

Aan: **NZa**
Mevrouw drs. M.D. Appelman
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Onderwerp: **verzoek tot uitbreiding van M&I verrichtingen en M&I modules**

Velden, 19 november 2006

Geachte mevrouw Appelman,

Met deze brief richt het bestuur van Stichting de Vrije Huisarts zich tot de Nederlandse Zorg Autoriteit met het verzoek tot uitbreiding van de M&I prestatielijst en M&I modules voor de te leveren huisartsenzorg in 2007 en volgende jaren.

In het Vogelaarakkoord (pg.2) van 13 juni 2005 is vastgesteld dat de afspraken over modernisering en innovatie betrekking moeten hebben op:

- het stimuleren van samenwerkingsverbanden
- een verdere programmatische aanpak van chronische aandoeningen
- substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn
- kwaliteitsbevordering van de huisartsenzorg

Bij de start van de zorgverzekeringswet 2006 hebben regionale huisartsen duidelijke M&I afspraken gemaakt met hun preferente zorgverzekeraars. Er is voor 2006 op veel plaatsen een goede M&I start gemaakt. Huisartsen zijn gaan investeren in hun bedrijfsvoering, substitutie komt op gang.

Wij zien alleen maar extra redenen om voor 2007 op dezelfde weg door te gaan. Er is bij de uitwerking van de genoemde modernisering en innovatie nog een grote slag te maken. Wij voelen ons gesteund door de brief van de minister (CZ/EZ/2726175) waarin hij de NZa een aanwijzing geeft over innovatieve zorg. De minister heeft het erover dat innovatie toch voornamelijk proberen en doen is. *“Ik wil dat het veld aan de slag kan”*, zo zegt hij in deze brief. Ook stelt de minister dat de module een vrij tarief en een eenvoudige procedure kent met betrekking tot het omschrijven van de prestatie.

Wij zijn van mening dat, mits de M&I activiteiten evidence-based zijn en voldoen aan bovenstaande criteria, deze activiteiten in een versneld tempo onder de hoede van de eerste lijn, c.q. de huisartsenzorg moeten worden gebracht. Hiervoor is snelle en verdere uitbreiding van de M&I activiteiten op haar plaats. Wij herkennen ons dan ook niet in het standpunt van Zorgverzekeraars Nederland (brief, ZVB 2006 0171 jdur1 B), waarin ZN voorstelt de M&I lijst in te krimpen.

Wij zullen ons standpunt hieronder verder toelichten.

Aan het nieuwe verzekeringsstelsel per 2006 zijn de volgende kenmerken verbonden:

1. **Toegankelijke zorg.** De eerste lijn, c.q. de huisarts levert de zorg laagdrempelig, dicht in de buurt en met een minimale wachttijd. Daarnaast is de huisarts honkvast. Gemiddeld heeft de huisarts 15 jaar dezelfde praktijk.
2. **Kwalitatieve zorg.** Het Institute of Medicine 2001 noemt zes dimensies van kwaliteit van zorg: veiligheid, effectiviteit, patiëntgerichtheid, tijdigheid, efficiëntie en gelijkheid. Wij willen ons kwaliteitsbeleid niet slechts baseren op indicatoren die kunnen worden gemeten. Zorgverlening draait namelijk om gezondheidswinst en kwaliteit van leven (outcome). Deze 'outcome' is moeilijk te operationaliseren en te meten. Toch kiezen verzekeraars en overheid, ons inziens ten onrechte, steeds vaker voor een financiering per te meten prestatie (output), bijvoorbeeld via DBC systematiek en ketenzorgfinanciering. Extra M&I verrichtingen binnen de huisartsenzorg kunnen echter juist weer wel op uitkomstindicatoren worden gefinancierd. Mits deze extra M&I maar evidence-based is, de uitvoering is conform de standaarden en deze M&I leidt tot waarvoor ze is bedoeld: meer substitutie, betere samenwerking, meer kwaliteit via zorgintegratie.
3. **Betaalbare zorg.** De kosten van de huisartszorg bedragen 3,6% van de totale macro kosten (BKZ). De Nederlander betaalt per jaar € 3771,- aan zorg (CBS 2005), waarvan € 123,- voor huisartsenzorg. Wij denken dat ook uit oogpunt van betaalbaarheid alle zorg die in de eerste lijn kán plaatsvinden, ook in de eerste lijn hoort te gebeuren. Slechts de medische zorg die alléén in de tweede lijn kan, hoort in de tweede lijn georganiseerd te worden. Met uitvoering van substitutie van zorg naar de eerste lijn treedt er een hoger rendement op van een geïnvesteerde zorgeuro. Logischerwijs vloeit hier een uitbreiding van de M&I activiteiten voor huisartsen uit voort. In de praktijk zien wij echter het omgekeerde gebeuren. De zorg wordt namelijk in de verkeerde richting gesubstitueerd en dus duurder. Wij merken een groei van commercieel voor de 2^e lijn aantrekkelijke (gemaakte!) klachtgerichte poli's. Voorbeelden zijn de rugpoli, incontinentiepoli, risicopol, menstratiepoli en de mannenpoli. Deze poliklinieken zijn veelal vrij toegankelijk, er wordt reclame voor gemaakt, specialisten analyseren er vaak alledaagse klachten en zij verwijzen ook onderling. Hoewel het poortwachterschap van de huisarts wettelijk is verankerd, blijkt een verwijfsbrief voor deze poli's niet nodig. Als wij in Nederland de betaalbaarheid van zorg en een hoog rendement van de zorgeuro

