

# Kwaliteit loont ...en hoe!?

## Een nieuw contract voor Britse huisartsen

Johannes Dalhuijsen

### Samenvatting

Dalhuijsen J. Kwaliteit loont ...en hoe!? Een nieuw contract voor Britse huisartsen. Huisarts Wet 2004;47(6):274-8.

Dit artikel bespreekt een nieuw contract voor huisartsenpraktijken, dat per april 2004 in de Britse gezondheidszorg is ingevoerd. Het contract kent een stevige bonus toe voor door de praktijk geleverde zorgkwaliteit. Deze kwaliteit wordt getoetst via indicatoren die klinische onderwerpen, praktijkorganisatie en patiëntgerichtheid betreffen. De invoering van het contract gaat gepaard met extra investeringen in huisartsenzorg en in infrastructuur, met name informatisering. Het contract brengt weinig nieuwe verplichtingen met zich mee, maar maakt het voor huisartsenpraktijken wel aantrekkelijk om bepaalde zorgprocessen strakker te organiseren, meer op risicofactoren te letten zoals bloeddruk, roken en HbA1c-waarden en beter te registreren. De verwachting is dat het contract tot betere patiëntuitkomsten zal leiden. Aangezien de totale zorgcapaciteit niet snel zal kunnen toenemen zal de invoering van het contract mogelijk ten koste gaan van de zorg op andere deel terreinen en van slecht meetbare aspecten van kwaliteit. De eerste reacties van praktijken lijken positief. Binnen de Nederlandse context zijn elementen uit het contract bruikbaar voor de invulling van het door ZN en LHV beoogde praktijkplan. Ook voor ketenzorg en voor andere aanbieder van huisartsenzorg dan traditionele praktijken lijkt het een interessant model.

Johannes Dalhuijsen, huisarts, South Tyneside Primary Care Trust/  
Ingham House, Horsley Hill Road, South Shields NE33 3DP, GB.  
Correspondentie: johannes.dalhuijsen@stpct.nhs.uk  
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

### Inleiding

Wat is een eerlijk financieringsmodel dat 'goede' huisartsen niet benadeelt ten gunste van minder 'goede'? Hoe kunnen huisartsen geprikkeld worden om kwaliteit én kwantiteit te leveren? Het groeiende huisartsentekort in Nederland, de differentiatie in het aanbod aan eerstelijnszorg, het toenemende belang van ketenzorg, plus de onzekerheid over hoe zulke zorg het beste kan worden gecoördineerd en gefinancierd, maken discussies over wat geëigende contracteringsmodellen zijn relevant. Een geormerkte financiering van praktijkondersteuners is ten dele ingevoerd. Een scheiding van praktijkkosten en inkomen is voorgesteld; hierin zal het praktijkplan een rol vervullen.<sup>1</sup> Daarbij is het voornemen geuit om op termijn vergoedingen voor diagnosegroepen te introduceren.

Ter ondersteuning van deze discussie kan het nuttig zijn om te onderzoeken welke ontwikkelingen zich in andere landen voordoen. In dit artikel bespreek ik de essenties van het Britse contract op basis van de documentatie en van mijn ervaringen bij het geven van workshops voor 30 regionale Engelse praktijkteams, die gehouden werden ter ondersteuning van de invoering van dit contract.

### Achtergrond

Het Verenigd Koninkrijk kent sinds 1948 een nationale gezondheidszorg (NHS), waarbinnen contracten voor huisartsen 'top down' gelanceerd kunnen worden. Huisartsen moesten zich de afgelopen decennia soms overhaast naar (weer) een nieuw model schikken, daarbij gelukkig gesteund door de *practice manager*. Bekende onderdelen van recentere contracten zijn: *fundholding* (het beheer van budgetten voor zorginkoop door huisartsenpraktijken), het honoreren van *clinics* (categorale spreekuren) en het belonen van behaalde *targets* (doelen, zoals immunisatiegraad gecorrigeerd voor sociale achterstand en prescriptiecijfers). De regering van Blair heeft *fundholding* en vergoedingen voor categorale spreekuren weer afgeschaft.

