

Zorgverzekeraars Nederland
T.a.v. Bestuur

VWS
T.a.v. drs. B.E. van den Dungen

Datum 17 oktober 2014
Ons kenmerk 2014/EK/LM/30489
Betreft Gezamenlijke zorgpunten InEen en de LHV bij contractering

Geacht bestuur,

De nieuwe bekostiging voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg brengt overduidelijk onzekerheden met zich mee. De vele vragen van verontruste leden die wij daar als beroepsverenigingen over krijgen maken dat wel duidelijk. Afspraken maken is één maar deze ordentelijk uitwerken is twee. U kunt ongetwijfeld bevestigen dat het een behoorlijke klus is om een tijdige en goede vertaalslag te maken van de nieuwe bekostigingsregels, die moeten vervatten wat er landelijk is afgesproken.

We merken dat zorgverzekeraars hard aan het werk zijn met het nieuwe beleid en proberen de contracten op tijd aan te bieden bij huisartsen en zorggroepen in het land.

Wat we ook vaststellen is dat enkele verzekeraars aangeven, bereid te zijn hun beleid aan te passen of op onderdelen compenserende maatregelen te treffen daar waar dit onbedoelde schokeffecten oplevert of ongerustheid bij huisartsen teweegbrengt. Dit zijn waardevolle ontwikkelingen. Ondanks de landelijke afspraken die we hebben gemaakt, de diverse overleggen die daarna zijn gevoerd en alle goede bedoelingen blijven er echter punten op tafel liggen die onze leden en ons als beroepsvereniging ernstig verontrusten. Wij maken ons grote zorgen of de gezamenlijk uitgesproken en vastgelegde ambities in het eerstelijns convenant over versterking en groei van de eerstelijns met het ingezette contracteringsbeleid van verzekeraars in 2015 tot stand zullen komen.

Op 2 oktober jl. hebben wij in het signaleringsplatform al individueel onze zorgen geuit over het contracteringsproces 2015. Tevens hebben wij afgesproken elkaar op de hoogte te houden over signalen uit onze achterban. Met deze brief willen wij gezamenlijk, als mede-ondertekenaars van het eerstelijns convenant, en als vertegenwoordigers van de eerstelijnszorgaanbieders, nogmaals benadrukken waarde te hechten aan een zorgvuldige en stapsgewijze uitrol van de nieuwe bekostiging en het vormgeven van versterking van de eerste lijn. De gezamenlijke afspraken uit het eerstelijns convenant moeten hierin worden gerespecteerd. Dit is niet alleen voor nu, maar ook voor straks van belang als er draagvlak moet zijn voor het maken van afspraken over de doorontwikkeling van de bekostiging en de complexe uitdagingen die opgepakt worden door de eerste lijn (zoals de zorg voor kwetsbare ouderen, samenwerking met het gemeentelijk domein, de decentralisatie, de implementatie van zelfmanagement, grote transitie zoals de overheveling van de wijkverpleging, etc.). Naast enkele kleine zijn onze belangrijkste zorgpunten als volgt:

1. Laat zien dat de afgesproken groeiruimte ook daadwerkelijk wordt benut.
2. Werp geen drempels op voor substitutie van zorg.
3. Kies voor een bonus- in plaats van malussysteem bij ketenzorgtarieven.
4. Maak duidelijk waarvoor wordt betaald.
5. Continueer de GEZ financiering en voer geen bezuiniging door.
6. Beloon behaalde resultaten niet op basis van een kwartielsystematiek.

De genoemde zorgpunten lichten wij hieronder puntsgewijs toe.

1. Laat zien dat de afgesproken groeiruimte ook daadwerkelijk wordt benut.

De indruk bestaat dat de transitie naar een nieuw bekostigingsmodel door verzekeraars gebruikt wordt om verkapte bezuiniging door te voeren (krimp in plaats van groei). Dat dit onjuist is kan worden aangetoond door de budgettaire omvang van de eerstelijnscontracten transparant te maken. De macrokaders staan immers vast. Hoe de middelen door de verzekeraars verdeeld worden is echter onduidelijk. Met het transparant maken van de budgettaire deelkaders laten de individuele verzekeraars zien dat de landelijke afspraak voor groei van de eerstelijns worden nageleefd, hetgeen argwaan op dit vlak kan helpen wegnemen.

