

Advies

Bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

Het 3-segmenten-model

februari 2014

Inhoud

Vooraf	4
Managementsamenvatting	5
1. Inleiding	23
1.1 Aanleiding	23
1.2 Achtergrond	23
1.3 Het 3-segmenten-model	24
1.4 Huidige bekostiging en afbakening	25
1.5 Centrale vragen	26
1.6 Leeswijzer	26
2. Populatiebekostiging in de huisartsenzorg	27
2.1 Doelen	27
2.2 Prikkelers bij populatiebekostiging	28
2.3 Gemeenten en de eerstelijnszorg	28
2.4 Consulten	29
2.5 Ontwikkelingen populatiegerichte bekostiging	30
3. Segmenten 1 en 2	31
3.1 Inhoud segment 2	31
3.2 Inhoud segment 1	31
3.3 Scherp onderscheid tussen S1 en S2	32
3.4 Prestaties per segment	33
3.5 Consulten gedurende de transitie	35
3.6 Discussiepunten in het segmentenmodel	35
4. Samenwerking versus concurrentie	39
4.1 De markt voor huisartsenzorg	39
4.2 Segment 1	40
4.3 Segment 2	41
4.4 Segment 3	43
4.5 Conclusies regulering per segment	43
5. Resultaatbeloning en zorgvernieuwing	45
5.1 Methode uitkomstbekostiging	45
5.2 Prestatie-indicatoren	46
5.3 Uniformiteit in het meten van uitkomsten	47
5.4 Korte termijn	47
5.5 Prestaties segment 3	49
6. Advies	51
6.1 Transitie naar nieuwe bekostiging: 2015	51
6.2 Omvang en ontwikkeling segmenten	57
6.3 Toekomstperspectief bekostiging	59
6.4 Concrete stappen na implementatie bekostiging 2015	62
6.5 Macrokosten	63
7. Systeemrisico's	65
7.1 Inleiding	65
7.2 Systeemrisico's in de huidige bekostiging	65
7.3 Systeemrisico's in de toekomstige bekostiging	67
7.4 Risico dubbele bekostiging	68
7.5 Conclusies systeemrisico's	68

Vooraf

Voor u ligt het advies over de bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. In dit document geeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) antwoord op de adviesvraag van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de bekostiging van deze zorg. De NZa heeft dit advies opgesteld op basis van het verkennende NZa-advies hierover van juni 2012, vele gerichte gesprekken met koepelorganisaties en andere deskundigen en de consultatie van een concept van dit advies in januari 2014.

De NZa hecht grote waarde aan het betrekken van belanghebbenden en deskundigen bij de totstandkoming van haar beleid en advies. Wij stellen de constructieve bijdragen van alle betrokkenen dan ook zeer op prijs, en willen hen hiervoor hartelijk danken. In het bijzonder waarderen we dat een aantal individuele zorgverleners de tijd genomen heeft om een consultatiereactie op het conceptadvies te geven.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

Inleiding

De minister van VWS heeft de NZa gevraagd advies uit te brengen over de vormgeving van het nieuwe bekostigingsmodel waarvan de hoofdlijnen in de zomer van 2013 zijn vastgelegd in het eerstelijnszorgakkoord. In voorliggend advies schetst de NZa hoe de toekomstige bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg vorm zou moeten krijgen en welke stappen per 2015 en verder gezet kunnen worden om gefaseerd toe te werken naar dit eindmodel.

Achtergrond van de nieuwe bekostiging is een omslag in de zorg die al is ingezet en verder zal doorzetten. Er komt veel af op de eerstelijnszorg in het algemeen en de huisartsenzorg in het bijzonder. Uitgangspunt is dat het groeiende aantal mensen met een chronische en/of complexe zorgvraag, zoveel als mogelijk en verantwoord, in de buurt terecht kan. Die vraag om zorg en ondersteuning in de buurt richt zich primair op eerstelijns hulpverleners binnen en buiten de zorg, zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers. Maar vaak zal samenwerking met andere zorg- en hulpverleners ook nodig zijn. Om te voorkomen dat complexere zorgvragen te snel in de tweede lijn terecht komen, zullen minder complexe en niet primair geneeskundige zorgvragen slimmer, sneller en/of beter afgehandeld moeten worden. En er zullen meer zorgvragen in de formele zorg voorkomen moeten worden, onder andere door te stimuleren dat zorgvragen verholpen worden via zelfzorg. Dit alles vraagt om organisatie en samenwerking.

Voor de huisartsenzorg betekent dit dat gevraagd wordt zich (nog) meer toe te leggen op die gebieden waarop competenties het hardst nodig zijn; elke huisartsenminuut kan maar één keer worden besteed. Naast het zelf blijven verlenen van huisartsgeneeskundige zorg betreft dat het zorginhoudelijk leiding geven aan het praktijkteam (taakdelegatie) en het afstemmen met zorg- en hulpverleners buiten de huisartsenzorg. Het optimaal inzetten van de competenties moet zorgen voor meer substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg, meer preventie en meer zelfmanagement, zodat onnodige zorgkosten worden voorkomen.

Het advies van de NZa is geschreven vanuit deze optiek: een toekomstbestendige bekostiging in het licht van bovenstaande ontwikkelingen, ondersteunend en waar mogelijk stimulerend in het verstevigen van de eerste lijn. De NZa benadrukt wel dat naast de bekostiging andere factoren van belang zijn bij het bewerkstelligen van verandering, zoals werkwijze, kennis(deling) en cultuur. Een aanpassing van de bekostiging kan hierbij helpen, maar is zelden voldoende.

Het 3-segmenten-model volgens het zorgakkoord

Volgens het zorgakkoord kent de nieuwe bekostiging drie segmenten.

Segment 1: basisvoorziening huisartsenzorg

Segment 1 (S1) betreft zorgvragen en aandoeningen, waarvoor de huisarts doorgaans als eerste aanspreekpunt voor de patiënt en als poortwachter fungeert en die grotendeels binnen de huisartsenpraktijk gediagnosticeerd, behandeld en begeleid kunnen worden. Tijdens de looptijd van het akkoord (tot en met 2017) kent dit segment een gecombineerd systeem van consulten en inschrijftarieven.

Segment 2: programmatische multidisciplinaire zorg

Segment 2 (S2) is gericht op zorgvragen en aandoeningen waarvoor naast de huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te leveren. Dit segment is alleen onder voorwaarde van een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder te declareren door een georganiseerd samenwerkingsverband (zorggroep, gezondheidscentrum) dan wel een huisartsenpraktijk die deze zorg in samenwerking met andere zorgverleners kan aanbieden. Dit segment kent een vrij tarief, tenzij uit nadere analyse/uitwerking blijkt dat een gereguleerd tarief beter aansluit bij de kenmerken van dit segment.

Segment 3: belonen van (gezondheids)uitkomsten en vernieuwing

Segment 3 (S3) biedt ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om (belonings)afspraken te maken over de resultaten van de inzet in de andere twee segmenten en om vernieuwing te stimuleren. In het akkoord worden enkele specifieke speerpunten benoemd, waarop dergelijke afspraken in ieder geval betrekking moeten hebben: doorverwijzen, doelmatig voorschrijven, diagnostiek en service & bereikbaarheid. Daarnaast wordt in het akkoord e-health als belangrijk aandachtsgebied benoemd. Dit segment kent net als S2 een vrij tarief en is alleen onder voorwaarde van een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder te declareren.

In het akkoord komen partijen ook overeen dat een 'meekijkconsult' wordt geïntroduceerd zodat een huisarts makkelijker een specialist kan raadplegen zonder de patiënt te hoeven verwijzen naar de tweede lijn. Ook is afgesproken dat er experimenten kunnen komen waarin niet op consulten bekostigd wordt. In het akkoord is tot slot overeengekomen dat bij de introductie van het nieuwe bekostigingssysteem de M&I-voorzieningen als betaaltitel komen te vervallen.

Tabel 1: Het 3-segmenten-model volgens de afspraken in het zorgakkoord

Segment 1	Segment 2	Segment 3
- basishuisartsenzorg - monodisciplinair - maximumtarieven - gediff. inschrijftarief - (t/m 2017) consulten	- programmatische zorg - multidisciplinair - DM2, VRM, COPD - vrije tarieven, tenzij ... - contract-vereiste	- uitkomsten belonen - vernieuwing stimuleren - vijf specifieke domeinen - vrije tarieven - contract-vereiste

Bron: NZa

Om te komen tot een advies heeft de NZa de afgelopen maanden vele gesprekken gevoerd. Startpunt bij die gesprekken waren bovenstaande afspraken in het eerstelijnszorgakkoord. Op een concept van dit advies (consultatiedocument, gepubliceerd op 31 december 2013) heeft de NZa in januari 2014 ca. 25 reacties ontvangen. Deze reacties en een samenvatting daarvan worden gepubliceerd op de website van de NZa.

Centrale vragen

Tijdens de gesprekken kwam een aantal vragen naar de voorgrond. Een helder antwoord op deze vragen leidt volgens de NZa tot een concrete invulling van het 3-segmenten-model die zo veel mogelijk aan de gestelde doelen en randvoorwaarden voldoet:

1. Hoe kan populatiegerichte bekostiging (het best) bijdragen aan de doelen van het nieuwe bekostigingsmodel?

2. Welke afbakening van S1 en S2 is gewenst om (i) zoveel mogelijk substitutie te stimuleren, van tweede naar eerste lijn en van eerste naar nulde lijn, en (ii) dubbele bekostiging zoveel mogelijk te voorkomen?
3. Welke balans tussen samenwerking en concurrentie tussen zorgverzekeraars en eerstelijnszorgorganisaties is gewenst en welke regulering past daarbij?
4. Welke vorm van uitkomstbekostiging stimuleert goed presteren op het gebied van service, bereikbaarheid, doelmatig verwijzen, voorschrijven en diagnostiek, en biedt ruimte aan e-health en andere zorgvernieuwing?

Het advies is gestructureerd rondom deze hoofdvragen en leidt in het voorlaatste hoofdstuk tot een concreet advies over de transitie van de huidige bekostiging naar het nieuwe model. Het laatste hoofdstuk behandelt de systeemrisico's van het nieuwe model.

Transitie naar nieuwe bekostiging: 2015

Hieronder beschrijven we welke transitie volgens de NZa per 2015 kan worden doorgevoerd. Voor de stappen die per 2015 gezet moeten worden en waarvoor NZa-regelgeving nodig is, moet de NZa voor 1 juli 2014 de nieuwe regelgeving bekend maken. Dit betekent een krap tijdspad:

Eind maart 2014:	Voorhangbrief VWS
Eind april 2014:	Aanwijzing VWS aan de NZa
Eind juni 2014:	Vaststellen regelgeving NZa
1 januari 2015:	Regelgeving van kracht

Als deze planning niet haalbaar is, dan schuift de invoering van het nieuwe model door naar het verzekeringsjaar 2016.

Voor een goed begrip van de transitie zijn in onderstaande tabel de belangrijkste elementen van de huidige bekostiging weergegeven naast de drie segmenten van het nieuwe model. Dit is een versimpelde weergave van de bekostiging, die in werkelijkheid 139 betaaltitels kent.

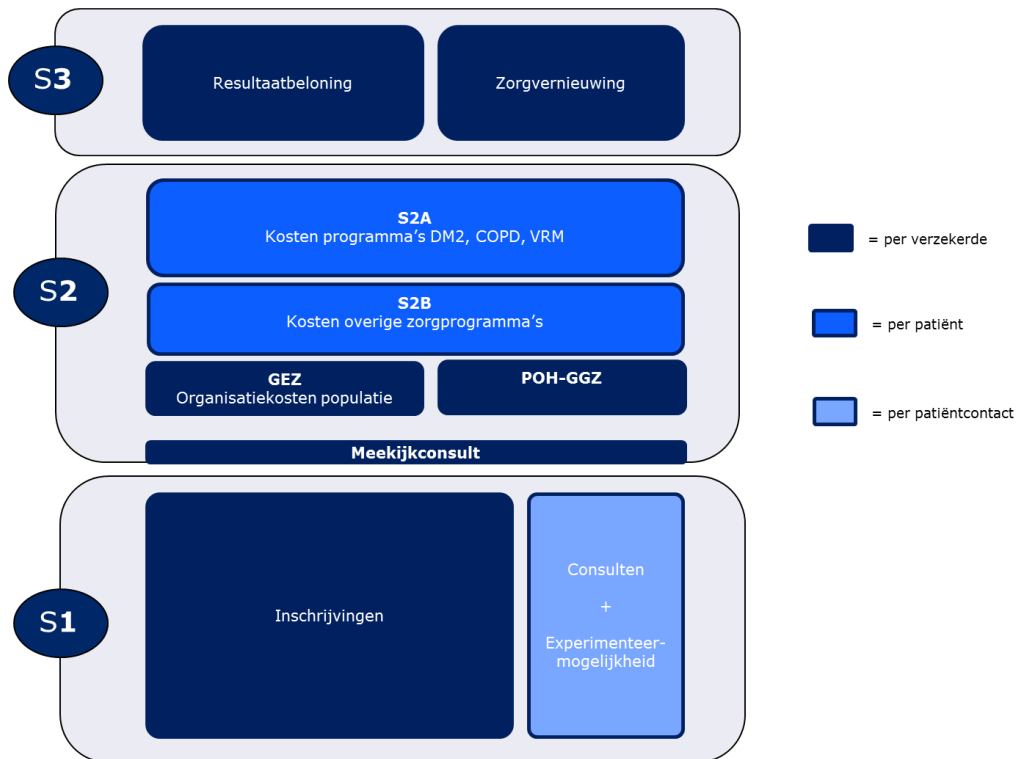
Tabel 2: Het 3-segmentenmodel naast de huidige bekostiging

Segmenten		Elementen huidige bekostiging	
Segment 1	- basishuisartsenzorg - monodisciplinair - maximumtarieven - gediff. inschrijftarief - (t/m 2017) consulten	Inschrijving	Gediff. maximumtarief per verzekerde
		Consult	Maximumtarief per verrichting
		Passant	Maximumtarief per verrichting
		POH-Somatiek	Onderdeel van ketenzorg of M&I-module
Segment 2	- programmatische zorg - multidisciplinair - DM2, VRM, COPD - vrije tarieven, tenzij ... - contract-vereiste	POH-GGZ	Inschrijving + consulten, max. tarieven
		GEZ	Vrij tarief per verzekerde
		Meekijkconsult	Alleen bij POH-GGZ, inschrijftarief
		Coörd. ketenzorg	Vrij tarief per patiënt
		Integr. ketenzorg	Vrij tarief per patiënt
Segment 3	- uitkomsten belonen - vernieuwing stimuleren - vijf specifieke domeinen - vrije tarieven - contract-vereiste	M&I-verrichtingen	Vrij tarief per verrichting
		M&I-modules	Vrij tarief per verrichting
		Innovaties	Vrij tarief

Bron: NZa

Hieronder beschrijven we welke stappen per 2015 kunnen worden gezet. Figuur 1 geeft een visuele samenvatting van dit NZa-advies wat betreft de drie segmenten en hun invulling in 2015.

Figuur 1: Invulling segmentenmodel 2015



Bron:NZa

Inschrijvingen

De inschrijvingen zijn de kern van de bekostiging in S1. Deze worden net zoals nu gedifferentieerd op demografische kenmerken (leeftijd en wel/niet achterstandswijk). De NZa stelt wel voor om te onderzoeken of herijking van de differentiatie, en het eventueel toevoegen van nieuwe differentiatiedimensies, nodig is voor een betere verdeling van de inschrijftarieven naar zorgzwaarte van de populatie. De huidige manier van differentiëren is gebaseerd op onderzoek met cijfers uit ca. 1990.

POH-S en POH-GGZ

De functies van POH-S en POH-GGZ zijn beide in enige mate verbonden aan de basishuisartsenzorg. Ook hebben zij beide een component multidisciplinaire samenwerking. Kortom, op het eerste gezicht horen ze deels bij S1 en deels bij S2. Uit de consultatie blijkt dat de meningen over de juiste verdeling van beide POH's over S1 en S2 uiteenlopen. We verwachten daarom niet dat een goed onderbouwde verdeling én een nieuwe tariefonderbouwning voor het aandeel POH-S in S1 haalbaar zijn per 1 januari 2015. Voor 2015 adviseert de NZa daarom de huidige verdeling te handhaven: POH-GGZ in S1, POH-S in S2.

Consulten

De NZa is van oordeel dat een gemengde bekostiging van basishuisartsenzorg (deels per verzekerde, deels per prestatie) zorgt voor balans in de financiële prikkels voor huisartsen. Hoewel consultbekostiging geen ideale vorm is van prestatiebekostiging, adviseert de NZa om consulten op de korte termijn te handhaven in S1, ook voor contacten met POH-GGZ. Partijen kunnen via de beleidsregel

Innovatie experimenteren met bekostiging zonder consulten als betaaltitel. Deze mogelijkheid zal bij publicatie van het nieuwe beleid expliciet onder de aandacht worden gebracht. De NZa adviseert op langere termijn om te analyseren of consulten als betaaltitel kunnen verdwijnen (zie het toekomstperspectief).

GEZ

Voor iedere praktijk geldt dat een basisinvestering voor niet-patiëntgebonden samenwerking nu al onderdeel is van het inschrijftarief. Dit betreft organisatiekosten zoals tijd voor overleg met andere zorgaanbieders in de eerste lijn, gemeente en wijkverpleegkundige (schakel)zorg. Praktijken die daar meer in (moeten) investeren vanwege hun populatie maken nu vaak gebruik van de GEZ-module; dit zijn veelal gezondheidscentra in de grotere steden. Dit geld dient ter dekking van de organisatiekosten van multidisciplinaire samenwerking. Vanwege het multidisciplinaire karakter is het advies van de NZa om de huidige GEZ volledig in S2 te positioneren, met contractvereiste.

Meekijkconsult

De NZa adviseert om bekostiging van meekijkconsulten plaats te laten vinden door middel van een vrij tarief per verzekerde, waaruit zowel de inzet van de huisarts als die van de geconsulteerde wordt gefinancierd. De geconsulteerde kan bijvoorbeeld een medisch specialist, klinisch psycholoog, verpleeghuisarts of een kaderhuisarts zijn. Voor de declaratie van het meekijkconsult geldt een contractvereiste.

De NZa verwacht dat zorgverzekeraars de meekijkconsulten vooral via grotere eerstelijnszorginstellingen zoals zorggroepen en (koepels van) gezondheidscentra zullen gaan inkopen. De NZa adviseert daarom het meekijkconsult de eerste jaren in S2 te plaatsen. Omdat er nog weinig ervaring is opgedaan met het meekijkconsult is het nog te vroeg om het definitief in S2 te plaatsen. Indien op termijn blijkt dat een basisvoorziening in S1 hoort, adviseert de NZa die basisvoorziening in het inschrijftarief op te nemen. Voor dat deel zou dan het contractvereiste vervallen.

Ketenzorg en andere multidisciplinaire zorg

Hierboven werd al beschreven dat de huidige GEZ onderdeel zou moeten gaan uitmaken van S2, met een tarief per verzekerde. De voorgestelde (verdere) inrichting van S2 per 2015 valt in twee prestaties uiteen, eveneens met contractvereiste:

A. Reguliere ketenzorg

De eerste prestatie (S2A) betreft programmatische multidisciplinaire zorg, en bestaat uit de samenvoeging van de huidige drie ketenprestaties DM2, VRM en COPD. Astma zou als vierde ketenprestatie bij de samenvoeging kunnen worden meegenomen.

Deze prestatie kent een tarief per (geïnccludeerde) patiënt opgebouwd uit drie modules:

- a. Basismodule: coördinatie/organisatie/overhead
- b. Module 1: huisartsenzorg gerelateerd aan de ketens (incl. POH-S)
- c. Module 2: niet-huisartsenzorg (fysiotherapie, voedingsadvies, medisch specialistische zorg, etc.).

De basismodule is verplicht, modules 1 en 2 zijn optioneel. In de basis biedt deze prestatie de mogelijkheid om dezelfde integraliteit in te bouwen als in de huidige ketenzorgprestaties. De modulaire opbouw biedt echter ook flexibiliteit aan partijen om waar gewenst niet integraal te bekostigen: modules 1 en 2 zijn optioneel en kunnen desgewenst op een andere manier bekostigd worden

(optionele module 1 via S3 en optionele module 2 buiten de huisartsenbekostiging). In dat geval reduceert de prestatie tot het huidige koptarief.

De NZa adviseert deze modulaire opbouw om flexibiliteit en vrijheid in het systeem in te bouwen, maar ook om transparantie en inzicht in het kader van BKZ-uitgaven en tariefonderbouwingen te borgen.

De NZa adviseert het tarief per patiënt vrij te laten. Een gereguleerd tarief heeft volgens de NZa namelijk belangrijke nadelen. Eén nadeel is dat de vrijheid van partijen sterk wordt ingeperkt. Nu al is duidelijk dat partijen ketenzorg op verschillende manieren contracteren; een NZa-maximumtarief gebaseerd op het gemiddelde zal een aantal opties afsluiten. Daarnaast is een gemiddeld tarief zeer moeilijk te bepalen als de contracteervariatie zo groot is. Ook doet een gemiddeld tarief geen recht aan de regionale differentiatie (bijvoorbeeld gewenste verschillen in organisatiegraad in stedelijke versus landelijke gebieden). Tot slot zal de sturingskracht van de zorgverzekeraar kleiner zijn als alleen over S3 tariefafspraken gemaakt worden.

Een aantal partijen pleitte tijdens de consultatie voor regulering die houvast biedt aan partijen, zodat hun contractonderhandelingen bijdragen aan een sfeer van wederzijds vertrouwen die kan leiden tot constructieve en op de toekomst gerichte afspraken. Wij zien het maken van afspraken over prestaties als een rol voor de partijen in het veld. Als zij een uniforme taal wenselijk vinden, dan zullen zij dat zelf met elkaar moeten zien af te spreken.

Het komt nu al zeer geregeld voor dat de afspraken die zorggroepen met de dominante zorgverzekeraar in hun regio maken, gevolgd worden door de overige verzekeraars. De NZa verwacht dat die praktijk van volgen in het nieuwe model nog verder wordt uitgebreid.

B. Nieuwe ketenzorg

Ook de tweede prestatie (S2B) betreft programmatische multidisciplinaire zorg. De prestatie kent eenzelfde modulaire opbouw als S2A en is gericht op de (integrale) bekostiging van zorgprogramma's en zorgelementen buiten de programma's in S2A. Het doel van deze prestatie is om verbreding van de huidige ketenzorg te stimuleren, zonder dat deze in de reguliere bekostiging een plek heeft. In deze prestatie kunnen nieuwe ketens in vergevorderde staat van ontwikkeling worden opgenomen (bijv. astma, dementie, depressie), of zorgelementen die wel onderdeel uitmaken van ketenzorg, maar nu nog niet zijn opgenomen in de ketenbekostiging (bijv. farmaceutische diabeteszorg en/of diagnostiek), afhankelijk wat van regionaal mogelijk en nodig is. De prestatie kent een vrij tarief per (geïnccludeerde) patiënt.

Tijdens de gesprekken in het veld gaven veel partijen aan het wenselijk te vinden als verzekeraars onderlinge verschillen zoveel mogelijk beperken tot S3 (elkaar volgen op S1 en S2). Wat S2B daarom onderscheidt van de meer open prestatie 'Zorgvernieuwing' in S3, is dat de programma's in S2B in principe volgbaar moeten zijn voor andere zorgverzekeraars. Dit vraagt om een helder omschreven en afgebakende limitatieve lijst.

Wat S2B onderscheidt van S2A is dat de elementen van S2B nog geen standaardelementen van de ketenbekostiging zijn; het biedt de

mogelijkheid om daar waar de samenwerking met bijvoorbeeld apotheken goed is, te besluiten farmaceutische diabeteszorg binnen de integrale bekostiging te trekken. Indien het om zorg gaat die al wel volgens een landelijke standaard geleverd kan worden, dan ligt toevoegen aan S2A meer voor de hand. Astmazorg, waarvoor al een zorgstandaard bestaat en vaak geïntegreerd met COPD-zorg wordt ingekocht, kan een voorbeeld hiervan zijn.

Zodra landelijk overeenstemming is over de inhoud/afbakening, werking en protocollering van een bepaald nieuw programma of zorgelement, kunnen partijen bij de NZa een aanvraag doen om dit op te nemen in de prestatiebeschrijving van S2B (verzoek tot aanpassing beleidsregel en prestatiebeschrijving). Het programmatische, multidisciplinaire zorgaanbod wordt daarmee verbreed. In overleg met partijen kan worden afgewogen om al per 2015 een of meerdere van dergelijke zorgprogramma's (bijv. Astma) aan prestatie S2A toe te voegen. Op de middellange termijn kan het onderscheid tussen S2A en S2B mogelijk verdwijnen.

M&I-verrichtingen verdwijnen

De huidige M&I-verrichtingen verdwijnen (op een aantal uitzonderingen na) als betaaltitel. Streven is om dit al zoveel als verantwoord en mogelijk per 2015 te doen. De risico's van het afschaffen van de betaaltitels moeten via de contractering van S3 door partijen worden afgedekt. Of dit al voldoende kan voor 2015 is afhankelijk van het oordeel hierover van de convenantpartijen. De aanwijzing moet hierover duidelijkheid bieden.

