



<http://devrijehuisarts.org/>

Functionele Bekostiging Vier Niet-Complexe Chronische Zorgvormen

Samenvatting van De Vrije Huisarts
van het NZa-Visiedocument ⁽¹⁾ van 17 april 2009
22 mei 2009

Lees ook ons corresponderende commentaarartikel:
Functionele Bekostiging: Bijl aan de Wortels van de Huisartsgeneeskunde

SAMENVATTING

*Deze samenvatting beschrijft niet de DVH-visie,
maar een aantal essentiële punten uit het NZa-rapport.*

- **Vooraf**

Visiedocument van de NZa⁽¹⁾ met een analyse over 'Functionele Bekostiging' [FB] van vier chronische aandoeningen waarbij de geleverde zorg en niet de zorgaanbieder uitgangspunt is. 'Niet wie, maar wat' wordt betaald.

- **Actuele context**

Het uitgangspunt van de visie is dat de zorg gaat voldoen aan de typische kenmerken van het marktdenken in de verwachting, dat de kosten gereduceerd, de kwaliteit verhoogd en toegankelijkheid verbeterd worden.

- **Inleiding**

NZa, VWS en marktpartijen: de prikkels in de eerste lijn liggen niet altijd waar deze maatschappelijk en economisch gewenst zijn. Bepleit wordt de organisatie van de zorg rond de patiënt i.p.v. de patiënt rond de zorg. Bekostiging is teveel gericht op de aanbieder, te weinig op de zorgvrager.

Functionele Bekostiging biedt de mogelijkheid op kwalitatief betere en betaalbare (eerstelijns)zorg. Gaat uit van vraagsturing i.p.v. aanbodsturing. Wie de zorg verleent en waar, is ter bepaling van de zorgverzekeraar. De genoemde chronische aandoeningen zijn de eerste die in aanmerking komen voor FB. Daarna zullen overige aandoeningen en vormen van zorgaanbod (kunnen) volgen.

- **Probleemstelling**

Kan functionele bekostiging per 1 januari 2010 voor (de eerste) vier chronische aandoeningen worden geïntroduceerd (DM, COPD, cardiovasculaire aandoeningen en hartfalen) en onder welke voorwaarden?

- o welke **knelpunten** zijn er rond de huidige zorg voor en de bekostiging van de vier aandoeningen
- o voor- en nadelen, kansen en risico's van **geïntegreerde eerstelijnszorg** vanuit patiënten, zorgverleners, verzekeraars en vanuit publieke belangen [toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid] ; hoe voordelen te vergroten en nadelen te beperken
- o voor- en nadelen, kansen en risico's van **functionele bekostiging**; hoe de maatschappelijke voordelen te vergroten en nadelen te beperken

Het visiedocument kwam tot stand op basis van literatuuronderzoek en expertinterviews met een vijftiental marktpartijen en deskundigen uit overheid/NZa en wetenschap, waaronder de LHV en LVG. Eind dit jaar verschijnt een **uitvoeringstoets** over de toegevoegde waarde van FB voor de gehele eerstelijnszorg.

• Kader

Geïntegreerde eerstelijnszorg [GEZ] en **Functionele Bekostiging [FB]** moeten bijdrage aan de publieke belangen: kwaliteit (veilig, effectief, patiëntgericht), toegankelijkheid (binnen redelijke tijd en reisafstand) en betaalbaarheid van zorg (doelmatig en efficiënt).

GEZ: multidisciplinaire eerstelijnszorg waarbij regie rond het zorgproces noodzakelijk is. Ketenzorg: samenwerking tussen zorgaanbieders, zelfstandig of afhankelijk van elkaar, rond de patiënt, met opeenvolgende stappen van hulpvraag naar (continue) zorgverlening.

Eerstelijnszorg: generalistische, laagdrempelige, ambulante zorg in de buurt, gericht op coördinatie en continuïteit. **Zorggroep:** juridische entiteit van groep verenigde zorgaanbieders die (regionaal) zorg verlenen rond een of meer (chron.) ziekten, gecontracteerd door zorgverzekeraars.

