



**zorg en inkomen**

Nederlandse Zorgautoriteit  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

Postbus 640  
7500 AP Enschede

[www.menzis.nl](http://www.menzis.nl)

<b>Datum</b>	<b>Doorkiesnummer</b>	<b>Faxnummer</b>	<b>Behandeld door</b>
29 mei 2009	(0317) 455 238	(0317) 455 958	Pascale Voermans

**Ons kenmerk**  
003\_09/PV/ns

**Onderwerp**  
reactie Visiedocument functionele bekostiging

Geachte heer, mevrouw,

In uw brief van 17 april 2009 nodigt u marktpartijen uit te reageren op het visiedocument 'Functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen'. Wij willen hier graag gebruik van maken.

Menzis is het eens met de gedachte om ketenzorg te stimuleren en daar waar mogelijk de zorg in de 1<sup>e</sup> lijn te verlenen. Wel plaatsen wij een aantal kanttekeningen bij de nieuw voorgestelde financieringsstructuur van functionele bekostiging.

1. Het bestaan van meerdere parallel lopende financieringsstructuren voor de komende periode leidt volgens ons tot verdergaande bureaucratie en ingewikkelde administratieve processen.
2. Het standpunt dat met de invoering van functionele bekostiging de dubbele financiering voorkomen wordt, onderschrijven wij niet. De ongelabelde consulten binnen de financiering van huisartsenzorg blijven immers voorlopig bestaan. Ook de samenloop van behandeling in zowel de 1<sup>e</sup> lijn als de 2<sup>e</sup> lijn blijft, net als nu, ter controle van de zorgverzekeraar. De verschillen in declaraties tussen de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn (respectievelijk per kwartaal en per jaar) zullen altijd tot risico's voor dubbele financiering leiden.
3. De samenhang tussen de financiering van ketenzorg en de gevolgen daarvan voor de huisartsenfinanciering is groot (zie ook kanttekening 2). Veranderingen in die huisartsenfinanciering zijn een voorwaarde om verantwoord en zonder een te groot risico op "dubbele bekostiging" functionele bekostiging in de vorm van keten-dbc's te kunnen invoeren.
4. Als uitgangspunt voor functionele bekostiging wordt de Zorgstandaard voor de betreffende chronische zorgvorm genomen. Hiermee wordt aangegeven dat dit de noodzakelijke zorg is voor de betreffende doelgroep. Echter niet alle zorg zoals omschreven in de Zorgstandaard maakt deel uit van de Basisverzekering. Hierdoor kan de ketenzorg niet integraal worden ingekocht. Menzis pleit er voor deze zorg, als voldaan kan worden aan bepaalde voorwaarden (zoals evidence based), in de Basisverzekering op te nemen.
5. De markt is nog niet klaar voor functionele bekostiging; er zijn nog nauwelijks multidisciplinair georganiseerde aanbieders waar verzekeraars kunnen inkopen: aanbieders die vraaggericht, vanuit een multidisciplinaire kijk op zorg en met regionale kennis kunnen werken. Ook het groeiend aantal monodisciplinaire organisaties van m.n. huisartsen zal nog een slag moeten maken naar meer multidisciplinair en vraaggericht werken. Het uitgangspunt dat de zorg bij één hoofdaannemer ingekocht moet worden, kan hiermee onder druk komen te staan. Bij het omschrijven van de prestatie moet voor de zorgverzekeraar de mogelijkheid blijven bestaan om de zorg bij verschillende aanbieders in te kopen. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk dat de ingekochte zorg op elkaar afgestemd is, in de keten geleverd wordt en voldoet aan wat omschreven is in de Zorgstandaard.



Datum  
29 mei 2009

Ons kenmerk  
003\_09/PV/ns

Pagina  
2/2

**zorg en inkomen**

6. Er bestaat een potentieel gevaar van versnippering als de genoemde zorgproducten bij verschillende contractpartijen ingekocht worden. Hiermee samenhangend is er naar ons idee te weinig aandacht voor de problematiek van co- en multimorbiditeit.
7. Het voornemen om de beleidsregel Geïntegreerde Eerstelijns Zorg met ingang van 2011 te laten vervallen en met de afbouw hiervan in 2010 te beginnen, ontmoedigt zorgaanbieders zich (kleinschalig) in gezondheidscentra te organiseren. Menzis vindt dit een slechte ontwikkeling en dringt aan op een vergelijkbaar alternatief voor de beleidsregel GEZ en het aanhouden van de huidige beleidregel gedurende de overgangsfase.

Onze conclusie is dat niet alle heil verwacht moet worden van het instrument functionele bekostiging. De kern is het belonen van geïntegreerde en patiëntgerichte zorg en dat is nu ook al mogelijk. Het invoeren van functionele bekostiging en de daarmee samenhangende wijzigingen in de bekostiging van de huisartsenzorg vraagt een zeer zorgvuldig pad. Het tempo waarin men voornemens is de wijzigingen door te voeren, is naar onze mening te hoog.

Met vriendelijke groet,

Pascale Voermans  
manager Zorgprogramma's en Inkoop 1e lijn