### Blauwdruk van een nieuw contract

Per april 2004 is in het Verenigd Koninkrijk het *New GMS Contract* van kracht.<sup>2</sup> Men spreekt van de grootste innovatie in de Britse huisartsgeneeskunde sinds de introductie van de National Health Service. Dit nieuwe contract wordt afgesloten met de praktijk, niet met de afzonderlijke artsen en het geeft een stevige bonus voor geleverde kwaliteit – tot een derde van het praktijkinkomen. De kwaliteit wordt getoetst via indicatoren die zoveel mogelijk zijn gebaseerd op evidence.

De uitgangspunten van het *New GMS Contract* zijn:<sup>2,3</sup>

- ▶ Praktijken krijgen meer eigen verantwoordelijkheid en onafhankelijkheid bij de besteding van hun budgetten.
- ▶ Er is extra geld voor meer kwaliteit.
- ▶ Toetsing gebeurt via evidence-based indicatoren voor 'grotere' aspecten van zorgkwaliteit.
- ▶ Het contract maakt gebruik van parameters die toch al voor de zorgprocessen (moeten) worden geregistreerd.
- ▶ Verbetering moet op praktijkniveau binnen een redelijke termijn haalbaar kunnen zijn.
- ▶ Automatisering van het patiëntendossier is vereist.

Iedere praktijk krijgt een basisbedrag (*global sum*) dat gecorrigeerd is voor de praktijkgrootte en -opbouw. Dit bedrag is gekoppeld

Tabel 1 Klinische indicatoren (voorbeelden)

Code	Te behalen aantal punten	Noodzakelijk resultaat (%)	Omschrijving
CHD2	7	90	percentage personen met nieuwe diagnose angina pectoris die verwezen zijn voor inspannings-ECC en/of specialistisch onderzoek (omwille van de prognose)
CHD6	19	70	percentage personen met CHZ met laatste bloeddrukmeting <150/90 mmHg
CHD9	7	90	percentage personen met CHZ dat aantoonbaar acetylsalicylzuur gebruikt of een ander anticoagulans
LVD3	10	70	percentage personen met diagnose CHZ en linksventriculaire disfunctie die behandeld worden met ACE-remmers of A <sub>2</sub> -antagonisten
Stroke8	5	60	percentage personen met TIA of CVA en cholesterol (gemeten in de afgelopen 15 maanden) ≤5 mmol/l
DM8	5	90	percentage diabetespatiënten van wie de retina onderzocht is in de afgelopen 15 maanden
DM12	17	55	percentage diabetespatiënten met een maximale laatstgemeten bloeddrukwaarde <145/85 mmHg
DM18	3	85	percentage diabetespatiënten met een griep prik in de periode 1 september– 31 maart
COPD3	5	90	percentage COPD-patiënten bij wie de diagnose is bevestigd met spirometrie inclusief reversibiliteitsbepaling
COPD5	6	90	percentage rokers met COPD aan wie een stoppen-met-rokenadvies is gegeven of een verwijzing naar een gespecialiseerde voorziening is aangeboden
COPD7	6	90	percentage COPD-patiënten die inhalatietherapie gebruiken bij wie de inhalatietechniek is gecontroleerd in de afgelopen 27 maanden
Asthma2	15	70	percentage personen ouder dan 8 jaar met een recente diagnose astma die is bevestigd door piekstroommeting of spirometrie
Asthma3	6	70	percentage astmapatiënten tussen 14 en 19 jaar waarbij in de laatste 15 maanden geregistreerd is of deze roken
MH2	23	90	percentage personen met ernstige en langdurige geestelijke gezondheidsproblemen waarbij in de afgelopen 15 maanden een controlebezoek plaatsvond waarbij aan de orde kwam: de therapietrouw, de medicatie, de lichamelijke gezondheidstoestand, zorgtrajecten in eerste en tweede lijn

aan het leveren van basale huisartsenzorg. Aanvullend zorgaanbod, zoals geavanceerde kleine chirurgie, consultatiebureaus voor zuigelingen, zorg voor drugsgebruikers en thuislozen wordt apart gefinancierd en kan facultatief worden geleverd. Hetzelfde geldt voor de avond-, nacht- en weekenddiensten; een normpraktijk zou er ongeveer € 9000 per huisarts per jaar mee verdienen, maar de meeste praktijken passen ervoor.

