

Einde individuele 7x24-uurs zorgplicht: gevolgen marktwerking voor huisarts-ondernemer

Een ELHA-publicatie

===

1 Besluitvorming LHV-LV en HVRC: ‘gebruikelijke zorg’ en 7x24-uurs zorgplicht

De stelling dat de HVRC eerstverantwoordelijke zou zijn voor het besluit de dienstverlening door huisartsen buiten kantooruren verplicht te stellen, is onjuist. De correcte volgorde van de besluitvorming wordt daarmee op zijn kop gezet. De primaire verantwoordelijkheid voor het opleggen van een 7x24-uurs zorgplicht aan individuele huisartsen, ligt bij de vertegenwoordigers van de huisartsen in de eigen beroepsorganisatie(s) LHV en NHG. Dus bij de leden van de beroepsgroep zelf. En niet bij HVRC, IGZ, Zorgverzekeraar of Wetgever.

Welke begrippen en feiten zijn van belang bij de 7x24-uurs zorgplicht?

- Het is de "**beroepsgroep**" die bepaalt wat onder "**gebruikelijke zorg**" van de huisarts verstaan moet worden. (UvO)
- In regelgeving is vastgelegd dat de **LHV** als **formele woordvoerder** tegenover de overheid namens de huisartsen ("de **beroepsgroep**") optreedt, zoals ZN dat voor de zorgverzekeraars doet.
- Vrijwel alle huisartsen in ons land zijn van mening dat **huisartsenzorg als voorziening** alle dagen in de week, **7x24u, beschikbaar** zou moeten zijn voor de burgers.
- Een meerderheid van de **LHV-ledenvergadering**, definieerde 7x 24-uurs huisartsenzorg niet alleen als '**gebruikelijke zorg**' welke collectief door de **beroepsgroep** geleverd zou kunnen worden maar zelfs als een zorgaanbod waarvoor iedere **individuele huisarts, verplicht verantwoordelijk** is.
- Vervolgens heeft de **HVRC**, op grond van dit besluit van de "de beroepsgroep" haar **criteria voor herregistratie** geformuleerd waarin opgenomen de **individuele 24-uurs zorgplicht**.

Concluderend: het is dus niet de HVRC maar de beroepsgroep zelf, die primair verantwoordelijkheid is voor het besluit alle huisartsen een individuele 7x24u zorgplicht op te leggen.

Dat zegt veel over de beroepsopvatting van de Nederlandse huisartsen die tot op de dag van vandaag met groot gevoel voor maatschappelijke verantwoordelijkheid, 7x24 uur huisartsgeneeskundige zorg hebben willen garanderen aan hun patiënten.

De vanzelfsprekendheid van de **individuele 7x24-uurs zorgplicht** staat echter steeds meer ter discussie. De **Ziekenfondswet** verdwijnt. Daarmee ook een begrip als "**gebruikelijke zorg**" waaraan de zorgplicht tot nu toe is toegeschreven. De negatieve **financieel-economische consequenties** ervan worden voor de individuele huisarts-praktijkhouder steeds duidelijker. De **Huisartsenposten** ontwikkelen zich geleidelijk tot een **concurrerende partij** van de huisarts in dagzorg. De positie van deze wettelijk zelfstandige zorginstellingen, met een directe, eigen (gebudgetteerde) financieringsstroom voor de organisatie van ANW-zorg, speelt daardoor een wezenlijke rol in de discussie.

Net als het feit dat andere marktpartijen zich reeds oriënteren op hun mogelijke rol als zorgaanbieder van ANW-zorg of delen ervan.

Handhaving van het **collectieve beroepsideaal** (24-uurs zorg) bij de veranderende wetgeving in 2006, de gewijzigde zeggenschap (de regie) over de zorg van Zorgverzekeraars, staat dus onder druk. Dit vereist op zijn minst een zakelijke, pro-actieve opstelling van huisartsen als potentiële spelers op de ANW-zorgmarkt. Om duidelijk te

maken onder welke randvoorwaarden huisartsgeneeskundige inzet door professionals mogelijk is. De zorgverzekeraar kan daarop kiezen welke marktspelers worden gecontracteerd voor betrouwbare medische zorg buiten kantooruren.

