



<http://devrijehuisarts.org/>

Functionele Bekostiging: Bij aan de Wortels van de Huisartsgeneeskunde

Commentaar van De Vrije Huisarts
op het NZa-Visiedocument (1) van 17 april 2009

Lees ook ons corresponderende commentaarartikel:
Functionele Bekostiging: Vier Niet-Complexe Chronische Zorgvormen

22 mei 2009

MARKTDENKEN

De poging van de NZa om huisartsenzorg een plek en functie te geven binnen de zorgmarkt met al de ambities en verwachtingen t.a.v. kwaliteitsverbetering, kostenbesparing en betere toegankelijkheid, is een wel erg theoretische exercitie geworden. De werkelijkheid van alle dag is (bewust) gereduceerd in de voornamelijk economische analyse. Zorg vanuit de focus van de euro waarbij meer en betere zorg voor minder geleverd moet gaan worden.

Volgens de marktprincipes worden aanbieders (huisartsen) concurrenten van elkaar maar moeten ze tegelijkertijd nauwer samenwerken. Maar waar huisartsen dat (altijd al) doen, worden ze vervolgens beticht gezamenlijk te veel marktmacht te hebben. En zetten zij zich in en nemen ze hun verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg dan heet het: "huisartsen in zorggroepen trekken de regie naar zich toe ..."

Binnen het Marktdenken heeft de NZa eigenlijk het liefst te doen met bedrijfsachtige constructies die als hoofdaannemer de zorg aanbieden. Anderzijds moeten er toch ook individuele aanbieders blijven anders kunnen zorgaanbieders niet concurreren, niet tegen elkaar uitgespeeld worden in de opgelegde concurrentieverhoudingen.

Het kader waarin de visie⁽¹⁾ van de NZa wordt vormgegeven gaat uit van een eendimensionale visie op zorg, net als verzekeraars doorgaans plegen te doen. Zorg is schade. Een kernzaak is die 'schade' te beperken. Dus wordt het beleid volledig gefocust en gestuurd door financiering en door verwachte besparingen die een geherstructureerde markt moet brengen.

Of die besparingen ook op zullen treden ligt in de toekomst verborgen. Aansluiting bij de bewezen kosteneffectiviteit van de huisartsenzorg die al tientallen jaren geïntegreerde (integrale) zorg levert, wordt niet overwogen. Het NZa geloof is louter gevestigd op reshuffling van de zorg naar het neoliberale marktmodel. Met een marktplein, liefst vol schreeuwende prijsvechters, als we de NZa goed begrijpen. Partijen die elkaar beconcurreren op ziektebeeldgerichte zorgproducten tegen de laagste prijs. Waarbij ieder die zegt dat hij het kan, competent geacht wordt de juiste zorg te leveren. Zo worden wel de zorgschadeverzekeraars bediend, maar de patiënt wordt aan zijn lot overgelaten. Die blijft verward achter, opgedeeld in zijn diverse ziektes met elk hun eigen, separate low-cost

begeleidingstraject. Waar de één niet weet wat de ander doet. Ultiem zal het leiden tot onnodige cq vermijdbare gezondheidsschade.

Wanneer de essenties en de waarden van de huisartsenzorg worden opgeofferd⁽²⁾ aan een geforceerde marktideologie, vormt dat volgens de Vrije Huisarts een ernstige bedreiging van de motivatie onder de beroepsgroep. Haar taak in het zorgstelsel zal niet zonder schade worden overgenomen door niet-huisartsen.

Ook het huidige tijdsgewricht waarin huisartsen jarenlang op de nullijn worden gezet, afspraken door overheid niet worden nagekomen, waar een sfeer van verdachtmaking ontstaat ("huisartsen declareren teveel ... inkomen met € 50.000 gestegen"), draagt niet bij aan de motivatie om fysiek en in tijd te investeren in innovatie van de huisartsenzorg.

Voor verbeteringen in kwaliteit, meer service, een grotere bereikbaarheid en implementatie van nieuwe zorgconcepten is personeel nodig, soms aanpassing van huisvesting of zelfs nieuwbouw. Dat vereist meer financiële middelen maar de in het verleden toegezegde investeringen zijn tot nu toe vrijwel uitgebleven.

