

Aanwijzing aan CTG tot invoering van een nieuw bekostigingssysteem voor huisartsen

Besluit van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 9 mei 2005, nr. MC/MO-2580975, houdende aanwijzing aan het CTG tot invoering van een nieuw bekostigingssysteem voor huisartsen

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Gelet op artikel 13 van de Wet tarieven gezondheidszorg;
Gehoord het College tarieven gezondheidszorg;
Na schriftelijke mededeling te hebben gedaan aan de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal (brieven van 8 april, kenmerk CZ/EZ-2568247 en MC/MO-2576842);

Besluit:

Artikel 1

Dit besluit is van toepassing op organen voor gezondheidszorg als vermeld in artikel 1 onder B, nummer 1 en door instellingen als vermeld in artikel 1 onder A., nummer 22, 32 en 33 van het Besluit werkingssfeer WTG 1992 (Stb. 1991,732) laatstelijk gewijzigd bij Besluit van 5 november 2002 (Stb. 2002, 549). Ter uitvoering van dit besluit stelt het College tarieven gezondheidszorg beleidsregels vast voor de in de eerste volzin bedoelde organen.

Artikel 2

Het College voert een consultvergoeding in voor huisartsenzorg geleverd door organen zoals onder artikel 1 bedoeld. De hoogte van het consulttarief wordt gebaseerd op een bedrag van € 467 miljoen. Het rekenaantal consulten per normpraktijk bedraagt 9753.

Artikel 3

Het College voert een inschrijvingstarief in. Dit inschrijvingstarief zal de verzekerde bij eerste inschrijving in de praktijk en vervolgens jaarlijks verschuldigd zijn. Er is voor de invulling van het inschrijvingstarief in 2006 een macrobedrag van € 773 mln. (725 + 48) beschikbaar. Vanaf 2007 is er € 725 mln. beschikbaar. Het tarief is gebaseerd op de huidige normpraktijk van 2350 ingeschreven patiënten.

Artikel 4

Binnen het nieuwe bekostigingssysteem wordt er een vrije ruimte gecreëerd met de invoering van drie modules. Het College geeft de modules vorm met een nieuw in te voeren spiltarief. Kenmerk

van dit tarief is dat er een spilbedrag wordt vastgesteld waarop een afwijking mogelijk is. Bij de bepaling van deze spiltarieven is 6851 fulltime praktijken het uitgangspunt. Het tarief dient per ingeschreven patiënt in rekening te kunnen worden gebracht, gerelateerd aan de huidige normpraktijk van 2350 ingeschreven patiënten.

a. Module populatiebonden vergoedingen; deze module is bedoeld om lokale verschillen in kosten en opbrengsten te mitigeren. Voor de module populatiebonden vergoedingen is € 25 miljoen beschikbaar.

b. Module variabele vergoedingen; deze module is bedoeld om de variëteit in de praktijkvoering en de daarmee samenhangende verschillen in praktijkkosten te vergoeden. Voor de module variabele vergoedingen is in 2006 € 90 mln. beschikbaar. Vanaf 2007 is er € 138 mln. beschikbaar. Deze bedragen zijn exclusief de € 50 mln. die nu beschikbaar is voor huisartsen in het kader van de RIZ-regeling, en vanaf 2006 via deze module beschikbaar wordt gesteld.

c. Module POH-vergoedingen; deze module is voor iedere huisarts beschikbaar, indien hij daartoe met de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten. De middelen voor POH komen beschikbaar op basis van de bestaande voorwaarden in de huidige beleidsregel. Voor de module POH is € 49 miljoen beschikbaar.

Artikel 5

Het college geeft vorm aan een nieuw in te voeren passantentarief. Dit tarief kan aan de verzekerde in rekening worden gebracht als deze zich genoodzaakt ziet gebruik te maken van de diensten van een huisartspraktijk waar hij niet is ingeschreven. Het tarief wordt bepaald door het kostenbestanddeel voorcalculatorisch 2005 voor particuliere patiënten ad € 97.566 af te zetten tegen de contactfrequentie zoals deze onder artikel 2 is genoemd, verhoogd met de reguliere consultvergoeding.

Artikel 6

Het college stelt voor verloskundig actieve huisartsen een tarief voor volledige verloskundige hulp vast, gebaseerd op het huidige niet onderbouwde ziekenfondstarief van € 580 en niet onderbouwde particulier tarief van € 760,50. Het tarief wordt zo vorm gegeven dat er sprake is van macroneutrale uitvoering.

Uitgangspunt daarbij is een verhouding van 63% ziekenfonds en 37% particuliere patiënten.

