

**Advies**

# **Substitutie**

Huisartsenzorg en ziekenhuiszorg op de juiste  
plek

juli 2012



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Adviesaanvraag	11
1.2 Samenhang met andere projecten	11
1.3 Afbakening	12
1.4 Begrippenkader	13
1.5 Leeswijzer	14
<b>2. Perspectieven op substitutie</b>	<b>15</b>
2.1 Definitie substitutie	15
2.2 Samenwerking tussen eerste en tweede lijn nader bezien	16
2.3 Rol en positie NZa	18
<b>3. Mogelijkheden en knelpunten</b>	<b>21</b>
3.1 Achtergronden huidige bekostiging	21
3.1.1 Huidige bekostiging huisartsenzorg	21
3.1.2 Huidige bekostiging ziekenhuiszorg	22
3.2 Mogelijkheden huidige bekostiging	22
3.2.1 Mogelijkheid 1: M&I-modules en -verrichtingen	23
3.2.2 Mogelijkheid 2: GEZ-module	23
3.2.3 Mogelijkheid 3: Integrale bekostiging multidisciplinaire chronische aandoeningen	23
3.2.4 Mogelijkheid 4: Overige zorgproducten	24
3.2.5 Mogelijkheid 5: Beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties	24
3.3 Mogelijkheden bij zorginkoop	24
3.4 Knelpunten huidige bekostiging	26
3.4.1 Knelpunt 1: Geen declaratietitel voor consultatie van medisch specialist door huisarts	26
3.4.2 Knelpunt 2: Verschillende bekostigingssystemen van huisartsenzorg en ziekenhuiszorg	26
<b>4. Van knelpunten naar quick-wins</b>	<b>28</b>
4.1 Consultatie van medisch specialist door huisarts	28
4.1.1 Vormen van consultatie	28
4.1.2 Vormen van bekostiging	29
4.1.2.1 Optie 1: Consultatieprestatie voor huisarts en medisch specialist	29
4.1.2.2 Optie 2: Consultatieprestatie voor huisarts en onderlinge dienstverlening huisarts en medisch specialist	29
4.1.2.3 Optie 3: Module voor consultatie van medisch specialist door huisarts	29
4.1.2.4 Advies bekostigingsvorm consultatie	30
4.1.3 Aanvullende voorwaarden	30
4.1.4 Eigen risico	30
4.2 Harmoniseren verschillende bekostigingssystemen	31
4.2.1 Openstellen overige zorgproducten	31
4.2.2 Openstellen DBC-zorgproducten	31
4.2.3 Specifieke DBC's laten vervallen en openstellen eerstelijnsprestaties	32
<b>5. Randvoorwaarden</b>	<b>33</b>
5.1 Verschuifruimte tussen dekkaders budgettaire kader zorg	33
5.2 Transparantie van kwaliteit	34

*Substitutie*

5.3	Inzicht in substitutiepotentieel	34
5.4	Ex-post risicoverevening	34
5.5	Van substitutie naar kostenbesparing	34

<b>6.</b>	<b>Conclusie</b>	<b>37</b>
-----------	------------------	-----------

<b>Bijlage 1.</b>	<b>Verzoek Minister</b>	<b>39</b>
-------------------	-------------------------	-----------

<b>Bijlage 2.</b>	<b>Overzicht bevindingen samenhangende projecten</b>	<b>45</b>
-------------------	--	-----------

## Vooraf

Voor u ligt het advies Substitutie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Dit advies richt zich op de mogelijkheden, knelpunten, oplossingsrichtingen en randvoorwaarden voor 'zorg op de juiste plek'. In dit document geeft de NZa antwoord op de adviesaanvraag van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Bij de totstandkoming van dit advies is op meerdere momenten om input gevraagd van (representanten van) betrokken veldpartijen. Bij invoering van dit door de NZa opgestelde advies, is verdere samenwerking met veldpartijen een belangrijke vereiste.

De NZa hecht grote waarde aan het betrekken van belanghebbenden bij de totstandkoming van haar beleid en advies. Wij stellen de constructieve bijdragen van betrokken partijen dan ook zeer op prijs, en willen hen hiervoor hartelijk danken.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan  
voorzitter Raad van Bestuur



## Managementsamenvatting

De Nederlandse Zorgautoriteit (verder: NZa) heeft in februari 2012 een adviesaanvraag ontvangen van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (verder: de Minister) over substitutie tussen de eerste en tweede lijn. In de adviesaanvraag wordt verzocht om mogelijkheden en knelpunten in de bekostiging te identificeren en oplossingen in de bekostiging aan te dragen om substitutie tussen de eerste en tweede lijn te bevorderen. Deze adviesaanvraag komt voort uit de brief 'Zorg en ondersteuning in de buurt', waarin het volgende uitgangspunt centraal staat: 'dichtbij en onder eigen verantwoordelijkheid waar mogelijk, specialisatie waar dat moet, concentratie waar het echt niet anders kan.'

Het onderwerp substitutie kent raakvlakken met onderzoeken en adviezen die recent door de NZa of externe organisaties zijn uitgebracht of binnenkort worden uitgebracht. Derhalve richt het voorliggende advies zich op substitutie tussen huisartsenzorg (eerste lijn) en ziekenhuiszorg (tweede lijn). Dit rapport zal zich richten op oplossingen die in 2013 doorgevoerd kunnen worden ('quick wins').

Onder substitutie wordt verstaan het doelbewust en doelgericht vervangen van een (deel van een) bestaande voorziening door een (deel van een) andersoortige voorziening, waarbij de oorspronkelijke functie vervuld blijft worden en wel voor een vergelijkbare patiëntenpopulatie. De veronderstelling is daarbij dat substitutie doelmatigheidswinst oplevert onder gelijkblijvende of betere kwaliteit.

Substitutie vergt een gedragsverandering, waarbij het gaat om kennen (het hebben van de benodigde kennis van elkaar en elkaars (on)mogelijkheden), kunnen (het tonen van relevante vaardigheden en competenties voor de zorglevering), willen (het leveren van zorg gegeven eventuele aanvullende (rand)voorwaarden) en doen (feitelijke adequate / bekwame uitvoering van de zorglevering). Specifieke lokale omstandigheden en randvoorwaarden, zoals kennis, vaardigheden en locatie bepalen of samenwerking van de grond komt en substitutie succesvol kan plaatsvinden. Een landelijke blauwdruk voor substitutie lijkt dan ook niet gewenst.

De NZa ziet het als haar taak om (eventuele) belemmeringen in de bekostiging voor substitutie weg te nemen en waar mogelijk te zorgen voor een gelijk speelveld tussen huisartsen en ziekenhuizen en / of medisch specialisten. Echter, bekostiging is slechts één van de factoren die samenwerking en substitutie tussen huisartsen en ziekenhuizen en / of medisch specialisten beïnvloedt. De relatie tussen bekostiging en substitutiemogelijkheden kan niet als een één op één relatie gezien worden.

Binnen de huidige bekostiging zijn reeds diverse mogelijkheden beschikbaar om substitutie te realiseren. Zo zijn er een vijftal specifieke categorieën prestaties opgenomen die substitutie tussen huisartsenzorg en ziekenhuiszorg mogelijk maken: Modernisering en Innovatie (M&I) modules en verrichtingen, Geïntegreerde Eerstelijns Zorgproducten (GEZ), integrale bekostiging van multidisciplinaire chronische aandoeningen, overige zorgproducten (O(V)P's) en de beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties. Bij de zorginkoop zijn er ook een aantal mogelijkheden om te sturen op substitutie dan wel tot substitutie te stimuleren. De functionele beschrijving van de te verzekeren prestaties in de Zorgverzekeringwet biedt ruimte voor het

bevorderen van 'zorg op de juiste plek'. Zorgverzekeraars kunnen substitutie bijvoorbeeld bevorderen door selectief in te kopen en prijs, volume en kwaliteitsafspraken te maken met zorgaanbieders. Als onderdeel van de kwaliteitsafspraken kunnen afspraken over het aantal doorverwijzingen worden meegenomen, zodat het behouden van zorg in de eerste in plaats van doorverwijzing naar de tweede lijn gefaciliteerd kan worden.

De NZa constateert dat een tweetal knelpunten voor substitutie in de huidige bekostiging ervaren worden. Ten eerste wordt door veldpartijen aangegeven dat de afwezigheid van een declaratietitel voor consultatie van de medisch specialist door de huisarts een belemmering vormt voor substitutie. Een dergelijke consultatie kan voorkómen dat de patiënt (onnodig) doorverwezen wordt naar het ziekenhuis. Ten tweede kunnen de verschillende bekostigingssystemen van huisartsenzorg en ziekenhuiszorg een belemmering vormen voor substitutie. De reden hiervoor is dat de verschillende bekostigingssystemen moeilijk vergelijkbaar en onvoldoende transparant zijn.

De NZa stelt voor om als bekostigingsvorm een module voor consultatie van een medisch specialist door een huisarts in te voeren in de vorm van een experiment. In het convenant huisartsenzorg, dat recent gesloten is tussen het ministerie van VWS en de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), is opgenomen dat onderzocht wordt of een meekijkconsult ingevoerd kan worden. In dit advies wordt er al meer inkleuring gegeven aan de vorm van bekostiging voor dit consult. Bij deze module wordt een opslag per patiënt op het inschrijftarief in rekening gebracht, wanneer sprake is van een afspraak tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders over invulling van een consultatieregeling. De huisarts betaalt uit deze opslag de inzet van de medisch specialist. De module wordt voorzien van een vrij tarief. Deze consultatie omvat telefonische consultatie (ear-to-ear), teleconsultatie (chat-to-chat), screen-to-screen beeldcontact (bit-to-bit) en face-to-face consultatie van een medisch specialist door een huisarts, gericht op een individuele patiënt. Voor het invoeren van dit experiment per 2013 is een aanwijzing van de Minister nodig.

Er kan op verschillende manieren een stap richting harmonisatie van de bekostigingssystemen van huisartsenzorg en ziekenhuiszorg worden gezet. Een eerste mogelijkheid is het openstellen van overige zorgproducten voor huisartsen. Ten tweede kan (een deel van) de laagcomplexe DBC-zorgproducten opengesteld worden voor huisartsen. Een derde mogelijkheid is het laten vervallen van specifieke laagcomplexe DBC's in combinatie met het openstellen van eerstelijnsprestaties voor ziekenhuizen en medisch specialisten. Voor al deze opties geldt dat er diverse uitwerkingsvraagstukken aan verbonden zijn, waardoor deze mogelijkheden niet aangemerkt kunnen worden als 'quick win'.

Diverse randvoorwaarden zijn noodzakelijk om (verdergaande) substitutie succesvol te laten plaatsvinden. De budgettaire kaders voor ziekenhuiszorg zijn opgesplitst in aparte dekkaders voor huisartsenzorg en ziekenhuiszorg. Op het moment dat er een verschuiving tussen de financiële kaders van huisartsenzorg en ziekenhuiszorg op landelijk niveau zichtbaar wordt, is het mogelijk om een overschrijding in de huisartsenzorg te dekken met een onderuitputting in de ziekenhuiszorg. Vooraf hebben partijen echter geen zekerheid dat een onderuitputting als gevolg van substitutie optreedt in de ziekenhuiszorg, wat kan leiden tot terughoudendheid bij huisartsen in het ondernemen van activiteiten op het gebied van substitutie. Daarnaast dient de kwaliteit van zorg transparant te zijn, zodat verzekeraars rekening kunnen houden met



kwaliteit bij zorginkoop. Voorts dient het substitutiepotentieel inzichtelijk te zijn, waardoor duidelijk wordt welke (nieuwe) mogelijkheden er zijn voor het verplaatsen van zorg. Verder moeten de prikkels voor verzekeraars die uitgaan van de risicoverevening gelijk zijn voor huisartsenzorg en ziekenhuiszorg.

Het verzoek van de Minister bevat expliciet de vraag hoe voorkómen kan worden dat de ontstane ruimte in de tweede lijn als gevolg van substitutie wordt vervangen door andere zorg vanuit het oogpunt van kostenbeheersing. Prestatiebepaling bevat een volumeprikkel, waardoor ziekenhuizen en medisch specialisten gestimuleerd worden om de vrijgekomen capaciteit op te vullen. In een stelsel van gereguleerde marktwerking ligt het op de weg van de verzekeraar om dit opvullen te beheersen of voorkómen. Lumpsum- of plafondafspraken zijn een manier om hier invulling aan te geven. Dit vereist geïntegreerde inkoop van ziekenhuizen en huisartsen door verzekeraars.



# 1. Inleiding

## 1.1 Adviesaanvraag

In 2011 heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (verder: de Minister) in haar brieven aan de Tweede Kamer 'Zorg die werkt' en 'Vertrouwen in de zorg' haar beleid voor de komende periode uiteengezet.<sup>1</sup> In deze beleidsdoelstellingen geeft de Minister aan een impuls te willen geven aan versterking van zorg en ondersteuning in de buurt.

Eind 2011 heeft de Minister in de brief 'Zorg en ondersteuning in de buurt' aan de Tweede Kamer het belang van de beschikbaarheid van zorg en ondersteuning in de buurt onderstreept.<sup>2</sup> In deze brief wordt toegelicht dat de toename van het aantal chronisch zieken, de krimpende arbeidsmarkt en de stijgende zorgkosten vraagt om een andere inrichting en organisatie van zorg. Hierbij is het uitgangspunt: 'dichtbij en onder eigen verantwoordelijkheid waar mogelijk, specialisatie waar dat moet, concentratie waar het echt niet anders kan.' Bij het vormgeven van 'zorg op de juiste plek' kan substitutie een rol spelen.

Op 15 februari 2012 heeft de Minister de Nederlandse Zorgautoriteit (verder: NZa) verzocht mogelijkheden en knelpunten in de bekostiging van zorg te identificeren in relatie tot substitutie tussen de eerste en tweede lijn.<sup>3</sup> Tevens heeft de Minister gevraagd om aan te geven welke oplossingen in de bekostiging mogelijk zijn om de gewenste situatie te bereiken: hoge kwaliteit van zorg, tegen zo laag mogelijk kosten en waar mogelijk in de buurt. De NZa wil eventuele belemmeringen wegnemen en een 'level playing field' creëren waarbij iedere zorgaanbieder gelijke kansen heeft om 'de juiste zorg op de juiste plek' te leveren.

In dit document adviseert de NZa over de mogelijkheden, knelpunten, oplossingen ('quick wins') en randvoorwaarden in de huidige bekostiging van eerste en tweede lijn voor substitutie en 'zorg op de juiste plek'.

Conform het verzoek van de Minister bevat dit adviesrapport oplossingsrichtingen om de gewenste situatie te bereiken op korte termijn (per 2013). In de komende maanden zal bij implementatie van het advies de bekostiging voor consultatie van de medisch specialist door de huisarts verder uitgewerkt worden. Mogelijk volgt in een later stadium een advies over de oplossingsrichtingen op langere termijn (vanaf 2014).

## 1.2 Samenhang met andere projecten

Het onderwerp substitutie kent raakvlakken met onderzoeken en adviezen die recent door de NZa of externe organisaties zijn uitgebracht of binnenkort worden uitgebracht. In dit rapport wordt dan ook naar een aantal van deze onderzoeken en adviezen verwezen. Een overzicht van de voornaamste bevindingen uit de uitgebrachte onderzoeken en adviezen in relatie tot substitutie is toegevoegd in bijlage 2. Tevens worden deze onderzoeken en adviezen gebruikt als onderbouwing van de

<sup>1</sup> VWS, brief 'zorg die werkt', kenmerk MC/U-304831, brief 'vertrouwen in de zorg', kenmerk MEVA/AEB-3048722, januari 2011.

<sup>2</sup> VWS, brief 'zorg en ondersteuning in de buurt', kenmerk CZ/EKZ-3086843, oktober 2011.

<sup>3</sup> Bijlage 1: VWS, brief 'verzoek om uitvoeringstoets voor zorg op de juiste plek en substitutie', kenmerk CZ/EKZ-3104537, februari 2012.

afbakening van dit advies. Het gaat hierbij om de volgende onderzoeken of adviezen:

*Advies Basis GGZ:* Eind 2011 is door de NZa een advies uitgebracht over de versterking van de functie eerstelijns GGZ, ook wel basis GGZ genoemd. Dit rapport bevat adviezen voor substitutie en 'zorg op de juiste plek' binnen de curatieve GGZ.