Via 1050 kwaliteitspunten, die gekoppeld zijn aan 136 indicatoren, kan de praktijk extra geld verdienen. De indicatoren vertegenwoordigen klinische onderwerpen (70% van de punten), organisatorische onderwerpen (20%) en patiëntgerichtheid (10%). Een punt brengt in 2004/2005 ongeveer € 110 per normpraktijk op, oplopend tot € 180 in 2005/2006. Grotere praktijken krijgen meer geld per punt, maar niet pro rata want de formule corrigeert voor een veronderstelde grotere efficiency bij grotere praktijken. Het staat iedere praktijk vrij om in te zetten op slechts een beperkt aantal deelgebieden. Maar om een goede prestatie over een breed terrein te bevorderen vallen er 100 extra punten (*holistic points*) te verdienen. Hiertoe worden in iedere praktijk de prestaties voor alle 10 klinische deelgebieden van hoog naar laag gerangschikt. Het op twee na laagst scorende deelgebied bepaalt het aantal verdiende *holistic points*. Alle vergoedingen vinden plaats op basis van vertrouwen. Steekproefsgewijs wordt er op fraude gecontroleerd.

### De indicatoren

De *klinische* indicatoren betreffen ischemische hartziekte, CVA, hypertensie, diabetes mellitus, astma, COPD, epilepsie, hypothyreoïdie, kanker en geestelijke gezondheid (vooral ernstige en langdurige zoals schizofrenie of bipolaire stoornis). Bij de *organisatorische* indicatoren gaat het om management. Hierbij valt te denken aan het houden van functioneringsgesprekken, het volgen van nascholing door de medewerkers, de infrastructuur van de praktijk, het bijhouden van dossiers, het omgaan met herhalingsrecepten en het bespreken van fouten en bijna-ongelukken. De

indicatoren voor *patiëntgerichtheid* betreffen de consultduur (minimaal 10 minuten per consult, op dit moment is dat gemiddeld 7,5), het houden van een patiëntenenquête, het bespreken van de uitkomsten hiervan met derden en het bijstellen of verbeteren van praktijkroutines.

Uit tabel 1 valt te lezen dat de klinische indicatoren gekoppeld kunnen zijn aan omschreven doelen; een maximaal aantal punten wordt verkregen bij het behalen van het doel. Wordt het doel niet gehaald, dan krijgt men naar rato minder geld. Indien een patiënt niet *kan* of *wil* bijdragen, kan het doel voor deze persoon niet behaald worden. Zulke patiënten mogen van de berekening worden uitgesloten (*exception reporting*). Voorbeelden hiervan zijn patiënten van wie de bloeddruk ondanks maximale behandeling niet wil dalen (indicator CHD6), personen die ondanks herhaalde uitnodigingen niet op preventieve spreekuren verschijnen, en mensen die om religieuze redenen niet gevaccineerd willen worden. De procedures voor *exception reporting* zijn nauw omschreven.

### De context

De invoering van het contract staat niet op zich, maar gaat gepaard met forse investeringen in huisartsenzorg (1,7 miljard euro), ontwikkelingen op het terrein van informatietechnologie en intensivering van regionale ondersteuning.

Het contract is geïntroduceerd onder politieke druk om aantoonbare verbeteringen te bereiken in de levensverwachting en de gezondheid van de hele bevolking. Huisartsenzorg vervult hierin een centrale rol. Om weerstanden bij individuele huisartsen weg te nemen heeft de regering als overgangsmaatregel iedere praktijk voorlopig minimaal het huidige praktijkinkomen gegarandeerd. Alle praktijken ontvingen al in 2003 een geoormerkt bedrag ten behoeve van voorbereidend werk voor het contract, zoals het in orde brengen van de patiëntendossiers en het organiseren van computertraining.

Parallel aan de invoering van het contract loopt er een nationaal programma voor verbetering van informatietechnologie in de zorg (National Programme for Information Technology): een investering van minimaal 3,7 miljard euro. Het zal binnen enkele jaren moeten leiden tot geïntegreerde patiëntendossiers voor eerste en tweede lijn die op webtechnologie zijn gebaseerd. Voor de gangbare huisartsinformatiesystemen bestaan er al menugestuurde programma's waarmee binnen enkele minuten uitdraaien kunnen worden gemaakt van de prestaties in de eigen praktijk op het gebied van de afzonderlijke indicatoren, inclusief gebruikte diagnosecodes voor de teller en noemer van de indicator, de namen van patiënten die ingesloten/ uitgesloten worden van de berekening, leeftijdsverdelingen, trends en dergelijke.

