

Reactie visie functionele bekostiging

Mei 2009

J.E. de Wildt MHA

Commonsense BV

Introductie:

Commonsense BV houdt zich sinds 2000 bezig met redesign van de eerste lijn.

Commonsense heeft een meerjarige en brede ervaring met zorggroepen.

- In 2007 en 2008 zijn tientallen strategische informatiebijeenkomsten verzorgd voor startende zorggroepen.
- In de periode juni 2008 – september 2008 is een onderzoek uitgevoerd onder 55 zorggroepen met een afsluitend rapport in oktober 2008¹.
- Ik ben als adviseur en bedrijfskundig directeur al enkele jaren verbonden aan twee zorggroepen (2007 - heden).
- Wij organiseren sinds het voorjaar van 2008 voor de LVG platformbijeenkomsten voor zorggroepen.
- In mei 2009 staan in De Eerstelijns, vakmagazine voor samenwerkende eerstelijns zorgverleners, zes scenario's voor de doorontwikkeling van zorggroepen naar ketenzorgorganisaties.
- In juni 2009 wordt het Handboek voor Zorggroepen (van 1.0 naar 2.0) opgeleverd (Commonsense is een van de auteurs), in opdracht van een belanghebbende stakeholder.
- Op dit moment zijn er twee opdrachten in voorbereiding die betrekking hebben op de doorontwikkeling van zorggroepen tot ketenzorgorganisaties, inclusief de samenhang/ implementatie van preventie en chronische zorgprogramma's.
- Hiernaast treedt Commonsense op als adviseur voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patientenorganisaties, landelijke, provinciale en gemeentelijke overheden, koepelorganisaties, facilitaire organisaties voor eerstelijns ondersteuning en diagnostiek en ZBO's².

Op basis hiervan kan Commonsense als ervaringsdeskundige worden aankenmerkt. Op strategisch, tactisch en operationeel niveau worden vanuit verschillende perspectieven zorggroepen (en veldpartijen) onderzocht, ondersteund, ontwikkeld, geadviseerd en bestuurd.

In deze reactie gaat Commonsense in algemene en specifieke zin in op de visie van de NZa inzake functionele bekostiging. We volgde de pagina's uit het rapport.

1. Erkenning substitutie effect

De NZa constateert in haar rapport dat het stimuleren van substitutie uit oogpunt van doelmatigheid pas wenselijk is wanneer het saldo van de kostenverschuivingen positief is. Uit eerder wetenschappelijk onderzoek en huidig onderzoek in opdracht van VWS kan geconcludeerd worden dat dit het geval is. Een scenariostudie van

¹ O meting zorggroepen De Wildt en Leusink LVG Utrecht oktober 2008

² Op www.csense.nl staan alle relevante opdrachten van Commonsense BV

Plexus heeft aangetoond dat door het gebruik van ketens een substitutie effect optreedt van de tweede naar de eerste lijn. De erkenning dat substitutie van de tweede naar de eerste lijn uit het oogpunt van doelmatigheid wenselijk is, rechtvaardigt een voorkeursbehandeling van de eerste lijn in plaats van een beschermde positie van de tweede lijn (postrisico-verevening en nacalculatie)³. Momenteel positioneert de tweede lijn zich juist in ketenzorgorganisaties door kruissubsidie van het A naar B segment of diagnostiek dienstverlening.

2. Advies om COPD per 2010 nog niet op te nemen in functionele bekostiging

Functionele bekostiging van COPD heeft alleen zin als overheveling naar het B segment WEL tegelijk plaats zal vinden. In 2008 was het de bedoeling om de overheveling van COPD per 2009 te realiseren. Tweederde van de zorggroepen was al bezig met de voorbereiding. Door uitstel van de overheveling naar het B segment is pas op de plaats gemaakt. Uit de NZa huisartsenmonitor blijkt dat er slechts vijf COPD projecten zijn. Overigens worden er wel meer gefinancierd maar dan via de module GEZ. Nu is men klaar voor implementatie, maar het blijkt lastig om de beweegmodule een plaats te geven. Bewegen is een essentieel onderdeel van het COPD programma, maar de beweegmodule komt nog niet in het basispakket (2011?). Als COPD in het B segment komt, kan de zorgverzekeraar kostenbesparing in de tweede lijn inzetten om bewegen binnen het COPD programma te vergoeden (eventueel in de vorm van module innovatie, als de zorgaanspraken niet zijn vastgelegd in de basisverzekering). Daarnaast zijn er (tijdelijke) alternatieven of is substituuft financiering mogelijk (fonds RVVZ, gemeente/GGD/WMO, NISB, eigen bijdrage of zorginnovatieplatform).

