

Visiedocument NZa 'functionele bekostiging vier niet-complexe zorgvormen'

Reactie CZ zorgverzekeringsbedrijf

Opgesteld door: K. Heldoorn, manager Huisartsenzorg, Versteking eerste lijn en Ketenzorg

Datum: 25 mei 2009

Consultatievragen visie

Consultatievraag 1

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

De gesignaleerde risico's worden ook door CZ onderkend. O.i. zijn deze als volgt te beheersen. De zorg dient functioneel omschreven te worden zodat er nieuwe aanbieders toe kunnen treden en de eerstelijnszorgaanbieder niet teveel inkoopmacht kan krijgen. Mocht dat laatste toch het geval zijn dan zou de zorgverzekeraar in de overeenkomst eisen kunnen stellen ten aanzien van de transparantie van het contracteringsproces van de 'losse'zorgaanbieders. Daarnaast kan de kwaliteit geborgd worden door goede afspraken te maken over proces- en uitkomstindicatoren.

In geval de monopoliepositie van de aanbieders leidt tot oneigenlijke tarieven, dan moet daar middels de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) in voorzien worden. De NZa kan op verzoek van één van de partijen, marktconforme tarieven vast stellen, die bindend zijn.

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 geïntegreerde eerstelijnszorg in zijn algemeenheid ?

CZ acht het belangrijk dat er onderscheid wordt gemaakt tussen een zorginhoudelijke en een organisatorische regierol.

Zorginhoudelijke regierol

Als we uitgaan van een regisseur/hoofdbehandelaar dan ziet CZ deze rol binnen de huisartsenpraktijk liggen. De huisarts is de zorgverlener die de patiënt het beste vanuit een integrale insteek kan benaderen, omdat deze de patiënt voor al zijn gezondheidsproblemen ziet. Daarbij is het vanuit medisch oogpunt en continuïteit van de behandeling niet wenselijk dat de patiënt regelmatig gaat switchen. CZ is er dus geen voorstander van dat de patiënt de ketenzorg bij een andere zorgverlener dan zijn eigen huisarts ontvangt.

Organisatorische regierol

De procesmatige/organisatorische regierol wordt uitgevoerd door een zorggroep en deze hoeft wat CZ betreft niet gelijk te zijn aan een huisartsgroep. De organisatie van de ketenzorg kan door een willekeurige partij (hoofdaannemer) uitgevoerd worden.

De centrale positie van de huisarts in de organisatie van de zorggroep is een risico maar kan o.i. ondervangen worden door het stellen van voorwaarden aan de hoofdaannemer ten aanzien van het contracteerbeleid voor onderaannemers.

Consultatievraag 3

Welke maatregelen acht u van belang om toetredingsdrempels tot de markt voor geïntegreerde eerstelijnszorg te verlagen, indien functionele bekostiging daar geïntroduceerd wordt ?

Zie voorgaande antwoord, het hoofdaannemerschap kan door verschillende partijen worden ingevuld. CZ acht het in dit kader niet noodzakelijk om toetredingsdrempels te verlagen. Met een functionele omschrijving en -bekostiging, wordt toetreding van hoofdaannemers voldoende mogelijk gemaakt. Voor de toetredingsdrempels van onderaannemers dienen door zorggroepen transparante contracteervoorwaarden te worden opgesteld.

Consultatievraag 4

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

Op dit moment wordt er door de commissie Zichtbare zorg een basis dataset van prestatie-indicatoren ontwikkeld. De zorgverzekeraar kan hier zelf middels de overeenkomst aanvullende indicatoren aan toevoegen. CZ acht dit voldoende. CZ vindt het wel belangrijk dat bij de ontwikkeling van de basis dataset, ook patiëntenorganisatie, beroeporganisaties en verzekeraars betrokken worden. Het hebben van een zorgstandaard (met bijbehorende indicatorenset) is wenselijk, maar niet noodzakelijk. Zorgprogramma's kunnen immers ook op basis van huidige multidisciplinaire standaarden en richtlijnen worden vormgegeven. Het wachten op standaarden belemmert de initiatieven van zorggroepen die graag van start willen gaan. Daarbij geldt dat zorggroepen die er (nog) niet klaar voor zijn, geen verplichting hebben om aan de functionele bekostiging deel te nemen en op reguliere wijze gefinancierd kunnen blijven worden.

Consultatievraag 5

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

De zorgstandaard of, indien deze niet aanwezig is, multidisciplinaire richtlijnen, geven aan welke zorg noodzakelijk is. Om de kwaliteit van de zorg inzichtelijk te maken, zijn er indicatoren nodig die gemonitord worden. Het monitoren dient plaats te vinden op basis van:

- zorgproces uitkomsten (opvolgen evidence based richtlijnen)
- gezondheidsuitkomsten (Hba1c en bloeddruk, klinische uitkomsten zoals amputaties en mortaliteit)
- uitkomsten patiënttevredenheidsonderzoeken (door zowel de zorggroep als de verzekeraar uitgevoerd)
- economische uitkomsten (veranderingen in zorggebruik, kosteneffectiviteit)

De exacte inrichting en daarmee de prijs, moet per regio kunnen verschillen. Volledige transparantie op detailniveau, voor zowel inhoud als prijs, is voor CZ niet wenselijk vanuit concurrentie oogpunt.

Consultatievragen prestaties

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 ?

Het standpunt van CZ is dat de zorgstandaard het uitgangspunt moet zijn voor de aangeboden zorg. CZ is dan ook van mening dat de basisaanspraken van de zorgverzekering hier op aangepast. Hierbij geldt uiteraard dat de balans gezocht moet worden tussen omvang (wenselijke) aanspraak en betaalbaarheid. Zolang de zorg die beschreven is in de standaard niet volledig in de hoofdverzekering is opgenomen, zul je dit als verzekeraar zelf op moeten lossen middels de declaratie van de DBC vanuit de basisverzekering en een aantal verrichtingen vanuit de aanvullende verzekering.

Consultatievraag 7

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

Vanuit de basisverzekering worden de basisaanspraken van de DBC gedeclareerd en aanspraken die daarbuiten vallen (bijv. bewegen en lifestyle adviezen) worden ten laste gebracht van de aanvullende verzekeringen of andere financieringsbronnen (bv. CZ fonds).

Consultatievraag 8

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 schotten tussen de eerste en tweede lijn een potentiële belemmering vormen bij het opstellen van prestaties van chronische zorgvormen ?

Ook hier geldt dat CZ van mening is dat de functioneel omschreven zorgstandaard het uitgangspunt moet zijn en niet de plaats (eerste of tweede lijn) waar de zorg wordt aangeboden. Op zich hoeft dit geen belemmering op te leveren omdat het mogelijk is om in de DBC bijvoorbeeld een specialistenconsult op te nemen en goede afspraken te maken over (terug)verwijscriteria. Binnen zowel de eerste als de tweede lijn zal dan wel goed gekeken moeten worden waar de risico's op dubbelfinanciering zitten en deze daar waar mogelijk ondervangen.

Consultatievraag 9

Hoe wordt in uw ervaring tot dusver omgegaan met situaties waarin de inhoud van een zorgprogramma over de schotten van de eerste lijn reikt ?

Zie antwoord consultatievraag 8.

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 ?

CZ is geen voorstander van een strikt omschreven prestatie omdat dit het onderscheidend vermogen en innovaties van de zorgverzekeraar ten aanzien van het vast stellen van het zorgaanbod beperkt. Daarnaast is het belangrijk dat het zorgaanbod afgestemd kan worden op specifieke behoeften in de regio.