*Advies Eerstelijnsdiagnostiek:* Eind 2011 heeft de NZa een advies opgesteld over de functie eerstelijnsdiagnostiek. Het advies bevat aanbevelingen voor het creëren van een gelijk speelveld voor aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek. Eerstelijnsdiagnostiek is één van de deelmarkten waarbinnen substitutie mogelijk is.

*Advies Taakherschikking:* Begin 2012 heeft de NZa geadviseerd over taakherschikking in de tweedelijns somatische zorg en curatieve GGZ. Het advies is gericht op de belemmeringen en oplossingen in de bekostiging voor het structureel overdragen van taken inclusief verantwoordelijkheden aan beroepsbeoefenaren met een ten opzichte van artsen lager (opleidings)niveau; in het bijzonder de verpleegkundig specialist en de physician assistant.

*Advies Bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg:* Medio 2012 is dit adviesrapport uitgebracht, waarin vier bekostigingsopties voor huisartsenzorg en geïntegreerde zorg worden verkend. Eén van de criteria voor beoordeling van de bekostigingsopties is het optreden van belemmeringen voor substitutie tussen eerste en tweede lijn.

*Advies Integrale Verloskunde:* Medio 2012 wordt door de NZa een advies uitgebracht over de toekomstige (integrale) bekostiging van de zorg rondom zwangerschap en geboorte. Het advies behandelt ook de mogelijkheden voor substitutie binnen deze deelmarkt.

*Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging:* Medio 2012 rapporteert deze evaluatiecommissie over haar bevindingen omtrent het realiseren van de beoogde effecten en randvoorwaarden en het optreden van (on)gewenste neveneffecten bij integrale bekostiging van de zorg voor chronisch zieken. Tevens wordt geadviseerd over het al dan niet voortzetten van de overgangperiode, waarin deze zorg ook op basis van het reguliere systeem kon worden bekostigd. Dit rapport kent raakvlakken met de Marktscan Ketenzorg.

*Marktscan Ketenzorg:* Medio 2012 levert de NZa een marktscan ketenzorg op, waarin de bestaande integrale bekostiging van ketenzorg wordt gemonitord.

*Marktscan Huisartsenzorg:* Eind 2012 zal de NZa een marktscan uitbrengen over huisartsenzorg.

*Onderzoek Substitutiepotentieel:* De Minister heeft het RIVM en NIVEL verzocht in 2012 onderzoek te doen naar het substitutiepotentieel voor eenvoudige en chronische aandoeningen. Dit onderzoek is nog niet afgerond, waardoor alleen gebruik gemaakt kon worden van het projectvoorstel van dit onderzoek.

### 1.3 Afbakening

Het voorliggende advies van de NZa richt zich op de mogelijkheden en belemmeringen in de huidige bekostiging voor substitutie tussen huisartsenzorg en ziekenhuiszorg. In andere adviezen is substitutie in overige zorgmarkten, zoals eerstelijnsdiagnostiek en geestelijke gezondheidszorg, reeds besproken (zie 1.2). Tevens beperkt dit advies zich tot substitutie van zorgvormen die vallen binnen de verzekerde aanspraak conform Zorgverzekeringswet (Zvw).

Het verzoek van de Minister richt zich op laagcomplexere curatieve zorg, die veel voorkomt en wordt geleverd in samenwerking tussen eerste en

tweede lijn.<sup>4</sup> Om de laagcomplexere zorg te definiëren is het zinvol om eerst naar het gangbare onderscheid tussen verschillende zorgvormen te kijken, namelijk de verdeling in electieve, chronische en acute zorg:

- Electieve zorg  
Electieve zorg is curatieve zorg (diagnostiek, behandeling en/of nabehandeling) waarvan het, in tegenstelling tot acute zorg, medisch aanvaardbaar is dat deze enkele dagen tot weken kan worden uitgesteld. Electieve zorg wordt ook wel planbare zorg genoemd. Voorbeelden van electieve zorg zijn kleine chirurgische ingrepen.
- Chronische zorg  
Chronische zorg is zorg aan patiënten met een chronische aandoening, waarbij met een relatief hoge frequentie behoefte is aan zorg. Bij chronische zorg kan gedacht worden aan zorg bij patiënten met diabetes mellitus, COPD en depressie, maar ook de oncologische nazorg.
- Acute zorg  
Acute zorg kan vanuit het perspectief van de zorgvrager gedefinieerd worden als zorg waarvan de zorgvrager inschat dat deze acuut verleend moet worden en geen dagen of weken gewacht kan worden. Vanuit het perspectief van de zorgaanbieder is acute zorg de zorg die moet worden verleend in situaties waarin zonder acuut ingrijpen gevaar is voor overlijden of onomkeerbare gezondheidsschade.

Dit advies heeft betrekking op substitutie van electieve en chronische zorg.<sup>5,6</sup> In dit advies staan de mogelijkheden en belemmeringen in de huidige bekostiging van eerste en tweede lijn voor substitutie en 'zorg op de juiste plek' centraal. Buiten de bekostiging zijn er ook culturele en organisatorische knelpunten voor substitutie, die kort worden benoemd in hoofdstuk 2 van dit advies.

## 1.4 Begrippenkader

### *Substitutie*

Onder substitutie wordt verstaan het doelbewust en doelgericht vervangen van een (deel van een) bestaande voorziening door een (deel van een) andersoortige voorziening, waarbij de oorspronkelijke functie vervuld blijft worden en wel voor een vergelijkbare patiëntenpopulatie.<sup>7</sup>

Enkele begrippen uit deze definitie behoeven nadere toelichting. De termen 'doelbewust' en 'doelgericht' verwijzen naar substitutiedoelen zoals meer samenhangende zorg, meer continuïteit, meer gerichte verwijzing en doelmatigheidswinst. Het 'vervangen' houdt in dat er een inhoudelijke en procedurele relatie moet bestaan tussen beide zaken. Een voorziening is een van een instelling of persoon uitgaand aanbod van activiteiten van gezondheidszorg. De functie van een voorziening is het geven van antwoord op een bepaalde zorgvraag op het gebied van onderzoek, behandeling, verpleging of huisvesting. De term 'andersoortig' kan betrekking hebben op zorgintensiteit, zorgsetting of de mate van specialisatie. Het element 'vergelijkbare patiëntenpopulatie' houdt in dat het bij substitutie niet de bedoeling is een geheel andere patiëntengroep met een nieuw zorgaanbod te bedienen.

<sup>4</sup> Voor huisartsenzorg geldt dat een groot deel van de laagcomplexere curatieve zorg niet in samenwerking wordt geleverd, maar binnen de huisartsenpraktijk wordt afgehandeld. Deze basishuisartsenzorg valt dan ook buiten de reikwijdte van dit advies.

<sup>5</sup> De NZa is in afwachting van een verzoek van de Minister voor een advies over acute zorg. In dat advies zal onder andere substitutie tussen HAP en SEH aan de orde komen.

<sup>6</sup> Substitutie van chronische zorg wordt tevens behandeld in de Marktscan Ketenzorg en het rapport van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging.

<sup>7</sup> D. Wiersma, H. Kluiters, F. Nienhuis, M. Rùphan, R. Giel, "Evaluatieonderzoek naar substitutie in de GGZ", Tijdschrift voor Psychiatrie 31(9), 1989.

### *Huisartsenzorg*

In dit advies wordt gesproken over substitutie tussen huisartsenzorg en ziekenhuiszorg. Met de term 'huisartsenzorg' wordt bedoeld op zorg 'zoals huisartsen die plegen te bieden'. Hiermee wil de NZa niet zeggen dat het zorg is die enkel de huisarts kan leveren.

### *Ziekenhuiszorg*

Ziekenhuiszorg, ook wel medisch specialistische zorg genoemd, is zorg 'zoals medisch specialisten die plegen te bieden'. Hiermee bedoelt de NZa niet dat het zorg is die enkel ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en / of medisch specialisten kunnen leveren.

## **1.5 Leeswijzer**

Hoofdstuk 2 geeft een beschrijving van de het begrip substitutie. Vervolgens wordt in dit hoofdstuk de rol van de NZa geschetst, waarbij samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen en / of medisch specialisten nader wordt gezien. Het volgende hoofdstuk (3) geeft een overzicht van de mogelijkheden en knelpunten in de huidige bekostiging. De NZa adviseert over oplossingen op korte termijn ('quick wins') in hoofdstuk 4. Hoofdstuk 5 bevat een beschrijving van de randvoorwaarden waarbinnen substitutie succesvol kan plaatsvinden. In het laatste hoofdstuk (6) geeft de NZa een concluderend advies. Bijlage 1 bevat het verzoek van de Minister. In bijlage 2 tot slot wordt de samenhang met andere projecten nader toegelicht.

## 2. Perspectieven op substitutie

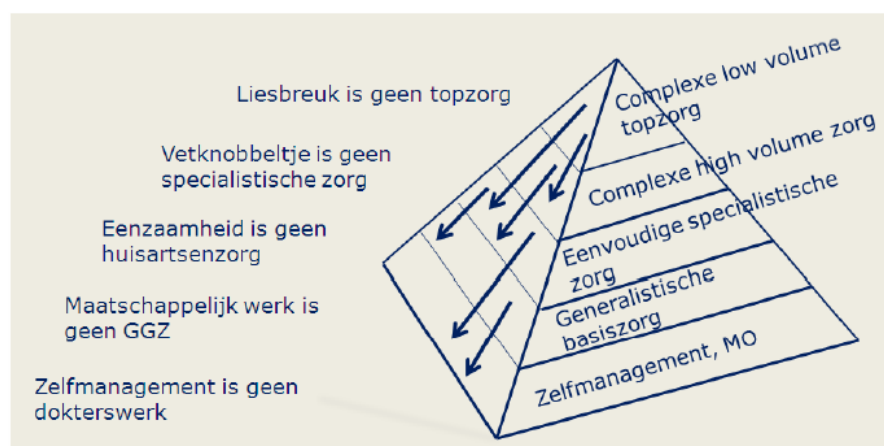
In dit hoofdstuk wordt allereerst het begrip substitutie nader omschreven. Vervolgens wordt de samenhang tussen substitutie en samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen en / of medisch specialisten weergegeven; alvorens de rol van de NZa in dit kader toe te lichten.

### 2.1 Definitie substitutie

Onder substitutie verstaat de NZa het doelbewust en doelgericht vervangen van een (deel van een) bestaande voorziening door een (deel van een) andersoortige voorziening, waarbij de oorspronkelijke functie vervuld blijft worden en wel voor een vergelijkbare patiëntenpopulatie.<sup>8</sup> Hierbij is de veronderstelling dat substitutie doelmatigheidswinst oplevert onder gelijkblijvende of betere kwaliteit. In dit kader wordt ook wel gesproken over 'zinnige en zuinige zorg'.

In een bredere context is substitutie mogelijk tussen derde, tweede, eerste en nulde lijn. De Minister schetst de gezondheidszorg als een piramide (zie figuur 1), waarbij het uitgangspunt voor het verlenen van zorg is 'dichtbij en onder eigen verantwoordelijkheid waar mogelijk, specialisatie waar dat moet, concentratie waar het echt niet anders kan'. De basis van deze piramide wordt gevormd door zelfmanagement, mantelzorg en welzijnswerk. Het midden van de piramide bevat generalistische basiszorg en ondersteuning en eenvoudige specialistische zorg. Het middendeel omvat ook zorgvormen waarbij geïntegreerde zorgverlening centraal staat. De top van de piramide bestaat uit complexe medisch specialistische zorg en intensieve verpleging en verzorging. Dit advies richt zich op het midden van de piramide, waar laagcomplexe curatieve zorg wordt geleverd.

**Figuur 1. Zorg en ondersteuning op verschillende niveaus**



Bron: VWS, brief 'zorg en ondersteuning in de buurt', kenmerk CZ/EKZ-3086843, oktober 2011

Substitutie kan vanuit verschillende perspectieven worden gezien. Ten eerste kan bekeken worden in hoeverre patiënten alleen worden doorverwezen vanuit een generalistische naar een specialistische context wanneer dit echt nodig is. Ten tweede kan beschouwd worden in

<sup>8</sup> D. Wiersma, H. Kluiters, F. Nienhuis, M. Rüphan, R. Giel, "Evaluatieonderzoek naar substitutie in de GGZ", Tijdschrift voor Psychiatrie 31(9), 1989.

hoeverre zorg verschoven kan worden naar de plek (in eerste of tweede lijn) waar deze zorg het meest doelmatig geleverd kan worden. In dit advies wordt de huidige bekostiging vanuit beide perspectieven geanalyseerd.

In de praktijk wordt in het kader van substitutie gesproken over het 'verplaatsen', 'voorkómen' en 'vervangen' van zorg. Bij het verplaatsen van zorg kan gedacht worden aan het verplaatsen van laagcomplexe curatieve zorg vanuit de ziekenhuisomgeving naar de huisartsenpraktijk. Het voorkómen van zorg is gericht op het verminderen van de kans dat een patiënt (onnodig) in een hoger echelon behandeld moet worden. Hierbij kunnen activiteiten gericht op versterken van de eerste lijn en de samenwerking tussen eerste en tweede lijn een rol spelen (zie kader 1 voor een voorbeeld van een initiatief, door de NZa bezocht). Substitutie, wat letterlijk vervanging betekent, kan ook tot uitdrukking komen in het vervangen van de ene zorgvorm door de andere. Een voorbeeld hiervan is het inzetten van e-health mogelijkheden.

### **Kader 1. Praktijkvoorbeeld substitutie**

#### ***Consultatieve spreekuren in De Bilt***

De stichting Gezondheidscentra (GZC) De Bilt heeft spreekuren opgezet om onnodige verwijzingen naar de tweede lijn te voorkómen. Patiënten met een indicatie op het grensvlak tussen eerste en tweede lijn worden verwezen naar het consultatieve spreekuur van een specialist. Specialisten van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (internist, orthoëde, oogarts, longarts) doen spreekuur in GZC De Bilt op verwijzing van de huisarts.<sup>9</sup> Spreekuren worden of gezamenlijk uitgevoerd of nabesproken met huisarts, soms ook met de praktijkondersteuner en fysiotherapeut. De verantwoordelijkheid voor de zorg van de patiënt blijft bij de huisarts. De eerste resultaten duiden op afname van het aantal doorverwijzingen naar het ziekenhuis, een hoge patiënttevredenheid en een leereffect bij de huisartsen. Om definitieve conclusies te kunnen trekken is grootschaligere effectmeting nodig.

Bron: NZa

## **2.2 Samenwerking tussen eerste en tweede lijn nader bezien**

De Minister benoemt in het verzoek de samenhang tussen samenwerking van eerste en tweede lijn en het substitutievraagstuk. Uit gesprekken met stakeholders is gebleken dat specifieke lokale omstandigheden en randvoorwaarden, zoals kennis, vaardigheden en locatie bepalen of samenwerking van de grond komt en substitutie succesvol kan plaatsvinden. Een landelijke blauwdruk voor substitutie lijkt dan ook niet gewenst. Samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen en / of medisch specialisten dient op lokaal niveau tot stand te komen. Substitutie kan uit deze samenwerking voortvloeien. Substitutie vergt een gedragsverandering, waarbij het gaat om kennen (het hebben van de benodigde kennis van elkaar en elkaars (on)mogelijkheden), kunnen (het tonen van relevante vaardigheden en competenties voor de zorglevering), willen (het leveren van zorg gegeven eventuele aanvullende (rand)voorwaarden) en doen (feitelijke adequate / bekwame uitvoering van de zorglevering).

<sup>9</sup> Voor het (gezamenlijke) spreekuur registreert de medisch specialist geen DBC, maar vindt er onderlinge verrekening plaats.