De NZa realiseert zich onvoldoende dat huisartsenzorg niet gebaseerd is op een marktcultuur maar op vertrouwen tussen arts en patiënt, op professionele samenwerking tussen collega's en andere disciplines, op het tering naar de nering zetten, op improviseren en het realiseren van oplossingen binnen de vaak smalle marges van de praktische mogelijkheden.

De huisarts neemt de regie over zijn zorg omdat hij er zich verantwoordelijk voor voelt en met succes. Het inbreken in deze cultuur op de wijze die de NZa voorstaat, is de bijl aan het fundament van de huisartsenzorg en dus de eerstelijnszorg. Daarin beschikken diëtiste, fysiotherapeut of eerstelijns psycholoog, laat staan andere in het rapport genoemde mogelijke partijen, niet over de competenties om als generalist de regie te voeren. Huisartsgeneeskunst is geen marktconcept maar een ethisch en academisch gegronde professie met evidence-based richtlijnen en professionele waarden.

ONTWIKKELING VAN HET SPECIALISME HUISARTSGENEESKUNDE

Steeds opnieuw is de kwaliteit van de Nederlandse huisartsenzorg ten voorbeeld gesteld, zowel nationaal als internationaal. Met wetenschappelijk onderbouwde standaarden en een laagdrempelige toegang, wordt circa 96% van alle zorgvragen van de patiënten zelfstandig afgehandeld voor een macro-economisch zeer beperkt deel van het totale zorgbudget (CBS 2008 3,12%). Huisartsen zijn voorlopers in de praktijkautomatisering en in het betrekken van gekwalificeerde medewerkers ten behoeve van taakdelegatie en absorptie van de gestegen zorgvraag.

Niets daarover in de NZa analyse. Respect en waardering voor de positieve rol en de inzet van huisartsen in de laatste tien jaar bij innovatie, intensivering en capaciteitsvergroting van de zorg i.v.m. vergrijzing en substitutie, blijven onbenoemd.

Huisartsenzorg is tot nog toe gebaseerd op een vertrouwensrelatie die is opgebouwd gedurende soms vele jaren van zorgcontacten tussen huisarts en patiënt, waarin beiden geïnvesteerd hebben. Investeren niet in euro's maar in menselijk en professioneel kapitaal. Huisartsenzorg is relationele zorg. Daar kan het NZa binnen haar (beperkende) marktfocus geen kant mee op. Dat goede huisartsenzorg juist vanwege het opgebouwde vertrouwen enorme maatschappelijke en economische betekenis heeft voor effectieve en verantwoorde kostenbesparingen, wordt over het hoofd gezien. Wat de NZa niet ziet, bestaat in hun ogen ook niet. Kostenbesparingen worden volgens de NZa alleen gerealiseerd met concurrentieverhoudingen, met het kunnen switchen van aanbieder door verzekeraars en 'consumenten' en met selectievere zorginkoop en contracteervrijheid binnen een structuur van functionele bekostiging. De shopcultuur als ultimum refugium voor kostenbeheersing.

Barbara Starfield, hoogleraar Health Policy and Management aan de John Hopkins University in Baltimore en leider van het Primary Care Policy Center van de universiteit, concludeerde enkele jaren geleden op basis van uitgebreid wetenschappelijk onderzoek:

- hoe meer huisartsen, des te lager de totale mortaliteit

- hoe meer specialisten, hoe hoger de mortaliteit
- een sterk op de eerste lijn georiënteerd gezondheidszorgsysteem voorkomt onnodige gezondheids- en economische schade voor de bevolking

Tevens stelde zij: “Het oplossen van globale gezondheidsproblemen vergt een globale oplossing in de vorm van gecoördineerde en bevolkingsgerichte eerstelijns gezondheidszorg voor iedereen en niet de versplinterde ziektegeoriënteerde benadering”. Je zou denken, dat is in ons land de huisarts en “die professional zullen we koesteren en met purper omhullen” (uitspraak Bas Vos, ex-voorzitter LHV)

GEÏNTEGREERDE EERSTELIJNSZORG [GEZ] ALS BASIS VOOR GEDESINTEGREERDE HUISARTSENZORG?

