

Aan; de NZa
Tav: Drs C. van Beek, Drs M. Lugt en Drs L.M. Rooseboom
Van: Joke Lanphen, huisarts, kaderarts HVZ io.
DD: 25 mei 2009

Reactie op:

Visiedocument Functionele bekostiging
vier niet-complexe chronische zorgvormen
Diabetes, COPD, cardiovasculair risicomangementement en hartfalen
April 2009

Vanuit de 17 kaderartsen hart en vaatziekten io

Eerste kaderopleiding van het NHG ism de vakgroep huisartsgeneeskunde
van de universiteit van Maastricht, olv Dr. Y. van Leeuwen

Cursuscommissie
Dr. Y. van Leeuwen, coördinatie, huisarts
Dr. K. Konings, coördinatie, aios
Prof. Dr. T. Gorgels, cardioloog
Prof. dr. J. Metsemakers, huisarts
Dr. C. Bakx, huisarts
Dr. F. Rutten, huisarts
Dr. J. Stoffers, huisarts
Dr. T. van der Weijden, epidemioloog
Dr. M. Senten, Hartstichting
Drs. L. van der Jagt, coördinator NHG

Zeer geachte mevrouw van Beek, meneer Lugt en mevrouw Rooseboom,

Nav de bijeenkomst op 14 mei over het visiedocument wil ik graag **enkele reacties** vanuit ons gezelschap meegeven voor de verdere afronding van het document. De kansen en risico's zijn uitstekend door u verkend en opgesomd.

Onze zorg gaat met name uit naar de invulling van de prestatie, de mogelijkheid voor de verzekeraar tot categorale zorginkoop en de grote groep van chronisch zieken met multi morbiditeit. (voorbeeld: patiënten met hartfalen hebben gemiddeld 4.3 andere aandoeningen in het laatste jaar van hun ziekte)

1 De invulling van de prestaties.

In het advies, met name in hoofdstuk 7, wordt door u ook uitvoerig stil gestaan bij de problemen rond de omschrijving en afbakening van de prestaties.

Daar waar het aanbod, door de financieringsystematiek, een omschrijving moet maken van de zorg/prestatie die wordt geboden, staat het daarmee al min of meer haaks op het uitgangspunt van vraaggestuurde zorg.

Het aanbod is immers al omschreven om tot een tarief te kunnen komen. Alleen door met een basis omschrijving en daarnaast plus pakketten te werken zou je aan de vraag kunnen beantwoorden naar een meer en mindere variant, een duurder/uitgebreider of een goedkoper/minimaler zorgprogramma.

Dit kan met name ook door financiële randvoorwaarden voor grote medisch ethische dilemma's zorgen en daarmee de aanbieders in een moeilijke situatie brengen.

Daar waar de zorg voor een bepaalde aandoening, door zorgstandaarden en inhoudelijke richtlijnen omschreven, een evidence based verantwoording heeft gekregen, is het niet denkbaar om in de uitvoering door verzekeringsarrangementen daarvan af te moeten wijken. Dat schept een moreel dilemma.

Het zou tot de ultieme consequentie moeten leiden dat de verzekerden verplicht verzekerd moeten zijn van het totale zorgprogramma, daar waar er zorgstandaarden en inhoudelijke richtlijnen zijn omschreven.

Vanuit het domein van het CVRM is er een grote diversiteit aan vragen en wensen van de patient denkbaar:

- 1 de primaire preventie, risico inventarisatie en leefstijl adviezen voor gezonde mensen, die benieuwd zijn naar hun CV risico en daar waar mogelijk iets aan willen doen
- 2 de primaire preventie voor mensen die een belaste familie hebben tav hart en vaatziekten of die bij zichzelf een verhoogd risico vermoeden door een bekende afwijking op één risicofactor, bv roken, hoge bloeddruk, werkstress en/of weinig lichaamsbeweging
- 3 daanbij zijn er mensen die daarna uitgebreide leefstijl begeleiding willen en anderen die daaraan juist weinig willen deelnemen door hun persoonlijke omstandigheden of anderszins persoonlijke afwegingen
- 4 de secundaire preventie na de manifestatie van een hart of vaat aandoening **Patiënten bekend met atherotrombotische hart- en vaatziekten (HVZ)**. In de zorgstandaard CVRM wordt deze groep als volgt onderscheiden:
Patiënten met de volgende aandoeningen:
 - Myocard Infarct (MI)
 - Angina Pectoris (AP)
 - Onbloedig Cerebrovasculair Accident (CVA) cq. herseninfarct
 - Transient Ischaemic Attack (TIA)
 - Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV)
 - Aneurysma Aortae

Hoe deze verschillende vormen van zorg, die voor de verschillende groepen voorgeschreven zijn en naar persoonlijke voorkeur van de patient aangeboden en uitgevoerd binnen één prestatie zijn te omschrijven is voor ons niet duidelijk.

