

Nederlandse Zorgautoriteit
secretariaat directie Ontwikkeling
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Onderwerp consultatie visie 'functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen

datum

29 mei 2009

Geachte leden van de Raad van Bestuur,

ons kenmerk

AGR/6605

Met deze brief geven wij graag in hoofdlijnen onze visie op uw visiedocument 'functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen'. Onze reactie schetst om te beginnen de invalshoek van waaruit wij het document bezien en gaat vervolgens in op de consultatievragen zoals u die geformuleerd heeft in de brief die het document begeleidt. Overigens gaan wij er vanuit dat het feit dat ActiZ, hoewel LOVE-partij, niet uitgenodigd was voor de consultatiebijeenkomst van 14 mei jl., berust op een misverstand uwerzijds. Wij stellen het op prijs in het vervolg van dit traject wel rechtstreeks door u geïnformeerd te worden.

in behandeling bij

G. Ubels

doorkiesnummer

(030) 27 39 776

Vooraf

pagina

1/3

In onze visie bergt de inzet op bekostiging van ziekte-specifieke zorgketens het gevaar in zich van een gekunstelde indeling van cliënten op basis van aandoening. Juist bij ouderen is veelal sprake van comorbiditeit, waardoor mensen in meerdere ketens tegelijk kunnen vallen, met alle administratieve perikelen van dien. Meer in het algemeen wordt het geheel zo erg gericht op de ziekte en niet op de vraag in hoeverre de cliënt in zijn wens tot zelfredzaamheid zoveel mogelijk ondersteund wordt. De inzet van ActiZ is om niet te medicaliseren maar breed te kijken naar de kwaliteit van leven.

Cure en care

De ontwikkeling van functiegerichte bekostiging in de eerstelijns wordt in hoge mate ingezet vanuit het veld van de curatieve zorg en betreft als zodanig vooral de Zvw. Voor de leden van ActiZ, zorgorganisaties die veelal voornamelijk in de AWBZ opereren, is deze ontwikkeling niettemin van fundamenteel belang. Waar het gaat om de extramurale zorgvraag in de ouderenzorg is een naadloze aansluiting tussen AWBZ-zorg en eerstelijns Zvw-zorg noodzakelijk, waar de grens tussen die beide ook komt te liggen. Reeds nu al worden onderdelen uit de AWBZ overgeheveld naar de Zvw. Het onderscheid Zvw=cure en AWBZ=care is al niet meer vanzelfsprekend. Vandaar dat wij ook verbaasd zijn dat bij de consultatieronde zo eendimensionaal naar de zorgsector gekeken is. Juist voor de doelgroep van ouderen en chronisch zieken komt het aan op een zo effectief mogelijke inrichting en bekostiging van de benodigde multidisciplinaire zorg. Vanuit het oogpunt van de cliënt is daarbij het onderscheid

tussen eerste-, tweede- en derdelijnszorg niet interessant; en zo is ook het onderscheid tussen intra- en extramurale zorg – en tussen AWBZ, Zvw en WMO - steeds minder relevant. De zorgvraag van ouderen is immers meestal slechts tijdelijk een stabiele zorgvraag. In veel gevallen neemt de zorgvraag langs al dan niet te voorspellen weg toe en raakt de cliënt afhankelijk van een effectief samenspel tussen WMO, AWBZ, Zvw, aanvullende verzekeringen en eventueel particuliere middelen. Waar het in de zorg in Nederland erom gaat om voor de cliënt keuzemogelijkheden op prijs en kwaliteit te realiseren, moeten zorgaanbieders zich in concurrentie in deze markt kunnen ontwikkelen. Zo is de functiegerichte bekostiging in de eerstelijns ook een nadrukkelijk ontwikkelingsperspectief voor de aanbieders van intra- en extramurale Verpleging en Verzorging: ofwel om er zelf in te ondernemen, of wel om er adequate ketenverbanden in aan te gaan. De koers van ActiZ stelt hierbij de klant centraal en bepleit een directe betaalrelatie tussen aanbieder en klant. Een dergelijk persoonsvolgend budget (voucher) biedt efficiënte perspectieven voor de bekostiging van samenhangende zorg. Vanuit dit perspectief gaan wij in op uw consultatievragen.

1. Resultaten economische analyse

De nadelen en risico's die u schetst in de economische analyse worden door ons vrijwel zonder uitzondering herkend. Wij achten deze risico's niet gering. Met name de marktmacht van grote monodisciplinaire zorggroepen is ons een zorg. U benoemt daarbij het risico van uitsluiting van individuele zorgaanbieders; dit risico treft echter ook zorgorganisaties als zodanig. Waar er in ketens aanbesteed gaat worden, wordt de toegankelijkheid van de markt voor zowel cliënt als zorgaanbieder beperkt. Dit geldt niet slechts voor de vier voorgestelde ketens, maar als zodanig voor alle zorg die op deze wijze wordt ingekocht.