Integrale zorg is één van de kernwaarden in de huisartsenzorg en staat voor het betrekken bij de medische behandeling van alle facetten die voor een individuele patiënt van betekenis zijn: zijn sociaal-maatschappelijke context, zijn psychische omstandigheden, zijn medische voorgeschiedenis etc.

De NZa hanteert het begrip ‘geïntegreerde zorg’ louter vanuit een te leveren zorgaanbod: indien de betreffende (ziektegeoriënteerde) zorg door meerdere disciplines wordt aangeboden onder regie van een hoofdaannemer. Geen integrale zorg als holistisch fenomeen maar als economisch organisatiemodel [functionele bekostiging] rond één bepaalde ziekte. Hoe zo, kwaliteitsverbetering met functionele bekostiging?

Zonder veel onderbouwing preekt de NZa haar voorkeur voor de Geïntegreerde Eerstelijns Zorg. Juist vanwege de noodzaak van kostenreductie in de zorg, is dit niet zo’n logische keuze.

In het Kostenonderzoek Huisartsenzorg van dezelfde NZa blijken de kosten per verzekerde mede afhankelijk van de praktijkvorm waarin de zorg geboden wordt. Bij zelfstandige praktijkhouders (solisten/groepspraktijk) zijn de kosten voor huisartsenzorg € 80 - € 85 per verzekerde per jaar. Bij de GEZ-praktijken met koepel is dat € 142 per jaar. ‘Gelukkig’ is maar 2.5 % van de Nederlandse praktijken een GEZ-praktijk met koepel. Indien er meer van dergelijke praktijken ontstaan, conform de wens van VWS/NZa, zal dat dus een forse druk op het budget geven waarbij dat op kan lopen tot honderden miljoenen euro’s per jaar aan kostenstijgingen. Hoe zo, kostenbesparing bij GEZ?

Het is daarmee onbegrijpelijk dat de NZa niet van harte voor de huisarts kiest en deze duidelijker faciliteert zijn/haar werk onder de gewenste en noodzakelijke randvoorwaarden te laten doen. Wel is de NZa bereid de positie van de huisarts in te ruilen voor niet-huisartsen en dat dan toch ‘huisartsenzorg’ te blijven noemen.

Dat huisartsenzorg een medisch specialisme is wordt genegeerd onder aanhaling van de twijfelachtige herdefiniëring in de ZVW waar huisartsenzorg zorg is “zoals huisartsen die plegen te bieden”. De zorg als ‘functionele aanspraak’. Iemand met een brandslang in zijn hand is toch nog geen brandweerman, zelfs niet als hij goed kan richten? Iemand met een EHBO diploma is toch nog niet inzetbaar als intensivist op de IC?

Een basisarts, sportarts of Arbo-arts heeft niet de competenties van de huisarts die in een driejarige postacademische opleiding tot huisartsgeneeskundig specialist werd opgeleid, met vervolgens nog minimaal 40 uur geaccrediteerde nascholing per jaar. Hoezo, kwaliteitsverbetering door marktwerking?

Het maar aanhoudend en geforceerd willen faciliteren van niet-competente concurrenten op de (huisartsen)markt door de NZa, betekent een onacceptabel risico voor de kwaliteit en continuïteit van de medische (huisartsen)zorg aan patiënten.

Op de NZa Zorgmarkt worden onverantwoorde marktspelletjes gespeeld, die noch de kosten beperken, noch de kwaliteit verbeteren en die een valse toegankelijkheidsverhoging suggereren.

DE “PATIËNT CENTRAAL” MAAR WEL GESTUURD EN BINNEN HET MARKTKADER

In feite is de uitspraak dat zorg niet aanbod- maar vraaggestuurd moet zijn, nogal demagogisch. Biedt de huisarts nu soms zorg aan waar geen vraag naar is? Elke patiënt vraagt in elk consult iets en daar

wordt de zorg op afgestemd. Slechts om de ideologie van de markt moeten eerst de rollen worden omgezet. Patiënt wordt klant of consument. De huisarts wordt als zorgaanbieder partij in een markt en kan evengoed vervangen worden door ieder ander die zorg biedt zoals huisartsen 'die plegen te bieden'. Maar is dat ook wat mensen willen en voelen als zij gezondheidsproblemen hebben? Gaat het dan niet meer om een bewezen vertrouwensrelatie? Om het samen zoeken naar de beste zorg of oplossing voor de individuele patiënt i.p.v. de goedkoopste geprotocolleerde serviceverlening?