Regionale ondersteuning voor de invoering van het contract leveren de zogenaamde Primary Care Organisations of PCO's. De PCO's zijn te vergelijken met een combinatie van het takenpakket van een DHV (kwaliteitsbevordering en ondersteuning), een regionale verzekeraar (zorginkoop, contracten en beheer van budgetten), een thuiszorginstelling (verpleging, verzorging en maatschappelijk werk) plus een deel van de taken van een GGD (monitoring van gezondheid, determinanten van gezondheid en van infectieziekten).

## Discussie

### Hoe is het contract binnen de UK gevallen?

Het contract is inhoudelijk niet revolutionair; er was al veel geëxperimenteerd met indicatoren voor kwaliteit in relatie tot contractering.<sup>4</sup> Ook in het iets oudere Personal Medical Services (PMS) contract bestond zoiets. Wel revolutionair is de massale schaal waarop het contract ingevoerd wordt, de grote hoeveelheid indicatoren en de brede dekking en het potentiële aandeel van 'kwaliteit' in de totale inkomsten van de praktijk.

Het heeft de beroepsorganisatie moeite gekost om de achterban mee te krijgen. Na heftige discussies stemde 79% van de Britse huisartsen voor het nieuwe contract. Het contract was waarschijnlijk vooral zo aantrekkelijk omdat het de optie biedt om avond-, nacht- en weekenddiensten af te kopen en vanwege de structurele investering in de huisartsenzorg. Een belangrijk probleem was de angst dat sommige praktijken er financieel op achteruit zouden gaan. Naast veel kritiek op financiële details, zoals de formule voor de correctie voor sociale achterstand en morbiditeit en de correctiefactor voor schaalgrootte – grotere praktijken krijgen minder extra geld per patiënt per indicator dan kleinere – is er waardering voor het algehele principe dat kwaliteit wordt beloond, voor de autonomie die het contract biedt (weinig is verplicht, veel is mogelijk) en voor de toegezegde extra middelen.

De ondernemingszin die het contract stimuleert, lijkt bij veel praktijken nog sluimerend. Ondernemen was men niet overal binnen de NHS gewend. Nu er grosso modo meer middelen ter beschikking komen, is men bezorgd of het benodigde extra personeel en de spreekkamers wel gevonden kunnen worden.

### Zijn de indicatoren valide?

De globale indeling van de indicatoren sluit aan bij gangbare definities van kwaliteit en er is een poging gedaan ze op evidence te baseren, onder meer door ze aan bestaande richtlijnen te relateren. Dit kunnen ook richtlijnen zijn die gebaseerd zijn op consensus.

Uit de door mij begeleide workshops blijkt dat praktijken doorgaans positief zijn over de validiteit van de klinische indicatoren. De strikte doelstellingen voor bijvoorbeeld bloeddruk, cholesterolwaarden en HbA1c ontmoeten weinig kritiek. Ook waar de *evidence* zwakker lijkt te zijn, bijvoorbeeld bij het jaarlijks natrekken van het rookgedrag van de jongere astmapatiënten, het tweejaarlijks volgen van de éénsecondewaarde bij COPD en het bespreken van de noden van patiënten met kanker binnen zes maanden na het stellen van de diagnose, spreken de indicatoren veel huisartsen aan. Dit pleit voor de *face-validity*.

Sommige indicatoren stonden al voor de invoering ter discussie, zoals het doen van reversibiliteitsonderzoek voor het bevestigen van de diagnose COPD en de BMR-vaccinatie omdat daarvoor een indicator plus doelstelling ontbraken. Misschien wordt dit nog aangepast.

Sommige indicatoren zijn pragmatisch onderbouwd of hebben een politiek karakter zoals het jaarlijks bespreken van therapietrouw en zorgcoördinatie met schizofrenen, het meten van de bloeddruk bij alle 55-plussers en het bespreken van rookgedrag bij alle personen ouder dan 15 en het verlengen van de consultduur tot gemiddeld 10 minuten. Deze laatste indicator stuit bij huisartsen op weerstand, omdat zij daardoor langere werkdagen verwachten. Voor veel indicatoren op het terrein van de praktijkorganisatie is relatief weinig evidence beschikbaar (tabel 2). Hoeveel is er bijvoorbeeld bekend over de effectiviteit van het driejaarlijks trainen van het personeel in reanimatievaardigheden? En van het regelmatig inspecteren, kalibreren en onderhouden van het instrumentarium? Zulke indicatoren lijken mede door een juridisch kader bepaald.