Voor de hiermee gemoeide patiëntcontacten kunnen huisartsen voortaan consulten in rekening brengen. De overige vergoeding/beloning zal in S3 plaatsvinden en eventueel deels in de inschrijvingen in S1. De exacte toedeling zal de komende maanden in nader overleg met veldpartijen worden uitgewerkt. Door deze transitie zou reeds per 2015 een S3 van substantiële omvang gerealiseerd worden. Voor de consulten die zullen worden gedeclareerd in de plaats van de M&I-verrichtingen is gewenst uit oogpunt van transparantie en monitoring dat zij gelabeld gaan worden. Dit kan de NZa opleggen met een declaratievoorschrift.

Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

De NZa adviseert om ook de M&I-modules te laten verdwijnen en in de plaats daarvan binnen S3 twee groepen van betaaltitels te creëren, met een vrij tarief per ingeschreven verzekerde en contractvereiste:

1. Resultaatbeloning

Het eerstelijnszorgakkoord noemt vier specifieke domeinen waarop resultaatbeloning betrekking kan hebben (verwijzen, diagnostiek, voorschrijven en service & bereikbaarheid), zonder dat partijen resultaatbeloning daartoe willen beperken. De NZa kiest graag voor 'minimal regulation', en strikt gesproken is het niet nodig deze domeinen te verheffen tot separate betaaltitels; partijen kunnen ook zelf aansturen op separate productnamen (Vektis-declaratiecodes) onder een algemene NZa-prestatie 'Resultaatbeloning'.

Veel partijen dringen in hun consultatiereacties echter aan op separate prestaties, omdat zij verwachten dat er dan sneller en meer overeenkomsten gesloten zullen worden over resultaatbeloning op die gebieden. Om die reden adviseert de NZa om onder de groep Resultaatbeloning zes prestaties te creëren: voor de vijf domeinen en een zesde 'Resultaatbeloning overig'.

2. Zorgvernieuwing

Zorgvernieuwing is een belangrijk aspect van de nieuwe bekostiging. Dit is het deel waar bijvoorbeeld initiatieven op het gebied van preventie, zelfmanagement, kwetsbare ouderenzorg, etc. bekostigd kunnen worden. Dit zijn allemaal gebieden die veel partijen noemen als kansrijk om substitutie door samenwerking te bewerkstelligen. Onduidelijk is echter hoe snel initiatieven hier kunnen uitgroeien tot standaardzorg. Mogelijk zullen onderdelen hierin langere tijd een regionaal karakter hebben. Om deze reden adviseert de NZa de prestatie Zorgvernieuwing zo open mogelijk vorm te geven.

Zorgvernieuwing kent één specifiek aandachtsgebied: e-health. Ook hier adviseert de NZa om voor e-health een separate prestatie in het leven te roepen. De prestatiegroep zorgvernieuwing kent dan twee prestaties: 'Zorgvernieuwing e-health' en 'Zorgvernieuwing overig'.

Bekostigingselementen buiten de reikwijdte van de transitie

Dit advies gaat niet in op de bekostiging van de acute huisartsenzorg tijdens avond, nacht en weekend (ANW-zorg). Een analyse daarvan moet in samenhang gezien worden met de bekostiging van de overige acute zorg en valt daarmee buiten de scope van dit advies. Aandachtspunt voor dit advies is wel dat de kosten van ANW-zorg onderdeel uitmaken van het budgettaire kader Huisartsenzorg.

De volgende bekostigingselementen zijn (nog) niet betrokken in de transitie voorgesteld in dit advies:

1. Alle niet-Zvw-prestaties zoals keuringen, het uitstrijkje, het abonnementstarief voor asielzoekers en reizigersadvies.
2. Achterstandsfonds, kwaliteitsgelden, ROS-gelden.
3. Prestaties voor passanten, militairen en gemoedsbezwaarden.
4. Kostenvergoedingen voor verbruiksmaterialen, entstoffen en ECG.
5. SCEN-consultatie, M&I-verrichting Euthanasie.

Over deze elementen zal de NZa later in 2014 adviseren. Het wijzigen van de bekostiging ervan zal op zijn vroegst per 2016 plaats kunnen vinden. Tot die tijd blijft de huidige bekostiging in stand.

Samenvatting voordelen

Belangrijke (potentiële) voordelen van dit bekostigingsmodel ten opzichte van het huidige zijn de volgende:

- Een gerichte substitutieprikkel via de resultaatbeloning in S3 vervangt de productieprikkel in de huidige M&I-verrichtingen.
- Opvangen meer/complexere zorgvragen in de eerste lijn door betere afstemming met de tweede lijn via het meekijkconsult (en sneller en gericht verwijzen indien nodig).
- Extra mogelijkheden voor (snellere diffusie van) substitutiemogelijkheden door het open karakter van S2 (initiatief voor de ontwikkeling van S2A en S2B ligt bij veldpartijen).
- Inzichten uit experimenteermogelijkheid consultbekostiging leiden tot verdere verbeteringen.
- Het samenvoegen van de huidige drie ketens in een prestatie (S2A) legt het fundament voor verdere doorontwikkeling naar bekostiging op populatiekenmerken.

Andere voordelen hangen niet direct samen met de nieuwe bekostiging; zij komen eerder voort uit de bereidheid die partijen hebben uitgesproken om te komen tot een hogere organisatiegraad, meer samenwerking op lokaal en regionaal niveau en het ontwikkelen van uniforme indicatoren voor resultaatbeloning. Het bekostigen van die elementen is in de huidige bekostiging ook al mogelijk.

Omvang en ontwikkeling segmenten

Indicatie omvang segmenten

Als wij het model per 2015 invoeren zoals hierboven beschreven, dan zullen verschuivingen optreden. Verschuivingen door gedragseffecten zijn door de NZa niet te voorspellen, maar de NZa kan wel op basis van enkele aannames een indicatie geven van de verschuiving als gevolg van de structuurwijziging, dit is echter geen voorspelling.

Op basis van het contracteer- en declaratiegedrag in 2012 zullen de macroverhoudingen in het nieuwe bekostigingsmodel per 2015 bij benadering als volgt zijn:

S1 - 75%

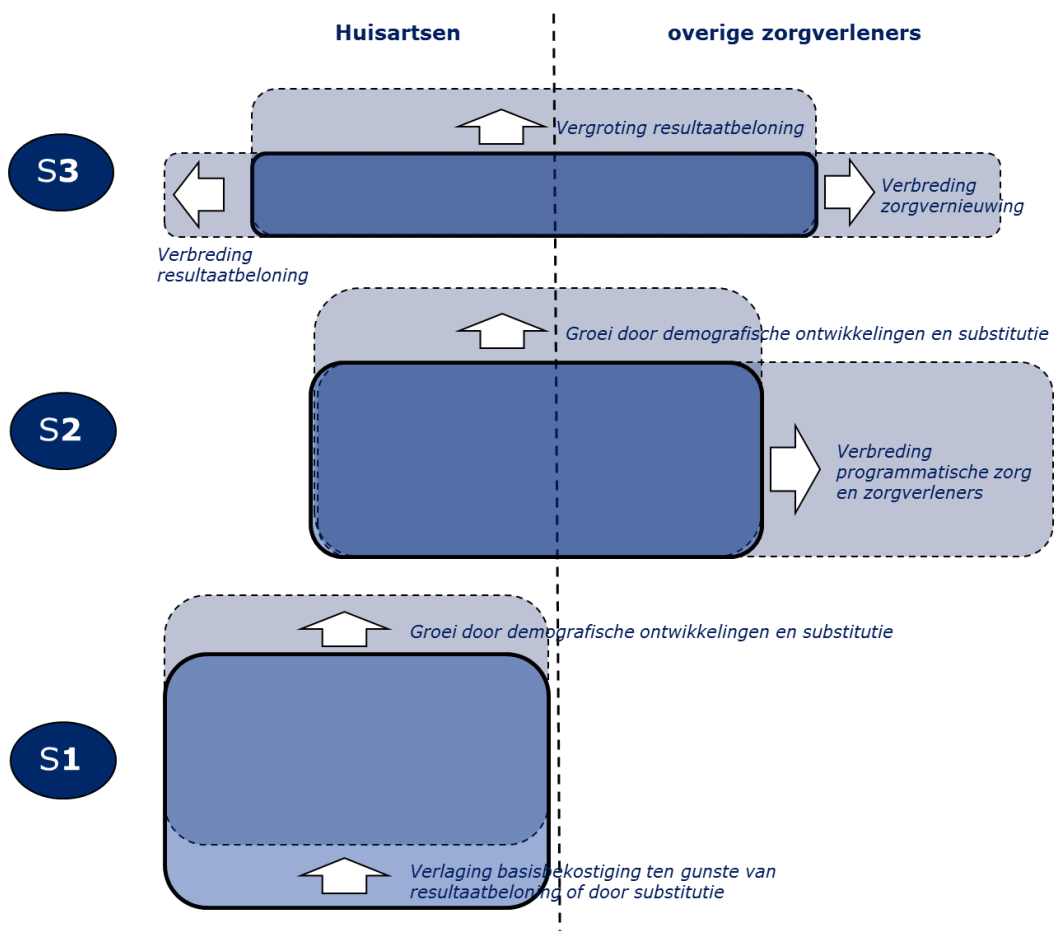
S2 - 15%

S3 - 10%

Ontwikkeling omvang segmenten

De segmenten kunnen zich in absolute en relatieve zin op diverse manieren ontwikkelen. Figuur 2 geeft mogelijke verschuivingen weer, waarbij vereenvoudigd is aangegeven in welke mate de ontwikkelingen betrekking hebben op huisartsen en andere zorgverleners.

Figuur 2: Mogelijke verschuivingen omvang segmenten



Bron: NZa.

Noot bij de figuur: De figuur geeft enkel de mogelijke verschuivingen en richtingen weer (verhoging of verbreding). De figuur geeft geen inzicht in de verwachte omvang van de verschuivingen (de getekende omvang van de vlakken is enkel illustratief).

Het ligt in de lijn der verwachting dat de opbrengsten (en daarmee de macrokosten) op S2 en S3 in relatieve zin zullen stijgen ten opzichte van die uit S1, onder meer door substitutie, verbreding van het programmatisch/multidisciplinair aanbod, zorgvernieuwing en goede resultaten.

De figuur illustreert dat de verwachte groei in S2 niet (alleen) betrekking heeft op de omvang van geleverde zorg door huisartsen, maar juist is gelegen in verbreding van multidisciplinaire zorg.

Daarbij verwacht de NZa wel dat het volume van de basishuisartsenzorg (S1) in absolute zin zal blijven groeien door demografische ontwikkelingen. Ook de omvang van de totale zorg in S2 zal naar verwachting toenemen door veranderingen in demografie.

Los van de periodieke herijking van de tarieven (zie hieronder bij Tariefonderbouwing) en eventuele tariefherijkingen bij verbreding van S2-zorg kan de NZa de omvang van de opbrengsten/macrokosten in S2 en S3 niet beïnvloeden. Verzekeraars en aanbieders maken met elkaar afspraken over de hoogte van de tarieven. Aangezien het eindmodel geen/bepaalde productieprikkels kent, zullen de ex ante afspraken over prijs zich in dit model beter dan nu lenen voor een voorspelling van de totale verwachte macrokosten.

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.

De genoemde maximumtarieven komen in principe tot stand op basis van kostenonderzoek (zie hieronder). Dit betekent dat de omvang van S1 en de andere segmenten uiteindelijk worden bepaald door kostenontwikkelingen, prijsafspraken en gerealiseerde volumes. Sturen op de omvang van de segmenten kan alleen 'van buitenaf', bijvoorbeeld via een aanwijzing of een opgelegde wijziging van de methodiek van tariefonderbouwing.

Tariefonderbouwing

Periodieke herijking van deze gereguleerde tarieven is gebruikelijk en gewenst. De NZa is voornemens om na 2015 de inschrijf- en consulttarieven te onderbouwen door toerekening van totale kosten (praktijkkosten en normatieve arbeidskosten van de praktijk eigenaar) op basis van omzetverhoudingen. Dit is conform de methodiek toegepast voor de tarieven 2014.

Deze systematiek werkt op hoofdlijnen als volgt. Door middel van kostprijsonderzoek kan de NZa de totale kosten van aanbieders berekenen. Daarnaast kunnen de opbrengsten in de verschillende segmenten op basis van de declaraties worden gemeten. Het gemeten aandeel van inschrijvingen en consulten in de totale opbrengsten (S1, S2, S3 en evt. overige relevante opbrengsten) wordt gebruikt als maatstaf om de totale kosten toe te rekenen aan inschrijvingen en consulten. Die toegerekende kosten dienen, samen met de gemiddelde productie, als basis voor de tarieven.

In de beschreven systematiek zijn de opbrengsten van huisartspraktijken uit S2- en S3-zorg van invloed op de tarieven in S1. Als bijvoorbeeld de totale opbrengsten sterker toenemen dan de totale kosten, en als de opbrengsten uit S1 stabiel blijven en die uit S2 en S3 dus stijgen, dan zullen de S1-tarieven dalen. De winst is gestegen, en het deel van de

extra winst dat toegerekend wordt aan S1, wordt omgezet in een tariefdaling. Het deel van de extra winst dat toegerekend wordt aan S2 en S3, laat de NZa ongemoeid (vrije tarieven). S1 is in deze systematiek dus geen sluitpost.

Als we de S2- en S3-opbrengsten niet van invloed laten zijn op S1-tarieven, dan worden de meerkosten van praktijken bij een groeiende S2/S3-omzet altijd voor dat percentage toegerekend aan S1. Dit kan leiden tot een onbegrensde stijging van de inkomens van praktijkeigenaren. Dit effect zou optreden als de aandelen van de drie segmenten gefixeerd zouden worden. Het tekstkader op de volgende pagina laat dit zien met een fictief cijfervoorbeeld.

Ook zouden we met de alternatieve methodiek afwijken van een consistente lijn die gehanteerd wordt voor de tariefberekening van andere zorg in de eerste en tweede lijn (tarieven baseren op actuele kosten), ook bijvoorbeeld voor die van de mondzorg, die voor een groot deel buiten het basispakket valt.

Toekomstperspectief bekostigingsmodel

Met bovenstaande stappen per 2015 wordt in de ogen van de NZa het beton gestort en de grondlaag gebouwd voor een nieuwe bekostiging die de eerste lijn op termijn in staat moet stellen de rol te spelen die nodig zal zijn met het oog op de veranderingen op (middel)lange termijn. Op de middellange termijn (voorbij de looptijd van het zorgakkoord, bijvoorbeeld 2018) ziet de NZa mogelijkheden om de bekostiging door te ontwikkelen naar het volgende model. Daarvoor moet wel eerst voldaan zijn aan een aantal randvoorwaarden.

Segment 1

De invoering van resultaatbeloning in S3 en een betere differentiëring van de inschrijftarieven in S1 creëren nieuwe mogelijkheden. Eén van die mogelijkheden is dat deze twee elementen de sterke kanten van de huidige gemengde bekostiging van basishuisartsenzorg (inschrijvingen en consulten) gaan overnemen. Als uit de evaluaties van experimenten zonder consultbekostiging blijkt dat dat zo is, dan kunnen consulten als betaaltitel op termijn verdwijnen. De gemengde bekostiging blijft, met resultaatbeloning in plaats van consultbekostiging.

Een nadeel van consultbekostiging kan bijvoorbeeld zijn dat zij de huisarts niet stimuleert om wat meer tijd vrij te maken voor overleg met bijvoorbeeld andere zorg/hulpverleners of gemeente. Daarnaast is bekostiging van consulten niet stimulerend in de ontwikkelingen op het gebied van preventie en zelfmanagement. Consulten als betaaltitel vervullen wel twee belangrijke functies, maar die twee functies kunnen op termijn wellicht door andere elementen van het nieuwe systeem beter vervuld worden:

- De functie van het belonen voor en stimuleren van de *juiste* inzet van huisartsen kan gaan plaatsvinden via segment 3. Segment 3 is hiervoor beter geschikt dan het relatief grove instrument van consultbekostiging, dat *alleen direct patiëntgebonden* inzet beloont en stimuleert.
- De functie van het opvangen van vraagfluctuaties kan grotendeels overgenomen worden door een betere differentiëring van de inschrijftarieven op basis van een beperkte set demografische kenmerken van de populatie.

Effecten van methodieken voor S1-tarieven

Aan de hand van het fictieve cijfervoorbeeld in onderstaande tabel lichten we toe wat de effecten zijn van de NZa-methode om S1-tarieven te onderbouwen en van een methode met gefixeerd S1-aandeel.

Tabel 3: Effecten van methodieken voor S1-tarieven

		2015	2018	
Uitkomsten onderzoek	Opbrengsten	€ 320.000	€ 400.000	
	- waarvan S1	75%	60%	
	Aantal patiënten	2.000	2.000	
	Totale kosten	€ 320.000	€ 360.000	
	- waarvan arbeidskosten (norminkomen)	€ 125.000	€ 125.000	
	Winst (extra inkomen)	-	€ 40.000	
Berekening tarief	Toerekeningspercentage	75%	60%	75%
	Kosten toegerekend aan S1	€ 240.000	€ 216.000	€ 270.000
	Tarief per patiënt	€ 120	€ 108	€ 135
	Resultierend inkomen	€ 125.000	€ 141.000	€ 195.000

Bron: NZa.

De eerste zes regels tonen de hypothetische uitkomsten van kostprijsonderzoek. Voor de tarieven van 2015 laat dat onderzoek zien dat de gemiddelde praktijk 2.000 ingeschreven patiënten heeft, die samen opbrengsten genereren van € 320.000. 75% van die opbrengsten komt uit S1-zorg. De totale kosten van de gemiddelde praktijk (inclusief de arbeidskosten van de praktijkeigenaar) bedragen ook € 320.000. Het inkomen van de gemiddelde huisarts is gelijk aan het normbedrag waarmee de NZa rekent in de tarieven: € 125.000.

In de onderste vier regels wordt vervolgens het tarief per patiënt berekend. De NZa gebruikt het 75%-aandeel om van de € 320.000 totale kosten, een bedrag van € 240.000 toe te rekenen aan S1-zorg. Met de gemeten 2.000 patiënten is dan een tarief van € 120 nodig om dat kostenbedrag te dekken. Het effect van dit tarief is dat het gemiddelde inkomen gelijk blijft: € 125.000.

In het voorbeeld nemen we aan dat nieuw onderzoek in 2018 vervolgens uitwijst dat de totale opbrengsten stijgen naar € 400.000, waarvan 60% uit S1-zorg. Het aantal patiënten per praktijk is gelijk gebleven: 2.000. De totale kosten zijn ook gestegen, maar minder sterk: € 360.000. Het gemiddelde inkomen is door de winst van € 40.000 gestegen naar € 165.000.

De NZa-methodiek van toerekening gebruikt vervolgens het aandeel van 60% om van de € 360.000 totale kosten, een bedrag van € 216.000 toe te rekenen aan S1-zorg. Omdat dit kostenbedrag lager is dan in 2015, kan het tarief ook omlaag, naar € 108. Door dit lagere tarief wordt ook 60% van de winst afgeroomd en daalt het inkomen naar € 141.000.

De kolom ernaast toont wat er zou gebeuren als we het toerekeningspercentage fixeren op 75%, bijvoorbeeld als uitkomst van een bestuurlijk akkoord. Van de € 360.000 totale kosten zou dan € 270.000 worden toegerekend aan S1-zorg. Het S1-tarief per patiënt zou dan moeten stijgen naar € 135. Dat hogere tarief resulteert in een extra winst, met als gevolg een totaal inkomen van gemiddeld € 195.000. De NZa acht dit ongewenst.

Wanneer experimenten uitwijzen dat deze elementen voldoende ontwikkeld zijn om de consultbesteding overbodig te maken, kan de omslag worden gemaakt.

Segment 2

De Universiteit Maastricht doet een eerste verkenning naar populatiekenmerken als voorspeller voor zorgvraagzwaarte. Indien mogelijk lijkt het wenselijk de aandoeningsgerichte bekostiging (ketens) te verlaten. (Ketens samenvoegen in S2A beëindigt nog niet de aandoeningsgerichte benadering). Bekostiging van programmatische multidisciplinaire zorg gebeurt idealiter via een tarief per patiënt naar zorgvraagzwaarte. Op basis van kenmerken wordt de populatie gesegmenteerd (bijv. licht-midden-zwaar) om te komen tot kostenhomogene groepen waarop wordt ingekocht. Het aspect van chronische ziektes zal in de praktijk waarschijnlijk een rol blijven spelen (evenals de onderliggende zorgstandaarden), maar is dan voor de bekostiging niet doorslaggevend als indelingscriterium.

Ook organisatie- en zorgkosten bij niet-programmatische multidisciplinaire zorg (GEZ, meekijkconsult) worden gefinancierd via dit segment met een tarief per verzekerde. Het uitgangspunt is dat er in dit segment geen sprake is van tariefregulering.

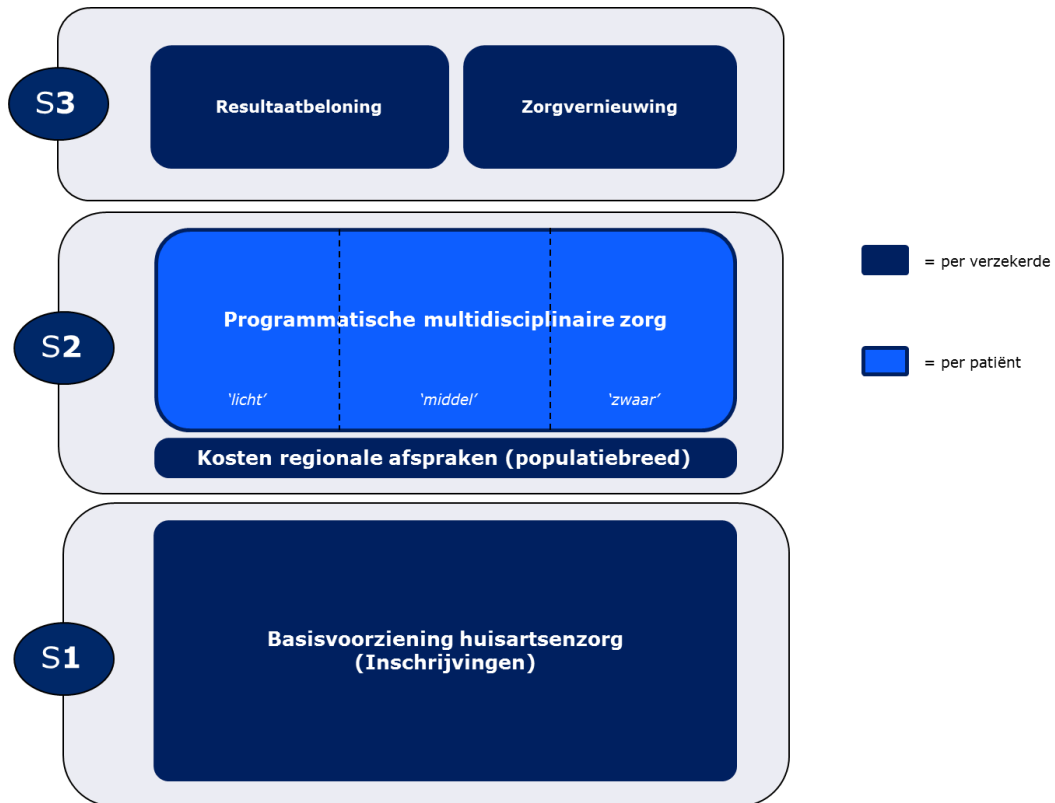
Segment 3

Belonen van resultaten in segmenten 1 en 2 en het stimuleren van zorgvernieuwing kan op termijn via generieke prestaties met een vrij tarief per verzekerde. De kenmerken waarop wordt beloond bevinden zich deels op input/proces/output-niveau en deels op outcome-niveau. Veldpartijen zijn een uniforme set kenmerken overeengekomen. Te zijner tijd kan de NZa afwegen of deze set kenmerken ook in de prestatiebeschrijvingen moeten worden opgenomen.

Dit mogelijke perspectief voor de middellange termijn, dat qua ambitie deels afhankelijk is van de uitkomsten van experimenten en onderzoek, geven we in Figuur 3 visueel weer.

Dit mogelijke eindperspectief bevat meer vrijheden dan het huidige bekostigingsmodel, maar is op onderdelen nog (tarief)gereguleerd. Daarnaast is ook een model mogelijk waarbij het hierboven geschetste deels gereguleerde systeem de standaard (default) is waarvan partijen kunnen afwijken. Het alternatief naast deze standaard zou een veel vrijer systeem kunnen zijn met vrije prestaties en tarieven, waarin partijen maximale vrijheid hebben om afspraken te maken conform de lokale vraag- en aanbodsituatie. Partijen kunnen er dan voor kiezen van deze vrije ruimte gebruik te maken in plaats van de standaardregulering te gebruiken.

Figuur 3: Mogelijke invulling bekostiging op middellange termijn



Bron: NZa.