Als de NZa de ontwikkelingen in het veld wil ondersteunen, ligt het veel meer voor de hand om COPD te bekostigen in plaats van CVR. Hier is nog relatief weinig aandacht aan besteed.

Wellicht is het technisch mogelijk maken van het functioneel bekostigen van vier zorgprogramma's en de overheveling naar het B segment, wel de beste methode om de ontwikkelingen te faciliteren. Het veld kan zich dan 100% zeker op deze ontwikkeling richten. Het aankondigen en uitstellen, blokkeert niet alleen de zorggroepen, maar heeft ook invloed op het vertrouwen in de overheid (VWS/NZa). Het veld zal haar eigen snelheid en dynamiek nodig hebben om de vier zorgprogramma's in te voeren; door de technische mogelijkheden en randvoorwaarden te realiseren is een consistente strategische koers mogelijk. Indien de invoering van een COPD programma wordt uitgesteld, dan zullen een aantal experimenten starten, waarin de ziekenhuizen nadrukkelijk het initiatief zullen nemen om (wijs geworden door de diabetes) de adherentie en de positie van de longartsen veilig te stellen⁴. Dit kan een vertragend effect hebben op de substitutiedoelstellingen en de beoogde bezuinigingsdoelstellingen (2,4 miljard) van minister Klink in gevaar kunnen brengen.

³ Maes Anton De Vrije Huisarts Positieve discriminatie van de eerste lijn

⁴ Schrijvers G prof. Ruzie over COPD zorg Digitale Nieuwsbrief 11 mei 2009

3. Kostenbesparing bij meerdere programma's:

Inzet van meerdere programma's tegelijk (comorbiditeit) levert gemiddeld lagere kosten op door spreiding van de overhead over meerdere patiënten. Tegelijk ontstaan extra coördinatiekosten door toenemende complexiteit (communicerende vaten). Bij de berekening van de totale kosten gaat het in principe om de optelsom van afzonderlijke zorgprogramma's. Terwijl pas bij een volledig ontwikkeld en geïmplementeerd KIS en ICT toepassingen besparingen kunnen worden gerealiseerd. Daarnaast leiden meerdere zorgprogramma's tot inzet van casemanagement (en daarmee gepaard gaande kosten). Ook zullen de ketenzorgorganisaties aan contractuele eisen moeten voldoen, zoals registratieprotocollen om de kwaliteit te kunnen aantonen, maar ook aan wetten moeten voldoen (kwaliteitswet, ARBO wet, etc). Dit brengt kosten met zich mee. Daarom gaat Commonsense er van uit dat de besparingen door meerdere programma's teniet worden gedaan door de toegenomen coördinatie en registratiekosten.

4. Probleem dubbele bekostiging:

De NZa constateert: "Gevolg hiervan is dat de DBC bekostiging in de tweede lijn te ruim is opgezet omdat diverse verrichtingen nu in de eerste lijn uitgevoerd en bekostigd worden" (pagina 31).

Er zijn twee opties: 1. De patiënt is complex en de hoofdbehandelaar blijft de medisch specialist. Dan zal de eerste lijn betaald moeten worden uit de DBC of de tweede lijn moet outreachend gaan werken. 2. De patiënt is onvoldoende complex en kan op basis van exclusiecriteria uit de tweede lijn terugverwezen worden naar de eerste. Dit is mogelijk door de hoofdbehandelaar (meestal de huisarts) uit de eerste lijn te rekruteren. Dan kan een eerstelijns DBC worden geopend. De zorgverzekeraar zal hierop moeten toezien en er zijn samenwerkingsafspraken tussen de eerste en tweede lijn nodig.

