

# 'Functionele bekostiging en selectieve zorginkoop'

Samengesteld en van commentaar voorzien door **Gert van de Wetering**, praktijkhoudend huisarts te Leusden.

## Trends en ontwikkelingen

- **De Zorgverzekeringswet**

Met de komst van de Zorgverzekeringswet in 2006 heeft de overheid mogelijkheden geschapen om de financiering en het aanbod van de huisartsenzorg op een andere leest te gaan schoeien.

Functionele aanspraken vormen hierbij het startpunt van deze veranderingen.

Een functionele benadering van (delen van) huisartsenzorg zal een enorme impact hebben op het eigene en de uitoefening van het huisartsenvak.

Wanneer de zorgverzekeraars daadwerkelijk zorg per functie in gaan kopen, zal dit grote gevolgen hebben voor zowel de organisatie van een huisartsenpraktijk als voor de financiële positie van de praktijkhoudende huisarts.

Als het aan VWS ligt (en minister Klink in het bijzonder), zal de bekostiging van de huisartsenzorg per januari 2010 drastisch veranderen.

Naast de voorgenomen bezuinigingen (minimaal € 150 miljoen volgens de Miljonennota) door onder andere het niet-, of slechts gedeeltelijk indexerend van de huisartsentarieven, wordt namelijk de zogenaamde 'functionele bekostiging' ingevoerd. Over deze plannen is in september 2009 gedebatteerd in de Tweede Kamer.

- **Functionele bekostiging**

De zorg voor diabetes, patiënten met hartfalen, COPD en cardiovasculair risicomanagement gaat functioneel bekostigd worden, waarbij in een latere fase de inschrijftarieven nog gecorrigeerd zullen worden naar zorgzwaarte.

## Wat is nu precies functionele bekostiging? En wat houdt selectieve zorginkoop in?

### **Functionele bekostiging**

*is een betaaltitel voor 'integrale zorg'. Het gaat om bekostiging op basis van prestatie en niet op basis van welke zorgaanbieder deze zorgprestatie levert. Het gaat dus niet om 'wie' of 'waar' maar om 'wat' wordt bekostigd. (Bron: NZa) de zorg*

*Functionele bekostiging betekent dat bekostiging plaatsvindt op basis van de integrale (multidisciplinaire) zorg die wordt geleverd aan een patiënt met een 'bepaalde aandoening'.*

*Er komt 1 prijs voor een bepaalde aandoening en alle zorg die de patiënt nodig heeft voor die aandoening valt binnen die prijs.*

*Daaronder vallen bijvoorbeeld alle kosten voor de huisarts, de praktijkondersteuner, fysiotherapeut, medisch specialist, diëtiste etc (Bron: VWS)*

*Functionele bekostiging richt zich in eerste instantie op het zorgaanbod. De kosten voor de geneesmiddelen zullen (waarschijnlijk) later ook worden opgenomen, hoe is nog niet duidelijk (Bron; Stichting Farmaceutische kengetallen)*

### **Selectieve zorginkoop**

*Op basis van deze functionele bekostiging kunnen de zorgverzekeraars vervolgens selectief zorg inkopen. Over de prijs voor een functie kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar onderhandelen aan de hand van zorgstandaarden en prestatie-indicatoren.*

*Er wordt vervolgens betaald naar resultaat en geleverde kwaliteit.*

Per functie gaat het dus om 1 samenhangend pakket rond 1 bepaalde (chronische) ziekte, een zogenaamde 'keten-DBC'.

'Makkelijk' en 'economisch transparant' in te kopen door een zorgverzekeraar.

Hierdoor zou de zorg 'meer op de patiënt gericht' worden, wat de kwaliteit weer zou verhogen. Bovendien zou de zorg daardoor beter betaalbaar worden of blijven . . .

Bij al deze vooronderstellingen kan men zo zijn vraagtekens zetten.

Maar wat wel duidelijk is, is dat het zal leiden tot scherpe en lage prijzen met weinig winstmarge voor de zorgaanbieders. Immers keten-DBC's zijn overal (concurrentie!) en dus niet alleen bij huisartsen in te kopen.

- **E-procurement**

Ik verwacht dat deze (eerstelijns) keten-DBC's aanbesteed zullen gaan worden, waarschijnlijk via internet volgens het zogenaamde e-procurement. Dit houdt in: het elektronisch inkopen van producten en/of diensten vanuit een decentraal punt.

Dit traject verloopt zonder tussenkomst van mensen en zonder papier.

Met de invoering van dit elektronische inkopen kan de inkopende zorgverzekeraar op transactiekosten besparen.

- **Prestatie-indicatoren**

Een systeem van prestatie-indicatoren (uitgebreid, nauwkeurig, dus tijdrovend) in te vullen door de zorgaanbieder en eenvoudig te controleren door de zorgverzekeraar, zal invulling moeten gaan geven aan de kwaliteit van de keten-DBC's.