belangrijke items vinden (wat wij als DVH vinden!) dan zullen we de ondernemingsruimte voor eerstelijnszorg moeten uitbreiden en tweedelijns zorg moeten beperken met het ontwikkelen van openings- en sluitingscriteria voor 2^e-lijns DBC's.

4. **Veilige zorg.** Met de dubbele vergrijzing en extramuralisering komen er meer chronische zieken in de thuissituatie terecht. De zorg voor deze chronische zieken kan potentieel voor het grootste deel in de eerste lijn plaatsvinden. Bij veel chronische zieken speelt het probleem van hoge co-morbiditeit, polyfarmacie en ongerichtheid bij de presentatie van klachten. Zonder zorgintegratie, zonder dossierbeheer, zonder samenwerking, zonder ondersteunende diensten en zonder een (deskundige) generalist ontstaat er snel een probleem in de "veiligheid" van de zorg voor chronische zieken.

In Medisch Contact (*MC* *10 november 2006, blz. 1803) staat geschreven dat naarmate het aantal chronische ziekten bij een patiënt toeneemt, de toepasbaarheid van ziektegerichte standaarden voor ketenzorg afneemt. De auteurs zetten daarom liever in op patiëntengericht netwerkzorg in plaats van op ziektegerichte ketenzorg. Ook het RIVM/NIVEL hebben gewezen op gevaren van zorgversnippering.

Elke arts begrijpt dat het de zorg voor de toenemende groep multi-disease-patiënten niet ten goede komt, wanneer hij voor elke ziekte ergens anders behandeld wordt. En elke arts begrijpt ook dat multimorbiditeit dwingt tot een proactieve aanpak van de medische problemen met individueel patiëntgericht werken.

Daarom horen de chronische aandoeningen, voor zover dat kan, in een samenwerkende eerste lijn te worden behandeld. Uitbreiding van de M&I prestatielijst en innoverende M&I modules zijn voorwaarden om dit proces in positieve zin te katalyseren.

5. **Keuzevrijheid bij de klant.** Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft dit jaar een onderzoek laten uitvoeren door TNS/NIPO en het NIVEL. De uitkomst van dit onderzoek en boodschap van de Nederlander hierin zijn duidelijk. Praktisch alle Nederlanders (97 procent) vinden dat de huisarts een regiefunctie moet hebben. Zij onderschrijven de stelling dat huisartsen patiënten zonodig moeten verwijzen naar andere hulpverleners en door hen geïnformeerd moeten worden over het verloop van de behandeling.

Tachtig procent geeft aan graag met de huisarts te willen overleggen over de voorgestelde behandeling van de medische specialist.

De **conclusie** van Stichting de Vrije Huisarts is dan ook dat de zorgcapaciteit van de eerste lijn moet worden uitgebreid. Geen zorg gericht op 'ziekte', maar gericht op de 'zieke'. De huisarts die de basiszorg verleent is ook de meest geschikte arts om de aanvullende en de te substitueren M&I zorg te verlenen, dan wel te regisseren. Deze zorg is bij de huisarts veiliger en kwalitatief goed als daarvoor al beschreven M&I criteria worden toegepast. Dat een kwalitatief sterke eerste lijnszorg beter is voor de patiënten, was ook al eerder de conclusie van de Gezondheidsraad. Huisartsenzorg is goedkoop met een hoog rendement van de zorggeuro. Immers voor 3,6% van het budget handelen zij meer dan 90% van de zorgvragen af. Tot slot, de Nederlander zelf wil de huisarts als regisseur van zijn zorg.

Wij zullen binnenkort met voorstellen komen om de M&I activiteiten uit te breiden en willen de NZa in haar rol als toezichthouder vragen, datgene te doen, wat voor de zorg in de B.V. Nederland het beste is.

Namens het bestuur van Stichting de Vrije Huisarts,



drs. R.S.M. Schonck, voorzitter

Schandeloseweg 33
5941 CP Velden
Tel: 077-4721916
email: voorzitter@devrijehuisarts.org

cc. De heer S.R.A. van Eijck - Landelijke Huisartsen Vereniging
De heer M.A.J.M. Bos - Zorgverzekeraars Nederland