Het 'kennen' houdt in dat huisartsen en medisch specialisten bekend moeten zijn met elkaar en elkaars aanbod en expertise. In het algemeen kan gesteld worden dat eerste lijn en tweede lijn verschillende uitgangspunten hebben voor zorgverlening. De generalistische eerste lijn gaat uit van de gezonde mens in zijn totale context. De specialistische tweede lijn kent ziekte en (curatieve) behandeling als uitgangspunten. Deze verschillen in benaderingswijze met een vergelijkbare uitkomst voor de patiënt dienen erkend te worden. Vervolgens is culturele overbrugging nodig om verdergaande samenwerking te realiseren.

'Kunnen' wil zeggen dat de betrokkenen over voldoende deskundigheid, capaciteit en organisatiegraad moeten beschikken om de zorg te kunnen leveren. De zorgaanbieder dient te beschikken over de juiste competenties om zorg te kunnen leveren conform de kwaliteitsnormen, zoals in samenspraak met de beroepsgroepen vastgesteld door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Wetenschappelijke verenigingen en consumentenorganisaties hebben daarbij een eigen inbreng en invalshoek. Zorgstandaarden kunnen een rol spelen om vanuit de zorginhoud tot initiatieven voor integrale zorgverlening te komen. Deskundigheidsbevordering kan plaatsvinden door opleiding en (bij)scholing. Bij de eerder genoemde capaciteit is het van belang dat de infrastructuur inclusief de noodzakelijk apparatuur het zorgproces faciliteert. Hierbij kan gedacht worden aan e-health toepassingen en een elektronisch patiëntendossier. Een goede organisatiegraad van de eerste lijn is noodzakelijk om als partner te fungeren van de tweede lijn en zorgverzekeraars. Een transmuraal platform kan een faciliterende rol spelen in de samenwerking tussen eerste en tweede lijn.

'Willen' heeft betrekking op de motivatie van zorgaanbieders die nodig is om samenwerking tot stand te brengen. Voor motivatie is onderling vertrouwen noodzakelijk. Vertrouwen vanuit de medisch specialist om bepaalde zorg aan de huisarts over te dragen; maar ook het vertrouwen van de huisarts dat hij te allen tijde een beroep kan doen op de medisch specialist. Het vertrouwen en de onderlinge relatie kan door substitutie onder druk komen te staan als het ziekenhuis en medisch specialist in een concurrentiestrijd met de huisarts terecht komen. (Negatieve) financiële consequenties van het verplaatsen van zorg voor ziekenhuizen en medisch specialisten kan de motivatie voor substitutie doen afnemen. Het 'willen' kan bovendien tot uitdrukking komen in de strategische keuzes in het zorgportfolio die in toenemende mate door ziekenhuizen worden gemaakt.

Het 'doen' betreft het daadwerkelijk plaatsvinden van substitutie. Hierbij zijn zorgaanbieders ook afhankelijk van consument en zorgverzekeraar. De consument ontvangt op dit moment via het eigen risico een prikkel om zorg in de eerste lijn in plaats van in de tweede lijn te consumeren. Bovendien is ziekenhuiszorg in eerste instantie<sup>10</sup> alleen toegankelijk op grond van een verwijzing door de huisarts.<sup>11</sup> Consumenten zijn mondiger geworden, waardoor huisartsen in toenemende mate druk ervaren om door te verwijzen naar de medisch specialist. Consumenten zijn vaak in de veronderstelling dat de zorg geleverd door een medisch specialist van hogere kwaliteit is dan de zorg verleend door een huisarts ('duurder = beter'). De medisch specialist kan ook druk ondervinden vanuit de patiënt voor het inzetten van bepaalde diagnostiek of behandeling. Patiëntenvoorlichting is cruciaal om te bewerkstelligen dat de 'juiste zorg' op 'de juiste plek' plaats vindt. Zorgverzekeraars dienen substitutie en

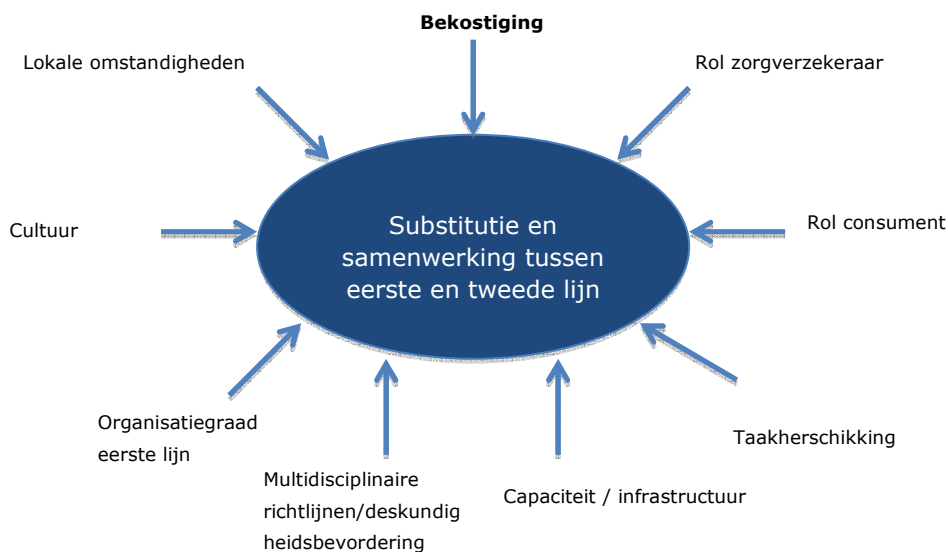
<sup>10</sup> Na een initiële verwijzing naar een medisch specialist kan onderlinge verwijzing tussen medisch specialisten plaats vinden.

<sup>11</sup> En voor bepaalde ziekenhuiszorg de verloskundige en tandarts / orthodontist.

samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen en / of medisch specialisten te betrekken bij zorginkoop. Logischerwijs zijn zorgverzekeraars gestart met een sectorale aanpak; inmiddels mag verwacht worden dat verzekeraars ook op het snijvlak van de sectoren aan de slag gaan, zoals met het substitutievraagstuk. Vooral nog heeft de prioriteit van zorgverzekeraars voornamelijk gelegen bij de concentratie van hoogcomplexe laagvolume zorg. Enerzijds heeft dit te maken met het feit dat vanwege de volumennormen, zoals opgesteld door de wetenschappelijke verenigingen, verzekeraars aanknopingspunten hebben om die zorg selectief te contracteren. Anderzijds heeft nabije zorg (laagcomplexe hoogvolume zorg) minder 'inkoopstatus', terwijl deze vorm van zorg in de toekomst in belang zal toenemen. Voor adequate substitutie van zorg is het lange termijn inkoopbeleid van zorgverzekeraars van belang. Dit biedt zorgaanbieders de gelegenheid de eventueel noodzakelijke administratieve, logistieke en technische aanpassingen door te voeren. De mogelijkheden voor zorgverzekeraars om te sturen op substitutie worden in hoofdstuk 3 nader toegelicht. In hoofdstuk 5 komen prikkels voor zorgverzekeraars (in het bijzonder de ex-post risicoverevening) aan bod.

Geconcludeerd kan worden dat verschillende factoren van invloed zijn op de samenwerking tussen eerste en tweede lijn en het tot stand komen van substitutie. In figuur 2 worden deze factoren grafisch weergegeven.

**Figuur 2. Factoren die een rol spelen bij substitutie en samenwerking tussen eerste en tweede lijn**



Bron: NZa

### 2.3 Rol en positie NZa

De NZa heeft bevoegdheden op het gebied van regulering en bekostiging op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Daarnaast houdt de NZa toezicht op verzekeraars en aanbieders voor wat betreft de naleving van de wet- en regelgeving. Aangezien de bekostiging zich op het werkterrein van de NZa bevindt en dit slechts één van de factoren is die samenwerking en substitutie tussen huisartsenzorg en ziekenhuiszorg beïnvloedt, kan geconcludeerd worden dat de invloed van de NZa op het tot stand komen van samenwerking en substitutie beperkt is. De relatie

tussen bekostiging en mogelijkheden op het gebied van substitutie kan niet als een één op één relatie gezien worden.<sup>12</sup>

De NZa ziet het als haar taak om de eventuele belemmeringen in de bekostiging voor substitutie weg te nemen en te zorgen voor een gelijk speelveld tussen zorgaanbieders in eerste en tweede lijn. Met de introductie van gereguleerde marktwerking in 2006 hebben zorgverzekeraars de rol van zorginkoper toebedeeld gekregen. In die hoedanigheid kunnen verzekeraars een sturende rol vervullen door zorg selectief in te kopen op basis van een optimale prijs/kwaliteit verhouding. Het uitgangspunt van de NZa is dat zorgverzekeraars zelf moeten kunnen sturen waar, door wie, welke zorg geleverd wordt door afspraken te maken met zorgaanbieders. De NZa streeft naar een zo minimaal mogelijke regulering. Dit betekent dat alleen datgene wordt gereguleerd dat, bij afwezigheid van overheidsregulering, wegens marktfalen tot ongewenste uitkomsten voor consumenten kan leiden. Het gaat om uitkomsten op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.

---

<sup>12</sup> In de vorige paragraaf is toegelicht dat ook gedragsverandering een rol speelt bij het realiseren van substitutie.



## 3. Mogelijkheden en knelpunten

Dit hoofdstuk bevat een analyse van de mogelijkheden en knelpunten in de huidige bekostiging voor substitutie.

### 3.1 Achtergronden huidige bekostiging

In de Structuurnota gezondheidszorg van Staatssecretaris Hendriks uit 1974 is de ordening van afzonderlijke voorzieningen in echelons geïntroduceerd. Een echelon is een sector van de gezondheidszorg die voorzieningen omvat die globaal dezelfde functionele kenmerken en gerichtheid vertonen. In deze nota werd al aandacht besteed aan 'zorg in de buurt' en 'zorg op de juiste plek'. Enerzijds wordt gestreefd naar versterking van de eerste lijn en het voorkómen dat een beroep wordt gedaan op ziekenhuiszorg. Een belangrijke pijler van dit beleid is het poortwachtersysteem. De centrale rol van de huisarts als poortwachter komt onder andere tot uitdrukking in het gegeven dat initiële toegang tot ziekenhuiszorg alleen mogelijk is na verwijzing door de huisarts. De huisarts handelt veel zorgvragen af tegen relatief lage kosten, waardoor (meer)kosten in hogere echelons voorkómen kunnen worden. Anderzijds is het beleid gericht op het verschuiven van zorg naar de plek waar deze het meest doelmatig geleverd kan worden. Een belangrijke stimulans wordt gevormd door het apart declarabel maken van diverse verrichtingen voor huisartsen die direct substituerend kunnen zijn voor ziekenhuiszorg.

#### 3.1.1 Huidige bekostiging huisartsenzorg

De huidige bekostiging van de huisartsenzorg bestaat uit verschillende te declareren prestaties, namelijk:

het inschrijftarief (abonnement);

- een algemeen consulttarief (niet gekoppeld aan een specifieke behandeling of diagnose);
- specifieke verrichtingen;
- integrale bekostiging van chronische aandoeningen;
- een groot aantal aanvullende modules;

De tarieven van deze prestaties zijn gedeeltelijk gereguleerd (inschrijftarief, consulttarief) en gedeeltelijk vrij overeen te komen tussen huisarts en zorgverzekeraar.

In algemene zin bestaat de huisartsenbekostiging uit een mengvorm van een inschrijftarief en een consulttarief. Het inschrijftarief sluit aan bij het generalistische en holistische karakter van de huisartsenzorg. Immers, bij generalistische basiszorg is het uitgangspunt: 'de patiënt is gezond, tenzij het tegendeel is bewezen'. Het inschrijftarief beloont een huisarts op basis van het aantal patiënten dat hij in zorg heeft en niet op basis van het aantal handelingen dat hij verricht. Het consulttarief herbergt een beperkte prikkel om meer patiënten te behandelen in de eerste lijn.

In de huisartsenbekostiging zijn aanvullende elementen ingebouwd om zowel substitutie tussen huisartsenzorg en ziekenhuis als onderlinge samenwerking binnen de eerste lijn te bevorderen. Hierbij kan gedacht worden aan de M&I-modules (Modernisering & Innovatie). Ook de introductie van integrale bekostiging voor ketenzorg bij diverse chronische aandoeningen biedt partijen de mogelijkheid om invulling te geven aan 'zorg op de juiste plek'. Deze en andere mogelijkheden voor substitutie in de huidige bekostiging worden in paragraaf 3.2 verkend.

### 3.1.2 Huidige bekostiging ziekenhuiszorg

Aanbieders van ziekenhuiszorg declareren hun werkzaamheden anno 2012 door middel van Diagnose Behandeling Combinaties, ookwel DBC-zorgproducten genoemd, en overige zorgproducten. Deze zorgproducten zijn onderverdeeld in een vrij segment (circa 70%) en een gereguleerd segment (circa 30%). Daarnaast kennen enkele zorgaanbieders een (deels) vast segment inclusief beschikbaarheidsbijdragen voor specifieke zorgfuncties.

Een DBC-zorgproduct omvat het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Een DBC-zorgproduct bestaat dus uit alle activiteiten van een ziekenhuis en medisch specialist die het gevolg zijn van een bepaalde zorgvraag. Een poortspecialist is verantwoordelijk voor de juiste typering van een DBC-zorgproduct. Het traject DBC's Op weg naar Transparantie (DOT) is het traject om te komen tot een verbeterd declaratiesysteem voor ziekenhuizen. Dit heeft geleid tot de introductie van DBC-zorgproducten in 2012 ter vervanging van de oude DBC-systematiek. DBC-zorgproducten worden afgeleid op basis van de diagnose en zorgactiviteiten die zijn vastgelegd. De nieuwe DBC-systematiek heeft geleid tot een daling van het aantal producten. Daarnaast zijn DBC-zorgproducten medisch beter herkenbaar, omdat deze producten (deels) specialismeoverstijgend zijn en gebaseerd zijn op het internationale classificatiesysteem van ziekten (ICD-10). Tevens komt zorgzwaarte beter tot uitdrukking in de DBC-zorgproducten.

Overige zorgproducten zijn activiteiten die los gedeclareerd kunnen worden. Hierbij kan gedacht worden aan prestaties die aanvullend aan een DBC-zorgproduct gedeclareerd kunnen worden (add-ons), namelijk dure en weesgeneesmiddelen en IC-zorg. Andere belangrijke categorieën overige zorgproducten zijn overige producten (OVP's) en ondersteunende producten (OP's). Dit zijn (doorgaans diagnostische) zorgactiviteiten die geleverd worden op verzoek van de eerste lijn (a; zie ook 3.2.4), op verzoek van een specialisme werkzaam binnen hetzelfde ziekenhuis waarvoor de DBC-systematiek niet geldt (b) of in het kader van directe toegang (c).

Gedurende de transitie naar volledige prestatiebekostiging in 2014 worden ziekenhuizen in 2012 en 2013 nog gedeeltelijk bekostigd via de budgetsysteem (schaduwbudget), alvorens in 2014 over te gaan op volledige prestatiebekostiging. Vrijgevestigd medisch specialisten kennen na een periode van volledige prestatiebekostiging met ingang van 2012 een tijdelijk plafond (tot 2015) voor hun honorariumomzet. Medisch specialisten in loondienst vallen niet onder het honorariumplafond, maar deze loonkosten van medisch specialisten maken in principe onderdeel uit van het schaduwbudget van ziekenhuizen.

## 3.2 Mogelijkheden huidige bekostiging

De afgelopen jaren zijn er verschillende prestaties in de bekostiging van huisartsen en ziekenhuizen geïntroduceerd, waardoor substitutie van zorg wordt gefaciliteerd.<sup>13</sup> Deze prestaties bieden de huisarts, al dan niet in samenwerking met een andere zorgaanbieder, de mogelijkheid om

---

<sup>13</sup> In de bekostigingsopties die worden besproken in het advies 'Bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg' wordt voorgesteld in meer of mindere mate het aantal aanvullende prestaties in de huisartsenbekostiging in te dammen.

zorg te leveren die voorheen geleverd werd door het ziekenhuis en / of de medisch specialist (verplaatsen van zorg) en om te voorkómen dat (onnodig) doorverwijzing naar het ziekenhuis plaats vindt.

