

Concept consultatievragen NZa

Consultatievraag 1: Hoe beoordeelt u de resultaten van de economische analyse in hoofdstuk 5 van de visie, en de bredere toepasbaarheid daarvan op de geïntegreerde eerstelijnszorg in zijn algemeenheid?

De nadruk in de visie van de NZa ligt voornamelijk op het ontstaan van marktmacht, en de eventuele gevolgen daarvan met betrekking tot excessief lage of hoge tarieven. Naar de mening van Achmea is dit risico groot. Het volume van de meeste zorggroepen is dermate groot dat de beoogde concurrentie niet zal slagen. Naast huisartsen gaat ook fysiotherapie zich in grote coöperatie verenigen(totaal regio's in een zorggroep).

De inkoopmacht neemt dermate toe dat kan leiden tot excessief hoge tarieven enerzijds en excessief lage tarieven(lees onderaannemerschap) anderzijds).

De keuze vrijheid van de patiënt wordt wel genoemd maar niet verder uitgewerkt terwijl dit een van de belangrijke onderwerpen is die in de visie van Achmea naar voren komt. In de tekst wordt geen mogelijke oplossingsrichting genoemd die dit probleem zou kunnen ondervangen.

Tevens wordt nauwelijks aandacht geschonken aan het risico op dubbele financiering. De regelgeving op dit gebied zal eerst veranderd moeten worden alvorens de functionele financiering volledig kan worden ingevoerd.

Door de integrale bekostiging heeft de verzekeraar geen zicht meer op de individuele declaraties van de verschillende beroepsgroepen, dat gaat nl via de zorggroep.

De verzekeraar krijgt op geanonimiseerd niveau de gegevens aangeleverd, waardoor een soort black box aan gegevens ontstaat.

In onze ervaring is er meer sprake van onderbehandeling dan van overbehandeling. Contractueel kan men veelal zaken vastleggen ten aanzien van het volgen van de zorgstandaard. We pleiten ook voor een indeling naar zorgzwaarte zodat er minder (bedrijfs-) risico bestaat voor de hoofdaannemer en er minder risico is dat alleen de eenvoudige patiënten in de eerste lijn worden behandeld. Indien nodig zal er doorverwezen moeten worden naar de 2^e lijn.

Consultatievraag 2: Hoe beoordeelt u de analyse van de invulling van de regierol in paragraaf 6.3 van de visie, en de bredere toepasbaarheid daarvan op de geïntegreerde eerstelijnszorg in zijn algemeenheid?

Zie commentaar vraag 3.

Consultatievraag 3: Welke maatregelen acht u van belang om toetredingsdrempels tot de markt voor geïntegreerde eerstelijnszorg te verlagen, indien functionele bekostiging daar geïntroduceerd wordt? (paragraaf 6.3)

Het is noodzaak dat naast de huisarts ook andere partijen de rol van de hoofdaannemer kunnen vervullen. Aan het eind van de rit gaat het uiteindelijk om de zorg die op kwalitatief goed nivo moet worden geleverd. Dat betekent dat de huisarts bij de meeste chronische ziektes wel een sleutelrol speelt maar niet per se de regierol zou moeten hebben. Uitgangspunt is dat het niet uitmaakt wie de zorg levert, als ie maar goed geleverd wordt. Belangrijk is dat er tussen de hoofdaannemer en de verzekeraar maar ook tussen hoofdaannemer en onderaannemer afspraken gemaakt worden die breed gedragen worden.

Consultatievraag 4: Welke maatregelen acht u van belang om transparantie van de markt voor geïntegreerde eerstelijnszorg te verhogen, indien functionele bekostiging daar geïntroduceerd wordt?

Er bestaan al geruime tijd prestatie indicatoren en kwaliteits indicatoren die gebruikt worden om systematisch getoetst worden en gebruikt worden om de kwaliteit te verhogen. Deze basisset

U:\Programma Extramurale Curatieve Zorg\Projecten\Uitvoeringstoets\6. Consultatie visie\schriftelijke reacties\Reacties voor op de site\achmea_reactie op visie.doc

indicatoren kan bij de inkoopcriteria als randvoorwaarden opgenomen worden om de transparantie te bevorderen. Flexibele financiering die hierop aansluit is essentieel.