Concrete stappen na implementatie bekostiging 2015

Na implementatie van de hiervoor geschetste bekostiging per 2015 adviseert de NZa om de volgende vervolgstappen te zetten:

- 1. Actualisatie parameters inschrijftarief**
De parameters in het huidige inschrijftarief zijn lange tijd niet herijkt. De NZa adviseert onderzoek uit te voeren naar actualisatie van deze parameters. Hierbij zal ook rekening worden gehouden met de mogelijkheid van het op termijn verdwijnen van de consulten als betaaltitel (en de correctie voor vraagfluctuatie die consulten eventueel momenteel vervullen). Dit onderzoek kan in 2014 worden gestart. Op zijn vroegst per 2016 zal een herijkte differentiatie in de inschrijftarieven kunnen worden ingevoerd.
- 2. Onderbrengen deel van de 'buiten scope' prestaties in het nieuwe model**
Zodra het model is geïmplementeerd adviseert de NZa om nadere analyse uit te voeren naar de betaaltitels die vooralsnog buiten deze transitie zijn gehouden. Hierbij wordt bekeken of het haalbaar en wenselijk is om (een deel van) deze zorg in het segmentenmodel in te passen. Ook dit traject kan in 2014 starten, met invoering per 2016.
- 3. Doorontwikkeling segmenten 2 en 3**
Het model dat per 2015 wordt geïmplementeerd zet eerste stappen in de richting van het geschetste eindperspectief. Het model biedt ruimte en prikkels aan veldpartijen om de volgende stappen te zetten, onder meer:

- Verbreden van de huidige zorgprogramma's (groei van S2B), zodat een steeds groter deel van de chronische populatie wordt geïncorporeerd en van geïntegreerde, programmatische zorg wordt voorzien.
- Komen tot een uniforme set populatiekenmerken voor het segmenteren van de chronische populatie in S2.
- Komen tot een uniforme set van indicatoren om resultaten te belonen in S3, waarbij naast uniformering ook een ontwikkeling richting meer outcome-sturing wordt ingezet.

4. *Evalueren toedelingen meekijkconsult en POH*

De NZa adviseert om het meekijkconsult en POH-S voorlopig aan S2 toe te delen en POH-GGZ aan S1. Op basis van ervaringen in 2015 (en evt. begin 2016) met het meekijkconsult kan de NZa in 2016 bepalen in hoeverre dit voldoet c.q. een deel als basisvoorziening aan S1 toegedeeld moet worden. Ook kan dan bezien worden of de toedeling van POH-S en POH-GGZ aanpassing behoeft.

De NZa zal deze ontwikkelingen monitoren en analyseren op welke momenten volgende stappen richting het eindmodel kunnen worden gezet.

Macrokosten

Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

Na invoering van het nieuwe model worden bepaalde zorghandelingen anders gedeclareerd. Sommige declaraties verschuiven bijvoorbeeld van vrije tarieven naar maximumtarieven (deel M&I-verrichtingen). De NZa adviseert om de overgang op het nieuwe model zo veel mogelijk macrokostenneutraal te laten plaatsvinden. Dit betekent dat de maximumtarieven van inschrijvingen en consulten zo worden vastgesteld dat bij gelijkblijvende zorgvolumes en bij gelijkblijvende vrije tarieven er geen effect op de macrokosten van het gehele model zou zijn.

De NZa verwacht na invoering van het nieuwe model een grotere kans op een beheerste kostenontwikkeling dan in het huidige model. Hiervoor zijn vier redenen aan te wijzen. Ten eerste het verdwijnen van het per verrichting bekostigen van de M&I-verrichtingen. Omdat de directe volumeprikkel uit het systeem verdwijnt, is de verwachting dat de kosten op dit punt minder snel zullen groeien. Een tweede reden voor een waarschijnlijk meer beheerste kostengroei komt voort uit het samenvoegen van de huidige drie ketenprestaties in één prestatie (S2A). Het gevolg is namelijk dat voor mensen met twee of drie chronische aandoeningen één integraal tarief wordt betaald, met hierin nog maar één keer overhead en ook zonder een aantal andere doublures. Hoewel dit in de tarieven van enkelvoudige ketens gecompenseerd kan worden, acht de NZa het waarschijnlijk dat de totale kosten per salso dalen. Ten derde kan er een dempende werking uitgaan van de overgang van M&I-modules op de nieuwe S3-prestaties. Ten slotte zal het transparantievoorschrift op S2-zorg dat het risico op dubbele bekostiging moet verkleinen (zie hieronder bij systeemrisico's), een deel van de huidige dubbele bekostiging van S2-zorg vermijden.

Substitutie

Het beoogde indirecte macrokosteneffect van de nieuwe bekostiging komt voort uit de verschuivingen die moeten gaan optreden van tweede naar eerste lijn en tussen eerstelijnszorg en gemeentelijke domeinen. De nieuwe bekostiging faciliteert partijen hierover afspraken te maken en bevat elementen die zorgverzekeraars in staat stellen om zorgaanbieders te belonen voor resultaten op (onder meer) dit gebied. Dit zou kunnen

leiden tot hogere uitgaven aan huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, en zou moeten leiden tot lagere uitgaven elders (binnen en buiten de zorg).

Echter, het totale substitutiepotentieel enerzijds, en anderzijds de mate waarin en de snelheid waarmee partijen dat potentieel gaan verwezenlijken, zijn onbekend en niet te voorspellen. Bovendien zullen de ontwikkelingen die optreden deels gemaskeerd worden door andere ontwikkelingen, zoals door demografie en technologie. Deze onbekendheid en complexiteit onderstreept het belang van het tot stand brengen van een substitutiemonitor, waarin idealiter tot op enig detailniveau hogere uitgaven in het domein van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in verband kunnen worden gebracht met lagere uitgaven elders. Dit inzicht kan ook de angst bij sommige partijen wegnemen dat meerkosten door substitutie toch zouden kunnen leiden tot BKZ-geïnspireerde (tarief)kortingen. Zoals aangegeven in de inleiding is een passende bekostiging niet de enige succesfactor voor het tot stand brengen van de gewenste verandering. Het meetbaar maken van de mate waarin het doel wordt bereikt is zeker een van de andere factoren.

Systemrisico's

De NZa heeft de toekomstige bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg zoals hierboven beschreven geanalyseerd op systeemrisico's (risico's op fraude en andere vormen van onrechtmatig declareren).

De regels omtrent het wel/niet in rekening mogen brengen van consulten rondom ketenzorg en M&I-verrichtingen leiden tot verwarring onder huisartsen en dragen bij aan het risico op dubbele bekostiging. Met het verdwijnen van de M&I-verrichtingen wordt dit probleem kleiner. Voor het resterende risico rondom ketens/S2 ziet de NZa twee oplossingen:

1. *Transparantievoorschrift*

Bij deze optie regelt de NZa door middel van een declaratievoorschrift dat bij de declaratie van een S2-prestatie de patiëntcontacten met datum vermeld moeten worden. Dit geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid om op dubbele declaraties van patiëntcontacten te controleren, maar lost niet het hele probleem op. Zo blijft het een risico dat patiëntcontacten in het kader van S2-zorg die niet bij de declaratie vermeld worden en wel onterecht als consult gedeclareerd worden, buiten het blikveld van verzekeraars blijven.

2. *Generieke consultbekostiging*

Bij deze optie mag anders dan nu mag voor een patiëntcontact in het kader van S2-zorg ook een consult in rekening worden gebracht. Dit levert duidelijkheid op in de praktijk (ieder patiëntcontact leidt tot dezelfde consultdeclaratie) en hierdoor verdwijnt het huidige risico op dubbele bekostiging. Wel introduceert dit een volume prikkel in de S2-zorg en verliezen zorggroepen enigszins aan organisatiekracht richting huisartsen, omdat huisartsen een kleiner deel van hun S2-opbrengsten via zorggroepen krijgen. Bovendien ervaart het veld deze maatregel als 'een stap terug', omdat zij een sterke verband zien tussen geïntegreerde zorg en integrale bekostiging.

De NZa adviseert te kiezen voor de eerste optie, het transparantievoorschrift, om het risico op dubbele bekostiging in eerste instantie tegen te gaan.

Wat betreft het in het advies geschetste mogelijke perspectief op middellange termijn concludeert de NZa dat daarin een deel van de huidige systeemrisico's wordt verlaagd; het systeem is vereenvoudigd, productieprikkelers zijn geminimaliseerd (met de bijbehorende upcodingsrisico's), overlap tussen de verschillende bekostigingsonderdelen is verdwenen en het inbouwen van de juiste resultaatsbeloningen in S3 kan verder bijdragen aan het stimuleren van gewenst gedrag (en daarmee ongewenst gedrag doen vermijden).

Aandachtspunten blijven met name gelegen in risico's rondom het inschrijftarief, gebrek aan transparantie over geleverde zorg en gebrek aan prikkels voor consumenten om een controlerol te vervullen (vanwege het ontbreken van eigen risico voor huisartsenzorg). De aanbevelingen aan verzekeraars in het rapport 'Onderzoek zorgfraude' (december 2013) ten aanzien van de materiële controles en gespecificeerde rekeningoverzichten aan consumenten blijven daarmee ook in het nieuwe model van kracht.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In juni 2012 heeft de NZa een advies uitgebracht aan de minister van VWS over de bekostiging van huisartsenzorg en geïntegreerde zorg. In dat advies verkende de NZa vier mogelijke bekostigingsmodellen. Elk model scoorde goed op een aantal criteria, waardoor de keuze voor het beste model afhankelijk werd van welke criteria als 'hoogste doel' of 'absolute randvoorwaarde' golden. De NZa heeft in haar advies geen voorkeur uitgesproken voor één van de modellen. De weging van de criteria is namelijk een politieke keuze.

Inmiddels is die politieke keuze gemaakt. In eerste instantie in het Regeerakkoord VVD-PvdA van november 2012, dat spreekt van een nieuw systeem van bekostiging voor huisartsenzorg. "Dit systeem gaat uit van populatiegebonden bekostiging en biedt ruimte voor aanvullende beloningsafspraken met verzekeraars."

Deze hoofdlijn is door de minister en veldpartijen afgelopen zomer verder uitgewerkt in het eerstelijnszorgakkoord. Hierin beschrijven partijen de uitgangspunten en doelen van het nieuwe model als volgt:

- Substitutie, zowel van tweede naar eerste lijn, als van eerste naar nulde lijn (bijv. zelfmanagement en preventie) onder andere door een hogere organisatiegraad te stimuleren.
- Zorgbehoefte centraal stellen door gebruik te maken van populatiekenmerken.
- Belonen op (gezondheids)uitkomsten mogelijk maken.
- Eenvoud en transparantie.
- Beheersing van de macrokosten.

De minister van VWS heeft de NZa gevraagd advies uit te brengen over de vormgeving van het nieuwe bekostigingsmodel. Dit document bevat dat advies van de NZa; hoe de bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in 2015 vorm zou moeten krijgen en welke volgende stappen per 2016 en verder gezet kunnen worden om gefaseerd toe te werken naar een eindmodel.

1.2 Achtergrond

De achtergrond van de nieuwe bekostiging is een omslag in de zorg die al is ingezet en verder zal gaan doorzetten. Hierdoor komt er veel af op de eerstelijnszorg in het algemeen en de huisartsenzorg in het bijzonder. Uitgangspunt is dat het groeiende aantal mensen met een chronische en/of complexe zorgvraag, zoveel als mogelijk en verantwoord, in de buurt terecht kan. Die vraag om zorg en ondersteuning in de buurt richt zich primair op eerstelijns hulpverleners binnen en buiten de zorg, zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers. Maar vaak zal samenwerking met andere zorg- en hulpverleners ook nodig zijn. Om te voorkomen dat complexere zorgvragen te snel in de tweede lijn terecht komen, zullen minder complexe en niet primair geneeskundige zorgvragen slimmer, sneller en/of beter afgehandeld moeten worden. En er zullen meer zorgvragen in de formele zorg voorkomen moeten worden, onder andere door te stimuleren dat zorgvragen verholpen worden via zelfzorg. Dit alles vraagt om organisatie en samenwerking.

Voor de huisartsenzorg lijkt dit te betekenen dat gevraagd wordt zich (nog) meer toe te leggen op die gebieden waarop competenties het hardst nodig zijn; elke huisartsenminuut kan maar één keer worden besteed. Naast het zelf blijven verlenen van huisartsgeneeskundige zorg betreft dat het zorginhoudelijk leiding geven aan het praktijkteam (taakdelegatie) en het afstemmen met zorg- en hulpverleners buiten de huisartsenzorg. Het optimaal inzetten van de competenties moet zorgen voor meer substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg, meer preventie en meer zelfmanagement, zodat onnodige zorgkosten worden voorkomen.

Het advies van de NZa is geschreven vanuit deze optiek: een toekomstbestendige bekostiging, ondersteunend en stimulerend in het verstevigen van de eerste lijn. De NZa benadrukt wel dat naast de bekostiging andere factoren van belang zijn bij het bewerkstelligen van verandering, zoals werkwijze, kennis(deling) en cultuur. Een aanpassing van de bekostiging kan hierbij helpen, maar is zelden voldoende.

1.3 Het 3-segmenten-model

In het zorgakkoord is overeengekomen dat het nieuwe model drie segmenten kent.

Segment 1: basisvoorziening huisartsenzorg

Segment 1 (S1) betreft zorgvragen en aandoeningen, waarvoor de huisarts doorgaans als eerste aanspreekpunt voor de patiënt en als poortwachter fungeert. Patiënten met zorgvragen in S1 worden grotendeels binnen de huisartsenpraktijk gediagnosticeerd, behandeld en begeleid. Tijdens de looptijd van het akkoord (tot en met 2017) kent dit segment een gecombineerd systeem van consulten en inschrijftarieven.

Segment 2: programmatische multidisciplinaire zorg

Segment 2 (S2) is gericht op zorgvragen en aandoeningen waarvoor naast de huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te leveren. Dit segment is alleen onder voorwaarde van een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder te declareren door een zorgaanbieder die deze zorg in samenwerking met andere zorgverleners kan aanbieden. In praktijk betreft het voornamelijk georganiseerde samenwerkingsverbanden, zoals een zorggroep of gezondheidscentrum. Dit segment kent een vrij tarief, tenzij uit nadere analyse/uitwerking blijkt dat een gereguleerd tarief beter aansluit bij de kenmerken van dit segment.

Segment 3: belonen van (gezondheids)uitkomsten en vernieuwing

Segment 3 (S3) biedt ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om (belonings)afspraken te maken over de resultaten van de inzet in de andere twee segmenten en om vernieuwing te stimuleren. In het akkoord worden enkele specifieke speerpunten benoemd, waarop dergelijke afspraken in ieder geval betrekking moeten hebben: doorverwijzen, doelmatig voorschrijven, diagnostiek, service en bereikbaarheid. Daarnaast wordt in het akkoord e-health als belangrijk aandachtsgebied benoemd. Dit segment kent net als S2 een vrij tarief en is alleen onder voorwaarde van een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder te declareren.

In het akkoord komen partijen ook overeen dat een 'meekijkconsult' wordt geïntroduceerd zodat een huisarts makkelijker een medisch specialist kan raadplegen zonder de patiënt formeel te hoeven verwijzen naar de tweede lijn. Ook is afgesproken dat er experimenten kunnen

komen waarin niet op consulten bekostigd wordt. In het akkoord is tot slot overeengekomen dat bij de introductie van het nieuwe bekostigings-systeem de M&I-verrichtingen als betaaltitel komen te vervallen.

Onderstaande tabel zet de afgesproken karakteristieken van de drie segmenten naast elkaar.

Tabel 1.1: Het 3-segmenten-model volgens de afspraken in het zorgakkoord

Segment 1	Segment 2	Segment 3
- basishuisartsenzorg - monodisciplinair - maximumtarieven - gediff. inschrijftarief - (t/m 2017) consulten	- programmatische zorg - multidisciplinair - DM2, VRM, COPD - vrije tarieven, tenzij ... - contract-vereiste	- uitkomsten belonen - vernieuwing stimuleren - vijf specifieke domeinen - vrije tarieven - contract-vereiste

Bron: NZa.

Om te komen tot een advies heeft de NZa de afgelopen maanden vele gesprekken gevoerd met belanghebbende en deskundige organisaties. Startpunt bij die gesprekken waren bovenstaande afspraken in het eerstelijnszorgakkoord. Op een concept van dit advies (consultatiedocument, december 2013) heeft de NZa in januari 2014 ca. 25 reacties ontvangen. Een samenvatting van de reacties en de integrale reacties zelf worden gepubliceerd op de website van de NZa.

1.4 Huidige bekostiging en afbakening

De huidige bekostiging van huisartsenzorg kent volgens de Beleidsregel Huisartsenzorg 139 betaaltitels. Onderstaande tabel geeft op hoofdlijnen de elementen van de huidige bekostiging en het belang in termen van het aandeel in de totale kosten 2012 van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.

Tabel 1.2: Bekostiging 2014 volgens beleidsregel Huisartsenzorg

Bekostigingselement	Tariefvorm	Tariefsoort	Aantal titels	Aandeel 2012
Inschrijving ^a	Per verzekerde	Maximum	6	43,1%
Reguliere consulten	Per verrichting	Maximum	7	25,2%
Bijzondere consulten ^b	Per verrichting	Maximum	28	0,5%
POH-GGZ	Per verzekerde en per verrichting	Maximum	8	1,3%
GEZ-module	Per verzekerde	Vrij	1	1,9%
Ketenzorg integraal	Per patiënt	Vrij	3	12,3%
Ketenzorg koptarief	Per patiënt	Vrij	3	0,2%
M&I-verrichtingen	Per verrichting	Vrij	45	7,1%
M&I-modules	Per verzekerde	Vrij	1	8,0%
Nevenverrichtingen ^c	Per verrichting	Maximum	15	0,0%
Kostenvergoedingen ^d	Werkelijke kosten	Maximum	11	0,3%
Overig ^e	Divers	Maximum	6	0,1%
<i>Totaal</i>			<i>139</i>	<i>100%</i>

Bron: Vektis, bewerking NZa

^a Gedifferentieerd naar wel/niet achterstandswijk en drie leeftijdsgroepen.

^b Passanten, militairen, gemoedsbezwaarden, ANW.

^c Onder andere controles en keuringen; niet Zvw, daarom waarschijnlijk onderschatting.

^d Voor diverse verbruiksmaterialen, ECG en laboratoriumkosten.

^e Achterstandsfonds, uitstrijkje, informatieverzoeken, abonnement asielzoekers, SCEN; deels niet Zvw, daarom waarschijnlijk onderschatting.

Naast bovenstaande prestaties/betaaltitels kunnen aanbieders van huisartsenzorg inkomsten hebben uit andere vormen van zorg. Zo declareren apothekhoudende huisartsen prestaties farmaceutische zorg, en verloskundig actieve huisartsen prestaties verloskundige zorg. Deze prestaties buiten de huisartsenzorg zijn geen onderwerp van dit advies.

Ook de diagnostiekprestaties die zorgaanbieders declareren (beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek) vallen buiten dit advies. Eerstelijnsdiagnostiek is zijdelings relevant vanwege de diagnostische M&I-verrichtingen (zie hoofdstuk 5). De NZa heeft hierover in 2011 geadviseerd.

Tot slot gaat dit advies niet in op de bekostiging van de acute huisartsenzorg tijdens avond, nacht en weekend. Een analyse daarvan moet in samenhang gezien worden met de bekostiging van de overige acute zorg en valt daarmee buiten de scope van dit advies.

Een onderwerp dat zijdelings wel in dit advies betrokken wordt, betreft de experimenten onder de beleidsregel Innovatie. Deze zijn van belang in relatie tot het element Zorgvernieuwing in Segment 3.

1.5 Centrale vragen

Tijdens de gesprekken kwam een aantal vragen naar de voorgrond. Een helder antwoord op deze vragen leidt volgens de NZa tot een concrete invulling van het 3-segmenten-model die zo veel mogelijk aan de gestelde doelen en randvoorwaarden voldoet:

1. Hoe kan populatiegerichte bekostiging het best bijdragen aan de doelen van het nieuwe bekostigingsmodel?
2. Welke afbakening van S1 en S2 is gewenst om (i) zoveel mogelijk substitutie te stimuleren, van tweede naar eerste lijn en van eerste naar nulde lijn, en (ii) dubbele bekostiging zoveel mogelijk te voorkomen?
3. Welke balans tussen samenwerking en concurrentie tussen zorgverzekeraars en eerstelijnszorgorganisaties is gewenst rondom S2 en S3 en welke regulering past daarbij?
4. Welke vorm van uitkomstbekostiging stimuleert goed presteren op het gebied van service, bereikbaarheid, doelmatig verwijzen, voorschrijven en diagnostiek, en biedt ruimte aan e-health en andere zorgvernieuwing?

Het document is gestructureerd rondom deze hoofdvragen en leidt in het laatste hoofdstuk tot een concreet advies over de transitie van de huidige bekostiging.

1.6 Leeswijzer

Dit document geeft antwoorden op de vragen die de minister in haar verzoek heeft gesteld. Hoofdstukken 2 tot en met 5 analyseren vier centrale vragen die tijdens gesprekken in het veld naar voren kwamen:

- Hoofdstuk 2: Populatiekenmerken
- Hoofdstuk 3: Afbakening van segmenten 1 en 2
- Hoofdstuk 4: Concurrentie versus samenwerking
- Hoofdstuk 5: Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

De overwegingen in deze vier hoofdstukken leiden in hoofdstuk 6 tot een concreet advies over de transitie van de huidige bekostiging naar het nieuwe model. Hoofdstuk 7 gaat ten slotte in op de systeemrisico's van het nieuwe model in vergelijking met het huidige bekostigingssysteem.

2. Populatiebekostiging in de huisartsenzorg

Het regeerakkoord en eerstelijnszorgakkoord zijn helder over het uitgangspunt van de nieuwe bekostiging. Namelijk een populatiegerichte benadering. In dit hoofdstuk beantwoorden we daarom de volgende vraag: *Hoe kan populatiegerichte bekostiging het best bijdragen aan de doelen van het nieuwe bekostigingsmodel?*

De achtergrond van deze vraag ligt in het groeiende aantal chronische en complexe zorgvragen. De druk die hierdoor ontstaat op de eerstelijnszorg vraagt om meer inzicht in de zorgvraagzwaarte, inzicht per wijk of gemeente welke zorgvragen zich daar vooral voordoen. Dit hoeft zich niet te beperken tot chronische of complexe zorg. Op basis van dit inzicht kunnen partijen afspraken maken over samenwerking en organisatie, en afspraken over resultaten.

2.1 Doelen

Voor het helder krijgen van de effecten van populatiebekostiging is het zinvol om de verwachte effecten ervan af te zetten tegen de huidige bekostiging van huisartsenzorg. Het consistent gebruiken van populatiebekostiging betekent dat in ieder geval de meer aandoeningsgerichte en productiegerichte elementen uit de huidige bekostiging zouden moeten verdwijnen.

De gesprekken met het veld hebben een helder beeld gecreëerd wat hiervan de voordelen zijn. Ten eerste is het voor betrokkenen duidelijk dat een aandoeningsgerichte aanpak in de huisartsenzorg zijn beperkingen kent. Huisartsenpraktijken zien een enorm gevarieerde hoeveelheid patiënten, waarvan velen (in de loop van hun leven) verschillende aandoeningen en beperkingen krijgen. Door de toenemende leeftijd van patiënten en daardoor ook de toename van multi-morbide patiënten is dit een belangrijke ontwikkeling in de bekostiging van huisartsenpraktijken.

De zorg voor deze patiënten is niet een optelsom van de aandoeningsgerichte zorg, maar veel meer een op de patiënt aangepast pakket aan maatregelen. Ook zorginhoudelijk is het beter om uit te gaan van een benadering per patiënt. De aandoeningsgerichte aanpak vergt namelijk een duidelijk beeld (protocollen) voor de levering van zorg. Juist voor patiënten met meerdere aandoeningen is dit een onwerkbaar methode: doordat verschillende omstandigheden op elkaar ingrijpen is een op detail geprotocolleerde aanpak moeilijk uitvoerbaar.

Verrichtingenbekostiging is eveneens problematisch, vooral voor de zorg aan patiënten met meerdere chronische ziektes. De verschillende ziektes kunnen aanleiding zijn voor veel afzonderlijke behandelingen, maar de patiënt is meer gebaat bij een integrale aanpak van zijn problemen. Het is bovendien bekend dat de huidige bekostiging dubbelingen met zich mee brengt (inschrijftarieven, consulten, ketens). Een verdere uitbouw van de verrichtingen vergroot het risico op dubbelingen en kent daarmee grenzen. Wellicht zijn deze grenzen inmiddels al bereikt.

2.2 Prikkel bij populatiebekostiging

In een bekostigingssysteem is altijd in zekere mate het principe “what you pay is what you get” van toepassing. Dit principe wordt gebruikt om bekostigingssystemen (idealiter) zo in te richten dat deze financieel prikkelen tot goede zorguitkomsten.

Uitgaande van dat principe is een systeem met uitkomstbekostiging het hoogst haalbare. Als je immers betaalt voor goede uitkomsten, dan verwacht je ook goede uitkomsten te krijgen. Het meten en belonen op uitkomsten van huisartsenzorg is op dit moment echter nog onvoldoende mogelijk. De bekostiging is daarom gebaseerd op andere betaaltitels, die ook een goede prikkelwerking moeten geven, gecombineerd met ruimte voor het belonen van resultaten.

Het inschrijftarief fungeert als een vorm van budgettering. De inkomenszekerheid die hiermee gepaard gaat, stelt de huisarts in staat om onafhankelijk keuzes te maken ten aanzien van behandeling en doorverwijzing van patiënten. Dit is van belang voor de invulling van de poortwachtersrol. Verder stimuleert een vast budget aanbieders om de praktijkkosten laag te houden. Het nadeel van vaste budgetten is dat zij niet stimuleren tot extra inspanningen. Immers de opbrengsten staan vast, dus elke vermindering van tijdsinvesteringen of kosten is winst. Om dit risico te beteugelen vraagt de bekostiging om een financiële prikkel die stimuleert om gezondheidsklachten van patiënten te beoordelen en waar nodig zelf te behandelen. Dit kan door het belonen van uitkomsten (voorkeursoptie) en/of het tarifieren van consulten.

Dit principe is grotendeels herkenbaar in het afgesproken segmentenmodel. Segmenten 1 en 2 dekken de kosten voor het leveren van zorg, segment 1 via een inschrijftarief, terwijl via segment 3 de prikkels worden ingebouwd voor kwaliteit.