Artikel 7

Dit besluit wordt met de toelichting in de Staatscourant geplaatst. Deze beleidsregel treedt op 1 januari 2006 in werking.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J.F. Hoogervorst.*

Toelichting

Algemeen

Reeds lange tijd wordt gesproken over een herziening van de bekostiging van de huisartsenzorg. Onderliggende aanwijzing is de resultante van met de LHV en ZN op dit punt geformuleerde uitgangspunten.

Op 1 januari 2006 wordt de Zorgverzekeringswet (Zvw), en derhalve de standaardverzekering curatieve zorg, van kracht. Deze wet stelt andere eisen aan de verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg. In dat kader is herziening van de bekostigingsstructuur dringend gewenst. Maar de Zvw is niet de enige reden. In het verleden is herhaaldelijk tegen de grenzen van het systeem aangevoerd. Het is van belang om nu een systeem te ontwerpen dat mede de modernisering van de huisartsenzorg kan faciliteren.

Voor deze aanwijzing wordt onder de huisarts als zorgaanbieder expliciet ook de rechtspersoon bedoeld die beroeps- of bedrijfsmatig huisartsenzorg verlenen. Indien bijvoorbeeld een gezondheidscentrum een huisarts in loondienst heeft, dan kan dit gezondheidscentrum de respectievelijke tarieven in rekening brengen.

Er wordt een gemengd systeem ingevoerd, bestaande uit een deel zogenoemde inschrijfvergoeding, een vrij te onderhandelen ruimte onderverdeeld in drie afzonderlijke modules en een consult. Het BKZ kan overigens voor maatregelen als de onderhavige niet worden aangepast; de effecten van het hanteren van deze gewijzigde tariefstructuur moeten passen binnen het betreffende verzekeraarbudget voor de zorg. De herziening dient te geschieden binnen het huidige voor huisartsen beschikbare kader (ca. € 1,4 mld, exclusief enkele aanvullende middelen, waaronder de

voor de ANW beschikbare middelen) en met uitzondering van de verhoging van de middelen voor POH (€ 20 mln.).

Bij de invoering van de nieuwe bekostigingssystematiek wordt 2006 als overgangsjaar beschouwd. Voor dat jaar wordt de module variabele vergoedingen beperkt tot € 90 mln. De resterende middelen (€ 48 mln.) worden eenmalig toegevoegd aan het beschikbare kader voor het inschrijftarief, waarvoor dan in totaal € 773 mln. beschikbaar is. Vanaf 2007 is er dan € 138 mln. beschikbaar voor de module variabele vergoedingen en € 725 mln. voor het inschrijftarief.

De bedragen ten behoeve van de module variabele vergoedingen zijn exclusief de € 50 mln. die nu beschikbaar is voor huisartsen het kader van de RIZ-regeling, en vanaf 2006 via deze module beschikbaar wordt gesteld.

Deze aanwijzing betreft huisartsenzorg in brede zin, uitgezonderd de ANW. Daarnaast bestaat er in de nu bestaande systematiek een groot aantal tarieven dat toegespitst is op werkzaamheden die niet onder het huidige ziekenfondsabonnement vallen, dan wel duidelijk extra werk met zich brengen. Voor zover deze het karakter hebben van een consult behoeven deze tarieven niet te worden aangepast en zijn deze toepasbaar voor de verzekerden in de nieuwe zorgverzekeringswet.

Dat betekent dat deze tarieven niet hoeven te worden gewijzigd. Deze tarieven kunnen ook in de nieuwe systematiek als zodanig in rekening worden gebracht. Onder andere zijn dit tarieven voor:

- het maken van een uitstrijkje
- ECG
- informatieverstrekking door huisartsen
- SCEN consultatie
- en de codes 30 tot en met 43 bij de tariefbeschikking huisartsen 5000-1500-05-1.

Erkend wordt dat de aan deze tarieven ten grondslag liggende gegevens kunnen afwijken van die welke gehanteerd worden bij bepaling van de nieuwe tarieven. Gelet op de eigenstandige wijze waarop deze tarieven tot stand zijn gekomen en onderbouwd zijn is dat niet bezwaarlijk.

De verandering in de administratieve lasten gemoeid met de onderhavige aanwijzing is punt van aandacht geweest. Vooralsnog lijken deze mee te vallen. In de aanloop naar de vormgeving van beleidsregels door het CTG wordt verder onderzoek uitgevoerd. De uitkomsten daarvan worden met ACTAL gecommuniceerd.

Artikelsgewijs

Artikel 1

Onder de huisarts als zorgaanbieder worden expliciet ook de rechtspersonen bedoeld die beroeps- of bedrijfsmatig huisartsenzorg verlenen. Indien bijvoor-

beeld een gezondheidscentrum een huisarts in loondienst heeft, dan kan dit gezondheidscentrum de respectievelijke tarieven in rekening brengen. Daartoe dient de verwijzing naar het Besluit werkingssfeer WTG 1992.