5. Conclusie ervaringen beleidsregel innovatie (machtsmisbruik) (pagina 34)

Het risico bestaat dat de machtspositie van zorggroepen kan toenemen naarmate ze groter worden en meer vormen van zorg via de zorggroep gaan verlopen. De NZa zal dit moeten monitoren en waar nodig moeten optreden door laagdrempelig signalen op te vangen. De ervaring met grootschalige eerstelijns organisaties (koepels GC) laat zien dat niet eerder machtsmisbruik is ontstaan. Hiernaast zijn andere partijen als ziekenhuis en zorgverzekeraar minstens even machtig. Door de zorggroepen ontstaat juist een countervailing power in de regio. Extra aandacht is vereist voor de andere eerstelijns zorgaanbieders die nog niet georganiseerd zijn. Er is een beginnende trend (die ondersteund wordt door de LVG) dat andere zorgaanbieders zich organiseren, waardoor gelijkwaardigheid ontstaat. VWS heeft hiertoe recent een subsidieverzoek ontvangen om deze ontwikkeling verder te stimuleren. Dit ondersteunt de ontwikkeling van de geïntegreerde eerstelijnszorg, waarin de huisarts als hoofdbehandelaar samenwerkt met andere (eerstelijns) zorgaanbieders.

Een dempend effect op potentieel machtsmisbruik door zorggroepen heeft ook de relatieve schaarste van de andere eerstelijns zorgaanbieders. De grootschalige substitutie zal er immers toe leiden dat alle beschikbare capaciteit én competenties

nodig zijn voor een adequaat aanbod. Bij koploper groepen⁵ is deze beweging al waar te nemen.

In de frictie/transitieperiode is extra aandacht gewenst, maar er zijn geen beperkende maatregelen nodig. De grootte van de groep is niet de dominante factor, wel maar het gedrag. Machtsmisbruik door AMM dient voorkomen te worden, ongeacht de grootte van de groep. Waar gewenst kunnen zorgverzekeraars in hun inkoopbeleid eisen stellen aan de maximale omvang van de ketenzorgorganisatie of stimuleren dat er in regio's meerdere organisaties van aanbieders blijven bestaan. Door de functionele bekostiging blijft dit een optie en gaat een vergelijking met de concurrentie op de zorgverzekeringsmarkt zeker op. De mogelijkheid om te switchen (contracteren door de zorgverzekeraar op de zorginkoopmarkt) zorgt al voor marktwerking (zie pag 48 paragraaf 6.4.2. in uw NZa rapport).

6. Risico van uitsluiting.

Hoofdaannemers contracteren liefst groepen onderaannemers vanwege kwaliteit, beheerskosten en administratieve lasten (pagina 35). Op basis daarvan kan men kwalitatieve eisen stellen aan onderaannemers (bijvoorbeeld dat de fysiotherapeut een applicatie heeft voor COPD patiënten). Het is dus van belang om de reden van een mogelijke uitsluiting goed te monitoren. De dreiging van uitsluiting kan juist zorgen voor het upgraden van de kwaliteit en opleiding. Waarna men wel kan deelnemen aan zorgprogramma's. De NZa schetst met name de risico's, terwijl er ook positieve effecten te verwachten zijn. Bij excessen dient de NZa pro-actief op te treden. In LVG en LHV platformbijeenkomsten voor zorggroepen wordt aangestuurd op correct gedrag en bestaat er een corrigerende werking van binnen uit (zelfreinigend vermogen van de zorggroepen).

Uitsluiting bestaat ook in een andere vorm. Ziekenhuizen bieden de extramurale diagnostiek productie aan onder de kostprijs, door kruisfinanciering. Daarmee tracht men de adherentie veilig te stellen.

7. Output indicatoren

De NZa constateert dat er nog geen betrouwbare outputindicatoren beschikbaar zijn (pagina 43). Dit is niet correct. Er zijn meerdere betrouwbare indicatoren. Waar het aan ontbreekt is de eenduidigheid, maar de ontwikkelingen voltrekken zich in een snel tempo. Het bureau Zichtbare Zorg (ZiZo) zal in juli een voorlopige Minimale Dataset opleveren.