### **3.2.1 Mogelijkheid 1: M&I-modules en -verrichtingen**

Sinds 2006 hebben de huisartsen de mogelijkheid om prestaties in het kader van Modernisering en Innovatie (M&I) te declareren. Het gaat hierbij om een limitatieve lijst van specifieke verrichtingen (de M&I-verrichtingenlijst) die in de eerste lijn opgevangen kunnen worden, zoals kleine chirurgische ingrepen en vormen van diagnostiek. Daarnaast is er de mogelijkheid om modules bovenop het inschrijftarief overeen te komen (M&I-modules). De tarieven die voor deze verrichtingen en modules gelden zijn vrij onderhandelbaar tussen de huisarts en de zorgverzekeraar. Het gebruik van de M&I-modules en -verrichtingen biedt binnen de huidige regelgeving ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om ruimere afspraken te maken en om invulling te geven aan 'zorg op de juiste plek'. Overigens zijn de prestatiebeschrijvingen van de M&I-verrichtingen niet direct vergelijkbaar met de prestatiebeschrijvingen van vergelijkbare zorg in de tweede lijn.

### **3.2.2 Mogelijkheid 2: GEZ-module**

Sinds 1 juli 2007 is de beleidsregel 'Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnsproducten' (de zogenoemde GEZ-module) van kracht. Deze beleidsregel maakt het zorgaanbieders en zorgverzekeraars mogelijk om geïntegreerde eerstelijnszorgproducten te definiëren, met als doel om door samenwerking tussen multidisciplinaire zorgaanbieders een betere prijs-kwaliteitverhouding in de zorglevering rondom patiënten te realiseren. Voorwaarde hierbij is dat het samenwerkingsverband in ieder geval bestaat uit een zorgaanbieder die huisartsenzorg verleent en één of meer zorgaanbieders die andere zorg verlenen. De zorgaanbieders maken hierbij afspraken met de zorgverzekeraars over de expliciete bekostiging van de geleverde zorg. In relatie tot substitutie biedt de GEZ-module de mogelijkheid om de capaciteit en organisatiegraad van de eerste lijn te vergroten, zodat er in mindere mate een beroep gedaan hoeft te worden op ziekenhuis en / of medisch specialist.

### **3.2.3 Mogelijkheid 3: Integrale bekostiging multidisciplinaire chronische aandoeningen**

Per 2010 heeft de NZa integrale bekostiging van diabeteszorg (DM-2), cardiovasculair risicomangement (CVR) en Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) geïntroduceerd. Deze integrale bekostiging is functioneel beschreven en wordt ook wel ketenzorg genoemd. Het doel hiervan is om de 'verticale' versnippering van de patiëntzorg (tussen verschillende beroepsbeoefenaren, en tussen eerste en tweede lijn) op te heffen, door de zorgverzekeraars de mogelijkheid te bieden om voor de behandeling van deze aandoeningen één prijs met één hoofdcontractant te maken. De hoofdcontractant mag een huisarts zijn, maar ook elke andere zorgaanbieder. De hoofdcontractant maakt inhoudelijke afspraken met de andere deelnemende aanbieders, de zogenaamde onderaannemers. Uitgangspunt is dat de multidisciplinaire zorgverlening voor chronisch zieken integraal bekostigd wordt.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> De Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging brengt medio 2012 een evaluatie uit van de integrale bekostiging van de multidisciplinaire zorg voor chronische aandoeningen DM-2, CVR en COPD. Daarnaast wordt geadviseerd over het al dan niet voortzetten van de overgangperiode, waarin deze zorg ook op basis van het reguliere systeem kan worden bekostigd.

### 3.2.4 Mogelijkheid 4: Overige zorgproducten

De overige zorgproducten binnen de medisch specialistische zorg bieden de mogelijkheid aan huisartsen om bepaalde prestaties binnen de ziekenhuiszorg aan te vragen. Hierbij blijft de patiënt in behandeling bij de huisarts. Het ziekenhuis en / of de medisch specialist declareert hierbij enkel een losse prestatie (overig zorgproduct), en geen DBC-zorgproduct. Enkele overige zorgproducten faciliteren de samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen en / of medisch specialisten. Hierbij kan gedacht worden aan prestaties op het gebied van het beoordelen van diagnostiek (ECG, holter, inspanningsonderzoek, longfunctieonderzoek) door de medisch specialist op verzoek van de huisarts. Ook voor teledermatologie bestaat reeds een overig zorgproduct. E-health toepassingen kunnen tevens samenwerking faciliteren.<sup>15</sup>

### 3.2.5 Mogelijkheid 5: Beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben de mogelijkheid om op basis van de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' maximaal drie jaar te experimenteren met nieuwe of vernieuwende zorgprestaties. Hierbij dient er tussen één of meerdere zorgaanbieder(s) en één of meerdere zorgverzekeraar(s) een overeenkomst te zijn over de prestatie en het tarief. Voordat de zorgaanbieders de nieuwe prestatie in rekening mogen brengen en zorgverzekeraars deze mogen vergoeden, toetst de NZa de innovatieaanvraag aan formele vereisten. Ook voor prestaties over de schotten van eerste en tweede lijn heen, kan gebruik gemaakt worden van deze beleidsregel.

## 3.3 Mogelijkheden bij zorginkoop

Voor substitutie tussen huisartsenzorg en ziekenhuiszorg is het van belang dat zorgverzekeraars voldoende mogelijkheden hebben om te sturen op 'zorg op de juiste plek' en daarnaast voldoende geprikkeld worden om in te zetten op substitutie. In deze paragraaf worden de mogelijkheden beschreven, terwijl in hoofdstuk 5 prikkels voor verzekeraars aan bod komen.

De te verzekeren prestaties zijn in de Zvw functioneel beschreven. Deze functionele beschrijving regelt alleen de inhoud en omvang van de zorg ('wat') en eventueel de indicatiegebieden ('wanneer'). 'Wie' de zorg levert, en 'waar' dit gebeurt, behoort hierbij tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars. De wettelijke zorgverzekeringsterm 'plegen te bieden' biedt verzekeraars de mogelijkheid om in de polis te bepalen tot welke soort zorgaanbieder een verzekerde zich voor betreffende zorg moet wenden. Dit betekent dat voor zorg waarbij niet wettelijk voorgeschreven wordt of deze door een huisarts of medisch specialist uitgevoerd dient te worden<sup>16</sup>, en sprake is van overlap tussen domeinen, substitutie bij bekwaamheid mogelijk is.

<sup>15</sup> Binnen het initiatief Zorg voor Innoveren van CVZ, NZa, VWS en ZonMw is aandacht voor de bekostiging van e-health innovaties in de zorg. Tevens voert DBC-Onderhoud in 2012 een onderzoek uit naar de mogelijkheden en eventuele belemmeringen voor e-health in de huidige bekostiging van de ziekenhuiszorg.

<sup>16</sup> De Wet BIG heeft als doel het bevorderen van de kwaliteit van de zorg die beroepsbeoefenaren leveren. Dit gebeurt door de bevoegdheid en bekwaamheid van zorgverleners in de individuele gezondheidszorg vast te leggen (bescherming van titels). Deze wet is ook bedoeld om patiënten of cliënten te beschermen tegen



In de bekostiging wordt wel duidelijk onderscheid gemaakt tussen eerste en tweedelijns prestaties. Hierbij is er een (beperkte) overlap te vinden in de prestaties, wat substitutie mogelijk maakt. In voorgaande paragraaf zijn deze prestaties per categorie benoemd en toegelicht. Het selectief inkopen van deze prestaties door zorgverzekeraars bij huisartsen en / of ziekenhuizen en medisch specialisten biedt de mogelijkheid voor substitutie.<sup>17</sup> De zorgverzekeraar kan voor zorg in natura op deze manier sturen op 'zorg op de juiste plek'. Het gaat hierbij zowel om prijs, volume als kwaliteitsafspraken.

Verzekeraars kunnen middels regionale afspraken het "budget" (de maximale schadelast) verdelen over huisartsen en ziekenhuizen en / of medisch specialisten. Zo worden in diverse regio's initiatieven ontplooid om middels regiotafels (driegesprek huisartsen, ziekenhuis en verzekeraar) te bespreken welke zorg van de ziekenhuizen naar de huisartsen kan worden overgeheveld. Een beperkt deel van het budget ziekenhuiszorg wordt afgezonderd en beschikbaar gesteld voor deze transitie. Dit vereist geïntegreerde zorginkoop van huisartsen en ziekenhuizen door zorgverzekeraars (zie ook hoofdstuk 5). Hierbij dient opgemerkt te worden dat marktverdelingsafspraken, voor welk product of dienst dan ook, in welke vorm dan ook, ertoe strekken de mededinging te beperken en in beginsel verboden zijn.<sup>18</sup>

Als onderdeel van kwaliteitsafspraken zou het aantal doorverwijzingen vanuit de eerste lijn naar de tweede lijn en de regionale variatie hierin meegenomen kunnen worden. Huisartsen baseren hun handelen, waaronder het verwijsbeleid op standaarden en (samenwerkings)richtlijnen. Het verdient dan ook aanbeveling om bij zorginkoop te sturen op het naleven van (kwaliteits)beleid zoals neergelegd in standaarden en richtlijnen. In de praktijk is dit echter niet eenvoudig. Hierbij dient opgemerkt te worden dat huisartsen terughoudend zullen zijn met het maken van dergelijke afspraken, omdat de variatie in populatie tussen verschillende huisartsenpraktijken groot kan zijn. Dit maakt onderlinge vergelijking van het aantal doorverwijzingen tussen huisartsenpraktijken lastig. Bovendien brengen afspraken over het aantal doorverwijzingen, zonder flankerende kwaliteitsafspraken, een risico voor onderbehandeling met zich mee. Ook kan dit leiden tot terughoudendheid bij huisartsen om zich te vestigen in gebieden die een relatief ongezonde populatie kennen. De NZa verwacht desalniettemin dat op langere termijn de mogelijkheid voor het maken van afspraken over het aantal doorverwijzingen meer benut zal worden, doordat (spiegel)informatie over verwijsbeleid in toenemende mate beschikbaar komt en beter gecorrigeerd kan worden voor populatieverschillen. Vanaf 2012 dient in de medisch specialistische zorg bij declaraties van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten de verwijzer (type verwijzer en AGB-code verwijzer) verplicht vastgelegd te worden. Dit verschaft verzekeraars aanvullend inzicht in verwijzgedrag.

---

ondeskundig of onzorgvuldig handelen van individuele zorgverleners (voorbehouden handelingen).

<sup>17</sup> In het RVZ rapport 'medisch specialistische zorg 20/20' wordt ook aangegeven dat binnen prestatiebekostiging al veel ruimte is voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om afspraken te maken, bijvoorbeeld via selectief contracteren. Bij laagcomplexiteit / hoogvolume zorg zou dit vormgegeven kunnen worden door bekostiging op basis van verrichtingen en kwaliteitsindicatoren.

<sup>18</sup> Zie ook: Richtsnoeren voor de zorgsector. NMa, maart 2010.

### 3.4 Knelpunten huidige bekostiging

Op het gebied van de bekostiging zijn – zoals in paragraaf 3.2 en 3.3 beschreven – diverse mogelijkheden beschikbaar om substitutie te realiseren. Hieronder worden een tweetal knelpunten in de bekostiging benoemd, die substitutie kunnen belemmeren. Dit zijn de belangrijkste knelpunten die zijn voortgekomen uit de consultatie van veldpartijen.

#### 3.4.1 Knelpunt 1: Geen declaratietitel voor consultatie van medisch specialist door huisarts

Huisartsen hebben behoefte aan consultatie van een medisch specialist. Het doel van een dergelijke consultatie is het voorkómen dat een patiënt (onnodig) gebruik maakt van ziekenhuiszorg. De medisch specialist kan eenmalig geraadpleegd worden zonder de patiënt te hoeven doorsturen, zodat er geen DBC wordt geopend door het ziekenhuis. Voor deze vorm van onderlinge dienstverlening tussen poortwachter en medisch specialist is geen separate declaratietitel beschikbaar. Er zijn slechts prestaties beschikbaar voor het beoordelen van verschillende vormen van diagnostiek op verzoek van een huisarts (zie 3.2.4). Aangezien de huisartsenzorg zich kenmerkt door terughoudendheid ten aanzien van diagnostiek en verrichtingen (het principe van 'watchfull waiting'), lijkt consultatie van een medisch specialist door een huisarts, buiten de beoordeling van diagnostiek om, gewenst.

#### 3.4.2 Knelpunt 2: Verschillende bekostigingssystemen van huisartsenzorg en ziekenhuiszorg

De bekostigingssystemen van huisartsenzorg en ziekenhuiszorg zijn geheel verschillend. Een gevolg hiervan is dat vergelijkbare zorg via verschillende bekostigingssystemen wordt betaald. De huisartsenbekostiging bestaat uit het abonnementstarief, een niet aan een specifieke behandeling gekoppeld consulttarief, enkele specifiek benoemde verrichtingen, integrale bekostiging van chronische aandoeningen en een groot aantal aanvullende modules. De ziekenhuiszorg wordt bekostigd door middel van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten (zie 3.1). Hierbij dient opgemerkt te worden dat de tarieven in de huisartsenzorg op een andere wijze tot stand komen dan in de ziekenhuiszorg. Voor ziekenhuiszorg gelden grotendeels vrije prijzen, waarbij zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling prijsafspraken kunnen maken. De tarieven in de huisartsenzorg zijn gedeeltelijk gereguleerd en gedeeltelijk vrij.

Om zorg van huisartsen en ziekenhuizen en / of medisch specialisten goed te kunnen vergelijken is transparantie van de geleverde zorg en de resultaten hiervan cruciaal. Een groot deel van de prestaties binnen de huisartsenbekostiging biedt op dit moment geen zicht op welke zorg geleverd wordt. Zo is de zorgvraag die tijdens het huisartsenconsult behandeld wordt niet transparant. Ook is er geen concrete prestatie gekoppeld aan het inschrijftarief. In de ziekenhuiszorg is met het afronden van het traject DOT en de introductie van DBC-zorgproducten een stap richting transparantie gezet (zie 3.1). Uit deze prestaties kan immers informatie omtrent diagnose en behandeling gedestilleerd worden op basis van afleidingsstructuur en declaratiecode.<sup>19</sup> Het gebrek aan transparantie in met name de prestaties in de huisartsenbekostiging bemoeilijkt het vergelijken van de prestaties van huisartsen en ziekenhuizen en / of medisch specialisten en het selectief inkopen door

---

<sup>19</sup> Het inzicht in zorgprofielen kan bijdragen aan transparantie over de geleverde zorg (zie ook 5.3).

zorgverzekeraars. Het ontbreken van transparantie kan ook bijdragen aan het risico op dubbel declareren van zorg.

## 4. Van knelpunten naar quick-wins

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de mogelijke oplossingen ('quick wins') om knelpunten in de bekostiging voor substitutie weg te nemen.

### 4.1 Consultatie van medisch specialist door huisarts

Op dit moment is er geen aparte declaratietitel beschikbaar wanneer een medisch specialist door een huisarts wordt geconsulteerd. Er vindt momenteel al overleg plaats tussen huisarts en medisch specialist, maar hierbij is sprake van grote lokale variatie. Het invoeren van een dergelijke declaratietitel kan substitutie ook op andere plaatsen bevorderen. In het convenant huisartsenzorg, dat recent gesloten is tussen het ministerie van VWS en de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), is opgenomen dat onderzocht wordt of een meekijkconsult ingevoerd kan worden.<sup>20</sup> In dit advies wordt er al meer inkleuring gegeven aan de vorm van bekostiging voor dit consult.

Indien een consultatieprestatie ingevoerd wordt, vraagt dit om een eenduidige prestatiebeschrijving op verschillende onderdelen. De consultatie moet gericht zijn op een individuele patiënt (al dan niet in groepsverband zoals bij een multidisciplinair overleg). Bij- of nascholingsactiviteiten waarbij een aandoening ('casuïstiek') plenair besproken wordt, vallen hier niet onder. Dit betreft namelijk geen zorg in de zin van de Wmg, want deze activiteiten zijn niet gericht op een individuele patiënt maar op groepen (toekomstige) patiënten. Bij deze consultatie blijft de huisarts als hoofdbehandelaar eindverantwoordelijk voor de patiënt.

