

Aan: **Nederlandse Zorg Autoriteit**
De weledelgeleerde vrouwe M.D. Appelman
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Onderwerp: **voorstel tot uitbreiding M&I activiteiten huisartsenzorg**

Velden, 12 februari 2007

Geachte mevrouw Appelman,

In aansluiting op ons schrijven dd. 19 november 2006 richt het bestuur van Stichting de Vrije Huisarts zich tot de Nederlandse Zorg Autoriteit met voorstellen tot uitbreiding van de M&I activiteiten huisartsenzorg.

Huisartsen leveren toekomstbestendige M&I zorg. Voor een uitgebreide motivering waarom deze M&I zorg zo belangrijk is, verwijs ik naar onze brief van 19 november 2006.

Een belangrijk motief is het substitueren van zorg in de juiste richting. Dit komt de betaalbaarheid van zorg ten goede.

Echte substitutie is pas mogelijk en wenselijk als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

1. de kwaliteit van geleverde zorg is goed
2. de geleverde zorg is doelmatig en draagt zo bij aan reductie van macrokosten
3. de geleverde zorg draagt bij aan het tegengaan van zorgversnippering en versterkt hierdoor de huisarts in zijn regiefunctie
4. de huisarts is gemotiveerd om de zorg te leveren
5. er is liefst een groot bereik onder de verzekerden (volume)
6. er is acceptatie door de verzekerden (o.a. stuurbaar via polis)
7. de wet- en regelgeving voorziet in een verminderde risicodragendheid bij verzekeraars voor eerstelijns zorg.

Het bijzonder/aanvullend “M&I” aanbod van de huisarts dient te worden voorzien van een adequate prestatiebeschrijving en een marktconform tarief, waardoor deze zorg een toekomstbestendig karakter krijgt. Niet ingekochte zorg wordt niet geleverd tenzij hiertoe ruimte wordt gecreëerd buiten de WMG (vrije markt).

Stichting de Vrije Huisarts formuleert omschrijvingen van een aantal nieuwe M&I activiteiten. Zie tabel 1. De exacte prestatiebeschrijving behoeft nadere invulling. Wij zien daarin een rol voor het NHG.

Over de prijsstelling dient in onze optiek perifeer onderhandeld te worden.

Een aantal randvoorwaarden zijn van belang om deze activiteiten mogelijk te maken en worden hierna genoemd.

Wetgeving en beleid

Aanpassing in wetgeving en beleid van overheid en verzekeraars zal het makkelijker maken nieuwe M&I prestaties te implementeren en het volume (en daarmee substitutie van tweede naar eerste lijn) van bestaande prestaties te vergroten:

1. Het is belangrijk om de risicodragendheid voor verzekeraars (ZV's) anders te regelen. ZV's zijn 100% risicodragend voor de huisartsenzorg. Dit geldt ook voor de acute zorg buiten kantooruren en de kosten van de HDS-sen. Dit betekent dat budgettaire overschrijding in de huisartsenzorg, door de ZV's uit hun reserves moet worden betaald. Deze 100% regel geldt ook voor farmacie en paramedische hulp. Weliswaar wordt in het nieuwe regeerakkoord de risicodragendheid van verzekeraars voor tweedelijns zorgkosten in het verschieft gesteld, maar niet genoemd wordt of dit gepaard gaat met een verminderde risicodragendheid voor eerstelijns kosten.
2. In het Vogelaar akkoord is afgesproken dat het aantal gewogen contacten in een normpraktijk van 2350 patiënten is vastgesteld op 8296. Citaat uit het akkoord: *“Partijen komen overeen om het aantal werkelijke consulten vanaf 1 januari zorgvuldig te monitoren. Als blijkt dat het aantal consulten hoger of lager is dan 8296, dan zal het tarief navenant worden aangepast”*. Dit is strijdig met uitgangspunten als loon naar werken, ondernemingszin en (on)voorzien meerwerk door (on)verwachte omstandigheden (zoals no-claim, griepepidemie, dubbele vergrijzing, noodzaak goede registratie etc). Ook gaat dit voorbij aan zorgvraag opwekkende marketingactiviteiten vanuit “de vrije markt”, zoals gezien in 2005/2006. Macro betekent dit dat BKZH bedoeld voor verrichtingen (€508 miljoen) wordt gekoppeld aan de productie van 6851 fte. normpraktijken. Ofwel: $8.296 \times 6.851 = 56.835.896$ huisartsencontacten per jaar. Een tweede probleem wat kan ontstaan is het risico dat eventuele meerkosten worden betaald uit het restant van het macro bedrag bedoeld voor het inschrijftarief van € 52,- (€ 832 miljoen). Immers, hoewel de afspraken duidelijk zijn, is het nog allerminst zeker dat dit bedrag van 832 miljoen ook in volle omvang daadwerkelijk aan ION wordt besteed en dus ook in volle omvang in handen komt van de huisartsen. Zie bijvoorbeeld