Artikel 2

De hoogte van het consulttarief dient te worden gebaseerd op een bedrag ter hoogte van € 467 mln. Bij de vaststelling van de hoogte van het consulttarief dient een rekennorm op basis van Nivel gegevens te worden gehanteerd. Op basis van deze Nivel gegevens is de het rekenaantal consulten per praktijk 9753. Een nadere aanpassing is nog mogelijk. De in de particuliere sfeer door het CTG voorgeschreven systematiek van consultdifferentiatie is in het verleden werkzaam gebleken en kan in de nieuwe bekostiging gehandhaafd worden.

Artikel 3

Er wordt een inschrijvingstarief ingevoerd. Dit inschrijvingstarief is de verzekerde bij inschrijving in de praktijk en vervolgens jaarlijks verschuldigd. Indien een verzekerde nog niet elders is ingeschreven dan kan de huisarts dit maximumtarief bij het eerste consult in rekening brengen.

Voor de invulling van het inschrijvingstarief is in 2006 een macrobedrag van € 773 mln. beschikbaar. Vanaf 2007 is er € 725 mln. beschikbaar. Bij een normpraktijk van 2350 ingeschreven patiënten, zal het inschrijvingstarief in 2006 naar verwachting ca. € 48 bedragen en in 2007 ca € 45, zonder additionele modules.

Met het inschrijvingstarief wordt de beschikbaarheid van de huisartsenpraktijk als voorziening gegarandeerd. Ook is het inschrijvingstarief reëel in verband met het beheer van het medisch dossier van de bij de praktijk ingeschreven verzekerde.

In beginsel is de inschrijving een kalenderjaar geldig. Ipso facto geldt dit ook voor het inschrijvingstarief. Verschillende uitvoeringsmodaliteiten zijn echter voorstelbaar. Ik denk daarbij aan de verzekerde die zich in de loop van het jaar, bij voorbeeld bij verhuizing, bij een andere praktijk inschrijft. Dat is niet anders dan de huidige uitvoering in de ziekenfondssfeer. Daarin is geen verschil met de huidige situatie.

Verzekeraars kunnen in hun polis voorwaarden opnemen hoe hier mee om te gaan. Het is verder aan de zorgverzekeraar om hieromtrent in de met de aanbieder gesloten contracten (aanvullende) bepalingen op te nemen. Een afwijkende inschrijvingsperiode van bijvoorbeeld drie maanden voor de verzekerde van de betrokken verzekeraar is voorstelbaar.

Artikel 4

Huisartsen en zorgverzekeraars moeten in staat worden gesteld om in te spelen op de behoeften van hun patiënten. De zwaarte van de praktijk kan tot uiting komen in de hoogte van het maximumtarief. Verder zal in de nieuwe bekostiging de onderhandelingsruimte tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder worden vergroot.

Die doelstelling wordt het best bereikt met de invoering van drie additionele modules die op het inschrijvingstarief in rekening kunnen worden gebracht.

Voor de toepassing geldt dat er alleen een toeslag wordt verstrekt als daar concrete prestaties tegenover staan die voortvloeien uit een daartoe strekkende overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Maximale flexibiliteit binnen het kader is het uitgangspunt.

Dat betekent dat het tarief voor de modules een nieuw vorm te geven spiltarief dient te zijn. De financiering moet immers uit het verzekeraarsbudget komen, waarvoor hij 100% risicodragend is. Een zorgverzekeraar contracteert echter niet altijd voor het maximum. Middelen die hij niet inzet bij de ene huisarts kan hij inzetten bij de andere. Immers niet alle huisartsen zullen genegen zijn alle handelingen buiten het reguliere zorgaanbod te contracteren. Ook zullen de kosten van praktijkvoering niet altijd aanleiding zijn voor een plus op het inschrijvingstarief. Het spiltarief vormt het ijkpunt binnen de module. Het is de vertaling van het beschikbare macrobedrag naar de individuele huisarts. Bij de bepaling van deze spiltarieven acht ik het aantal van 6851 FTE praktijken een goed uitgangspunt. Het tarief dient per patiënt in rekening te kunnen worden gebracht, gerelateerd aan de huidige normpraktijk van 2350 ingeschreven patiënten. Kenmerk van het spiltarief is dat deze een afwijking rondom de spil kent. Het zal de expliciete verantwoordelijkheid van de verzekeraar zijn er zorg voor te dragen dat binnen de door hem gecontracteerde huisartsenpopulatie het makrobedrag niet overschreden wordt. Dit zal moeten blijken uit de in artikel 2a WTG bedoelde administratie. Het College zal nadere regels stellen omtrent de inzichtelijkheid en toegankelijkheid van die administratie.