Natuurlijk, zonder ZVW en NZa geen geforceerde creatie van kunstmatige marktpartijen en geen verzekeraars die bepalen door wie en waar de zorg verleend wordt. Maar er werd anders besloten. De patiënt rest een bijrol, al kan hij/zij een volgend jaar van zorgverzekeraar wisselen om vervolgens te merken dat ook de andere zorgverzekeraar niet in het belang van individuen denkt maar in marktaandeel en rendementsbelangen.

Hoewel op papier de patiënt dus centraal staat, is het dus nog maar de vraag wat zijn keuzevrijheid is wanneer hij bijvoorbeeld kiest voor zijn huisarts en niet voor een andere, gecontracteerde zorgaanbieder bij wie de ziektegeoriënteerde zorg is ingekocht. Wanneer deze 'versnipperde zorg', in plaats van de integrale zorg zoals die door de eigen huisarts wordt geboden, het enige aanbod is van de verzekeraar. Die mag immers bepalen waar en hoe de zorg aan de verzekerde beschikbaar wordt gesteld. Over vraaggestuurde zorg gesproken!

NIET KENNIS MAAR MACHT ALS BASIS VOOR OPLEGGEN ZORGMARKTCULTUUR: HOE (ON)WIJS KUN JE ZIJN?

De NZa hanteert bij de invoering van functionele bekostiging een topdown organisatiestijl. Hanteert hierbij nauwelijks een reële tijdsplanning. Gaat voorbij aan een aantal essentiële randvoorwaarden die voor implementatie van welke innovatie of structuurverandering ook, noodzakelijk zijn om te kunnen slagen. Kennelijk leeft de NZa in de veronderstelling dat als er maar een wet, een maatregel of beleidsregel op papier staat, dat het dan wel goed komt. Topdown dus.

De Vrije Huisarts heeft in eerdere publicaties aangegeven dat voor modernisering en innovatie van de zorg, en daar vallen ook de organisatie van GEZ, de invoering van functionele bekostiging en de regie over bepaalde zorgprogramma's onder, voldaan moet worden aan een aantal heldere implementatievoorwaarden:

Inhoudelijk: medisch inhoudelijk, huisartsgeneeskundig, qua feiten en m.b.t. de communicatie moet het 'deugen' .

Motivatie: vooraf en achteraf te evalueren onder huisartsen door onderzoek of er voldoende draagvlak bestaat onder de beroepsgroep.

Randvoorwaarden: welke ondersteuning, mensen, middelen en organisatie zijn nodig om implementatie tot een succes te maken

Faciliterende wetgeving en geen blokkerende wetgeving! Hierbij gaat het om risicodragendheid, verevening, 'gelijke kansen' op het speelveld.

GEZ en functionele bekostiging zijn volgens de Vrije Huisarts op korte termijn zeker niet toe aan een actieve implementatie. Er zal meer tijd nodig zijn over de vraag of de huisarts een centrale rol krijgt/behoudt in de regie van de huisartsen-/eerstelijnszorg dan wel dat wetgeving deze rol zal blijven blokkeren of inwisselbaar acht door managersgestuurde marktbedrijven of door zorgaanbieders zonder huisartsgeneeskundige specialisatie.

Medisch inhoudelijk is versnippering door ziektegeoriënteerde zorg voor de huisarts onaanvaardbaar. Het zal leiden tot onnodige gezondheidsrisico's, (nog) meer bureaucratie en kostenstijgingen.

FUNCTIONELE BEKOSTIGING: BRON VOOR VERDERE TOENAME VAN REGELZUCHT, CONTROLEDWANG EN BUREAUCRATISCHE OVERLAST

Nergens in het visiedocument wordt aangegeven hoe de administratieve en bureaucratische overlast door het FB-model, prestatieomschrijvingen met output of prestatieindicators, de

ziektegeoriënteerde zorg met grootschaliger opzet van zorgorganisaties zoals zorggroepen, zou moeten worden voorkomen of beperkt. Slechts één zin wordt er in het rapport aan besteed: “Het nieuwe systeem van prestatieomschrijvingen en bekostiging moet niet leiden tot (opnieuw) vormen van onnodige bureaucratie”, blz. 25.