De uiteindelijke beoordeling van deze kwaliteit blijft aan de zorginkoper ('waar voor zijn geld').

- **Keten DBC's**

De diagnosebehandelcombinatie (DBC) is op dit moment al de basis van het betalingssysteem voor de ziekenhuiszorg (tweede lijn) en de psychiatrie.

Elke DBC heeft hierbij een eigen code die zorgverleners gebruiken in de administratie.

Een toenemend deel van de ziekenhuiszorg is vrij onderhandelbaar (DBC's in het B-segment) maar het andere deel van de ziekenhuiszorg (het A-segment) wordt nog steeds gefinancierd via budgettering door de NZa.

Diabetes mellitus, COPD, hartfalen en cardiovasculair risicomanagement zullen dus als keten-DBC's functioneel bekostigd gaan worden. Daarnaast zal door de overheid worden onderzocht of de inschrijftarieven beter gecorrigeerd kunnen worden voor zorgzwaarte<sup>1</sup>.

- **M&I-modules**

Om te voorkomen dat met de invoering van deze functionele bekostiging voor ketenzorg dubbele declaraties gaan ontstaan, komen de meeste 13-000 codes van de module M&I (modernisering en innovatie) te vervallen. Daarmee vervallen deze verrichtingen ten onrechte ook voor andere diagnostische indicaties dan die in DBC-verband.

- **Praktijkondersteuning (POH)**

Maar dat is nog lang niet alles, daarnaast komt namelijk 75% van de POH-module en het consulttarief van de POH'er in de betreffende ketenzorg-DBC's (DM, COPD, CVRM) te vervallen.

Deze middelen worden dus gewoon overgeheveld naar de keten-DBC's.

Slechts 25 % van de huidige POH-gelden blijft behouden voor de basiszorg.

- **Herhaalreceptuur**

Ook de herhaalreceptenvergoeding verdwijnt en wordt gedeeltelijk naar het inschrijftarief overgeheveld. Of en op welke wijze toegenomen kosten en volume in de komende jaren worden geïndexeerd na deze tariefsverplaatsing, is onduidelijk.

---

<sup>1</sup> Brief minister Klink; Datum 13 juli 2009, betreft 'Voorhangbrief keten-DBC's en huisartsenbekostiging'.

# Overdenkingen

Er zijn dus nogal wat risico's te onderkennen bij functionele bekostiging;

**Medische- en vakinhoudelijke risico's**; het opdelen van een patiënt in ziektebeelden, versplintering en het verloren gaan van de huidige integrale en persoonsgerichte huisartsenzorg, toenemende zorgzwaarte, toenemende werkdruk, minder tijd voor de reguliere huisartsgeneeskundige basiszorg (onze 'core business')

**Financiële (bedrijfskundige) risico's** voor de praktijkhoudende huisartsen; benodigde investeringen in duur extra personeel, aanvullende opleidingen, extra huisvesting, meer instrumentarium, bijkomende managementtaken (aansturing, supervisie, coaching, fiattering, administratieve afhandelingen, prestatie-indicatoren bijhouden, onderhandelen, etc.) en niet te vergeten alle ondernemersrisico's (en dat zonder enig uitzicht op toegestane winst- cq inkomensverbetering...)

Functionele bekostiging van de behandeling van COPD, hartfalen, diabetes en cardiovasculair risicomangement kan wel degelijk het integrale en persoonsgerichte karakter van de huisartsenzorg onder druk zetten!

Dit wordt ook onderschreven door onderzoekers van het NIVEL in Medisch Contact<sup>2</sup>. Logischer zou zijn de eerste ketenzorgimplementatie goed te evalueren op basis van gericht wetenschappelijk onderzoek, alvorens nieuwe ketenzorgconstructies in te voeren.

Invoering van de voorgestelde functionele bekostiging gaat voor de huisartsen dan ook veel te snel. De huisartsenpraktijken zijn er eenvoudigweg nog niet voor toegerust en aan de randvoorwaarden (financiering, kosten/batenanalyse, medisch inhoudelijke voorwaarden) is nog geenszins voldaan. Eerder al adviseerde zelfs de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om voorlopig nog geen functionele bekostiging in te voeren voor de zorg rond COPD en hartfalen, omdat voor deze aandoeningen nog geen multidisciplinaire zorgstandaard bestaat.

Maar volgens minister Klink is er echter al wel voldoende basis om met ingang van 2010 ook voor twee chronische aandoeningen (DM en CVRM) functionele bekostiging in te voeren en voor COPD per 1 juli 2010. Wel zegt hij toe in de gaten te zullen houden of aan de kwaliteitseisen is voldaan, voordat de invoering daadwerkelijk plaatsvindt. Maar dit geeft te weinig vertrouwen in een voor de huisarts gunstige afloop.