2.3 Gemeenten en de eerstelijnszorg

De huidige ontwikkelingen in de zorg leiden tot een gezamenlijk belang voor gemeenten, zorgverzekeraars en zorgverleners in de eerste lijn. Door de toenemende zorgvraagzwaarte in de eerste lijn stijgt het belang van preventie, vroegsignalering, zelfmanagement en opvang van niet (primair) zorggerelateerde klachten op de juiste plaats. Dit alles vraagt om samenwerking tussen GGD, wijkverpleegkundigen, huisartsen, maatschappelijk werkers, en vaak anderen zoals apothekers en thuiszorgmedewerkers. Die samenwerking moet georganiseerd worden.

Op een aantal plaatsen heeft de toenemende zorgvraagzwaarte de eerstelijnszorg er al toe gebracht deze samenwerking op te zoeken. Met name in sommige achterstandswijken is de samenwerking tussen eerstelijnszorg, zorgverzekeraar(s) en gemeentelijke organisaties al goed op gang. Gezondheidscentra hebben daar met de zorgverzekeraar en gemeente een gezamenlijke aanpak afgesproken van de problematiek in die populatie. Bekostiging hiervan vindt plaats via de GEZ-module en soms andere mogelijkheden binnen de huidige bekostiging, zoals de M&I-verrichtingen voor intensieve (ouderen)zorg. De meerwaarde van deze elementen zou in de bekostiging idealiter behouden moeten blijven.

Ook op veel andere plaatsen gaat de toenemende zorgvraagzwaarte uitdagingen creëren. Gemeenten willen die graag voor zijn, bijvoorbeeld door (sociale) wijkteams op te richten. Nog lang niet lukt het om zorgverzekeraars en zorgverleners daarbij te betrekken. Als de

zorgverzekeraar niet thuis geeft, komt dit mogelijk doordat de gemeente en/of wijk (nog) niet groot en/of problematisch genoeg is om prioriteit te krijgen. Voor de zorgverlener, die vaak ook praktijk eigenaar is, zit de bekostiging in de weg. De praktijk verlaten voor overleg met bijvoorbeeld de gemeente betekent inkomstenderving of het opgeven van vrije tijd. Dit soort overleg hoort bij het zijn van een zorgaanbieder, maar het gemengde inschrijf/consult-systeem werkt niet goed in dit soort gevallen: het inschrijftarief stimuleert niet en de consultbekostiging houdt de huisarts-eigenaar in de praktijk (zie ook 2.4 hieronder). Stimulering op resultaten via S3 zou hier beter kunnen werken.

Naast de bekostiging is ook de organisatiegraad hier van belang. In een wijk of gemeente met veel losse praktijken moeten in principe (bijna) alle praktijk eigenaren voor een overleg hun praktijk verlaten en zal ook met (bijna) al deze eigenaren overeenstemming moeten worden bereikt. Dat dit meer moeite kost en minder kans van slagen heeft, spreekt voor zich. Overleg met een of enkele gemandateerden vanuit een goed georganiseerd eerstelijnszorglandschap is te verkiezen. Niet alleen dus voor de onderlinge samenwerking binnen de organisatie, ook voor het tot stand brengen van samenwerking met andere partijen.

In de uitvoering kan een hogere organisatiegraad ook een voordeel zijn, onder andere bij het gebruik van data. Het samenbrengen van de populatiegegevens van de individuele zorgverleners vanuit hun deels overlappende verzorgingsgebieden, en het combineren daarvan met gegevens van zorgverzekeraars, GGD'en¹ en mogelijk andere organisaties vraagt om enige mate van centralisatie én om onderling vertrouwen, ondersteund door goede, duidelijke, gedragen afspraken.

2.4 Consulten

De huidige bekostiging van huisartsenzorg is een combinatie van populatiebekostiging (inschrijvingen) en verrichtingenbekostiging (consulten). In deze paragraaf bekijken we welke plaats consulten kunnen hebben als de kwaliteitsprijkkels afkomstig zijn uit segment 3.

Naast de prikkels die van consulten uitgaan, zorgen de consulten voor een allocatie van middelen. Artsen die zich meer inspannen, worden daarvoor ook beloond. Hiermee corrigeren de consulten ook voor verschillen in zorggebruik tussen populaties. Bovendien zal het afschaffen van consulten herverdelende effecten hebben op de opbrengsten van huisartsenpraktijken.

Het bekostigen van consulten heeft ook belangrijke nadelen. Bekostiging van consulten is niet stimulerend in de ontwikkelingen op het gebied van preventie en zelfmanagement. Consultbekostiging stimuleert bijvoorbeeld dat de huisarts in de praktijk blijft, terwijl steeds meer nodig is dat hij/zij de praktijk verlaat voor overleg met bijvoorbeeld andere zorg/hulpverleners of gemeente zonder dat daar directe inkomsten tegenover staan.

Het wegnemen van consulten legt meer druk op het correct configureren van de differentiatie op populatiekenmerken van de inschrijftarieven in segment 1. Er bestaan immers verschillen in de zorgbehoeftes van patiëntenpopulaties en deze dienen meegewogen te worden in de bekostiging. Is dit niet het geval dan bestaat er de prikkel om te weinig

¹ GGD'en voeren geregeld steekproefgewijze metingen uit van de gezondheidstoestand van de populatie binnen hun gemeente. Zie bijvoorbeeld: <http://www.utrecht.nl/smartsite.dws?id=148>.

zorg te leveren aan een juist zorgbehoevende populatie, of zich in het geheel niet te vestigen bij een meer dan gemiddeld zorgbehoevende populatie. Naar alle waarschijnlijkheid wordt met populatiegebonden correctie van de inschrijftarieven ook een deel van de herverdeling van inkomens ondervangen.

Samenvattend zorgen de consulten in het huidige bekostigingsmodel voor kwaliteitsprikkel (beschikbaarheid) en een verdeling van middelen. Daarentegen is bekostiging van consulten niet stimulerend in de ontwikkelingen op het gebied van preventie en zelfmanagement. De consulten zijn in een ideaalmodel van populatiebekostiging niet meer nodig, als de populatiekenmerken in het inschrijftarief steeds completer worden en de bekostiging op uitkomsten (segment 3) stevig staat.

2.5 Ontwikkelingen populatiegerichte bekostiging

De Universiteit van Maastricht onderzoekt op dit moment welke populatiekenmerken kunnen worden gebruikt voor de bekostiging. Het is de bedoeling om patiënten te segmenteren in patiëntprofielen, die de zorgvraagzwaarte op het gebied van huisartsenzorg, chronische ketenzorg en/of wijkverpleegkundige zorg voorspellen.

Voorlopige uitkomsten van het onderzoek van de Universiteit van Maastricht laten zien dat er op dit moment nog geen overeenstemming is in het zorgveld noch de wetenschap over de indicatoren die een groot deel van de zorgkosten voorspellen. Een uitputtende set, die alle zorgkosten voorspelt is dan ook niet op korte termijn haalbaar. Zij hebben wel gevonden dat de zorgvraagzwaarte vaak wordt bepaald aan de hand van drie typen populatiekenmerken:

- persoonskenmerken (demografisch, sociaaleconomisch)
- omgevingskenmerken (fysieke omgeving, sociale omgeving)
- gezondheidskenmerken (chronische ziekten, functionele beperkingen, psychische klachten)

De definitieve bevindingen presenteert de Universiteit van Maastricht naar verwachting in het voorjaar van 2014. Op basis daarvan kunnen stappen in gang worden gezet om te komen tot instrumenten die het gebruik van populatiekenmerken ondersteunen.

Voorliggend advies houdt rekening met het tempo van deze ontwikkelingen. Er is daartoe onderscheid gemaakt in de mogelijkheden per 2015 en de doorontwikkeling van de bekostiging (waarin populatiekenmerken in toenemende mate van belang worden) op de middellange termijn (rond 2018).

3. Segmenten 1 en 2

In het eerstelijnszorgakkoord zijn op hoofdlijnen afspraken gemaakt over de nieuwe bekostiging voor de huisartsenzorg. Voor het vormgeven van de bekostiging is een nadere, concretere afbakening van de verschillende segmenten noodzakelijk. Aangezien S1 en S2 de basis vormen van de bekostiging, is dat ook het startpunt van de beschrijving. In dit hoofdstuk beantwoorden we de vraag: Welke afbakening van S1 en S2 is gewenst om (i) zoveel mogelijk substitutie te stimuleren, van tweede naar eerste lijn en van eerste naar nulde lijn, en (ii) dubbele bekostiging zoveel mogelijk te voorkomen?

3.1 Inhoud segment 2

Voor een duidelijke afbakening tussen S1 en S2 is het van belang om beide afzonderlijke segmenten helder te definiëren. Omdat S2 nog een minder goed grijpbaar onderdeel is, beginnen we het onderscheid van de segmenten met het helder afbakenen van wat S2 is. Wanneer we dit grijpbaar hebben gemaakt, is het ook mogelijk S1 af te bakenen.

S2 omvat alle zorg(voorzieningen) die gekoppeld zijn aan de epidemiologie van populaties en/of multidisciplinair geleverd wordt. Vaak zal het gaan om de complexere vormen van huisartsenzorg, of om aanvullingen op het reguliere aanbod van huisartsenzorg.

Oorsprong en uitgangspunt van S2 zijn de huidige ketens voor multidisciplinaire zorg en de koptarieven voor ondersteunende organisaties. Kijkend naar de zorg die hierin valt zijn er op dit moment drie aspecten van multidisciplinaire zorg te herkennen in deze bekostiging:

- Huisartsenzorg ten dienste van multidisciplinaire, complexe eerstelijnszorg (waaronder ook de POH-S)
- Coördinerende, faciliterende, regisserende activiteiten ten behoeve van samenhangende zorg
- (Coördinatie van) Zorg geleverd door andere zorgverleners dan de huisarts

In de huidige bekostigingspraktijk verschilt het per lokale situatie hoe de bekostiging van deze elementen is geregeld. Ook de principes waarop de bekostiging is gebaseerd verschillen per onderdeel. Zo bestaan er integrale ketens voor de zorg voor bepaalde aandoeningen, maar ook modules die een specifieke aanbodvorm bekostigen en verrichtingen voor zorg die overgenomen kunnen worden uit ziekenhuizen.

In de toekomst verdwijnen mogelijk al deze verschillende vormen en worden vervangen door een populatiegerichte vorm. In paragraaf 3.4.2 is weergegeven hoe de prestaties er in de toekomst uit kunnen zien.

3.2 Inhoud segment 1

De inhoud van S1 is monodisciplinaire huisartsenzorg. 'Monodisciplinair' strekt zich wel zover uit, dat huisartsgeneeskundige taken gedelegeerd aan praktijkondersteuners erbinnen vallen.

In de basis gaat het om het deel van de huisartsenzorg dat op dit moment wordt bekostigd middels de inschrijftarieven en de consulten. We operationaliseren dit segment als tegenhanger van S2. Concreet betreft het zorgvoorzieningen die in principe niet afhangen van epidemiologie/populatiekenmerken. De zorg van S1 wordt monodisciplinair door de huisarts of haar verlengde arm (bijvoorbeeld een POH) geleverd.

Variaties in zorggebruik in S1 dienen vooral geoperationaliseerd te worden aan de hand van de demografie. Meer ziekte-gerelateerde variatie is immers ondergebracht in S2.

3.3 Scherp onderscheid tussen S1 en S2

De afspraken uit het akkoord en de gesprekken met het veld maken duidelijk dat veldpartijen grotendeels dezelfde beelden hebben bij de inhoud van S1 en S2. Er zijn op onderdelen echter ook verschillen, bijvoorbeeld: is een gesprek met een POH-GGZ nu zorg bekostigd uit S1 of S2? Dergelijke onduidelijkheden in de bekostiging bestaan nu ook al. Bijvoorbeeld is in de praktijk onduidelijk wanneer huisartsen een regulier consult kunnen/moeten rekenen en wanneer een andere verrichting van toepassing is.

In de praktijk zal onduidelijkheid over de afbakening nadelig uitpakken voor het realiseren van de in het eerstelijnszorgakkoord overeengekomen doelen. Het is een voorwaarde voor een goed werkend bekostigingssysteem dat duidelijk is wie aanspreekbaar is op het declareren van gelden en het leveren van zorg. Dit is bijvoorbeeld nodig voor het opstellen van regelgeving en de eventuele handhaving ervan, maar ook voor het sluiten van contracten tussen veldpartijen.

Daarnaast zijn er ook een aantal praktische voorbeelden te geven die duidelijk maken dat overlap onwenselijk is. Zorg die behoort bij S2, maar ook in S1 bekostigd kan worden, veroorzaakt onduidelijkheid over de betalingen voor aanvullende zorg en ondersteuning. Dergelijke onduidelijkheid werken mogelijk belemmerend op de organisatiegraad van zorg en is een bron van dubbele bekostiging. Andersom betekent zorg die behoort bij S1, maar ook bekostigd kan worden in S2 dat aan de hand van (lokale) contractafspraken verschillende bekostiging kan bestaan voor dezelfde (basis)zorg. Dit is onduidelijk voor cliënten en veroorzaakt dubbele bekostiging. Kortom, een scherpe afbakening van S1 en S2, zonder inhoudelijke overlap is naar onze mening noodzakelijk om de afgesproken doelen te realiseren.

Bij de opdeling van de bekostiging in verschillende segmenten zijn het contractvereiste voor S2 en de gevolgen van het inschrijftarief voor S1 factoren van belang. Zorg die in S1 valt dient door elke huisartsenpraktijk aangeboden te worden, omdat elke praktijk via de inschrijftarieven betaald wordt voor deze zorg. Zorg die in S2 valt zal daarentegen per definitie niet bij elke aanbieder beschikbaar zijn. S2 is dan ook met name bedoeld voor zorg die niet door elke aanbieder op voldoende kwaliteitsniveau geboden kan worden en/of zorg die uit kostenoverwegingen alleen in bepaalde organisaties aangeboden moet worden.

In de basis is bovenstaande redenering een vrij praktische. Volgens ons kan via deze praktische redenering een wenselijke marktordening gerealiseerd worden.

Een groot deel van de huisartsenzorg zal voor iedereen in elke praktijk beschikbaar moeten zijn, omdat deze zorg (grotendeels) betaald is via de inschrijftarieven. Dit is de essentie van S1.

Het is duidelijk dat daardoor voor een groot deel van de huisartsenzorg moeilijker prijs-, kwaliteits- en volumevoorwaarden afgedwongen kunnen worden door verzekeraars. In S3 zit een belangrijk tegenwicht voor het gebrek aan sturingsmogelijkheden in S1. Hiermee zijn de prikkels voor verzekeraars zo neer te zetten dat overal dezelfde doelen worden nagestreefd. Via deze weg kan ook verdere samenwerking worden gestimuleerd. Tegelijkertijd zijn er afzonderlijke betaaltitels met contracten (S2) die verzekeraars in staat stellen om gericht grotere structuren te bekostigen en zo de organisatiegraad te verhogen. Verder volgt uit voorgaande dat dubbele bekostiging al deels wordt voorkomen door beide segmenten scherp af te bakenen.

Verderop in het document komen we terug op de heldere afbakening tussen S1 en S2, en hoe die concreet te realiseren is.

3.4 Prestaties per segment

Zowel S1 als S2 gaan uit van het principe van populatiebekostiging. Zoals geschetst zijn er echter ook verschillen tussen beide segmenten in de aard van de zorg en in de wenselijke organisatie. Deze verschillen leiden tot een andere invulling van de prestaties. In onderstaande paragrafen geven we weer hoe wij de prestaties per segment zien.

3.4.1 Prestaties segment 1

Uitgangspunt zijn (de huidige) inschrijftarieven, aangevuld met een methodiek om de prikkels goed te krijgen. De inschrijftarieven zijn een goede manier om populatiebekostiging per huisartsenpraktijk te realiseren. De optelsom van alle ingeschreven patiënten is immers exact de populatie van de huisartsenpraktijk.

Correctiemechanismen zijn nauwelijks nodig; extra bekostiging voor specifieke aandoeningen in een populatie is ondergebracht in S2, extra inspanningen voor innovatie, preventie of kwaliteit worden betaald uit S3. De inschrijftarieven worden alleen gecorrigeerd op de demografische kenmerken van de populatie. Te denken valt aan de huidige indicatoren SES en leeftijd. Verder heeft de NZa uit gesprekken begrepen dat in de toekomst geslacht ook een bepalende factor kan zijn. Geadviseerd wordt om nader onderzoek te doen naar deze indicatoren (actualisatie en eventueel uitbreiding).

Hoewel de prestatievorm niet verandert, zal de strekking van de inschrijftarieven wel breder worden. Een aantal elementen die in de huidige bekostiging afzonderlijk zijn bekostigd, zal in de toekomst opgaan in S1. De inschrijftarieven op zich zullen dus stijgen ten opzichte van de bestaande situatie. Zie ook paragraaf 2.4 en hoofdstuk 5 voor een verdere uiteenzetting.

3.4.2 Prestaties segment 2

Een populatiegerichte aanpak gaat in principe uit van een betaaltitel per verzekerde, zodat verzekeraars zelf populaties kunnen definiëren. In dit geval gaat dat niet één op één, omdat multidisciplinaire zorg specifieke meerkosten betreft voor specifieke verzekerden. In dat geval is het voor verzekeraars relevant om alleen voor patiënten die de extra zorg gebruiken ook een hogere schadelast te hebben. Dit houdt verband met de risicoverevening. Voor patiënten met (een groot risico op) hoge

kosten krijgen verzekeraars een relatief hoge vergoeding uit de verevening, terwijl de vergoedingen voor patiënten met lage kosten klein zijn. Dit mechanisme is een belangrijk aandachtspunt bij het bepalen van de prestaties voor S2.

Een werkbare middenweg is om de betaaltitel te definiëren als bedrag per geïnccludeerde patiënt. Dit is echter nog onvoldoende voor de juiste toedeling van middelen. De kosten per traject multidisciplinaire zorg lopen namelijk sterk uiteen. Daarom kan het een goed idee zijn om met verschillende categorieën patiënten te werken voor multidisciplinaire zorg, bijvoorbeeld licht/middel/zwaar. De indeling in deze categorieën gebeurt op basis van (epidemiologische) kenmerken voor verzekerden; een score afgeleid van meerdere kenmerken. Het resultaat is een (kostenhomogene) segmentatie in de populatie voor multidisciplinaire zorg. Hoeveel segmentaties nodig zijn om kostenhomogene groepen te definiëren is op voorhand niet duidelijk. Door rekening te houden met de kosten van coördinatie, van huisartsenzorg en van niet-huisartsenzorg (fysiotherapie, voedingsadvies, etc.) door overige zorgverleners is het mogelijk adequate prijzen te bepalen per patiëntsegment.

Over dergelijke segmentering wordt in het veld al uitvoerig nagedacht. Concreet voorbeeld hiervan is het zogenaamde INCA-model, dat door ACSIION in samenwerking met Casemix is ontwikkeld. Het INCA-model biedt een methode om de norm van de zorgstandaarden te vertalen naar een integraal zorgprogramma. Ook bij enkele verzekeraars worden segmentatiemodellen ontwikkeld voor chronische zorg en ouderenzorg.

Zoals al aangegeven in de start van dit hoofdstuk is het contractvereiste een belangrijk verschil tussen S1 en S2. Voor sommige verzekeraars kan een hard contractvereiste een probleem opleveren, omdat zij niet in staat zullen zijn om met alle partijen een contract te sluiten, ook al willen ze dat wel. Dit is met name relevant voor een pure restitutieverzekeraar. Vandaar dat wij ook in de nieuwe regelgeving op zullen nemen dat het mogelijk is om de contractafspraken van andere verzekeraars te volgen. Deze constructie bestaat ook al in de huidige regelgeving.

In de praktijk zijn er diverse methoden om multidisciplinaire zorg te organiseren en bekostigen. Het bekostigingsmodel per 2015 zal vrijheid/flexibiliteit houden om deze diversiteit te faciliteren, maar tegelijkertijd eerste stappen zetten die bovengeschetst eindmodel binnen de S2-zorg mogelijk maken. Dit kan door een prestatie programmatische multidisciplinaire zorg, die bestaat uit de samenvoeging van de huidige drie ketenprestaties DM2, VRM en COPD, opgebouwd uit drie modules:

- a. Basismodule: coördinatie/overhead
- b. Module 1: huisartsenzorg gerelateerd aan de betreffende ketens (incl. POH-S)
- c. Module 2: niet-huisartsenzorg (fysiotherapie, voedingsadvies, medisch specialistische zorg, etc.).

In de basis biedt deze prestatie de mogelijkheid om dezelfde integraliteit in te bouwen als in de huidige ketenzorgprestaties. De modulaire opbouw biedt echter ook flexibiliteit aan partijen om waar gewenst niet integraal te bekostigen als modules 1 en 2 optioneel zijn. Die kunnen dan desgewenst op een andere manier bekostigd worden (optionele module 1 via S3 en optionele module 2 buiten de huisartsenbekostiging). In dat geval reduceert de prestatie tot een koptarief. De modulaire opbouw biedt tegelijkertijd transparantie/inzicht in het kader van BKZ-uitgaven en tariefonderbouwingen.

3.5 Consulten gedurende de transitie

In ieder geval tot en met 2017 blijven de consulten in de huisartsenbesteding nog in stand. De vraag is dan ook relevant hoe consulten zich verhouden tot de segmenten 1 en 2.

De gedachte achter S2 is dat alleen wordt betaald voor het zorginhoudelijke meerwerk ten opzichte van reguliere huisartsenzorg. Alle kosten die samenhangen met basiszorg vallen in S1. Voor de zorg geleverd door de huisarts is dit in praktijk een lastig onderscheid: Wanneer tel je het huisartsenconsult als S1-zorg en wanneer als S2? Een identiek probleem speelt op dit moment ook rondom de M&I-voorzieningen. De ervaringen hiermee zijn aanleiding om al bij aanvang van het nieuwe systeem een oplossing te bedenken.

In deze paragraaf bekijken we twee oplossingen voor dit probleem. (In hoofdstuk 7 bekijken we nog een derde oplossing.) Of door consulten als betaaltitel in zijn geheel af te schaffen, of door altijd een consult te registreren op een moment dat een patiënt de huisarts bezoekt. Zoals we ook in dit document betogen, is het wenselijk en mogelijk om op termijn de consulten af te schaffen. In ieder geval op de korte termijn is het echter wenselijk om consulten in stand te houden, totdat S3 goed is neergezet, de inschrijvingsparameters in S1 voldoende differentiërend zijn en ervaring is opgedaan in experimenten zonder consultbesteding. Voor de korte termijn lijkt van de twee genoemde oplossingen alleen in aanmerking te komen de optie om consulten generiek declareerbaar te maken, bij elk patiëntencontact.

Gezien het contractvereiste dat hoort bij S2, is de vraag dan relevant of er specifieke consulten per segment moeten zijn. De NZa adviseert dit niet te doen op prestatieniveau. Een onderscheid tussen S1- en S2-consulten dat voldoende helder is om regulering op te baseren, is naar onze mening niet mogelijk. Wel kan via declaratievoorschriften geregeld worden dat bij declareren van een consult aangegeven wordt of het consult S1- of S2-zorg betrof. De zorgverlener kan dit dan zelf bepalen.

De opbrengsten uit de nieuwe consulten die samenhangen met S2-zorg kunnen partijen verdisconteren in de overige S2-tarieven, waarmee dubbele besteding wordt voorkomen. De voorkeur voor deze oplossing wordt gedeeld door de veldpartijen die wij gesproken hebben in de aanloop naar dit advies.

Door het generiek declareren van consulten mogelijk te maken en het afschaffen van de M&I-voorzieningen als betaaltitel, zou het aantal consultdeclaraties groeien. Het aandeel van consulten in de totale besteding stijgt hierdoor. Dat roept de vraag op of de consulttarieven aanpassing behoeven, ook omdat consultbesteding niet optimaal stimuleert. Het doel van generieke consultdeclaraties is immers eenvoud, duidelijkheid en minder risico op dubbele besteding; het doel is niet meer consultbesteding. Integendeel, consultbesteding kan op termijn verdwijnen. Een macroneutrale verschuiving van consult- naar inschrijftarieven is daarom een optie.

3.6 Discussiepunten in het segmentenmodel

Het grootste deel van de huisartsenzorg is helder in te delen in een passend segment. Enkele zorgvormen zijn echter multi-interpretabel. De functies van POH-S, POH-GGZ, GEZ en de nieuw te creëren mogelijkheid van een meekijkconsult zijn alle vier te koppelen aan de basishuisartsenzorg. Ook hebben zij alle vier een component

multidisciplinaire samenwerking. Kortom, mogelijk horen ze deels bij S1 en deels bij S2.

3.6.1 Praktijkondersteuning

Praktijkondersteuning wordt steeds meer een standaardvoorziening in huisartsenpraktijken. Er bestaan praktijkondersteuners voor somatische zorg en voor geestelijke zorg. Hieronder bespreken we beiden.

De somatische ondersteuning van de huisarts sluit goed aan op de monodisciplinaire huisartsenzorg. Veel van deze ondersteuners verrichten ook activiteiten voor de multidisciplinaire zorg. Omdat de POH-S voor beide segmenten van waarde is, is het mogelijk verstandig om de POH-S op termijn deels uit S2 en deels uit S1 te vergoeden.

