

Uitvoeringstoets

Meer ruimte voor samenwerking in de acute zorg

Naar een patiëntgerichte bekostiging van acute generalistische zorg

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	13
1.1 Aanleiding	13
1.2 Probleemstelling	13
1.3 Doelstelling & resultaten	14
1.4 Aanpak	14
1.5 Projectscope	15
2. Uitgangspunten	17
2.1 Kwalitatieve, betaalbare en toegankelijke acute zorg	17
2.2 Definities van bekostiging	17
2.3 Onderscheid acute zorg – niet acute zorg	19
2.4 Onderscheid generalistische zorg – specialistische zorg	20
2.5 Afbakening en raakvlakken met andere bekostiging	22
2.6 Gevolgen voor de voorkeursvariant van de minister	23
3. Het bekostigingsmodel	25
3.1 Hoe generalistische zorg te bekostigen	25
3.1.1 Generalistische zorg overdag	25
3.1.2 Generalistische zorg in de ANW	25
3.2 Prestaties	27
3.3 Vormgeven beschikbaarheid	27
3.3.1 Type beschikbaarheidvergoeding	27
3.3.2 Aan en door wie beschikbaarheidvergoeding toekennen	28
3.3.3 Overzicht en gevolgen voorgestelde bekostiging	33
3.4 Financiering en tarieven	33
3.5 Gevolgen voor andere bekostigingssystemen	36
3.6 Toets publieke belangen	38
3.6.1 Analyse kader	38
3.6.2 Kwaliteit	38
3.6.3 Toegankelijkheid	39
3.6.4 Betaalbaarheid	39
4. Inkomenseffecten	41
4.1 Statische effecten	41
4.2 Dynamische effecten	44
5. Aanvullende vragen	47
5.1 Eigen betalingen	47
5.2 Aanvullende diagnostiek	49
6. Transitie en fasering	51
6.1 Overgangsregime	51
6.2 Tijdpad	53
Bijlage 1. Het verzoek van VWS	55
Bijlage 2. De leden van de expertgroep	59

Vooraf

De uitvoeringstoets 'Meer ruimte voor samenwerking in de acute zorg' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de invoering van functionele prestatiebekostiging in de generalistische zorg is een vervolg op een eerdere uitvoeringstoets van de NZa: 'Met Spoed!', die in februari 2008 is uitgebracht. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de NZa in februari 2009 gevraagd om een aantal vraagstukken over de acute zorg nader te onderzoeken. Waar 'Met Spoed!' zich op de hele keten van acute zorg richtte, beperkt deze uitvoeringstoets zich tot generalistische zorg.

De uitvoeringstoets geeft weer hoe en onder welke voorwaarden kan worden overgegaan tot invoering van functionele prestatiebekostiging van generalistische zorg in de avond-, nacht- en weekenduren.

Voor de belangrijkste bevindingen verwijzen wij naar de managementsamenvatting.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. drs. C.C. van Beek MCM
lid Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

In februari 2008 heeft de NZa op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (de minister) het advies 'Met spoed!' geschreven over aanpassingen in de keten van acute zorg die kunnen leiden tot een doelmatigere organisatie van kwalitatief goede zorg aan de consument. De minister heeft de NZa in reactie op dit advies in februari 2009 verzocht om een advies over een functionele bekostiging van de acute basiszorg. In deze uitvoeringstoets adviseert de NZa de minister hierover binnen de grenzen die de minister in zijn verzoek heeft aangegeven.

Acute basiszorg wordt door huisartsen, huisartsendienstenstructuren (HDS-en) en door de afdeling spoedeisende hulp (SEH) van ziekenhuizen aangeboden. Het begrip basiszorg wekt bij sommige partijen verwarring. In deze uitvoeringstoets wordt daarom gesproken over generalistische medische zorg (kortweg: generalistische zorg), in tegenstelling tot medisch specialistische zorg (kortweg: specialistische zorg). Het reguleringskader kent voor deze zorgaanbieders verschillende bekostigingsmodellen. In tabel 1 worden deze modellen schematisch weergegeven:

Tabel 1. Huidige bekostiging van acute generalistische zorg

Zorgaanbieders	Kantooruren	ANW
Huisarts	Inschrijftarief + verrichtingen huisartsenzorg	Verrichtingen huisartsenzorg in de ANW
HDS ¹	Indien open: verrichtingen huisartsenzorg	Budgetbekostiging HDS-en + verrekenarieven
Ziekenhuis (SEH)	FB-budget/DBC's	FB-budget/DBC's

De schotten in de bekostiging veroorzaakt twee problemen:

- De bekostiging is gefragmenteerd en niet gelijk voor alle zorgaanbieders.
- De huidige bekostiging faciliteert samenwerking en taakherschikking tussen de eerste en de tweede lijn niet.

In 'Met Spoed!' heeft de NZa al uiteengezet dat deze schotten in de bekostiging een negatief effect hebben op de doelmatigheid en de patiëntgerichtheid van de acute generalistische zorg.

Voor de bekostiging dient duidelijk te zijn welke zorg precies onder deze definitie valt. In 'Met Spoed!' heeft de NZa acute generalistische zorg globaal omschreven als: 'Acute basiszorg omvat de spoedeisende generalistische zorg die doorgaans door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts kan worden verleend. In de praktijk verlenen ook huisartsenposten (in de ANW-uren) en SEH's (zowel overdag als in de ANW-uren) deze acute basiszorg.'²

Uit de discussies met het veld en met experts komt naar voren dat een scherpe afbakening op medisch inhoudelijke gronden moeilijk te maken valt. Zo kan in de eerste plaats geen onderscheid gemaakt worden tussen acute en niet-acute generalistische zorg. Weliswaar hanteren zorgaanbieders in de praktijk protocollen om bij de behandeling van

¹ Inclusief geïntegreerde spoedposten: dit zijn samenwerkingsverbanden van HDS en SEH.

² Zie NZa, 'Met spoed!', februari 2008, blz. 63.

patiënten prioriteiten te stellen, maar deze protocollen zijn onvoldoende scherp om voor de bekostiging een afgebakende prestatie van acute generalistische zorg te maken. Ook kan een zorgverzekeraar de urgentiebepaling achteraf niet goed toetsen.

De NZa concludeert daarom dat zij bij de bekostiging en de vaststelling van prestaties geen onderscheid kan maken tussen acute en niet-acute zorg. Daarom wordt in dit stuk, waar het de bekostiging van generalistische zorg en specifiek de prestaties betreft, niet gesproken over acute generalistische zorg, maar over generalistische zorg. Daarbij wordt wel steeds in het achterhoofd gehouden dat de toegankelijkheid van generalistische zorg vanwege acute zorgvragen op alle momenten van de dag moet zijn geborgd.

De NZa vindt het wel mogelijk om voor de bekostiging van de generalistische zorg een pragmatisch onderscheid te maken naar het tijdstip van de dag waarop de zorg wordt verleend. Generalistische zorg kan worden ingedeeld naar de zorg die overdag gedurende de week wordt verleend (kantooruren) en de generalistische zorg die in de avond, nacht en weekend (ANW-uren) wordt geboden. Dit pragmatische onderscheid maakt het mogelijk om de beschikbaarheid van acute generalistische zorg 24 uur per dag op doelmatige en patiëntgerichte wijze te bekostigen.

Dat de NZa geen onderscheid kan maken tussen acute en niet-acute zorg bij het vaststellen van prestaties, betekent niet dat beide typen zorg altijd verzekerde zorg zijn. Het CVZ gaat er vanuit dat in de ANW alleen een aanspraak bestaat op acute generalistische zorg. Het CVZ kan voorwaarden formuleren die bepalen of zorg verzekerd is of niet. Zo kan het CVZ bepalen dat alleen zorg van aanbieders die triage toepassen en alleen urgente gevallen behandelen, verzekerde zorg is.

In de tweede plaats is het onderscheid tussen generalistische zorg en specialistische zorg op medisch inhoudelijke gronden niet voldoende scherp te maken. Een dergelijk onderscheid is vooral van belang voor de bekostiging van de SEH die beide typen zorg levert. Het administratieve onderscheid tussen deze zorgvormen kan wel worden gemaakt door bepaalde zorgactiviteiten uitdrukkelijk als generalistische zorg aan te merken.

De NZa adviseert de minister daarom de voor de bekostiging van de generalistische zorg noodzakelijke afbakening te baseren op het onderscheid generalistische zorg tijdens kantooruren en generalistische zorg in de ANW-uren. De NZa adviseert een groep van zorgactiviteiten aan te wijzen, die voor de bekostiging tot de prestatie generalistische zorg behoren. In 2010 kan de NZa onderzoek doen naar zorgactiviteiten die voor de bekostiging tot de generalistische zorg behoren, zodat functionele bekostiging van generalistische zorg bij ziekenhuizen kan worden ingevoerd.

Uitgangspunten en analysekader

Bij de verdere inrichting van een doelmatige en patiëntgerichte bekostiging staat het belang van het behoud van toegankelijke, kwalitatief goede acute generalistische zorg in heel Nederland voorop. Nederland heeft een landelijk dekkend systeem van kwalitatief hoogwaardige generalistische zorg. Een nieuwe bekostiging moet deze verworvenheid blijven waarborgen.

Verdere specifieke uitgangspunten voor de in deze uitvoeringstoets geadviseerde bekostiging zijn:

- Het uitgangspunt van functionele bekostiging betekent dat de zorgvraag van de patiënt leidend is en niet de organisatie van de zorgverlener.
- Er is sprake van prestatiebekostiging, waarbij de vergoeding van de zorgaanbieder direct gerelateerd is aan het leveren van prestaties.
- Er gelden landelijke maximumtarieven voor de zorgprestaties.

Het bekostigingsmodel

De NZa adviseert de minister om de acute generalistische zorg overdag te bekostigen uit de reguliere huisartsenbekostiging, zoals ook in het huidige bekostigingskader het geval is. Deze bekostiging zou ook van toepassing moeten worden op incidentele generalistische zorg geleverd door het ziekenhuis.³ In dit advies richt de NZa zich verder een uniforme bekostiging van de (acute) generalistische zorg in de ANW-uren voor alle zorgaanbieders van deze zorg.

Voor de generalistische zorg in de ANW-uren adviseert de NZa in de eerste plaats om in de bekostiging de prestaties 'telefonisch consult', 'consult' en 'visite' te gebruiken. Deze prestaties, die ook al in de bekostiging van de HDS-en wordt gehanteerd, maken het mogelijk dat de kosten en het tarief voor de zorg op een hoog geaggregeerd niveau aan elkaar kunnen worden gerelateerd. Voor deze prestaties zal de NZa landelijke maximum tarieven vaststellen op basis van een model, dat uitgaat van de in het verleden gerealiseerde kosten en rekening houdt met de ontwikkeling van de kosten in de zorg. Daartoe zal de NZa de tarieven eens per twee jaar herberekenen.

De NZa stelt de minister ook voor om een aparte prestatie en tarief te introduceren om de beschikbaarheid van de zorg in de ANW-uren te borgen. Daarbij adviseert de NZa de beschikbaarheid via een beschikbaarheidstarief toe te kennen aan samenwerkingsverbanden van huisartsen (HDS-en of waarneemregelingen) die aan nog te formuleren kwaliteits- en toegankelijkheidseisen voldoen. De omvang van de beschikbaarheidsvergoeding die een huisartsensamenwerkingsverband ontvangt is daarmee afhankelijk van het aantal participerende huisartsen en de daarbij ingeschreven patiënten. De NZa adviseert de beschikbaarheidsvergoeding aan samenwerkingsverbanden van huisartsen toe te kennen omdat:

- de NZa het wenselijk vindt dat uit oogpunt van doelmatigheid huisartsen 24/7 verantwoordelijk blijven voor generalistische zorg en dat huisartsen de middelen (beschikbaarheidsvergoeding) moeten krijgen, om aan deze zorgplicht te kunnen voldoen;
- gezien het aantal aanbieders, de zorgplicht van huisartsen en de kosten van (beschikbaarheid) van generalistische zorg in de ANW, is aanwijzing door de minister van de partijen die een beschikbaarheidsvergoeding moeten ontvangen niet nodig;
- huisartsen de meeste kennis hebben over lokale omstandigheden en het doelmatig invullen van generalistische zorg in de ANW;
- een representatiemodel, dat nodig is wanneer zorgverzekeraars bepalen welke aanbieders een beschikbaarheidsvergoeding, onwenselijk is uit oogpunt van de concurrentieverhoudingen.

Om de toegankelijkheid van generalistische zorg in de ANW te borgen, moeten er toelatingseisen komen voor:

- huisartsensamenwerkingsverbanden en bij
- partiële wederzijdse contracteerplicht tussen huisartsensamenwerkingsverbanden en zorgverzekeraars voor de beschikbaarheid van generalistische zorg in de ANW.

³ De NZa werkt aan een aparte uitvoeringstoets over de bekostiging van de reguliere huisartsenzorg. Publicatie van dit advies is gepland voor 2010.

Het voorgestelde bekostigingsmodel voor de (acute) generalistische zorg ziet er in tabelvorm dan als volgt uit:

Tabel 2. Voorgestelde bekostiging generalistische zorg

Zorgaanbieder	Kantooruren	ANW
Huisarts	Prestaties generalistische zorg overdag (nu inschrijftarief + verrichtingen)	Prestaties generalistische zorg in de ANW
HDS / waarneemregeling ⁴	Prestaties generalistische zorg overdag (als HDS ook tijdens kantooruren open is, als verlengde arm van de huisarts)	Prestaties generalistische zorg in de ANW + beschikbaarheidvergoeding
Ziekenhuis (SEH)	Prestaties generalistische zorg overdag (tarief voor incidentele zorg)	Prestaties generalistische zorg in de ANW

De voorgestelde beschikbaarheidvergoeding wordt vormgegeven via een beschikbaarheidstarief. Een dergelijk tarief kan als een inschrijftarief op basis van de huidige Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) worden vastgesteld. Deze vorm van beschikbaarheidvergoeding onderscheidt zich hiermee van de beschikbaarheidvergoeding die buiten de reguliere prestatieregulering om via een wetswijziging van de Wmg wordt voorgesteld.

De voorgestelde bekostiging maakt het voor aanbieders van generalistische zorg in de ANW mogelijk om winst uit te keren: onder de huidige budgetsystematiek is dit niet toegestaan. Aanbieders lopen onder prestatiebekostiging ook het exploitatierisico.

De hoogte van het beschikbaarheidstarief

De NZa normeert de hoogte van het beschikbaarheidstarief. Deze is afhankelijk van de regionale omstandigheden. Uit onderzoek in opdracht van de NZa blijkt dat de bevolkingsdichtheid de belangrijkste factor is voor het verklaren van kostenverschillen tussen zorgaanbieders in de verschillende regio's. De bevolkingsdichtheid kan heel goed bepaald worden op basis van de woonlocatie (postcode) van patiënten in het adherentiegebied van de regionale zorgaanbieder. Om de regionale verschillen goed in kaart te brengen, zal in 2010 aanvullend onderzoek naar de kosten moeten worden uitgevoerd.

De kosten van (acute) generalistische zorg in de ANW-uren zijn grotendeels vaste kosten voor het in stand houden van een minimale bezetting. Een relatief hoge vaste vergoeding borgt de toegankelijkheid van zorg in gebieden waar het zorgvolume relatief laag is, terwijl een relatief lage variabele vergoeding de prikkel voor zorgaanbieders om meer te gaan produceren dan het sociale optimum beperkt. Dit bevordert de betaalbaarheid en daarmee ook de doelmatigheid. De NZa adviseert daarom een significant deel (50%) van de kosten van de acute generalistische zorg in de ANW-uren via een beschikbaarheidvergoeding te bekostigen.

Het door de NZa voorgestelde model borgt in hoge mate de publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Het model geeft zorgverzekeraars de instrumenten om toegankelijke en kwalitatief goede zorg in te kopen en bevat prikkels die de doelmatigheid van de generalistische zorg bevorderen en de macrobetaalbaarheid borgen.

⁴ Inclusief geïntegreerde spoedposten.

Inkomenseffecten

In de nieuwe bekostiging worden de doelmatige tarieven bepaald op basis van de kosten van zorgaanbieders. Voor de tariefbepaling wordt vooral gekeken naar de HDS-en. De kostenstructuur van andere zorgaanbieders van generalistische zorg is onvoldoende transparant om meegenomen te kunnen worden. De minister wil de nieuwe bekostiging macrobudgettair neutraal doorvoeren. Voor de gemiddelde HDS zal de hoogte van het inkomen nauwelijks veranderen. Toch kan de herijking van de tarieven tot inkomensverschuivingen leiden. Afhankelijk van de specifieke omstandigheden kan het inkomen van de individuele HDS tot circa 10% toe- of afnemen. Dit is mede een gevolg van de beoogde doelmatigheid van de bekostiging.

Voor ziekenhuizen zal de introductie van functionele bekostiging tot een daling van de opbrengsten uit generalistische zorg leiden. De kosten van een SEH dalen echter niet door de introductie van een nieuwe bekostiging. De kosten van de SEH zorg zullen in het kostenmodel voor DBC's aan andere producten worden toegerekend, waardoor de prijzen van die producten zullen stijgen. Zolang de introductie van functionele bekostiging van generalistische zorg niet tot doelmatigheidswinst bij ziekenhuizen leidt, zullen de totale kosten (en opbrengsten) van ziekenhuizen niet dalen. Omdat niet alle ziekenhuizen in gelijke mate generalistische zorg leveren, zal de introductie van functionele bekostiging wel tot verschuivingen in opbrengsten tussen ziekenhuizen leiden. Aangezien het onbekend is hoe de verdeling van generalistische zorg tussen ziekenhuizen onderling is, kan niet worden bepaald wat de inkomenseffecten voor individuele instellingen zijn.

Aanvullende vragen

De minister heeft de NZa ook om advies gevraagd over de mogelijkheid van een eigen bijdrage voor patiënten die vanwege de lage urgentie van hun zorgvraag ten onrechte beroep op de acute zorgfaciliteiten doen. Een eigen bijdrage voor patiënt kan het gebruik van de acute zorgvoorzieningen in beperkte mate sturen. De NZa adviseert de minister echter om geen specifieke eigen bijdrage voor de verzekerde zorg die door een SEH wordt geleverd te introduceren. Zo'n bijdrage is niet in lijn met het uitgangspunt van functionele bekostiging. Bovendien verwacht zij dat de noodzaak om uit macrobudgettaire overwegingen de patiëntenstroom van de SEH weg te sturen zal vervallen omdat de functionele prestatiebekostiging in zichzelf voldoende prikkels tot doelmatigheid zal opleveren. Een generieke eigen bijdrage die voor alle generalistische zorg geldt, kan echter overwogen worden als na introductie van de nieuwe bekostiging het zorgvolume in de ANW-uren onverwacht sterk zou toenemen.