2. Werp geen drempels op voor substitutie van zorg.

Een belangrijk doel van de nieuwe bekostiging is dat eerstelijns partijen meer kunnen investeren in nieuwe zorgvormen en dat er meer werk wordt gemaakt van substitutie van zorg. Uiteindelijk bedoeld om de zorgverlening te verbeteren en deze dichterbij de patiënt te brengen. Substitutie van zorg betreft echter ook *het waar mogelijk voorkomen dat mensen in de tweedelijns terecht komen of verplaatsing van zorg uit andere domeinen* (zoals de GGZ of ouderenzorg, zie randnummer 6 van het eerstelijnsakkoord). Dit feit alleen impliceert dat er goede ideeën of voorstellen in de eerstelijns kunnen bestaan die bijdragen aan substitutie of zorgvernieuwing zonder dat daar tweedelijnszorgaanbieders bij betrokken zijn. Helaas moeten wij vaststellen dat er zorgverzekeraars zijn die aanvullende voorwaarden stellen, verantwoordelijkheden bij de zorgaanbieders neerleggen en substitutie alleen een kans geven als er in gezamenlijkheid door eerstelijnsaanbieders en tweedelijnsaanbieders voorstellen bij de verzekeraar worden ingediend. Dit is niet alleen jammer, maar ook tegennatuurlijk omdat de inkooprol zo bij de zorgaanbieders op het bord wordt gelegd. In het eerder genoemde signaleringsplatform is benadrukt dat verzekeraars verantwoordelijk zijn voor de inkoop en contractering van zorg en daarmee ook voor het maken van afspraken met de tweedelijns. Werp dus geen drempels op voor de substitutie van zorg.

3. Kies voor een bonus- in plaats van malussysteem bij ketenzorgtarieven.

Sommige verzekeraars geven aan een deel van de ketenzorgtarieven 2015 uit S2 (bijvoorbeeld 90%) en een deel uit S3 (bijvoorbeeld 10%) te betalen. Deze aanpak is in strijd met de landelijke afspraken én een "sigaar uit eigen doos". Immers in de landelijke afspraken is opgenomen dat het van belang is dat er "*een gezonde bedrijfseconomische basis is en blijft om voldoende (door)ontwikkelkracht en implementatiecapaciteit te houden voor het aangaan van nieuwe verbindingen met onder meer de wijkverpleging, het sociale domein en de tweedelijns zorg.*" Deze aanpak draagt bij aan het beeld dat wordt bezuinigd in de ketenzorg, terwijl dit niet in de geest is van de landelijke afspraken in het convenant. Ook de kwaliteit van zorg wordt op deze manier niet bevorderd.

4. Continueer de GEZ-financiering en voer geen bezuiniging door.

In het bestuurlijk akkoord is vastgelegd dat GEZ-financiering in 2015 wordt gecontinueerd en in stand blijft tot dat een beter alternatief is gevonden voor de bekostiging van organisatie en infrastructuur van multidisciplinaire eerstelijnszorg. Uit signalen van gezondheidscentra blijkt dat gezondheidscentra op basis van de contractvoorstellen van verzekeraars veelal gaan inleveren. De contractvoorstellen liggen daarmee ver af van de verwachtingen die gezondheidscentra zouden mogen hebben op basis van de gemaakte landelijke afspraken. Wij willen u er op wijzen dat gezondheidscentra een belangrijke rol vervullen met betrekking tot wijkgerichte multidisciplinaire samenwerking en samenwerking met gemeenten, wijkverpleging en de GGZ. Organisaties die broodnodig zijn om de complexe zorg aan ouderen, GGZ-patiënten en patiënten met multimorbiditeit in de wijk vormgeven. De gezondheidscentra bieden al meer dan 25 jaar continuïteit van zorg in gebieden met gezondheidszorg achterstanden. Met de huidige contractvoorstellen komt het voortbestaan van menig

gezondheidscentrum in de knel. Wij doen een beroep op u en uw achterban de landelijke afspraken over het voorkomen van schokeffecten te volgen. En even dringend is het beroep om af te zien van uitlatingen of signalen over afbouw of beëindiging van de GEZ-financiering, omdat dit in strijd is met het bestuurlijk akkoord.

5. Maak duidelijk waarvoor wordt betaald.

Met ingang van 2014 hanteert de NZa een nieuwe systematiek van tariefonderbouwing voor de huisartsenzorg. Die systematiek stelt de 'gemiddelde huisarts' centraal en gaat er vanuit dat bij gemiddelde productie in het tariefgereguleerde segment 77 procent van de praktijkkosten en arbeidskosten worden terugverdiend. De overige 23 procent moeten uit het vrije segment (ketens en M&I's) worden gehaald. Voor het veld een technisch lastig te volgen wijziging. De werkelijkheid is dat dit per zorggroep of huisartsenpraktijk verschilt. Per zorggroep of praktijk zal immers bekeken moeten worden of er in het verleden, bij het sluiten van de overeenkomst, rekening gehouden is met een vergoeding voor de praktijk- en arbeidskosten van de huisarts. De onderhandeling met enkele zorgverzekeraars lijken echter te stranden omdat deze er van overtuigd zijn dat er niets hoeft te worden 'opgeplust' in de tarieven. Sterker, omwille van behaalde efficiencylagen worden de keten en M&I tarieven zelfs eenzijdig naar beneden bijgesteld. Dit komt de kwaliteit van zorg niet ten goede. De NZa neemt met haar brief van 14 oktober, helaas, geen standpunt in over welke uitgangspunten om tot prijzen te komen logischer of beter zijn. Wat wel duidelijk uit de NZa-brief blijkt, is dat de praktijkkosten en arbeidskosten onbetwist onderdeel zijn van tariefafspraken die in het vrije segment moeten worden gemaakt. Maak dus duidelijk waarvoor wordt betaald of biedt daar in het onderhandelingsproces ruimte voor. Het helpt de onderhandeling niet door louter te stellen dat deze elementen al sinds 2010 onderdeel van de overeen gekomen tarieven zijn.