De zorgstandaarden zijn weliswaar nog niet definitief klaar, maar dat is nog geen aanleiding om niet te contracteren. Bijgaand een overzicht van de stand van zaken anno⁶

Standaard	status	Opmerkingen
Diabetes	geautoriseerd	Ingevoerd
CVR	nog te autoriseren	febr 2009 gepubliceerd

⁵ Diabetes koploper project ZonMW/RIVM 2009 rapport in press

⁶ Bron ministerie van VWS april 2009

Hartfalen	opdracht stichting hart en vaten	eerste concept sept 09
COPD	nog te autoriseren	september 2009
tabaksverslaving	eerste besprekingen	
depressie/angst	opdracht Trimbos	geen patiënten ver.
Obesitas	opdracht J. Sedel (epidemiol.)	
Kanker	opdracht A. Beugels (pat organisatie)	
Rheuma		

Zorgverzekeraars waren in 2008 al bereid om op basis van een concept standaard de COPD te contracteren (zie 2). De belangrijkste prikkel om dit niet te doen, was het uitstel van de overheveling van het A naar het B segment. Daarmee verdween de financiële prikkel.

Het niet beschikbaar hebben van een volwaardige standaard blijkt in de praktijk geen probleem. De zorgverzekeraars starten met een 0-meting. Het verbeteren van de registratie, de doorontwikkeling van de zorgstandaarden, de verbetering en de substitutie zijn parallelle processen. Dat leert de ervaring met diabeteszorg en de experimenten met de zorgprogramma's COPD, astma en CVR. In de praktijk zullen de ketenzorgorganisaties nog niet klaar zijn om alle zorgprogramma's te gaan aanbieden. De zorgverzekeraars zijn dat in hun beleid ook niet. Door het technisch mogelijk te maken, kunnen de 16% koplopers⁷ met de zorgverzekeraars wel vast starten en concrete ervaringen opdoen. Dat geldt ook voor co-morbiditeit en stapeling van zorgprogramma's. Deze leercurve wordt stopgezet als de financiering niet is gerealiseerd en als de overheveling, vooral bij COPD, naar het B segment niet plaatsvindt.

8. Regie huisartsen zorggroepen

Over de regie van de huisarts (zorggroepen) worden twee verklaringen gegeven (pagina 46). Er ontbreken enkele argumenten:

- Transparantie van de kwaliteit en de effecten van substitutie zijn op individueel niveau niet te meten en de transactiekosten van de zorgverzekeraars om individueel te contracteren blijken te hoog. Een groepsgewijze beoordeling van zorggroepen is wel mogelijk.
- De zorggroepen bieden een veilige omgeving voor kwaliteitsverbetering. De controle en aansturing vinden plaats door een collega huisarts die als medisch coördinator optreedt. De uitkomsten worden op geaggregeerd

⁷

Rogers E. Diffusion of innovation New York The free press 1995

niveau aan de zorgverzekeraar gegeven. De individuele informatie dient als benchmark en als sturingsinformatie voor de medisch coördinator. De zorggroepen nemen de externe sturing door de zorgverzekeraar over door collegiale toetsing en sturing.

- De zorggroepen stellen individuele zorgaanbieders (huisartsen) in staat om kleinschalig integrale zorg te blijven verlenen, maar grootschalig georganiseerd te zijn. Deze beperkte stap in een veranderingsproces blijkt dus aantrekkelijk.
- De NZa heeft te weinig oog voor de sociale en veranderingstechnische aspecten van de ontwikkeling van zorggroepen. Ik verwijs u hiervoor naar het artikel in De Eerstelijns (verschijningsdatum mei 2009) over de (door)ontwikkeling van zorggroepen.