2. Invulling regierol

Uw analyse werpt helder licht op een structureel probleem in het denken rondom functionele bekostiging: de beoogde inhoudelijke regie in het multidisciplinaire zorgproces wordt geïnstrumentaliseerd tot de rol van hoofdaannemer in het financieel/administratieve proces. Deze beide rollen vallen echter niet samen en vanuit het oogpunt van een directe en op kwaliteit gerichte relatie tussen cliënt en aanbieder is deze vermenging ook niet productief.

3. Verlagen van toetredingsdrempels

Het direct toegankelijk maken van alle zorgaanbieders is een belangrijke stap vooruit, die ook de keuzevrijheid van de klant bevordert. Dit sluit goed aan bij de koers van ActiZ die de cliënt aan het stuur van zijn budget wil zetten. Daarnaast willen wij ook de verlaging van de toetredingsdrempels voor aanbieders bepleiten. Om de tweedelijns expertise die veelal in verpleeghuizen beschikbaar is ook in de eerstelijns in te kunnen zetten, is het nodig dat er geen systeemdrempels zijn voor de declaratie en bekostiging daarvan in de Zvw.

4. Transparantie van de markt verhogen

Transparantie moet gericht zijn op de bevordering van de kwaliteit en cliëntvriendelijkheid van de zorg. Daarbij moet ook de beperkte waarde van indicatoren niet uit het oog verloren worden. Kwaliteit laat zich niet volledig in meetbare factoren vangen en keuzeprocessen van mensen verlopen zeker niet langs uitsluitend rationele weg. Overigens werken de leden van ActiZ in de care-sector sinds 2007 reeds met een volledig uitgewerkt kwaliteitskader. Deze normen voor Verantwoorde Zorg worden gemeten op basis van outcome-indicatoren en zijn basis voor branchebrede transparantie.

5. Gegevens voor transparantie

Om de transparantie te verhogen, zijn gegevens over kwaliteit, prijs en aangeboden diensten alle drie relevant. Op basis van zorgstandaarden kunnen normen worden ontwikkeld waaraan de zorg in de keten moet voldoen. Deze moeten m.n. gericht zijn op de uitkomst van de zorgkwaliteit en niet de wijze van samenwerken vastleggen (structuur/procesindicatoren).

Ook hier geldt dat er zoveel mogelijk van één kwaliteitskader sprake moet zijn, m.a.w. van één basisset aan indicatoren. De VVT loopt hierin vooruit wat betreft de intramurale en extramurale zorg. De benodigde gegevensverzameling voor transparantie in de eerstelijns zorgketens moet zo min mogelijk administratieve lasten met zich meebrengen, en dient dus plaats te vinden langs de gebruikelijke weg van metingen Verantwoorde zorg, CQ index en jaardocument.

Naast de kwaliteitskaders zijn er echter ook de BIG-registratie en andere kwaliteitskenmerken die gelden voor individuele zorgaanbieders. Evenals er richtlijnen worden opgesteld tussen de verschillende beroepsgroepen. Deze moeten op elkaar zijn afgestemd, uniformiteit kennen zodat aanbieders en cliënten ook werkelijk de kwaliteit kunnen beoordelen en hierop aanspraak kunnen maken.

6./7./8./9. Grenzen van de aanspraak

Bij het opstellen van een jaarlijk samenhangend zorgproces voor een chronische ziekte is het onvermijdelijk (en juist gewenst) dat de prestaties over de grenzen van de aanspraak Zvw/aanvullend/AWBZ heen zullen gaan. Deze grenzen vormen dus inderdaad een belemmering voor het opstellen van prestaties; zoals deze grenzen overigens ook nu reeds een belemmering vormen voor het bieden van samenhangende zorg thuis.

Hoe daar in de praktijk mee om wordt gegaan, hangt erg af van de (lokaal) betrokken partijen: zorgkantoren, zorgverzekeraars, overheden. Veel hangt af van welwillende persoonlijke inzet en intrinsieke motivatie. Structureel is het een grote rem op ondernemerschap en innovatie.

10. Algemene of strikte omschrijving

Hoe strikter een omschrijving, hoe meer schotten er zullen ontstaan en hoe minder flexibiliteit en innovatieruimte er zal bestaan. Een algemene beschrijving verdient dus de voorkeur. Belangrijk punt blijft dat het denken over een functionele bekostiging gestart is met het oog op kwaliteitsverbetering voor de cliënt, maar in zijn uitwerking uitsluitend bezig is de zorg inkoopbaar en verhandelbaar te maken. Er dreigt zo een fictionele handelsmarkt van zorgfinanciële producten derivaten te ontstaan, waar klant nog aanbieder een rol in spelen maar waar ze wel beide volkomen van afhankelijk worden. Vandaar dat ActiZ pleit voor een systeem waarin de klant werkelijk aan het stuur zit en dus zelf de beschikking krijgt over zijn of haar budget om daarmee de aanbieder van eigen voorkeur te kiezen.

Wij hopen u inzicht gegeven te hebben in ons perspectief op de functionele bekostiging in de eerstelijns. Graag worden wij op de hoogte gehouden van het verdere proces rondom uw visieontwikkeling en de uitvoeringstoets die u voorbereidt.

Met vriendelijke groet,



drs. A. Koster
directeur