Een tweede aanvullende vraag van de minister betreft de mogelijkheid van huisartsen om bij medisch specialisten in ziekenhuizen in de ANW-uren aanvullende diagnostiek aan te vragen. Huisartsen kunnen dit alleen overdag doen en moeten patiënten in de ANW-uren daarvoor formeel doorverwijzen naar een medisch specialist. Voor de bekostiging betekent dit dat deze diagnostische verrichtingen overdag als generalistische zorg en in de ANW als specialistische zorg wordt getarifeerd. Dit is ondoelmatig. Alle aanvullende diagnostiek in de generalistische zorg zou gelijk moeten worden bekostigd. De NZa adviseert de minister om eenzelfde generalistische zorg tarief te rekenen voor zowel aanvullende diagnostiek in de eerste lijn als in de tweede lijn.

Overgangsregeling en tijdpad

De NZa adviseert om de functionele bekostiging voor de generalistische zorg gefaseerd in te voeren. In het overgangstraject wordt op twee manieren rekening gehouden met de huidige positie van zorgaanbieders:

- een gedifferentieerde tijdspad om de bekostiging in te voeren voor enerzijds huisarts en HDS en anderzijds voor de SEH en;
- een geleidelijke invoering van de nieuwe tarieven.

Als een eerste stap kan deze bekostiging voor de eerstelijnsaanbieders (HDS-en en huisartsen) per 2011 worden ingevoerd, nadat (in 2010) het benodigde aanvullende kostenonderzoek is gedaan, de beleidsregels zijn opgesteld en de tarieven zijn vastgesteld.

In 2012 zou de functionele bekostiging als een tweede stap ook bij de ziekenhuizen ingevoerd kunnen worden. Voor de ziekenhuizen is een langer traject wenselijk. Eerder dan 2012 lijkt niet goed realiseerbaar, omdat onderscheid tussen generalistische zorg en specialistische zorg nog zijn beslag moet krijgen. Ook worden ziekenhuizen al geconfronteerd met grote veranderingen in de bekostigingssystematiek van de specialistische zorg. De transitie naar functionele bekostiging moet worden ingepast in het transitietraject van de prestatiebekostiging bij ziekenhuizen: er moet steeds op worden gelet dat de totale bekostiging van ziekenhuizen afdoende is.

De NZa stelt ook voor om gedurende een transitie van drie jaar voor bestaande zorgaanbieders de bekostiging deels te baseren op het historisch budget en deels op de nieuwe bekostiging, waarbij de nieuwe bekostiging een steeds grotere rol speelt (zogenaamd Z-waarde model). Hoewel de definitieve inkomenseffecten pas bekend worden nadat het model op basis van gegevens op huisartsenpostniveau is uitgevoerd, verwacht de NZa dat de inkomenseffecten van de tarieven op basis van de echte kosten voor sommige zorgaanbieders groot zijn. Een transitietraject is dan redelijk.

De onderstaande tabel 4 geeft het tijdspad naar een functionele prestatiebekostiging van de generalistische zorg chronologisch weer.

Tabel 3. Tijdspad invoering functionele prestatiebekostiging generalistische zorg

Wat?	Wie?	Wanneer/uiteindelijk?
Opleveren uitvoeringstoets	NZa	december 2009
Opstarten kostenonderzoek op HAP-niveau	NZa	januari 2010
Nadere studie onderscheid generalistische zorg - specialistische zorg	NZa	januari t/m december 2010
Keuze voor definitief model + aanwijzing	VWS	februari 2010
Uitwerken model in beleidsregels	NZa	maart t/m juni 2010
Aanpassen Wmg en Zvw	VWS/ wetgever	1 juli 2010
Vaststellen hoogte tarieven	NZa	1 oktober 2010
Start functionele prestatiebekostiging voor eerstelijnszorgaanbieders		1 januari 2011
Aanwijzing over definiëren generalistische zorg in ziekenhuis	VWS	januari 2011
Aanpassen beleidsregels voor functionele bekostiging generalistische zorg door SEH	NZa	januari t/m juni 2011
Start functionele prestatiebekostiging voor alle zorgaanbieders		1 januari 2012

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In 2008 heeft de NZa op verzoek van de minister een advies geschreven over een beleid dat de doelmatige en patiëntgerichte inrichting van de keten acute zorg stimuleert: *'Met Spoed!'*. Deze uitvoeringstoets is hier een vervolg op, opnieuw op verzoek van de minister. De minister heeft de NZa verzocht om een advies over een functionele bekostiging van de acute basiszorg. Het begrip basiszorg wekt bij sommige partijen verwarring. In deze uitvoeringstoets wordt daarom gesproken over generalistische medische zorg (kortweg: generalistische zorg), als tegenstelling voor medische specialistische zorg (kortweg: specialistische zorg).

Nederland heeft een landelijk dekkend systeem van kwalitatief hoogwaardige acute generalistische zorg. Een nieuwe bekostiging moet deze verworvenheid blijven waarborgen. Het huidige bekostigingssysteem kent echter een tweetal problemen: de bekostiging is niet gelijk voor alle zorgaanbieders en de huidige bekostiging werkt samenwerking en taakherschikking tussen de eerste en de tweede lijn tegen. Behalve deze inhoudelijke problemen van de huidige bekostiging van acute generalistische zorg, is deze nog gebaseerd op de wetgeving van voor de introductie van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Als de bekostiging wordt aangepast, zullen de regels in overeenstemming met de systematiek van de Zvw en Wmg moeten worden gebracht.

1.2 Probleemstelling

Het eerste probleem is dat verschillende zorgaanbieders voor het zelfde type zorg een andere vergoeding krijgen: er zitten schotten in de bekostiging. De acute generalistische zorg wordt door de eerste lijn in de avonden, nachten en weekenden (ANW) geleverd door huisartsendienstenstructuren (HDS-en) en een enkele huisarts die niet aan een HDS is verbonden. In de tweede lijn wordt acute generalistische zorg verleend door het ziekenhuis via de spoedeisende hulp (verder: SEH). Alle drie typen zorgaanbieders kennen nu hun eigen bekostigingssysteem, met verschillende prikkels. Dit kan er toe leiden dat zorg ondoelmatig wordt ingericht.

Het tweede probleem is dat een integratie tussen eerste- en tweedelijns acute zorg en binnen deze integratie een verschuiving van de tweede naar de eerste lijn beleidsmatig gewenst worden geacht, maar niet wordt gefaciliteerd door de huidige bekostiging. De HDS-en worden via een budgetstelsel bekostigd, waarbij de hoogte van het budget nagenoeg onafhankelijk is van het zorgvolume. De tweede lijn kent een grotere mate van variabele bekostiging: nu via het FB-budget, vanaf 2011 (in nog sterkere mate) via prestatiebekostiging met DBC's. Een verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn leidt er in de huidige situatie toe dat het budget van een ziekenhuis daalt, terwijl het budget van de HDS niet toeneemt: een 'lose-lose' situatie.

De nieuwe bekostiging moet bovengenoemde problemen oplossen en daarbij de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de acute generalistische zorg blijven borgen.

1.3 Doelstelling & resultaten

Deze uitvoeringstoets heeft als doel een nader uitgewerkte bekostiging te ontwikkelen voor de acute generalistische zorg en daarbij de vragen te beantwoorden van de minister van VWS, zoals verwoord in zijn verzoek.

Dit betekent concreet het vormgeven van een functionele bekostiging van acute generalistische zorg, inclusief:

- prestaties;
- tarieven;
- beschikbaarheidvergoeding HDS;
- analyse van inkomenseffecten;
- een advies over eigen betalingen bij ontbreken spoedeisendheid;
- overgangstraject (toevoeging NZa);
- een advies over de mogelijkheid om de bekostiging van medische diagnostiek in de eerste en tweede lijn gelijk te trekken.

Hiermee worden de belangrijkste vragen van de minister beantwoord. Onbeantwoord blijven de volgende vragen:

- De hoogte van een beschikbaarheidvergoeding te bepalen voor de spoedeisende hulp (SEH). In de uitvoeringstoets ziekenhuiszorg wordt geadviseerd over de vaststelling van deze vergoeding.

1.4 Aanpak

Behalve eigen onderzoek door de NZa is voor het bepalen van de kostenfunctie van HDS-en gebruik gemaakt van de diensten van Aarts De Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv (APE). APE heeft uitgebreide ervaring met het ontwikkelen van kosten- en verdeelmodellen, onder andere het risicovereveningsmodel van de Zvw en het verdelingsmodel voor bijstandsgelden voor gemeentes.

Met het oog op de expertise en advisering over dit onderwerp heeft de NZa een expertgroep in het leven geroepen. De leden van deze expertgroep (zie bijlage 2) zijn voorgedragen door bestuurlijke koepels, maar zij hebben deelgenomen op basis van hun inhoudelijke expertise en op persoonlijke titel. De leden van de expertgroep hebben met hun inbreng dus niet de organisaties 'gebonden' door wie zij zijn voorgedragen. De expertgroep diende twee doelen. Het eerste doel was om vanwege inhoudelijke kennis informatie te verkrijgen over het terrein van de acute generalistische zorg. Het tweede doel was om de voor- en nadelen van verschillende beleidsopties met de expertgroep te bespreken.

De NZa heeft de input van de expertgroep bij het opstellen van dit rapport betrokken; dit rapport bevat echter het oordeel van de NZa en niet dat van de leden van de expertgroep.

1.5 Projectscope

Deze uitvoeringstoets heeft als onderwerp de bekostiging van acute generalistische zorg. Concreet betekent dit het volgende voor de afbakening. De bekostiging van medisch specialistische acute zorg valt buiten deze uitvoeringstoets. Ook de bepaling van (de hoogte van) de beschikbaarheidvergoeding van SEH's valt er buiten. Beide zijn meegenomen in de uitvoeringstoets ziekenhuiszorg. Ook de organisatie van de inkoopmarkt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders is geen onderdeel van deze uitvoeringstoets, evenals het opstellen van normen voor toegankelijkheid van acute generalistische zorg, zoals geadviseerd in *'Met Spoed!'*. Ditzelfde geldt tot slot voor het uurtarief dat een huisarts maximaal in rekening mag brengen bij een HDS: deze regulering wordt als gegeven beschouwd.

2. Uitgangspunten

2.1 Kwalitatieve, betaalbare en toegankelijke acute zorg

Bij de doelmatige inrichting van de bekostiging van de acute generalistische zorgvoorziening in Nederland staat de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg voorop. De acute zorgvoorziening in Nederland is internationaal gezien van een hoog niveau. Deze verworvenheid moet behouden blijven.

Daarvoor is het eerst noodzakelijk dat voldoende duidelijk is op welke zorg de bekostiging ziet en welke eisen gesteld worden aan de kwaliteit en de beschikbaarheid van de zorg. Deze eisen zijn bepalend voor de keuzes die zorgaanbieders kunnen maken in de organisatie van het aanbod en bepalend voor de hoogte van de kosten van de zorg. Hoe duidelijker de normen zijn die worden vastgesteld, des te beter de zorg kan worden ingericht en (de beschikbaarheid) geborgd.

Hierna gaat de NZa in op de inkadering van de zorg waarop het advies ziet. De NZa kan echter geen invulling geven aan de eisen die aan de kwaliteit en de bereikbaarheid van de acute generalistische zorg gesteld moeten worden. Dit normenkader zal de IGZ/de minister in nauw overleg met het veld moeten bepalen. De NZa herhaalt hier slechts de bevinding uit het advies '*Met Spoed!*' dat een duidelijker normenkader de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg bevordert. In haar advies neemt de NZa wel mee welke effecten de voorgestelde bekostiging heeft op de kwaliteit en beschikbaarheid van de zorg.

Behalve de kwaliteit en beschikbaarheid van de zorg, is ook de betaalbaarheid van belang. De NZa zal betaalbaarheid daarom meenemen in haar advisering. Om de betaalbaarheid te borgen geldt als randvoorwaarde voor de nieuwe bekostiging dat bij gelijkblijvend zorgvolume de nieuwe bekostiging niet meer mag kosten dan de huidige bekostiging. Als volumes stijgen, nemen de kosten toe.

2.2 Definities van bekostiging

Functionele bekostiging op basis van prestaties

Een uitgangspunt van het advies over de bekostiging van acute generalistische zorg in de ANW-uren is daarom dat de NZa zoveel mogelijk uitgaat van functionele bekostiging op basis van prestaties.

Huisartsenzorg heeft een centrale positie in het Nederlandse zorgstelsel. Huisartsen zijn het eerste aanspreekpunt voor patiënten wanneer zij behoefte hebben aan zorg. Zo ook bij acute generalistische zorg. De vraag naar en het aanbod van huisartsenzorg zijn de afgelopen jaren sterk veranderd. Dit is onder meer het gevolg van de veroudering van de Nederlandse bevolking en een toename van de complexiteit van de zorg door een stijgend aandeel van mensen met een chronische aandoening. Dit proces zal zich naar verwachting de komende decennia blijven voortzetten.

In 2007/2008 hebben de NZa, VWS en marktpartijen geconstateerd dat de prikkels in de eerste lijn niet altijd liggen waar deze maatschappelijk en economisch gewenst zijn. De zorg dient rond de patiënt georganiseerd te worden, en niet de patiënt rond de zorg. Dit geldt

vooral voor de wijze van bekostiging, die nu teveel gericht is op de zorgaanbieder, en niet op de zorgvrager. Daarbij kunnen dezelfde prestaties nu verschillend bekostigd worden, en soms zelfs verschillend geprijsd zijn. Heroriëntatie op de huidige bekostigingsstructuur extramurale curatieve zorg is daarom gewenst.

Een manier om te komen tot een kwalitatief betere en doelmatigere eerstelijnszorg is de – gedeeltelijke – invoering van functionele bekostiging. Functionele bekostiging gaat uit van vraagsturing in plaats van aanbodsturing. De te verzekeren prestaties zijn in de zorgverzekeringswet functioneel omschreven. Alleen het 'wat' (inhoud en omvang van de zorg) en het 'wanneer' (indicatiegebieden) zijn in de regelgeving opgenomen. Wie de zorg verleent en waar de zorg wordt verleend, is aan de consument. Voor een deel doet de consument dit via zijn keuze van zorgverzekeraar en polis.

Prestatiebekostiging is bekostiging op basis van nader gedefinieerde prestaties. Deze prestaties kunnen variabel zijn, zoals het aantal behandelingen, of kunnen een meer vast karakter hebben, zoals het hebben van een kwaliteitssysteem of het draaiende houden van een bepaalde faciliteit (beschikbaarheid). Het doel van prestatiebekostiging is om kosten en opbrengsten op elkaar te laten aansluiten. Prestatiebekostiging zorgt voor een directe relatie tussen productie en omzet/opbrengsten.

Tariefregulering op basis van maximumprijzen

De huidige bekostigingskaders van zorg door huisartsen, de huisartsenposten en de spoedeisende eerste hulp van ziekenhuizen gaan uit van maximumprijzen/maximumbudgetten. Dit houdt in dat een zorgaanbieder voor een beschreven prestatie niet meer dan het door de NZa vastgestelde tarief in rekening mag brengen. Een zorgaanbieder kan in onderhandeling met zorgverzekeraars wel afspreken om een lager tarief te hanteren, of een lager budget overeen te komen. Een tariefregulering op basis van maximumprijzen wordt veelal toegepast om te voorkomen dat door bijvoorbeeld aanbodschaarste te hoge tarieven voor de zorg ontstaan.

Conform het verzoek van de minister gaat de NZa in dit advies voor de acute generalistische zorg in de ANW-uren uit van een bekostiging op basis van maximumprijzen.

Landelijke tarieven

De minister gaat in zijn adviesverzoek verder uit van een bekostiging met landelijke consulttarieven. Landelijke tarieven passen bij het uitgangspunt van functionele bekostiging, waarbij de tarieven op basis van de prestatie en zoveel mogelijk onafhankelijk van de organisatie van de zorgaanbieder worden vastgesteld. Dit is anders dan in de huidige bekostigingskaders waarin huisarts, SEH en huisartsenposten andere tarieven hanteren en binnen de bekostiging van de huisartsenposten elke HDS een eigen consulttarief heeft.

Overigens betekenen landelijk vastgestelde consulttarieven niet noodzakelijk dat de bekostiging geen rekening houdt met regionale kostenverschillen. Eventuele regionale verschillen in kosten kunnen worden gedekt door een tarief (vergoeding) voor beschikbaarheid dat bepaald wordt op basis van regionale kosten(verschillen).

Beschikbaarheidsvergoeding

Omdat er een zeer grote spreiding is in de verhouding tussen kosten van beschikbaarheid en zorgvolume, leidt een landelijk tarief dat op de gemiddelde kosten is gebaseerd tot het risico dat zorgaanbieders op

sommige plekken of op sommige tijdstippen geen acute generalistische zorg meer aanbieden, omdat zij de exploitatie niet rond krijgen. Wanneer de tarieven zijn gebaseerd op de zorgaanbieders met de relatief hoogste kosten van beschikbaarheid, wordt het huidige macrokader sterk overschreden. Om te borgen dat acute generalistische zorg 24 uur per dag gedurende zeven dagen per week door heel Nederland beschikbaar en betaalbaar is, kan behalve het consulttarief een beschikbaarheidsvergoeding worden gegeven.

De hoogte van deze vergoeding is afhankelijk van de eisen die aan de beschikbaarheid worden gesteld en ook van de omstandigheden waaronder de zorg regionaal/lokaal moet worden verleend. Uit onderzoek blijkt dat relatie tussen de kosten van beschikbaarheid en de regionale of lokale omstandigheden vooral bepaald wordt door de bevolkingsdichtheid van het gebied (zie hoofdstuk 3). De toepassing van een beschikbaarheidsvergoeding bevordert de doelmatigheid van de bekostiging en borgt de toegankelijkheid van acute zorg.

2.3 Onderscheid acute zorg – niet acute zorg

Het blijkt niet mogelijk om voor de bekostiging onderscheid te maken tussen acute en niet-acute generalistische zorg. Veldpartijen zijn het hier in het algemeen over eens. Volgens medici is het type zorg gelijk, maar verschilt de urgentie. Urgentie speelt een belangrijke rol bij het bepalen of sprake is van acute zorg, maar er is geen landelijke uniforme methodiek en daarmee geen eenduidige wijze waarop urgentie wordt bepaald. Ook kan een zorgverzekeraar de urgentiebepaling achteraf niet goed toetsen.

Bekostigen op basis van urgentie kan mede daarom leiden tot perverse prikkels in het medisch handelen. Het zou aantrekkelijk kunnen zijn om een hogere urgentie toe te kennen, omdat dit financieel interessanter is. Dit heeft een negatieve invloed op de kwaliteit van zorg en ook op de macrokosten van de zorg. Triage is daarom niet geschikt voor het onderscheid maken bij bekostiging van zorg.

Op basis van bovenstaande bevindingen adviseert de NZa om bij de bekostiging geen onderscheid te maken tussen acute en niet-acute zorg. Het gevolg hiervan is dat deze uitvoeringstoets niet is gericht op de bekostiging van acute zorg, maar op de bekostiging van generalistische zorg. Overigens is wel onderscheid te maken tussen de tijdstippen waarop generalistische zorg wordt geleverd. Hiermee kan rekening gehouden worden met de bekostiging. Omdat generalistische zorg in kantooruren al wordt geregeld via huisartsenbekostiging, zal de NZa zich vooral richten op de generalistische zorg in de ANW uren.

