangeven welke invloed de betreffende bekostigingsoptie zal hebben op de organisatiegraad van de geïntegreerde eerstelijnszorg?
4. Welke mogelijke invloed hebben deze bekostigingsopties op andere vormen van zorg (bijvoorbeeld spoedzorg)?



#### *Vragen ten aanzien van analyses*

5. Deelt u de a) analyses, b) oorzaken buiten de bekostiging en c) knelpunten in de bekostiging zoals deze zijn geschetst in deze aanvraag? Hierbij wil ik graag de nadruk leggen op de analyse dat de huisartsenzorg en integrale zorg nog onvoldoende aansluit bij de uitgangspunten van het nieuwe zorgstelsel en dat verzekeraars nog (te) weinig onderscheid maken in hun beloning tussen aanbieders die goed functioneren en aanbieders die minder goed functioneren.
6. Zo nee, welke aanvullingen heeft u voor deze analyses, oorzaken en knelpunten?
7. Hoe verklaart u het feit dat momenteel zorgverzekeraars standaard de maximumtarieven betalen, zonder daar specifieke eisen aan te verbinden?
8. In hoeverre spelen het inschrijftarief en de beperkte uitwisseling en aansluiting van medische dossiers tussen verschillende aanbieders een rol bij het feit dat patiënten relatief weinig wisselen van huisarts?
9. In hoeverre kan naar uw standpunt een aanpassing in de bekostiging ervoor zorgen dat verzekeraars hun rol méér gaan waarmaken en meer onderscheid maken in de beloning tussen aanbieders die goed functioneren en aanbieders die minder goed functioneren?
10. Hoe kijkt u aan tegen de huidige verhouding tussen het inschrijftarief en de tarieven voor verrichtingen, gezien de doelen en randvoorwaarden van de aanpassing van de bekostiging?
11. Ziet u in de bekostigingsopties mogelijkheden voor het realiseren van besparingen, bijvoorbeeld efficiëntiewinst als gevolg van (betere) samenwerking ?

**Ons kenmerk**

CZ/EKZ- 3089390

#### *Wijkverpleegkundige*

12. Op welke manier kan de rol van de wijkverpleegkundige bij de samenwerking tussen de verschillende zorg- en hulpverleners in de eerstelijnszorg in de toekomst opgeschaald en geborgd worden?

#### *e-health*

13. Ziet u in de huidige bekostiging belemmeringen voor e-health? Zo ja, welke?
14. Indien deze belemmeringen er zijn, kunt u toelichten op welke manier deze weggenomen kunnen worden in de verschillende geschetste bekostigingsopties?

#### *Taakherschikking*

15. Welke belemmeringen zijn er binnen de bekostiging voor de ontwikkeling van de pa en de vs binnen de eerstelijnszorg ?
16. Welke belemmeringen zijn er buiten de bekostiging voor de ontwikkeling van de pa en de vs binnen de eerstelijnszorg (bijvoorbeeld marktsituatie of cultuur)?
17. Kunt u mij adviseren op welke manier deze belemmeringen kunnen worden weggenomen?
18. Indien blijkt dat alleen het wegnemen van belemmeringen onvoldoende effect heeft, welke aanvullende maatregelen zouden eventueel genomen kunnen worden om een extra impuls te geven?

Ik verzoek u bij het maken van deze uitvoeringstoets de relevante veldpartijen te consulteren. Ik denk daarbij in elk geval aan de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA), de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG),



Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF).


**Ons kenmerk**

CZ/EKZ- 3089390

Ik ga er vanuit dat er binnen uw organisatie afstemming plaatsvindt met de betrokkenen van de andere uitvoeringstoetsen die ik eerder bij u heb aangevraagd (basis geestelijke gezondheidszorg, eerstelijnsdiagnostiek, integrale bekostiging van perinatale zorg), het praktijkkosten- en inkomensonderzoek huisartsenzorg dat u begin 2012 zult doen en de uitvoeringstoets substitutie, waar ik u begin 2012 een verzoek voor zal doen. Ik zou het daarnaast op prijs stellen als u mij op periodieke basis informeert over de voortgang.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Hoogachtend,  
de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