• Beleidsregels

Samenwerking werd bekostigd via NZa-beleidsregels:

- o **'M&I'**: specifieke projecten, FTO e.d.
- o **'Samenwerking'**: ter stimulering/continuering samenwerkingsverbanden
- o **'Innovatie'**: experimenten GEZ en FB voor maximaal drie jaar

• Chronische aandoeningen

Zorg chronische aandoeningen: 4.5 miljoen burgers tegen 70% van de totale zorgkosten
Focus in NZa analyse op vier chronische aandoeningen: Diabetes II, COPD, Cardiovasculair risicomangement (CVRM) en Hartfalen

• Gewenste situatie

Over wat maatschappelijk wenselijke eerstelijns (curatieve) zorg is, bestaat grote overeenstemming tussen VWS, gebruikers, verzekeraars en aanbieders van zorg. 'Effectieve en efficiënte zorgverlening vanuit de zorgvraag van de patiënt' waarbij:

- o de zorg voldoende toegankelijk en van goede kwaliteit is
- o gecoördineerd wordt met behoud professionele verantwoordelijkheid zorgverleners
- o patiënten voldoende ruimte en ondersteuning krijgen voor zelfmanagement en keuze tussen zorgverleners en behandeltrajecten
- o de zorgvraag beperkt blijft door goede preventie
- o zorg tegen zo laag mogelijke kosten wordt geleverd
- o continue prikkels zijn voor innovatie, verhoging van kwaliteit en doelmatigheid
- o de overheid d randvoorwaarden realiseert
- o marktpartijen zorgen voor de invulling
- o de administratieve lasten worden beperkt

Prestatieomschrijving en FB moeten aansluiten bij integrale zorgvraag, binnen het stelsel van wettelijke zorgverzekeringen. En moeten niet (opnieuw) leiden tot vormen van onnodige bureaucratie De eerstelijnszorg kan een belangrijke rol spelen in de coördinatie van programmatische preventie. FB kan dubbele bekostiging wegnemen, innovatie en

doelmatigheid bevorderen. De overheid heeft geen rol als de markt het zelf afkan, mist publieke belangen geborgd zijn.

• **Meerwaarde samenwerking**

Uit literatuuronderzoek blijkt de meerwaarde van gestructureerde samenwerking zit in:

- de dynamiek van het zorgproces
- het management van schakelpunten
- de gestructureerde overdracht
- de structurele aandacht voor de patiënt
- het betrokken zijn van diverse disciplines
- het werken volgens protocollen

Per saldo stijgen hierdoor de kosten van de eerstelijnszorg, die van de tweedelijns dalen. De besparingen in de tweedelijns zijn groter dan de meerkosten in de eerste lijn.

Naast 'directe' substitutie van tweede naar eerste lijn is er 'indirecte' substitutie binnen de eerste lijn.

Door herverdeling van zorg waarbij de meest efficiënte aanbieder de zorg gaat leveren. Bijvoorbeeld door de POH, verpleegkundige of NP: de 'verlengde armconstructie' waarbij de eindverantwoordelijkheid bij de huisarts ligt: behoud van kwaliteit tegen lagere kosten.

• **Huidige knelpunten**

De zorg rond (de vier) chronische aandoeningen kent de volgende knelpunten:

- suboptimaal gebruik van zorg in eerste lijn door risicodragendheid ZV's
- versnippering van verzekerde aanspraak over basisverzekering, AV, AWBZ en WMO
- niet-kosteneffectieve bekostiging: zorgaanbod tegen hogere kosten als het lager kan
- beleidsregels verhinderen vergoeding voor onderlinge dienstverlening/samenwerking
- afstemmingsproblemen tussen de verschillende zorgaanbieders binnen eenzelfde chronische aandoening of bij comorbiditeit.
- dubbele bekostiging doordat:
 - zelfde verrichting door verschillende zorgaanbieders wordt uitgevoerd
 - zelfde verrichting onder twee aandoeningen (comorbiditeit) bekostigd
 - tweedelijns DBC waarvan deel in eerste lijn wordt uitgevoerd en gedeclareerd
 - een verrichting vergoed kan worden in het inschrijftarief én per consult én als M&I - verrichting

Zorggroepen bestaan voornamelijk of alleen maar, uit huisartsen die de medische inhoudelijke regie over de (chronische) zorg hebben en daarmee de zeggenschap en eindverantwoordelijkheid hebben.

Ook in de literatuur wordt opgemerkt dat huisartsen in zorggroepen de regie naar zich toe trekken. De Nza concludeert dat de positie van huisartsen in (grotere) zorggroepen zeer sterk is en mogelijk tot een machtspositie kan leiden ten opzichte van verzekeraars en andere zorgaanbieders. Des te sterker wanneer het om meer vormen van zorg gaat.