Omdat de NZa tot de conclusie komt dat acute generalistische zorg en niet-acute generalistische zorg voor de bekostiging niet te onderscheiden zijn, rept deze uitvoeringstoets verder niet over de bekostiging van acute generalistische zorg, maar van generalistische zorg tijdens kantooruren of generalistische zorg in de ANW. De reden om generalistische zorg in de ANW goed te willen bekostigen is daarbij wel primair om de verlening van acute generalistische zorg mogelijk te maken.

Dat de NZa geen onderscheid kan maken tussen acute en niet-acute zorg, betekent dat de door de NZa vastgestelde prestaties en tarieven voor zowel acute als niet-acute zorg gelden. Een huisarts kan dus de voor de ANW geldende tarieven ook tijdens een avondspreekuur in rekening brengen. Of deze electieve zorg ook door zorgverzekeraars wordt vergoed, hangt af van hun zorginkoop en vergoedingsbeleid.

Dat voor bekostiging geen onderscheid tussen acute en niet-acute zorg kan worden gemaakt, betekent niet dat er voor de aanspraak op grond van de Zvw geen onderscheid kan worden gemaakt. Of electieve generalistische zorg in de ANW tot het basispakket hoort, is niet aan de NZa, maar aan het CVZ en de minister om te beoordelen. Het CVZ kan concluderen dat in de ANW de aanspraak alleen voorziet in het recht op (vergoeding van) acute generalistische zorg. Het CVZ kan bepalen dat zorg alleen onder bepaalde voorwaarden tot het verzekerde pakket (basispakket) valt. Het CVZ kan bijvoorbeeld als voorwaarde voor verzekerde zorg stellen dat een zorgaanbieder een triagesysteem moet hanteren en in de ANW alleen urgente zorg bij de zorgverzekeraar declareert.

Triage is niet geschikt voor het voor de bekostiging onderscheid maken tussen acute en niet-acute zorg. Triage is in principe wel bruikbaar voor het sturen van patiëntenstromen, zodat patiënten bij de aanbieder terecht komen die hun zorgvraag op de meest passende en doelmatige wijze kan beantwoorden. Een goed triagesysteem zou een voorwaarde kunnen zijn voor het ontvangen van de in hoofdstuk 3 genoemde beschikbaarheidvergoeding. Ook zouden verzekeraars een goede triage als voorwaarde kunnen stellen voor contractering van zorgaanbieders inclusief zorgaanbieders die geen beschikbaarheidvergoeding ontvangen. Het regelen of bevorderen van een goede triage ligt buiten het domein van de NZa.

Conclusie

- De NZa adviseert om in de bekostiging geen onderscheid te maken tussen acute generalistische zorg en niet-acute generalistische zorg.

2.4 Onderscheid generalistische zorg – specialistische zorg

De acute generalistische zorg in ziekenhuizen valt onder het budgetstelsel: hoeveel producten als generalistische zorg aangemerkt zouden kunnen worden, hangt af van de wijze waarop generalistische zorg en specialistische zorg worden afgebakend. De huidige afbakening gebeurt door de zorgaanbieder: alle zorg die door, of onder verantwoordelijkheid van, medisch specialisten wordt geleverd, wordt aangemerkt als specialistische zorg. Generalistische zorg is geneeskundige zorg zoals huisartsen die bieden. Het probleem is dat er een overlap tussen deze twee omschrijvingen bestaat. Het kan immers voorkomen (en in de praktijk is dit het geval) dat een medisch specialist geneeskundige zorg biedt, zoals huisartsen die bieden. Op dat moment zou sprake kunnen zijn van generalistische zorg.

Uit onderzoek van de NZa blijkt dat het niet mogelijk is om voor de bekostiging een op zuiver medisch inhoudelijke gronden berustend onderscheid te maken tussen generalistische zorg en specialistische zorg. Echter, wil men overgaan op functionele bekostiging, dan zal toch onderscheid gemaakt moeten worden.

Dit onderscheid hoeft niet per se op (louter) medisch inhoudelijke criteria gebaseerd te zijn. Er kan daarbij ook voor meer administratieve criteria gekozen worden, waarbij bepaalde activiteiten voor de bekostiging door de regulering worden aangemerkt als generalistische zorg en andere activiteiten als specialistische zorg. Dit onderscheid heeft alleen gevolgen voor de bekostiging (inclusief) tarifiering van de zorg, en doet dan uitdrukkelijk geen uitspraak over de vraag welke zorg tot het

competentiegebied van de medisch specialist behoort, en welke zorg tot het competentiegebied van de huisarts.

De NZa ziet twee praktische wijzen om (administratief) onderscheid te maken tussen generalistische zorg en specialistische zorg:

- onderscheid op basis van zorgactiviteiten;
- onderscheid op basis van zelfverwijzing.

De NZa ziet vier doelstellingen waaraan de methode van onderscheid een bijdrage moet leveren:

- Er moet niet langer generalistische zorg aan zelfverwijzers worden geleverd tegen het medisch specialistisch tarief.
- Het waarborgen van de (ervaren) kwaliteit van zorg, zoals lange wachttijden beperken en telefonische bereikbaarheid vergroten.
- Patiënten zoveel mogelijk door generalisten (huisarts, SEH-arts, gespecialiseerde verpleegkundigen) laten behandelen voordat een medisch specialist er aan te pas komt: substitutie 2^e naar 1^e lijn.
- De bekostiging moet zorgaanbieders in staat stellen zorg naar eigen inzicht doelmatig te leveren. Dat maakt het beter mogelijk om patiënt meer zorg op maat te bieden dan door overheid gedefinieerde zorg op maat. Dit is ook van belang wegens de verwachte wijzigende zorgvraag in de komende jaren.

De twee methoden om generalistische zorg van specialistische zorg te onderscheiden wordt hieronder op hun effect op deze vier doelstellingen getoetst.

Onderscheid op basis van zorgactiviteiten

Een eerste optie is om een deel van de zorgactiviteiten in een ziekenhuis een tarief te geven dat gelijk(waardig) is aan het tarief dat huisartsen en HDS-en in rekening mogen brengen voor generalistische zorg. Er kunnen daarvoor op basis van activiteiten en zorgpaden producten worden geïdentificeerd in de nieuwe DBC-productstructuur. Welke zorgactiviteiten als generalistische zorg moeten worden aangemerkt, moet voor de uitvoerbaarheid op basis van de kosten van de zorgactiviteit worden gedaan: zorgactiviteiten beneden een nader te bepalen kostengrens worden als generalistische zorg aangemerkt. Een product dat uitsluitend uit generalistische zorgactiviteiten is opgebouwd, wordt dan als generalistische zorg aangemerkt en voor deze producten geldt het tarief voor acute generalistische zorg.

Deze optie kan in sterke mate tegengaan dat medisch specialistische tarieven in rekening worden gebracht voor generalistische zorg. Deze optie brengt echter ook het risico met zich mee dat in individuele gevallen specialistische zorg tegen een lager (en mogelijk niet kostendekkend) tarief moet worden verleend. Omdat het leveren van generalistische zorg minder lucratief wordt voor de medisch specialist en het ziekenhuis, kan deze zorg een lagere prioriteit krijgen. Dit kan de kwaliteit van zorg negatief beïnvloeden. Hier tegenover staat dat het ziekenhuis voor geleverde acute generalistische zorg een generalistische zorgtarief ontvangt (dat in alle waarschijnlijkheid lager zal zijn dan de DBC die anders in rekening zou kunnen worden gebracht), is er een prikkel om deze zorg doelmatiger te verlenen. Een ziekenhuis kan daartoe eerstelijns zorgverleners aantrekken binnen het ziekenhuis, of de zorg door een andere zorgaanbieder (bijvoorbeeld HAP) laten verrichten. Substitutie wordt dus bevorderd. Deze optie geeft prikkels tot een doelmatige organisatie van de acute generalistische zorg.

Een ander voordeel van deze methode is dat deze in principe goed technisch inpasbaar is in de DBC-systematiek. Ook is de methode gemakkelijk te verifiëren: de methode is gebaseerd op zorgactiviteiten,

welke in de SEH als onderdeel van het reguliere proces geregistreerd worden. Deze methode heeft de voorkeur van de ziekenhuizen.

Onderscheid op basis van zelfverwijzing

Er kan ook administratief onderscheid worden gemaakt op basis van de vraag of sprake is van doorverwijzing of zelfverwijzing. Concreet kan alle zorg aan zelfverwijzers (zij die niet door huisarts worden gestuurd of door de ambulance zijn gebracht) die niet in de kliniek worden opgenomen, als generalistische zorg worden bekostigd. Om dit te realiseren moet geregistreerd (gaan) worden via welk kanaal een patiënt binnenkomt. Omdat een deel van deze patiënten aanvullende diagnostiek nodig heeft, of andere kosten voor de SEH betekenen, zullen de totale opbrengsten voor deze patiënten niet de totale kosten dekken. Deze meerkosten zouden echter (normatief) kunnen worden vergoed via de beschikbaarheidsvergoeding voor de SEH. Dit betekent dat elke SEH een beschikbaarheidsvergoeding zou krijgen om (ten minste) deze kosten te vergoeden.

In deze variant wordt alle poliklinische zorg aan zelfverwijzers per definitie als generalistische zorg aangemerkt en bekostigd. Klinische zorg is per definitie geen generalistische zorg. Zelfverwijzers die generalistische zorg ontvangen tegen medisch specialistisch tarief komen dan dus niet meer voor. Omdat het leveren van zorg aan zelfverwijzers minder lucratief wordt voor de medisch specialist en het ziekenhuis, kan deze zorg een lagere prioriteit krijgen. Dit kan de ervaringskwaliteit negatief beïnvloeden. Doordat het ziekenhuis voor zorg aan zelfverwijzers het generalistische zorgtarief rekent, heeft zij een prikkel om deze zorg door eerstelijnszorgverleners te laten verlenen, ofwel in het ziekenhuis, ofwel door een andere zorgaanbieder. Substitutie wordt dus bevorderd. Deze optie geeft prikkels tot een doelmatige organisatie van de acute generalistische zorg.

Een voordeel van deze methode is dat de afbakening helder is: wel of geen zelfverwijzer. In principe moet dit onderscheid ook verifieerbaar te administreren zijn. Nadeel is dat er voor de meerkosten van zelfverwijzers bij SEH's een normatieve beschikbaarheidsvergoeding moet worden bepaald, met een mechanisme om te bepalen wie in aanmerking komt voor die vergoeding.

Conclusie

- De NZa heeft vanwege het draagvlak bij veldpartijen een voorkeur voor het onderscheiden van generalistische zorg en specialistische zorg op basis van zorgactiviteiten. Er moet in de verdere uitwerking en implementatie van deze uitvoeringstoets wel worden onderzocht wat een goed kostencriterium is om te bepalen welke activiteiten als generalistische zorg worden aangemerkt.

2.5 Afbakening en raakvlakken met andere bekostiging

De bekostiging van de (acute) generalistische zorg moet aansluiten op de algemene bekostiging van de huisartsenzorg, omdat deze vormen van zorg gedeeltelijke substituten zijn. Zonder een duidelijk concept van de bekostiging van de eerstelijnszorg kan in elk geval geen prestatie of tarief van acute generalistische zorg overdag worden gegeven of geanalyseerd.

De bekostiging van medisch specialistische acute zorg valt buiten de scope. Ook de bepaling van (de hoogte van) de

beschikbaarheidsvergoeding van SEH's valt expliciet buiten de scope. Dit zal worden meegenomen in de uitvoeringstoets ziekenhuiszorg.

De organisatie van de inkoopmarkt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders is geen onderdeel van dit project. Het opstellen van normen (zoals geadviseerd in 'Met Spoed!') is geen onderdeel van dit project.

2.6 Gevolgen voor de voorkeursvariant van de minister

De minister heeft de NZa verzocht om een nieuwe bekostiging voor de acute generalistische zorg uit te werken:

- waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen acute generalistische zorg en niet-acute generalistische zorg;
- met functionele prestatiebekostiging;
- met landelijke tarieven, zonder beschikbaarheidstarief voor ANW, maar met hogere tarieven voor ANW zorg. Alleen in uitzonderingsgevallen zou sprake kunnen zijn van een beschikbaarheidsvergoeding, die dan recht dient te doen aan de minimaal te garanderen kwaliteit van zorg.

Onderscheid acute generalistische zorg en niet-acute generalistische zorg
In paragraaf 2.3 van dit rapport is de NZa tot de conclusie gekomen dat voor de bekostiging geen onderscheid gemaakt kan worden tussen acute en niet-acute generalistische zorg. Dit betekent dat het niet goed mogelijk is om aparte prestaties en tarieven voor acute generalistische zorg te maken, omdat de NZa geen toezicht kan houden op dit onderscheid.

Functionele prestatiebekostiging

De randvoorwaarden staan functionele prestatiebekostiging niet in de weg, mits het onderscheid tussen generalistische zorg en specialistische zorg kan worden geoperationaliseerd.

Landelijke tarieven, zonder beschikbaarheidstarief voor ANW

Toegankelijke zorg met landelijke tarieven en alleen in uitzonderingssituaties een beschikbaarheidsvergoeding is niet verenigbaar met de uitgangspunten van budgetneutraliteit en toegankelijkheid. Dit komt doordat er een grote spreiding bestaat in kosten van generalistische zorg in de ANW.

Uit het in paragraaf 1.4 genoemde onderzoek van APE blijkt dat er grote kostenverschillen zijn tussen HDS-en. In 2007 varieerden de kosten per inwoner tussen de € 8 en € 22 en de kosten per gewogen prestatie⁵ varieerden tussen de € 47 en € 118 met een gewogen gemiddelde van € 68. In tabel 5 staan de integrale tarieven die het beste recht zouden doen aan de kosten van HDS-en (kosten 2007).

Als de landelijke tarieven zouden worden gebaseerd op de gemiddelde landelijke kosten zouden er heel sterke herverdeeffecten ontstaan tussen zorgaanbieders. Dit zou er toe kunnen leiden dat in sommige gebieden geen enkele aanbieder nog bereid is om in de ANW generalistische zorg te leveren, waardoor de toegankelijkheid in gevaar komt.

Tabel 4. Integrale toerekening van kosten aan prestaties

Prestatie	Kosten (€)
Telefonisch consult	40
Consult	50
Visite	123

APE: Bekostigingsmodel voor huisartsenposten

Ongeveer de helft van de HDS-en heeft hogere kosten dan de gemiddelde kosten. Deze HDS-en komen met hun huidige kostenniveau niet uit met een tarief dat gebaseerd is op de gemiddelde kosten. Deze hogere kosten worden in elk geval deels veroorzaakt door relatief hogere kosten van beschikbaarheid voor deze HDS-en. Uit het onderzoek van APE blijkt dat er een sterke relatie bestaat tussen de bevolkingsdichtheid en de kosten van beschikbaarheid. Als de meeste aanbieders uit moeten komen met landelijke tarieven, zullen deze tarieven een stuk boven de huidige gemiddelde kosten moeten liggen.

Hogere tarieven leiden echter tot hogere macrokosten. Een tarief waarmee negen op de tien HDS-en uit de kosten komen leidt tot totale opbrengsten bij HDS-en die in orde van grootte € 40 miljoen hoger liggen dan de totale kosten van HDS-en (op totale kosten van rond de € 200 miljoen). Daar bovenop komen dan nog beschikbaarheidsvergoedingen voor aanbieders die niet uitkomen met deze tarieven.

Door middel van een beschikbaarheidsvergoeding kunnen kosten en opbrengsten van aanbieders dicht bij elkaar in de buurt worden gebracht, zonder dat de macrokosten stijgen. Dit wordt gedaan door de hoogte van de beschikbaarheidsvergoeding te variëren van aanbieder tot aanbieder.

Conclusie

- Omdat voor de bekostiging geen onderscheid kan worden gemaakt tussen acute en niet-acute zorg, wordt een dergelijk onderscheid in dit rapport niet verder uitgewerkt.
- Landelijke tarieven met alleen in uitzonderingsgevallen een beschikbaarheidsvergoeding leiden of tot significante toename van de macrokosten, of tot vermindering van de toegankelijkheid van generalistische zorg in de ANW.
- De NZa werkt een variant met functionele prestatiebekostiging en een standaard beschikbaarheidsvergoeding verder uit.

⁵ Prestaties worden als volgt gewogen: telefonisch consult x1/2, consult x1 en visite x1 1/2

3. Het bekostigingsmodel

3.1 Hoe generalistische zorg te bekostigen

De huidige bekostiging van generalistische zorg ziet er als volgt uit:

Tabel 5. Huidige bekostiging generalistische zorg

	Kantooruren	ANW
Huisarts	Inschrijftarief + verrichtingen huisartsenzorg	Verrichtingen huisartsenzorg in de ANW
HDS ⁶	Indien open: verrichtingen huisartsenzorg	Budgetbekostiging HDS-en + verrekenarieven
Ziekenhuis (SEH)	FB-budget/DBC's	FB-budget/DBC's

Om tot functionele bekostiging te komen, zal de bekostiging van de drie huidige zorgaanbieders in lijn met elkaar moeten worden gebracht.

3.1.1 Generalistische zorg overdag

Het is moeilijk uitvoerbaar om voor de bekostiging acute generalistische zorg van niet-acute generalistische zorg te onderscheiden. Een systeem om dit onderscheid te maken zou tot hoge uitvoeringskosten en administratieve lasten leiden en niet goed te handhaven zijn. Het verschil in kosten tussen acute generalistische zorg en niet-acute generalistische zorg zit ook niet zozeer in verschillen in kosten van de behandeling, maar in de kosten van beschikbaarheid: acute generalistische zorg moet altijd toegankelijk zijn. De acute generalistische zorg en niet-acute generalistische zorg moeten in de optiek van de NZa daarom zoveel mogelijk gelijk worden bekostigd, waarbij de beschikbaarheidskosten voor acute generalistische zorg gedekt worden.

Overdag wordt het overgrote deel van de generalistische zorg door huisartsen geleverd. De huidige huisartsenbekostiging overdag kent een gemengd systeem van verrichtingentarieven en een inschrijftarief. De NZa komt in 2010 met een advies over de bekostiging van huisartsenzorg overdag. Voor zover ziekenhuizen overdag zorg aan zelfverwijzers leveren, moeten daar onder functionele prestatiebekostiging de huisartsentarieven (voor incidentele zorg) voor gelden.

Conclusie

- De NZa adviseert de generalistische zorg overdag te (blijven) bekostigen op basis van de reguliere huisartsenzorg. Het gemengde bekostigingstelsel borgt de toegankelijkheid van generalistische zorg overdag.
- Voor zover ziekenhuizen overdag zorg aan zelfverwijzers leveren, moeten daar onder functionele prestatiebekostiging de huisartsentarieven voor incidentele zorg gelden.