In hoeverre klinische indicatoren daadwerkelijk een betrouwbare afspiegeling van zorg kunnen vormen, staat ter discussie.<sup>5,6</sup> Kirk et al. laten zien dat om de kwaliteit van zorg in huisartsenpraktijken betrouwbaar te toetsen met indicatoren die volgens een grondige, valide methode ontwikkeld zijn, er soms meer dan honderd casus nodig zijn.<sup>5</sup> Het New Contract heeft dit probleem op diverse manieren kunnen omzeilen. Zo zijn de gekozen indicatoren vrij 'plat': ze kennen weinig uitzonderingen en genuanceerde klinische deelcategorieën. Dit gaat weliswaar ten koste van de validiteit, maar het is op statistische gronden aannemelijk dat er daardoor minder grote patiëntenaantallen vereist zijn. Ook kunnen door *exception reporting* de moeilijkst te beïnvloeden patiënten uitgezonderd worden. Dit zou de betrouwbaarheid van de indicator ten goede kunnen komen, hoewel het ook weer een bron van statistische variatie vormt. Omdat er voor de meer gangbare aandoeningen is gekozen, zijn er op praktijkniveau relatief veel casus beschikbaar. Dit komt de betrouwbaarheid ten goede. Voor

**Tabel 2** Voorbeelden van indicatoren voor praktijkorganisatie en patiëntgerichtheid

Code	Aantal punten	Omschrijving
Rec1	1	Ieder klinisch patiëntencontact (inclusief visites, telefonische adviezen en contacten praktijkverpleegkundige, wijkverpleging) wordt genoteerd in dossier.
Rec10	6	Het rookgedrag van iedereen tussen 15-75 jaar is genoteerd voor ten minste 55% van de personen in de praktijk.
Rec15	25	De praktijk heeft recente samenvattingen van de medische voorgeschiedenis van ten minste 60% van alle patiënten.
Educ7	4	De praktijk heeft de afgelopen 3 jaar ten minste 12 <i>significant events</i> besproken, inclusief (indien voorgevallen): ieder sterfgeval in praktijkgebouw, 2 personen met nieuwe diagnose kanker, 2 sterfgevallen na terminale thuiszorg, 1 klacht van een patiënt, 1 suicide, 1 gedwongen opname
Med5	7	Het voorschrijfbeleid wordt jaarlijks geëvalueerd bij minstens 80% van alle patiënten die 4 of meer herhalingsrecepten ontvangen.
PE1	30	Het afsprakensysteem laat minstens 10 minuten per afspraak (patiënt) toe of minstens 8 minuten bij open spreekuren.
PE2	40	De praktijk onderneemt jaarlijks een (gespecificeerde) patiëntenenquête.
PE4	15	De praktijk bespreekt de resultaten van de enquête met een patiëntengroepering of met een gekozen lid van het bestuur van de regionale eerstelijnszorgorganisatie (PCO); er zijn verbeteringsvoorstellen geformuleerd en er is enig bewijs dat deze zijn uitgevoerd.

**Tabel 3** Voor- en nadelen van het New-GMS-contract in de Britse context**(Potentieel) voordeel**

- 'Kwaliteit loont' wordt het principe.
- Aandacht voor de gehonoreerde gebieden groeit
- Intermediaire uitkomstwaarden verbeteren; er is minder ziekte en sterfte voor de klinische deelgebieden.
- Er is betere aansturing mogelijk van huisartsenzorg ten behoeve van volksgezondheidsdoelen.
- De zorg wordt beter gestructureerd via protocollen en inzet van ondersteunend personeel.
- Registratie en codering verbeteren.
- De mate van automatisering groeit.
- Monitoren van zorgprocessen op praktijkniveau is gemakkelijker.
- Meer geld voor huisartsenzorg.
- Levert schat aan gegevens over zorgproces en intermediaire uitkomsten voor volksgezondheid.