2 ZVW en WMG: het einde van ‘gebruikelijke’ begrippen en posities

- I. Wat betekent de invoering van de **ZVW en de WMG** straks voor de **juridische positie** van ZN en LHV als **branchevertegenwoordiger** van zorgverzekeraars resp. huisartsen?
- II. Wat is de **juridische status** cq de houdbaarheidsdatum van het **‘Vogelaarakkoord’**. Heeft dit na 1 januari 2006 nog formele rechtskracht: zijn partijen juridisch verplicht zich eraan te conformeren?
- III. Verdwijnt de (toch al dunne) juridische basis van de **‘gebruikelijke zorg’** en de daaraan ontleende **individuele 7x24-uurs zorgplicht** bij het ontbreken van een contracteerplicht, bij het bestaan en optreden van zelfstandige marktpartijen, bij divers marktaanbod en invoering van “gereguleerde” marktwerking maar met name door intrekking van de Ziekenfondswet?

2.1 Positie branchevertegenwoordigers ZN en LHV

1 januari 2006 start de **Marktwerking in de Zorg**.

Vanaf dat moment bestaat er een nieuwe situatie met betrekking tot de **representatie** van de **koepelorganisaties** in de zorg. ZN en de LHV zijn niet langer de wettelijke representanten van de zorgverzekeraars resp. de huisartsen. (Memorie van Toelichting WMG, blz 42)

Hadden in de **Ziekenfondswet** zowel ZN als de LHV nog een wettelijke positie voor de overheid, als woordvoerder namens hun branches, in de nieuwe marktwetgeving (ZVW, WMG ea) zijn zij deze juridische positie kwijt.

Niet de overheid en de brancheorganisaties treden in onderhandeling met elkaar om overeenkomsten te sluiten over de organisatie van de zorg, maar de **marktpartijen** zelf, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het bevorderen van **marktwerking** en het **toezicht** op de contractering tussen deze marktpartijen is daarbij aan de nieuw in te stellen **Nederlandse ZorgAutoriteit (NZa)** opgedragen.

Op dit moment is er nog geen sprake van een volledig vrije markt maar van een **zg. gereguleerde markt**. De minister bepaalt daarbij de spelregels, de prijzen en stelt tal van eisen aan de marktpartijen onder de beleids slogans **“regels waar dat nodig is”, “alleen markt als dat kan...”**

Zorgverzekeraars zullen steeds meer, onafhankelijk van hun oorspronkelijke brancheorganisatie ZN, een eigen strategische, commerciële koers volgen. Zij hebben als wettelijke taak **‘voldoende zorg’** in te kopen, waaronder **eerstelijns zorg**. Er bestaat daarbij **geen contracteerplicht** meer voor ZV’s ten aanzien van zorgaanbieders zoals huisartsen.

ZN zal geen formele onderhandelingspartij meer zijn namens haar leden en mag geen centrale (prijs) afspraken maken. Dit is immers in strijd met de **Mededingingswet**. Bundeling van **marktmacht** is op papier (bij wet) verboden. De praktijk loopt echter anders. Recent nog werd door de NMa een fusie goedgekeurd tussen Interpolis (Rabo) en Achmea, niet de kleinste spelers. Verder stelt de NMa dat een verzekeraar er voor mag kiezen om een of meerdere standaardcontracten voor te leggen aan aanbieders in een bepaalde sector. De Mededingingswet dwingt niet tot individuele onderhandelingen tussen aanbieder en verzekeraar, ook niet als de verzekeraar een economische machtspositie heeft. Maar huisartsen mogen van de NMa nog niet eens per Hagro in onderhandeling met een verzekeraar. **Metten met twee maten**, heet dat.

Voor de LHV geldt hetzelfde als voor ZN. Zij verliest in 2006 haar onderhandelingspositie namens de huisartsen, met de invoering van de zorgmarktwetgeving. De beroepsorganisatie zelf werd overigens door de minister van VWS in 2003 *uit voorzorg* al eerder aangepakt. De organisatorische **LHV-infrastructuur** werd ernstig verzwakt door zijn besluit de **financiering van D & O activiteiten** in te trekken. Kennelijk meende de minister dat huisartsen als beroepsgroep, een **te machtige positie** hadden binnen de eerstelijns. In zijn geloofsvisie is dat **contra-productief** voor marktwerking. (Memorie van Toelichting WMG, blz 20).