Dat is wel een zeer makkelijke en magere bijdrage van het Toezichtorgaan, zonder uitwerking, zonder garanties, zonder analyse of onderzoek naar (te voorkomen) oorzaken van de overlast.

In het NZa rapport (“een economische analyse”) ontbreekt elke verwijzing naar concrete kosten die het gevolg zijn van de voorgestelde invoering GEZ en functionele bekostiging. Het blijft onduidelijk of invoering door extra (structureel) budget zal plaatsvinden dan wel gefinancierd uit het BKZ. Wellicht heeft men helemaal geen idee van de financiële gevolgen maar het zou beter zijn dit dan te vermelden. Het visiedocument is immers gebaseerd op een economische analyse!

Op 14 mei j.l. kwam het Centraal Bureau voor de Statistiek met haar jaarlijks overzicht van de Zorguitgaven aan aanbieders van zorg (pdf, PB09-037). Voor de berekening van de macrouitgaven Huisartsenzorg naar de kosten per Nederlander gaan we ervan uit dat 16.2 miljoen Nederlanders huisartsenzorg hebben. [zie verder DVH site: “Huisarts blijft spotgoedkoop voor de BV Nederland”]

Tabel: Zorguitgaven 2000 t/m 2008 (bronnen: samengesteld uit de CBS nota's van de laatste 8 jaar)							
Jaar	Macrokosten in miljoen €	Kosten HA-zorg /inwoner			Kosten totale Gez.zorg per inwoner		
		in €	2000 = 100	Groei t.o.v. voorgaande jaar	in €	2000 = 100	Groei t.o.v. voorgaande jaar
2000	1463	90,31	100		2651,-	100	
2001	1584	97,77	108	+ 8,3	2931,-	111	+10,6
2002	1843	113,76	126	+16,3	3256,-	123	+11,1
2003	2015	124,38	138	+ 9,3	3546,-	134	+ 8,9
2004	1982	122,35	135	- 1,7	3678,-	139	+ 3,7
2005	1970	121,60	135	- 0,7	3854,-	145	+ 4,8
2006	2296	141,73	157	+16,5	4315,-	163	+12,0
2007	2435	150,31	166	+ 6,0	4545,-	171	+ 5,3
2008	2471	152,53	169	+ 1,5	4809,-	181	+ 5,8

CONCLUSIES VAN DE VRIJE HUISARTS N.A.V. DEZE CBS CIJFERS:

- De groei van de kosten huisartsenzorg blijft al jaren achter bij de groei van de totale zorgkosten
- De kosten voor huisartsenzorg zijn in het afgelopen jaar 2008 slechts met 1,5% gestegen terwijl de totale zorgkosten stegen met 5,8% (het inflatiecijfer in 2008 bedroeg 2,5% -CBS)
- In absolute en relatieve zin is huisartsenzorg 7x24 uur in Nederland in termen van kosten per Nederlander nog steeds spotgoedkoop

INVULLING PRESTATIES (OMSCHRIJVING TE LEVEREN ZORG) GEEN ZAAK VAN ECONOMEN EN JURISTEN

In dit hoofdstuk van het Visiedocument loopt de NZa geheel vast in haar eigen paradigma of ideologie van de Zorgmarkt.

Het weet eigenlijk niet goed raad met de prestatieomschrijving van geïntegreerde (chronische) zorgvormen, laat staan van integrale huisartsgeneeskundige basiszorg. Hier manifesteert zich het probleem dat economen, juristen en bedrijfskundigen inhoudelijke kennis van de (huisartsen)zorg ontberen en geen idee hebben wat er in het primaire proces in de praktijk tussen huisarts en patiënt eigenlijk gebeurt. Pogingen de patiënt te rubriceren tot afgrensbare ziektegeoriënteerde kostenposten, mislukken volledig. Macro tegenover micro, kosten tegenover persoonlijke integrale zorg.