In één adem reageert Klink ook op het 'Kostenonderzoek Huisartsenzorg' van de NZa.

Hij vraagt nu de NZa meer onderzoek te doen naar de veranderingen in de huisartsenzorg sinds 2006, want de minister vindt het belangrijk om *de* 'investeringen die nodig zijn voor goede samenhangende zorg', mee te nemen in de nieuwe bekostiging van de huisartsenzorg. Hoe wordt echter nergens vermeld.

Ook het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) waarschuwt voor de eerder genoemde versplintering die kan ontstaan door invoering van de functionele bekostiging in 2010. De NHG ziet weliswaar kansen in het nieuwe systeem, maar vindt wel dat de patiënt in zijn totaliteit (integraal) behandeld moet blijven worden. Op verdere bedreigingen (bedrijfskundig, financieel en organisatorisch) gaat het NHG helaas niet in. Zo is er bijvoorbeeld geen 'SWOT- analyse' gedaan. SWOT staat hierbij voor het systematisch onderzoeken van kansen, bedreigingen in de omgeving, rekening houdend met de sterkten en zwakten van een organisatie.

Bovendien vreest het NHG dat de regierol van de huisarts met de huidige voorstellen in het gedrang komt, omdat ook andere zorgaanbieders toegang zouden krijgen tot de eerstelijnszorg.

## • **Concurrentie**

Delen van de huisartsenzorg kunnen hierbij geclaimd worden door andere artsen, maar ook door niet-artsen zoals fysiotherapeuten en (jawel) praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners!<sup>3</sup>

Ook in de Monitor Huisartsenzorg 2008 stelt de NZa dat losse onderdelen van de huisartsenzorg gecontracteerd zouden moeten kunnen worden door andere partijen (SOS-artsen, bedrijfsartsen, sportartsen, jeugdartsen, voormalige verpleeghuisartsen etc.).

Verbonden aan functionele bekostiging is de trend dat zorgverzekeraars steeds meer over zullen gaan tot het selectief inkopen van zorg of zorgproducten.

---

<sup>2</sup> C. van Dijk, Anders is niet per se beter, Medisch Contact, mei 2009, pag 973-976.

<sup>3</sup> M.Verschuur-Veltman, Functionele bekostiging, wat is dat? Biedt dit kansen voor de praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige? De praktijk, nr.3, 2009.

Dit geldt nu nog voornamelijk voor de (tweedelijns) ziekenhuiszorg, maar doet hiermee nu ook zijn intrede in de eerstelijns.

De verwachting is dat zorgverzekeraars op termijn niet meer alle (huisartsen)zorg in gaan kopen, maar dit dus steeds selectiever zullen doen (voor de laagste prijs?).

Zorgverzekeraars willen vooraf met patiëntenorganisaties nagaan welke afspraken over de aan te kopen zorg (in termen van kwaliteit) moeten worden gemaakt. Kwalitatief slechte zorg zou dan vervolgens niet meer gecontracteerd moeten worden. Dat adviseert althans de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in een advies over 'Zorginkoop', dat inmiddels aan minister Klink (van VWS) is aangeboden.

Volgens de Raad voor de Volksgezondheid (RVZ) verhoogt selectieve zorginkoop de kwaliteit van zorg en draagt dit tevens bij aan de terugdringing van de sterke groei van de zorguitgaven (alles moet goedkoper).

- **Vrije artsenkeuze?**

Het door de zorgverzekeraars sturen van patiënten naar gecontracteerde of de zogenaamde 'preferred zorgaanbieders' betekent wel direct het einde van de vrije artsen keuze!  
En dus ook een bedreiging voor de inschrijving op naam bij huisartsen!

Niet dat er geen enkele keuze meer is: er moet altijd sprake zijn van keuzemogelijkheden voor de verzekerde. Maar kiest deze patiënt voor de zorginstelling die de zorgverzekeraar adviseert, dan krijgt die of een betere kwaliteit of hij betaalt minder premie. Een andere keuze maken mag, maar dan kost dat de patiënt wel geld (eigen bijdrage).

Zo zouden, volgens de overheid, de keuzevrijheid voor de verzekerde en de betaalbaarheid voor iedereen, hand in hand moeten kunnen gaan.

De mogelijke negatieve gevolgen voor de zorgaanbieders worden nergens benoemd. Ook de LHV laat zich in deze niet horen.

Voor de praktijkhoudende huisarts dreigen er dus grote risico's op productie en afzet.

'Slechte zorg' (of domweg onvolledig invullen of laag scoren op prestatie-indicatoren) betekent minder te bedienen patiënten en leidt tot minder omzet.