Doel van de overheid is huisartsen op (medisch) inhoudsniveau te laten **samenwerken** en op uitbetalingsniveau tot onderlinge **concurrenten** te maken. En daarbij de regie over het zorgaanbod van deze kleine zelfstandigen, in handen te geven van de (regionale/ landelijke) ZV's.

De regiefunctie van de zorgverzekeraars heeft echter weinig kans van slagen omdat verzekeraars niet over de noodzakelijke professionele kennis en ervaring beschikken. Daarnaast kan een verzekeraar niet tegelijk **regisseur, betaler** en **potentieel leverancier** van zorg zijn waarbij zijn activiteiten ook nog eens met **winstoogmerk** mogen worden verricht.

Individuele huisartsen (of kleine groepen huisartsen) zullen voortaan zelf met zorgverzekeraars in de clinch moeten gaan voor goede contracten: als dit 'speelveld' ongelijk is en/of de 'spelregels' ongelijk zijn, dan wordt het een **contracteringsstrijd** van **David tegen Goliath**. Daarbij zouden huisartsen bij uitbetaling op basis van benchmarking en indicatoren elkaars concurrent kunnen worden.

Indien huisartsen aan hun professionele attitude vasthouden en zich niet laten marginaliseren, zal onderlinge concurrentie echter geen kans krijgen. Hun kracht en vermogen ligt immers in (jarenlange) samenwerking. Daar wordt de individuele patiënt (bewezen) beter van, niet van marktconcurrentie.

Huisartsen willen als volwaardige onderhandelingspartner onderhandelen. Hun tijd, energie en passie voor de patiëntenzorg hebben ernstig te lijden onder zinloze onderhandelingsrituelen. Zeker waar deze rituelen gebaseerd zijn op een ongelijke machtsverhouding, mede toegestaan door de huidige NMa. Zinloos omdat van werkelijke onderhandelingen geen sprake is. De zorgverzekeraars hebben steeds geweigerd om met individuele huisartsen te onderhandelen. Contracten worden uitsluitend **ter ondertekening en retourzending** voorgelegd. En er is niets dat erop wijst dat deze opstelling van de ZV's inmiddels is gewijzigd. De vraag is of de nieuwe WMG en/of NZa hen daartoe wel zal (willen/kunnen) dwingen.

De leden van ZN daarentegen, zijn in feite al lange tijd elkaars **natuurlijke concurrenten**. Zoals de minister dat ook heeft bedoeld met de nieuwe ZVW. De wijze waarop sommige ZV's inmiddels bezig zijn zich te onttrekken aan de tussen ZN, LHV en VWS gemaakte afspraken, laat zien welke (juridische) vrijheid en speelruimte men zich als verzekeringsbedrijf op de concurrerende zorgmarkt kennelijk kan permitteren.

Zoals samenwerking tussen ZV's niet past binnen concurrerende marktverhoudingen (ZVW), zo past concurrentie niet tussen met elkaar samenwerkende huisartsen (ELZ, LESA's, TM-zorg, intercollegiale toetsing, waarneming, HDS-organisatie).

2.II Vogelaarakkoord

De vraag dient zich dan ook aan of de tussen LHV en ZN gemaakte afspraken over de financierings-structuur (Vogelaarakkoord) straks **juridisch** wel **afdwingbaar** zijn. Indien bepaalde zorgverzekeraars of huisartsen (groepen) zich daaraan willen onttrekken en daarbij een beroep doen op hun marktvrijheid, is dat geheel conform de ruimte die de nieuwe Zorgwetgeving (ZVW, WMG ea) biedt. Zelfs wil bevorderen! Maar wat houdt die ruimte nu werkelijk in. De minister houdt de macht over de tarieven, over het totale budget. En tot de **Nederlandse Zorgautoriteit** functioneert, is er geen ruimte voor experimenten. De ervaringen met de thuiszorg, fysiotherapie en de kraamzorg zijn immers allerminst positief te noemen. Zelfs de bewindsman van VWS begrijpt dat het in het zorgveld niet nog verder uit de hand moet lopen.

De minister zal op grond van de huidige **Ziekenfondswet**, in elk geval nog vier maanden de schijn moeten ophouden dat de formele branchevertegenwoordigers (ZN, LHV) gehoord worden, en betrokken zijn bij de uitwerking van het beleid rond de toekomstige huisartsenzorg.