Geen enkele diabetes- of COPD patiënt is immers identiek. Huisartsenzorg is altijd het zoeken naar maatwerk, naar wat er mogelijk is bij en met een individuele patiënt. Waartoe is deze wel of niet gemotiveerd of in staat met betrekking tot een gezondere levensstijl. De huisarts gaat uit van 'heel de mens' waarin sociaal-maatschappelijke, psychologische en fysieke omstandigheden deel uit maken van diagnostiek en behandelingsmogelijkheden. De NZa econoom wil zorg laten bieden volgens geprotocolleerde zorgprestatiepakketten en als hij vastloopt vanwege bijvoorbeeld co-morbiditeit, worden er 'sub-pakketten' voorgesteld die dan weer tot vrij verhandelbare en concurrerende deelprestaties moeten leiden. Zo kan dan het dwangmatig geïntroduceerde marktdenken alsnog zijn (positieve/negatieve?) rol gaan spelen.

Met vraaggestuurde zorg heeft het niets te maken. Ook niet met de vertrouwensbasis die bij kan dragen aan het motiveren van patiënten (meer mede-)verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen gezondheidssituatie. Verhandelbare zorgprestatiepakketten ten behoeve van het onbewezen heil van de marktideologie kunnen echter wel leiden tot de ontkoppeling van de bewezen meerwaarde van integrale huisartsenzorg.

De moeite die de NZa heeft de prestaties (de aanspraak op omschreven zorg) helder te formuleren wordt gelukkig enigszins door de NZa erkend. Er wordt uitgebreid de mogelijkheid geboden om commentaar te leveren op het Visiedocument. Door zorgaanbieders en anderen. De keuze om de prestatieomschrijvingen door de beroepsgroep zelf vorm te laten geven is echter nog niet gemaakt. Dat juist voor de huisartsenzorg al tientallen jaren met succes gewerkt wordt met NHG standaarden en samenwerkingsafspraken rond het (gezamenlijk) aanbieden van (chronische) zorg, is kennelijk voor de NZa niet voldoende. Wellicht wordt het vragen aan de beroepsgroep wel ervaren door de NZa als het toekennen van teveel marktmacht aan de huisartsen. En dat kan de Marktmeester zich natuurlijk niet veroorloven.

CONCLUSIES

- Het NZa marktmodel voor de zorg is op essentiële punten strijdig met de basis waarop de Nederlandse huisartsenzorg al tientallen jaren haar positieve en innoverende professionele bijdragen levert binnen de gezondheidszorg.
- De waarde van huisartsgeneeskundige zorg en van de rol van de huisarts als medisch generalistisch specialist, onder andere in het voorkomen van onnodige economische – en gezondheidsschade, worden in het rapport onvoldoende erkend en rechtgedaan
- Het bekostigingsmodel functionele bekostiging draagt grote risico's in zich met betrekking tot de kwaliteit, de kosten en de vrije toegankelijkheid van eerstelijns (huisartsen)zorg voor burgers.
- De (politieke) tijdsdruk waaronder GEZ en functionele bekostiging moeten worden doorgevoerd, zonder zicht op kosten, administratieve en bureaucratische lasten, verantwoordelijkheid van en aansprakelijkheid voor uitvoerders, veroorzaakt onnodige risico's voor gebruikers en zorgaanbieders.
- Uitbreiding van het aantal GEZ praktijken met koepel, zal de kosten van de eerstelijnszorg met honderden miljoenen euro's per jaar doen laten stijgen.

BRONNEN:

1. NZa, **Functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen** [pdf 4,2MB]
Visiedocument, Utrecht, 17 april 2009
2. Christel Van Dijk, Mieke Rijken, Dinny De Bakker, Robert Verheij, Peter Groenewegen, François Schellevis **Anders is niet per se beter: kanttekeningen bij functionele bekostiging**, Nivel in Medisch Contact: 2009, 64(22), 973- 976

Koppelingen naar de bronnen vindt u zoals gebruikelijk op de webversie van deze analyse:

<<http://devrijehuisarts.org/asp/CommentFunctBekostiging220509.asp>>

Bent u dit jaar al donateur van De Vrije Huisarts? Wij hebben uw steun nodig.

<<http://devrijehuisarts.org/asp/donatie.asp>>