de uitkomst van de Vektiscijfers na een inventarisatie van drie kwartalen uit 2006. De 8296 eenheden van de basiszorg zijn echter gescheiden van de activiteiten ten behoeve van de M&I en dienen dit ook te blijven.

3. Er zouden geen tweedelijns DBC's voor eerstelijnswerk (orgaanpoli's, klachten poli's, Personal Health Services zoals van Roel Pieper) mogelijk moeten zijn. Alleen tweedelijns zorg na verwijzing door gekwalificeerde verwijzers. Anders is hier sprake van omgekeerde (dure) substitutie!
4. LTA's leveren weliswaar een goede beschrijving van de inhoudelijke zorgketen, echter voor succesvolle implementatie dient de randvoorwaardelijke keten mee te lopen, ofwel de transmurale DBC.
5. Verrichtingen ex-WTG moet ten dele ook mogelijk worden voor BIG geregistreerden, net zoals dat geldt voor "niet BIG geregistreerden". Delen van het zorgaanbod of andere geleverde prestaties zouden op de vrije markt kunnen worden aangeboden door BIG-geregistreerden. We onderscheiden basiszorg, aanvullende prestatie (M&I) en vrije markt (ex-WTG)
6. investeringen in aansturing van de eerstelijnszorg (ipv. de desinvestering zoals gezien bij de oprichting ROS) dienen te worden gepleegd.
7. het oplossen van mededingingsproblemen is van urgent belang. NMa bepalingen vertragen ontwikkelingen en innovatie en dwingen tot duurder bedrijfsverbanden, die niet aantoonbaar beter, wel aantoonbaar duurder zijn. De opstelling van de NMa zou versoepeld dienen te worden.
8. De ziekenhuizen ontvangen jaarlijks grote bedragen in de vorm van lokale productiegebonden toeslag (LPT) voor zorgvernieuwing en het zogenaamde eerstelijnsbudget voor eerstelijnsdiagnostiek. Deze beide geldstromen zijn niet voor de huisarts bereikbaar maar worden door de ziekenhuizen gemonopoliseerd. Het beeld ontstaat hierdoor dat de ziekenhuizen door de zorgverzekeraars gesubsidieerde concurrenten van de eerstelijns zijn. Dit lijkt ons strijdig met de doelstellingen van de marktwerking in de gezondheidszorg.

Het tarief

Bepalend voor het tarief zijn de ontwikkelkosten, het nut en de noodzaak van het product, de gewenste marge en omzet, en de kosten (bijv. DBC tarief) van hetzelfde product in de tweede lijn.

Het tarief zal na herijkingen uitkomen tussen het tarief in de tweedelijns en het uurtarief van de huisarts bij het leveren van zorg uit het bijzonder/aanvullend aanbod.