- **Zorgstandaarden**

De RVZ adviseert aan minister Klink om landelijke minimumnormen, waaraan de zorgverlening moet voldoen, te bevorderen of desnoods zelf ter hand te nemen.

Aanvullend op deze normen kunnen verzekeraars met patiëntenorganisaties afgestemde zorgstandaarden, zoals bijvoorbeeld de op de NHG huisartsen standaarden gebaseerde LESA's, gebruiken bij hun zorginkoop. De NHG-huisartsenstandaarden zijn echter monodisciplinair en de minister wil eigenlijk naar multidisciplinaire zorgstandaarden.

De minister moet wel afstand houden van de zorginkoop door zorgverzekeraars, want inkoop is een private taak. Dat schrijft althans de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in een advies aan deze minister van VWS. De Raad roept op vertrouwen te hebben in de verzekeraars en vraagt de politiek terughoudend te reageren op het verdwijnen van 'heilige huisjes' zoals de vrije artsenkeuze. Ook moet er afstand worden genomen van het 'domein-denken'. Want volgens de RVZ is zorginkoop een vitaal mechanisme om de Zorgverzekeringswet te laten functioneren.

De Raad wijst erop dat selectieve zorginkoop grote gevolgen zal hebben voor het bestaande zorgaanbod. Immers functies en zorgketens zullen belangrijker worden dan instellingen.

Omdat verzekeraars niet meer de 'huisartsenzorg in zijn geheel' zullen gaan inkopen, maar slechts zorgproducten, kan selectieve zorginkoop wel degelijk het einde zijn van de (traditionele) huisartsenzorg zoals wij die nu kennen!

Dit leidt mij tot de volgende vraagstelling aan mijn beroepsgroep;

Is er een strategisch antwoord of een heroriëntatie te formuleren op deze niet af te wenden (voor de huisarts negatieve en bedreigende) ontwikkelingen?

En hoe moet dit zorginhoudelijk- en bedrijfskundig juiste antwoord van de praktijkhoudende huisartsen dan gaan luiden op deze functionele bekostiging van huisartsenzorg met selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars?

## Het antwoord?

### Is het antwoord misschien selectieve zorgverkoop?

**Selectieve zorgverkoop** is het vakinhoudelijke- en bedrijfskundig juiste antwoord van (praktijkhoudende) huisartsen op functionele bekostiging en selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars.

De keuze om bepaalde eerstelijns-DBC's (geïntegreerde, protocollaire chronische zorg) al dan niet te leveren hangt af van de vraag in hoeverre aan de volgende randvoorwaarden wordt voldaan:

- Levering mag niet ten koste gaan van de reguliere huisartsgeneeskundige basiszorg
- Zorgzwaarte en werkdruk van de huisartspraktijkhouder mogen niet verder toenemen
- De te leveren zorg moet recht doen aan het eigene van de generalistische en persoonsgerichte huisartsenzorg
- Over een 'goede prijs' wordt onderhandeld en afspraken worden vastgelegd in meerjarencontracten
- De regie over de gecontracteerde chronische zorg dient in handen te zijn van (samenwerkende) huisarts(engroepen) zonder kostbare en onnodige managementlagen of -functionarissen.
- Er wordt een sterke beperking van de administratieve lastendruk gerealiseerd
- Zorgverzekeraars blijven verantwoordelijk voor de financiële risico's van hun zorgplicht, zoals vastgelegd de verzekeringspolissen van verzekerden.

Een 'goede prijs' van de eerstelijns-DBC's zal gebaseerd moeten worden op de volgende criteria:

- Correcte kostprijsberekening per eerstelijns DBC, bijvoorbeeld volgens het principe van de Activity Based Costing-methode<sup>4</sup>
- Een adequate vergoeding voor de benodigde investeringen, praktijkaanpassingen (huisvesting, personeel, instrumentarium), beheer en management en voor aanwezig ondernemersrisico.
- Behaalde 'bedrijfswinst' zal vrij moeten zijn van budgetplafonds: de mogelijkheid van terugvordering van omzet in latere jaren, moet juridisch zijn uitgesloten.

Naast het norminkomen uit de levering van het huisartsgeneeskundige basiszorg kan een huisarts met de uitvoering van eerstelijns DBC's een structurele toename van de omzet en winst uit onderneming realiseren. Een daarmee overeenkomende inkomensontwikkeling voor de praktijkhoudende huisarts, is uitgangspunt van verdere taakuitbreiding.

Daarbij dient gesteld dat het norminkomen van de 'generalistische specialist' voor het huisartsgeneeskundig basiszorgaanbod op korte termijn een daadwerkelijke herijking behoeft tot het niveau van de modale specialist in Nederland.

---

<sup>4</sup> F.F. Asselman, Kostprijzen in ziekenhuizen, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2008.