De POH-GGZ is nog niet standaard geïncorporeerd in de huisartsenzorg. Tegelijkertijd is duidelijk dat de POH-GGZ binnen het monodisciplinaire domein van de huisartsenzorg valt. Wij zien dat de POH-GGZ in feite de competenties van een huisarts versterkt en daarmee onderdeel is van de basiszorg. Dit deel van de POH-GGZ zorg wil de NZa niet afhankelijk maken van een contract. Wij adviseren dit aspect van de POH-GGZ in de toekomst te bekostigen via S1.

De inzet van de POH-GGZ is daarnaast in enige mate afhankelijk van de sociale context van een populatie en bevat dus een epidemiologisch aspect. Dit tweede aspect kan ook afhankelijk worden gesteld van een contract: de verzekeraar kan dan kiezen of de aanvullende inzet van de POH doelmatig is. Kortom, ook voor de POH-GGZ is het mogelijk verstandig om deze op termijn deels uit S2 en deels uit S1 te vergoeden.

Uit de consultatie blijkt dat de meningen over de juiste verdeling van beide POH's over S1 en S2 uiteenlopen. We verwachten daarom niet dat een goed onderbouwde verdeling én een nieuwe tariefonderbouwning voor het aandeel POH-S in S1 haalbaar zijn per 1 januari 2015. Voor 2015 adviseert de NZa daarom de huidige verdeling te handhaven: POH-GGZ in S1, POH-S in S2.

3.6.2 GEZ

In de huidige bekostiging bestaat de module Geïntegreerde Eerstelijnszorg. Deze vergoeding is van belang voor de coördinatie van multidisciplinaire (huisartsen)zorg. Veel monodisciplinaire huisartsgeneeskundige zorgvragen hebben daarnaast een sociaal-maatschappelijke component. Voor dit type hulpvragen is samenwerking met de wijkverpleging, maar ook met de gemeente en welzijnsorganisaties zinvol. Daarnaast hechten veel partijen waarde aan het optuigen van sociale wijkteams. De ontwikkeling van deze teams is inmiddels volop gaande. In deze teams moeten huisartsen ook een rol gaan vervullen.

Voor iedere praktijk geldt dat een basisinvestering voor niet-patiëntgebonden samenwerking nu al onderdeel is van het inschrijftarief. Dit betreft organisatiekosten zoals tijd voor overleg met andere zorgaanbieders in de eerste lijn, gemeente en wijkverpleegkundige (schakel)zorg. Praktijken die daar meer in (moeten) investeren vanwege hun populatie maken nu vaak gebruik van de GEZ-module; dit zijn veelal gezondheidscentra in de grotere steden. Dit geld dient ter dekking van de organisatiekosten van multidisciplinaire samenwerking. Vanwege het multidisciplinaire karakter is het advies van de NZa om de huidige GEZ volledig in S2 te positioneren, met contractvereiste.

3.6.3 Meekijkconsult

In het kader van substitutie heeft VWS de NZa verzocht te adviseren over de vormgeving van een nieuwe prestatie 'meekijkconsult'. Het idee van het meekijkconsult is specialistische expertise betrekken bij het leveren van huisartsenzorg, met als doel doorverwijzing naar de doorgaans duurdere tweede lijn te voorkomen. Die specialistische expertise zal vaak betrokken worden bij een medisch specialist in de tweede lijn, maar dat hoeft niet; het kan bijvoorbeeld ook gaan om kaderhuisartsen of specialisten ouderengeneeskunde.

Het meekijkconsult wordt als integrale prestatie toegevoegd aan de huisartsenbesteding om samenwerking tussen eerste en tweede lijn te stimuleren waarbij de regie over de behandeling van de patiënt bij de huisarts blijft. De keuze voor een integrale prestatie in de eerste lijn doet recht aan de doeleinden van de prestatie: zorg zoveel als mogelijk in de eerste lijn organiseren, waarbij de huisarts in de regie blijft.

Wanneer we spreken over een meekijkconsult wordt hieronder verstaan: *Een adviesaanvraag van de huisarts als hoofdbehandelaar aan een specialist over een individuele patiënt, waarbij specialistisch beoordeling en/of advies noodzakelijk is, met het doel om verwijzing naar de 2e lijn waar mogelijk te voorkomen.*

De adviesaanvraag kan niet in rekening worden gebracht wanneer de inspanning van de huisarts als onderdeel van een andere prestatie al wordt vergoed (bijv. eerstelijnsdiagnostiek, teledermatologie). Wellicht ten overvloede wordt opgemerkt dat onder meekijkconsulten ook niet vallen: bij- of nascholingsactiviteiten waarbij een aandoening ('casuïstiek') plenair besproken wordt, door patiënten aangevraagde second opinions en consultatieve raadpleging voor GGZ patiënten (deze vorm van consultatie is reeds onderdeel van de module POH-GGZ). Het ligt overigens wel voor de hand dat de consultatieve raadpleging GGZ zo snel mogelijk opgaat in het meer algemene meekijkconsult.

Aan de besteding van meekijkconsulten worden twee voorwaarden verbonden:

- Een contract tussen zorgverzekeraar en huisarts, waarin afspraken zijn gemaakt over meekijkconsulten en bijbehorende tariefstelling.
- Schriftelijke rapportage van de consultatie door de specialist aan de huisarts. Met deze voorwaarde worden de huidige (korte) telefonische contacten tussen huisarts en medisch specialist onderscheiden van meekijkconsulten. Onderdeel van deze rapportage bevat minimaal de vraagstelling aan de specialist, de bevindingen/diagnose van de specialist en de aanbeveling van de specialist aan de huisarts.

Binnen het uitgangspunt van een integrale prestatie in de eerste lijn ziet de NZa een tweetal mogelijkheden voor de besteding:

1. Tarief per cliëntcontact (consult)
2. Tarief per verzekerde.

De NZa adviseert om het meekijkconsult binnen het nieuwe bestedingmodel te implementeren middels een vrij tarief per verzekerde. Hiermee wordt partijen de vrijheid geboden om afspraken te maken die recht doen aan de verscheidenheid aan toepassingen die het meekijkconsult kent, evenals verscheidenheid in regionale omstandigheden. Daarnaast kent een tarief per verzekerde geen volumeprikkel, waardoor kostenbeheersing op dit onderdeel beter is geborgd dan bij een tarief per cliëntcontact.

Het meekijkconsult lijkt de NZa het best passend in S2. Ten eerste omdat het per definitie gaat om multidisciplinaire zorg. Daarnaast zullen initiatieven voor samenwerking waarschijnlijk gemakkelijker tot stand komen, als de bekostiging is gekoppeld aan samenwerkingsverbanden of zorggroepen. In het geval het meekijkconsult gekoppeld is aan S1, zullen medisch specialisten c.q. het ziekenhuis namelijk met veel verschillende praktijken afspraken moeten maken. Bij bekostiging in S2 kan de zorggroep dat doen namens de huisartsen. Verder is van belang dat S2 een contractvoorwaarde kent. Dit is van belang voor verzekeraars om te kunnen sturen op het zorgvolume dat specialisten leveren in het kader van de eerste lijn.

De NZa verwacht dat zorgverzekeraars de meekijkconsulten vooral via grotere eerstelijnszorginstellingen zoals zorggroepen en (koepels van) gezondheidscentra zullen gaan inkopen. De NZa adviseert daarom het meekijkconsult de eerste jaren in S2 te plaatsen. Omdat er nog weinig ervaring is opgedaan met het meekijkconsult is het nog te vroeg om het definitief in S2 te plaatsen. Indien op termijn blijkt dat een basisvoorziening in S1 hoort, adviseert de NZa die basisvoorziening in het inschrijftarief op te nemen. Voor dat deel zou dan het contractvereiste vervallen.

De NZa onderkent dat het niet reguleren van het tarief voor veldpartijen transactiekosten met zich meebrengen als gevolg van een nieuw onderhandelingsproces tussen eerste en tweede lijn. De verscheidenheid aan toepassingen die het meekijkconsult kent, evenals verscheidenheid in regionale omstandigheden maken het voor de NZa echter niet goed mogelijk noch wenselijk om het tarief te reguleren. De transactiekosten kunnen worden verlaagd door de contractering en inkoop via eerstelijns zorgorganisaties (zorggroepen) te laten verlopen.

Een tarief per verzekerde levert geen informatie over de inzet van het meekijkconsult. Het is voor een verzekeraar van belang om zicht te houden op het gebruik van de meekijkconsulten door hier bijvoorbeeld registratie- en beloningsafspraken aan te koppelen en/of materiële controles op uit te voeren.

3.6.4 M&I-verrichtingen

Van een aantal M&I-verrichtingen is inmiddels te zeggen dat deze tot het standaardrepertoire horen van een huisartsenpraktijk. De vraag is dan of deze M&I-verrichtingen uit S1 betaald moeten worden. Hiermee verlies je namelijk wel de stimulans voor huisartsenpraktijken om extra energie te stoppen in het leveren van deze zorg.

Wij denken dat voor zover M&I-verrichtingen op grond van de gegeven operationalisering thuishoren in S1, toch niet al het geld van de M&I-verrichtingen toe te rekenen aan S1, maar een groot deel hiervan te benutten in S3. Dit om toch voldoende prikkels in te (kunnen) bouwen. Zie hoofdstuk 5 voor een verdere uitwerking van deze redenering.

Tot slot is een deel van de M&I-verrichtingen duidelijk gekoppeld aan de multidisciplinaire zorg. Deze verrichtingen horen vanzelfsprekend bij S2.

De NZa zal in de loop van 2014 per M&I-verrichting bepalen of deze hoort bij S1 of S2 en in hoeverre prestaties en tarieven hierop moeten worden aangepast. Over dit vraagstuk is reeds een eerste technisch overleg met veldpartijen gevoerd.

4. Samenwerking versus concurrentie

Een belangrijke vraag in het nieuwe bekostigingsmodel is welke (mate van) regulering past bij welk segment. In dit hoofdstuk geven we een analyse van de structuur van de markt en baseren daarop per segment gedifferentieerde reguleringskeuzes. We beantwoorden hierbij de volgende vraag: Welke balans tussen samenwerking en concurrentie tussen zorgverzekeraars en eerstelijnszorgorganisaties is gewenst en welke regulering past daarbij?

Achtergrond van deze vraag is, dat de populatiegerichte aanpak op wijk- of gemeenteniveau die nodig lijkt rondom eerstelijnszorg op gespannen voet kan staan met enkele uitgangspunten van het zorgstelsel, zoals meer concurrentie tussen zorgaanbieders en concurrentie tussen zorgverzekeraars. In het advies "Bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg" van juni 2012 heeft de NZa dit punt al aangestipt. In dit hoofdstuk analyseren we het segmentenmodel verder aan de hand van de afspraken die zijn gemaakt in het eerstelijnszorgakkoord.

4.1 De markt voor huisartsenzorg

Binnen de Zorgverzekeringswet is de concurrentie tussen zorgverzekeraars het mechanisme om de prijs en kwaliteit van de polissen te borgen. Daarnaast wordt vaak gereguleerde concurrentie tussen aanbieders ingezet, zodat verzekeraars bij hen de meest doelmatige en goede zorg kunnen inkopen. Concurrentie tussen aanbieders is niet voorwaardelijk voor goede uitkomsten van de markt. Vaak is mededinging productief, maar in sommige gevallen is er geen mededinging mogelijk. In die gevallen past de NZa regulering toe.

In het advies huisartsenzorg en geïntegreerde zorg van juni 2012 heeft de NZa al gekeken naar concurrentie in de markt voor huisartsenzorg. We schreven destijds:

"Voor de verzekeraar loont het niet om huisartsenzorg scherper in te kopen. Het is voor de verzekeraar veel belangrijker om over andere aspecten met huisartsen tot overeenkomst te komen, bijvoorbeeld voorschrijf- en doorverwijsgedrag. Voordat wordt gezocht naar oplossingen hiervoor in de bekostiging moet eerst de vraag worden beantwoord hoe belangrijk het is dat verzekeraars huisartsen scherper kunnen inkopen. Deze benadering lijkt sterk gestoeld op een antagonistisch model van inkoper vs. verkoper, terwijl de relatie tussen zorgverzekeraar en huisarts mogelijk meer als een partnerschap kan worden beschouwd.

De twee partijen zijn namelijk grotendeels complementair: de zorgverzekeraar heeft baat bij zo gezond mogelijke verzekerden en de huisarts draagt zorg voor de algehele gezondheid van zijn patiënten. In de bekostiging kan daarom worden gezocht naar mogelijkheden om meer ruimte te bieden aan het tot stand komen van inkoopafspraken die de belangen van beide partijen meer parallel laten lopen."

Nu is door de afspraken uit het eerstelijnszorgakkoord duidelijker hoe de bekostiging van huisartsenzorg er uit komt te zien. We kijken in dit hoofdstuk per segment op welke manier het partnerschap tussen verzekeraar en huisarts het best gefaciliteerd kan worden middels de bekostiging.

4.2 Segment 1

In essentie komt het er op neer dat S1 de traditionele basis-huisartsenzorg betreft. Elke Nederlander moet in zijn nabijheid beschikken over huisartsenzorg van voldoende kwaliteit. Specialisatie en differentiatie liggen niet voor de hand. Bovendien is het van belang dat een huisarts optreedt als poortwachter en zodoende ook weinig productieprikkelers kent. Het partnerschap tussen verzekeraar en huisarts in dit segment is gebaat bij zekerheid en continuïteit.

4.2.1 Mogelijkheden voor concurrentie?

In het eerstelijnszorgakkoord is afgesproken dat inschrijving op naam een belangrijke pijler blijft van de bekostiging van huisartsenzorg. Bekostiging op inschrijvingen heeft vermoedelijk negatieve gevolgen voor de onderlinge mededinging tussen huisartsen. De mogelijkheden om naar een andere huisarts (in dezelfde buurt) over te stappen worden hierdoor mogelijk beperkt.

Wanneer patiënten geen belemmeringen zouden ervaren om van de ene naar de andere huisarts in dezelfde buurt over te stappen, wordt het gemakkelijker voor patiënten om de ervaren kwaliteit van verschillende huisartsen te vergelijken. Dit zou tot gevolg kunnen hebben dat een huisarts die als relatief minder goed wordt ervaren, patiënten verliest aan een andere huisarts in de buurt die als relatief beter wordt ervaren. Merk op dat de "ervaren kwaliteit" niet alle mogelijke aspecten van de kwaliteit van een huisarts omvat. Sommige aspecten van de kwaliteit van dienstverlening van een huisarts kunnen nou eenmaal niet door een leek worden beoordeeld.

Kortom, zonder inschrijvingen zou er meer "shopping" kunnen ontstaan, hetgeen naar verwachting tot meer onderlinge concurrentie tussen huisartsen zou leiden. Dergelijke onderlinge concurrentie zou waarschijnlijk voornamelijk gericht zijn op de ervaren dienstverlening van huisartsen (zoals bijvoorbeeld vriendelijke bejegening, korte wachttijden, comfortabele wachtruimte, goed luisteren naar de patiënt en de tijd nemen voor het consult).

De aspecten van dienstverlening van een huisarts die voor de patiënt minder goed zijn waar te nemen (zoals de kwaliteit van het medisch beoordelingsvermogen van de huisarts) worden waarschijnlijk niet of nauwelijks bevorderd door dergelijke onderlinge concurrentie en denkbaar is dat deze onder druk zou komen te staan, bijvoorbeeld wanneer het belang om de patiënt tevreden te stellen zou gaan prevaleren boven het belang van juist medisch handelen (hetgeen voor een huisarts vaak terughoudendheid kan betekenen).

De inschrijftarieven beperken ook de mogelijkheden tot mededinging. Een systeem van abonnementen of budgetten werkt belemmerend voor aanbieders die een deel van de dienstverlening van huisartsen bieden (maar niet het gehele spectrum). De zorgverzekeraar koopt dan immers integraal het gehele spectrum van dienstverlening bij de huisarts in, zodat het tot dubbele betalingen leidt om ook nog eens een deel van hetzelfde spectrum, bij een andere zorgaanbieder in te kopen.

Wanneer integraal per verrichting of per zorgtraject wordt betaald, zijn er geen belemmeringen vanuit bekostigingsoogpunt om verschillende verrichtingen/trajecten door verschillende aanbieders te laten verzorgen.

Zo kan een zorgaanbieder anders dan een huisarts, die bijvoorbeeld bepaalde zorg kan aanbieden die een huisarts ook aanbiedt, effectiever met huisartsen concurreren in een systeem dat per verrichting betaalt.

Vanwege de principiële keuzes voor het hanteren van de inschrijving op naam en het inschrijftarief zal concurrentie niet van de grond komen. Regulering is noodzakelijk. Het brengt bovendien met zich mee dat, als concurrentie niet wenselijk is, de consulten op zichzelf ook niet nodig zijn. Inschrijftarieven volstaan. Wel is van belang om op een andere manier prikkels in te bouwen voor kwaliteit en doelmatigheid. In dit model is dat voorzien voor S3.

Via bovenstaande systematiek wordt direct duidelijkheid en zekerheid gegeven over de bekostiging van S1-zorg. In onze optiek is dit van groot belang voor een productief partnerschap van verzekeraars en huisartsen.

4.2.2 Effecten van tariefregulering

In S1 is er sprake van relatief hoge transactiekosten. Hoewel de kwaliteit kan verschillen, kent basishuisartsenzorg qua inhoud van de zorg weinig variatie tussen praktijken, en een groot aantal aanbieders. Hierdoor zijn maatwerkoplossingen relatief arbeidsintensief. Voor een juiste kostenallocatie zijn de inschrijftarieven ook geschikt, mits voldoende gedifferentieerd of aangevuld met een corrigerend mechanisme zoals consulttarieven of resultaatbeloning. In de toekomstige bekostiging is voorzien in een nadere differentiatie van de inschrijftarieven en tot die tijd zal in ieder geval sprake zijn van consulttarieven.

In het eerstelijnszorgakkoord zijn partijen overeengekomen dat de inschrijvingen en consulten in S1 maximumtarieven zullen (blijven) kennen. In het licht van het bovenstaande is dat een begrijpelijke keuze.

4.3 Segment 2

In segment 2 draait het vooral om het verhogen van de organisatiegraad, teneinde de kwaliteit en doelmatigheid van zorg te verbeteren. Hierbij past het ook om de verantwoordelijkheden zoveel als mogelijk bij het veld te leggen. Dit kan vervolgens leiden tot verschillende keuzes door zorgaanbieders voor een integrale zorgorganisatie, of juist een organisatie die lokale huisartsenpraktijken faciliteert bij hun werkzaamheden. Het kan ook zo zijn dat verzekeraars keuzes maken in prijs/kwaliteit. Specialisatie en differentiatie van zorgaanbieders zijn daarom belangrijke kenmerken. Zeker omdat verzekeraars op dit moment al eigen opvattingen hebben over multidisciplinaire zorg.

Het partnerschap tussen verzekeraar en zorggroep is vooral gebaat bij decentrale besluitvorming en ruimte voor maatwerk. Bovendien kan het wenselijk zijn dat de verzekeraar selectief is bij de inkoop van verschillende zorgvormen.

4.3.1 Mogelijkheid tot concurrentie?

Hoewel S2 zorginhoudelijk gescheiden wordt van S1, bestaat er wel een samenhang met S1. Hierdoor wordt ook de mededinging op S2 beperkt. Bovendien is het de vraag in hoeverre verzekeraars onderling onderscheid kunnen maken binnen dit segment. Hiervoor is het relevant het contractvereiste nader te bekijken.

Het onderhandelaarsresultaat stelt dat multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg alleen onder voorwaarde van een overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder is te declareren. Met deze regel wordt vastgelegd dat bepaalde vormen van zorg alleen betaald kunnen worden indien de organisatie hiervan door een zorgverzekeraar is gesanctioneerd. Hiermee wordt de invloed van zorgverzekeraars op de organisatie van zorg vergroot. Hiermee wordt de vrije mededinging beperkt, maar dit kan een wenselijke structuurmaatregel zijn als onderdeel van de gereguleerde concurrentie die met de introductie van het huidige stelsel werd beoogd. Eveneens van belang is dat door deze maatregel de rol van de verzekeraar voldoende sterk wordt om op een meer vrije markt toch goede inkoopresultaten af te dwingen.

Verder speelt standaardisering via Zorgstandaarden een rol. Dit is enerzijds een beperking voor de zorgaanbieders, maar geeft anderzijds ruimte om gezien de toenemende vergelijkbaarheid effectief te concurreren op prijs, of juist transparant te zijn over additionele kwaliteit.

Uit bovenstaande analyse blijkt dat het mogelijk is om partijen enige vrijheid te geven, met als gevolg dat er in geringe mate concurrentie kan ontstaan binnen S2.

4.3.2 Effecten tariefregulering

Kijkend naar de transactiekosten en het maatwerk binnen S2 zijn kortweg de volgende conclusies te trekken.

Voor S2 is maatwerk noodzakelijk om partijen de ruimte te geven om strategische keuzes te maken. Te denken valt aan de hoeveelheid zorg die multidisciplinair georganiseerd wordt. Eveneens van belang is wat vergoed wordt: alleen de coördinatie van de keten, of ook de huisartsenzorg gerelateerd aan de keten en de zorg geleverd door andere aanbieders dan huisartsen. Met de voorwaarde van een contract wordt hierbij bovendien de verzekeraar als inkopende partij een sterkere rol gegund.

S2 kent weinig partijen per regio, maar is daarentegen wel complex qua inhoud. Juist vanwege de pluriformiteit van de aangeboden zorg en de verschillende vormen van de organisaties zijn de onderhandelingen relatief arbeidsintensief. Verzekeraars hebben ons nadrukkelijk verzocht om om deze reden tarieven te reguleren. Ze hebben verschillende argumenten hiervoor genoemd. Zij zijn van mening dat het door een informatieachterstand voor hen erg moeilijk is om de juiste tarieven te bepalen. Daaruit voortvloeiend signaleren de verzekeraars dat het afspreken van prijzen tot veel frictie leidt. Zij zijn van mening dat deze discussies over de prijzen afleiden van gesprekken over de kwaliteit van zorg.

Hoewel transactiekosten een belangrijk nadeel zijn van vrije prijzen, vinden we dat nadeel in dit geval niet opwegen tegen de voordelen van meer vrijheid. Zoals geschetst is de mogelijkheid tot het maken van maatwerkafspraken in onze optiek cruciaal voor de in het kader van substitutie gewenste verhoging van de organisatiegraad.

Alles afwegende komen we tot de conclusie dat het partnerschap van verzekeraars en zorggroepen het meest gediend is met vrijheid. Als veldpartijen een uniforme taal wenselijk vinden, dan zullen zij dat zelf met elkaar moeten zien af te spreken. De beperkte concurrentie die

hierdoor kan ontstaan zal in principe bijdragen aan goede uitkomsten voor patiënten.

4.4 Segment 3

S3 draait om het belonen van kwaliteit en het stimuleren van vernieuwing en is te zien als een aanvulling op de andere twee segmenten. Juist in S3 kunnen verzekeraars zich van elkaar onderscheiden met een gefocuste aanpak. Essentie van dit segment is dat lokale partijen kiezen welke insteek zij de voorkeur geven qua bekostiging.

S3 vraagt om maatwerk. De wens tot maatwerk pleit voor vrije tarieven. Door een contract als voorwaarde te stellen is de verzekeraar in de positie om alleen S3-toeslagen toe te kennen als deze een gunstige prijs/kwaliteit verhouding kennen. In S3 is regulering van de tarieven daarom niet gewenst.

Het beoogde voordeel van de nieuwe bekostiging is dat prikkels op uitkomsten een veel grotere rol gaan spelen. Om deze prikkels optimaal vorm te geven is het van belang dat een substantieel deel van de opbrengsten voor zorgaanbieders gekoppeld wordt aan de uitkomstdoelen. Voor het optimaliseren van maatwerk is het van belang om niet alleen tariefregulering te schrappen, maar ook de prestatieregulering te minimaliseren. In hoofdstuk 5 gaan we verder in op de vormgeving van S3.

4.5 Conclusies regulering per segment

Op basis van een marktanalyse en een analyse van de effecten van tariefregulering, trekt de NZa de volgende conclusies per segment.

In S1 speelt mededinging geen rol van betekenis door de structuur van de markt. Zekerheid en stabiliteit zijn meer van belang dan innovatie en maatwerk. Tariefregulering is de basis voor kostenbeheersing en biedt een efficiënte leidraad voor de bekostiging van huisartsenpraktijken. Op termijn kan mogelijk volstaan worden met alleen inschrijftarieven, mits de prikkelwerking van de consulten anders wordt georganiseerd.

In S2 is meer vrijheid van de markt van belang. Maatwerk is een belangrijke eigenschap van dit segment en het is mogelijk om enige specialisatie en differentiatie tussen zorggroepen te laten plaatsvinden. Bovendien hebben zorgverzekeraars door het contractvereiste voldoende mogelijkheden om eisen te stellen aan de prijs en kwaliteit van de multidisciplinaire zorg. Een nadeel van deze variant zijn de mogelijke hoge transactiekosten. De NZa adviseert uit te gaan van vaste prestaties met vrije tarieven.

S3 is het meest vrije segment van de huisartsenzorg. Wij stellen voor om geen tariefregulering toe te passen in dit segment en slechts marginale prestatieregulering. De contractvoorwaarde geeft de zorgverzekeraars het noodzakelijke tegenwicht om de inkoop tegen de juiste doelen en prijzen te laten plaatsvinden. Het uniformiseren van indicatoren en verantwoording wordt in het eerstelijnszorgakkoord benoemd als doelstelling, maar kan los van de bekostiging plaatsvinden.

5. Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

In het eerstelijnsakkoord dat in juli 2013 tussen de veldpartijen en VWS is gesloten is uitkomstbekostiging als toekomstperspectief genoemd. In de huidige bekostigingssystematiek worden huisartsen voor een belangrijk deel bekostigd op basis van het aantal verrichtingen dat ze uitvoeren. In de toekomstige systematiek moet het resultaat van deze verrichtingen de leidraad zijn voor aanvullende bekostiging. Uitkomstbekostiging moet tevens vernieuwing stimuleren.

Het idee om meer te belonen op basis van geleverde kwaliteit en zorgvernieuwing is een perspectief dat breed wordt gedragen. De concrete vraag hoe uitkomstbekostiging er daadwerkelijk uitziet, hoe het in de praktijk werkt en hoe dit geïmplementeerd kan worden, is echter nog niet beantwoord. Dit hoofdstuk schetst hiervan een beeld door antwoord te geven op de volgende vraag: welke vorm van uitkomstbekostiging stimuleert goed presteren op het gebied van service, bereikbaarheid, doelmatig verwijzen, voorschrijven en diagnostiek en biedt ruimte aan e-health en andere zorgvernieuwing?

Dit hoofdstuk beschrijft de hoofdlijnen van dit deel van de nieuwe bekostiging. Parallel hieraan voert de NZa technisch overleggen met het veld om te komen tot een detailuitwerking.

5.1 Methode uitkomstbekostiging

Uitkomstbekostiging is als volgt gedefinieerd: 'bekostiging van zorg die gericht is op het stimuleren van goede uitkomsten van medische behandelingen in termen van kwaliteit (bijvoorbeeld bloedsuikerwaarden voor diabetici, complicaties, heropnames, mortaliteit) en kosten'². Het wordt gezien als een methode waarmee de volumegroei van onnodige zorg en van zorg waarvoor doelmatiger alternatieven voorhanden zijn, beperkt kan worden.

Het is mogelijk om aan de bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, zoals beschreven in S1 en S2, financiële afspraken toe te voegen over de wijze waarop huisartsen bijdragen aan toename van kwaliteit van de zorg en aan kostenbeheersing. Deze afspraken kunnen landen in S3 als een optionele opslag op de bekostiging zoals deze in S1 en S2 gaan gelden.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben ook in de huidige systematiek al de mogelijkheid om aanvullende afspraken te maken. Een opslag per ingeschreven patiënt kan nu worden afgesproken via de M&I-modules, en een opslag voor multidisciplinaire zorg kan via de vrije tariefstructuur voor ketenzorg worden vormgegeven. De wijziging ten opzichte van de huidige systematiek betekent dat:

- de mogelijkheid om separate verrichtingen te declareren in het kader van substitutie en innovatie verdwijnt.
- de optionele opslagen op de tarieven worden geherstructureerd.

In eerste instantie gaat de NZa uit van een zelfregulerend 3e segment. Hiermee wordt zoveel mogelijk ruimte geboden voor onderhandelingen

² Eijkenaar, F. et al. 2012. Uitkomstbekostiging in de zorg Internationale voorbeelden en relevantie voor Nederland. Erasmus universiteit, iBMG in opdracht van VWS.

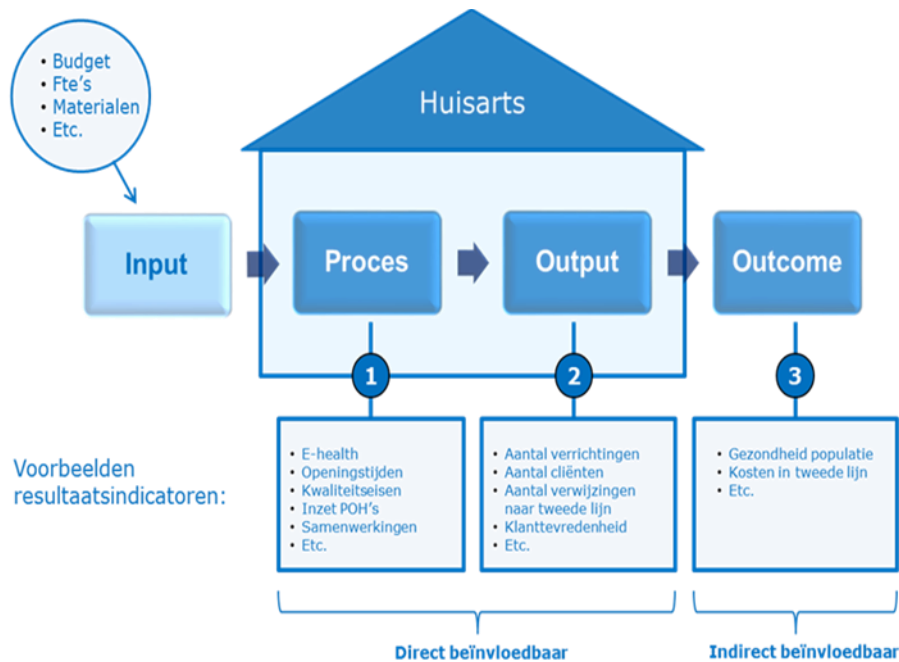
tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Op deze manier wordt differentiatie per regio of zelfs per individuele huisarts mogelijk gemaakt. Na de introductie van de nieuwe systematiek ziet de NZa voor zichzelf in eerste instantie met name een rol op het gebied van monitoring van de ontwikkelingen binnen S3. Als blijkt dat de doorontwikkeling van indicatoren de komende jaren niet voorspoedig verloopt, kan alsnog worden overwogen om hier beleidsmatig maatregelen te treffen.

5.2 Prestatie-indicatoren

Onlosmakelijk verbonden met uitkomstbekostiging is de mogelijkheid om te meten wat de uitkomst is van de handelingen van de zorgaanbieder. Om uitkomsten te meten zijn indicatoren nodig die op een aantal niveaus inzicht geven in de daadwerkelijke bijdrage van de zorgaanbieder aan goede en doelmatige zorg voor zijn populatie.

In onderstaande figuur geven we weer welk type indicatoren we kunnen onderscheiden.

Figuur 5.1: Schema typen indicatoren



Bron: NZa.

De procesindicatoren vertellen iets over de inrichting van de huisartsenpraktijk/zorggroep en de organisatie van de zorg. De outputindicatoren vertellen iets over de "productie" die met de beschikbare middelen is geleverd³. De outcome-indicatoren vertellen vervolgens iets over het resultaat dat al de inspanningen van de huisarts hebben gehad op de gezondheid van de populatie en/of de kosten in de gehele zorgketen. Voor proces- en outputindicatoren geldt dat de aanbieder deze direct kan sturen door inrichting van zijn eigen praktijk en zijn gedrag/keuzes in de spreekkamer. De hoogte van de outcome-indicatoren is voor de aanbieder beperkt(er) beïnvloedbaar.

³ Zie bijvoorbeeld veel van de indicatoren waarover gerapporteerd wordt in de rapporten "Transparante Keten zorg" van het LOK: <http://www.organisatieketenzorg.nl/transparantie-2/producten>.

De term uitkomstbepaling impliceert dat de prestatie-opslagen idealiter op basis van outcome-indicatoren zijn gebaseerd. Dergelijke outcome-indicatoren zijn nu nog in beperkte mate geformuleerd en het lijkt daarom niet realistisch dat op korte termijn praktijken worden afgerekend op outcome-indicatoren. Een alternatief voor korte en middellange termijn is het hanteren van proces- en outputindicatoren naast outcome-indicatoren.

5.3 Uniformiteit in het meten van uitkomsten

Om te kunnen belonen op basis van uitkomsten moet het voor zorgverzekeraars mogelijk zijn om (kwaliteits-)verschillen inzichtelijk te maken tussen zorgaanbieders. Een zekere uniformiteit in indicatoren die de kwaliteit meetbaar maken helpt hierbij. Alle partijen hebben belang bij breed gedragen prestatie-indicatoren. Voor de huisartsen voorkomt het een breed scala aan eisen die verschillende zorgverzekeraars bij huisartsen neer gaan leggen. Voor zorgverzekeraars zal het helpen om hun beleid aan hun verzekerden uit te leggen. De NZa verwacht dan ook dat de veldpartijen zelf werk zullen maken van de doorontwikkeling van breed gedragen prestatie-indicatoren. Zodra het veld verder op weg is richting breed gedragen outcome-indicatoren zal de onderlinge vergelijkbaarheid tussen huisartsen ook voor consumenten toenemen.

Tegenover uniformiteit van indicatoren staat echter de wenselijkheid om ruimte te laten voor het maken van regionale afspraken en initiatieven. Sterker, deze ruimte is een vereiste om vernieuwing te stimuleren. Om die reden stelt de NZa voor naast de mogelijkheid beloningsafspraken te maken over breed gedragen prestatie indicatoren eveneens aanvullende bekostiging voor nieuwe initiatieven in het zorgaanbod mogelijk te maken in S3.

ZN en de NHG zijn dit jaar een traject gestart om een landelijke set aan outcome-indicatoren te formuleren. ZN liet in eerdere gesprekken weten er vertrouwen in te hebben op basis van outcome-indicatoren beloningsafspraken te kunnen maken. Het is de vraag of de stap naar een landelijke uniforme set indicatoren voor 1 januari 2015 is genomen, maar dit hoeft de nieuwe bekostigingssystematiek niet in de weg te staan. Te zijner tijd zal de NZa afwegen of deze set indicatoren ook in de prestatiebeschrijvingen moet worden opgenomen.

5.4 Korte termijn

Binnen de huidige systematiek is een veelheid aan mogelijke aanvullend te declareren modules en verrichtingen ontstaan. In de nieuwe systematiek moet dit gestroomlijnd worden, om tot een relatief eenvoudige declaratiesystematiek te komen. Deze eenvoud in declaratie moet bijdragen aan een vermindering van administratieve lasten.

Een stap in de vereenvoudiging van de systematiek is de, in het eerstelijnsakkoord overeengekomen, maatregel om de huidige M&I-verrichtingenlijst met ingang van 2015 te schrappen. Deze verrichtingen kunnen worden vervangen door vergoedingen in S3 afgeleid van het resultaat (proces, output of outcome) dat deze handelingen opleveren.

De NZa heeft een clustering gemaakt van de huidige M&I-verrichtingenlijst, ingedeeld naar de bijdrage die deze verrichtingen kunnen leveren op de geformuleerde speerpunten.

Per cluster wordt aangegeven hoe aanvullende beloning per 2015 vormgegeven kan worden.

Cluster 1: Doelmatige diagnostiek

De M&I-verrichtingen in dit cluster beschrijven een aantal handelingen in het kader van eerstelijns diagnostiek, die traditioneel worden aangeboden door ziekenhuizen of eerstelijns diagnostische centra. Denk hierbij aan audiometrie of 24-uurs bloeddrukmeting. De afgelopen jaren kon de zorgverzekeraar met de huisarts overeenkomen dat deze verrichtingen in de huisartsenpraktijk werden verricht. Per 2015 kennen de prestaties voor eerstelijns diagnostiek een volledig functionele inslag. Dat wil zeggen dat de zorgprestaties die de eerstelijns diagnostiek beschrijven voor iedere zorgaanbieder toegankelijk zijn, dus ook voor de huisarts. Het separaat beschrijven van deze zorgprestaties binnen de huisartsenbekostiging is daarmee overbodig geworden. De zorgverzekeraar kan nog steeds bepalen om de eerstelijns diagnostische verrichtingen in te kopen bij de huisarts, mogelijk tegen een lager tarief dan het ziekenhuis of het eerstelijns diagnostisch centrum rekenen.

Aandachtspunt hierbij is wel dat tot nu toe de kosten uit M&I-verrichtingen automatisch tot het budgettaire dekkader "huisartsenzorg" werd gerekend. Indien huisartsen gaan declareren op basis van verrichtingen "eerstelijns diagnostiek" zal deze toerekening mogelijk problematischer zijn. Reeds eerder heeft de NZa geadviseerd om een separaat dekkader "eerstelijnsdiagnostiek" in het leven te roepen, om recht te doen aan de functionele insteek van de beleidsregel⁴.

Cluster 2: Ketenzorg

In dit cluster bevinden zich nog een aantal verrichtingen die de huisarts aanvullend belonen voor inspanningen in het kader van multidisciplinaire chronische zorg. Deze separate verrichtingen kunnen vervallen met ingang van 1 januari 2015. Segment 2 wordt specifiek ingericht om deze zorg te bekostigen.

Cluster 3: Substitutie / doelmatig doorverwijzen

In dit cluster bevindt zich het grootste deel van de M&I-verrichtingen en bijbehorende omzet. De verrichtingen in dit cluster zijn in 2006 in het leven geroepen om huisartsen aanvullend te belonen voor verrichtingen die normaliter in de tweede lijn plaats hebben. Deze verrichtingen zijn specifiek gericht op substitutie en hebben daarmee een sterke koppeling met het geformuleerde speerpunt "doelmatig doorverwijzen".

De vraag is hoe het speerpunt "doelmatig doorverwijzen" via uitkomstbekostiging binnen S3 vorm kan worden gegeven. Een overheveling van 100% van de middelen naar S3 zal ervoor zorgen dat een zorgverzekeraar aanvullende beloningsafspraken moet maken met vrijwel alle huisartsen om de inkomsten enigszins op peil te houden. Een overheveling van 100% naar S1 (door ophoging van het inschrijftarief) maakt van alle M&I-verrichtingen "reguliere" huisartsenzorg, en laat weinig budgettaire ruimte in S3 om aanvullende afspraken te maken met bovengemiddeld presterende huisartsen.

Vooralsnog stelt de Nza een tussenweg voor die in nader technisch overleg moet worden uitgewerkt. De middelen die samenhangen met het deel van de M&I-verrichtingen dat inmiddels door een groot deel van de huisartsen wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld "kleine chirurgische verrichtingen"), landen gedeeltelijk in segment 1. Voor iedere patiëntcontact kan een consult in rekening worden gebracht. Een deel

⁴ NZa, Advies Eerstelijnsdiagnostiek: Diagnostiek onderzocht, december 2011.

van de middelen zal worden overgebracht naar de inschrijvingen. De overheveling van deze middelen vindt niet voor 100% plaats naar S1. Een deel van de beschikbare middelen moeten middels aanvullende afspraken via S3 een plek krijgen.

De middelen die samenhangen met M&I-verrichtingen die slechts een deel van de huisartsen verrichten, landen in S3. Wel zullen huisartsen voor dergelijke verrichtingen vanaf 2015 een consult in rekening kunnen brengen (S1). Welk deel van de M&I-verrichtingen geschikt is voor overheveling naar segment 1 en welk percentage van de middelen via S3 beschikbaar wordt, is onderwerp van verder technisch overleg.

Idealiter belonen zorgverzekeraars de goed presterende huisarts via S3 waarbij outcome-indicatoren de resultaten beschrijven van de inspanningen van de huisarts, in de vorm van aantal verwijzingen naar het ziekenhuis en gezondheidswinst voor de patiënt. Zolang dergelijke outcome-indicatoren niet beschikbaar zijn, kan een outputindicator die het aantal verrichtingen beschrijft uitkomst bieden. Het is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om deze afspraken verder vorm te geven.

Cluster 4: Overig

Een aantal prestaties is niet in bovenstaande categorieën in te delen. Het betreft hier euthanasie alsook betaaltitels voor niet-verzekerde zorg. Voor de prestaties in deze categorie stellen wij ons voor dat het zinvol blijft om de geleverde zorg in separate prestaties te handhaven. Deze prestaties blijven buiten de reikwijdte van de transitie.

5.5 Prestaties segment 3

De NZa stelt voor om twee separate prestaties vast te stellen die samen S3 in de bekostigingssystematiek vormen, en die de veelheid aan M&I-verrichtingen en -modules vervangen. Prestatie 1 betreft resultaatbeloning. De NZa kiest graag voor 'minimal regulation', en strikt gesproken is het niet nodig dat de NZa de vier domeinen uit het eerstelijnszorgakkoord (verwijzen, diagnostiek, voorschrijven en service & bereikbaarheid) verheft tot separate betaaltitels in de regulering; partijen kunnen ook zelf aansturen op separate productnamen (Vektis-declaratiecodes) onder een algemene NZa-prestatie 'Resultaatbeloning'.

Veel partijen dringen in hun consultatiereacties echter aan op separate prestaties, omdat zij verwachten dat er dan sneller en meer overeenkomsten gesloten zullen worden over resultaatbeloning op die gebieden. Om die reden adviseert de NZa om onder de groep Resultaatbeloning vijf prestaties te creëren: voor de vier domeinen en een vijfde 'Resultaatbeloning overig'.

Prestatie 2 betreft zorgvernieuwing die aanvullende bekostiging mogelijk maakt van innovatieve vormen van zorgaanbod zoals e-health, die niet goed te vangen zijn in afspraken over zorguitkomst. In prestatie 1 kan enkel een vergoeding op basis van resultaat worden afgesproken. Prestatie 2 geeft de mogelijkheid om afspraken over investeringen in innovatieve vormen van zorg te maken. Zorgvernieuwing kent één specifiek aandachtsgebied: e-health. Ook hier adviseert de NZa om voor dit aandachtsgebied een separate prestatie in het leven te roepen. De prestatiegroep zorgvernieuwing kent dan twee prestaties: 'Zorgvernieuwing e-health' en 'Zorgvernieuwing overig'.

Beide prestaties kennen een algemene omschrijving. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders wordt een grote mate van vrijheid gegund om de

aanvullende afspraken vorm te geven in beide prestaties. Het eindresultaat van dit pakket aan afspraken leidt uiteindelijk tot twee modules die een huisarts in aanvulling op de prestaties zoals deze in S1 en/of S2 tot stand komen. Het is mogelijk om separate afspraken te maken over opslagen op S1 en S2, waarmee het mogelijk wordt om zowel de individuele huisarts als de zorggroep op resultaat te belonen.

6. Advies

In hoofdstukken 2 tot en met 5 zijn vier centrale uitwerkingsvragen geanalyseerd. Op basis van de overwegingen in die hoofdstukken komt de NZa allereerst tot een concrete invulling van het model per 2015 (paragraaf 6.1), gevolgd door een indicatie van de beginomvang van de segmenten en hoe dit in de tijd kan verschuiven met doorontwikkeling van het model (paragraaf 6.2). Vervolgens schetsen we een mogelijk model voor de middellange termijn (paragraaf 6.3) en vervolgstappen in 2016 en verder (paragraaf 6.4). Het hoofdstuk besluit met een beschouwing van de effecten op de macrokosten (paragraaf 6.5).

6.1 Transitie naar nieuwe bekostiging: 2015

Hieronder beschrijven we welke transitie volgens de NZa per 2015 kan worden doorgevoerd. Voor de stappen die per 2015 gezet moeten worden en waarvoor NZa-regelgeving nodig is, moet de NZa voor 1 juli 2014 de nieuwe regelgeving bekend maken. Dit betekent een krap tijdspad:

Eind maart 2014:	Voorhangbrief VWS
Eind april 2014:	Aanwijzing VWS aan de NZa
Eind juni 2014:	Vaststellen regelgeving NZa
1 januari 2015:	Regelgeving van kracht

Als deze planning niet haalbaar is, dan schuift de invoering van het nieuwe model door naar het verzekeringsjaar 2016.

Voor een goed begrip van de transitie zijn in onderstaande tabel de belangrijkste elementen van de huidige bekostiging weergegeven naast de drie segmenten van het nieuwe model. Dit is een versimpelde weergave van de bekostiging, die in werkelijkheid 139 betaaltitels kent.

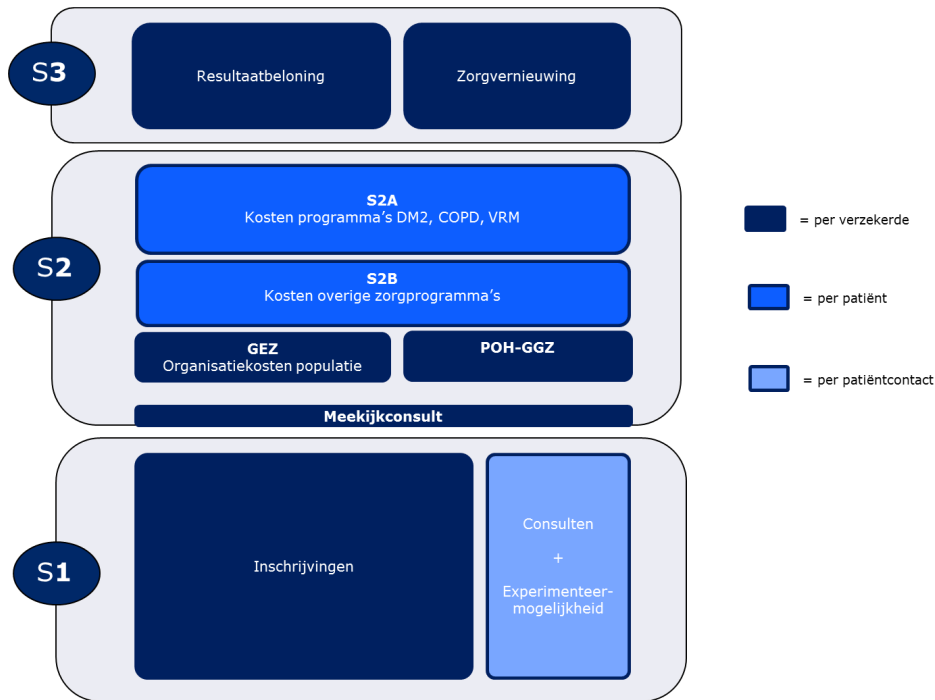
Tabel 6.1: Het 3-segmentenmodel naast de huidige bekostiging

Segmenten		Elementen huidige bekostiging	
Segment 1	<ul style="list-style-type: none"> - basishuisartsenzorg - monodisciplinair - maximumtarieven - gediff. inschrijftarief - (t/m 2017) consulten 	Inschrijving	Gediff. maximumtarief per verzekerde
		Consult	Maximumtarief per verrichting
		Passant	Maximumtarief per verrichting
		POH-Somatiek	Onderdeel van ketenzorg of M&I-module
Segment 2	<ul style="list-style-type: none"> - programmatische zorg - multidisciplinair - DM2, VRM, COPD - vrije tarieven, tenzij ... - contract-vereiste 	POH-GGZ	Inschrijving + consulten, max.tarieven
		GEZ	Vrij tarief per verzekerde
		Meekijkconsult	Alleen bij POH-GGZ, inschrijftarief
		Coörd. ketenzorg	Vrij tarief per patiënt
	Integr. ketenzorg	Vrij tarief per patiënt	
Segment 3	<ul style="list-style-type: none"> - uitkomsten belonen - vernieuwing stimuleren - vijf specifieke domeinen - vrije tarieven - contract-vereiste 		
		M&I-verrichtingen	Vrij tarief per verrichting
		M&I-modules	Vrij tarief per verrichting
		Innovaties	Vrij tarief

Bron: NZa.

Voordat we in meer detail beschrijven welke stappen per 2015 kunnen worden gezet, geeft het figuur hieronder een visuele samenvatting van dit NZa-advies wat betreft de drie segmenten en hun invulling in 2015.

Figuur 6.1: Invulling segmentenmodel 2015



Bron: NZa.

Inschrijvingen

De inschrijvingen zijn de kern van de bekostiging in S1. Deze worden net zoals nu gedifferentieerd op demografische kenmerken (leeftijd en wel/niet achterstandswijk). De NZa stelt wel voor om te onderzoeken of herijking van de differentiatie, en het eventueel toevoegen van nieuwe differentiatiedimensies, nodig is voor een betere verdeling van de inschrijftarieven naar zorgzwaarte van de populatie. De huidige manier van differentiëren is gebaseerd op onderzoek met cijfers uit ca. 1990.

POH-S en POH-GGZ

De functies van POH-S en POH-GGZ zijn beide in enige mate verbonden aan de basishuisartsenzorg. Ook hebben zij beide een component multidisciplinaire samenwerking. Kortom, op het eerste gezicht horen ze deels bij S1 en deels bij S2. Uit de consultatie blijkt dat de meningen over de juiste verdeling van beide POH's over S1 en S2 uiteenlopen. We verwachten daarom niet dat een goed onderbouwde verdeling én een nieuwe tariefonderbouwning voor het aandeel POH-S in S1 haalbaar zijn per 1 januari 2015. Voor 2015 adviseert de NZa daarom de huidige verdeling te handhaven: POH-GGZ in S1, POH-S in S2.

Consulten

De NZa is van oordeel dat een gemengde bekostiging van basishuisartsenzorg (deels per verzekerde, deels per prestatie) zorgt voor balans in de financiële prikkels voor huisartsen. Hoewel consultbekostiging geen ideale vorm is van prestatiebekostiging, adviseert de NZa om consulten op de korte termijn te handhaven in S1, ook voor contacten met de POH-GGZ. Partijen kunnen via de beleidsregel Innovatie experimenteren met bekostiging zonder consulten als betaaltitel. Deze mogelijkheid zal bij publicatie van het nieuwe beleid expliciet onder de aandacht worden gebracht. De NZa adviseert op

langere termijn om te analyseren of consulten als betaaltitel kunnen verdwijnen (zie het toekomstperspectief).

GEZ

Voor iedere praktijk geldt dat een basisinvestering voor niet-patiëntgebonden samenwerking nu al onderdeel is van het inschrijftarief. Dit betreft organisatiekosten zoals tijd voor overleg met andere zorgaanbieders in de eerste lijn, gemeente en wijkverpleegkundige (schakel)zorg. Praktijken die daar meer in (moeten) investeren vanwege hun populatie maken nu vaak gebruik van de GEZ-module; dit zijn veelal gezondheidscentra in de grotere steden. Dit geld dient ter dekking van de organisatiekosten van multidisciplinaire samenwerking. Vanwege het multidisciplinaire karakter is het advies van de NZa om de huidige GEZ volledig in S2 te positioneren, met contractvereiste.