In 2006 is er voor procedures en afspraken als het 'Vogelaarakkoord' echter **geen legitieme basis** meer. Dan gelden gewoon de echte wetten van het **CTG**, de **WTGexpress** en de andere **zorgmarktwetten**. De **tariefformule** (meer consulten leiden in een volgend jaar tot een lager tarief), de talloze **AMvB's** (Algemene Maatregel van Bestuur), de mogelijke bezuinigingen op de **collectieve lasten**.

Ondertekening van de afspraken en overeenstemming over de uitwerking van het 'Vogelaarakkoord' dient in elk geval als '**positief signaal**' naar het veld en naar het publiek. Om de nodige rust te bewaren en de behandeling van de resterende wetgeving - noodzakelijk voor het slagen van de **ZorgMarktMissie** van deze minister- niet onnodig te frustreren. Tot fundamentele (juridisch dichtgetimmerde) wetwijziging van de ZVW heeft het akkoord evenwel niet geleid. Wel tot veel fraaie gezamenlijk uitgesproken intenties en juridisch boterzachte maar schone verbale beloften. Soms zelfs tot plannen die strijdig zijn met de ZVW. Inmiddels lijkt het erop dat partij-

en over essentiële onderdelen van het ‘Vogelaarakkoord’ met elkaar in de clinch liggen.
Over ‘akkoord’ gesproken

Na oudejaarsdag 2005 laat de WMG zorgverzekeraars en huisartsen “vrij” zich steeds meer als marktpartijen te profileren. ZN en LHV moeten dan terugtreden als branchevertegenwoordigers, als onderhandelaars over materiële randvoorwaarden. Over zorginhoud mogen ze wel afspraken maken zolang het maar niets kost. Onder het regime van de WMG zijn zij hun wettelijke positie bij het CTG/NZa kwijt en naar de achtergrond geschoven. Het optreden van brancheorganisaties wordt ook nog beperkt door Europese en nationale mededingingsregels. De vraag of huisartsen daar veel van gaan merken is nu nog niet te beantwoorden.

Afgewacht moet worden of sommige leden van beide partijen (ZV’s, huisartsen) **na 1 januari 2006** alsnog een beroep wensen te doen op de mogelijkheden van de nieuwe marktwetgeving in plaats zich nog te committeren aan het ‘Vogelaarakkoord’. Overigens kan de minister besluiten onderdelen ervan op te nemen in nog te formuleren en te publiceren **AMvB’s**. Bijvoorbeeld hoe hij de rol van de marktpartijen uitgevoerd wil zien. Op die wijze kunnen alsnog bepaalde afspraken tussen ZN en LHV een juridische basis verwerven. Inclusief een eventueel vervolg op het ‘Vogelaarakkoord’

Bij reeds overeengekomen afspraken tussen LHV en ZN kan de minister, na aanvankelijk te hebben ingestemd, altijd nog dwars gaan liggen en afspraken negeren. Uit ‘landsbelang’, vanwege het stabiliteitspact of hoge olie-prijzen ... Net zoals dat voorheen binnen de werking van de ZFW met gezamenlijke **ZN-LHV afspraken** door de minister(s) is gebeurd. Zelfs bij door het CTG geaccordeerde voorstellen en geconcipeerde beleidsregels (lokale kostencomponent, inkomensherijking, ICT-afschrijvingsduur van 3jaar, AOV-compensatie).

En ook de nieuwe zorgmarktwetten bieden de minister daartoe weer alle gelegenheid.....

Concluderend:

De betekenis en positie van het gesloten ‘**Vogelaarakkoord**’ en die van de onderhandelaars, zijn eerder optisch, propagandistisch, opportunistisch en dus politiek-strategisch dan juridisch en opbouwend van aard. Maar wordt wel de zorg voor de patiënt er door verbeterd?

De **huisartsenstaking** is echter vrijwel macroneutraal van tafel. Zoals de invoering van de module ‘Modernisering en Innovatie’ (M & I) van € 25 miljoen, met financiering uit de kostenstructuur van de huisartsen zelf moet worden gerealiseerd.....