• **Resultaten economische analyse**

De NZa onderzocht op basis van de knelpunten de voor- en nadelen, de kansen en de risico's van GEZ en van FB in een economische analyse. Getoetst aan de publieke belangen als kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

• **Integratie eerstelijnszorg**

Voordelen:

- betere programmatische zorgcoördinatie
- verhoging proceskwaliteit (waarschijnlijk)
- beter ervaren zorg door patiënten

Nadelen:

- extra ontwikkelings- en uitvoeringskosten

- o marktmacht bij aanbieders GEZ (huisartsen in zorggroepen)
- o te weinig alternatieven en keuzen waardoor 'excessief hoge tarieven'
- o uitsluiting of excessief lage tarieven voor individuele zorgaanbieders

• Functionele bekostiging

Voordelen:

- o beperking dubbele bekostiging
- o kostenbesparende directe en indirecte substitutie

Nadelen:

- o risicoselectie

zie verder: **integratie eerstelijnszorg**

• Kwaliteit

Recht op zorg van voldoende kwaliteit wettelijk gewaarborgd: BIG, WGBO, Handhaving kwaliteit van zorg, preventie en medische producten door IGZ NZa waarborgt op zorgmarkt juiste, inzichtelijke en vergelijkbare informatie over product, prijs, kwaliteit en toegankelijkheid. "IGZ gaat over transparantie van de kwaliteit, NZa over kwaliteit van de transparantie"

• Toegankelijkheid

De juiste zorg binnen redelijke reistijdsafstand en binnen redelijke tijd. Patiënten kunnen de aanbieder van hun voorkeur kiezen, Deze keuzevrijheid wordt oa beperkt door sturing binnen een programma of uitsluiting zorgaanbieders

• Betaalbaarheid

Kansen:

- o kostenbesparing door minder verwijzingen naar tweedelijns (GEZ)
- o voorkomen van dubbele bekostiging (FB)
- o directe en indirecte substitutie (FB)
- o lagere zorgpremies (FB)

Risico's:

- o marktmacht -> excessief hoge vergoedingen, afname concurrentie, te lang in eerste lijn vastgehouden

• Visie

De NZa concludeert dat invoering van FB bij de vier chronische aandoeningen in potentie een toegevoegde waarde heeft onder de randvoorwaarden:

- o **aanwezigheid** van een **zorgstandaard** die geaccepteerd is door eerste en tweedelijns zorgaanbieders en gelegitimeerd door patiëntenorganisaties (alleen voor DM en CVRM is dat het geval en kan per januari 2010 de FB geïntroduceerd worden -> adv. aan minister
- o **verlaging** van de **toetredingsdrempels** zodat ook andere zorgaanbieders (niet-huisartsen) de regie op zich kunnen nemen van de chronische zorgaandoeningen
- o **verhogen** van de **transparantie** voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten
- o verbeteren **positie patiënt**

Uitsluitend voor Diabeteszorg en CVRM kan per 2010 FB worden ingevoerd. Voor COPD en Hartfalen is nog niet voldaan aan alle randvoorwaarden. Indien voldaan is aan genoemde randvoorwaarden acht de NZa tariefregulering voor de vier chronische zorgvormen voorsnog niet noodzakelijk.

• Regierol

Voor een doelmatige regie lijkt voor de hand te liggen dat deze taak in handen ligt van één (rechts)persoon/functionaris: de hoofdaannemer. Zorggroepen claimen en krijgen tot nu toe de regierol en zijn dus dominant. Daar zorggroepen vrijwel volledig bestaan uit huisartsen is hun marktmacht een factor van betekenis. De NZa ziet geen reden om aan te nemen dat andere aanbieders minder geschikt zouden zijn als regisseur/hoofdaannemer, zoals:

- o individuele aanbieders, verpleegkundig specialist, zelfstandig opererende POH
- o zorgcentra, speciale klinieken, ziekenhuizen
- o patiëntenplatforms, zorgverzekeraars

• **Verlaging toetredingsdrempels**

Andere potentiële hoofdaannemers moeten kunnen toetreden tot de eerstelijns zorgmarkt door:

- o directe toegankelijkheid van alle eerstelijnszorgaanbieders, dus zonder verwijzing
- o loslaten van verplichte inschrijving bij huisarts (ION)

• **Verhogen transparantie**

Druk op kwaliteit en doelmatigheid met vergelijking prijs/kwaliteit van eerstelijnszorg, door landelijk vergelijkbare indicatorinformatie af te dwingen.

NZa beschikt op basis van de WMG over instrumenten om de gewenste transparantie op te leggen.