Meekijkconsult

De NZa adviseert om bekostiging van meekijkconsulten plaats te laten vinden door middel van een vrij tarief per verzekerde, waaruit zowel de inzet van de huisarts als die van de geconsulteerde wordt gefinancierd. De geconsulteerde kan bijvoorbeeld een medisch specialist, klinisch psycholoog, verpleeghuisarts of een kaderhuisarts zijn. Voor de declaratie van het meekijkconsult geldt een contractvereiste.

De NZa verwacht dat zorgverzekeraars de meekijkconsulten vooral via grotere eerstelijnszorginstellingen zoals zorggroepen en (koepels van) gezondheidscentra zullen gaan inkopen. De NZa adviseert daarom het meekijkconsult de eerste jaren in S2 te plaatsen. Omdat er nog weinig ervaring is opgedaan met het meekijkconsult is het nog te vroeg om het definitief in S2 te plaatsen. Indien op termijn blijkt dat een basisvoorziening in S1 hoort, adviseert de NZa die basisvoorziening in het inschrijftarief op te nemen. Voor dat deel zou dan het contractvereiste vervallen. In beide gevallen vindt de bekostiging plaats via een integraal tarief per verzekerde.

Ketenzorg en andere multidisciplinaire zorg

Hierboven werd al beschreven dat de huidige GEZ onderdeel zou moeten gaan uitmaken van S2, met een tarief per verzekerde. De voorgestelde (verdere) inrichting van S2 per 2015 valt in twee prestaties uiteen, eveneens met contractvereiste:

A. Reguliere ketenzorg

De eerste prestatie (S2A) betreft programmatische multidisciplinaire zorg, en bestaat uit de samenvoeging van de huidige drie ketenprestaties DM2, VRM en COPD. Astma zou als vierde ketenprestatie bij de samenvoeging kunnen worden meegenomen.

Deze prestatie kent een tarief per (geïnccludeerde) patiënt opgebouwd uit drie modules:

- a. Basismodule: coördinatie/organisatie/overhead
- b. Module 1: huisartsenzorg gerelateerd aan de ketens (incl. POH-S)
- c. Module 2: niet-huisartsenzorg (fysiotherapie, voedingsadvies, medisch specialistische zorg, etc.).

De basismodule is verplicht, modules 1 en 2 zijn optioneel. In de basis biedt deze prestatie de mogelijkheid om dezelfde integraliteit in te bouwen als in de huidige ketenzorgprestaties. De modulaire opbouw biedt echter ook flexibiliteit aan partijen om waar gewenst niet integraal te bekostigen: modules 1 en 2 zijn optioneel en kunnen desgewenst op een andere manier bekostigd worden (optionele module 1 via S3 en optionele module 2 buiten de

huisartsenbekostiging). In dat geval reduceert de prestatie tot het huidige koptarief.

De NZa adviseert deze modulaire opbouw om flexibiliteit en vrijheid in het systeem in te bouwen, maar tegelijkertijd ook transparantie en inzicht in het kader van BKZ-uitgaven en tariefonderbouwingen te borgen.

De NZa adviseert het tarief per patiënt vrij te laten. Een gereguleerd tarief heeft volgens de NZa namelijk belangrijke nadelen. Eén nadeel is dat de vrijheid van partijen sterk wordt ingeperkt. Nu al is duidelijk dat partijen ketenzorg op verschillende manieren contracteren; een NZa-maximumtarief gebaseerd op het gemiddelde zal een aantal opties afsluiten. Daarnaast is een gemiddeld tarief zeer moeilijk te bepalen als de contracteervariatie zo groot is. Ook doet een gemiddeld tarief geen recht aan de regionale differentiatie (bijvoorbeeld gewenste verschillen in organisatiegraad in stedelijke versus landelijke gebieden). Tot slot zal de sturingskracht van de zorgverzekeraar kleiner zijn als alleen over S3 tariefafspraken gemaakt worden.

Een aantal partijen pleitte tijdens de consultatie voor regulering die houvast biedt aan partijen, zodat hun contractonderhandelingen bijdragen aan een sfeer van wederzijds vertrouwen die kan leiden tot constructieve en op de toekomst gerichte afspraken. Wij zien het maken van afspraken over prestaties als een rol voor de partijen in het veld. Als zij een uniforme taal wenselijk vinden, dan zullen zij dat zelf met elkaar moeten zien af te spreken.

Het komt nu al zeer geregeld voor dat de afspraken die zorggroepen met de dominante zorgverzekeraar in hun regio maken, gevolgd worden door de overige verzekeraars. De NZa verwacht dat die praktijk van volgen in het nieuwe model nog verder wordt uitgebreid.

B. Nieuwe ketenzorg

Ook de tweede prestatie (S2B) betreft programmatische multidisciplinaire zorg. De prestatie kent eenzelfde modulaire opbouw als S2A en is gericht op de (integrale) bekostiging van zorgprogramma's en zorgelementen buiten de programma's in S2A. Het doel van deze prestatie is om verbreding van de huidige ketenzorg te stimuleren, zonder dat deze in de reguliere bekostiging een plek heeft. In deze prestatie kunnen nieuwe ketens in vergevorderde staat van ontwikkeling worden opgenomen (bijv. astma, dementie, depressie), of zorgelementen die wel onderdeel uitmaken van ketenzorg, maar nu nog niet zijn opgenomen in de ketenbekostiging (bijv. farmaceutische diabeteszorg en/of diagnostiek), afhankelijk wat van regionaal mogelijk en nodig is. De prestatie kent een vrij tarief per (geïnccludeerde) patiënt.

Tijdens de gesprekken in het veld gaven veel partijen aan het wenselijk te vinden als verzekeraars onderlinge verschillen zoveel mogelijk beperken tot S3 (elkaar volgen op S1 en S2). Wat S2B daarom onderscheidt van de meer open prestatie 'Zorgvernieuwing' in S3, is dat de programma's in S2B in principe volgbaar moeten zijn voor andere zorgverzekeraars. Dit vraagt om een helder omschreven en afgebakende limitatieve lijst.

Wat S2B onderscheidt van S2A is dat de elementen van S2B nog niet landelijk standaardelementen van de ketenbekostiging zijn; het

biedt de mogelijkheid om daar waar de samenwerking met bijvoorbeeld apotheken goed is, te besluiten farmaceutische diabeteszorg binnen de integrale bekostiging te trekken. Indien het om zorg gaat die al wel volgens een landelijke standaard geleverd kan worden, dan ligt toevoegen aan S2A meer voor de hand. Astmazorg, die al een zorgstandaard heeft en vaak geïntegreerd met COPD-zorg wordt geleverd, zou een voorbeeld hiervan kunnen zijn.

Zodra landelijk overeenstemming is over de inhoud/afbakening, werking en protocollering van een bepaald nieuw programma of zorgelement, kunnen partijen bij de NZa een aanvraag doen om dit op te nemen in de prestatiebeschrijving van S2B (verzoek tot aanpassing beleidsregel en prestatiebeschrijving). Het programmatische, multidisciplinaire zorgaanbod wordt daarmee verbreed. In overleg met partijen kan worden afgewogen om al per 2015 een of meerdere van dergelijke zorgprogramma's (bijv. Astma) aan prestatie S2A toe te voegen. Op de middellange termijn kan het onderscheid tussen S2A en S2B mogelijk verdwijnen.

M&I-verrichtingen verdwijnen

De huidige M&I-verrichtingen met betrekking tot de clusters ketenzorg en substitutie/doelmatig verwijzen (zie paragraaf 5.3) verdwijnen als betaaltitel. Streven is om dit al zoveel als verantwoord en mogelijk per 2015 te doen. De risico's van het afschaffen van de betaaltitels moeten via de contractering van S3 door partijen worden afgedekt. Of dit al voldoende kan voor 2015 is afhankelijk van het oordeel hierover van de convenantspartijen. De aanwijzing moet hierover duidelijkheid bieden.

Voor de hiermee gemoeide patiëntcontacten kunnen huisartsen voortaan consulten in rekening brengen. De overige vergoeding/beloning zal in S3 plaatsvinden en eventueel deels in de inschrijvingen in S1. De exacte toedeling zal de komende maanden in nader overleg met veldpartijen worden uitgewerkt. Door deze transitie wordt reeds per 2015 een S3 van substantiële omvang gerealiseerd. Voor de consulten die zullen worden gedeclareerd in de plaats van de M&I-verrichtingen is gewenst uit oogpunt van transparantie en monitoring dat zij gelabeld gaan worden. Dit kan de NZa opleggen met een declaratievoorschrift.

Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

De NZa adviseert om ook de M&I-modules te laten verdwijnen en daarvoor in de plaats binnen S3 twee (groepen van) betaaltitels te creëren, met een vrij tarief per ingeschreven verzekerde en contractvereiste:

1. Resultaatbeloning

Het eerstelijnszorgakkoord noemt vijf specifieke domeinen waarop resultaatbeloning betrekking zou kunnen hebben (verwijzen, diagnostiek, voorschrijven, service en bereikbaarheid), zonder dat partijen resultaatbeloning daartoe willen beperken. De NZa kiest graag voor 'minimal regulation', en strikt gesproken is het niet nodig dat de NZa deze domeinen verheft tot separate betaaltitels in de regulering; partijen kunnen ook zelf aansturen op separate productnamen (Vektis-declaratiecodes) onder een algemene NZa-prestatie 'Resultaatbeloning'.

Veel partijen dringen in hun consultatiereacties echter aan op separate prestaties, omdat zij verwachten dat er dan sneller en meer overeenkomsten gesloten zullen worden over resultaatbeloning op die gebieden. Om die reden adviseert de NZa

om onder de groep Resultaatbeloning zes prestaties te creëren: voor de vijf domeinen en een zesde 'Resultaatbeloning overig'.

2. *Zorgvernieuwing*

Zorgvernieuwing is een belangrijk aspect van de nieuwe bekostiging. Dit is het deel waar bijvoorbeeld initiatieven op het gebied van preventie, zelfmanagement, kwetsbare ouderenzorg, etc. bekostigd kunnen worden. Dit zijn allemaal gebieden die veel partijen noemen als kansrijk om substitutie door samenwerking te bewerkstelligen. Onduidelijk is echter hoe snel initiatieven hier kunnen uitgroeien tot standaardzorg. Mogelijk zullen onderdelen hierin langere tijd een regionaal karakter hebben. Om deze reden adviseert de NZa de prestatie Zorgvernieuwing zo open mogelijk vorm te geven.

Zorgvernieuwing kent één specifiek aandachtsgebied: e-health. Ook hier adviseert de NZa om voor dit aandachtsgebied een separate prestatie in het leven te roepen. De prestatiegroep zorgvernieuwing kent dan twee prestaties: 'Zorgvernieuwing e-health' en 'Zorgvernieuwing overig'.

Contractvereiste en restitutie

Voor segmenten 2 en 3 geldt een vereiste van een contract met de zorgverzekeraar. De NZa adviseert om verzekerden van pure restitutieverzekeraars toegang te geven tot de betreffende zorg als de zorgaanbieder een contract heeft met minimaal één zorgverzekeraar. Dit is conform de huidige regeling rond ketenzorg en POH-GGZ.

Bekostigingselementen buiten de reikwijdte van de transitie

Dit advies gaat niet in op de bekostiging van de acute huisartsenzorg tijdens avond, nacht en weekend (ANW-zorg). Een analyse daarvan moet in samenhang gezien worden met de bekostiging van de overige acute zorg en valt daarmee buiten de scope van dit advies. Aandachtspunt voor dit advies is wel dat de kosten van ANW-zorg onderdeel uitmaken van het budgettaire kader Huisartsenzorg.

De volgende bekostigingselementen zijn (nog) niet betrokken in de transitie voorgesteld in dit advies:

1. Alle niet-Zvw-prestaties zoals keuringen, het uitstrijkje, het abonnementstarief voor asielzoekers en reizigersadviesing.
2. Achterstandsfonds, kwaliteitsgelden, ROS-gelden.
3. Prestaties voor passanten, militairen en gemoedsbezwaarden.
4. Kostenvergoedingen voor verbruiksmaterialen, entstoffen en ECG.
5. SCEN-consultatie, M&I-verrichting Euthanasie.

Over bovenstaande vijf elementen zal de NZa later in 2014 adviseren. Het doorvoeren ervan in de bekostiging zal dan op zijn vroegst per 2016 kunnen plaatsvinden. Tot die tijd blijft de huidige bekostigingswijze van deze elementen in stand.

Samenvatting voordelen

Belangrijke (potentiële) voordelen van dit bekostigingsmodel ten opzichte van het huidige zijn de volgende:

- De platte productieprikkels in de huidige M&I-verrichtingen worden vervangen door een gerichte substitutieprikkels via de resultaatbeloning in S3.
- Opvangen meer/complexere zorgvragen in de eerste lijn door betere afstemming met de tweede lijn via het meekijkconsult (en sneller en gericht verwijzen indien nodig).

- Extra mogelijkheden voor (snellere diffusie van) substitutie-mogelijkheden door het open karakter van S2 (initiatief voor de ontwikkeling van S2A en S2B ligt bij veldpartijen).
- Inzichten uit experimenteermogelijkheid consultbekostiging leiden tot verdere verbeteringen.
- Het samenvoegen van de huidige drie ketens in een prestatie (S2A) legt het fundament voor verdere doorontwikkeling naar bekostiging op populatiekenmerken.

Andere voordelen hangen niet direct samen met de nieuwe bekostiging; zij komen eerder voort uit de bereidheid die partijen hebben uitgesproken om te komen tot een hogere organisatiegraad, meer samenwerking op lokaal en regionaal niveau en het ontwikkelen van uniforme indicatoren voor resultaatbeloning. Het bekostigen van die elementen is in de huidige bekostiging ook al mogelijk.

6.2 Omvang en ontwikkeling segmenten

Verhouding omvang segmenten

Als wij het model per 2015 invoeren zoals hierboven beschreven, dan zullen verschuivingen optreden. Deels zijn dat verschuivingen puur als gevolg van structuurwijzigingen in de bekostiging, voor een ander deel verschuivingen door gedragseffecten. Verschuivingen door gedragseffecten zijn door de NZa niet te voorspellen, maar de NZa kan wel op basis van enkele aannames een indicatie geven van de verschuiving als gevolg van de structuurwijziging. Op basis van het contracteer- en declaratiegedrag in 2012 kunnen we bepalen hoe dat gedrag in het huidige model zich vertaalt in macrokostenverhoudingen in het nieuwe model.

Aannames liggen met name op:

- de toerekening van POH-S aan de ketenprogramma's (segment 2 onderdeel 2a) en zorgvernieuwing (segment 3, deel POH-S wordt nu via M&I-modules bekostigd);
- de toerekening van M&I verrichtingen (13000-codes) aan inschrijvingen en consulten in segment 1 en zorgvernieuwing in segment 3.

Over de exacte toedeling zal de NZa bij invoering van het model nader in overleg treden met veldpartijen.

Op basis van het contracteer- en declaratiegedrag in 2012 en de genoemde aannames zijn de macroverhoudingen in het nieuwe bekostigingsmodel per 2015 bij benadering als volgt:

S1 - 75%

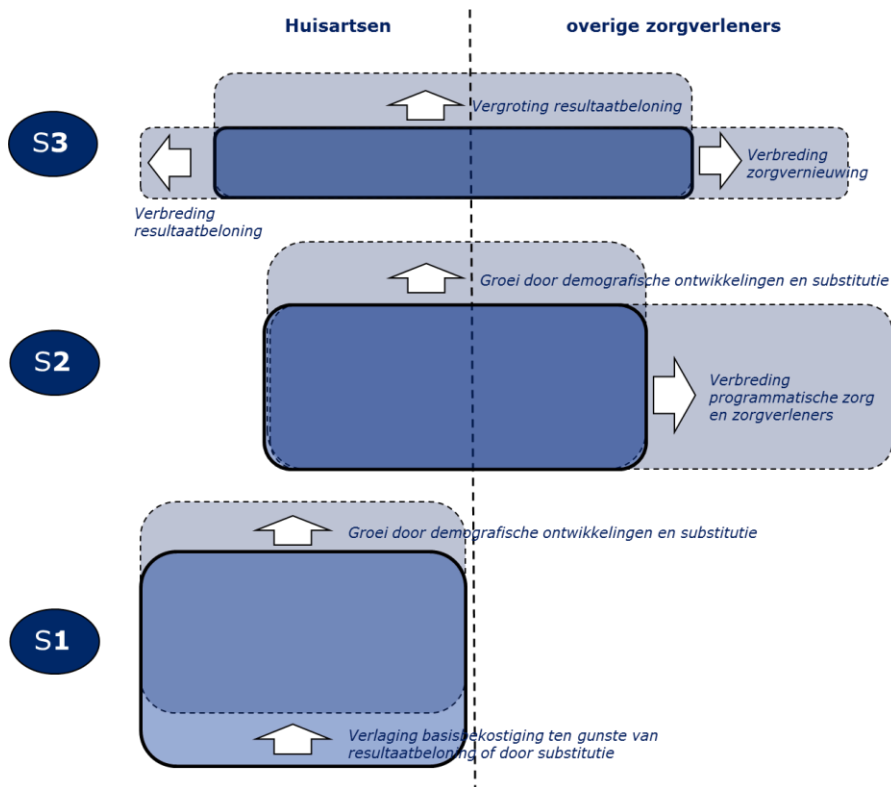
S2 - 15%

S3 - 10%

Ontwikkeling omvang segmenten

De segmenten kunnen zich in absolute en relatieve zin op diverse manieren ontwikkelen. Onderstaande figuur geeft een aantal mogelijke verschuivingen weer, waarbij vereenvoudigd is aangegeven in welke mate de ontwikkelingen betrekking hebben op huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners.

Figuur 6.2: Mogelijke verschuivingen omvang segmenten



Bron: NZa.

Noot bij de figuur: De figuur geeft enkel de mogelijke verschuivingen en richtingen weer (verhoging of verbreding). De figuur geeft geen inzicht in de verwachte omvang van de verschuivingen (de getekende omvang van de vlakken is enkel illustratief).

Het ligt in de lijn der verwachting dat de opbrengsten (en daarmee de macrokosten) op S2 en S3 in relatieve zin zullen stijgen ten opzichte van die uit S1, onder meer door substitutie, verbreding van het programmatisch/multidisciplinair aanbod, zorgvernieuwing en goede resultaten.

De figuur illustreert dat de verwachte groei in S2 niet (alleen) betrekking heeft op de omvang van geleverde zorg door huisartsen, maar juist is gelegen in verbreding van multidisciplinaire zorg.

Daarbij verwacht de NZa wel dat het volume van de basishuisartsenzorg (S1) in absolute zin zal blijven groeien door demografische ontwikkelingen. Ook de omvang van de totale zorg in S2 zal naar verwachting toenemen door veranderingen in demografie.

Los van de periodieke herijking van de tarieven (zie hieronder bij Tariefonderbouwing) en eventuele tariefherijkingen bij verbreding van S2-zorg kan de NZa de omvang van de opbrengsten/macrokosten in S2 en S3 niet beïnvloeden. Verzekeraars en aanbieders maken met elkaar afspraken over de hoogte van de tarieven. Aangezien het eindmodel geen/bepaalde productieprikkel kent, zullen de ex ante afspraken over prijs zich in dit model beter dan nu lenen voor een voorspelling van de totale verwachte macrokosten.

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.

De genoemde maximumtarieven komen in principe tot stand op basis van kostenonderzoek. Dit betekent dat de omvang van S1 en de andere segmenten uiteindelijk worden bepaald door kostenontwikkelingen, prijsafspraken en gerealiseerde volumes. Sturen op de omvang van de segmenten kan alleen 'van buitenaf', bijvoorbeeld via een aanwijzing of een opgelegde wijziging van de methodiek van tariefonderbouwing.

Tariefonderbouwing

Periodieke herijking van deze gereguleerde tarieven is gebruikelijk en gewenst. De NZa is voornemens om na 2015 de inschrijf- en consulttarieven te onderbouwen door toerekening van totale kosten (praktijkkosten en normatieve arbeidskosten van de praktijkeigenaar) op basis van omzetverhoudingen. Dit is conform de methodiek toegepast voor de tarieven 2014.

Deze systematiek werkt op hoofdlijnen als volgt. Door middel van kostprijsonderzoek kan de NZa de totale kosten van aanbieders berekenen. Daarnaast kunnen de opbrengsten in de verschillende segmenten op basis van de declaraties worden gemeten. Het gemeten aandeel van inschrijvingen en consulten in de totale opbrengsten (S1, S2, S3 en evt. overige relevante opbrengsten) wordt gebruikt als maatstaf om de totale kosten toe te rekenen aan inschrijvingen en consulten. Die toegerekende kosten dienen, samen met de gemiddelde productie, als basis voor de tarieven.

In de beschreven systematiek zijn de opbrengsten van huisartspraktijken uit S2- en S3-zorg van invloed op de tarieven in S1. Als bijvoorbeeld de totale opbrengsten sterker toenemen dan de totale kosten, en als de opbrengsten uit S1 stabiel blijven en die uit S2 en S3 dus stijgen, dan zullen de S1-tarieven dalen. De winst is gestegen, en het deel van de extra winst dat toegerekend wordt aan S1, wordt omgezet in een tariefdaling. Het deel van de extra winst dat toegerekend wordt aan S2 en S3, laat de NZa ongemoeid (vrije tarieven). S1 is in deze systematiek dus geen sluitpost.

Als we de S2- en S3-opbrengsten niet van invloed laten zijn op S1-tarieven, dan worden de meerkosten van praktijken bij een groeiende S2/S3-omzet altijd voor dat percentage toegerekend aan S1. Dit kan leiden tot een onbegrensde stijging van de inkomens van praktijkeigenaren. Dit effect zou optreden als de aandelen van de drie segmenten gefixeerd zouden worden. Het tekstkader op de volgende pagina laat dit zien met een fictief cijfervoorbeeld.

Ook zouden we met de alternatieve methodiek afwijken van een consistente lijn die gehanteerd wordt voor de tariefberekening van andere zorg in de eerste en tweede lijn (tarieven baseren op actuele kosten), ook bijvoorbeeld voor die van de mondzorg, die voor een groot deel buiten het basispakket valt.

6.3 Toekomstperspectief bekostiging

Met bovenstaande stappen per 2015 wordt in de ogen van de NZa het beton gestort en de grondlaag gebouwd voor een nieuwe bekostiging die de eerste lijn op termijn in staat moet stellen de rol te spelen die nodig zal zijn met het oog op de veranderingen op (middel)lange termijn. Op de middellange termijn (voorbij de looptijd van het zorgakkoord, bijvoorbeeld 2018) ziet de NZa mogelijkheden om de bekostiging door te ontwikkelen naar het volgende model. Daarvoor moet wel eerst voldaan zijn aan een aantal randvoorwaarden.

Effecten van methodieken voor S1-tarieven

Aan de hand van het fictieve cijfervoorbeeld in onderstaande tabel lichten we toe wat de effecten zijn van de NZa-methode om S1-tarieven te onderbouwen en van een methode met gefixeerd S1-aandeel.

Tabel 6.2: Effecten van methodieken voor S1-tarieven

		2015	2018	
Uitkomsten onderzoek	Opbrengsten	€ 320.000	€ 400.000	
	- waarvan S1	75%	60%	
	Aantal patiënten	2.000	2.000	
	Totale kosten	€ 320.000	€ 360.000	
	- waarvan arbeidskosten (norminkomen)	€ 125.000	€ 125.000	
	Winst (extra inkomen)	-	€ 40.000	
Berekening tarief	Toerekeningspercentage	75%	60%	75%
	Kosten toegerekend aan S1	€ 240.000	€ 216.000	€ 270.000
	Tarief per patiënt	€ 120	€ 108	€ 135
	Resultierend inkomen	€ 125.000	€ 141.000	€ 195.000

Bron: NZa.

De eerste zes regels tonen de hypothetische uitkomsten van kostprijsonderzoek. Voor de tarieven van 2015 laat dat onderzoek zien dat de gemiddelde praktijk 2.000 ingeschreven patiënten heeft, die samen opbrengsten genereren van € 320.000. 75% van die opbrengsten komt uit S1-zorg. De totale kosten van de gemiddelde praktijk (inclusief de arbeidskosten van de praktijkeigenaar) bedragen ook € 320.000. Het inkomen van de gemiddelde huisarts is gelijk aan het normbedrag waarmee de NZa rekent in de tarieven: € 125.000.

In de onderste vier regels wordt vervolgens het tarief per patiënt berekend. De NZa gebruikt het 75%-aandeel om van de € 320.000 totale kosten, een bedrag van € 240.000 toe te rekenen aan S1-zorg. Met de gemeten 2.000 patiënten is dan een tarief van € 120 nodig om dat kostenbedrag te dekken. Het effect van dit tarief is dat het gemiddelde inkomen gelijk blijft: € 125.000.

In het voorbeeld nemen we aan dat nieuw onderzoek in 2018 vervolgens uitwijst dat de totale opbrengsten stijgen naar € 400.000, waarvan 60% uit S1-zorg. Het aantal patiënten per praktijk is gelijk gebleven: 2.000. De totale kosten zijn ook gestegen, maar minder sterk: € 360.000. Het gemiddelde inkomen is door de winst van € 40.000 gestegen naar € 165.000.