6. Beloon behaalde resultaten niet op basis van een kwartielsystematiek.

Al eerder hebben we onze zorgen geuit over de wijze waarop enkele prestaties in S3 (doelmatig voorschrijven en doelmatig verwijzen (op kleine chirurgie)) middels een zogenoemde systematiek van kwartielen worden beloond. Belonen op basis van kwartielen komt de kwaliteit van zorg om meerdere redenen niet ten goed, te weten:

- Het systeem bevat een perverse prikkel (overdrijving) ten koste van kwaliteit van zorg. In de voorgestelde kwartielsystematiek loont het voor een huisarts financieel om zo vaak mogelijk een bepaalde keuze te maken. Men is er bijvoorbeeld bij gebaat om steeds minder te verwijzen wat er uiteindelijk toe kan leiden dat patiënten die in het ziekenhuis thuishoren, daar niet komen. Daarmee is de kwaliteit van zorg niet langer leidend. Iets wat huisartsen absoluut niet willen.
- Het systeem stimuleert de achterblijvers niet. Huisartsen die vanuit een sterke achterstandspositie komen, zullen mogelijk vooraf al besluiten een beperkte inspanning te leveren, wetend dat ze relatief kansloos zijn. Wij vinden dat resultaatbeloning erop gericht moet zijn om de kwaliteit van zorg in zijn totaliteit te verbeteren. Door met name achterblijvers te stimuleren om zich te verbeteren en in mindere mate de top presteerders om het nog net een procentje beter te doen.
- Het systeem lokt een gevoel van onrechtvaardigheid uit bij gezamenlijke inspanning door de hele beroepsgroep. Vergelijk het met een schoolklas waar iedereen achten, negens en tiens haalt. Zoals zorgverzekeraars het voorstellen worden zij die een acht halen niet beloond voor hun prestatie. Een situatie die de kwaliteit van zorg niet ten goede komt.
- Uitwisseling van kennis & kunde worden ontmoedigd. Het loont als een collega minder goed presteert dan jijzelf. Stel dat het doel luidt 'minder doorverwijzen'. Dat kan onder meer worden gerealiseerd doordat een huisarts zich bekwaamt op een bepaald terrein (kennis en vaardigheden). Het systeem lokt uit dat die huisarts zijn kennis en vaardigheden voor zichzelf houdt en niet overdraagt aan collega's. De markt is dan gebaat bij informatie asymmetrie. Uitwisseling van kennis & kunde worden zo ontmoedigd.

Daar waar verzekeraars nu kiezen voor het belonen op basis van kwartielen is het vanuit het oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid beter om duidelijke afkappunten te hanteren zoals we die kennen bij het verdelen van de variabeliseringsgelden óf zoals die nu wel bij de prestatie voor Service en Bereikbaarheid wordt toegepast. Wij begrijpen heel goed dat dit gemakkelijker gezegd is dan gedaan. Wat een goed afkappunt is, vraagt onderzoek. Onderzoek kost tijd en tijd is niet iets wat we nog veel hebben voor de eerste stap in 2015 gezet wordt naar de nieuwe bekostiging.

Het belonen op basis van kwartielen kan om genoemde reden dusdanig slecht uitpakken voor de kwaliteit van zorg dat wij willen voorstellen, in ieder geval voor 2015, deze systematiek te herzien. InEen en de LHV zijn overigens bereid om samen met zorgverzekeraars overleg te voeren over de methodiek van afkappunten bij de prestatie doelmatig voorschrijven. Voor doelmatig verwijzen (op kleine chirurgie) moeten wij vaststellen op dit moment geen mogelijkheden te zien een reëel en gedragen afkappunt te formuleren. Daarmee beseffen wij gelijk dat de geormerkte gelden (112 mio) voor het belonen van resultaat en zorgvernieuwing zich beperken tot de prestaties voor S&B, (mogelijk) doelmatig voorschrijven en substitutie van zorg. Niet de gewenste start wellicht, maar wel een die perverse prikkels en veel onzekerheid zal wegnemen. Het geeft ons gezamenlijk de mogelijkheid om hier in 2015 bij de doorontwikkeling beter overleg over te voeren.

Wij vertrouwen er op dat met het benoemen van onze zorgpunten een constructief vervolg zal worden gegeven aan de uitwerking van afspraken die we gezamenlijk hebben gemaakt in het eerstelijns convenant. Vanzelfsprekend zijn wij ook bereid tot overleg en het geven van nadere toelichtingen.

Namens InEen,

M.J.W. Bontje

Namens de LHV,

Mevrouw E. Kalsbeek
Voorzitter LHV