

# Nieuwe bekostiging huisartsenzorg kritisch onthaald

Vanaf volgend jaar verandert de financiering van de huisartsenzorg. Maar nu nog ontbreekt 'ieder zicht op de impact van de nieuwe bekostiging voor patiënt en zorgverlener'.



**H**et zijn stuk voor stuk majeure operaties waar de zorg vanaf 2015 mee te maken krijgt. En het zijn ook bijna allemaal veranderingen die de huisarts aangaan: decentralisatie van ouderenzorg en jeugdzorg naar eerste lijn en gemeenten, integrale tarieven voor medisch-specialistische zorg, meer ggz in de eerste lijn en last but not least een nieuwe bekostigingsstructuur voor de huisartsenzorg, waarover de NZa vorige week een advies uitbracht.

Dat advies is de uitwerking van en het vervolg op het convenant dat de minister met de huisartsen sloot in de zomer van 2013. Doel van de nieuwe bekostigingsmethodiek is dat huisartsen meer kunnen investeren in nieuwe zorgvormen, en dat er meer werk wordt gemaakt van substitutie van ziekenhuiszorg naar de huisartsenpraktijk. Afgesproken is dat de huisartsenzorg qua kosten maximaal 2,5 procent mag groeien.

### Segmenten

Volgens het convenant en het NZa-advies kent de nieuwe bekostiging drie zogeheten 'segmenten'.

Segment 1, de 'basisvoorziening huisartsenzorg', valt samen met de basale zorg per ingeschreven patiënt en per consult, zoals we die nu kennen. Verder komt er een 'meekijkconsult', zodat huisartsen gemakkelijker een specialist kunnen raadplegen. In segment 2 is de financiering geregeld van programmatische multidisciplinaire zorg: de ketenzorg diabetes 2, COPD en cardiovasculair risicomanagement. Alleen te declareren door een zogeheten georganiseerd samenwerkingsverband, zoals zorggroepen en gezondheidscentra. Zij sluiten overeenkomsten met zorgverzekeraars, waarbij de tarieven vrij zijn. Aan de bestaande ketens kunnen nieuwe worden toegevoegd. Geopperd worden astma, dementie en depressie.

Het derde segment geeft ruimte aan zorgverzekeraars en huisartsen om (belonings)afspraken te maken over de resultaten in de andere twee segmenten. Denk daarbij aan parameters als deelna-

me aan benchmark en spiegelinformatie, maar ook aan gezondheidsuitkomsten op praktijk of populatie-niveau, substitutie, patiënttevredenheid en de toepassing van e-health. Ook is dit segment bedoeld om zorgvernieuwing te stimuleren, onder andere op gebieden als preventie, zelfmanagement en ouderenzorg.

### Proeftuinen

Segment 1 is goed voor 75 procent van de bekostiging, segment 2 voor 15 procent en segment 3 voor 10 procent, maar hoop en verwachting van de NZa is dat de verhoudingen tussen de 'segmenten' na verloop van tijd zullen veranderen: het aandeel multidisciplinaire zorg zal stijgen, dankzij nieuwe zorgprogramma's zoals ggz en de zorg voor kwetsbare ouderen. En dat spoort – althans in theorie – weer mooi met decentralisatie van veel van deze zorg naar gemeenten en de eerste lijn. Segment 2 is gebaseerd op populatie-bekostiging en segment 3 op resultaat-indicatoren. Hoe beide uitgewerkt gaan worden, is nog niet precies bekend: lopend onderzoek moet dat uitwijzen. Het RIVM en de Universiteit Maastricht doen onderzoek naar de vraag welke populatiekenmerken bepalend kunnen zijn voor de zorgvraag. En de minister heeft het NHG en het Kwaliteitsinstituut gevraagd om prestatie-indicatoren vorm te geven. Zodat bij invoering van het nieuwe bekostigingsmodel al enkele indicatoren beschikbaar zijn.

De minister heeft al gezegd dat ook de ervaringen met de diverse proeftuinen, waarin zorg zo dicht mogelijk bij patiënten wordt georganiseerd, wordt meegenomen in de verdere ontwikkeling van het nieuwe bekostigingsmodel (zie MC 06/2014: 249-51).