Hoofddoel van de staking: **investeringen voor behoud en innovatie** van de huisartsenzorg; het is een ‘compliment’ voor Zalm en Hoogervorst dat ze met **1,5 euro per verzekerde** voor ‘modernisering’, de beroepsgroep weer aan het werk hebben gekregen. Een beroepsgroep die straks de maat wordt genomen wanneer beoordeeld wordt of de **moderniseringstargets** wel gehaald zijn. Of aan de **prestatie-indicatoren** is voldaan. Waarbij het ene deel van de collega’s voor de **bonus** en het andere voor de **malus** in aanmerking komt. Zonder dat het een euro kost!

Een **schokgolf van innovaties** is niet echt waarschijnlijk.

2.III ‘Gebruikelijke zorg’ en de 7x24-uurs zorgplicht

Middels de ZVW en WMG hebben zorgverzekeraars de wettelijke plicht **voldoende zorg** in te kopen. De huisartsen moeten de **kwaliteit** van ingekochte zorg garanderen. In de huidige overgangsfase zullen ZV’s al lang blij zijn dat in elk geval voor de te contracteren huisartsenzorg een **leveringsgarantie** bestaat, door ‘gewoon’ bij alle huisartsen het **Basiszorgaanbod** (LHV/NHG) in te kopen. Dat geeft voor 2006 in elk geval enige rust in de tent. Na 2006 kunnen dan de marktprincipes geleidelijk aan ook in de huisartsenzorg worden doorgevoerd en geëxploiteerd in samenhang met WMG, HOZ, ZVW, WTGexpress, WTZi, WMO ofwel de ‘**Zorgmarktwetten**’. Meer zorgaanbieders (niet-huisartsen) dingen mee met name naar het Aanvullende en het Bijzondere Zorgaanbod (LHV/NHG).

Bij het Basiszorgaanbod zal de zorg voornamelijk door huisartsen geboden worden vanwege hun EBM-werkwijze en hun (kostenbesparende) poortwachtersrol.

De samenstelling van het **basisverzekeringspakket** [niet hetzelfde als het Basiszorgaanbod] wordt bepaald door de minister en ligt wettelijk vast.

Iedere individuele huisarts, elke samenwerkende huisartsengroep, maar ook andere personen (niet-huisartsen) en instellingen die zorg aanbieden '**zoals de huisarts gebruikelijk is te leveren**', kunnen straks onderdelen van de huisartsenzorg 'in de markt zetten'. Dus diverse ondernemers zonder huisartsgeneeskundige expertise, kunnen (onderdelen van de) huisartsenzorg 'verkoppen' aan verzekeraars. Zal de **integrale huisartsenzorg** van nu, zich vanaf 2006/2007 omvormen tot **fragmentarische (versnipperde), commerciële huisartsenzorg**?

Voorlopig lijkt de regie over de inhoud en de levering van het **Basiszorgaanbod** (LHV/NHG) nog het primaat van de beroepsgroep. Zoals gezegd, in de overgangsfase niet een onverstandige keuze van de zorgverzekeraars, om dat nog even zo te laten.

Over enige tijd (2007, 2008?) zal duidelijk worden welke delen van dit **Basiszorgaanbod** behalve bij huisartsen ook **elders ingekocht** kunnen worden en bij wie. Bij "Holistische Gezinsartsen", "Eerste-lijns Familiedokters" of bij commerciële "PCCC's", de zogenaamde "Primary Care and Cure Centra" van de gelijknamige Engelse multinational? Markttechnische ontwikkelingen waarbij de verplichtende en beperkende eigenschappen van de **BIG-titel** "huisarts" juridisch adequaat kunnen worden omzeild maar de ZV's toch **voldoende zorgcapaciteit** kunnen inkopen. Voor beide partijen een **win-win** situatie? En voor de patiënt?

"**Gebruikelijke zorg**" kan als omschrijving van het totale pakket, als **relikwie** van voormalige Nederlandse huisartsenzorg, worden bijgezet. Zorginkopers willen zich op de markt juist profileren met '**onderscheidende commerciële zorgarrangementen**' (in het Aanvullende en Bijzondere Aanbod) en niet dezelfde 'gebruikelijke zorg' leveren als hun concurrenten.