**(Potentieel) nadeel**

- Andere klinische gebieden worden onderbelicht.
- Onmeetbare aspecten van kwaliteit raken buiten beeld.
- Indicatoren voor het kwaliteitssysteem en de patiëntgerichtheid zijn ruw.
- Fraude en façadegedrag zijn mogelijk (fingert van patiëntgegevens zoals over bloeddrukwaarden of rookgedrag, inkrimpen van het aantal patiënten op het GGZ-register om zo weinig mogelijk zorg te hoeven leveren).
- Gerichtheid op geld wordt belangrijker ten opzichte van professionele waarden
- Gevoeligheid van huisartsenzorg voor politieke beïnvloeding wordt groter.
- De beschikbare mankracht en gebouwen worden overvraagd door meer geld in de huisartsgeneeskunde te pompen.
- Prikkel voor kosteneffectiviteit ontbreken.

bepaalde indicatoren zijn de aantallen patiënten echter toch nog heel klein. Ten slotte pretendeert het contract niet om voor iedere afzonderlijke indicator een betrouwbare kwaliteitsscore te construeren. De prestatie over het totaal van alle indicatoren bepaalt het loon. Een deel van de onbetrouwbaarheid op indicatorniveau wordt er daardoor uitgemiddeld.

**Voordelen**

Financieringsmodellen worden gezien als een krachtig alternatief voor onderwijskundige methoden, die doorgaans weinig effectief zijn in het bevorderen van de kwaliteit van de zorg.<sup>7</sup> In tabel 3 valt te zien dat te verwachten voordelen van het nieuwe contract liggen in de grotere aandacht voor de gedefinieerde deelgebieden, met name voor risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Als na invoering van het contract ziekte en sterfte daadwerkelijk zullen afnemen, dan zal dit contract daar dus waarschijnlijk een bijdrage aan hebben geleverd. Ook laat het contract een meer gedetailleerde aansturing door de overheid van huisartsenzorg toe dan tot nu toe gangbaar was. Door in de toekomst doelstellingen te variëren en indicatoren toe te voegen of weg te laten kan hierin een dynamiek ontstaan. Het is mijn ervaring dat op dit moment het contract via protocollen en inzet van ondersteunend personeel zoals praktijkverpleegkundigen al leidt tot een grotere structurering van zorg voor chronisch zieken. Ook vinden er noodgedwongen een betere registratie en meer eenvormige codering plaats en neemt de mate van automatisering van de registratie van zorgprocessen toe.

**Nadelen**

Mogelijke nadelen kent het contract ook. Zo zou een belangrijk nadeel kunnen zijn dat klinische gebieden die niet in het indicatoren schema zijn opgenomen ondergesneeuwd raken, zoals klachten van het bewegingsapparaat, dyspepsie, kleine kwalen, zeldzame aandoeningen en psychosociale problemen. Dit is deels op te vangen door gaandeweg nieuwe indicatoren te introduceren, maar dat is juist op deze punten erg lastig omdat de zorg hier moeilijker meetbaar en het beleid meer betwistbaar is en de aantallen patiënten voor sommige klinische gebieden klein zijn. Fundamenteel is de kritiek dat de gerichtheid op geld ten koste zou kunnen gaan van professionele waarden en dat onmeetbare kwaliteitsaspecten naar de achtergrond zouden kunnen geraken, zoals de arts-patiëntrelatie en diagnostische vaardigheden.<sup>7</sup> Dit zou ten dele op te vangen zijn door meer aandacht binnen nascholing en training aan de ondergesneeuwde aspecten te geven. Maar het tegenovergestelde lijkt te gebeuren. Een ander fundamenteel kritiekpunt is dat door zo'n contract huisartsenzorg gevoeliger kan worden voor politieke voorkeuren. Dit hoeft geen nadeel te zijn als de politiek daadwerkelijk de gezondheid van het volk dient, maar daar zijn helaas geen garanties voor. Het is nog de vraag hoe patiënten op de politisering van hun huisarts zullen reageren. Gelukkig laat het contract de huisarts de ruimte om zijn eigen weg te volgen – al levert die weg dan misschien minder geld op. Ook façadegedrag en fraude kunnen het gevolg zijn van dit contract. Zo levert alleen een advies aan een patiënt om niet meer te roken evenveel punten op als een

gedegen gesprek hierover. Ook kan men natuurlijk een stoppen-met-rokenadvies frauduleus coderen zonder het onderwerp te hebben besproken. Fraude is strafbaar en er zal steekproefsgewijs op gecontroleerd worden. Hetzelfde geldt voor het manipuleren van de praktijksamenstelling door onvoordelige patiënten (bijvoorbeeld diabeten met hoge HbA1c-waarden) uit de praktijk te verwijderen.

