

Antwoorden:

[Consultatievraag 1:](#)

Hoe beoordeelt u de resultaten van de economische analyse in hoofdstuk 5 van de visie, en de bredere toepasbaarheid daarvan op geïntegreerde eerstelijnszorg in zijn algemeenheid?

De marktmacht van de Zorggroepen wordt overschat en die van de zorgverzekeraars wordt onderschat. De angst voor misbruik van marktmacht door zorggroepen wordt daarom ook overschat. De werkelijkheid is dat vrijwel alle marktmacht bij de zorgverzekeraars ligt. Zij bepalen tegen welke tarieven zij inkopen, waar de zorgprestatie precies uit moet bestaan, wat de verantwoordingsisen zijn, etc. Zorgaanbieders 'mogen' tekenen bij het kruisje.

Hoewel het aantal artsen in een zorggroep soms meer dan 100 is, is de organisatiegraad gering. Met veel moeite zijn de zorggroepen geformeerd met als doel om met z'n allen 1 ketenzorg programma mogelijk te maken en investeringen haalbaar te maken. Het is gebleken dat deze zorggroepen, vanwege de lage organisatiegraad, nauwelijks in staat zijn om er een tweede of een derde zorgprogramma bij te doen. Daar moeten ze nog wat mee. Zorgverzekeraars hebben daarentegen een zeer professionele zorginkoop apparaat die uit vele managementlagen bestaat (Directeur Zorginkoop, diverse managers inkoop (HA, Apo, Paramedisch), vele relatiebeheerders, etc.).

De organisatiegraad van zorggroepen is dus veel te laag om een machtsfactor van enige betekenis te kunnen zijn.

[Consultatievraag 2:](#)

Hoe beoordeelt u de analyse van de invulling van de regierol in paragraaf 6.3 van de visie, en de bredere toepasbaarheid daarvan op geïntegreerde eerstelijnszorg in zijn algemeenheid?

De invulling van de regierol is vooral afhankelijk van de organisatiegraad.

Wanneer de organisatiegraad laag is, zoals bij de meeste zorggroepen, is het logisch dat de huisarts de regierol op zich neemt. De redenen hiervoor zijn:

- De huisarts is medisch dossierhouder; de andere zorgverleners niet.
- De huisarts heeft een vertrouwensrelatie met de patiënt. Deze relatie moet niet worden onderschat. Een patiënt zal eerder van apotheek, fysio of zelfs van zorgverzekeraar willen wisselen dan van huisarts.

Wanneer de organisatiegraad hoog is, met professioneel management zoals bij gezondheidscentra, is het logisch dat de regie bij de organisatie ligt. Daar houden de huisartsen en andere eerste lijn zorgverleners, zich in multidisciplinair verband, volledig bezig met medische zorg en wordt het regelwerk door anderen gedaan. Dit model verdient de voorkeur aangezien zorgverleners zich dan volledig kunnen bezig houden met zorg i.p.v. geregeld. Gezien de toenemende schaarste aan zorgverleners, zou er geen zorgcapaciteit verloren mogen gaan aan organisatorische werkzaamheden.

Consultatievraag 3:

Welke maatregelen acht u van belang om toetredingsdrempels tot de markt voor geïntegreerde eerstelijnszorg te verlagen, indien functionele bekostiging daar geïntroduceerd wordt (zie paragraaf 6.3. van de visie)?

Toetreding door vele andere huisartsen is wat mij betreft de beste oplossing. Het idee van Klink om de beperkte instroom van studenten voor een medicijnenstudie af te schaffen is tot nog toe zijn beste idee. Wanneer er veel meer artsen zouden zijn, kan er pas sprake zijn van concurrentie en echte marktwerking. Nu zijn patiënten vaak al blij als ze zich bij een huisarts kunnen inschrijven.

Wederom maak ik een onderscheid tussen een lage organisatiegraad en een hoge organisatiegraad.

Bij een lage organisatiegraad:

(zorgverleners zijn hier zelfstandige & onafhankelijke zorgverleners).

Andere hulpverleners als hoofdaannemer lijkt mij praktisch onuitvoerbaar om de volgende redenen:

- De huisarts is generalist en heeft als enige zorgverlener een compleet beeld van de patiënt. Iemand kan weliswaar een chronische ziekte hebben, maar er speelt vaak ook meer. Alleen de huisarts heeft dit overzicht.
- De band tussen huisarts en patiënt is het sterkst t.o.v. andere zorgverleners; wanneer een andere zorgverlener hoofdaannemer zou zijn kan deze de patiënt bijvoorbeeld niet naar een andere huisarts sturen; de patiënt kiest dan eerder voor zijn eigen huisarts dan voor een zorggroep.
- De eigen huisarts is degene die de diagnose stelt waarvoor iemand in aanmerking kan komen tot een ketenzorg programma en kan daarom als enige de DBC openen.

Bij een hoge organisatiegraad is het logisch dat deze organisatie de hoofdaannemer is. Hierdoor kan de organisatie samen met andere zorgverleners professioneel worden opgezet en kunnen zorgverleners zich volledig bezig houden met het leveren van zorg.