3.1.2 Generalistische zorg in de ANW

De huidige bekostiging van generalistische zorg in de ANW varieert sterk van zorgaanbieder tot zorgaanbieder: budgetbekostiging van de HDS, verrichtingentarieven voor de huisarts die niet bij een HDS is

⁶ Inclusief geïntegreerde spoedposten: dit zijn samenwerkingsverbanden van HDS en SEH.

aangesloten en prestatiebekostiging (via de FB budgetten) voor de SEH. De bekostiging van ten minste twee van de drie van deze zorgaanbieders moet veranderen om tot functionele bekostiging te komen. De vraag is dan ook: hoe moet de functionele bekostiging van generalistische zorg in de ANW er uit zien?

Het doel van prestatiebekostiging is om kosten en opbrengsten op elkaar te laten aansluiten. Een grotere productie van een bepaalde prestatie leidt tot hogere totale kosten, deze kosten moeten op een of andere manier gedekt worden. De NZa gaat er bij haar prijsregulering vanuit dat de opbrengsten de kosten moeten dekken van de gemiddelde zorgaanbieder. Dit betekent dus geen tarieven onder de gemiddelde kostprijs. Er zijn verschillende mogelijkheden van prijsregulering: volledig variabel, variabel met vaste voet, of volledig vast.

Volledig variabele vergoeding heeft het voordeel van de eenvoud: er is een lineaire relatie tussen productievolume en omzet. Wanneer een groot deel van de kosten vastligt en het volume fluctueert, kan dit tot een onzekere opbrengst voor zorgaanbieders leiden. Doordat bij een toename van het volume de kosten in deze situatie veel minder snel stijgen dan de opbrengsten, moeten vanwege het borgen van de betaalbaarheid van de zorgtarieven ook steeds worden aangepast, om kosten en opbrengsten met elkaar in evenwicht te brengen. De generalistische zorg heeft afgelopen jaren een flinke volumegroei doorgemaakt en het is goed mogelijk dat deze trend zich voortzet.

Vaste en variabele vergoedingen kunnen ook worden gecombineerd. Een deel van de opbrengst komt dan voort uit een vaste vergoeding en een deel uit prestatievergoeding. De bekostiging van de huisarts is hier een voorbeeld van met een inschrijftarief en tarieven voor consulten en andere prestaties. Wanneer de verhouding van de vaste en variabele vergoeding goed is vastgesteld, worden risico's op onder- of overproductie sterk gereduceerd.

De kosten van generalistische zorg in de ANW zijn in belangrijke mate vaste kosten. Dit komt doordat een zorgaanbieder een minimale capaciteit moet hebben om zorg aan te kunnen bieden en het volume van de vraag naar zorg in de ANW een deel van de tijd lager ligt dan deze minimale capaciteit. Het gevolg is dat een deel van de zorgcapaciteit niet gebruikt wordt (onderbenutting). Wanneer sprake is van onderbenutting zijn de kosten van een extra zorgvraag laag: de zorgverlener is toch al aanwezig.

Ook zijn er grote regionale verschillen in kosten van generalistische zorg in de ANW. Uit onderzoek van APE, in opdracht van de NZa, blijkt dat er een sterke relatie bestaat tussen bevolkingsdichtheid en kosten. Dit lijkt ook logisch: in een dun bevolkt gebied zijn er relatief minder patiënten, terwijl er wel een minimale bezetting van de zorgaanbieder nodig is en voor de toegankelijkheid van de generalistische zorg mag de reisafstand niet te groot worden. Gezien het uitgangspunt dat prestatietarieven landelijk uniforme maximumtarieven zijn, kunnen deze kostenverschillen niet goed via de tarieven worden opgelost. Een beschikbaarheidsvergoeding die regionaal in hoogte verschilt kan een uitkomst bieden.

Conclusie

- De NZa adviseert voor de bekostiging van de generalistische zorg in de ANW uit te gaan van een gemengd systeem van een beschikbaarheidsvergoeding en prestatievergoedingen.

3.2 Prestaties

De reguliere huisartsenzorg kent op dit moment 21 verschillende verrichtingen, waarvan er 7 van toepassing zijn op acute zorgverlening. De HDS-en werken op dit moment met vier prestaties: telefonisch consult, consult, visite en herhaalrecept. Het herhaalrecept wordt per 2010 afgeschaft, waardoor drie prestaties overblijven. Ziekenhuizen declareren op dit moment tal van DBC's die aangemerkt kunnen worden als generalistische zorg.

Op basis van discussies in de expertgroep komt de NZa tot de conclusie dat de prestaties zoals HDS-en nu declareren, geschikt en voldoende zijn om als prestaties voor functionele bekostiging te dienen.

Conclusie

- De NZa is van mening dat de prestaties telefonisch consult, consult en visite die op dit moment door HDS-en worden gedeclareerd passend en voldoende zijn voor prestatiebekostiging onder de nieuwe bekostiging van generalistische zorg.

3.3 Vormgeven beschikbaarheid

Een beschikbaarheidvergoeding is bedoeld om (een deel van) de kosten van beschikbaarheid te bekostigen. Bij een beschikbaarheidvergoeding zijn een aantal vragen van belang:

- Welke vorm heeft de vergoeding?
- Wie wijst hem toe?
- Wie ontvangt hem en hoe hoog is de vergoeding?

3.3.1 Type beschikbaarheidvergoeding

Er zijn twee methoden om een beschikbaarheidvergoeding toe te kennen: via een opslag op het (variabele) tarief of via een vaste vergoeding. Beide vormen van beschikbaarheidvergoeding kunnen regionaal worden gedifferentieerd, waardoor rekening wordt gehouden met regionale verschillen in kosten.

Bij een opslag op het tarief is de omvang van de door een zorgaanbieder ontvangen beschikbaarheidvergoeding afhankelijk van het door deze zorgaanbieder gerealiseerde zorgvolume. Wanneer twee zorgaanbieders in een gebied generalistische zorg leveren (bijvoorbeeld een HDS en een SEH), ontvangen beide zorgaanbieders een aandeel van de beschikbaarheidvergoeding dat proportioneel is aan hun marktaandeel. Een beschikbaarheidvergoeding op basis van een opslag leidt bij een versnippering van het zorgaanbod ook tot een versnippering van de beschikbaarheidvergoeding. Dit kan ertoe leiden dat een zorgaanbieder zijn bedrijfsexploitatie niet meer rond krijgt en de markt verlaat, of het komt tot een concurrentieslag tussen zorgaanbieders. Zo'n dynamiek kan potentieel de doelmatigheid bevorderen, maar borgt de toegankelijkheid niet.

Een vaste vergoeding kent dit probleem niet. Zolang er een systeem is om te bepalen wie een beschikbaarheidvergoeding ontvangt en de hoogte van de tarieven toerijkend zijn, zal een doelmatige zorgaanbieder die de beschikbaarheidvergoeding ontvangt een gezonde bedrijfsexploitatie kennen. Hierdoor is de toegankelijkheid van de generalistische zorg in de ANW in grote mate gewaarborgd.

De hoogte van de vaste vergoeding kan afhankelijk worden gemaakt van regionale niet-beïnvloedbare kostenverschillen. Niet-beïnvloedbare

kosten zijn kosten die voortvloeien uit het gebied waar de zorgaanbieder werkzaam is en niet uit bedrijfsvoeringkeuzes van de zorgaanbieder. Op deze wijze kan recht worden gedaan aan lokale omstandigheden die van invloed zijn op de kosten van de zorg.

Conclusie

- De NZa adviseert om de beschikbaarheidsvergoeding middels een vaste vergoeding toe te kennen en de hoogte van deze vergoeding afhankelijk te maken van niet-beïnvloedbare kostenverschillen.

3.3.2 Aan en door wie beschikbaarheidsvergoeding toekennen

Bij een beschikbaarheidsvergoeding moet er een mechanisme zijn om te bepalen wie de vergoeding ontvangt en wie hem toekent. Om dubbele bekostiging te voorkomen moet de minimumcapaciteit voor beschikbaarheid van generalistische zorg in de ANW worden bekostigd.

Er zijn twee vragen van belang bij een beschikbaarheidsvergoeding: wie wijst de ontvanger aan en wie betaalt de vergoeding.

De NZa onderscheid drie manieren waarop de vaste vergoeding kan worden toegekend:

Tabel 6. Vormen van beschikbaarheidsvergoeding

Aanwijzen	Betalen
Overheid	Overheid
Huisarts	Verzekeraar
Verzekeraar	Verzekeraar

Model 1: Beschikbaarheidsvergoeding door de overheid aangewezen en betaald

Een eerste mogelijkheid is om de beschikbaarheidsvergoeding door de overheid te laten toekennen en betalen. Dit model wordt ook in de uitvoeringstoets prestatiebekostiging binnen de specialistische zorg geadviseerd.

Wanneer de overheid de beschikbaarheidsvergoeding toekent, zal een selectiemechanisme moeten worden gehanteerd, om te bepalen wie de beschikbaarheidsvergoeding in een bepaald gebied ontvangt.

Als de minister kiest om de overheid de beschikbaarheidsvergoeding voor generalistische zorg in de ANW te laten toekennen, adviseert de NZa dit te doen via een niet-exclusief concessiesysteem. Hierbij deelt de overheid Nederland geografisch op in een aantal concessiegebieden. In elk concessiegebied wordt door VWS periodiek een veiling gehouden, waarbij kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid worden meegewogen om de concessie aan één partij toe te wijzen. De winnaar van de concessie verplicht zich om gedurende de looptijd van de concessie de toegankelijkheid van de generalistische zorg in de ANW in heel het concessiegebied te waarborgen. Ter compensatie krijgt de winnaar een beschikbaarheidsvergoeding (de hoogte daarvan is onderdeel van het biedingstraject).

De concessie is niet exclusief: het staat andere zorgaanbieders vrij om tegen de landelijk geldende tarieven generalistische zorg in de ANW aan te bieden. De concessiehouder is echter verplicht om deze zorg aan te bieden. Met deze methode hoeft de overheid niet de hoogte van de beschikbaarheidsvergoeding vast te stellen. Wel zullen minimale eisen

voor toegankelijkheid moeten worden vastgesteld en moet een wettelijke grondslag voor het toekennen van de concessie worden gecreëerd.

Deze methode waarborgt de toegankelijkheid van generalistische zorg in de ANW, zonder dat toetreding of andere dynamiek in grote mate wordt belemmerd: de beschikbaarheidvergoeding zal vooral van belang zijn in de gebieden die nauwelijks economisch rendabel zijn voor één zorgaanbieder, laat staan meer. Deze methode voorkomt ook dat zorgverzekeraars via een representatiemodel moeten samenwerken. In een concessiemodel is er geen sturende rol voor zorgverzekeraars weggelegd. Het concessiemodel kent de overheid een belangrijke sturende rol toe, met alle uitvoeringskosten van dien.

Voor de borging van de toegankelijkheid in dit model, moeten waarborgen worden ingebouwd om te voorkomen dat de concessiehouder tussentijds failliet gaat of weigert om nog langer aan de voorwaarden van de concessie te voldoen.

Deze optie geeft concessiehouders duidelijke prikkels om de zorg doelmatig in te richten, omdat de concessiehouder voor het geoffreerde bedrag de beschikbaarheid moet garanderen en de toekenning van de concessie deels afhangt van de hoogte van de gevraagde beschikbaarheidvergoeding.

Model 2: Beschikbaarheidvergoeding wordt door de huisarts bepaald en wordt door de zorgverzekeraar betaald

De overheid kan via de wet op de toelating van zorginstellingen (WTZi) bepalen welke instellingen in aanmerking komen voor een beschikbaarheidvergoeding van generalistische zorg in de ANW: de overheid kan daarmee bepalen onder welke omstandigheden een zorgaanbieder aanspraak kan maken op de vergoeding en daarmee ook een plicht heeft om de zorg volgens bepaalde eisen te verlenen. Gezien de veldnorm van huisartsen om 24/7 generalistische zorg te leveren ligt het voor de hand om de toelatingseisen zo te formuleren dat HDS-en en waarneemregelingen, wanneer zij aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen, worden aangewezen als instellingen die acute generalistische zorg in de ANW leveren en aanspraak kunnen maken op een beschikbaarheidvergoeding.

De beschikbaarheid kan vervolgens door zorgverzekeraars worden ingekocht. In het huidige systeem kopen zorgverzekeraars al de beschikbaarheid van huisartsenzorg overdag in, via het inschrijftarief dat zij voor hun verzekerden aan de huisarts betalen. Zorgverzekeraars zouden dit ook in de ANW kunnen gaan doen: de beschikbaarheidvergoeding zou de vorm van een inschrijftarief kunnen krijgen. Zorgverzekeraars betalen dan het inschrijftarief aan de toegelaten zorgaanbieders. In dit systeem onderhandelt de zorgverzekeraar niet over de hoogte van de beschikbaarheidvergoeding. De hoogte van de vergoeding van telefonische consulten, consulten en visites is wel onderhandelbaar (met maximumtarief).

In dit systeem is het feitelijk de huisarts die bepaalt welke organisatie de beschikbaarheidvergoeding ontvangt, door zich bij een samenwerkingsverband (HDS of waarneemregeling) aan te sluiten. Het declaratieverkeer kan vervolgens buiten de huisarts om, rechtstreeks tussen samenwerkingsverband en zorgverzekeraar plaatsvinden. De totale omvang van de beschikbaarheidvergoeding die een samenwerkingsverband ontvangt hangt af van het totale aantal patiënten van de bij het samenwerkingsverband aangesloten huisartsen. Wanneer een huisarts van samenwerkingsverband wisselt, of met een aantal collega's een nieuw samenwerkingsverband opricht, volgt de

beschikbaarheidsvergoeding voor zijn patiënten de huisarts. Door eisen te formuleren onder welke omstandigheden een samenwerkingsverband van huisartsen aanspraak kan maken op de beschikbaarheidsvergoeding, bepaald de overheid mede wie de beschikbaarheidsvergoeding voor generalistische zorg in de ANW ontvangt.

Er moet worden gewaarborgd dat daadwerkelijk voldoende beschikbaarheid door zorgverzekeraars wordt ingekocht. Voorkomen moet worden dat een zorgverzekeraar in een gebied waar hij een beperkt aantal verzekerden heeft geen beschikbaarheid inkoopt en meelift op de uitgaven van de dominante zorgverzekeraar in dat gebied. Dit kan door een partiële wederzijdse contracteerplicht tussen HDS en zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars worden daarbij verplicht om voor hun verzekerden bij de HDS-en generalistische zorg in de ANW in te kopen, voor zover deze verzekerden zijn ingeschreven bij huisartsen die aan de HDS of waarneemregeling zijn verbonden. De HDS-en zijn verplicht om beschikbaarheid te leveren aan de (verzekerden van) zorgverzekeraars. De contracteerplicht kan volgens art. 12 Zvw via een algemene maatregel van bestuur (AMvB) worden opgelegd. Om de toegankelijkheid van generalistische zorg in de ANW te borgen moet als voorwaarde voor het ontvangen van een beschikbaarheidsvergoeding worden gesteld, dat ook aan passanten zorg moet worden geleverd.

Om te garanderen dat huisartsen 24/7 zorg blijven leveren, wordt verder geadviseerd om de huidige veldnorm van 24/7 huisartsenzorgverlening wettelijk te verankeren. In deze wettelijke verankering zou moeten worden bepaald wanneer/onder welke omstandigheden een huisarts aan de 24/7 zorgplicht voldoet.

In 'Met Spoed!' heeft de NZa geadviseerd de beschikbaarheidsvergoeding rechtstreeks aan de huisarts toe te kennen. Uit consultatie met veldpartijen is gebleken dat er grote vrees bestaat dat deze methode tot veel administratieve lasten bij huisartsen leidt en dat sommige individuele huisartsen hun zorgplicht mogelijk onvoldoende zouden invullen. In het bovenstaande model is dit probleem ondervangen, doordat er geen rechtstreeks declaratieverkeer is tussen huisarts en zorgverzekeraar.

Model 3: Beschikbaarheidsvergoeding wordt door de zorgverzekeraar aangewezen en betaald

De beschikbaarheid kan ook naar eigen inzicht door zorgverzekeraars worden toegekend. De zorgverzekeraar bepaalt dan in ieder gebied bij welke zorgaanbieder hij de beschikbaarheid in de ANW wil inkopen. In dit model zal moeten worden geborgd dat de zorgverzekeraar zorgt dat overal voldoende toegang tot generalistische zorg in de ANW is. De huidige zorgplicht van zorgverzekeraars zoals verwoord in de Zvw borgt dit onvoldoende. Als zorgverzekeraars verantwoordelijk worden voor het organiseren van generalistische zorg in de ANW, zal deze verantwoordelijkheid ook wettelijk (in de Zvw) moeten worden vastgelegd. Bij dit model zijn zorgverzekeraars vrij in het bepalen aan wie zij de beschikbaarheidsvergoeding toekennen: zij hoeven deze vergoeding dus niet aan de huisarts, of aan een samenwerkingsverband (HDS of waarneemregeling) van huisartsen te geven.

Omdat huisartsen in dit model niet met zekerheid een vergoeding voor beschikbaarheid van generalistische zorg in de ANW ontvangen, verhoudt dit model zich slecht tot de 24/7 zorgplicht van huisartsen. Je kunt zorgaanbieders niet verplicht stellen om zorg te leveren wanneer ze daar mogelijk geen afdoende vergoeding voor krijgen.

Voor- en nadelen afgewogen

Het eerste model gaat meer richting de nieuwe bekostiging voor de ambulances en is ook meer in lijn met het NZa advies over de bekostiging van de beschikbaarheid van de SEH. Het model gaat uit van een sterke plannende rol voor de overheid. Het model is het sterkst in het borgen van de toegankelijkheid. Het model kent geen significante rol voor de zorgverzekeraar. Het model gaat gepaard met significante uitvoeringskosten.

Het tweede model sluit het nauwste aan bij het huidige systeem, maar bouwt een aantal wettelijke mechanismen in om de toegankelijkheid beter te borgen.

Het derde model geeft zorgverzekeraars de grootste rol en de meeste flexibiliteit, maar staat ver af van het huidige systeem en is niet goed te verenigen met de 24/7 zorgplicht van huisartsen.

Het huidige stelsel van generalistische zorg in de ANW is gebaseerd op een sterke betrokkenheid van huisartsen: het grootste deel van generalistische zorg in de ANW wordt door huisartsen geleverd (al dan niet via de HDS) en huisartsen hanteren een veldnorm van 24/7 zorgplicht. Het model van de concessie en het model waarbij de verzekeraar bepaalt wie de beschikbaarheidvergoeding ontvangt, zijn strijdig met deze zorgplicht voor huisartsen: óf zij zijn verplicht tot het leveren van zorg en maken aanspraak op een redelijke vergoeding om deze verplichting waar te maken, óf zij zijn dat niet.

Wanneer de huisarts niet langer verantwoordelijk zou zijn voor het organiseren van generalistische zorg in de ANW is het heel goed denkbaar dat de meeste huisartsen niet meer bereid zijn om tegen de huidige vergoeding zorg te leveren in de ANW. Ondanks een voorgenomen verhoging van het uurtarief in de ANW geven organisaties die huisartsen vertegenwoordigen aan dat zij de vergoeding te laag vinden. De prijs die waarnemers vragen voor het vervullen van een ANW dienst ligt ook hoger dan het nu geldende uurtarief. Loslaten van de 24/7 zorgplicht van huisartsen zou tot een flinke kostenstijging kunnen leiden, omdat mogelijk alleen tegen aanzienlijk hogere vergoedingen voldoende gekwalificeerde artsen kunnen worden aangetrokken, om de noodzakelijke zorg te leveren.