#### 4.1.1 Vormen van consultatie

Concreet zijn er vier vormen van consultatie denkbaar, namelijk telefonisch (ear-to-ear), teleconsultatie (chat-to-chat), screen-to-screen beeldcontact (bit-to-bit) en face-to-face (zie tabel 1). De gedachte achter de consultatie is dat een consultatie van een medisch specialist door een huisarts een doorverwijzing naar het ziekenhuis kan voorkómen.

**Tabel 1. Vormen van consultatie**

Consultatievorm	Omschrijving
Telefonisch (ear-to-ear)	Telefonische consultatie van een medisch specialist door een huisarts
Teleconsultatie (chat-to-chat)	Consultatie via beveiligd berichten verkeer van een medisch specialist door een huisarts
Screen-to-screen beeldcontact (bit-to-bit)	Consultatie via videocommunicatie van een medisch specialist door een huisarts
Face-to-face	- Multidisciplinair overleg tussen huisarts(en) en specialist(en) om specifieke patiënten te bespreken - Gezamenlijk spreekuur door de huisarts en specialist

<sup>20</sup> VWS, Convenant VWS-LHV, kenmerk CZ-3120652, juni 2012.

## 4.1.2 Vormen van bekostiging

Er zijn een drietal opties mogelijk waarmee de bekostiging van de consultatie vormgegeven kan worden.

### 4.1.2.1 Optie 1: Consultatieprestatie voor huisarts en medisch specialist

Zowel in de huisartsenbekostiging als in de ziekenhuisbekostiging kan een prestatie worden toegevoegd waarmee de tijdsinvestering van huisarts en medisch specialist bekostigd kan worden. De prestaties worden per consultatie in rekening gebracht. De prestatie in de ziekenhuisbekostiging worden voorzien van een maximumtarief, zoals het geval is met de honoraria van medisch specialisten in de bekostiging van ziekenhuiszorg. De prestatie in de huisartsenbekostiging wordt voorzien van een vrij tarief.

Deze optie heeft als mogelijk risico dat ieder overleg tussen huisarts en medisch specialist aangemerkt wordt als onderlinge consultatie. Het invoeren van een aparte prestatie kan leiden tot het declareren van iedere eenvoudige afstemming. Indien aan deze prestatie aanvullende voorwaarden worden verbonden, kan dit mogelijke risico worden ondervangen (zie 4.1.3). De administratieve lasten van deze optie zijn relatief hoog, omdat iedere consultatie dient te worden geregistreerd.

### 4.1.2.2 Optie 2: Consultatieprestatie voor huisarts en onderlinge dienstverlening huisarts en medisch specialist

Deze optie houdt in dat de huisarts een totaalprestatie, waarin zowel de kosten voor de huisarts als voor de medisch specialist zijn verdisconteerd, in rekening brengt bij de zorgverzekeraar. De prestatie kan per consultatie gedeclareerd worden. De medisch specialist kan de kosten voor zijn tijdsinvestering in rekening brengen bij de huisarts.<sup>21</sup> De totaalprestatie kent een vrij tarief.

Voor deze optie geldt hetzelfde risico als voor optie één. De administratieve lasten zijn ook voor deze optie relatief hoog. Daarnaast geldt als nadeel dat het op deze wijze niet inzichtelijk is welk bedrag aan de medisch specialist wordt toegekend.

### 4.1.2.3 Optie 3: Module voor consultatie van medisch specialist door huisarts

Bij deze optie wordt een opslag per patiënt op het inschrijftarief in rekening gebracht, wanneer sprake is van een afspraak tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders (huisarts en medisch specialist(en)) over invulling van een consultatieregeling. De huisarts betaalt uit deze opslag de inzet van de medisch specialist. De medisch specialist kan de kosten voor zijn tijdsinvestering in rekening brengen bij de huisarts via onderlinge dienstverlening. De module wordt voorzien van een vrij tarief.

Deze optie heeft als voornaamste nadeel dat het niet transparant is hoe vaak en bij welke patiënt een huisarts een medisch specialist consulteert. Het ontbreken van deze informatie heeft als gevolg dat het op patiëntniveau niet inzichtelijk is of er substitutie optreedt door de consultatie. Ook deze optie brengt als aanvullend nadeel met zich mee, dat inzicht in de beloning van de medisch specialist ontbreekt. Dit kan van belang zijn, aangezien we op dit moment verschillende financiële

<sup>21</sup> Op dit moment is de declaratie van onderlinge dienstverlening als prestatie over de schotten van eerste en tweede lijn niet mogelijk. Binnen integrale bekostiging van multidisciplinaire chronische aandoeningen is onderlinge dienstverlening tussen huisartsen en medisch specialisten wel mogelijk.

deelkaders kennen. Indien het wenselijk is budget over te hevelen in het kader van het invoeren van deze module, is aanvullende informatie noodzakelijk.

#### 4.1.2.4 Advies bekostigingsvorm consultatie

De NZa stelt voor om als bekostigingsvorm een module voor consultatie van een medisch specialist door een huisarts in te voeren (optie 3). Deze optie stimuleert lokale initiatieven tot structurele samenwerking tussen huisartsen, ziekenhuizen en medisch specialisten. De introductie van een opslag op het inschrijftarief in plaats van een prestatie per consultatie, beperkt de volume prikkel en daarmee het risico op stijgende zorgkosten. Bovendien blijven de administratieve lasten binnen deze optie beperkt. Aangezien de tarieven voor integrale bekostiging van multidisciplinaire chronische aandoeningen en de M&I-modules en -verrichtingen vrij overeen te komen zijn, ligt het voor de hand ook deze module te voorzien van een vrij tarief. De NZa adviseert om de bekostiging van consultatie in eerste instantie in te voeren als een experiment. Op deze manier wordt inzichtelijk op welke manier en met welke frequentie de huisarts de consultatiemogelijkheid inzet en welke consequenties deze consultatie heeft voor doorverwijzingen en vervolgkosten. Dit vereist dat de benodigde data aan de bron wordt vastgelegd. Een experiment geeft de mogelijkheid om een tijdelijke prestatie in te voeren en na afloop te evalueren. Voor het invoeren van dit experiment per 2013 is een aanwijzing van de Minister nodig.

#### 4.1.3 Aanvullende voorwaarden

Voor het in rekening brengen van een consultatie dient aan een aantal voorwaarden te worden voldaan. Hierbij kan gedacht worden aan de volgende voorwaarden:

- Een contract tussen zorgverzekeraar, huisarts en medisch specialist(en), waarin de afspraken over de consultatievorm zijn opgenomen. Ook kunnen hier afspraken rondom doorverwijzing in worden vastgelegd.
- Schriftelijke rapportage van de consultatie door de medisch specialist aan de huisarts

De precieze invulling van deze voorwaarden dient te worden gezien wanneer de voorgestelde vorm van bekostiging wordt geïmplementeerd.

#### 4.1.4 Eigen risico

Voor de huisartsenzorg geldt geen wettelijk verplicht eigen risico. Het verplicht eigen risico geldt wel voor aanvullende zorg (bijvoorbeeld diagnostiek) die een huisarts aanvraagt. Dit betekent dat in het geval dat een consultatie door een medisch specialist in rekening wordt gebracht, hier in beginsel een eigen risico voor zal gelden. Aangezien het onwenselijk lijkt dat dat indien de huisarts een beroep doet op de medisch specialist, zonder medeweten van de patiënt, dit leidt tot verrekening met het eigen risico, ziet de NZa twee opties:

- Het eigen risico laten gelden voor de prestatie, waarbij de zorgverzekeraar zelf de mogelijkheid heeft om dit verplicht eigen risico kwijt te schelden in geval men van mening is dat dit substitutie bevordert. Hierbij is het van belang dat de verzekerde zich wendt tot een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder, als het eigen risico kwijtscholden wordt.
- Het opnemen van deze zorgvorm op de lijst van uitzonderingen waarvoor het verplicht eigen risico niet geldt (zoals integrale bekostiging van multidisciplinaire chronische aandoeningen). Dit vergt

een aanpassing van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Een besluit hierover is aan de Minister.

De NZa meent dat de laatste optie voor de hand ligt, gezien de overeenkomsten met de integrale bekostiging van multidisciplinaire chronische aandoeningen.

## 4.2 Harmoniseren verschillende bekostigingssystemen

De gescheiden circuits van bekostiging van huisartsenzorg en ziekenhuiszorg kunnen op verschillende manieren nader geharmoniseerd worden. Deze oplossingsrichtingen behoeven nadere uitwerking en kunnen dan ook niet aangemerkt worden als 'quick win'. Bovendien dienen deze oplossingsrichtingen gezien te worden in samenhang met het advies Huisartsenbekostiging en geïntegreerde zorg.

### 4.2.1 Openstellen overige zorgproducten

De lijst met overige zorgproducten in de ziekenhuiszorg, zou (gedeeltelijk) opengesteld kunnen worden voor huisartsen.<sup>22</sup> Huisartsen en ziekenhuizen kunnen op deze manier dezelfde prestaties declareren, wat vergelijking bij zorginkoop vergemakkelijkt en onderlinge concurrentie kan vergroten. Bovendien vergroot dit de mogelijkheden van huisartsen om substitueerbare zorg te declareren. Deze oplossingsrichting kan gezien worden als een stap op weg naar een meer functionele bekostiging. Hierbij dient opgemerkt te worden dat dit met name de mogelijkheden voor substitutie van diagnostiek en kleine chirurgische ingrepen vergroot, terwijl partijen aangeven dat het substitutiepotentieel bij zorg voor chronisch zieken aanmerkelijk groter is. Een risico van het openstellen van overige zorgproducten voor huisartsen is dat dit overlap creëert met de lijst M&I-verrichtingen, waardoor dezelfde prestatie op twee manieren gedeclareerd kan worden. Het openstellen van de lijst met overige zorgproducten zou dan ook gepaard moeten gaan met het afschaffen van de lijst M&I-verrichtingen; waarbij indien van toepassing de lijst overige zorgproducten aangevuld kan worden met ontbrekende prestaties vanaf de lijst M&I-verrichtingen. Daarnaast dient gezien te worden hoe omgegaan wordt met de huidige verschillen in tariefsoorten. Immers, de M&I-verrichtingen kennen een vrij tarief, terwijl de tarieven op de lijst overige zorgproducten gereguleerd worden. Derhalve behoeft deze oplossingsrichting nadere uitwerking.

### 4.2.2 Openstellen DBC-zorgproducten

Het openstellen van (een deel van) de laagcomplexere DBC-zorgproducten voor de eerste lijn kan eraan bijdragen dat substitutie plaats vindt. Dit maakt het namelijk voor de verzekeraar makkelijker om prestaties in eerste en tweede lijn te vergelijken en selectief in te kopen. Het uitgangspunt hierbij is dat een huisarts voldoende bevoegd en bekwaam is om een bepaalde behandeling al dan niet uit te voeren. De huidige bekostiging van de huisartsenzorg compliceert echter het toegankelijk maken van deze DBC-zorgproducten voor de eerste lijn. De huisarts ontvangt een abonnementstarief per ingeschreven patiënt, dat grofweg de vaste kosten van de huisartsenpraktijk dient te dekken. De consult- en verrichtingenbekostiging dekt grofweg de variabele kosten van de

---

<sup>22</sup> Bij de implementatie van het advies Eerstelijnsdiagnostiek wordt reeds een generieke prestatielijst opgesteld, waarvan alle aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek (waaronder huisartsen en ziekenhuizen) gebruik kunnen maken.

reguliere dienstverlening in een huisartsenpraktijk. De ziekenhuisbekostiging kent integrale tarieven voor het kostendeel van de zorg, waaruit zowel vaste als variabele kosten gefinancierd dienen te worden. Als naast de reguliere huisartsenbekostiging DBC-zorgproducten gedeclareerd kunnen worden, kan dit leiden tot kruissubsidie. Het consulttarief binnen de huisartsenbekostiging maakt niet transparant welke zorg in het kader van welke zorgvraag geleverd wordt. Bij het toegankelijk maken van DBC-zorgproducten brengt dit het risico op dubbele declaraties met zich mee. Daarnaast brengen twee verschillende bekostigingssystemen voor de huisarts de nodige administratieve lasten met zich mee. Om deze redenen lijkt deze optie op korte termijn niet opportuun. Tenslotte vergt het openstellen van DBC-zorgproducten voor de huisarts een grote aanpassing van de huidige regelgeving binnen de ziekenhuiszorg. Voor het openstellen van DBC-zorgproducten voor huisartsen is een aanwijzing van de Minister nodig.

#### **4.2.3 Specifieke DBC's laten vervallen en openstellen eerstelijnsprestaties**

Het laten vervallen van specifieke laagcomplexe DBC's en het openstellen van eerstelijnsprestaties voor vergelijkbare zorg vormt ook een manier om de bekostigingssystemen van huisartsenzorg en ziekenhuiszorg te harmoniseren. Huisartsen en ziekenhuizen en / of medisch specialisten kunnen langs deze weg dezelfde prestaties declareren, waardoor de verzekeraar beter in staat wordt gesteld zorg te vergelijken en kan sturen op substitutie. Hierbij is het van belang zorgvuldig te selecteren welke laagcomplexe DBC's hiervoor in aanmerking komen en in hoeverre deze zorg gevat is in bestaande eerstelijnsprestaties. Er dient vastgesteld te worden of er sprake is van vergelijkbare zorg die door ziekenhuizen en huisartsen kan worden geleverd. Zo bestaat er op dit moment een M&I-verrichting voor het inbrengen van een spiraaltje. Daarnaast is er een DBC-zorgproduct voor het plaatsen van een spiraaltje. In dit geval zou de betreffende DBC kunnen vervallen en de M&I-verrichting declarabel gemaakt kunnen worden voor ziekenhuizen. De huidige huisartsenbekostiging compliceert echter het openstellen van eerstelijnsprestaties voor ziekenhuizen en / of medisch specialisten, zoals in 4.2.2 reeds is beschreven. Kortom, deze oplossingsrichting kent diverse uitwerkingsvraagstukken, waardoor deze optie niet aangemerkt kan worden als 'quick win'.



## 5. Randvoorwaarden

In voorgaande hoofdstukken zijn de mogelijkheden, knelpunten en oplossingen voor de korte termijn ('quick wins') voor substitutie vanuit bekostigingsoogpunt weergegeven. Om substitutie succesvol te laten plaatsvinden, zijn ook diverse randvoorwaarden van belang. Randvoorwaarden gerelateerd aan samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen en / of medisch specialisten zijn reeds beschreven in hoofdstuk 2. In dit hoofdstuk worden overige randvoorwaarden voor substitutie toegelicht, waarbij specifiek wordt ingegaan op de randvoorwaarden die nodig zijn om substitutie door te vertalen in kostenbesparing.

### 5.1 Verschuifruimte tussen dekkaders budgettair kader zorg

De budgettaire kaders voor de curatieve zorg zijn opgesplitst in aparte dekkaders voor huisartsenzorg en ziekenhuiszorg. Indien er een overschrijding is in een deelsector (bijvoorbeeld huisartsenzorg), dan dient dat in eerste instantie opgevangen te worden in de desbetreffende deelsector zelf. Bij een toename van het volume in de huisartsenzorg ten koste van de ziekenhuiszorg ten gevolge van substitutie, lopen de aanbieders van huisartsenzorg het risico dat dit leidt tot een overschrijding van het budgettair kader huisartsenzorg die een daaropvolgende kortingsmaatregel tot gevolg heeft. De recente overschrijdingen van het macrokader voor huisartsenzorg en de daarmee gepaard gaande kortingen kunnen huisartsen ontmoedigen op hun substitutiepad. Een contract tussen huisarts en verzekeraar over het overnemen van zorg van het ziekenhuis en / of de medisch specialist, kan verstoord worden door een landelijk opgelegde kortingsmaatregel. Dit leidt tot terughoudendheid bij partijen om dergelijke afspraken over substitutie te maken en kan een belemmering vormen voor verzekeraars om hun inkooprol te vervullen. In het convenant huisartsenzorg is opgenomen dat de Minister een inspanningsverplichting heeft uitgesproken om een tariefkorting, gebaseerd op eventuele overschrijdingen in 2011 te voorkómen.<sup>23</sup>

De zorgverzekeraar heeft de ruimte om af te wijken van de verhouding tussen de uitgaven per deelsector zoals is vastgelegd in het budgettair kader zorg (BKZ). Zo kan een zorgverzekeraar ervoor kiezen om minder zorg in te kopen in het ziekenhuis en dit te verplaatsen naar huisartsen. Deze verschuiving op lokaal niveau moet uiteindelijk ook zichtbaar worden in de totale (landelijke) uitgaven aan zorg. Op het moment dat deze verschuiving op landelijk niveau zichtbaar wordt, is het mogelijk om een overschrijding in de huisartsenzorg te dekken met een onderuitputting in de ziekenhuiszorg.<sup>24</sup> Echter, partijen hebben hiervan vooraf geen zekerheid. Een aan substitutie gekoppelde besparing is bovendien moeilijk te bepalen, voor zover er al een besparing waarneembaar is.