  
mw. drs. E.I. Schippers

## Bijlage 1 Huidige bekostiging huisartsenzorg

Tarief	Omschrijving	Max Tarief 2011	Macro (in mln) 2010 <sup>1</sup>
<b>Reguliere prestaties/tarieven huisartsenzorg</b>			
Inschrijf tarieven	<ul style="list-style-type: none"> <li>Per kwartaal op basis van ingeschreven patiënten op dag 1 van het kwartaal</li> <li>Het inschrijftarief kan slechts door 1 aanbieder worden gedeclareerd, de aanbieder waar de patiënt in het begin van het kwartaal staat ingeschreven</li> <li>Voor het declareren van het basistarief heeft de aanbieder geen overeenkomst nodig met de desbetreffende zorgverzekeraar</li> <li>Er bestaan 6 verschillende inschrijftarieven, variërend tussen 14,32 tot 26,64 per kwartaal (afh van leeftijd en wel/niet achterstandswijk)</li> </ul>	14,32 - 26,64 per kwartaal (1e kwartaal 17,83- 31,42)	1.019
Verrichtin- gen tarieven	<b>Consult</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tijdsgebonden, niet afhankelijk van aantal klachten</li> <li>Consult &gt;20 minuten dubbel tarief</li> </ul>	9,11	614
	<b>Visite</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zelfde voorwaarden als bij consult</li> <li>De reistijd geen deel van de tijd</li> </ul>	13,67	
	<b>Telefonisch consult</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alleen ter vervanging van een spreekuurconsult</li> </ul>	4,56	
	<b>Vaccinatie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vaccinatie tijdens consult of visite kan niet extra in rekening worden gebracht</li> <li>Kosten voor gebruikte entstoffen zijn niet inbegrepen in de vaccinatie tarieven</li> </ul>	4,56	
	<b>E-mailconsult</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alleen ter vervanging van een spreekuurconsult</li> <li>Alleen bestaande aandoening &amp; bestaande behandelrelatie</li> <li>Alleen indien overeenkomst met zorgverzekeraar</li> </ul>	4,56	
Modernise- ring & innovatie (M&I) modules	Vrij onderhandelbaar tarief voor activiteiten die de doelmatigheid of kwaliteit van huisartsenzorg verbeteren. De module kan alleen in rekening worden gebracht indien er een overeenkomst is met desbetreffende zorgverzekeraar. Is een opslag op inschrijftarief. Bij deze activiteiten kan gedacht worden aan: <ul style="list-style-type: none"> <li>Intensievere samenwerking met andere eerstelijnszorgaanbieders</li> <li>Programmatisch aanpak van chronische ziekten</li> <li>Substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn</li> <li>Kwaliteitsbevordering van huisartsenzorg</li> <li>Vergoeding voor verzekerden in 8 moeilijk bereikbare gebieden in Nederland</li> </ul>	Vrij	19
M&I verrichting en	Voor een hoeveelheid specifieke Modernisering & Innovatie verrichtingen kunnen aparte tarieven in rekening worden gebracht. <ul style="list-style-type: none"> <li>Naast de vergoeding voor een M&amp;I verrichting kunnen geen andere verrichtingentarieven worden gedeclareerd</li> <li>Declaratie van het consulttarief is wel mogelijk wanneer de patiënt naast een M&amp;I verrichting ook voor een andere klacht de praktijk bezoekt</li> <li>Een M&amp;I verrichting kan worden gedeclareerd indien er een overeenkomst is met de desbetreffende zorgverzekeraar</li> <li>De hoogte van de vergoeding en voorwaarden kunnen per verzekeraar verschillen</li> <li>Voorbeelden: longfunctieonderzoek, tympanometrie &amp; allergietest</li> </ul>	Vrij	174
ANW- tijden (Avond,na cht, weekend)	Voor huisartsen die participeren in huisartsendienstenstructuur (HDS) geldt een uurtarief	65,81/uur	242
	De HDS'en worden bekostigd via een budgetsysteem	Budget	
	Voor huisartsen die niet participeren in huisartsendienstenstructuur (HDS)	42,58/ consult  63,88/ visite	

<sup>1</sup> Gebaseerd op cijfers van College voor zorgverzekeringen publicatiedatum maart 2011