9. Hoofdaannemer huisartsen:

Op voorhand ziet de NZa geen reden om aan te nemen dat andere zorgverleners dan huisartsen minder geschikt zijn als hoofdaannemer (pagina 46). Deze constatering klopt zorginhoudelijk maar gedeeltelijk. De huisartsen zijn generalisten en beoordelen de patient (vaak met comorbiditeit) als een geheel. Zij zijn hiertoe opgeleid. Andere eerstelijns zorgverleners hebben een specifieke richting en deskundigheid (ELP – psychische klachten of fysiotherapeuten – klachten aan het bewegingsapparaat). Hierin onderscheidt de huisarts zich van andere (eerstelijns) zorgaanbieders. Het opknippen van patiënten over meerdere zorgaanbieders zal tot fragmentering, kwaliteitsverlies en hogere kosten leiden. Vooral als er meerdere zorgprogramma's tegelijk worden aangeboden. De uitbreiding van de huisartsgeneeskundige capaciteit (AP – NP – POH – POH GGZ) biedt een beter perspectief. Desondanks kan voor bepaalde enkelvoudige zorgprogramma's met een beperkte comorbiditeit (< 5 %) een andere hoofdaannemer geschikt zijn.

10. Loslaten verplichte inschrijving

Het loslaten van de verplichte inschrijving bij een huisarts (pagina 47) is een ernstige misvatting. Het inschrijftarief veroorzaakt weliswaar een specifieke positie van de huisarts in het zorgstelsel en ontregelt in de optiek van de NZa de marktwerking, maar het heeft veel inhoudelijke en sociaal maatschappelijke voordelen. De huisarts biedt een laagdrempelige toegang tot het zorgsysteem en is de essentiële poortwachter voor het specialistisch circuit. De NZa heeft op dit punt meer oog voor de werking van het systeem dan voor de effecten die het zorgsysteem sorteert.

11. Patientenbelangen

De NZa heeft als bewaker van het consumentenbelang een belangrijke rol in de gereguleerde marktwerking (pagina 47). Hierin is ook de premieontwikkeling van belang. De NZa erkent de substitiemogelijkheden (pag 28) en dat geslaagde substitutie leidt tot minder premiestijging. Tot heden heeft de doelmatige eerstelijns zorg door perverse prikkels als de postrisicoverevening, in een nadelige positie verkeerd. De tweedelijns zorg is als duurdere voorziening juist bevoordeeld. Het is de rol van de NZa om als marktmeester toe te zien op een juiste (gereguleerde) marktwerking. Tegelijk is het de plicht van de Nza om een level playing field te creëren om tot de beste prijs-kwaliteit verhouding te komen. Dat geldt dus ook voor

de hoogte van de premie (betaalbare toegankelijke zorg). Dit aspect blijft onderbelicht in de NZa visie.

12. Grens basisverzekering/aanvullende verzekering

Op pagina 56 geeft de NZa als potentiële oplossing dat de onderdelen van de zorginspanning die niet onder de basisverzekering vallen als apart pakketje gedeclareerd kunnen worden. Dit levert enkele bezwaren op. Ten eerste is het in de uitvoering niet goed mogelijk om patiënten die niet aanvullend verzekerd zijn en privaat zouden moeten betalen, uit te sluiten van onderdelen van het zorgprogramma. De kwaliteit kan niet geboden worden en afzonderlijke betaling heeft invloed op logistieke processen en uitkomstindicatoren. Dit probleem doet zich voornamelijk voor bij fysiotherapie en podotherapie. De oplossing ligt voor de hand. Door de overheveling van alle functionele programma's naar het B segment kan de zorgverzekeraar aanzienlijke substitutie besparingen realiseren. Als CVZ, VWS en NZa aangeven dat met zekerheid deze onlosmakelijke onderdelen van de zorgprogramma's in de basisverzekering worden opgenomen, zal de zorgverzekeraar bereid zijn om hiertoe aanvullende afspraken te maken (door de module innovatie toe te passen). Zie ook opmerking 2.

Tot slot.

Commonsense BV heeft de versterking van de eerstelijns zorg als missie. Dit gaat uit van het maatschappelijk belang om de Nederlandse gezondheidszorg toegankelijk, betaalbaar en doelmatig te houden. Deze reacties op de visie van de NZa, gebaseerd op de beleidsmatige en praktische mogelijkheden in het zorgveld, dienen vanuit dit perspectief te worden gezien.