<sup>23</sup> VWS, Convenant VWS-LHV, kenmerk CZ-3120652, juni 2012.

<sup>24</sup> VWS, Beantwoording kamervragen over beheersing budget huisartsenzorg, kenmerk 102951-100502-CZ, april 2012.

## 5.2 Transparantie van kwaliteit

Transparantie van kwaliteit is tevens een randvoorwaarde voor substitutie. De huidige kwaliteitsindicatoren bestaan voornamelijk uit structuur- en procesindicatoren en zijn aanbiedergericht. Huisartsen en ziekenhuizen en / of medisch specialisten hanteren daarnaast verschillende indicatoren. De verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van eenduidige kwaliteitseisen over de schotten van eerste en tweede lijn heen ligt bij de zorgaanbieders. Kwaliteitseisen over de schotten heen moeten het zorgcontinuüm volgen en zijn vastgelegd in samenhangende richtlijnen. Vergelijkbaarheid van kwaliteit is voor de zorginkoop van essentieel belang. De verzekeraar dient rekening te houden met de kwaliteitseisen bij het contracteren van zorgaanbieders.

## 5.3 Inzicht in substitutiepotentieel

Om te kunnen sturen op substitutie is inzicht in de zorg die in aanmerking komt voor substitutie cruciaal. De substitueerbare DBC's kunnen inzichtelijk gemaakt worden op basis van data van Vektis of van individuele verzekeraars. Op deze wijze kunnen ook de vervolgcosten op patiëntniveau in kaart gebracht worden. Verzekeraars zijn van mening dat met de introductie van de nieuwe DBC-systematiek het lastig is om te identificeren welk deel van de zorg substitueerbaar is. Alleen de omschrijving van het DBC-zorgproduct geeft niet voldoende informatie; verzekeraars zouden ook profielinformatie nodig hebben om de generalistische zorgactiviteiten binnen DBC-zorgproducten te herkennen die ook buiten de ziekenhuissetting kunnen plaatsvinden. Zorgaanbieders zijn niet verplicht deze informatie aan te leveren, maar dit kan wel als verplichting in het contract tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder worden overeengekomen.

## 5.4 Ex-post risicoverevening

Zoals in de brief 'Zorg die loont'<sup>25</sup> is aangekondigd worden de ex-post compensatiemechanismen in de risicoverevening vanaf 2012 tot 2015 afgebouwd, zodat de risicodragendheid van verzekeraars verder wordt vergroot. In het kader van substitutie is de ex-post compensatie in de risicoverevening relevant, omdat dit mechanisme de prikkels voor doelmatigheid bij verzekeraars kan verkleinen; een deel van de verliezen wordt achteraf immers gecompenseerd. Verzekeraars waren al volledig risicodragend voor huisartsenzorg. In 2012 zijn verzekeraars wat betreft ziekenhuiszorg voor het vrije segment en het variabele gedeelte van het gereguleerde segment volledig risicodragend, met uitzondering van dure geneesmiddelen, IC-zorg en expertproducten.<sup>26</sup> Dit behelst dat in 2012 voor het merendeel van de zorg met substitutiepotentieel de financiële prikkels voor zorgverzekeraars die van de risicoverevening uitgaan, gelijk zijn voor ziekenhuiszorg en huisartsenzorg.

## 5.5 Van substitutie naar kostenbesparing

Het verzoek van de minister bevat expliciet de vraag hoe voorkómen kan worden dat de ontstane ruimte in de tweede lijn als gevolg van substitutie wordt vervangen door andere zorg. Dit zogenaamde 'opvul-

<sup>25</sup> VWS, brief 'zorg die loont', kenmerk CZ-IPZ3056686, maart 2011.

<sup>26</sup> Indien er minder dan zes productprofielen in het landelijke DBC-informatiesysteem (DIS) aanwezig zijn is sprake van een expertproduct.

effect' kan er namelijk voor zorgen dat substitutie op macro-economisch niveau niet tot de gewenste kostenbesparing en beoogde doelmatigheid leidt. Er wordt dan ook wel gesproken over suppletie in plaats van substitutie van zorg. Suppletie, wat letterlijk 'het aanvullen' betekent, kan twee effecten sorteren. Er kunnen meer behandelingen worden uitgevoerd en /of er kunnen binnen een lopende behandeling meer activiteiten worden verricht. Deze effecten treden op als de patiënt een latente zorgvraag heeft, die nog niet wordt beantwoord. Aanbod geïnduceerde vraag kan ook tot deze effecten leiden. In dat geval is bij de patiënt geen zorgvraag aanwezig totdat deze onder invloed van de zorgaanbieder ontstaat.

Prestatiebekostiging herbergt een volumeprikkel, waardoor ziekenhuizen en medisch specialisten gestimuleerd worden om de vrijgekomen capaciteit op te vullen. Zorgaanbieders worden hoofdzakelijk bekostigd op basis van productie en niet op basis van gezondheidswinst. In een stelsel van gereguleerde marktwerking dient de verzekeraar bij substitutie het eerder genoemde opvullen te beheersen of voorkómen.

De benchmarks die in het kader van gepast gebruik worden uitgevoerd, kunnen hierbij een rol spelen. Hierbij kan gedacht worden aan benchmarks op het gebied van praktijkvariatie. Praktijkvariatie houdt in dat tussen regio's en zorgaanbieders verschillen kunnen bestaan in de mate waarin patiënten met vergelijkbare klachten een behandeling ondergaan. Een ander voorbeeld zijn benchmarks waarin een vergelijking wordt gemaakt tussen behandelsettings (poliklinisch, dagverpleging en klinisch) waarin zorgaanbieders een behandeling uitvoeren. Het is echter niet eenvoudig om de uitkomsten van deze benchmarks te duiden; alleen de grote uitschieters kunnen op deze resultaten aangesproken worden.

Verder kan door het maken van lumpsum- of plafondafspraken voorkómen worden dat het 'gat' in de ziekenhuiszorg wordt opgevuld. Bij plafondafspraken is de door het ziekenhuis maximaal in rekening te brengen omzet ook van de te voren begrensd en er is geen omzetgarantie voor het ziekenhuis. Lumpsumafspraken zijn afspraken waarbij de door het ziekenhuis maximaal in rekening te brengen omzet van te voren is begrensd, maar er is wel een omzetgarantie voor het ziekenhuis.<sup>27</sup> Binnen lumpsum- of plafondafspraken wordt het totale budget gemaximeerd, waardoor de volumeprikkel voor ziekenhuizen en medisch specialisten beperkt wordt. In deze afspraken kan ook rekening gehouden worden met het verschuiven van zorg van ziekenhuizen naar huisartsen door een deel van het budget af te zonderen c.q. hiervoor te 'oormerken'. Dit vereist echter wel geïntegreerde inkoop van eerste en tweede lijn door verzekeraars. Op dit moment vindt deze zorginkoop nog grotendeels gescheiden plaats.

Het maken van dergelijke afspraken kan worden gecompliceerd, doordat deze afspraken zowel het ziekenhuiskostendeel als het honorariumdeel van vrijgevestigde medisch specialisten betreffen. In 2011 zijn bindende afspraken gemaakt tussen diverse partijen over onder meer beperkte groei van de zorguitgaven om kostenbeheersing en stabiliteit in de zorgmarkt te bewerkstelligen. Deze beperkte groeiruimte stimuleert zorgaanbieders en verzekeraars om na te denken over substitutie, aangezien de middelen schaars zijn. In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van VWS is dan ook opgenomen dat

---

<sup>27</sup> Innovatieve inkoop medisch specialistische zorg. Zorgmarktadvies, Pels Rijcken & Drooglever Fortuijn in opdracht van NZa, december 2011.

wanneer substitutie leidt tot daadwerkelijke verschuiving van productie naar de eerste lijn, aanpassing van het ziekenhuiskader kan plaatsvinden.<sup>28</sup> Hoewel in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord wordt aangegeven dat de reeds gemaakte beheersafspraken tussen de NVZ, de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en het ministerie van VWS passen binnen dit akkoord, wordt in de afspraken tussen het ministerie van VWS, NVZ en de Orde van Medisch Specialisten de verschuifruimte tussen het honorarium van de medisch specialisten en het budgettair kader huisartsenzorg niet expliciet benoemd.<sup>29</sup> De afspraken over het honorarium van vrijgevestigd medisch specialisten betreffen een maximum, maar deze afspraak kan voor het sturen van zorgverzekeraars op substitutie en de daaruit voortvloeiende kostenbesparing als belemmerend worden ervaren.

---

<sup>28</sup> VWS, Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord 2012 – 2015, kenmerk CZ-IPZ 3071919, juli 2011.

<sup>29</sup> VWS, Ondertekening overeenkomst bekostiging vrijgevestigd medisch specialisten transitie 2012 – 2014, juni 2011.

## 6. Conclusie

Concluderend luidt het advies van de NZa over de mogelijkheden (1), knelpunten (2), oplossingen ('quick wins') (3) en randvoorwaarden (4) in de huidige bekostiging van huisartsenzorg en ziekenhuiszorg voor substitutie en 'zorg op de juiste plek' als volgt.

In de huidige bekostiging maken een vijftal categorieën van prestaties substitutie mogelijk:

- Modernisering en Innovatie (M&I) modules en verrichtingen
- Geïntegreerde Eerstelijns Zorgproducten
- Integrale bekostiging multidisciplinaire chronische aandoeningen
- Overige zorgproducten
- Beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties

Bij de zorginkoop zijn er tevens een aantal mogelijkheden om te sturen op substitutie:

- De functionele beschrijving van de te verzekeren prestaties in de Zorgverzekeringswet biedt ruimte voor het sturen van 'zorg op de juiste plek'. De functionele beschrijving regelt de inhoud en omvang van zorg en eventuele indicatiegebieden. 'Wie' de zorg levert, en 'waar' dit gebeurt, behoort hierbij tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars.
- Zorgverzekeraars kunnen substitutie bevorderen door selectief in te kopen. Prijs, volume en kwaliteitsafspraken kunnen in een contract opgenomen worden tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.
- Verzekeraars kunnen middels regionale afspraken het "budget" (de maximale schadelast) verdelen over zorgaanbieders in eerste en tweede lijn. Dit vereist geïntegreerde inkoop van huisartsenzorg en ziekenhuiszorg door zorgverzekeraars.
- Als onderdeel van de kwaliteitsafspraken kunnen afspraken over het aantal doorverwijzingen worden meegenomen, zodat het (onnodig) doorverwijzen van eerste naar tweede lijn voorkómen kan worden.

In de huidige bekostiging zijn de belangrijkste knelpunten die voor substitutie worden ervaren:

- Het ontbreken van een declaratietitel voor consultatie van de medisch specialist door de huisarts vormt een belemmering voor substitutie. Een dergelijke consultatie kan voorkómen dat de patiënt (onnodig) doorverwezen wordt naar de tweede lijn.
- De verschillende bekostigingssystemen van huisartsenzorg en ziekenhuiszorg kunnen een belemmering vormen voor substitutie. De verschillende bekostigingssystemen zijn moeilijk vergelijkbaar en onvoldoende transparant.

De NZa stelt voor om per 2013 een module voor consultatie in te voeren, waarmee de tijdsinvestering van zowel huisarts als medisch specialist gedeclareerd kan worden. Hierbij zijn de volgende zaken van belang:

- Deze consultatieprestatie omvat telefonische consultatie, teleconsultatie, screen-to-screen beeldcontact en face-to-face consultatie van een medisch specialist door een huisarts, gericht op een individuele patiënt.
- De prestatie kent een vrij tarief en kan alleen in rekening gebracht worden als er een contract is tussen zorgverzekeraar, huisarts, en medisch specialist(en).
- De NZa adviseert om de bekostiging van consultatie in eerste instantie in te voeren als een experiment. Hiervoor is een aanwijzing van de Minister noodzakelijk.

Er zijn verschillende mogelijkheden om een stap te zetten richting harmonisatie van de bekostigingssystemen voor huisartsenzorg en ziekenhuiszorg:

- Het openstellen van overige zorgproducten voor huisartsen
- Het openstellen van (een deel van) de laagcomplexere DBC-zorgproducten voor huisartsen
- Het laten vervallen van specifieke laagcomplexere DBC-zorgproducten en het openstellen van eerstelijnsprestaties voor ziekenhuizen en medisch specialisten.

Gezien de uitwerkingsvraagstukken die aan deze oplossingsrichtingen verbonden zijn, kunnen deze mogelijkheden niet aangemerkt worden als 'quick win'.

De voornaamste randvoorwaarden om substitutie mogelijk te maken kunnen als volgt worden omschreven:

- Samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen en / of medisch specialisten; samenwerking en substitutie vraagt om een gedragsverandering van zorgaanbieders.
- Er dient ruimte geboden te worden om tussen financiële dekkaders te schuiven als er sprake is van substitutie.
- Transparantie van kwaliteit; de verantwoordelijkheid voor het ontwikkelen van gezamenlijke kwaliteitsindicatoren ligt bij zorgaanbieders.
- Inzicht in substitutiepotentieel; afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over het aanleveren van zorgprofielinformatie kan dit inzicht vergroten.
- Prikkels in de ex-post risicovereeniging; vanaf 2012 zijn zorgverzekeraars voor zowel huisartsenzorg als ziekenhuiszorg grotendeels risicodragend.

Prestatiebekostiging bevat een prikkel om de ontstane ruimte door het verplaatsen van zorg, op te vullen met andere zorg. In een stelsel van gereguleerde marktwerking dient de verzekeraar te voorkomen dat de ontstane ruimte in de ziekenhuiszorg als gevolg van substitutie wordt opgevuld door andere zorg, leidend tot budgettaire overschrijdingen. Door middel van lumpsum- of plafondafspraken kan men hier invulling aan geven. Geïntegreerde zorginkoop bij ziekenhuizen en huisartsen door verzekeraars is hierbij onontbeerlijk.

## Bijlage 1. Verzoek Minister

12D0006248Nederlandse Zorgautoriteit, 12D0006248 1 van 5



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

### Nederlandse Zorgautoriteit

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

12D0006248 ontvangen 16/02/2012

NZa  
t.a.v. de voorzitter  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht



Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg  
Eerstelijns- en Ketenzorg

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 7411  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

**Inlichtingen bij:**  
drs. E.A.M.J. van Eijk  
Beleidscoördinator  
T 070-3407419  
es.v.eijk@minvws.nl

**Kenmerk**  
CZ/EKZ-3104537

#### Bijlage(n)

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

Datum **15 FEB. 2012**  
Betreft verzoek om uitvoeringstoets voor zorg op de juiste plek  
en substitutie

Geachte voorzitter,

Op 14 oktober 2011 is de brief 'Zorg en ondersteuning in de buurt'<sup>1</sup> aan de Tweede Kamer gestuurd. Recent heb ik ook mijn reactie op het RvZ advies: 'medisch specialistische zorg in 20/20' uitgebracht. Binnen deze brieven geldt als uitgangspunt van de organisatie van de zorg: "dichtbij waar mogelijk en specialisatie waar dat moet". Laagcomplex zorg wordt dicht bij huis georganiseerd en vindt niet onnodig in de specialistische tweede lijn plaats. Het gaat om 'zorg op de juiste plek'; van goede kwaliteit, uitgevoerd waar dat het meest doelmatig is en in aansluiting op behoeften van mensen. Bij het vormgeven van zorg op de juiste plek kan substitutie een rol spelen. Bij hoogcomplex zorg vindt meer concentratie plaats: ziekenhuizen maken keuzes over de zorg die ze willen aanbieden. De manier waarop verzekeraars contracteren bepaalt de samenhang in de zorg. De beweging naar zorg dicht bij huis is nodig gezien de sterke toename van het aantal mensen met een chronische aandoening en de vergrijzing, in combinatie met een krimpende arbeidsmarkt en stijgende kosten.