Richtinggevend nu voor het bepalen van dit uurtarief zijn het (voor 2007 geïndexeerde) M&I-uurtarief van Agis, tarief medisch specialisten, het door NZA (van Vliet) in 2005 berekende

uurtarief basiszorg bij een 100% verrichtingentarief en het tarief voortvloeiend uit de bekostigingssystematiek van Stichting de Vrije Huisarts dd. 18 december 2006. Voor het tarief voor bijzonder/aanvullende aanbod is van toepassing dat ten opzichte van het basistarief in elk geval een innovatietoeslag (15%) en ondernemersrisico (5%) worden verdisconteerd. Echter, in een aantal gevallen kan er ook voor gekozen worden ruimte te geven aan de vrije markt.

Het inkomensdeel uit het uurtarief bij huisartsen is ongeveer de helft van het totale uurtarief (bij specialisten is het inkomensdeel ongeveer 90/150 deel en dit geldt bij hen vóór hun inkomensherijking).

Dit betekent dat Stichting de Vrije Huisarts bij M&I met betrekking tot het uurtarief aanstuurt op een transparante onderbouwing van het kosten- en inkomensdeel van het tarief.

Stichting de Vrije Huisarts hoopt met haar voorstellen de totstandkoming van toekomstbestendige initiatieven in het aanvullend aanbod huisartsenzorg te bevorderen, opdat preventie van zorgversnippering en kostenbeheersing in de zorg niet slechts een wens blijven maar ook daadwerkelijk handen en voeten krijgen.

Wij zijn gaarne bereid met u van gedachten te wisselen over onze voorstellen.

Namens het bestuur verblijf ik,
Hoogachtend,



R.S.M. Schonck, voorzitter
email: voorzitter@devrijehuisarts.org

cc. De heer S.R.A. van Eijck - Landelijke Huisartsen Vereniging
De heer H. Wiegel - Zorgverzekeraars Nederland
Mevrouw I. van Bennekom – NPCF
De heer J.F. Hoogervorst – minister van VWS
Vaste Kamercommissie VWS

Tabel 1. Voorstellen nieuwe M&I verrichtingen / modules

	Naam	Omschrijving
1	Co-consultatie (gezamenlijk consult)	Gezamenlijk consult met specialist in de huisartsenpraktijk. Beoogt het voorkomen van verwijzing, terwijl de zorg voor de patiënt automatisch met de specialist is afgestemd. Bijkomend voordeel is deskundigheidsbevordering waardoor op termijn afname van volume van deze verrichting is te verwachten
2	Post-myocardinfarct-management	Jaarlijkse controle van patiënten met een doorgemaakt hartinfarct. Klachtenamnese, interventie t.a.v. risicofactoren, op indicatie (inspannings-)ECG en/of echocardiografie, bevorderen veilig medicatiegebruik en therapietrouw. Heldere omschrijving van drempels voor verwijzing naar 2e lijn (cardioloog; dit vereist dito omschrijving van drempels voor terugverwijzing vanuit de tweedelijns naar eerstelijns in de 2e lijns-DBC). Zie LTA beleid na een doorgemaakt myocardinfarct.
3	Zorg voor verstandelijk gehandicapten	Huisartsenzorg aan extramurale verstandelijk gehandicapten door de huisarts, met een verwijzing naar arts voor verstandelijk gehandicapten alleen op indicatie. Betreft patiënten met een bewezen verstandelijke handicap IQ<85
4	Preventie polyfarmacie ouderen	Jaarlijkse beoordeling van 65+-ers in de praktijk op medicatiegebruik. Eigen dossiergegevens, gegevens van andere behandelaars (specialisten) en gegevens apotheek worden geïntegreerd en beoordeeld. Medicatiebeleid wordt waar nodig aangepast, zo nodig in overleg met overige behandelaars in samenspraak met patiënt.
5	Rook-stopprogramma	Minimale Interventie Strategie om roken te stoppen. Zie proefschrift Ton Drenthen (senior wetenschappelijk medewerker NHG). Kan worden opgezet als onderdeel van zowel de primaire als de secundaire preventie.
6	FTO plus	deelnemen aan gestructureerd FTO verband, besluitvorming volgens de SOJA methode, geen prescriptie beïnvloed door farmacie, rapportage en terugkoppeling van voorschrijfgedrag. Betaling/beloning voor inspanningsverplichting van doelmatig voorschrijven. Elk herhaalrecept begint bij de huisarts. Taakverdeling met apotheker over voorlichting (wie doet wat wanneer) nu de apotheker binnenkort onder de WGBO valt. Afspraken over de medicatiebewaking
7	GGZ	cognitieve gedragstherapie, coachen bij burn-out, reattributie bij psychosomatiek, EMDR-behandeling bij psychotrauma. Al dan niet i.s.m. met een POH-GGZ module.
8	Sexuologie	Na speciale training begeleiding bij seksuele problemen. Seksuologische anamnese, op indicatie een lichamenlijk onderzoek, interventie.
9	HOF: huisarts-fysiotherapeutoverleg	Gezamenlijk spreekuur voor bepaling beleid en therapie bij klachten bewegingsapparaat met als doelen het bevorderen van zelfredzaamheid, verbetering van conditie, reïntegratie arbeidsproces, preventie chroniciteit en preventie opname revalidatieoord/verpleeghuis