Passanten tarief	Het tarief mag alleen in rekening worden gebracht <ul style="list-style-type: none"> <li>• voor incidentele en acute zorg</li> <li>• op werkdagen overdag</li> <li>• aan verzekerden die niet woonachting zijn in de vestigingsgemeente van de zorgaanbieder</li> </ul>	29,28/ consult  43,92/ visite	8
Achterstandsfonds	De vergoeding voor het fonds inzake achterstandswijkproblematiek kan in rekening worden gebracht voor verzekerden in achterstandswijken indien hier een overeenkomst met de desbetreffende zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt	1,48/ kwartaal	17
Verloskundige hulp door de huisartsen	Maximumtarieven voor verloskundige hulp door zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals huisartsen die bieden	Groot aantal (deel)prestaties met variërende maximum tarieven	3
<b>Prestaties/tarieven voor praktijkondersteuner die werkt onder verantwoordelijkheid van de huisarts</b>			
POH-Somatiek	Module praktijkondersteuner Huisartsen Somatiek via M&I module	Vrij	83
	Verrichtingen POH-Somatiek: Vóór 2011 waren er apart tarieven (consulten,visites) voor de POH-S'er (Praktijkondersteuner Huisartsen Somatiek). Deze tarieven waren gelijk aan de gewone tarieven van huisartsen. Vanaf 1 januari 2011 wordt de POH-S'er niet meer apart bekostigd. De POH-S'er kan nog wel gecontracteerd worden via de M&I module of keten DBC's en is nu dus volledig vrij onderhandelbaar. Er zit geen limiet op (zoals bij de POH-GGZ).	Zelfde als verrichting entarieven huisartsen zorg (tenzij er overeenkomst is in de M&I module)	
POH GGZ	Module praktijkondersteuning Huisartsen Geestelijke Gezondheidszorg <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deze module kan in rekening worden gebracht per kwartaal indien er een overeenkomst is met de desbetreffende zorgverzekeraar</li> <li>• De module kan ook worden gedeclareerd indien de zorgverzekeraar van een verzekerde uitsluitend restitutiepolissen aanbiedt, mits er een overeenkomst is voor de POH met minimaal één andere zorgverzekeraar</li> </ul>	0,94	12
	Verrichtingen POH GGZ	Zelfde als verrichting entarieven huisarts	
<b>Totaal huisartsenzorg</b>			<b>2189</b>

## Bijlage 2 Huidige bekostiging integrale zorg

Tarief	Omschrijving	Max Tarief 2011	Macro (in mln) 2010 <sup>2</sup>
GES module	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden rondom de huisartsenzorg</li> <li>Is een opslag op het inschrijftarief</li> <li>Voorwaarde is overeenkomst met zorgverzekeraars</li> <li>Deze module kan alleen door de huisarts gedeclareerd worden</li> </ul>	Vrij	41
Integrale bekostiging chronisch zieken	<ul style="list-style-type: none"> <li>Financiering van chronische zorg via integrale bekostiging is een vorm van functionele bekostiging</li> <li>Verzekeraars en aanbieder (hoofdaanbieder) spreken een prijs per chronische aandoening per patiënt per kalenderjaar af</li> <li>Deze prijs is inclusief kosten voor huisarts, praktijkondersteuner, diëtiste, medisch specialist en andere professionals</li> <li>Vanaf 2010 bestaan er keten DBC's voor drie chronische aandoeningen: diabetes, COPD, Cardiovasculair risicomangement (CVRM)</li> </ul>	Vrij	144
Innovatie t.b.v. nieuwe zorgproducten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Beleidsregel is van toepassing op nieuwe zorgproducten of -diensten waarvoor nog geen prestatiebeschrijving door de NZa is vastgesteld</li> <li>Een zorgproduct of -dienst is een prestatie of keten van prestaties ter behandeling van een medische aandoening van een patiënt (engroep)</li> <li>Kan uitsluitend in rekening worden gebracht ter verwezenlijking van innovatie in de zorg door middel van een kortdurend kleinschalig experiment</li> <li>Het kan gaan om: <ul style="list-style-type: none"> <li>- nieuwe vormen van zorg</li> <li>- vernieuwde zorglevering waarbij al bestaande vormen van zorg in samenhang worden geleverd zoals ketenzorg diabetes</li> <li>- vormen van zorg waarbij samenwerking tussen multidisciplinaire zorgaanbieders een belangrijke rol speelt</li> </ul> </li> </ul>	Vrij	56
Beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijns zorg en kwaliteitsontwikkeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deze beleidsregel biedt instrumenten waarmee macro beschikbare premiemiddelen voor regionale ondersteuning van de eerstelijnszorg worden toegekend</li> <li>Met de inzet van deze middelen wordt beoogd de eerstelijnszorg te versterken, onder andere door multidisciplinaire samenwerking binnen de eerstelijnszorg te stimuleren</li> <li>De beleidsregel biedt de grondslag voor de afspraken die zorgverzekeraars met regionale ondersteuningsstructuren (ros'en) maken</li> </ul>	1,56/ verzekerde per jaar	25
<b>Totaal integrale zorg</b>			<b>266</b>

<sup>2</sup> Gebaseerd op cijfers van College voor zorgverzekeringen publicatiedatum maart 2011