Dit verzoek richt zich op de laagcomplex zorg, die veel voorkomt en wordt uitgevoerd in nauwe samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Samenhang en samenwerking tussen die verschillende lijnen is van essentieel belang, omdat soms geen sprake is van volgtijdelijkheid; zeker bij complexere zorgvragen kan op één moment zorg door meerdere disciplines worden geleverd. Door bijvoorbeeld de inzet van specialisten in de eerste lijn als vraagbaak voor huisartsen en andere professionals kunnen mensen binnen de eerste lijn blijven. Daarnaast worden mensen van de specialistische zorg in de tweede lijn teruggeleid naar de eerste lijn indien dat kwalitatief verantwoord is. Als gevolg van goede samenwerking komt het onderscheid tussen de eerste en tweede lijn te vervagen.

Bij laagcomplex zorg denk ik onder andere aan enkelvoudige zorg van relatief eenvoudige aandoeningen (zoals kleine chirurgische ingrepen of vormen van diagnostiek) en onderdelen van multidisciplinaire behandelingen, bijvoorbeeld bij



de behandeling van chronisch zieken en de nazorg van oncologische behandelingen. Ook bij bijvoorbeeld wondverzorging en palliatieve zorg geldt dat door zorgverleners en zorgverzekeraars moet worden bekeken waar deze het beste geleverd kan worden.

**Directoraat Generaal**  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg  
Eerstelijns- en Keten zorg

CZ/EKZ-3104537

Ik verzoek u een advies uit te brengen over de inrichting van de bekostiging van de laagcomplexere curatieve zorg, opdat deze 'op de juiste plek' wordt uitgevoerd.

#### **Ontwikkelingen**

De afgelopen jaren is veel beweging ontstaan in de samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Partijen zoeken elkaar steeds meer op vanuit de inhoud en vormen initiatieven om tot integrale zorg te komen. Meerdere ziekenhuizen hebben commissies waarin huisartsen en specialisten kijken hoe ze elkaar kunnen ondersteunen bij het leveren van goede en doelmatige zorg. Ontwikkelingen in e-health faciliteren de onderlinge afstemming. Professionele standaarden zijn ontwikkeld om de kwaliteit van de zorg te garanderen. Als gevolg van de gewijzigde bekostiging van drie chronische aandoeningen is een groot aantal zorggroepen in de eerste lijn ontstaan, waarbij specialisten door huisartsen worden geconsulteerd. Soms wordt bij de behandeling van diabetes in de eerste lijn de hulp van internisten gecontracteerd door de zorggroep. Verder worden door taakherschikking huisartsen en specialisten steeds vaker ontlast. Bepaalde routinematige taken worden overgeheveld naar gespecialiseerde verpleegkundige beroepen, waardoor meer capaciteit en tijd voor patiënten ontstaat.

De goede samenwerking is echter nog niet overal gemeengoed. Laagcomplexere zorg wordt soms los van elkaar (en soms dubbel) binnen de eerste lijn en instellingen voor medisch specialistische zorg (zowel ziekenhuizen als zbc's) geleverd. Door gebrekkige afstemming kunnen activiteiten in de eerste en tweede lijn elkaar overlappen.

Om de huidige situatie te verbeteren is aandacht nodig voor meerdere factoren. De kennis, capaciteit en organisatiegraad van de zorgverleners in de eerste lijn moet voldoende zijn om specifieke patiëntengroepen te kunnen behandelen en alleen door te verwijzen naar een specialistische context als dit echt nodig is. Onderlinge afspraken tussen professionals in de eerste en tweede lijn zijn nodig voor mensen met bijvoorbeeld chronische aandoeningen. Richtlijnen en individuele zorgplannen helpen daarbij. Zorgverzekeraars hebben vanaf 2012 een groter financieel belang bij zinnige en zuinige zorg omdat zij meer risico lopen. Voor een goede zorginkoop is het nodig dat prestaties van zorgverleners transparant zijn, opdat zorgverzekeraars kunnen nagaan waar de gewenste zorg voor hun verzekerden het beste kan worden gecontracteerd.

In de gewenste situatie faciliteren financiële prikkels de 'zorg op de juiste plek'. Financiële schotten tussen eerste en tweede lijn worden doorbroken en er zijn geen financiële belemmeringen om samen te werken. Eenvoudige prestaties worden voor dezelfde prijs uitgevoerd, ongeacht waar ze worden geleverd. Er is een belang voor specialisten, huisartsen en andere partijen om de zorg af te stemmen op de behoeften van de patiënten, maar deze niet langer dan noodzakelijk in behandeling te houden.



12D0006248Nederlandse Zorgautoriteit, 12D0006248 3 van 5



#### **Bekostiging van laagcomplexere zorg**

In het huidige bekostigingsstelsel is sprake van gescheiden circuits tussen de eerste en tweede lijn. Een zitting bij een huisarts wordt anders gefinancierd dan een behandeling in het ziekenhuis. Prestaties zijn daardoor moeilijk vergelijkbaar. Bovendien wordt de prijs van een verrichting bepaald door wie deze uitvoert en waar. Dit maakt substitutie van laagcomplexere zorg weinig aantrekkelijk.

Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg  
Eerstelijns- en Ketenzorg  
CZ/EKZ-3104537

Wel zijn er in de afgelopen jaren aanpassingen in het stelsel aangebracht om zorgverleners en verzekeraars de gelegenheid te geven om patiënten zorg meer 'op de juiste plek' te bieden:

- ❖ Met de introductie van aparte prestatiebeschrijvingen (M&I verrichtingen en modules) in 2006 kunnen huisartsen meer speciale verrichtingen in de eerste lijn declareren. Het gaat om vrije tarieven, die in onderhandeling tussen de huisartsen en de verzekeraar worden vastgesteld.
- ❖ Per 2010 heeft de introductie van de integrale bekostiging (DBC's) van 3 chronische ziekten plaatsgevonden. Hierdoor is het mogelijk dat verzekeraars voor de behandeling van aandoeningen één prijs met een hoofdaannemer afspreken, ongeacht wie deze uitvoert. Beoogd werd hiermee een eerste stap te zetten in de financiering van de prestatie, ongeacht waar deze werd uitgevoerd. Hiermee werden de mogelijkheden voor substitutie vergroot. Medio 2012 zal de evaluatiecommissie integrale bekostiging chronisch zieken haar eindrapportage opleveren, waarin wordt aangegeven hoe de contractering verloopt en welke effecten er zijn, waaronder substitutie. Er zal worden vastgesteld of voldoende aan de randvoorwaarden voor de integrale bekostiging van de drie aandoeningen is voldaan om de overgangperiode van drie jaar te beëindigen.
- ❖ In de tweede lijn is per 2012 het functioneel budget afgeschaft, het vrije segment uitgebreid naar 70% en DOT ingevoerd. Zorgaanbieders in de 2<sup>e</sup> lijn worden in hoofdzaak bekostigd aan de hand van te declareren DOT-zorgproducten. Tarieven bestaan uit een ziekenhuiscomponent en honorariumcomponent. Voor algemene ziekenhuizen betekent dit dat voor 80-90% van de geleverde zorg vrije tarieven gelden. Door het vergroten van het financieel belang bij ziekenhuizen en verzekeraars komt de nadruk meer te liggen op het beter zichtbaar maken van prestaties, kwaliteit en een efficiënte vertaling van kosten in te leveren zorg. Door de overgang naar DOT worden zorgproducten beter medisch herkenbaar en is er een duidelijke opbouw van zorgactiviteiten.

#### **Substitutiepotentieel**

Met zorg op de juiste plek en substitutie wordt onder andere doelmatigheidswinst beoogd. Voorwaarde daarbij is dat de gesubstitueerde zorg niet wordt vervangen door andere zorg en de uitgaven in totaliteit worden gezien. Dit is afhankelijk van de afspraken die de partijen met elkaar maken. In het Bestuurlijk Hoofdpijnen Akkoord van juli 2011 is met ziekenhuizen en verzekeraars afgesproken dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen substitueren op basis van kwaliteit, doelmatigheid en innovatie. In dat kader is gesteld dat, wanneer substitutie leidt tot daadwerkelijke verschuiving van productie naar de eerste lijn, aanpassing van het financiële ziekenhuiskader kan plaatsvinden. Voor de verdere uitwerking van dit onderdeel van het akkoord is het belangrijk dat ook wordt afgestemd met de eerstelijns partijen.

12D0006248Nederlandse Zorgauto, 12D0006248 4 van 5



Om te kunnen vaststellen wat er verschoven kan worden van de tweede naar de eerste lijn is inzicht in substitutiepotentieel nodig. Om zicht te krijgen op de zorg voor eenvoudige en chronische aandoeningen die substitueerbaar is, zullen het RIVM en het NIVEL in 2012 op mijn verzoek onderzoek doen. Daarbij worden ook gegevens van VEKTIS betrokken, waarbij patiënten bij hun gang door het zorgcircuit kunnen worden gevolgd. Ik verzoek u met de (tussen) uitkomsten van dit onderzoek en mogelijke andere onderzoeken op het terrein van substitutiepotentieel rekening te houden bij uw advies.

Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg  
Eerstelijns- en Ketenzorg  
CZ/EKZ-3104537

**Verzoek en reikwijdte**

Ik verzoek u mij te adviseren over de inrichting van de bekostiging opdat laagcomplex zorg zoveel mogelijk op de juiste plek kan worden geboden. Het doel daarbij is: hoge kwaliteit, tegen zo laag mogelijke kosten en waar mogelijk in de buurt. Mijn verzoek richt zich primair op veelvoorkomende laagcomplex zorg, maar ik verwacht dat u, daar waar dat relevant is ook thema's als taakherschikking, diagnostiek, acute zorg, de GGZ en perinatale zorg betreft. Over deze onderwerpen heeft u al separate adviezen uitgebracht (eerstelijnsdiagnostiek, basis GGZ en taakherschikking) dan wel zult u nog met adviezen komen dit jaar. Ook de uitvoeringstoets 'huisartsenzorg en de integrale zorg' (uit te brengen vóór 1 juni 2012) is zeer relevant in dit opzicht. Met deze uitvoeringstoets wordt de basis gelegd voor de samenhang tussen de verschillende disciplines dicht bij huis.

Verder verzoek ik u de (voorlopige) uitkomsten van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging Chronisch zieken bij deze toets te betrekken. De evaluatiecommissie brengt in juni 2012 haar eindrapport uit.

Ik verzoek u in te gaan op de volgende vragen:

- A. Welke mogelijkheden zijn er binnen de huidige bekostiging van de eerste en tweede lijn voor invulling van 'zorg op de juiste plek'?
- B. Welke belemmeringen zijn er binnen de huidige bekostiging? Kunt u daarbij specifiek ingaan op de belemmeringen voor de inzet van de specialistische kennis in de eerste lijn?
- C. Het is aan ziekenhuizen en verzekeraars om te voorkomen dat de ontstane ruimte in de tweede lijn als gevolg van substitutie wordt vervangen door andere zorg. Ziet u aanvullende bekostigingsmaatregelen die dit kunnen bewerkstelligen?
- D. Welke oplossingen in de bekostiging ziet u om de gewenste situatie te bereiken
  - op korte termijn (per 2013)?
  - op langere termijn (vanaf 2014)?

Uw antwoord op de vraag, welke quick wins per 2013 mogelijk zijn, ontvang ik graag voor 1 juni 2012. Uw advies over de langere termijnoplossingen zie ik graag eind 2012 tegemoet. Graag verneem ik dan ook van u aan welke randvoorwaarden op de langere termijn voldaan moet worden.

Ik wil u verzoeken om bij het maken van deze uitvoeringstoets relevante veldpartijen te consulteren. Ik denk hierbij in elk geval aan: de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Vereniging van Verpleegkundigen & Verzorgenden (V&VN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Federatie van Medisch Coördinerende Centra (FMCC), de

12D0006248Nederlandse Zorgauto[REDACTED], 12D0006248 5 van 5



Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra (NFU), de Zelfstandige  
Klinieken Nederland (ZKN) en de Nederlands Patiënten en Consumenten Federatie  
(NPCF).

**Directoraat Generaal**  
Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg  
Eerstelijns- en Keten Zorg

Ik vertrouw erop u voldoende te hebben geïnformeerd.

CZ/EKZ-3104537

Hoogachtend,  
de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

drs. E.J. Schippers

Page 5 of 5



## Bijlage 2. Overzicht bevindingen samenhangende projecten

Dit advies richt zich primair op substitutie tussen huisartsenzorg en ziekenhuiszorg. Diverse adviezen en onderzoeken zijn reeds uitgebracht die raakvlakken kennen met het onderwerp substitutie (zie 1.2). Wat kunnen we leren van deze uitkomsten in relatie tot substitutie?

### *Advies Eerstelijnsdiagnostiek*

Eind 2011 heeft de NZa een advies opgesteld over de functie eerstelijnsdiagnostiek: de diagnostiek (beeldvormende diagnostiek, functieonderzoek en laboratoriumonderzoek) die wordt verricht op verzoek van een eerstelijnszorgverlener. Het advies bevat aanbevelingen voor het creëren van een gelijk speelveld voor aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek. In de huidige situatie is de bekostiging aanbiedergericht wat betekent dat voor de verschillende typen aanbieders verschillende bekostigingssystemen van toepassing zijn. De kosten van de eerstelijnsdiagnostiek vallen daarnaast onder vier verschillende budgettaire (sub-)kaders. De huidige situatie binnen de eerstelijnsdiagnostiek brengt diverse knelpunten met zich mee, namelijk:

- Knelpunten voortkomend uit afwijkende bekostiging
- Knelpunten voortkomend uit achterhaalde prestaties / tarieven
- Knelpunten door verwevenheid eerstelijnsdiagnostiek met tweedelijnsbehandelingen
- Overige knelpunten

De NZa adviseert over een versterking van de functie eerstelijnsdiagnostiek. De gedachte achter het versterken van de functie eerstelijnsdiagnostiek is dat een onafhankelijke diagnose vanuit een generalistisch perspectief voorkomt dat er onnodig wordt gemedicaliseerd en / of onnodig wordt doorverwezen naar de tweedelijnszorg. Middels dit advies stelt de NZa zorgverzekeraars optimaal in staat om rationele keuzes te maken over de borging van de publieke belangen en daarbij een sturende rol te vervullen. De zorgverzekeraar is hierbij aan zet om, geleid door de wens van de verzekerden, het zorgaanbod in te richten.

Het advies bestaat globaal uit de volgende elementen:

- De NZa adviseert voor de functie eerstelijnsdiagnostiek over te stappen op prestatiebekostiging. Door het aanbod vergelijkbaar te maken worden zorgverzekeraars in staat gesteld om op basis van een prijs-kwaliteit afweging zorg in te kopen.
- Naast prestatiebekostiging adviseert de NZa een functiegericht prestatiemodel met integrale tarieven. De prestaties zijn voor alle aanbieders van eerstelijnsdiagnostiek gelijk; er wordt één generieke lijst met prestaties ontwikkeld op basis van alle huidige prestaties.
- De NZa adviseert verder invoering van vrije tarieven. Vrije tarieven zullen naar verwachting positieve effecten hebben voor patiënt, zorgaanbieder en zorgverzekeraar.
- Als laatste adviseert de NZa om een eigen budgettair kader zorg (BKZ) voor eerstelijnsdiagnostiek in te stellen. Een besluit hierover is echter aan de Minister.