Toetreding tot de markt van geïntegreerde eerste lijnszorg (Gezondheidscentra) is altijd al goed mogelijk geweest en is dat nog steeds. Zorgverleners dienen dan wel bereid te zijn hun onafhankelijkheid op te geven en in een multidisciplinaire omgeving geïntegreerde eerste lijns zorg te willen leveren en zich gezamenlijk te richten op de lokale behoefte. Deze vorm brengt wel extra kosten met zich mee, die wel op de een of andere manier gefinancierd moet kunnen worden; hiervoor bestaat nu nog de eerste lijns module.

Consultatievraag 4:

Welke maatregelen acht u van belang om transparantie van de markt voor geïntegreerde eerstelijnszorg te verhogen, indien functionele bekostiging daar geïntroduceerd wordt (zie paragraaf 6.3. van de visie)?

Door gestandaardiseerde ICT systemen, standaardisatie van zorgproducten en zorgprestaties kan transparantie worden verkregen over de zorgverlening, dit voor zowel doelmatigheid als effectiviteit van de geleverde zorg.

Het definiëren van prestatie indicatoren moet echter wel in 1 keer goed gaan. 1 vast standaard en 1 vast systeem en niet steeds andere, anders jaagt dit iedereen op kosten en zal hierdoor kostbare zorgcapaciteit verloren gaan worden.

Consultatievraag 5:

Welke gegevens zouden voor u van belang zijn voor het verhogen van de transparantie van de markt? Bijvoorbeeld gegevens ten aanzien van kwaliteit, prijs of aangeboden diensten.

Wij zijn een voorstander van transparantie van geleverde zorg, kwaliteit van zorg, prijs en aangeboden diensten van alle zorgaanbieders. Wij willen hiermee onze eigen professionals en organisatie-onderdelen benchmarken en zodoende onszelf blijven verbeteren.

Er moet ook transparantie zijn bij de zorgverzekeraars. Bijvoorbeeld welk percentage van het zorggeld besteed is aan zorg, aan zorginnovatie, aan preventie, aan televisie reclames en welke besparing realiseren zij met zorgprogramma's etc. Ook de resultaten van hun beleid (kwaliteit van zorg, vernieuwing etc.) dienen transparant te zijn zodat de andere partijen ervan kunnen leren.

Consultatievragen prestaties

Consultatievraag 6:

Hoe beoordeelt u de conclusie van de NZa in paragraaf 7.1 van de visie dat de huidige grenzen van de aanspraak in termen van basisverzekering/aanvullende verzekering een potentiële belemmering vormen bij het opstellen van prestatie van chronische zorgvormen?

Daar ben ik het mee eens. Grote belemmering als zaken die bij een Chronische ketenprogramma niet in de basis, maar alleen in de aanvullende verzekering zitten; chronische zorgvormen moeten daarom leidend zijn en wat in het verzekeringspakket moet zitten moet daaraan volgend zijn.

Consultatievraag 7:

Hoe wordt in uw ervaring tot dusver omgegaan met situaties waarin de inhoud van een zorgprogramma over de schotten van de aanspraak reikt?

Dit gaat zeer moeizaam. Per verzekeraar moeten specifieke afspraken gemaakt worden, waar zij vaak ook niet zo snel raad mee weten. Een grote diversiteit aan afspraken is voor zorgverleners ook onwerkbaar. Er is geen gezamenlijk beleid of vastgestelde richtlijn.

Consultatievraag 8:

Hoe beoordeelt u de conclusie van de NZa in paragraaf 7.1 van de visie dat de huidige grenzen van de aanspraak in termen van schotten tussen de eerste en tweede lijn een potentiële belemmering vormen bij het opstellen van prestaties van chronische zorgvormen?

Daar ben ik het mee eens. Het is zelfs meer dan een potentiële belemmering.

Consultatievraag 9:

Hoe wordt in uw ervaring tot dusver omgegaan met situaties waarin de inhoud van een zorgprogramma over de schotten van de eerste lijn reikt?

Het zal voor een eerste lijn DBC moeilijk zijn om afspraken te maken met de tweede lijn. In de huidige systematiek kunnen zij bij verwijzing van patiënten nu een eigen DBC openen.

Consultatievraag 10:

Hoe beoordeelt u de conclusie van de NZa in paragraaf 7.2 van de visie dat voor de uitwerking van de prestatie gekozen zou kunnen worden voor een tussenvorm van een algemene en een strikt omschreven prestatie?

Daar ben ik het mee eens. Goed omschreven zorgprestaties zijn belangrijk, maar gemotiveerd afwijken zal mogelijk moeten blijven.

Het is daarom te overwegen om per prestatie een basis ++ voor te schrijven. Een basis te beschrijven, die gemotiveerd opgeplust kan worden.

Bij het uitgaan van een gemiddelde tarief zullen er altijd partijen zijn die hiervan profiteren en weer anderen hier nadeel aan ondervinden; denk hierbij aan verlichtende factoren als zelfmedicatie bij een welgestelde wijk en aan verzwarende factoren in een achterstandswijk en bij terminale patiënten.

De basis ++ zou moeten gelden voor zowel de beschrijving van voor de zorgprestatie als ook het tarief.

Algemene opmerking:

Bij de tarifiering van DBC's dient er ook rekening gehouden te worden met complicerende factoren, zoals die in achterstandswijken een rol van betekenis spelen en wijken met veel hoog bejaarden.

Factoren als meer tijd per consult/verrichting, veel no show gevallen, veelvuldig oproepen en achterna zitten van patiënten, gebrek aan therapietrouw, etc. zijn duidelijk verzwarende en kostenverhogende factoren.