Voor de beschikbaarheidvergoeding van SEH's adviseert de NZa de minister om aanbieders aan te wijzen die aanspraak kunnen maken op een beschikbaarheidvergoeding. De wijze van aanwijzen is aan de minister om te bepalen. Optie 1 is in lijn met deze systematiek, opties 2 en 3 niet. Er zijn duidelijke verschillen tussen de beschikbaarheid van specialistische zorg en de beschikbaarheid van generalistische zorg: de kosten van beschikbaarheid van specialistische zorg (kapitaalinvesteringen) liggen veel hoger dan van generalistische zorg, het aantal aanbieders van generalistische zorg is veel groter en veel meer gespreid en de minimaal noodzakelijke capaciteit voor generalistische zorg in de ANW is kleiner dan voor specialistische zorg. Een ander verschil is dat bij generalistische zorg aanbieders bestaan die een veldnorm van 24/7 zorgplicht hebben (huisartsen), terwijl ziekenhuizen deze norm niet hebben: niet ieder ziekenhuis heeft een SEH en niet iedere SEH is de hele nacht open. Bij generalistische zorg is het daardoor mogelijk om de beschikbaarheid rechtstreeks te koppelen aan de aanbieders, terwijl bij specialistische zorg een selectiemechanisme nodig is om te bepalen wie de vergoeding kan ontvangen.

Uit een economisch perspectief is het model dat degene met de meeste informatie de zeggenschap geeft over de verdeling van middelen, het meest doelmatig. Wanneer de partij met de meeste informatie niet de zeggenschap over de verdeling van middelen heeft, kan deze partij strategisch handelen om zijn eigen positie te versterken, waardoor niet de maatschappelijk beste uitkomst wordt gerealiseerd. Door de partij met de meeste informatie verantwoordelijk te maken en deze partij (een deel van) de baten van grotere doelmatigheid te gunnen, worden de voorwaarden gecreëerd voor toenemende doelmatigheid. De huisarts weet beter dan de overheid of de zorgverzekeraar wat gegeven de lokale omstandigheden de beste manier is om generalistische zorg in de ANW te organiseren en is ook degene die het meeste invloed heeft op het keuzegedrag van patiënten. Het is daarom het meest doelmatig om de huisarts te laten bepalen aan wie de beschikbaarheidvergoeding wordt toegekend.

Wanneer voor model 3 wordt gekozen, is samenwerking door verzekeraars in een soort representatiemodel voor de doelmatigheid noodzakelijk: als in een gebied verschillende verzekeraars beschikbaarheid bij verschillende aanbieders inkopen, wordt een ondoelmatige hoeveelheid beschikbaarheid ingekocht. Daarnaast ondermijnt een representatiemodel de concurrentieverhoudingen tussen zorgverzekeraars. Omdat de NZa geen onderscheid kan maken tussen acute en niet-acute generalistische zorg, zou een representatiemodel ook tot samenwerking bij de inkoop van electieve zorg in de ANW kunnen leiden. Deze samenwerking is vanuit het oogpunt van marktwerking niet gewenst.

Het tweede model, waarbij de beschikbaarheidvergoeding de (patiënten van de) huisarts volgt, sluit ook het beste aan bij het huidige model, waardoor een goede invoering van dit model ook het meest haalbaar is.

Conclusie

- De NZa adviseert te kiezen voor model 2: de beschikbaarheidvergoeding per patiënt/verzekerde toekennen aan het samenwerkingsverband (HDS of waarneemregeling) waarin zijn/haar huisarts deelneemt. De zorgverzekeraars betaalt dan via een inschrijftarief per verzekerde een bedrag aan dit samenwerkingsverband. Randvoorwaarden van dit model zijn: (1) Toelatingseisen voor samenwerkingsverbanden (HDS-en en waarneemregelingen) op basis van de WTZi en (2) introductie partiële wederzijdse contracteerplicht via een AMvB.
- De NZa adviseert om de veldnorm van 24/7 zorgplicht van huisartsen wettelijk te verankeren.

3.3.3 Overzicht en gevolgen voorgestelde bekostiging

Schematisch ziet de voorgestelde bekostiging van generalistische zorg er als volgt uit.

Tabel 7. voorgestelde bekostiging generalistische zorg

	Kantooruren	ANW
Huisarts	Prestaties generalistische zorg overdag (nu inschrijftarief + verrichtingen)	Prestaties generalistische zorg in de ANW
HDS/ waarneemregeling ⁷	Prestaties generalistische zorg overdag (indien HDS ook tijdens kantooruren open is, als verlengde arm van de huisarts)	Prestaties generalistische zorg in de ANW + beschikbaarheidvergoeding
Ziekenhuis (SEH)	Prestaties generalistische zorg overdag (tarief voor incidentele zorg)	Prestaties generalistische zorg in de ANW ⁸

Huisartsen zijn in het voorgestelde model, net als onder het huidige systeem, verantwoordelijk voor het organiseren van een adequate voorziening van generalistische zorg in de ANW. Het verschil met het huidige systeem is dat het voorgestelde systeem geen budgetsysteem is, maar prestatiebekostiging. Dit betekent dat de NZa de reserves van een aanbieder niet meer afroemt, wanneer deze reserves boven een bepaalde norm uit komen. Deze reserves zijn in beginsel vrij besteedbaar en kunnen als winst aan de eigenaren worden uitgekeerd.⁹

Wanneer een groep huisartsen via een samenwerkingsverband generalistische zorg in de ANW uren leveren tegen lager dan gemiddelde kosten, mogen zij deze winst dus onderling verdelen. Omgekeerd zijn huisartsen verplicht om 24/7 acute zorg te leveren en wanneer zij dit ondoelmatig doen, zijn zij via hun deelneming in een samenwerkingsverband verantwoordelijk voor de verliezen. Via de gekozen rechtsvorm van het samenwerkingsverband kunnen huisartsen hun financiële risico wel beperken.

Andere aanbieders van generalistische zorg in de ANW zijn, net als huisartsen, vrij om de eventueel gegenereerd winst aan te wenden zoals zij willen, behoudens de regels over winstuitkering die voor sommige zorgaanbieders gelden.

3.4 Financiering en tarieven

De NZa adviseert voor de bekostiging van generalistische zorg in de ANW een gemengd systeem van een vaste vergoeding en een prestatievergoeding in te voeren. Er staat nog een aantal vragen open:

- Hoe hoog moet de beschikbaarheidvergoeding zijn?
- Hoe hoog moeten de prestatievergoedingen zijn?
- Hoe worden de beschikbaarheidvergoeding en de prestatievergoeding gefinancierd?

Kostenmodel

Om de eerste twee vragen te beantwoorden heeft de NZa door APE een onderzoek naar de productiefunctie van HDS-en laten uitvoeren. Een

⁷ Inclusief geïntegreerde spoedposten.

⁸ De NZa heeft in de uitvoeringstoets 'Van budget naar prestatie' geadviseerd om de SEH deels via een vaste vergoeding (vast segment) te vergoeden. Deze vergoeding is bedoeld voor de toegankelijkheid van specialistische zorg.

⁹ Winstuitkering is volgens het uitvoeringsbesluit WTZI toegestaan bij huisartsenzorg.

productiefunctie legt, op basis van economische modellen. de relatie tussen de productie en de kosten

Er zijn een aantal redenen om de productiefunctie van HDS-en te onderzoeken. HDS-en zijn de grootste verstrekkers van generalistische zorg in de ANW. Vanwege de budgetsystematiek voor HDS-en beschikt de NZa ook over kosten en productiegegevens van HDS-en. Voor de andere significante zorgaanbieders, de SEH's beschikt de NZa niet over nauwkeurige gegevens over kosten en productie: er wordt in de prestatiebekostiging van ziekenhuizen geen onderscheid gemaakt tussen zorg op de SEH en andere zorg.

Op basis van de kosten en productie in de jaren 2005 – 2007 zijn een drietal mogelijke productiefuncties geschat: één met alleen variabele prestaties, één met gemiddeld 20% vaste vergoeding en één met gemiddeld 50% vaste vergoeding.

Uit het onderzoek van APE blijkt dat er grote kostenverschillen zijn tussen HDS-en. In 2007 varieerden de kosten per inwoner tussen de € 8,83 en € 21,53 en de kosten per gewogen prestatie¹⁰ varieerden tussen de € 47,07 en € 118,40. Vanwege deze grote spreiding leidt een systeem van uitsluitend landelijk uniforme prestatievergoeding tot zeer grote herverdeeffecten.

Ook blijkt uit het onderzoek van APE dat de kostenverschillen voor een groot deel kunnen worden verklaard op basis van de bevolkingsdichtheid: hoe lager de bevolkingsdichtheid, des te hoger de kosten. Dit is ook plausibel: in dunbevolkte gebieden wonen relatief weinig mensen op reisafstand van een huisartsenpost, terwijl de post wel bezet moet worden, met een grote onderbenutting tot gevolg.

Op basis van deze relatie tussen kosten en bevolkingsdichtheid kan de beschikbaarheidvergoeding van plek tot plek worden gevarieerd. Daarvoor moet nog wel een relatie worden gelegd tussen zorgverzekeraar en bevolkingsdichtheid. Deze relatie kan worden gelegd via de postcode van verzekerden. Van (bijna) alle verzekerden is de postcode bekend. Van alle postcodegebieden is de bevolkingsdichtheid bekend. Uit het onderzoek van APE blijkt dat postcodes het beste in vijf categorieën kunnen worden opgedeeld, elk met hun eigen bedrag per verzekerde.

Tot stand komen en financieren beschikbaarheidvergoeding

Bij het bepalen van de hoogte van de beschikbaarheidvergoeding zullen zorgverzekeraar en samenwerkingsverband (HDS of waarneemregeling) moeten bepalen welke verzekerden zijn ingeschreven bij de aangesloten huisartsen. Vervolgens zal op basis van de postcodes van deze ingeschreven patiënten de beschikbaarheidvergoeding per ingeschreven patiënt, en daarmee de totale beschikbaarheidvergoeding, worden bepaald.

De beschikbaarheidvergoeding moet vervolgens worden gefinancierd: de zorgaanbieder moet de vergoeding daadwerkelijk ontvangen. De zorgaanbieder declareert een inschrijftarief per verzekerde bij iedere zorgverzekeraar.

¹⁰ Prestaties worden als volgt gewogen: telefonisch consult x½, consult x1 en visite x1½

Financieren zorgprestaties

De zorgprestaties (telefonisch consult, consult en visite) worden in het nieuwe systeem bij de patiënt of rechtstreeks bij de zorgverzekeraar in rekening gebracht.

Tarieven

APE heeft op basis van gegevens uit 2005 – 2007 bepaald hoe hoog de prestatietarieven en de beschikbaarheid zouden moeten zijn, wanneer de totale kosten van HDS-en door de totale opbrengsten van HDS-en zouden worden gedekt. De relatieve hoogte van de verschillende tarieven is dusdanig, dat zij de kosten het beste kunnen verklaren. APE heeft daarbij twee varianten uitgewerkt: één met gemiddeld 50% vaste vergoeding (het voorkeursmodel) en één met gemiddeld 20% vaste vergoeding (alternatief model).

Tabel 8. Indicatieve tarieven voor twee modellen van bekostiging

Prestatie	Inwoners (in %)	Voorkeursmodel (€)	Alternatief model (€)
Telefonische consulten		20	32
Consulten		25	40
Visites		63	98
<i>Oppervlakte postcode-gebied per inwoner</i>			
Tot 750m ²	56,1	5	2
750 – 2.000 m ²	18,2	6	2
2.000 – 4.000 m ²	11,4	7	3
4000 – 7.500 m ²	8,2	8	4
7.500 m ² en meer	6,2	13	9

APE: Bekostigingsmodellen voor huisartsenposten, getallen op hele euro's afgerond

De bovengenoemde bedragen zijn uitsluitend indicatief en zijn nog niet bruikbaar voor een definitieve tariefbepaling. Daarvoor zijn twee redenen:

- De bedragen zijn allereerst gebaseerd op het prijspeil 2007 en moeten worden verhoogd naar het prijspeil ten tijde van implementatie.
- De in de tabel genoemde bedragen zijn gebaseerd op een onderzoek op basis van gegevens op HDS niveau. Een deel van de HDS-en exploiteert echter meer dan een HAP: er zijn ruim 50 HDS-en en ruim 130 HAP's. De verwachting is dat de relatie tussen kosten en bevolkingsdichtheid vooral op het HAP niveau speelt. Door gegevens op HDS niveau te gebruiken, worden kostenverschillen door bevolkingsdichtheid deels uitgemiddeld. Door hetzelfde onderzoek op gegevens op HAP-niveau uit te voeren kunnen de tarieven nog beter worden vastgesteld.

Omdat de kosten van generalistische zorg in de ANW in grote mate vaste kosten zijn, is de NZa voorstander van een verhouding vast/variabel van 50/50. Het alternatieve model van 20/80 vast/variabel doet in de optiek van de NZa minder recht aan de kostenstructuur van generalistische zorg in de ANW en kan een ongewenste volumeprikkel tot gevolg hebben.

De tarieven zullen in de toekomst periodiek moeten worden herijkt. Behalve de reguliere kostenontwikkeling (materiaal- en loonkostenontwikkeling), moet ook rekening worden gehouden met veranderingen in kostenpatronen. Het vergaren en verwerken van de informatie voor het herijken van tarieven brengt administratieve- en uitvoeringslasten met zich mee. Om deze reguleringskosten te beperken, maar tarieven toch voldoende op de werkelijkheid te laten aansluiten,

adviseert de NZa de tarieven eens in de twee jaar te herijken. Om er voor te zorgen dat de informatie die nodig is voor het herijken van tarieven voor handen is, moet in de declaratiebepalingen van generalistische zorg in de ANW worden opgenomen dat een zorgaanbieder de gemaakte kosten en geleverde zorgvolumes inzichtelijk kan maken.

De voorgestelde beschikbaarheidsvergoeding wordt vormgegeven via een beschikbaarheidstarief. Een dergelijk tarief kan als een inschrijftarief op basis van de huidige Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) worden vastgesteld. Deze vorm van beschikbaarheidsvergoeding onderscheidt zich hiermee van de beschikbaarheidsvergoeding die in een wetswijziging van de Wmg wordt voorgesteld. Deze laatste vorm van beschikbaarheidsvergoeding wordt volgens voorstel niet via zorgprestaties aan zorgverzekeraars in rekening gebracht, maar als beschikbaarheidsvergoeding rechtstreeks ten laste van het zorgverzekeringsfonds gebracht.

Conclusie

- De NZa adviseert de hoogte van de beschikbaarheidsvergoeding te koppelen aan de postcodes van verzekerden.
- De NZa adviseert de beschikbaarheid via een inschrijftarief per verzekerde te financieren.
- De NZa adviseert de bekostiging te baseren op de voorkeursvariant, waarbij op basis van een onderzoek op HAP niveau de definitieve tarieven worden bepaald.
- De NZa adviseert na invoering van de nieuwe tarieven, deze tarieven eens in de twee jaar te herijken.

3.5 Gevolgen voor andere bekostigingssystemen

De bekostiging van generalistische zorg heeft duidelijke raakvlakken met de reguliere huisartsenbekostiging en met de bekostiging van specialistische zorg. In deze paragraaf worden de gevolgen van de voorgestelde bekostiging van generalistische zorg voor de huisartsenbekostiging en de bekostiging van specialistische zorg in kaart gebracht.

Gevolgen voor huisartsenbekostiging

De NZa stelt voor alle generalistische zorg overdag via de reguliere huisartsenbekostiging te bekostigen. Voor de huisartsen, die het overgrote deel van de generalistische zorg overdag leveren, verandert er daarmee overdag niets. Voor zover ziekenhuizen overdag generalistische zorg leveren, zullen hun tarieven voor generalistische zorg overdag gelijk worden gesteld aan de passantentarieven van huisartsen.

De reguliere huisartsenzorg kent nu ook tarieven voor huisartsenzorg in de ANW uren. Het gaat hier enerzijds om tarieven voor verrichtingen en anderzijds om een gereguleerd uurtarief voor huisartsen. De verrichtingen mogen worden gedeclareerd door huisartsen die niet zijn aangesloten bij een HDS. Het uurtarief mag worden gedeclareerd door huisartsen die wel zijn aangesloten bij een HDS.

Met de introductie van functionele bekostiging, komen de tarieven voor verrichtingen die huisartsen die niet zijn aangesloten bij een HDS mogen declareren te vervallen. Huisartsen die niet aangesloten zijn bij een HDS mogen vanaf dat moment de functionele prestaties declareren.

De regulering van het uurtarief van de huisarts die aangesloten is bij een HDS komt in principe niet te vervallen. De reden voor die regulering, namelijk marktmacht bij huisartsen, is niet komen te vervallen. Deze regulering zou moeten worden uitgebreid naar elk samenwerkingsverband van huisartsen dat aanspraak maakt op een beschikbaarheidvergoeding voor generalistische zorg in de ANW, om zo te voorkomen dat de regulering wordt omzeild door ANW zorg niet meer via een HDS, maar een ander samenwerkingsverband te organiseren.

Een van de uitgangspunten van deze uitvoeringstoets is dat acute generalistische zorg en niet-acute generalistische zorg voor de bekostiging niet goed van elkaar kunnen worden onderscheiden: de prestaties zijn vergelijkbaar. Dit betekent dat de prestaties ten behoeve van de zorg in de ANW in principe ook gelden voor de electieve zorg in de ANW: er kan voor de bekostiging immers geen onderscheid worden gemaakt tussen acuut en niet-acuut. Of deze niet-acute zorg wel of niet verzekerde zorg is, is niet aan de NZa, maar aan het CVZ.

Gevolgen voor bekostiging van specialistische zorg

Door de introductie van functionele bekostiging van generalistische zorg zal een deel van de zorg die nu als specialistische zorg wordt bekostigd, in de toekomst als generalistische zorg worden bekostigd.

De functionele generalistische zorgtarieven in de ANW zullen naar alle waarschijnlijkheid aanzienlijk lager zijn dan de DBC producten die ziekenhuizen anders in rekening zouden brengen. Omdat DOT per 2011 wordt geïntroduceerd, kan niet gezegd worden welke vergoeding ziekenhuizen in 2011 en verder zouden ontvangen, als zij generalistische zorg als specialistische zorg zouden blijven declareren.

Invoering van functionele bekostiging van generalistische zorg leidt hierdoor tot een daling van de opbrengsten van een ziekenhuis. De kosten van het ziekenhuis zullen naar alle waarschijnlijkheid niet dalen, ook niet wanneer het ziekenhuis stopt met het leveren van generalistische zorg en deze zorg overlaat aan de HDS of andere zorgaanbieders. Dit komt omdat een groot deel van de kosten die een ziekenhuis maakt bij het aanbieden van generalistische zorg vaste kosten zijn. Deze vaste kosten vloeien voort uit het aanbieden van zorg: zowel generalistische zorg als specialistische zorg. Zolang het ziekenhuis een SEH zal blijven exploiteren, zal het ziekenhuis vaste kosten maken.