Er is weinig aandacht voor kosteneffectiviteit binnen het contract: er zijn geen prikkels voor rationele verwijzingen, voor afgepaste aanvullende diagnostiek of voor het beperken van overmatig voorschrijven. Dit zal op het niveau van de regionale PCO moeten worden aangepakt, want anders kunnen de budgettaire gevolgen rampzalig zijn. Op het gebied van het voorschrijven gebeurt dat ook al.

### Wat kan Nederland ervan leren?

Zou een dergelijk contract voor Nederland nuttig kunnen zijn? Onze context is anders: extra middelen zijn er van de overheid niet te verwachten en wat de visieontwikkeling betreft, staat het introduceren van liberale beginselen en de eigen verantwoordelijkheid van de burger hoger op de agenda dan het verbeteren van de zorg voor de bevolking.<sup>8</sup> De budgetten voor huisartsgeneeskunde zijn bij ons relatief laag en in regionale ondersteuning wordt weinig geïnvesteerd. Daarbij is de positie van de verzekeraars zwak ten opzichte van de overheid in de National Health Service en lijkt de huisartsgeneeskunde uit het centrum van de Nederlandse politieke belangstelling te verdwijnen.<sup>9</sup> Conservatisme binnen de LHV-achterban en de Nederlandse consensuscultuur dragen evenmin bij aan het vinden van krachtige, innoverende oplossingen. Voorlopig draait bij ons de discussie hoofdzakelijk om de scheiding van praktijkkosten en inkomen.<sup>1</sup> Het is bij die praktijkkosten wellicht aardig om eens naar de Britse indicatoren

voor organisatorische kwaliteit te kijken. Ook een correctiefactor voor de morbiditeit op praktijkniveau zou het principe van loon naar werken ten goede kunnen komen.

Financiering via klinische indicatoren voor zorgkwaliteit lijkt een transparantere methode dan via Diagnose Behandel Combinaties (DBC's).<sup>1</sup> Door intermediaire uitkomsten als indicator te gebruiken wordt meer recht gedaan aan integrale en preventieve zorg van de huisarts dan met de in essentie op verrichtingen gebaseerde DCB's. Tenslotte zou het *New GMS Contract* goed als raamwerk kunnen dienen bij het financieren van zorg die niet via traditionele huisartsenpraktijken geleverd wordt. Dit wordt des te meer actueel naarmate het huisartsentekort toeneemt. Ook bij het ontwikkelen van andere zorgvormen voor chronisch zieken heeft dit contract een voorbeeldfunctie.

### Literatuur

- 1 Akkoord ZN en LHV over toekomst financiering huisartsenzorg. [http://www.zn.nl/actueel/nieuws/actualiteiten/Actua\\_LHV.asp](http://www.zn.nl/actueel/nieuws/actualiteiten/Actua_LHV.asp)
- 2 *New GMS Contract: Investing in General Practice*. London: The NHS Confederation, 2003. [www.nhsconfed.org](http://www.nhsconfed.org) en [www.bma.org.uk](http://www.bma.org.uk)
- 3 Spooner A. *Quality in the New GP contract: understanding, designing, planning, achieving*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2004.
- 4 Leatherman S, Sutherland K. *The quest for quality in the NHS: a mid-term evaluation of the ten-year quality agenda*. London: Stationery Office, Nuffield Trust, 2003.
- 5 Kirk SA, Campbell SM, Kennel-Webb S, Reeves D, Roland MO, Marshall MN. *Assessing the quality of care in multiple conditions in general practice: practical and methodological problems*. *Qual Saf Health Care* 2003;12:421-7.
- 6 Zaat J. *Indicatoren vooralsnog onbetrouwbaar*. *Huisarts Wet* 2004;47:61.
- 7 Marshal M, Smith P. *Rewarding results. Using financial incentives to improve quality*. *Qual Saf Health Care* 2003;12:397-98.
- 8 *Langer gezond leven*. Leidschendam: Ministerie van VWS, 2003.
- 9 *De toekomstbestendige eerstelijnszorg*. Kamerstuk 2003-2004, nr. 29247 d.d. 21 november 2003.