

---

|     |                  |           |  |
|-----|------------------|-----------|--|
| aan | Leden InEen      | datum     | 23 juni 2022                             |
| cc  |                  | onderwerp | Toekomstige bekostiging ketenzorg en O&I |
| van | Judith van duren | bijlage   |  |

---

## 1 INLEIDING

In de afgelopen periode is de toekomstige vormgeving en bekostiging van de huisartsenzorg, de ketenzorg en de O&I op verschillende overlegtafels aan de orde geweest. Leden hebben ons gevraagd naar de zienswijze van InEen in deze discussie.

In dit memo wordt de zienswijze van InEen over de toekomstige vormgeving en bekostiging van de prestaties ketenzorg en O&I kort samengevat. InEen-leden kunnen deze zienswijze delen of bespreken met de achterban, bijvoorbeeld met de bestuurders van de coöperaties.

Voorop staat dat de wijze van bekostiging van de ketenzorg en de O&I zoals we die nu kennen (in segment 2) geen doel op zich is. Belangrijk is dat de huisartsenzorg toekomstbestendig is en de huidige uitdagingen in de (huisartsen)zorg, waaronder de arbeidsmarktproblematiek, de hoge werkdruk, het borgen van de toegankelijkheid, de toename van chronisch zieken en kwetsbare ouderen, de komende jaren het hoofd worden geboden. De komende jaren zal sprake zijn van een beperkter aantal mensen en middelen, wat ons dwingt de eerstelijnszorg echt anders te organiseren en in te richten. Leden van InEen kunnen daarbij een belangrijke rol spelen: in het ondersteunen en ontzorgen van de professionals en goed organiseren van de zorg daarom heen.

De bekostiging moet daaraan bijdragen en de gewenste ontwikkelingen stimuleren, niet belemmeren.

De vraag is op welke wijze we de bekostiging dan het beste kunnen vormgeven.

## 2 VISIE INEEN OP VORMGEVING SEGMENT 2

InEen is voorstander van collectieve en integrale financiering van onder andere de complexe zorg (ouderenzorg en eerstelijns GGZ), chronische zorg (ketenzorg) en de O&I. Dit houdt concreet in dat wij pleiten voor continuering van de huidige integrale bekostiging ketenzorg en O&I via gemandateerde aanspreekbare regionale organisaties (segment 2).

Argumentatie hiervoor is:

- 1 Het verdient altijd de voorkeur dat zorgprogramma's die in nauwe samenwerking en afstemming met andere zorgaanbieders en op basis van bindende afspraken worden geleverd een collectieve en integrale bekostiging kennen. Zonder collectieve bekostiging ontstaat er geen of onvoldoende aanspreekbaarheid voor stakeholders (andere zorgaanbieders, gemeente en zorgverzekeraars).

- 2 Het is van belang dat het aandeel van de huisartsenzorg standaard door elke huisarts op min of meer dezelfde gewenste wijze wordt geleverd. Dat is voor de huidige ketenzorg nog niet altijd het geval en zal verder doorontwikkeld moeten worden (praktijkvariatie monitoren en verkleinen, huisartsen en personeel scholen).  
De gewenste doorontwikkeling van aandoeningsgerichte ketenzorg naar invoering van geïntegreerde ketenzorg met persoonsgerichte zorg en meer regie van de patiënt vraagt daarnaast de komende jaren een sterk commitment en ondersteuning van de RHO aan huisartsen en het personeel. Voorkomen moet worden dat de huidige kwaliteitsverbetering door middel van begeleiding van de RHO en scholing vrijblijvend wordt.
- 3 Voor de gewenste verhoging van de regionale organisatiegraad en versterking van de positie van de huisartsenzorg ten opzichte van zorgverzekeraars en andere domeinen (ziekenhuizen, VVT, GGZ) in de komende periode is de binding tussen huisarts en huisartsenorganisatie van cruciaal belang. Collectieve en integrale bekostiging via de regio-organisatie zorgt - naast uiteraard een passend ondersteuningsaanbod vanuit de regio-organisatie - voor een goede binding en samenwerking tussen huisartsen en huisartsenorganisatie. Dat ondersteuningsaanbod richt zich enerzijds op de praktijkvoering (administratieve zaken, personele ondersteuning, ICT) en anderzijds op het namens de huisartsen maken van afspraken c.q. functioneren als aanspreekpunt.
- 4 Tenslotte is het belangrijk om zorggelden via de regio-organisatie te laten lopen omdat anders het risico bestaat dat de O&I gelden met BTW worden belast. De facto is dit een prijsverhoging die de premiebetaler moet betalen. De huidige BTW vrijstelling voor O&I is gebaseerd op het leveren van zorg door de RHO. Een andere routing van O&I brengt ook BTW-risico's met zich mee.

### **3 GELUIDEN IN HET VELD**

Er gaan geluiden in de huisartsenwereld op om de individuele keuzevrijheid van huisartsen bij de toekenning van ketenzorg/O&I gelden te vergroten. Bijvoorbeeld door de huisarts de keuze te laten om de O&I-gelden via het S1-huisartsencontract dan wel het S2-organisatiecontract te laten lopen. Wij vinden dit niet de gewenste richting. Door de keuze bij de individuele praktijkhouders te laten, ontstaat juist versnippering in plaats van een hechtere samenwerking, en de binding tussen huisartsen en de regio-organisatie zal eerder verzwakken dan groeien. Individuele keuzevrijheid van huisartsen zal de regionale aanspreekbaarheid van huisartsen verminderen, waardoor de gewenste slagkracht richting sociaal domein, verzekeraars en andere stakeholders wordt verzwakt.

Ook moet voorkomen worden dat de ontwikkeling van de aandoeningsgerichte ketenzorg tot geïntegreerde ketenzorg en andere zorgvernieuwing niet van de grond komen als gevolg van 'cherry picking'. Mogelijk dat op termijn de bekostiging van het zorgdeel van de ketenzorg direct aan de huisarts betaald kan worden. Er moet dan een situatie zijn waarin er in Nederland nauwelijks nog sprake is van praktijkvariatie op het vlak van de ketenzorg en de verbinding tussen huisarts en organisatie moet gemiddeld groot zijn.