Wanneer een deel van deze kosten niet meer aan de generalistische zorg kan worden toegerekend, zullen deze kosten in de kostenmodellen van DBC-onderhoud moeten worden toegerekend aan andere zorgactiviteiten. Bij ziekenhuizen lijken de besparingen door de introductie van functionele bekostiging van generalistische zorg daarom wellicht groot, maar door het rondrekenen van de prijzen van DBC's zullen de werkelijke besparingen naar verwachting lager zijn.

Wanneer de marginale kosten voor generalistische zorg van ziekenhuizen hoger zijn dan van HDS-en, leidt een verschuiving wel tot een besparing. Een wijziging in de prikkels kan ook tot een andere inrichting van de SEH zorgen, waardoor doelmatigheidswinst kan worden behaald.

De analyse in deze uitvoeringstoets is een partiële analyse: de NZa onderzoekt hier een aanpassing van de bekostiging van generalistische zorg in de ANW, zonder de kwantitatieve gevolgen voor de bekostiging van specialistische zorg kwantitatief in kaart te brengen. Gezien de veranderingen die in de bekostiging van medische specialistische zorg spelen, is zo'n integrale analyse ook (nog) niet mogelijk. Bij de implementatie van functionele bekostiging van generalistische zorg bij

ziekenhuizen zal steeds gekeken moeten worden of de totale bekostiging van ziekenhuizen nog afdoende is om hun totale zorgpakket te realiseren.

3.6 Toets publieke belangen

3.6.1 Analyse kader

Voor de NZa staat het belang van de consument voorop. Het algemene consumentenbelang vertaalt de NZa in drie publieke belangen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. De effecten van een nieuwe bekostiging van acute generalistische zorg toetst de NZa dan ook op de borging van deze drie publieke belangen.

Kwaliteit

Consumenten hebben recht op zorg van voldoende kwaliteit. Dat wil zeggen dat de zorg veilig, effectief en patiëntgericht moet zijn. In Nederland bewaakt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) de medische kwaliteit van zorg.

Ook de NZa heeft een rol bij het behartigen van het publiek belang kwaliteit. Ten eerste heeft de NZa een rol in de transparantie van de kwaliteit. Ten tweede is het zo dat een eventuele wijziging van de bekostiging van de zorg gevolgen kan hebben voor de kwaliteit van de zorg.

Toegankelijkheid

Acute generalistische zorg moet voldoende toegankelijk zijn. Toegankelijkheid betekent voor acute zorg geografische toegankelijkheid, toegankelijkheid door de tijd en financiële toegankelijkheid.

Geografische toegankelijkheid wil zeggen dat overal in Nederland voldoende toegang tot acute generalistische zorg moet zijn, ook in dunbevolkte gebieden. Toegankelijkheid door de tijd wil zeggen dat op alle momenten, ook in de avond, nacht of weekenden, toegang is tot acute zorg. Immers, kenmerkend voor acute zorg is dat op deze zorg niet te lang kan worden gewacht. Financiële toegankelijkheid wil zeggen dat er geen financiële barrières zijn die de feitelijke toegang tot noodzakelijke zorg belemmeren.

Betaalbaarheid

Ten slotte is het van belang dat de zorg betaalbaar blijft, zowel op microniveau (een betaalbare basisverzekering) als op macroniveau (geen afkalving van koopkracht of explosief stijgende overheidsuitgaven). Daarvoor is het belangrijk dat de geleverde zorg op een doelmatige, efficiënte manier tot stand komt. Hierbij gaat het om de prijs/kwaliteit verhoudingen.

In hoeverre borgt het voorgestelde model de publieke belangen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid?

3.6.2 Kwaliteit

Achtergrond

Voor de kwaliteit van de acute generalistische zorg zijn geen landelijke wettelijke normen vastgesteld. Voor de kwaliteit van de zorg is het van belang dat de bekostiging voor voldoende opbrengsten bij zorgaanbieders zorgt, zodat zij in staat zijn om kwalitatief hoogwaardige zorg te leveren. Dat de geleverde zorg daadwerkelijk van voldoende

kwaliteit is, kan niet via de bekostiging worden gegarandeerd of afgedwongen: daarvoor zijn andere instrumenten nodig. Het toezicht op de kwaliteit van zorg ligt bij de IGZ. Ook zorgverzekeraars hebben een rol bij het bewaken van de kwaliteit van zorg, door dit aspect bijvoorbeeld mee te nemen in hun contractering van zorg.

Borging kwaliteit

Door bij de wettelijke eisen waaraan een samenwerkingverband moet voldoen om in aanmerking te komen voor een beschikbaarheidsvergoeding ook kwaliteitseisen op te nemen, kan de kwaliteit van generalistische zorg in de ANW worden bevorderd. Voor alle aanbieders van generalistische zorg moeten minimale kwaliteitseisen worden gehanteerd.

3.6.3 Toegankelijkheid

Achtergrond

Waar voor de ambulancezorg een wettelijke norm geldt (de 15 minuten norm), geldt voor de acute generalistische zorg geen wettelijk vastgelegde norm voor toegankelijkheid.

Zorgaanbieders zijn niet verplicht om deze zorg te verlenen: de 24/7 zorgplicht van huisartsen is een veldnorm en niet door de overheid afdwingbaar. Er is ook geen wettelijke borging van de aanwezigheid van enige zorgaanbieder in een gebied om acute zorg te leveren: er bestaat in Nederland geen dwingend vestigings- of spreidingsbeleid van zorgaanbieders.

Ook de zorgplicht van zorgverzekeraars biedt geen garantie voor de toegankelijkheid van acute generalistische zorg, zolang zorgverzekeraars de instrumenten ontberen om de toegankelijkheid te garanderen. Zolang er contracteervrijheid bestaat bij zorgaanbieders en zolang de tarieven worden gereguleerd via maximumprijzen, kan het voorkomen dat in een bepaalde regio geen enkele zorgaanbieder voor de geldende tarieven zorg wil leveren. Als een zorgverzekeraar kan aantonen dat hij in deze situatie zich voldoende heeft ingespannen, kan hij waarschijnlijk met succes een beroep doen op overmacht.

Borging toegankelijkheid

Het door de NZa voorgestelde model van bekostiging houdt rekening met regionale kostenverschillen, waardoor het in principe overal in Nederland rendabel moet blijven om generalistische zorg in de ANW aan te blijven bieden. Door de beschikbaarheidsvergoeding door zorgverzekeraars toe te laten kennen, hebben zij een sturingsinstrument om voor voldoende spreiding van faciliteiten te zorgen, waardoor de generalistische zorg overal daadwerkelijk toegankelijk is.

De NZa adviseert de veldnorm van 24/7 zorgplicht van huisartsen wettelijk te verankeren. Bovendien adviseert zij invoering van een wederzijdse contracteerplicht tussen zorgverzekeraars en samenwerkingsverbanden van huisartsen. Deze maatregelen bevorderen de toegankelijkheid van generalistische zorg in de ANW.

3.6.4 Betaalbaarheid

Achtergrond

Betaalbaarheid van zorg kan worden opgesplitst in de betaalbaarheid van een specifieke behandeling (de doelmatigheid van deze behandeling) en de betaalbaarheid van het totale zorgvolume: de macrobetaalbaarheid van de zorg.

De doelmatigheid van de zorg gaat over de vraag hoeveel middelen (tijd en geld) nodig zijn om een bepaald resultaat (een behandeling of zorguitkomst) te behalen. Het verhogen van de doelmatigheid betekent dus dat hetzelfde kan worden bereikt met minder middelen. Het vergroten van doelmatigheid is wenselijk om de betaalbaarheid te vergroten. Het effect van een beschikbaarheidsvergoeding op de doelmatigheid hangt af van de wijze van vaststelling van de beschikbaarheidsvergoeding. Wanneer de vergoeding wordt vastgesteld op basis van nacalculatie, of anderszins afhangt van de inspanningen van de ontvanger, kan dit de doelmatigheid negatief beïnvloeden. Immers, (een deel van) de ondoelmatigheid wordt dan gecompenseerd. Wanneer de hoogte van de vergoeding afhankelijk is van objectieve, niet door de ontvanger beïnvloedbare factoren, dan is er geen negatieve prikkel voor doelmatigheid.

Naast de doelmatigheid van de geleverde zorg, zijn ook de totale uitgaven aan zorg van belang voor de betaalbaarheid van de zorg. Wanneer een bekostigingssysteem een prikkel heeft om meer te produceren dan het sociaal optimale niveau, omdat dit voor de zorgaanbieder lucratief is, kan dit de betaalbaarheid van de zorg onder druk zetten.

Borging betaalbaarheid

Het voorgestelde model is gebaseerd op het vergoeden van de gemiddelde kosten zoals deze nu door zorgaanbieders worden gemaakt, waarbij wordt gecorrigeerd voor regionale kostenverschillen. Doordat iedere zorgaanbieder de gemiddelde kosten maar in zeer beperkte mate kan beïnvloeden, heeft iedere zorgaanbieder er belang bij om zo efficiënt mogelijk te werken. Het voorgestelde model bevordert daarom de doelmatigheid van de generalistische zorg in de ANW.

Een gemengd systeem van vaste en variabele bekostiging zoals het voorgestelde model, beperkt de financiële prikkels tot volumeverhoging, waardoor de macrobetaalbaarheid geborgd wordt.

Functionele prestatiebekostiging stimuleert dat zorg wordt aangeboden door de meest doelmatige aanbieders. Als de marginale kosten (kosten van een extra consult of visite) van generalistische zorg in de ANW bij tweedelijns-aanbieders hoger liggen dan bij eerstelijns-aanbieders, zou functionele bekostiging tot een verschuiving van zorg van tweede naar eerste lijn kunnen leiden. Wat de marginale kosten bij de SEH zijn, is echter niet bekend en het is niet op voorhand zeker dat de marginale kosten bij een ziekenhuis hoger liggen dan bij een HDS. Dit komt doordat de kosten bij beide aanbieders waarschijnlijk grotendeels vast zijn. Een eventuele verschuiving van zorg leidt daarom tot beperkte besparingen, tenzij deze verschuiving leidt tot een vermindering van het aantal SEH's.

Bij een gelijkblijvend zorgvolume en bij gelijkblijvende verdeling van de zorgproductie tussen aanbieders, is het voorgestelde model budgetneutraal. Indien het zorgvolume toeneemt, of wanneer ziekenhuizen complexere zorg gaan leveren

4. Inkomenseffecten

Elke aanpassing van de bekostiging heeft effecten op de inkomsten van de marktpartijen. In dit hoofdstuk worden de effecten van de voorgestelde bekostiging op de inkomsten van de marktpartijen geanalyseerd. Er wordt daarbij onderscheid gemaakt tussen een statische analyse en een dynamische analyse.

De statische analyse gaat er van uit dat zorgaanbieders dezelfde volumes zorg blijven aanbieden. Inkomensverschuivingen worden bij een statische analyse uitsluitend veroorzaakt doordat de tarieven die zorgaanbieders in rekening kunnen brengen worden aangepast. Een dynamische analyse probeert rekening te houden met de gevolgen op het zorgaanbod van de nieuwe bekostiging. Omdat volumeverschuivingen zeer moeilijk te voorspellen zijn (en van veel verschillende factoren afhangen), is een statische analyse een nuttige eerste benadering van de effecten.

4.1 Statische effecten

Bij de statische effecten is het uitgangspunt dat zorgaanbieders de zorg blijven leveren die ze nu leveren en dat de aanpassing van de bekostiging alleen maar effecten op de inkomsten hebben doordat de opbrengsten per geleverde prestatie veranderen.

HDS

Bij de statische effecten is het uitgangspunt dat zorgaanbieders de zorg blijven leveren die ze nu leveren en dat de aanpassing van de bekostiging alleen maar effecten op de inkomsten hebben doordat de opbrengsten per geleverde prestatie veranderen.

HDS

Het voorkeursmodel van de NZa is gebaseerd op de kosten van HDS-en: Het voorgestelde model is gebaseerd op het vergoeden van de gemiddelde kosten zoals deze nu door zorgaanbieders worden gemaakt, waarbij wordt gecorrigeerd voor regionale kostenverschillen. De inkomsten van HDS-en als groep worden door de introductie van de nieuwe bekostiging dan ook niet direct gewijzigd. Het model zorgt wel voor verschuivingen tussen HDS-en.

Hoewel het model deels is gebaseerd op het minimaliseren van verschuivingen tussen HDS-en, zal elke aanpassing van de bekostiging tot inkomenseffecten leiden.

Voor de analyse van inkomenseffecten zijn HDS-en hier op twee verschillende manieren ingedeeld in groepen: op basis van het aantal inwoners in het adherentiegebied (omvang van de HDS) en op basis van de bevolkingsdichtheid van het adherentiegebied.

Tabel 9 geeft de procentuele budgetverschuivingen tussen categorieën weer. Dit is een maatstaf voor verschuivingen tussen groepen aanbieders. De HDS-en met het grootste werkgebied gaan er onder het voorkeursmodel bijvoorbeeld 1% op achteruit. Tabel 10 geeft de absolute procentuele verschuivingen weer. Dit betekent het volgende: het genoemde percentage is de gemiddelde afwijking, naar boven óf

naar beneden.¹¹ Tabel 9 zegt daarmee vooral iets over verschuivingen tussen categorieën, terwijl tabel 10 iets zegt over verschuivingen binnen categorieën.

Tabel 9. Procentuele budgetverschuivingen bij verschillende modellen (in %), 2007

	Voorkeursmodel	Alternatief model	Inwoners (%)
Inwoners werkgebied			
9.000 – 150.000	-0,2	0,1	7,8
150.000 – 250.000	-2,2	-1,2	22,3
250.000 – 500.000	4,2	6,7	23,3
500.000 en meer	-1,0	-2,8	46,5
Oppervlakte per inwoner			
300 – 1.000 m2	3,0	0,6	23,3
1.000 – 1.500 m2	-3,1	-1,1	11,1
1.500 – 2.500 m2	1,2	0,3	29,8
2.500 m2 en meer	-1,5	-0,2	35,9

APE: Bekostigingsmodellen voor huisartsenposten

Tabel 10. Absolute procentuele herverdeeeffecten bij verschillende modellen (in %), 2007

	Voorkeursmodel	Alternatief model	Inwoners (%)
Inwoners werkgebied			
9.000 – 150.000	10,4	10,7	7,8
150.000 – 250.000	9,6	11,0	22,3
250.000 – 500.000	8,2	9,6	23,3
500.000 en meer	4,5	5,8	46,5
Oppervlakte per inwoner			
300 – 1.000 m2	3,2	4,7	23,3
1.000 – 1.500 m2	5,6	7,3	11,1
1.500 – 2.500 m2	7,2	9,4	29,8
2.500 m2 en meer	9,3	9,6	35,9

APE: Bekostigingsmodellen voor huisartsenposten

De herverdeeeffecten tussen categorieën van zorgaanbieders zijn relatief beperkt. Er zijn wel significante verschuivingen binnen categorieën, tot ruim 10%. Dit betekent dat sommige HDS-en er onder het voorkeursmodel 10% op vooruit of achteruit gaan. Wellicht leidt een nieuw onderzoek op basis van gegevens op HAP niveau tot kleinere verschuivingen, maar er moet rekening worden gehouden met verschuivingen boven de 10% voor individuele zorgaanbieders. In de overgangsregeling zal hier rekening mee moeten worden gehouden.

¹¹ Stel dat een categorie uit twee aanbieders zou bestaan van dezelfde omvang en dat aanbieder 1 er 5% op vooruit zou gaan en aanbieder 2 er 5% op achteruit zou gaan. Gemiddeld gaat de groep er niet op voor of achteruit: de procentuele verschuiving is 0%. De gemiddelde absolute verschuiving is echter 5%: iedere aanbieder verschuift gemiddeld 5% ten opzichte van de status quo.

SEH

Het is niet mogelijk om met zekerheid te zeggen hoeveel generalistische zorg door de SEH's van ziekenhuizen wordt geleverd. Hiervoor zijn twee redenen. Allereerst zijn er geen harde gegevens over hoeveel producten door de SEH sinds 2008 worden geleverd. Van de DBC's die ziekenhuizen registreren is het niet bekend hoeveel daarvan op de SEH tot stand komen: dit wordt niet meer geregistreerd. Ten tweede zijn er geen harde gegevens over het aandeel van generalistische zorg in de totale productie van zorg op de SEH's: de generalistische zorgactiviteiten zijn immers nog niet gedefinieerd. De verhouding tussen generalistische zorg en specialistische zorg is niet bekend. Op basis van een aantal aannames kunnen wel grove schattingen worden gemaakt van de effecten.

Tot en met 2007 bestond er een apart zorgtype voor acute zorg: zorgtype '12'. In 2007 bedroeg het aantal DBC's met zorgtype '12' iets minder dan 2,5 miljoen. In vergelijking: in 2007 was het aantal telefonische consulten, consulten en visites dat door HDS-en werd geleverd ongeveer 3,5 miljoen. Het Julius Centrum van de Universiteit Utrecht heeft de afgelopen jaren in onder andere Utrecht gemeten hoeveel patiëntencontacten er zijn bij verschillende zorgaanbieders van acute zorg.¹² Uit hun cijfers over 2007 blijkt de verhouding HAP/SEH nagenoeg hetzelfde te zijn als de verhouding tussen DBC's van zorgtype 12 en contacten van HDS-en. Dit impliceert dat deze gegevens redelijk betrouwbaar zijn. Uit het onderzoek blijkt verder dat ongeveer 60% van de SEH contacten buiten kantooruren liggen. Dit zou betekenen dat er in de ANW ongeveer 3,5 miljoen contacten zijn met de HDS en 1,5 miljoen contacten met de SEH, ofwel een verhouding van 70/30.

In Utrecht was ongeveer 45% van de bezoekers van de SEH zelfverwijzer. Volgens het Julius Centrum varieert het percentage zelfverwijzers van regio tot regio: zij hebben percentages tussen de 38 en de 60 gemeten in verschillende gebieden. Het landelijke percentage zelfverwijzers is niet bekend. Gezien de door het Julius Centrum gemeten percentages, lijkt een aanname van 50% redelijk. Dit impliceert dat er ongeveer 750.000 zelfverwijzingscontacten per jaar zijn. Echter, niet alle zelfverwijzers hebben generalistische zorg nodig: een deel heeft specialistische zorg nodig.

Over deze verhouding bestaan heel weinig harde data: er zal een aanname moeten worden gedaan, om inkomenseffecten te kunnen schatten. De NZa zal hier schattingen maken op basis van een ondergrens van 50% generalistische zorg en een bovengrens van 80% generalistische zorg. Als men aanneemt dat de helft van de zelfverwijzers generalistische zorg behoeft, gaat het om ongeveer 375.000 contacten, 25% van de totale productie van de SEH in de ANW. Dit kan van ziekenhuis tot ziekenhuis verschillen.