Diverse knelpunten die worden benoemd in dit advies hebben raakvlakken met de knelpunten bij het realiseren van substitutie tussen huisartsenzorg en ziekenhuiszorg:

- Knelpunten door afwijkende bekostiging
  - Er bestaat een versnipperd zorgaanbod, verdeeld over eerste en tweede lijn met ieder eigen regelgeving en bekostigingssystemen.
  - De bekostiging is op dit moment 'aanbiedergericht', wat betekent dat voor de verschillende typen aanbieders verschillende bekostigingssystemen van toepassing zijn.
  - In de huidige situatie zijn de BKZ-en voor de curatieve zorg opgesplitst over een aantal dekkaders. Hierdoor lopen aanbieders binnen hun BKZ het gevaar dat volumetoename ten gevolge van concurrerend aanbod wordt beantwoord met een korting op het eigen BKZ.
- Dubbele bekostiging
  - Er bestaat een risico op dubbele bekostiging bij zorg die door meerdere typen zorgaanbieders over de lijnen heen geleverd wordt of kan worden. Hierbij is de vraag in hoeverre de zorgverzekeraar voldoende (controle) mogelijkheden heeft om dit tegen te gaan.
  - Initiële substitutie van tweede naar eerste lijn kan bij het alsnog doorverwijzen naar tweede lijn leiden tot overlap in de diagnostiek en behandeling en derhalve een toename van kosten. Het uitvoeren van bijvoorbeeld dubbele diagnostiek kan voorkomen terwijl dit medisch niet direct noodzakelijk is, maar verband houdt met de verwevenheid van deze diagnostiek met tweedelijnsbehandelingen.
- Overige knelpunten en aandachtspunten
  - Het gescheiden inkopen van eerstelijns- en tweedelijnszorg door zorgverzekeraars kan een knelpunt vormen bij substitutie.
  - De risicoverevening voor verzekeraars verschilt voor huisartsenzorg en ziekenhuiszorg. Overigens wordt de ex-post risicoverevening voor ziekenhuiszorg afgebouwd vanaf 2012, waardoor dit knelpunt in belang zal afnemen.
  - De bekostigingscomponent van medisch specialisten verdient de aandacht, zodat samenwerking tussen aanbieders in de eerste en tweede lijn gefaciliteerd wordt. Hierbij kan gedacht worden aan de rol van medisch specialisten bij de beoordeling en confirmatie van diagnostiek en het adviseren van de eerste lijn.

In dit rapport stelt de NZa als oplossingsrichting voor om functionele bekostiging door te voeren: niet de aanbieder, maar de prestatie wordt centraal gesteld. Het is aan het veld (zorgaanbieders en zorgverzekeraars) om 'de juiste spelers' op 'de juiste plek' te zetten. Dit sluit aan bij de denkrichting in het advies Substitutie om de bekostigingssystemen te harmoniseren bijvoorbeeld door het openstellen van (een deel van) de lijst overige zorgproducten en / of de DBC-zorgproducten voor huisartsen dan wel het laten vervallen van DBC-zorgproducten in combinatie met het openstellen van eerstelijnsprestaties voor ziekenhuizen en medisch specialisten.

*Advies Basis GGZ*

Eind 2011 is door de NZa een advies uitgebracht over de versterking van de functie eerstelijns GGZ, ook wel basis GGZ genoemd. De NZa onderscheidt twee hoofdfuncties, die de NZa tezamen beschouwt als de functie basis GGZ:

- GGZ-basiszorg: Triage / screening, probleemverkenning en diagnostiek vóór een eventuele verwijzing op grond van een GGZ-ziekte.
- Generalistische GGZ: De (aanvullende) diagnostiek en generalistische behandeling van cliënten met een lichte tot matig ernstige, niet complexe GGZ-ziekte.

Aanleiding voor de adviesaanvraag van de Minister is dat er te weinig gebruik gemaakt wordt van basiszorg doordat:

- teveel mensen met lichtere psychische problematiek in de specialistische GGZ terecht komen
- te weinig mensen na behandeling weer terugkeren vanuit de specialistische zorg in de basiszorg

Oorzaken van knelpunten:

- In de GGZ start de aanbieder (eerstelijnspsycholoog of instelling) naar wie de cliënt voor diagnostiek wordt verwezen 'automatisch' de behandeling. De poortwachter staat hierdoor buitenspel.
- Huisartsen verwijzen cliënten te snel door naar een tweedelijns GGZ-aanbieder door het tekort aan tijd, kennis, ervaring en/of affiniteit met GGZ.
- Kortdurende behandeling van psychische problematiek wordt op vier verschillende manieren bekostigd, afhankelijk van de declarerende aanbieder.

Het advies beschrijft hoe de functie eerstelijns GGZ volgens de NZa versterkt kan worden. Daarbij heeft de NZa drie uitgangspunten gehanteerd:

- Ruimte creëren voor samenwerking tussen zorgaanbieders door het inbouwen van flexibele elementen in de bekostiging.
- Zorgverzekeraars faciliteren om te sturen op rolverdeling, onder andere door te zorgen dat die rolverdeling inzichtelijk wordt voor verzekeraars.
- Zoveel mogelijk functioneel omschreven zorg, zodat voor alle partijen gelijke regels gelden.

De NZa adviseert de volgende maatregelen om de functie GGZ-basiszorg te versterken:

- Scheiden van diagnostiek en behandeling door GGZ-diagnostiek, net als in de somatiek, separaat declarabel te maken;
- Versterken en flexibiliseren van de GGZ-ondersteuning in de basiszorg door het structureel maken en flexibiliseren van de huidige POH-GGZ-regeling.

Daarnaast adviseert de NZa uniforme, flexibele bekostiging van generalistische GGZ door te voeren. Deze uniforme bekostiging vervangt de huidige bekostiging van eerstelijns psychologische zorg en het generalistische deel van alle GGZ-behandelingen in de tweede lijn. Daarvoor moet de GGZ-productstructuur worden omgevormd tot een structuur waarin het onderscheid tussen specialistische en generalistische GGZ te maken is. De keuze tussen een verrichtingen- of een programma-aanpak van generalistische GGZ maakt de NZa nog niet. De NZa adviseert vrije tarieven voor deze verrichtingen of programma's, gecombineerd met scherp toezicht. De NZa is van mening dat het te vroeg is om integrale bekostiging van de gehele basis GGZ in te voeren.

De volgende veranderingen buiten de bekostiging zouden volgens de NZa de effectiviteit van de voorgestelde maatregelen ondersteunen:

- Het tot stand komen van meer infrastructuur en richtlijnen voor communicatie en samenwerking tussen aanbieders van GGZ.
- Meer personele capaciteit in de GGZ-basiszorg.
- Coördinatie tussen zorgaanbieders en maatschappelijk ondersteuners enerzijds en zorgverzekeraars en gemeenten anderzijds.
- Inzicht door monitoring, onder andere inzicht in de mate waarin het terugdringen van onnodige doorstroom naar de tweedelijns GGZ ook daadwerkelijk leidt tot besparingen.
- Zorgverzekeraars volledig risicodragend laten zijn voor kortdurende behandeling en n het risicodragend maken van zorgverzekeraars voor de tweedelijns curatieve GGZ doorzetten.
- Aanpassingen in het BKZ conform verwachte verschuivingen in de GGZ.

Diverse onderwerpen die worden benoemd in dit advies vertonen raakvlakken met substitutie tussen huisartsenzorg en ziekenhuiszorg. In de basis GGZ zijn twee bewegingen gewenst: het voorkómen dat generalistische basiszorg in de specialistische omgeving terecht komt en het bevorderen dat terugverwijzing naar de generalistische omgeving plaats vindt. Deze bewegingen maken ook onderdeel uit van substitutie van huisartsenzorg en ziekenhuiszorg. De poortwachterfunctie van de huisarts speelt hierbij een belangrijke filterende rol.

In het advies worden drie uitgangspunten gehanteerd voor het inrichten van bekostiging, die bij substitutie tussen huisartsenzorg en ziekenhuiszorg van belang zijn. Ten eerste gaat het om het bevorderen van de samenwerking tussen eerste en tweede lijn middels flexibele bekostiging. Ten tweede wordt de zorgverzekeraar geacht te sturen op 'zorg op de juiste plek'. Ten derde dienen de prestaties functioneel omschreven te worden, zodat zorgaanbieders voor vergelijkbare zorg dezelfde prestaties kunnen declareren.

Naast de bekostiging worden in het advies Basis GGZ andere randvoorwaarden genoemd voor het versterken van de functie basis GGZ. Hierbij komt samenwerking tussen zorgaanbieders binnen de GGZ aan bod. Deskundigheid, capaciteit en organisatiegraad van de zorgaanbieders is cruciaal. Het BKZ dient mee te bewegen met de verwachte verschuivingen binnen de GGZ. Monitoring van verschuivingen van zorg is noodzakelijk om inzicht te verschaffen in daadwerkelijke besparingen als gevolg van substitutie.



*Advies Taakherschikking*

Eind 2011 heeft de NZa geadviseerd over taakherschikking in de tweedelijns somatische zorg en curatieve GGZ. Het advies is gericht op de belemmeringen en oplossingen in de bekostiging voor het structureel overdragen van taken inclusief verantwoordelijkheden aan beroepsbeoefenaren met een ten opzichte van artsen lager (opleidings)niveau; in het bijzonder de verpleegkundig specialist en de physician assistant.

Een belemmering in het huidige systeem is dat in de tweede lijn er een onderscheid is gemaakt tussen het kosten- en honorariumdeel. Het kostendeel in het gereguleerde segment is gemaximeerd; op het moment dat er taakherschikking plaatsvindt is het dus niet mogelijk een deel van het honorarium over te hevelen naar het kostendeel (als er voor het kostendeel het maximum is afgesproken). Binnen de ziekenhuiszorg is een traject in gang gezet om tot integrale tarieven te komen per 2015. Hierbij vervalt de scheiding tussen een kosten- en honorariumdeel en dat maakt taakherschikking makkelijker.

Ten tweede kan uitsluitend een poortspecialist een initieel zorgtraject openen en is er een face-to-face contact met de poortspecialist vereist om een DBC-zorgproduct te kunnen registreren. De NZa adviseert om de verantwoordelijkheid voor het zorgtraject bij de poortspecialist te laten en indien gewenst de lijst van zorgverleners die een zorgtraject mogen openen uit te breiden. De NZa adviseert tevens om de verplichting tot een face-to-face contact met een poortspecialist bij een polikliniekbezoek los te laten en te vervangen door een face-to-face contact met iedere BIG-geregistreerde zorgverlener.

Het advies Taakherschikking houdt verband met het onderwerp substitutie. Substitutie en taakherschikking hebben beiden betrekking op het verschuiven en verplaatsen van zorg tussen zorgaanbieders, waarbij doelmatigheidswinst wordt beoogd bij gelijkblijvende of betere kwaliteit. Het uitgangspunt hierbij is dat de betreffende zorgaanbieder voldoende bevoegd en bekwaam is om een bepaalde behandeling al dan niet uit te voeren.

De belemmeringen voor het openen van een DBC door een niet-poortspecialist treden ook op bij het openstellen van DBC-zorgproducten voor huisartsen, zoals wordt verkend in het advies Substitutie. De regelgeving omtrent het openen van een DBC-zorgproduct en het registreren van een polikliniekbezoek laat dit op dit moment niet toe.

*Advies Bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg*

Medio 2012 heeft de NZa een advies uitgebracht over de bekostiging van huisartsenzorg en integrale zorg. Het streven naar het versterken van zorg en ondersteuning in de buurt vormde de aanleiding voor dit advies.

Enkele belangrijke conclusies uit het rapport in relatie tot substitutie luiden als volgt:

- De huisarts heeft als poortwachter een centrale rol in het stelsel. Als poortwachter handelt de huisarts een grote hoeveelheid aan zorgvragen af tegen relatief lage kosten en voorkomt daarmee veel hogere kosten in eerste lijn, tweede lijn en farmacie (hefboommechanisme).
- De huidige bekostiging is complex en rond de huisarts gebouwd in plaats van geïntegreerde zorg centraal te stellen, met (risico op) dubbele bekostiging als gevolg.

- Lokale en regionale variatie vraagt om een bekostigingssysteem met ruimte voor zorgaanbieders en verzekeraars om lokale afspraken te maken.
- Goede registratie van zorg neemt in belang toe als zorg 'over de schotten heen' geleverd wordt. Zorgvuldige registratie is een essentieel onderdeel van goede zorg.
- Naast het ontschotten van de bekostiging (= zoveel mogelijk functioneel omschreven zorgprestaties) is minstens zo belangrijk dat schotten binnen de macrokostenbeheersing verdwijnen of flexibeler worden.

Het advies Bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg richt zich primair op het verkennen van vier bekostigingsopties gekoppeld aan toekomstbeelden. Hieronder volgt een korte schets van deze bekostigingsopties. Bekostigingsoptie één (resultaat centraal) gaat uit van een driedeling van consumenten: zorgvragers met een incidentele, chronische en complexe zorgbehoefte. Voor de chronische en complexe zorgvragers geldt een volledig abonnementstarief; bij incidentele zorgvragers betreft het een consulttarief. De M&I-modules en -verrichtingen worden afgeschaft. Daarnaast wordt de lijst overige zorgproducten opengesteld voor huisartsen. Het (gedeeltelijk) toegankelijk maken van de lijst overige zorgproducten voor eerstelijns zorgaanbieders draagt bij aan een gelijk speelveld tussen eerste en tweede lijn voor met name (kleine) chirurgische ingrepen, voor zover deze vallen binnen de verzekerde aanspraak. De component abonnementsbekostiging bevat een risico voor doorverwijzingen naar de tweede lijn, waardoor juist substitutie van eerste naar tweede lijn plaats vindt.

Bekostigingsoptie twee (resultaat centraal) kent een grote vrije ruimte waarin zorgaanbieders en verzekeraars afspraken kunnen maken die aansluiten bij de lokale behoefte, waarbij gezondheidsdoelen centraal staan. Verder is er een default-bekostiging als partijen niet tot maatwerkafspraken kunnen komen. Substitutie is sterk afhankelijk van specifieke lokale omstandigheden, zoals de aanwezigheid van randvoorwaarden als kennis, vaardigheden en locatie. De focus van deze bekostigingsoptie op maatwerk, sluit aan bij de wens om geen landelijke blauwdruk voor substitutie op te leggen, maar rekening te houden met lokale omstandigheden. Deze bekostigingsoptie bezit dan ook potentieel om 'zorg op de juiste plek' actief te stimuleren.

Bekostigingsoptie drie (keuzevrijheid centraal) kenmerkt zich door functioneel omschreven zorgactiviteiten en het afschaffen van het inschrijftarief, waardoor een gelijk speelveld wordt gecreëerd en toetredingsdrempels worden weggenomen. Bovendien wordt de transparantie door gelabelde zorgactiviteiten vergroot. Een verrichtingensysteem zou substitutie kunnen stimuleren, omdat dit een prikkel behelst om activiteiten zelf uit te voeren. Een randvoorwaarde hierbij is dat met het BKZ flexibel geschoven kan worden als substitutie daadwerkelijk plaats vindt. Verder kan een verrichtingensysteem gezien worden als een stap richting de DOT-systematiek in de ziekenhuiszorg.

Bekostigingsoptie vier (kostenbeheersing centraal) is gericht op het bereiken van kostenbeheersing vooraf door het invoeren van een volledig abonnementstarief, gedifferentieerd naar zorgzwaarte. Deze bekostiging herbergt een groot risico voor het afwentelen van zorg op de tweede lijn, aangezien kostenbeheersing zich beperkt tot het budgettair kader huisartsenzorg en de wisselwerking tussen eerste en tweede lijn niet wordt meegenomen. Dit neemt niet weg dat zorgverzekeraars over substitutie resultaatsafspraken kunnen maken.

Kortom, de ene bekostigingsoptie is substitutievriendelijker dan de andere. De nadere uitwerking van de bekostigingsopties kan de gevolgen voor substitutie beïnvloeden. De keuze voor een optie is mede afhankelijk van het belang dat wordt gehecht aan de verschillende doelen en randvoorwaarden die worden nagestreefd. Substitutie is één van die randvoorwaarden: het model mag substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn niet in de weg staan. Het advies Substitutie richt zich op de mogelijkheden en belemmeringen in huidige bekostiging van ziekenhuiszorg en huisartsenzorg voor het realiseren van substitutie. De adviezen zijn echter inpasbaar in alle bekostigingsopties, maar moeten in samenhang met de bekostigingsopties gezien worden.