10	Cardiovasculair risicomanagement	Met programmatische aanpak conform nieuwe NHG standaard 2006/2007, voor omschreven populaties. Eventueel te combineren met andere items, bvb 5, 13, en 16 en huidige codes 13001, 13005,, 13008, 13011. Tarief exclusief laboratoriumkosten
11	SOA-spreekuur	Speciaal SOA spreekuur voor preventie, diagnostiek en voorlichting
12	Zelfmanagement bevorderen	Het uitdragen van kennis over gezondheid en ziekte aan de gezonde populatie, en doelgericht aan patiëntengroepen en mantelzorgers, zo nodig i.s.m. andere eerstelijns hulpverleners. Het bevorderen van gezonde leefstijl en zelfmanagement staan voorop met als doel het verschuiven van afhankelijkheid van zorg naar zelfredzaamheid bij- en preventie van ziekte.
13	Obesitaszorg	In samenwerking met fysiotherapeut en diëtist een programma waarin fysiofitness, dieetadviezen en follow-up door de huisarts worden gecombineerd, ter behandeling van obesitas. Concreet doel: BMI <27
14	Alcohol-interventie	Bespreekbaar maken van en interveniëren bij problematisch alcoholgebruik, ter voorkoming van verwijzing naar de tweedelijns verslavingszorg. Doelen zijn abstinentie, reduceren co-morbiditeit en voorkomen van uitval uit arbeidsproces en sociaal-maatschappelijke teloorgang.
15	Alcohol-screening	Screeningsmodule problematisch alcoholgebruik.
16	Arbocuratieve zorg	Gezamenlijk spreekuur met Arbo-arts voor bepaling beleid en therapie. Concreet doel: preventie arbeidsuitval, bevorderen terugkeer naar het werk, coördinatie zorg, voorkomen dubbeldiagnostiek en -behandeling
17	DM	1e lijns DBC met heldere omschrijving van drempels voor verwijzing naar 2e lijn (internist-endocrinoloog; dit vereist dito omschrijving van drempels voor terugverwijzing vanuit de tweedelijns naar eerstelijns in de 2e lijns-DBC)
18	HOED-vorming	Ondersteuning bij professionalisering van de opzet huisartsen-groepspraktijken, met state of the art huisvesting en optimale onderlinge samenwerking . Het gaat om de volgende trajecten: bouwtechnisch, juridisch, financieel, bedrijfseconomisch en agogisch.
19	Data-integratie	Data-integratie en datacoördinatie. Het op NHG/ADEMD niveau brengen van het HIS alsmede het op dit niveau houden door integratie van nieuwe informatie uit diverse bronnen in het bestaande dossier. Doel is de vorming van een valide patiënten-brondossier dat in tweede instantie onder voorwaarden ter beschikking van derden kan komen (centraal EPD)
20	Avondspreekuur	Creëren van avondspreekuur per HAGRO, zie LHV notitie 2007/00.054.804.
21	Huisartsbedden	Coördinatie en huisartsenzorg in het ziekenhuis of verzorgingshuis. Voorbeelden: patiënt management in het ziekenhuis bij patiënt met multi-morbiditeit: indien niet verwezen blijven diabeteszorg, astma/copd ed. gewoon bij de huisarts. Indien nodig gesprekken met patiënten over grenzen aan de zorg, maken van keuzen. Poortwachterfunctie, bijvoorbeeld via substitutie van intercollegiale specialistenconsultatie bij huisartsgeneeskundige problematiek durante opname naar zorg door de huisarts.