### Goede punten

De zorgverzekeraars kunnen zich in grote lijnen vinden in de plannen. Kritische geluiden dat de nieuwe bekostigingsmethodieken vooral bedoeld zijn om na 2015 selectiever huisartsenzorg in te kopen, worden niet ontkend. ZN ziet, aldus een woordvoerder, veel in het belonen van uitkomsten en investeren in goeie kwaliteit,

## Het is niet duidelijk wat de effecten van de plannen zijn

'en dan koop je bij de één misschien meer in dan bij de ander'.

Ook de huisartsen zien goede punten in het model: 'Het kan de samenwerking met andere zorgverleners stimuleren en huisartsen meer keuzemogelijkheden bieden', aldus LHV-voorzitter Steven van Eijck in Zorgvisie vorige week. Maar invoering moet geleidelijk gaan en onder de juiste randvoorwaarden, in termen van financiën en ondersteuning. In dat opzicht hebben ze kritiek en vooral veel zorgen.

### Glashelder

Neem de basiszorg van de huisarts, dat is dus segment 1: de afspraken daarover zijn 'glashelder', aldus de LHV. De NZa stelt de tarieven voor dit segment vast; huisartsen en verzekeraars gaan dus niet onderhandelen over het inschrijftarief. In het zorgakkoord is verder afgesproken dat dit segment alle kosten dekt die met deze zorg gemoeid zijn. Maar in het NZa-plan staat ook: 'Mochten verzekeraars hun sturingsmogelijkheden willen vergroten door ruimere afspraken binnen S3 zonder dat dit leidt tot macromeerkosten, dan kunnen zij dit doen door tarieven voor inschrijvingen en consulten af te spreken onder de maximumtarieven.' Als dat betekent dat groei in segment 2 of het belonen van resultaten en het stimuleren van innovatie (segment 3) ten koste kan gaan van het budget voor het basisaanbod, dan is dat voor de huisartsen niet acceptabel. Het basisaanbod vormt, aldus de LHV, de kern én het overgrote deel van de huisartsgeneeskundige zorg, en mag dus nooit een sluitpost of een financieringsbron voor andere segmenten zijn. Bovendien vindt ze dat zonder een stevig

en gegarandeerd basisaanbod 'aanvullend en bijzonder aanbod' zelfs helemaal 'niet mogelijk' is. Dus als er nieuwe ketens toegevoegd worden aan segment 2, of als de bestaande ketens worden verbreed, dan zal er extra macrobudget moeten komen.

Verder ontbreekt volgens de LHV ieder zicht op de impact van de nieuwe bekostiging voor patiënt en zorgverlener. Zo is het niet duidelijk wat de effecten van de plannen zijn voor de omzet en de administratieve lasten. De minister kan dan ook op basis van het NZa-advies geen beslissingen nemen, vindt de LHV. In een brief aan de minister zal de organisatie dat nog eens onderstrepen.

### Prikkels

En dan is er nog de kwestie van het consulttarief: dat zou minder goed passen in een systeem waarin de prikkels steeds meer komen te liggen op kwaliteit en uitkomsten. Maar zomaar afschaffen is ook problematisch: het zou kunnen leiden tot onderbehandeling. Er komen daarom pilots waarin wordt geëxperimenteerd met een bekostigingssysteem dat geen consulten kent. Evaluatie daarvan staat gepland in het voorjaar van 2017. De NZa schrijft in haar advies dat de huidige gemengde bekostiging (deels per verzekerde, deels per prestatie of consult) zorgt voor balans in de financiële prikkels voor huisartsen. De LHV onderschrijft dat, want 'de gemengde financiering past goed bij het karakter van de huisartsenzorg', en verwacht daarom dat de pilots de meerwaarde van de consulten voor de bekostiging zullen bevestigen. Als alles volgens plan verloopt, neemt de minister eind maart een definitief besluit over de nieuwe financiering, die dan al volgend jaar moet ingaan. De NZa zelf houdt een slag om de arm: 'Als deze planning niet haalbaar is, dan schuift de invoering van het nieuwe model door naar het verzekeringsjaar 2016.' ■

### web

Het Advies Bekostiging huisartsenzorg en meer vindt u onderaan dit artikel via [medisch-contact.nl/artikelen](http://medisch-contact.nl/artikelen)