De NZa-methodiek van toerekening gebruikt vervolgens het aandeel van 60% om van de € 360.000 totale kosten, een bedrag van € 216.000 toe te rekenen aan S1-zorg. Omdat dit kostenbedrag lager is dan in 2015, kan het tarief ook omlaag, naar € 108. Door dit lagere tarief wordt ook 60% van de winst afgeroomd en daalt het inkomen naar € 141.000.

De kolom ernaast toont wat er zou gebeuren als we het toerekeningspercentage fixeren op 75%, bijvoorbeeld als uitkomst van een bestuurlijk akkoord. Van de € 360.000 totale kosten zou dan € 270.000 worden toegerekend aan S1-zorg. Het S1-tarief per patiënt zou dan moeten stijgen naar € 135. Dat hogere tarief resulteert in een extra winst, met als gevolg een totaal inkomen van gemiddeld € 195.000. De NZa acht dit ongewenst.

Segment 1

De invoering van resultaatbeloning in S3 en een betere differentiëring van de inschrijftarieven in S1 creëren nieuwe mogelijkheden. Eén van die mogelijkheden is dat deze twee elementen de sterke kanten van de huidige gemengde bekostiging van basishuisartsenzorg (inschrijvingen en consulten) gaan overnemen. Als uit de evaluaties van experimenten zonder consultbekostiging blijkt dat dat zo is, dan kunnen consulten als betaaltitel op termijn verdwijnen. De gemengde bekostiging blijft, met resultaatbeloning in plaats van consultbekostiging.

Een nadeel van consultbekostiging kan bijvoorbeeld zijn dat zij de huisarts niet stimuleert om wat meer tijd vrij te maken voor overleg met bijvoorbeeld andere zorg/hulpverleners of gemeente. Daarnaast is bekostiging van consulten niet stimulerend in de ontwikkelingen op het gebied van preventie en zelfmanagement. Consulten als betaaltitel vervullen wel twee belangrijke functies, maar die twee functies kunnen op termijn wellicht door andere elementen van het nieuwe systeem beter vervuld worden:

- De functie van het belonen voor en stimuleren van de *juiste* inzet van huisartsen kan gaan plaatsvinden via segment 3. Segment 3 is hiervoor beter geschikt dan het relatief grove instrument van consultbekostiging, dat *alleen direct patiëntgebonden* inzet beloont en stimuleert.
- De functie van het opvangen van vraagfluctuaties kan grotendeels overgenomen worden door een betere differentiëring van de inschrijftarieven op basis van een beperkte set demografische kenmerken van de populatie.

Wanneer experimenten uitwijzen dat deze elementen voldoende ontwikkeld zijn om de consultbekostiging overbodig te maken, kan de omslag worden gemaakt.

Segment 2

De Universiteit Maastricht doet een eerste verkenning naar populatiekenmerken als voorspeller voor zorgvraagzwaarte. Indien mogelijk lijkt het wenselijk de aandoeningsgerichte bekostiging (ketens) te verlaten. (Ketens samenvoegen in S2A beëindigt nog niet de aandoeningsgerichte benadering). Bekostiging van programmatische multidisciplinaire zorg gebeurt idealiter via een tarief per patiënt naar zorgvraagzwaarte. Op basis van kenmerken wordt de populatie gesegmenteerd (bijv. licht-midden-zwaar) om te komen tot kostenhomogene groepen waarop wordt ingekocht. Het aspect van chronische ziektes zal in de praktijk waarschijnlijk een rol blijven spelen (evenals de onderliggende zorgstandaarden), maar is dan voor de bekostiging niet doorslaggevend als indelingscriterium.

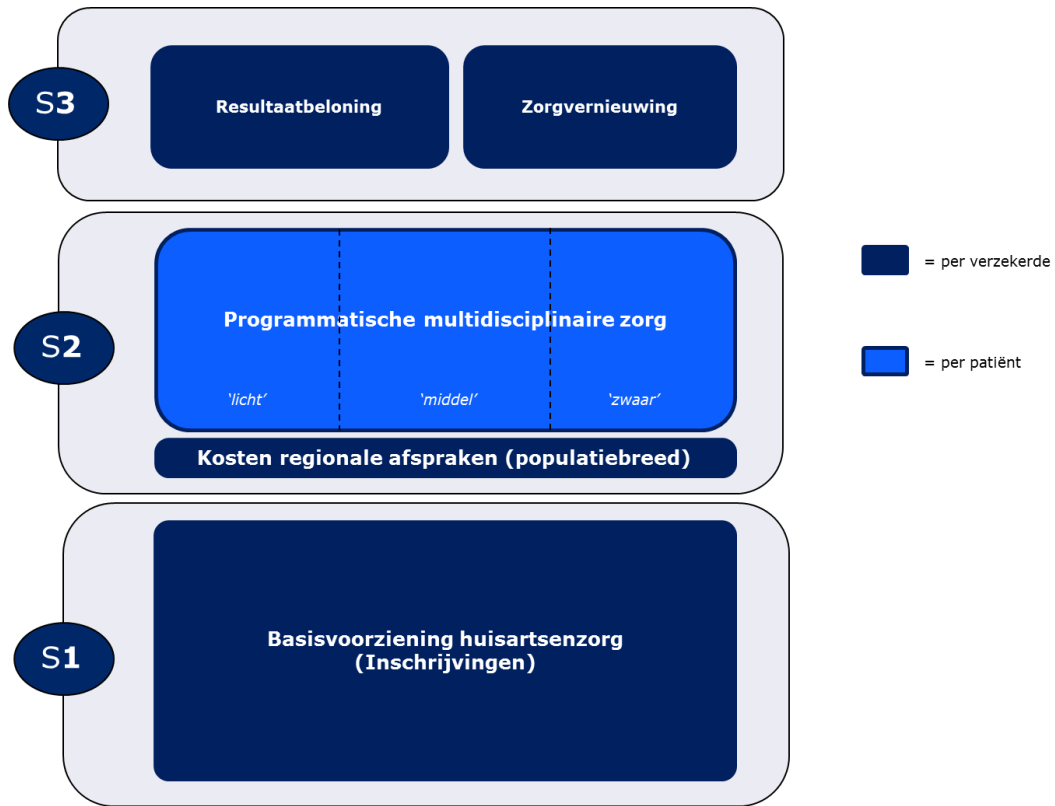
Ook organisatie- en zorgkosten bij niet-programmatische multidisciplinaire zorg (GEZ, meekijkconsult) worden gefinancierd via dit segment met een tarief per verzekerde. Het uitgangspunt is dat er in dit segment geen sprake is van tariefregulering.

Segment 3

Belonen van resultaten in segmenten 1 en 2 en het stimuleren van zorgvernieuwing kan op termijn via generieke prestaties met een vrij tarief per verzekerde. De kenmerken waarop wordt beloond bevinden zich deels op input/proces/output-niveau en deels op outcome-niveau. Veldpartijen zijn een uniforme set kenmerken overeengekomen. Te zijner tijd kan de NZa afwegen of deze set kenmerken ook in de prestatiebeschrijvingen moeten worden opgenomen.

Dit mogelijke perspectief voor de middellange termijn, dat qua ambitie deels afhankelijk is van de uitkomsten van experimenten en onderzoek, is in onderstaande figuur visueel weergegeven.

Figuur 6.3: Mogelijke invulling model op middellange termijn



Bron: NZa.

Dit mogelijke eindperspectief bevat meer vrijheden dan het huidige bekostigingsmodel, maar is op onderdelen nog (tarief)gereguleerd. Daarnaast is ook een model mogelijk waarbij het hierboven geschetste deels gereguleerde systeem de standaard (default) is waarvan partijen kunnen afwijken. Het alternatief naast deze standaard zou een veel vrijer systeem kunnen zijn met vrije prestaties en tarieven, waarin partijen maximale vrijheid hebben om afspraken te maken conform de lokale situatie. Partijen kunnen er dan voor kiezen van deze vrije ruimte gebruik te maken in plaats van de standaardregulering te gebruiken.

6.4 Concrete stappen na implementatie bekostiging 2015

Na het implementeren van de hiervoor geschetste bekostiging per 2015 adviseert de NZa om de volgende vervolgstappen te zetten:

1. Actualiseren parameters inschrijftarief

De parameters in het huidige inschrijftarief zijn lange tijd niet herijkt. De NZa adviseert onderzoek uit te voeren naar actualisatie van deze parameters. Hierbij zal ook rekening worden gehouden met de mogelijkheid van het op termijn verdwijnen van de consulten als betaaltitel (en de correctie voor vraagfluctuatie die consulten eventueel momenteel vervullen). Dit onderzoek kan in 2014 worden gestart. Op zijn vroegst per 2016 zal een herijkte differentiatie in de inschrijftarieven kunnen worden ingevoerd.

2. *Onderbrengen deel van de 'buiten scope' prestaties in het nieuwe model*

Zodra het model is geïmplementeerd adviseert de NZa om nadere analyse uit te voeren naar de betaaltitels die vooralsnog buiten deze transitie zijn gehouden. Hierbij wordt bekeken of het haalbaar en wenselijk is om (een deel van) deze zorg in het segmentenmodel in te passen. Ook dit traject kan in 2014 starten, met invoering per 2016.

3. *Doorontwikkeling segmenten 2 en 3*

Het model dat per 2015 wordt geïmplementeerd zet eerste stappen in de richting van het geschetste eindperspectief. Het model biedt ruimte en prikkels aan veldpartijen om de volgende stappen te zetten, onder meer:

- Verbreden van de huidige zorgprogramma's (groei van S2B), zodat een steeds groter deel van de chronische populatie wordt geïncorporeerd en van geïntegreerde, programmatische zorg wordt voorzien.
- Komen tot een uniforme set populatiekenmerken voor het segmenteren van de chronische populatie in S2.
- Komen tot een uniforme set van indicatoren om resultaten te belonen in S3, waarbij naast uniformering ook een ontwikkeling richting meer outcome-sturing wordt ingezet.

4. *Evalueren toedelingen meekijkconsult en POH*

De NZa adviseert om het meekijkconsult en POH-S voorlopig aan S2 toe te delen en POH-GGZ aan S1. Op basis van ervaringen in 2015 (en evt. begin 2016) met het meekijkconsult kan de NZa in 2016 bepalen in hoeverre dit voldoet c.q. een deel als basisvoorziening aan S1 toegedeeld moet worden. Ook kan dan bezien worden of de toedeling van POH-S en POH-GGZ aanpassing behoeft.

De NZa zal deze ontwikkelingen monitoren en analyseren op welke momenten volgende stappen richting het eindmodel kunnen worden gezet.

6.5 Macrokosten

Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

Na invoering van het nieuwe model worden bepaalde zorghandelingen anders gedeclareerd. Sommige declaraties verschuiven bijvoorbeeld van vrije tarieven naar maximum (deel M&I-verrichtingen). De NZa adviseert om de overgang op het nieuwe model zo veel mogelijk macrokostenneutraal te laten plaatsvinden. Dit betekent dat de maximumtarieven van inschrijvingen en consulten zo worden vastgesteld dat bij gelijkblijvende zorgvolumes en bij gelijkblijvende vrije tarieven er geen effect op de macrokosten van het gehele model zou zijn.

De NZa verwacht na invoering van het nieuwe model een grotere kans op een beheerste kostenontwikkeling dan in het huidige model. Hiervoor zijn vier redenen aan te wijzen. Ten eerste het verdwijnen van het per verrichting bekostigen van de M&I-verrichtingen. Omdat de directe volumeprikkel uit het systeem verdwijnt, is de verwachting dat de kosten op dit punt minder snel zullen groeien. Een tweede reden voor een waarschijnlijk meer beheerste kostengroei komt voort uit het samenvoegen van de huidige drie ketenprestaties in één prestatie (S2A). Het gevolg is namelijk dat voor mensen met twee of drie chronische aandoeningen één integraal tarief wordt betaald, met hierin nog maar één keer overhead en ook zonder een aantal andere doublures. Hoewel dit in de tarieven van enkelvoudige ketens gecompenseerd kan worden,

acht de NZa het waarschijnlijk dat de totale kosten per salso dalen. Ten derde kan er een dempende werking uitgaan van de overgang van M&I-modules op de nieuwe S3-prestaties. Ten slotte zal het transparantievoorschrift op S2-zorg dat het risico op dubbele bekostiging moet verkleinen (zie hieronder bij systeemrisico's), een deel van de huidige dubbele bekostiging van S2-zorg vermijden.

Substitutie

Het beoogde indirecte macrokosteneffect van de nieuwe bekostiging komt voort uit de verschuivingen die moeten gaan optreden van tweede naar eerste lijn en tussen eerstelijnszorg en gemeentelijke domeinen. De nieuwe bekostiging faciliteert partijen hierover afspraken te maken en bevat elementen die zorgverzekeraars in staat stellen om zorgaanbieders te belonen voor resultaten op (onder meer) dit gebied. Dit zou kunnen leiden tot hogere uitgaven aan huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, en zou moeten leiden tot lagere uitgaven elders (binnen en buiten de zorg).

Echter, het totale substitutiepotentieel enerzijds, en anderzijds de mate waarin en de snelheid waarmee partijen dat potentieel gaan verwezenlijken, zijn onbekend en niet te voorspellen. Bovendien zullen de ontwikkelingen die optreden deels gemaskeerd worden door andere ontwikkelingen, zoals door demografie en technologie. Deze onbekendheid en complexiteit onderstreept het belang van het tot stand brengen van een substitutiemonitor, waarin idealiter tot op enig detailniveau hogere uitgaven in het domein van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in verband kunnen worden gebracht met lagere uitgaven elders. Dit inzicht kan ook de angst bij sommige partijen wegnemen dat meerkosten door substitutie toch zouden kunnen leiden tot BKZ-geïnspireerde (tarief)kortingen. Zoals aangegeven in de inleiding is een passende bekostiging niet de enige succesfactor voor het tot stand brengen van de gewenste verandering. Het meetbaar maken van de mate waarin het doel wordt bereikt is zeker een van de andere factoren.

7. Systeemrisico's

7.1 Inleiding

De Staatssecretaris en Minister van VWS hebben aan de Kamer toegezegd⁵ alle nieuwe wet- en regelgeving en substantiële wijzigingen in bekostigingssystemen te zullen toetsen op fraudegevoeligheid voordat deze worden ingevoerd. VWS heeft de NZa daarop verzocht in het advies over de toekomstige bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg ook een analyse op fraudegevoeligheid op te nemen.

Van fraude in de zorg wordt gesproken indien er sprake is van opzettelijk gepleegde onrechtmatige feiten, die ten laste komen van voor de zorg bestemde middelen. Bij fraude moet voldaan zijn aan de volgende elementen:

- (financieel) verkregen voordeel;
- overtreden van declaratieregels;
- opzettelijk en misleidend handelen.

Vanuit het perspectief van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg), en dus de NZa, is opzettelijkheid minder relevant. Een (betaling van een) rekening moet juist zijn, dus conform de wet- en regelgeving (rechtmatig). De toetsing is derhalve breder van aard en dekt ook de risico's van oneigenlijk gebruik of misbruik. In dit hoofdstuk wordt dit bredere begrip geduid met de term systeemrisico's.

De NZa heeft het afgelopen jaar in opdracht van VWS onderzoek gedaan naar zorgfraude in de Zvw en AWBZ⁶. In dit onderzoek is ook een analyse uitgevoerd op de huisartsenzorgsector. Dit hoofdstuk bouwt voort op dat onderzoek. De onderzoeksresultaten worden samengevat en geven een beeld van de risico's in het huidige systeem. Vervolgens is een relatieve analyse gedaan op deze risico's in het geadviseerde nieuwe bekostigingsmodel voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, zowel op de korte termijn (in de overgangsfase) als op de middellange termijn (in het 'eindmodel').

Benadrukt wordt dat de analyse betrekking heeft op de hoofdlijnen van het bekostigingsmodel zoals geschetst in dit advies. De exacte vormgeving van de bekostigingsstructuur (prestaties, prestatiebeschrijvingen, tariefvormen) kan invloed hebben op de analyses in dit hoofdstuk.

7.2 Systeemrisico's in de huidige bekostiging

Voor de huisartsensector zijn in het fraude-onderzoek de verschillende fraudeaspecten en vormen van ongepast gebruik in de gehele procesketen aan bod gekomen, van toegang tot toezicht.

Een tweetal factoren heeft daarbij een bijzondere invloed op de systeemrisico's in de huisartsenzorg:

1. Geen eigen risico; de consument heeft geen directe financiële prikkel om een controle-rol te vervullen.
2. Gebrek aan transparantie zorg; de consument en verzekeraars hebben beperkte informatie om een controlerol te vervullen

⁵ Fraudedebat 23 mei 2013

⁶ Onderzoek zorgfraude, Tussenrapport NZa, december 2013

(inschrijftarief en consulten geven geen informatie over onderliggende zorglevering).

De geconstateerde risico's zijn in onderstaande tabel bondig samengevat. Voor een uitgebreide toelichting met concrete voorbeelden per risico wordt verwezen naar de rapportage van het onderzoek naar zorgfraude.

Tabel 7.1: Huidige systeemrisico's in de huisartsenzorg

	Risico	Toelichting
1	Inschrijftarief	Onterecht declareren van het inschrijftarief (bijv. na AWBZ-indicatie of na verhuizing naar andere huisarts) en/of opslagen op het inschrijftarief
2	Niet geleverde zorg	In rekening brengen van consulten zonder dat de consument bij de huisarts is geweest
3	Overbehandeling	Vaker dan nodig leveren van een consult of vaker dan nodig doorverwijzen naar de tweede lijn
4	Upcoding	Het in rekening brengen van een meer uitgebreide of een andere prestatie dan geleverd
5	Dubbele bekostiging	Het meerdere keren in rekening brengen van zorg die slechts een maal in rekening mag worden gebracht. Risico ontstaat door overlap tussen consulten, M&I verrichtingen en keten DBC's. Risico omvat ook het in rekening brengen van meerdere consulten in rekening te brengen bij één patiëntencontact.
6	Spookzorg	Het onterecht in rekening brengen van een ANW-toeslag (bijv. bij een regulier avondspreekuur of bij niet erkende feestdagen)

Bron: NZa.

In het onderzoeksrapport doet de NZa de volgende aanbevelingen om deze risico's zoveel als mogelijk te mitigeren:

1. Aanbeveling aan verzekeraars: Voer meer automatische, formele controles (bijvoorbeeld door datamining) uit op:
 - het inschrijftarief, zowel op aantal gedeclareerde inschrijvingen en toeslagen als combinaties met de AWBZ opnames;
 - spookzorg, bijvoorbeeld het onterecht in rekening brengen van ANW-toeslagen;
 - de upcodingsmogelijkheden in de huisartsenzorg. Breng afwijkende declaratiepatronen bij zorgaanbieders aan het licht en vraag om een toelichting.
2. Aanbeveling aan verzekeraars: Stuur van de huisartsenzorg een in heldere taal gespecificeerd rekeningoverzicht aan consumenten. Vraag consumenten om te bevestigen of zij a) geweest zijn bij de zorgaanbieder en b) de zorg hebben ontvangen die in rekening is gebracht.
3. Aanbeveling aan de NZa: Voer een nieuwe bekostiging voor huisartsenzorg in die minder gevoelig is en prikkels bevat voor dubbele bekostiging door geen verschillende systemen naast elkaar te laten bestaan.

In de volgende paragraaf is een relatieve toetsing uitgevoerd op de systeemrisico's op korte termijn (in het model vanaf 2015) en op de middellange termijn (in het mogelijke 'eindmodel');

- In hoeverre voorziet de nieuwe bekostiging in verlaging van de huidige systeemrisico's?
- Brengt de nieuwe bekostiging eventueel nieuwe systeemrisico's met zich mee?

7.3 Systeemrisico's in de toekomstige bekostiging

Per geconstateerd risico in de huidige bekostiging is hieronder aangegeven welke verwachte invloed uitgaat van de toekomstige bekostiging.

1. Inschrijftarief

Het risico dat het inschrijftarief onterecht wordt gedeclareerd wordt in de toekomstige bekostiging niet verholpen. Het inschrijftarief zal in de bekostiging op de middellange termijn wellicht juist een grotere rol gaan spelen (aangezien consulten als betaaltitel in de toekomst wellicht zullen verdwijnen). De aanbeveling aan verzekeraars om meer automatische, formele controles uit te voeren op het inschrijftarief en de toeslagen is daarom ook in de toekomstige bekostiging van kracht.

2. Niet geleverde zorg

Het risico op het in rekening brengen van consulten zonder dat de consument bij de huisarts is geweest blijft voor de consulten bestaan in het model per 2015. Dit risico is niet langer van toepassing op de M&I-verrichtingen. Na eventuele afschaffing van de consulten als betaaltitel in het model op de middellange termijn is dit risico niet langer aanwezig.

3. Overbehandeling

Het risico op het vaker dan noodzakelijk leveren van een consult blijft bestaan in het bekostigingsmodel per 2015. Wel is het mogelijk om in S3 te belonen op bijvoorbeeld het verlagen van het gemiddeld aantal consulten per ingeschrevene per jaar. Na eventuele afschaffing van de consulten als betaaltitel in het model op de middellange termijn is dit risico niet langer aanwezig.

Het risico op het vaker dan noodzakelijk doorverwijzen naar de tweede lijn kan in de toekomstige bekostiging worden verlaagd door expliciet te belonen in S3 op doorverwijscijfers. Het goed oplijnen van resultaatsprikkelers in S3 is vanaf 2015 extra van belang gezien de voorgestelde afschaffing van de M&I-verrichtingen.

4. Upcoding

Het upcodingsrisico, het in rekening brengen van een meer uitgebreide of een andere prestatie dan geleverd, wordt met het verdwijnen van bekostiging van verrichtingen (M&I-verrichtingen per 2015, wellicht consulten op de middellange termijn), sterk verlaagd⁷.

Upcodingsrisico's in S2 (onterecht patiënten includeren in S2-zorg) blijven bestaan en kunnen toenemen naarmate de multidisciplinaire, programmatische zorg wordt uitgebreid richting het middellange termijn model.

⁷ De prestaties die buiten de reikwijdte van de transitie blijven, bevatten (nog) wel een productieprikkel, met bijbehorend upcodingsrisico.

5. Dubbele bekostiging

Het meerdere keren in rekening brengen van zorg die slechts één maal in rekening mag worden gebracht is in het model op middellange termijn in mindere mate mogelijk, bekostiging op verrichtingen is namelijk verdwenen. De overlap tussen consulten en M&I verrichtingen wordt hiermee ook per 2015 opgeheven.

De overlap tussen consulten en keten DBC's blijft op korte termijn in stand, evenals het risico van het in rekening brengen van meerdere consulten bij één patiëntencontact. De volgende paragraaf gaat hier nader op in.

6. Spookzorg

Het risico op het onterecht in rekening brengen van een ANW-toeslag (bijv. bij een regulier avondspreekuur of bij niet erkende feestdagen) wordt in de toekomstige bekostiging niet beïnvloed.

7.4 Risico dubbele bekostiging

De regels omtrent het wel/niet in rekening mogen brengen van consulten rondom ketenzorg en M&I-verrichtingen leiden tot verwarring onder huisartsen en dragen bij aan het risico op dubbele bekostiging. Met het verdwijnen van de M&I-verrichtingen wordt dit probleem kleiner. Voor het resterende risico rondom ketens/S2 ziet de NZa twee oplossingen:

1. *Transparantievoorschrift*

Bij deze optie regelt de NZa door middel van een declaratievoorschrift dat bij de declaratie van een S2-prestatie de patiëntcontacten met datum vermeld moeten worden. Dit geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid om op dubbele declaraties van patiëntcontacten te controleren, maar lost niet het hele probleem op. Zo blijft het een risico dat patiëntcontacten in het kader van S2-zorg die niet bij de declaratie vermeld worden en wel onterecht als consult gedeclareerd worden, buiten het blikveld van verzekeraars blijven.

2. *Generieke consultbekostiging*

Bij deze optie mag anders dan nu mag voor een patiëntcontact in het kader van S2-zorg ook een consult in rekening worden gebracht. Dit levert duidelijkheid op in de praktijk (ieder patiëntencontact leidt tot dezelfde consultdeclaratie) en hierdoor verdwijnt het huidige risico op dubbele bekostiging. Wel introduceert dit een volumeprikkel in de S2-zorg en verliezen zorggroepen enigszins aan organisatiekracht richting huisartsen, omdat huisartsen een kleiner deel van hun S2-opbrengsten via zorggroepen krijgen. Bovendien ervaart het veld deze maatregel als 'een stap terug', omdat zij een sterke verband zien tussen geïntegreerde zorg en integrale bekostiging.

De NZa adviseert te kiezen voor de eerste optie, het transparantievoorschrift, om het risico op dubbele bekostiging in eerste instantie tegen te gaan.

7.5 Conclusies systeemrisico's

Geconcludeerd wordt dat in de bekostiging op de middellange termijn een deel van de huidige systeemrisico's wordt verlaagd; het systeem is vereenvoudigd, productieprijken zijn geminimaliseerd (met de

bijbehorende upcodingsrisico's), overlap tussen de verschillende bekostigingsonderdelen is verdwenen en het inbouwen van de juiste resultaatsbeloningen in S3 kan verder bijdragen aan het stimuleren van gewenst gedrag (en daarmee ongewenst gedrag doen vermijden).

Aandachtspunten blijven met name gelegen in risico's rondom het inschrijftarief, gebrek aan transparantie over geleverde zorg en gebrek aan prikkels voor consumenten om een controlerol te vervullen (vanwege het ontbreken van eigen risico voor huisartsenzorg). De aanbevelingen aan verzekeraars ten aanzien van de materiële controles en gespecificeerde rekeningoverzichten aan consumenten blijven daarmee ook in het nieuwe model van kracht.