Volgens DIS-gegevens blijkt dat ongeveer 60% van de SEH DBC's in 2007 geen vervolgende. Dit is een absolute bovengrens van het aantal generalistische zorg DBC's bij het ziekenhuis: een vervolgetraject impliceert dat sprake was van specialistische zorg. Er kan echter niet gezegd worden dat iedere DBC zonder vervolg een generalistische zorg DBC was.

Op basis van bovenstaande gegevens en aannames, wordt in de ANW ongeveer 85-90% van de generalistische zorg door de HDS-en geleverd en 10-15% door de SEH's en ontvangen ziekenhuizen hier € 56 tot € 90 miljoen voor.

¹² Meetweek 2007, Julius Centrum

Behalve onzekerheid over het volume van generalistische zorg bij de SEH, bestaat ook onzekerheid over de verandering in opbrengsten per product, door de introductie van functionele bekostiging van generalistische zorg. Van de huidige SEH productie die als generalistische zorg is aan te merken, is niet bekend wat de gemiddelde opbrengst is onder het huidige FB-budget. Met de introductie van DOT in 2011 wordt dit nog minder duidelijk. Bij een inventarisatie van DOT is gekeken naar een aantal eenvoudige producten die in de toekomst mogelijk tot de generalistische zorg gerekend zouden kunnen worden. Veel van deze producten hebben een (voorlopige) kostprijs van rond € 120.¹³ Dit is een bedrag dat ongeveer vier keer zo hoog ligt als het tarief voor een consult op basis van het voorkeursmodel. De prijzen voor relatief goedkope producten zijn bij DOT lager dan bij de huidige DBC's: een enkelvoudige poliklinische conservatieve behandeling van een eenvoudige open wond (bijvoorbeeld een snijwond) heeft nu € 140 als prijs. Deze zorg komt in DOT voor een groot deel in een product met € 115 als gemiddelde kosten.

De introductie van DOT leidt tot een verlaging van de opbrengsten uit generalistische zorg. De introductie van functionele bekostiging van generalistische zorg in de ANW leidt tot een verdere verlaging ten opzichte van DOT. Dit betekent niet dat de totale opbrengsten van ziekenhuizen dalen, alleen dat er opbrengsten tussen productgroepen verschuiven. De kosten van SEH's dalen immers niet door de aanpassing van de bekostiging. Lagere opbrengsten voor generalistische basiszorg leiden via de kostentoekening in het kostenmodel voor DBC's tot hogere opbrengsten voor andere DBC's.

Omdat niet alle ziekenhuizen in gelijke mate generalistische zorg leveren, zal de introductie van functionele bekostiging wel tot verschuivingen in opbrengsten tussen ziekenhuizen leiden. Aangezien het onbekend is hoe de verdeling van generalistische zorg tussen ziekenhuizen onderling is, kan niet worden bepaald wat de inkomenseffecten voor individuele instellingen zijn. Omdat de totale verschuiving van opbrengsten ten opzichte van de totale ziekenhuisopbrengsten beperkt zijn, is de verwachting dat de inkomenseffecten voor individuele ziekenhuizen ook beperkt zullen zijn. Dit zal tijdens de implementatie wel verder moeten worden onderzocht.

Conclusie

Waarschijnlijk zijn de inkomenseffecten door de introductie van functionele prestatiebekostiging van generalistische zorg in de ANW voor individuele ziekenhuizen beperkt, zeker in verhouding tot de effecten voor individuele HDS-en.

4.2 Dynamische effecten

"Prediction is very difficult, especially if it's about the future."

Niels Bohr

Terwijl een statische analyse uitgaat van gelijkblijvende zorgproductie van alle zorgaanbieders, worden bij een dynamische analyse mogelijke verschuivingen van zorgproductie meegenomen bij het bepalen van inkomenseffecten. Welke verschuivingen daadwerkelijk gaan optreden, is niet met zekerheid te zeggen: de analyse is onze beste schatting. Er zijn een aantal plausibele scenario's voor de generalistische zorg in de ANW

¹³ Dit bedrag is exclusief kapitaallasten

te formuleren. De status quo is al bij de statische analyse behandeld en wordt hier verder buiten beschouwing gelaten.

Scenario 1: verschuiving naar HDS

De voorgestelde bekostiging leidt voor de SEH tot een daling van de opbrengsten per behandeling, doordat niet een DBC tarief, maar een lager generalistische zorgtarief in rekening kan worden gebracht. Het leveren van generalistische zorg wordt voor het ziekenhuis daardoor relatief minder aantrekkelijk. Voor de HDS wordt het leveren van generalistische zorg in de ANW juist aantrekkelijker: de huidige bekostiging is bijna onafhankelijk van zorgvolume, terwijl de voorgestelde bekostiging deels bekostiging op basis van zorgvolume behelst. Meer productie leidt voor de HDS onder de huidige bekostiging niet tot meer opbrengsten en onder de nieuwe systematiek wel tot meer opbrengsten.

Door de bovengenoemde wijziging in prikkels kan er een verschuiving ontstaan tussen SEH en HDS. Wanneer de HDS generalistische zorg tegen lagere marginale kosten kan aanbieden dan de SEH, is deze verschuiving voor beide partijen potentieel gunstig. Een concrete manier om deze verschuiving te realiseren is verdergaande integratie tussen HDS en SEH. Door de HDS de generalistische zorg te laten doen en de SEH zich uitsluitend op de specialistische zorg te laten toeleggen, worden efficiëntievoordelen behaald, onder de aanname dat de HDS lagere marginale kosten heeft.

Wanneer het volume van de HDS-en door deze ontwikkeling stijgt, zullen naar verwachting de gemiddelde kosten per behandeling dalen. Een groot deel van de kosten van de HDS zijn immers vast en stijgen niet met een toename van het zorgvolume. Hierdoor kunnen de tarieven voor generalistische zorg in ANW in de loop der tijd dalen, of in elk geval minder snel stijgen dan anders het geval zou zijn geweest.

De gevolgen voor het ziekenhuis zijn moeilijker in te schatten. Door zelf geen generalistische zorg meer te leveren verliest het ziekenhuis omzet. De vrijgekomen capaciteit kan mogelijk worden ingezet om meer specialistische zorg in de ANW te leveren. Misschien is het ook mogelijk om de capaciteit van de SEH en daarmee de kosten te reduceren. Wanneer geen van beide mogelijk is, zal de onderbenutting van de SEH toenemen. Deze onderbenutting zal bij de kostprijsberekening van DBC's leiden tot hogere DBC-prijzen.

Wanneer HDS-en alle generalistische zorg in de ANW zouden leveren, zou hun omzet € 23 tot € 36 miljoen toenemen en de omzet van ziekenhuizen even zoveel afnemen, ten opzichte van hun geschatte omzet onder DOT. Als de gemiddelde kosten van HDS-en door deze volumestijging zouden dalen, zouden de tarieven voor generalistische zorg in de ANW op termijn dalen: met hoeveel is niet te zeggen. Doordat de kosten van ziekenhuizen door deze verschuiving minder snel dalen dan hun omzet, stijgen de tarieven van DBC's: met hoeveel is niet te zeggen. Het totale macro-effect is daarom niet goed te schatten.

Scenario 2: verschuiving naar SEH

Hoewel het verlenen van generalistische zorg onder het voorgestelde model, ten opzichte van de huidige situatie, financieel minder aantrekkelijk is voor ziekenhuizen en financieel aantrekkelijker is voor HDS-en, is het toch mogelijk dat de zorg verschuift naar het ziekenhuis. De SEH is een belangrijke route voor veel specialismen voor het verkrijgen van patiënten. Door meer patiënten op de SEH aan te trekken, kan een ziekenhuis potentieel marktaandeel op andere

ziekenhuizen winnen. Eventuele verliezen/lage marges kunnen dan verder in de zorgketen worden goedge maakt.

Door de generalistische zorg in de ANW functioneel te benaderen is het voor het ziekenhuis potentieel ook makkelijker om deze zorg te leveren. In het huidige systeem bestaat de notie dat zelfverwijzers 'niet wenselijk zijn' en bij de huisarts/HDS thuis horen. Een functionele benadering stelt dat iedere gekwalificeerde zorgaanbieder de zorg moet kunnen leveren.

Naast deze concurrentie om marktaandeel bestaat er het risico van 'upcoding': de SEH kan zwaardere/meer complexe zorg leveren, waardoor de zorg niet meer tot de generalistische zorg wordt gerekend, maar tot de specialistische zorg met een navenant tarief.

Deze ontwikkeling hoeft zich niet bewust voor te doen, het kan ook onbewust gebeuren. Uit gesprekken met veldpartijen komt naar voren dat er een beeld bestaat dat huisarts en medisch specialist anders naar patiënten kijken. De huisarts zou aan risico-afwegingen doen en de medisch specialist aan risico-uitsluiting, waardoor de medisch specialist sneller dan de huisarts grijpt naar bijvoorbeeld aanvullende diagnostiek. Dezelfde patiëntenpopulatie zou door de huisarts dus anders (en goedkoper) worden behandeld dan door de medisch specialist.

In hoeverre bovengenoemde risico's zich voordoen, is met geen enkele zekerheid te voorspellen. De financiële gevolgen zijn ook niet goed te kwantificeren. Wel kan worden gesteld dat er een mogelijkheid bestaat dat het voorgestelde bekostigingsmodel tot ongewenste veranderingen in de ziekenhuisproductie leidt.

5. Aanvullende vragen

In het verzoek voor een nieuwe uitvoeringstoets vraagt de minister aan de NZa hem te adviseren over eigen betalingen bij acute generalistische zorg en aanvullende diagnostiek.

5.1 Eigen betalingen

Verzoek minister

'Zoals gezegd komen alleen patiënten die binnen enkele uren of sneller gezien dienen te worden (U3, U2 of U1) in aanmerking voor een spoedtarief overdag; overige patiënten vallen in de reguliere generalistische zorg. Op de SEH en in de ANW zorg zijn er echter veel zelfverwijzers met een lagere urgentiescore dan U3. Deze patiënten maken feitelijk gebruik van te dure infrastructuur. In het kader van de kostenbeheersing en in het licht van de functie van de basisverzekering verdient het overweging om patiënten die met een urgentiescore van U4 of U5 aanspraak maken op acute generalistische zorg op de SEH of de huisartsenpost hiervoor een eigen bijdrage te laten betalen of anderszins een rem op dit overgebruik van te dure faciliteiten in te bouwen. Graag ontvang ik hierover uw advies.'

De minister wil bezien of voor de SEH een eigen bijdrage ingevoerd kan worden. Wat meespeelt, is dat een onnodig gebruik van een duurder voorziening als de SEH de macrobudgettaire kosten van de acute zorg onnodig doet stijgen.

In de beantwoording van deze vraag gaat de NZa in op het nut van een eigen bijdrage bij het afnemen van acute generalistische zorg specifiek bij de SEH en het nut van een generieke eigen bijdrage voor acute generalistische zorg.

Het is aan het CVZ en de minister om te bepalen onder welke omstandigheden zorg tot de door de basisverzekering gedekte zorg kan worden gerekend. Zo kan worden bepaald dat electieve zorg buiten kantooruren niet tot het verzekerde pakket behoort. Voor deze zorg geldt dan feitelijk een eigen bijdrage van 100%. Voor zorg die wel tot het verzekerde pakket wordt gerekend, kan in beginsel ook een eigen bijdrage gelden. Deze eigen bijdrage voor verzekerde zorg kan in beginsel voor alle aanbieders van die zorg gelden, of voor een deel van de aanbieders (in dit geval ziekenhuizen). In deze paragraaf gaat het om een eigenbijdrage bij basisverzekerde zorg.

Vormen van eigen bijdragen

Er kunnen twee typen eigen bijdragen worden onderscheiden:

- een jaarlijks eigen risico;
- een eigen risico per behandeling (bijbetaling).

Soms wordt de eigen bijdrage direct bij een de behandeling bij de patiënt in rekening gebracht. Soms wordt de eigen bijdrage achteraf door de zorgverzekeraar met de patiënt verrekend.

Wat is het nut van een eigen bijdrage specifiek voor acute generalistische zorg door SEH?

Bij een functionele bekostiging van de zorg op basis van prestaties zal het gebruik van voor de aangeboden zorg te dure voorziening nauwelijks

effect hebben op de macrokosten van de acute (basis)zorg. Een zorgaanbieder ontvangt immers voor een consult hetzelfde tarief, ongeacht of hij hoge of lage kosten heeft en beslist vervolgens zelf hoe hij gegeven de kwaliteitseisen zijn organisatie inricht. Hij heeft een prikkel om zijn organisatie te optimaliseren. Zo kan, als een SEH een te dure kostenstructuur zou hebben, een ziekenhuis besluiten om met huisartsen in een spoedpost te gaan samenwerken. Functionele bekostiging zal daarmee een prikkel geven om structureel onnodig gebruik van te dure voorzieningen zoveel mogelijk te beperken.

Een organisatiespecifieke eigen bijdrage voor alleen de SEH heeft gevolgen voor de samenwerking tussen huisartsenposten en de SEH (spoedpost). In beginsel zal de hap een groter deel van het zorgvolume krijgen en minder gebaat zijn bij samenwerking in spoedpost. Afhankelijk van de omstandigheden kan dit negatief of positief uitwerken op de samenwerkingsverbanden. Daarnaast maakt een organisatiespecifieke eigen bijdrage het bekostigingskader complexer en minder transparant. Zorgverzekeraars zullen de specifieke eigen bijdrage moeten administreren, hetgeen extra administratieve lasten veroorzaakt. Voor een patiënt zal niet altijd duidelijk zijn wanneer hij een eigen bijdrage moet betalen. Bij HAP niet, bij de SEH wel, maar hoe zit dat bij een spoedpost, waarin huisarts en SEH samenwerken)? Is duidelijk wat spoedpost is en wat niet?

Overigens staat voor de NZa niet vast dat voor de behandeling van generalistische zorg de SEH een duurder voorziening is dan een huisartsenpost is. Dit is geheel afhankelijk van de door de zorgaanbieders gekozen kostenstructuur en de doelmatigheidsprikkels die van de bekostiging uitgaan. Daarbij is het onnodige gebruik van de SEH vanuit macrobudgettaire perspectief een relatief klein probleem.

Wat is het nut van een generieke eigen bijdrage voor de acute generalistische zorg?

De (beschikbaarheid van) generalistische zorg in de ANW-uren is een relatief dure voorziening. Patiënten ervaren de hogere kosten van deze voorziening echter niet (direct) omdat deze onderdeel van het verzekerde basispakket. De zorgverzekeraar betaalt.

Het betalen van een eigen bijdrage geeft patiënten in beginsel een financiële prikkel om doelmatig van deze voorziening gebruik te maken. Een bijbetaling betekent een financiële drempel, die de toegankelijkheid van de zorg voor patiënten beperkt. Hoe hoger de eigen bijdrage is, hoe minder toegankelijk de zorg wordt. Patiënten zullen deze drempel sterker ervaren als zij direct bij de zorgvraag met de eigen bijdrage worden geconfronteerd, dan bij betaling achteraf.

Daarbij is belangrijk dat de patiënt bij acute gevallen soms moeilijk kunnen kiezen. Zeker voor dat deel van de acute zorg, waarbij 'elke seconde telt' (spoedzorg) is het zaak om zo snel mogelijk bij de dichtstbijzijnde zorgaanbieder te komen. De keuzevrijheid van patiënten is dan beperkt. Voor een groot deel van het acute generalistische zorgvolume ligt dit echter genuanceerder. In veel gevallen dient de zorg niet direct, maar binnen enkele uren tot een dag behandeld worden (dringende zorg) en heeft een patiënt wel enige ruimte om keuzes te maken voor een behandeling in de ANW-uren. Het onderscheid tussen spoedzorg en dringende zorg is voor de bekostiging niet duidelijk te maken. Bij de introductie van een eigen bijdrage regeling zal de eigen bijdrage daarom ook moeten gelden voor patiënten die geen keuzemogelijkheid hebben.

Beleidsmatig betekent het vaststellen van het eigen bijdrage een weging van de toegankelijkheid van zorg en de doelmatigheid van de bekostiging. De bijdrage mag niet zo hoog zijn dat de toegang tot acute generalistische zorg in gevaar komt.

De NZa verwacht dat met de introductie van functionele bekostiging al een forse stap gezet wordt naar een doelmatige ordening van de acute generalistische zorg. Uitgaande van het politieke uitgangspunt dat iedereen toegang moet hebben tot een acute zorgvoorziening zal het instrument van de eigen bijdrage terughoudend moeten worden ingezet. Het introduceren van een eigen bijdrage kan als (extra) maatregel worden overwogen als na introductie van de functionele bekostiging sprake is van een onwenselijke volumegroei in de acute generalistische zorg.

Conclusie

De NZa raadt de minister af een eigen bijdrage alleen voor de SEH vast te stellen. Na de introductie van een functionele bekostiging op basis van prestaties vervalt de noodzaak om uit budgettaire overwegingen de patiëntenstroom van de SEH weg te sturen. Belangrijke voorwaarde daarbij is dat voor de SEH hetzelfde consultarief voor de generalistische zorg geldt als voor de hap en dat de hoogte van dit tarief gebaseerd is op de doelmatige kosten van generalistische zorg.

Een eigen bijdrage van de patiënt kan bijdragen aan een doelmatig gebruik van zorgvoorzieningen in de ANW uren. De hoogte van de eigen bijdrage is een afweging tussen toegankelijkheid en doelmatigheid. Het introduceren van een eigen bijdrage kan als (extra) maatregel worden overwogen als na introductie van de functionele bekostiging sprake is van een onwenselijke volumegroei in de acute generalistische zorg.

5.2 Aanvullende diagnostiek

Inleiding

Zorgaanbieders uit de eerste lijn (onder andere huisartsen) kunnen overdag aanvullende diagnostiek aanvragen bij medisch specialisten in ziekenhuizen. Zij doen dit wanneer zij dat nodig achten als onderdeel van het leveren van (acute) generalistische zorg. De medisch specialist brengt in principe geen DBC in rekening gebracht maar een overig product (OVP) of ondersteunend product (OP). Hij levert namelijk een verrichting en geen DBC. Een OVP is een verrichting uitgevoerd door een poortspecialist en een OP is een verrichting uitgevoerd door een niet-poortspecialist.

Tabel 11. Overige en ondersteunende producten

Overig Product (OVP)	Ondersteunend product
Verrichtingen geleverd door een poortspecialisme	Verrichtingen geleverd door een niet-poortspecialisme
OVP/OP zijn geen onderdeel van DBC. Het is óf een OVP/OP óf een DBC met de verrichting als onderdeel van de DBC	
Op verzoek van de eerste lijn	
Wegens onderlinge dienstverlening	
Aan een ander specialisme, werkzaam binnen dezelfde instelling, waarvoor de DBC-systematiek niet geldt (zoals kaakchirurgie)	

Bron: NZa regeling CI/NR-100.085, artikel 3.6 en 3.7

Ondoelmatige bekostiging

Wanneer een huisarts een patiënt behandelt in de ANW uren en vindt dat aanvullende diagnostiek nodig is dan zal hij deze patiënt moeten

doorverwijzen naar een medisch specialist. Als de betreffende medisch specialist de patiënt vervolgens doorverwijst naar een andere medisch specialist voor aanvullende diagnostiek dan wordt geen OVP gedeclareerd maar maakt de diagnostiek onderdeel uit van een diagnose behandelcombinatie (DBC). Het rekenen van verschillende tarieven voor dezelfde verrichtingen kan worden bestempeld als ondoelmatige bekostiging.