En al was de **juridische status** van het vroegere begrip '**gebruikelijke zorg**' nog zo **wankel**, het functioneerde lange tijd in de harten en hoofden van de huisartsen, binnen de organisatiestructuur van de beroepsgroep, maar ook voor de IGZ, de overheid en zorgverzekeraars. Ook al was de **besluitvormingsprocedure** voor het vaststellen, het definiëren van '**gebruikelijke zorg**' (onder beroepsgenoten gebruikelijk.....) gebouwd op **juridisch drijfzand**, het begrip heeft toch jarenlang stand kunnen houden.

De LHV gaf in 2002 aan dat het de '**feitelijkheid**' was (en dus 'gebruikelijk' ...) dat huisartsen 7x24 uren zorg regelden. Als juridische basis voor een individuele verplichting zonder zeggenschap over honorering en andere randvoorwaarden, dus inderdaad zeer wankel.

En helaas is er ook hier nog steeds geen fatsoenlijke koppeling tussen (zorg)product en prijs.

Omdat per 01.01.2006 de **Ziekenfondswet**, de **Uitkomst van Overleg (UvO)**, de **Individuele Overeenkomst (I.O)** als juridisch kader zijn verdwenen en de term '**gebruikelijke zorg**' niet meer voorkomt in de zorgmarktwetten ZVW/WMG, vervalt ook de juridische basis voor de '**individuele 7x24-uurs zorgplicht**'.

De bestaande '**feitelijkheid**' van de 24-uurszorg (LHV) wijzigt op dat moment in de '**verplichte inkoop**' voor zorgverzekeraars van **dagzorg bij huisartsen-praktijkhouders** (Vogelaarakkoord) en andere zorgaanbieders en van **ANW-zorg bij zorginstellingen** als grootschalige HDS-sen, kleinschalige lokale of regionale **huisartsengroepen** en andere ANW-zorgaanbieders.

Zonder **contractuele overeenkomst** is na 01.01.2006, geen enkele huisarts op voorhand (individueel) verplicht, welke huisartsenzorg dan ook te leveren.

En geen enkele huisarts is verplicht voor 2006 een **contract** te tekenen

Zonder getekende overeenkomst echter, bestaat er geen recht op uitbetaling van **modules**. Mogelijk bestaan er straks dus verschillende tarieven: voor huisartsen *met* en huisartsen *zonder* contract.

Het zorgaanbod van een huisarts kan dus minimaal bestaan uit het Basiszorgaanbod. Verder uit delen Aanvullend Zorgaanbod (voorheen RIZ-projecten) of uit Bijzonder Aanbod. Dit laatste zorgaanbod zal steeds vaker ook door niet-huisartsen worden geleverd. Daarentegen kunnen huisartsen zaken gaan leveren die voorheen door anderen aangeboden werden.

Het 'Vogelaarakkoord' betreft de financieringsstructuur voor **huisartsendagzorg**.

De huisarts kan daarnaast besluiten (een **hoeveelheid**) **ANW-zorg** aan te bieden. In dat geval wordt een contract met een grootschalige **HDS-zorginstelling** gesloten of met een (regionale) **zorgverzekeraar** (kleinschalige ANW-zorg).

De **ontkoppeling van dag- en ANW-zorgcontracten**, en ook de **facultatieve basis** voor levering, zijn in feite het gevolg is van de **invoering van de ZVW en de WMG** met de kenmerkende nadruk op marktontwikkeling.

De ZVW/WMG betekenen het **einde van de individuele 7 x 24-uurs zorgplicht**. Einde van de plicht voor individuele huisartsen, om permanente zorg te regelen, te bieden of in te kopen.

De feitelijke en reeds bij wet geregelde organisatie en financiering via wettelijk gefundeerde zorginstellingen (HDS), passen in dit kader geheel bij de mogelijkheid van onderscheiden contractering van dag en ANW-zorg. Met name markttechnische, financieel-economische argumenten kunnen de huisarts doen besluiten uitsluitend het aanbod voor huisartsgeneeskundige dagzorg te contracteren.