• **Rol van de patiënt**

Als patiënten kunnen kiezen worden aanbieders gestimuleerd om op de wensen van de patiënt in te spelen. De patiënt moet hiervoor voldoende informatie over prijs, kwaliteit en wachttijden hebben.

De dreiging dat patiënten kunnen switchen naar andere zorgaanbieders, maakt dat deze onderling gaan concurreren, op prijs en op kwaliteit

Bij bereikte doelmatigheidswinst in GEZ kan de patient/consument mogelijk daarin delen: bijv. teruggave eigen risico. Klantentevredenheidsonderzoek (bijv. CQ-index) zou onderdeel kunnen zijn prestaties.

• **Markttoezicht NZa**

De NZa heeft tal van taken en bevoegdheden bij het inrichten, instandhouden en controleren van de marktfunctie van de zorg. Tariefsregulering, vrije tarieven, concurrentiebevordering, reguleren van product- en prestatieomschrijvingen, contractvoorwaarden, bevorderen van transparantie, zijn enkele hiervan. Ook de NMA volgt de naleving van de mededingingswet door zorgverleners. Tot nu toe heeft de NMA geen publieke acties ondernomen n.a.v. de groei van zorggroepen.

• **Invulling prestaties (omschrijving te leveren zorg)**

Aandachtspunten voor uitwerking en vaststelling van prestaties: Huidige grenzen van aanspraak op zorg (basisverzekering, aanvullende verzekering) en de (bekostigings)schotten tussen eerste en tweedelijns, belemmeren het opstellen van prestaties voor de vier chronische aandoeningen. Hiermee dient pragmatisch te worden omgegaan.

Kies voor uitwerking prestatie een tussenvorm van een algemene en een strikt omschreven prestatie met bijvoorbeeld allerlei prestatie-indicatoren of out-come waarden..

Prestatieomschrijving kent aspecten zoals:

- o ruimte voor variatie (in organisatie/behandeling) en innovatie, medische herkenbaarheid (o.a. t.b.v. benchmarking) en kostenhomogeniteit, transparantie, afbakening, betaalbaarheid, zicht op kwaliteit, uitvoerbaarheid, toegankelijkheid.

Algemene en strikte prestatieomschrijvingen worden in het rapport met elkaar vergeleken waarbij de NZa concludeert dat een tussenvorm wenselijk is: Uitgaan van bestaande consensusdocumenten en waarbij duidelijkheid en transparantie kunnen samengaan met flexibiliteit en ruimte voor innovatieve initiatieven.

• **Inrichting van de prestatie**

NZa zal de inrichting van de prestatie (aanspraak omschreven zorg) verder vorm moeten geven.

Aandachtspunten:

- huidige grenzen basis- en aanvullende verzekering en huidige schotten eerste- en tweedelij zijn potentiële belemmering voor prestatiebeschrijving vier chronische zorgvormen. Pragmatisch mee omgaan.
- keuze voor tussenvorm van algemene en strikte prestatie uitwerking
- heldere afgrenzing creëren tussen generalistische zorg en co-morbiditeiten
- formuleren bij co-morbiditeiten van aansluitende, samenhangende subpakketten voor FB mogelijk in een basismodule van deelprestaties voor meerdere chronische aandoeningen.
- grens tussen generalistische huisartsenzorg en GEZ lastig te trekken en moeilijk controleerbaar, maar wel een voorwaarde voor goede prestatieomschrijving.

• Functionele Bekostiging

De economische analyse richtte zich op FB bij de vier chronische aandoeningen. De lessen die hieruit te trekken vallen zijn ook van toepassing op FB van overige vormen van eerstelijns ketenzorg. GEZ en invoering FB bieden kansen en voordelen in termen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Bijbehorende risico's en nadelen kunnen worden beperkt door:

- borging minimum kwaliteit door zorgstandaarden, vaststellen prestaties, verlaging toetredingsdrempels, verhogen transparantie en verbeteren positie patiënt.

Waar de grens ligt tussen vormen van GEZ waar doelmatigheidswinst te behalen is en waar niet, is nog onduidelijk. NZa adviseert per keten/aandoening te onderzoeken in hoeverre FB 'rendabel' is.

BRONNEN:

1 NZa, **Functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen** [pdf 4,2MB]
Visiedocument, Utrecht, 17 april 2009

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

<<http://devrijehuisarts.org/asp/SamenvFunctBekostiging220509.asp>>

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

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