Functionele bekostiging

De kern van bovenstaand probleem ligt in de verschillende bekostiging van de diagnostiek. Alle aanvullende diagnostiek ten behoeve van basiszorg zou gelijk moeten worden bekostigd. In feite vindt nu na een onderzoek/diagnose door de huisarts een verwijzing plaats naar de medisch specialist (tweede lijn). In de bekostiging van deze vervolgbehandeling zit een mogelijk probleem. Neem het voorbeeld van een patiënt die is gevallen en zich met een pijnlijke gezwollen enkel meldt bij een HAP. De huisarts vertrouwt het niet en stuurt de patiënt door naar het ziekenhuis voor een röntgenfoto. Wanneer er geen sprake blijkt te zijn van een botbreuk en er geen medisch specialistische behandeling meer plaatsvindt, dan zou een OVP/OP moeten worden gedeclareerd en geen DBC. Het advies aan de minister is dan ook om eenzelfde tarief te rekenen voor aanvullende diagnostiek voor generalistische zorg in de eerste lijn en in de tweede lijn.

Conclusie

- De NZa adviseert om eenzelfde tarief te rekenen voor aanvullende diagnostiek voor generalistische zorg in de eerste lijn en in de tweede lijn.

6. Transitie en fasering

6.1 Overgangsregime

De adviezen in hoofdstuk 3 over de wijziging van de bekostiging leiden tot inkomensverschuivingen voor de huidige zorgaanbieders, zowel voor HDS-en als SEH's. Voor groepen HDS-en kunnen deze inkomensverschuivingen naar schatting oplopen tot 11% van hun huidige budget; voor enkele individuele HDS-en is dit percentage nog hoger (zie hoofdstuk 4). Preciezer inkomenseffecten kunnen worden vastgesteld op basis van het eerder genoemde onderzoek op basis van gegevens op HAP-niveau. Voor ziekenhuizen met een SEH is zo'n kwantitatieve inschatting moeilijk te maken. Wel is waarschijnlijk dat, als SEH's generalistische zorgprestaties gaan declareren, dit leidt tot een daling van inkomsten op die zorg, met mogelijk een gedeeltelijke compensatie hiervan vanuit het systeem van bekostiging van de tweedelijnszorg op de inkomsten uit medisch-specialistische zorg.

Ervan uitgaande dat het onderzoek op basis van HAP-gegevens vergelijkbare inkomenseffecten oplevert als het HDS-onderzoek, lijkt het de NZa verstandig de overgang tussen het huidige en het nieuwe bekostigingssysteem geleidelijk te laten verlopen. Met andere woorden: een transitietraject is noodzakelijk. Dit roept twee vragen op:

- Kan het transitietraject voor alle partijen gelijk zijn?
- Welk transitieproces wordt gehanteerd?

Eerste lijn eerst, tweede lijn later

Het onderscheid tussen generalistische zorg en specialistische zorg moet nog worden geoperationaliseerd en in 2011 worden al vergaande veranderingen doorgevoerd: prestatiebekostiging en DOT. De introductie van functionele bekostiging van generalistische zorg zal moeten worden ingepast in het transitietraject voor de ziekenhuisbekostiging. Functionele bekostiging van generalistische zorg bij ziekenhuizen kan daarom op zijn vroegst in 2012 worden ingevoerd.

De NZa adviseert daarom functionele bekostiging van acute generalistische zorg niet in één stap in te voeren, zodat aanpassing van de bekostiging van HDS-en niet afhankelijk is van de hele systeemwijziging bij ziekenhuizen. De invoering van functionele bekostiging voor zorgaanbieders van (acute) generalistische zorg in de eerste lijn (HDS-en en huisartsen) kan per 2011 van start gaan. In 2010 moet dan een aanvullend kostenonderzoek worden gedaan, de beleidsregels worden opgesteld en tarieven bepaald.

Gefaseerde invoering leidt ertoe dat gedurende een transitieperiode niet alle aanbieders onder hetzelfde bekostigingsregime vallen: generalistische zorg door ziekenhuizen valt ten minste een jaar later onder de functionele bekostiging dan de generalistische zorg door huisartsen en samenwerkingsverbanden van huisartsen. Gedurende deze periode zijn de prikkels voor samenwerking en taakherschikking zwakker, dan wanneer beide type aanbieders onder hetzelfde bekostigingsregime vallen.

Gezien de verwachte inkomenseffecten voor HDS-en zal voor hun een langer overgangstraject gelden dan voor ziekenhuizen. Dit verschil in overgangsregime zorgt sowieso voor een periode van ongelijke bekostiging. Uit perspectief van doelmatigheid en een gelijk speelveld is het wenselijk dat alle aanbieders zo snel als mogelijk onder een gelijk

regime vallen, maar verschillende aanbieders komen uit een heel verschillende situaties en deze verschillen hebben effect op de transitiefase. De NZa verwacht naast het effect op het tempo waarmee de veranderingen op de generalistische zorgmarkt tot stand komen geen andere negatieve effecten van gefaseerde invoering.

Transitiemodel

De afwegingen voor de keuze van een transitie­model voor invoering van functionele bekostiging in de eerste lijn, lijken sterk op de afwegingen opgenomen in de recente NZa-uitvoeringstoets *Van budget naar prestatie* rondom de invoering van prestatie­bekostiging voor medisch-specialistische zorg¹⁴. Kortheidshalve de NZa naar die afweging, die mutatis mutandis leidt tot hetzelfde voorkeursmodel voor de overgang: het ingroeimodel. Gedurende de transitie wordt voor bestaande zorgaanbieders de bekostiging deels gebaseerd op het historische budget en deels op de nieuwe bekostiging, waarbij de nieuwe bekostiging een steeds belangrijkere rol speelt.

Voor de HDS-en kan het overgangsregime concreet als volgt worden vormgegeven. De NZa bepaalt gedurende de transitieperiode de transitieomzet van de zorgaanbieder.

$$\text{Transitieomzet} = Z \text{ maal (historische omzet)} + (1 - Z) \text{ maal gerealiseerde omzet bij prestatiebekostiging}$$

Voor de historische omzet kan het budget van 2010 worden genomen. Gezien de omvang van de inkomenseffecten lijkt een transitieperiode van drie jaar gerechtvaardigd. Z zou dan $\frac{3}{4}$, $\frac{1}{2}$ en $\frac{1}{4}$ in opeenvolgende jaren kunnen zijn. In het vervolgonderzoek op HAP-niveau zullen de definitieve inkomenseffecten moeten worden bepaald, wat kan leiden tot een verkorting of verlenging van de gewenste transitieperiode.

Het verschil in de werkelijk gerealiseerde omzet en de transitieopbrengst (opbrengstverschil) zal moeten worden verrekend. De wijze van verrekenen zal in het vervolgtraject moeten worden bepaald.

Gezien de relatief geringe inkomenseffecten van de introductie van functionele bekostiging van generalistische zorg in de ANW bij ziekenhuizen lijkt er voorlopig geen aanleiding te zijn om ook voor ziekenhuizen een transitie­model te introduceren. Er zal in het vervolgtraject nog moeten worden onderzocht of er geen ziekenhuizen zijn, die met grote inkomenseffecten worden geconfronteerd.

¹⁴ De afweging in die uitvoeringstoets is complexer dan in deze, omdat in de ziekenhuiszorg parallel met de nieuwe bekostiging ook een ingrijpende wijziging wordt aangebracht in de prestatie­structuur (bekend onder de naam DOT). Zie http://www.nza.nl/7113/10118/84814/Uitvoeringstoets_van_budget_naar_prestatie1.pdf.

6.2 Tijdpad

Om per 2011 functionele prestatiebekostiging voor generalistische zorg in de ANW in te voeren, moeten een aantal stappen worden gezet.

Tabel 12. Tijdpad invoering functionele prestatiebekostiging generalistische zorg

Wat	Wie	Wanneer/ uiterlijk
Opleveren uitvoeringstoets	NZa	december 2009
Starten kostenonderzoek op HAP-niveau (voor bijna alle mogelijke modellen van bekostiging is aanvullende kosteninformatie nodig)	NZa	januari 2010
Nadere studie onderscheid generalistische zorg – specialistische zorg	NZa	januari t/m december 2010
Keuze voor definitief model + aanwijzing	VWS	februari 2010
Uitwerken model in beleidsregels	NZa	maart t/m juni 2010
Aanpassen uitvoeringsbesluit WTZi + AMvB om contracteerplicht te regelen	VWS/ Wetgever	1 juli 2010
Vaststellen hoogte tarieven	NZa	1 oktober 2010
Start functionele prestatiebekostiging voor eerstelijnszorgaanbieders		1 januari 2011
Aanwijzing over definiëren generalistische zorg in ziekenhuis	VWS	januari 2011
Aanpassen beleidsregels voor functionele bekostiging generalistische zorg door SEH	NZa	januari t/m juni 2011
Start functionele prestatiebekostiging voor alle zorgaanbieders		1 januari 2012

Om tot implementatie van functionele bekostiging van generalistische zorg in de ANW per 2011 te kunnen komen, moet de minister uiterlijk eind februari een aanwijzing geven aan de NZa. In deze aanwijzing moet de minister de NZa vragen om functionele prestatiebekostiging voor generalistische zorg in de ANW in te voeren en daar een aantal voorwaarden aan verbinden. De minister moet in elk geval aangeven welke vorm van beschikbaarheidvergoeding hij wil introduceren en wie die beschikbaarheidvergoeding moet gaan toekennen. Ook moet de minister aangeven in welke mate hij de generalistische zorg bekostigd wil zien via een vaste vergoeding en in welke mate via een variabele vergoeding.

Begin 2011 zal de minister een tweede aanwijzing moeten geven, waarin hij aangeeft hoe hij wil dat generalistische zorg en specialistische zorg in het ziekenhuis van elkaar worden afgebakend.

Bijlage 1. Het verzoek van VWS

Het verzoek van de minister van VWS luidt als volgt:

“Ik wil u (...) vragen het principe van functionele bekostiging, zoals u voorstelt in uw rapport ('Met Spoed!'), met een aantal aanpassingen nader uit te werken. Hierbij vraag ik u dus ook expliciet om directe afstemming te realiseren met de nog de ontwikkelingen ten aanzien van de functionele bekostiging in de eerstelijnszorg als ook met de uitwerking van de beschikbaarheidsvergoeding voor SEH's.

Ik maak in onderstaande varianten een onderscheid in een bekostigingssysteem met beschikbaarheidsvergoeding voor alleen uitzonderingsgevallen en een systeem met 'standaard' beschikbaarheidsvergoeding. Hierbij vraag ik u het volgende:

VARIANT 1

Een bekostigingssysteem met alleen een beschikbaarheidsvergoeding waar noodzakelijk

Ik vraag u het volgende:

- Een nadere analyse te maken van de markt van acute basiszorg indien de bekostiging wordt vormgegeven in principe zonder beschikbaarheidstarief voor ANW, maar met hogere tarieven voor ANW zorg. Alleen in uitzonderingsgevallen (zeer dun bevolkte gebieden) zou er sprake kunnen zijn van een beschikbaarheidsvergoeding, die dan recht dient te doen aan de minimaal te garanderen kwaliteit van zorg. Dit betekent dat de acute zorg in de ANW zorg moet worden vormgegeven volgens een volledig consulttarief acute basiszorg. Hierbij blijft het onderscheid zoals ook u voorstelt, namelijk een consulttarief voor overdag en een consulttarief voor de ANW. Ik stel mij schematisch dit als volgt voor.

Tabel 13. Variant 1

Huisarts	HAP ¹⁵	SEH
Huisarts	HAP ¹⁶	SEH
Consulttarief acute generalistische overdag	Consulttarief acute basiszorg overdag	Consulttarief acute basiszorg overdag
Consulttarief acute basiszorg ANW	Consulttarief acute basiszorg ANW	Consulttarief acute basiszorg ANW
Toekomstig tarief generalistische zorg	Beschikbaarheidsvergoeding alleen voor uitzonderingsgevallen	Beschikbaarheidsvergoeding alleen voor uitzonderingsgevallen

- Een beschikbaarheidsvergoeding te creëren voor acute basiszorgverlening in gebieden waar zonder een dergelijke vergoeding aantoonbaar de zorginfrastructuur ontoelaatbaar zou eroderen. Hierbij dient in ogenschouw te worden genomen dat er reeds differentiatie in Nederland plaatsvindt in de acute specialistische zorg rondom met name traumazorg en acute cardiovasculaire zorg. Het beschikbaarheidstarief zal voor deze gevallen rechtstreeks gedeclareerd worden via het zorgverzekeringsfonds. Zorgaanbieders declareren hun vergoeding voor de aangeboden zorg dus niet bij

¹⁵ Functioneel gezien kan de HAP ook acute huisartsenzorg overdag leveren.

¹⁶ Functioneel gezien kan de HAP ook acute huisartsenzorg overdag leveren.

zorgverzekeraars, maar bij het zorgverzekeringsfonds. De vergoeding van de zorg loopt dan buiten de budgetten van de zorgverzekeraars om.

- Een berekening van de hoogte van de beschikbaarheidvergoeding voor de 'gevoelige SEHs' in relatie met de tarieven die SEHs declareren voor zowel de toekomstige acute basiszorg als de specialistische en complexe acute zorg en een antwoord op de vraag in hoeverre de nieuwe bekostiging voor de acute zorgmarkt én het handhaven van een toeslag voor specialistische en complexe acute zorg het level-playing-field van de ziekenhuiszorg verstoort.
- Een concrete berekening te maken van de hoogte van de tarieven. Hierbij stel ik mij 2 mogelijkheden voor:
 - Een (korte termijn) variant waarbij het huidige inschrijftarief huisartsen en huisartsenconsultatief overdag in hoogte gelijk blijven. Dit betekent dat het tarief van de acute basiszorg die overdag door de SEH wordt gedeclareerd in hoogte zal kunnen afwijken van het bestaande consulttarief huisartsenzorg, aangezien ik de hoogte van het consulttarief van de overdagzorg niet leidend wil laten zijn en daarmee wellicht belemmerend voor een optimale situatie voor de acute basiszorg. Ik beaam dat dit geen functionele benadering van zorg is en zie dit als tijdelijke variant. Deze optie is noodzakelijk gezien het feit dat voor het huidige inschrijf- en consulttarief huisartsen zowel acute als planbare zorg wordt geleverd.
 - Een variant waarbij de hoogte van het consulttarief acute basiszorg overdag gelijk is voor iedere zorgaanbieder die deze zorg overdag wil aanbieden. De consequentie is dat dit gevolgen heeft voor de hoogte van het huidige inschrijftarief huisartsen. Zoals gezegd wordt de acute basiszorg in de toekomst waarschijnlijk niet meer betaald via het bedrag per verzekerde van de functie generalistische zorg, maar daarvan losgekoppeld. Voor de acute basiszorg kan dan een tarief worden gehanteerd dat gelijk is voor iedere zorgaanbieder. Indien de acute generalistische zorg wordt losgekoppeld en wordt bekostigd middels een consulttarief, zal dat zijn weerslag hebben op het inschrijftarief generalistische basiszorg: in het huidige inschrijftarief- en consulttarief huisartsen zijn namelijk op dit moment ook de kosten voor acute zorg overdag opgenomen.¹⁷
 - Een variant waarbij de hoogte van de tarieven worden berekend indien geen onderscheid wordt gemaakt tussen een tarief acute basiszorg overdag en in de ANW.
- Zoals gezegd komen alleen patiënten die binnen enkele uren of sneller gezien dienen te worden (U3, U2 of U1) in aanmerking voor een spoedtarief overdag; overige patiënten vallen in de reguliere basiszorg. Op de SEH en in de ANW zorg zijn er echter veel zelfverwijzers met een lagere urgentiescore dan U3. Deze patiënten maken feitelijk gebruik van te dure infrastructuur. In het kader van de kostenbeheersing en in het licht van de functie van de basisverzekering verdient het overweging om patiënten die met een urgentiescore van U4 of U5 aanspraak maken op acute basiszorg op de SEH of de huisartsenpost hiervoor een eigen bijdrage te laten betalen of anderszins een rem op dit overgebruik van te dure faciliteiten in te bouwen. Graag ontvang ik hierover uw advies.

¹⁷ Zie mijn opmerking op pagina 7 onder kopje generalistische generalistische zorg.

- In sommige gevallen zal in de acute basiszorg aanvullende diagnostiek (laboratorium, radiologie) nodig zijn. Ik wil u vragen de mogelijkheden te onderzoeken om deze diagnostiek in zowel de eerste lijn als het ziekenhuis op dezelfde wijze te financieren. In het ziekenhuis zou deze aanvullende diagnostiek dan bijvoorbeeld als 'eerstelijnsdiagnostiek' (als separate verrichtingen) kunnen worden gedeclareerd. Een en ander betekent dat er ook spelregels dienen te zijn wanneer een DBC mag c.q. dient te worden geopend, en er dus geen sprake meer is van een 'enkelvoudig' consulttarief. Een voor de hand liggend uitgangspunt zou hier kunnen zijn dat een DBC in een spoedtraject pas kan worden geopend indien de complexiteit van het diagnostische en/of therapeutische werk regie van uit de tweedelijnsaanbieder vereist. Op dat moment is er immers geen sprake meer van zorg welke gesubstitueerd zou kunnen worden. Graag ontvang ik hierover uw advies of dit wenselijk is. Ik zal deze opdracht tevens uitzetten bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ).

Variant 2

Een variant met een berekening van de hoogte van de tarieven, die u mij zou adviseren zonder de door mij gestelde voorwaarden.

Scenarioschetsen voor beide varianten

Voor beide varianten verwacht ik tevens de volgende 3 scenarioschetsen:

- Een scenarioschets van de verschuivingen van inkomen op individueel cq. institutioneelniveau in het uitgangspunt dat de zorg georganiseerd is zoals het nu is en de zorgvraag niet is verschoven.
- Een scenarioschets van de verschuivingen inkomen op individueel cq. institutioneelniveau in het uitgangspunt dat het bekostigingssysteem de juiste prikkels heeft voor substitutie van zorg.
- De macrobudgettaire verschuivingen als gevolg van het nieuwe bekostigingssysteem. "

Bijlage 2. De leden van de expertgroep

Tabel 14. Leden expertgroep acute zorg

Organisatie	Naam	Plaatsvervanger
LHV	De heer C. Sonneveld	De heer K. van Rosmalen
NFU	De heer V. Verrijp	
NVZ	De heer S. Hofstede	
NVZ - SAZ	De heer C. Wiggers	
NVZ - STZ	De heer C. van Lisdonk	
Orde van medisch specialisten	De heer H.J.T. Vermeulen	
VHN	Mevrouw H. van der Hoeven	De heer B. Prins
ZN	Mevrouw H. Paans	Mevrouw A. Pino