Consultatievraag 5: Welke gegevens zouden voor u van belang zijn voor het verhogen van transparantie in de markt? Bijvoorbeeld gegevens ten aanzien van kwaliteit, prijs of aangeboden diensten?

Een van de inkoop voorwaarden zou moeten zijn dat tav de chronische zorg zorggroepen verplicht zijn om de uitkomsten vast te leggen zoals in de zorgstandaarden basisset indicatoren omschreven, zodat benchmark tussen de zorggroepen mogelijk is. Tevens is inzicht in de verrichtingen, de kwaliteit belangrijk. Prijzen van onderaannemers zouden volgens de NZa norm vastgelegd moeten worden om kwaliteitsverschraling tegen te gaan.

Consultatievraag 6: Hoe beoordeelt u de conclusie van de NZa in paragraaf 7.1 van de visie dat de huidige grenzen van de aanspraak in termen van basisverzekering/ aanvullende verzekering een potentiële belemmering vormen bij het opstellen van prestaties van chronische zorgvormen?

Dit kan voorkomen worden als alles in de basisverzekering wordt opgenomen. Anders vraagt het veel creativiteit en extra werk c.q. afstemming van de verzekeraar.

Consultatievraag 7: Hoe wordt in u ervaring tot dusver omgegaan met situaties waarin de inhoud van een zorgprogramma over de schotten van de aanspraak reikt?

Dat is lastig omdat de geïntegreerde keten binnen het segment ha ingekocht worden en de schadelast over de verschillende segmenten verdeeld is.

Met name ziekenhuizen, AWBZ en AV is lastig om te controleren of het ook niet alsnog uit de reguliere zorg betaald worden. Op dit moment zien wij geen significante daling bij deze segmenten, terwijl de schadelast tav de keten bij het segment ha sterk is toegenomen. *Wat Achmea betreft zijn wij een groot voorstander van het leveren van integrale zorg, maar dat kan ons inziens (voorlopig) losgekoppeld worden van integrale financiering. Achmea pleit voor een flexibele financiering, zodat verzekeraars de ruimte krijgen om de ketenzorg gedegen te kunnen inrichten.*

Consultatievraag 8: Hoe beoordeelt u de conclusie van de NZa in paragraaf 7.1 van de visie dat de huidige grenzen van de aanspraak tussen de 1^e en de 2^e lijn een potentiële belemmering vormen bij het opstellen van prestaties van chronische zorgvormen?

De DBCs in de 2^e lijn zullen moeten worden aangepast om transmurale zorg en beter samenwerking tussen 1^e en 2^e lijn mogelijk te maken Op dit moment wordt er voor een X percentage een dubbele DBC betaald voor patiënten die voor een eenmalig consult naar het ziekenhuis moeten.

Consultatievraag 9: Hoe wordt in u ervaring tot dusver omgegaan met situaties waarin de inhoud van een zorgprogramma over de schotten van de 1^e lijn reikt?

In onze ervaring wordt er thans verplicht een dubbele DBC geboekt omdat de ziekenhuis systematiek zo is ingericht dat er een DBC geopend moet worden als de patiënt eenmalig komt. In de AIV van de thuiszorg (waar soms zorgtaken worden verricht die binnen de keten vallen) kan ook niet gekeken worden welke zorg is verricht.

Consultatievraag 10: Hoe beoordeelt u de conclusie van de NZa in paragraaf 7.2 van de visie dat voor de uitwerking van de prestatie gekozen zou kunnen worden voor een tussenvorm van een algemene en een strikt omschreven prestatie?

Wij stimuleren een algemene prestatieomschrijving met veel flexibiliteit. We ondersteunen het feit dat er geïnnoveerd moet kunnen worden en daarvoor is flexibiliteit van groot belang.