3 Spelers en speelveld: zorgaanbod & -inkoop op de gereguleerde, vrije markt

- de huisarts is vrij te bepalen welk huisartsenzorgaanbod hij/zij ter contractering aanbiedt.
- de huisarts is vrij te bepalen met welke zorgverzekeraar hij/zij levering van zorgaanbod contracteert
- de zorgverzekeraar is vrij te bepalen bij welke zorgaanbieder huisartsenzorg wordt gecontracteerd.
- de huisarts is vrij dagzorg en ANW-zorg onderscheiden/ontkoppeld aan te bieden.
- de zorgverzekeraar is vrij dagzorg en ANW-zorg in te kopen bij onderscheiden zorgaanbieders
- de huisarts is vrij voorwaarden te stellen voor levering van zorgaanbod
- de zorgverzekeraar is vrij om gestelde voorwaarden wel of niet te honoreren
- de zorgverzekeraar is vrij kwaliteitsvoorwaarden te stellen aan het te contracteren zorgaanbod
- landelijke afspraken over verplichte levering van (bepaald) zorgaanbod zijn onwettig
- gekoppelde contractering zonder instemming van marktpartijen, is eveneens onwettig

4 Conclusies

Huidige situatie ‘gebruikelijke zorg’ en 7x24-uurs zorgplicht.

- 1) Tot dec. 2005 functioneert de LHV-LV als het formele orgaan dat namens de beroepsgroep omschrijft wat onder ‘gebruikelijke zorg’ verstaan moet worden.
- 2) Het aanbod van 7x24u huisartsenzorg is door LHV-LV als ‘gebruikelijke zorg’ gedefinieerd. Huisartsen-praktijkhouders leveren dit aanbod op grond van een individuele 7x24uurs ‘zorgplicht’.

Zorgmarktwetgeving per 2006

- 3) De LHV en ZN verliezen hun wettelijke positie als vertegenwoordigers van hun brancheorganisatie cq achterban, bij het CTG e.d.
- 4) Door de intrekking van de ZFW is in essentie de organisatie van de zorg in handen van marktpartijen die ‘in vrijheid’ onderhandelen over aanbod en inkoop van zorg.
- 5) De spelregels voor de marktonderhandelingen, de beschikbare financiële middelen (en dus de tarieven) en de samenstelling van het basisverzekeringsspakket, worden door de minister zelf bepaald.
- 6) De contracteerplicht voor ZV’s naar huisartsen is ingetrokken.
- 7) De ZV’s zijn wettelijk verplicht ‘voldoende (huisartsen) zorg’ in te kopen
- 8) Ook niet-huisartsen kunnen (delen van de) huisartsenzorg aanbieden

Vogelaarakkoord

- 9) De afspraken in het Vogelaarakkoord hebben thans geen wettelijke basis. De leden van de onderhandelingspartijen zijn juridisch niet verplicht zich (in 2006) aan de afspraken in het akkoord te houden tenzij deze alsnog in AMvB’s worden vastgelegd.
- 10) Er is vooralsnog geen wettelijke verplichting voor de minister zich (in 2006) in zijn beleid te committeren aan het Vogelaarakkoord.
- 11) Het akkoord heeft betrekking op het aanbod van huisartsendagzorg

Ontkoppeling zorgaanbod: huisartsenzorg en spoedzorg in ANW per 2006

- 12) Met de intrekking van de ZFW vervallen de 'Uitkomst van Overleg (inclus. het begrip 'gebruikelijke zorg') en de 'Individuele Overeenkomst'.
- 13) 'Gebruikelijke zorg' en de '7x24u zorgplicht' komen in de nieuwe markt wetten niet voor en hebben daarmee hun (veronderstelde) wettelijke basis verloren.
- 14) Het huisartsgeneeskundig Basiszorgaanbod (LHV/NHG) kan door de huisarts onderscheiden worden aangeboden: huisartsenzorg en spoedzorg in ANW.
- 15) Contractering van het aanbod Dagzorg komt tot stand tussen huisarts en Zorgverzekeraar.
- 16) Facultatieve contractering van spoedzorg in ANW komt tot stand tussen huisarts en grootschalige of kleinschalige HDS of andere zorginstellingen waarbij de ZV de spoedzorg in ANW heeft ingekocht.

16.09.05/hansnobel

Eerste Landelijke Huisartsen Associatie ELHA

[<http://elha.org/>](http://elha.org/)

Dit is een informatieve discussiebijdrage over de 24-uurs zorgplicht en over de gevolgen van de nieuwe zorgmarkt wetten voor de contractposities en -procedures tussen zorgaanbieders en zorginkopers.

Binnenkort verschijnt van de ELHA een draaiboek:
'ontkoppelde contracten dag- en ANW-zorg'