Artikel 4 onder a

De module populatiebonden vergoedingen: de aanwending van deze middelen is vooral bedoeld om lokale verschillen in kosten en opbrengsten te mitigeren. Denk hierbij aan situaties als een kleine solo-praktijk op het platteland maar ook ter aanvulling van consultinkomsten voor zorg aan ouderen en verzekerden in achterstandsgebieden. Voor de module populatiegebonden vergoedingen is € 25 mln. beschikbaar.

Artikel 4 onder b

De module variabele vergoedingen: deze module is bedoeld om de variëteit in de praktijkvoering en de daarmee samenhangende verschillen in praktijkkosten te vergoeden. Voor de module variabele vergoedingen is in 2006 € 90 mln. beschikbaar. Vanaf 2007 is er € 138 mln. beschikbaar. Deze module dient ook om additionele middelen, die nu aan huisartsen beschikbaar worden gesteld in het kader van de Regeling Initiatiefruimte Zorg, in de toekomst voor huisartsen te reserveren. Deze module kan bijvoorbeeld mogelijkheden bieden aan zorgverzekeraars om substitutie van zorg van de 2e naar de 1e lijn te bevorderen. Denk hierbij aan samenwerkingsverbanden, innovaties, aanvullend en bijzonder aanbod huisartsenzorg.

Met een goede monitoring op landelijk niveau kunnen in verdere jaren additionele middelen voortvloeiend uit budgettair neutrale verschuivingen binnen het budgettair kader zorg, aan deze module worden toegevoegd.

Artikel 4 onder c

De voor de module POH-vergoedingen beschikbare middelen worden verhoogd van circa € 29 mln. tot € 49 mln. Deze module is in beginsel voor iedere huisarts beschikbaar, indien hij daartoe met de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten. De additionele middelen komen beschikbaar als gevolg van een aanscherping van het doelmatig voorschrijven, met name waar het gaat om herhaalreceptuur uit de 2e lijn. Het gaat hierbij om een inspanningsverplichting. Relevante partijen uit de 2e lijn worden betrokken bij deze beleidsvoorstellen.

De middelen voor POH komen beschikbaar op basis van de bestaande voorwaarden in de beleidsregel, aangevuld met voorwaarden van zorgverzekeraars ter bevordering van rechtmatige en doelmatige inzet van praktijkondersteuning. Naar mijn mening is € 49 mln. vooralsnog voldoende voor een landelijke uitrol van de POH mede gelet op het gegeven dat voor een consult van een gekwalificeerde praktijkondersteuner, voorzover deze verrichting onder de reguliere huisartsenzorg valt, in de toekomst een nog nader door het CTG te bepalen consultvergoeding in rekening kan worden gebracht.

Artikel 5

In voorkomende gevallen kan een verzekerde een dringende reden hebben om gebruik te maken van de diensten van een huisartspraktijk waar hij niet is ingeschreven. In een dergelijk geval is de verzekerde een nieuw te vormen passantentarief verschuldigd. Aangezien er onvoldoende zekerheid is over de contactfrequentie van dergelijke passanten is een normatieve benadering lastig. Tevens vraagt een dergelijke passant mogelijk meer administratieve tijd dan de reguliere patiënt. Er is door mij voor gekozen om een verbinding te leggen met de huidige particuliere normomzet. Hiermee wordt naar mijn mening de werkelijke belasting van een passantenbezoek het best benaderd. Het tarief wordt bepaald door het kostenbestanddeel voorcalculatorisch 2005 voor particuliere patiënten ad € 97.566 af te zetten tegen de contactfrequentie zoals deze onder artikel 2 is genoemd, ver-

hoogd met de reguliere consultvergoeding van € 7. Dit maximumtarief dient tevens als basis voor de berekening van het maximumtarief voor telefonisch consult en visite voor passanten op de gebruikelijke wijze.

Artikel 6

Het huidige maximumtarief voor verloskundig actieve huisartsen bestaat uit een abonnement voor totale verloskundige hulp, onder te verdelen in prenatale hulp, natale hulp en perinatale hulp.

De tarieven voor hulp aan ziekenfondsverzekerden zijn daarbij fors lager dan de voor particulier verzekerde patiënten geldende tarieven. In het nieuwe zorgstelsel is een dergelijk onderscheid er niet meer. Dat betekent dat het ziekenfondstarief met het particulier tarief dient te worden gelijkgeschakeld. Het nieuwe maximumtarief moet dusdanig vormgegeven worden dat er sprake is van een macroneutrale uitvoering. Het huidig verloskundig tarief is niet onderbouwd. Aangezien de beschikbaarheid van de voorziening, anders dan dat het geval is bij verloskundigen, met het inschrijvingstarief gegarandeerd wordt is er geen reden het huidige particulier tarief als maatsstaf te gebruiken. Aansluiting bij de huidige ziekenfondsbenadering licht eerder in de rede.

Artikel 7

De beoogde tariefstructuur dient per 1 januari 2006 in werking te treden.

*De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
J.F. Hoogervorst.*