22	Ouderenvolgsysteem	Geïntegreerd ouderenprogramma met gezondheidsenquête. Op basis van beschikbare dossierinformatie en gegevens uit enquête volgt gericht bezoek van POH of huisarts met als doel: opsporen verborgen morbiditeit en het bevorderen van thuis wonen en zelfredzaamheid van de oudere.
23	Schildklierlijden hyperthyreoïdie	Behandeling van te snel werkende schildklier volgens NHG standaard en LTA op DBC wijze. Hiertoe horen ook toegankelijkheid en gebruik van 2e lijnsdiagnostiek en directe verwijzing naar 3e lijn voor behandeling met radioactief Jodium.
24	Schildklierlijden hypothyreoïdie	Behandeling van te traag werkende schildklier volgens NHG standaard; 4 x per jaar controle en bijstelling medicatie
25	Schildklierlijden thyreoïditis	Diagnostiek en behandeling van thyreoïditis
26	Intensieve Farmacotherapie bij multimorbide patienten	Intensieve controle en behandeling van patiënten met multimorbiditeit en polifarmacie: heroverweging medicatiegebruik, controle op therapietrouw en verwijderen van overbodige en schadelijke medicatie.
27	Kwaliteitssysteem herhaalreceptuur	Intensieve controle herhaalrecepten en oproepen van patiënten bij onterecht of veelvuldig gebruik. Voorbeelden: afbouw benzodiazepinen, substitutie naar kwalitatief vergelijkbaren goedkopere en/of generieke middelen, zoals bij maagmiddelen en statinen, afbouw medicatie indien geïndiceerd op grond van nieuwe inzichten of ontwikkeling ziektebeeld. Bevorderen van het naleven van de gewenste controlefrequentie bij chronische ziekten en zo nodig actief oproepen ter controle
28	COPD	Diagnostiek en behandeling van COPD volgens de NHG standaard; heldere omschrijving van drempels voor verwijzing naar 2e lijn (longarts; dit vereist dito omschrijving van drempels voor terugverwijzing vanuit de tweedelijns naar eerstelijns in de 2e lijns-DBC)
29	Astma	Diagnostiek en behandeling van Astma volgens de NHG standaard. Heldere omschrijving van drempels voor verwijzing naar 2e lijn (kinderarts / longarts; dit vereist dito omschrijving van drempels voor terugverwijzing vanuit de tweedelijns naar eerstelijns in de 2e lijns-DBC)
30	Meerzorg	Zorg in de thuissituatie aan patiënten met een zorgbehoefte welke een verblijfsindicatie in een intramurale instelling zou rechtvaardigen, terwijl deze indicatie niet is afgegeven omdat de patiënt daaraan geen medewerking verleent. Hierbij valt te denken aan ge-extramuraliseerde psychiatrische patiënten, ernstige verslaafden en ouderen die -ondanks een zorgbehoefte die tot een verblijfsindicatie zou leiden- weigeren om zich in een instelling te laten opnemen.
31	Preventie onnodige screening	Bonus per patient, die eigenlijk gescreend wilde worden (cholesterol, total body check etc.) maar daarvoor geen indicatie heeft en waarbij de huisarts gemotiveerd patiënt van screening heeft kunnen weerhouden.