Op dit moment is het zo dat iedere aanbieder van dit zorgscala op een eigen manier zijn onderdeel gefinancierd krijgt, waardoor er een groot aantal mogelijke combinaties denkbaar en uitvoerbaar zijn.

Er zijn geen blokkades om hulp te verlenen, hoogstens enkele nog niet collectief verzekerde leefstijl programma's.

Met name in dit deel van het zorgpakket, waar in toenemende mate ook de eerstelijns op aangesproken wordt, wat niet meer tot het unieke domein van de openbare

gezondheid lijkt te behoren, bestaat er momenteel een hindernis voor de zorgaanbieders om het ook aan minder draagkrachtige patienten te kunnen adviseren.

Voor het omschrijven van de prestaties kan naar onze mening op dit moment alleen een vrij algemene omschrijving worden gekozen en met name voor de grote groep patienten die in de categorie secundaire preventie (na een CV event) vallen zou niet al te veel onderscheid moeten worden gemaakt om de financiële en administratieve ballast van de praktijkvoering niet onnodig te verzwaren. Pas wanneer de HIS-systemen de registratie en de declaraties beter kunnen uitvoeren begint dat pas zinvol te worden.

De opmerking van de verzekeraars op 14 mei om wel te streven naar geïntegreerde zorg maar te temporiseren met het streven naar geïntegreerde bekostiging lijkt ons op dit moment erg verstandig. Wel kan er sprake zijn zoals zij ook verwoordden van een kop tarief voor de verschillende aanbieders die samen een geïntegreerd zorgprogramma aanbieden en uitvoeren. Dan blijft er ruimschoots keus voor de patient en zijn ook vele verschillende behandel en begeleiding combinaties mogelijk.

	•Mannen incidentie	•Mannen prevalentie	•Vrouwen incidentie	•Vrouwen prevalentie
•Coronaire HZ	6	60	4	40
•Hartfalen	3	11	3	15
•Beroerte	2.5	16	3	16
•AAA	0.5	0...?	0.1	0...?
•Totaal	13	87	10	71
•Totaal mannen +vrouwen = 158 = ongeveer 7 % praktijk met CV event in VG				
Overzicht HVZ per normpraktijk van 2350 mensen.				
Bron VTV RIVM 2006 (afgerondj)				

2 De mogelijkheid voor de verzekeraar tot categorale zorginkoop.

De huisartsgeneeskunde staat 'letterlijk' dicht bij de patiënt in zijn volle omvang. Daarnaast ontstaan er in de huidige marktgerichte gezondheidszorg op dit moment vele vormen van ZBC's die zich op één of meerdere patiënt categorieën richten. Het CVRM is een onderwerp bij uitstek waar aanbieders van preventieve zorg een aanbod willen en kunnen doen. De CVRM CBO NHG richtlijn, afgeleid van de Europese richtlijn, richt zich zowel op primaire als secundaire preventie van HVZ en legt relaties naar andere ziektebeelden, oa DM, depressie en RA. Daarbij komt dat er vaak sprake is van multi morbiditeit, hetgeen bij de beoordeling van het risico meegenomen dient te worden. Kennis van de context van de patiënt, zowel thuis als op het werk, de familie anamnese als ook de band met de patiënt, de chroniciteit van de zorg, maken dat de huisarts een breed beeld van de patiënt kan vormen.

De verzekeraar kan door de ‘druk van de markt’ tot inkoop van deze vorm van zorg bij een categorale zorgaanbieder overgaan, waardoor de huisartsgeneeskunde ‘gemankeerd’ raakt op dit onderdeel van het zorgaanbod, de patiënt verder moet reizen en het totaal beeld van de patiënt voor de huisarts verloren kan gaan.

Wij zouden er sterk voor willen pleiten om met name het CVRM niet buiten de huisartsgeneeskunde te gaan beleggen, ten eerste omdat het een groot deel van de chronisch zieken zijn, daarmee ook een groot deel van de co-morbiditeit betekent en de brede blik van de huisarts dan verstoord raakt.

Ten tweede omdat door de aard van de aandoeningen er vaak sprake is van acute zorg, die liefst zo dicht mogelijk bij de patiënt georganiseerd is, wat zeker kan worden gezegd van de eerste lijn en minder van de categorale klinieken.

Ten derde omdat er een groep ongeruste patiënten, deels bij de huisarts al bekend met o.a. angst en paniekstoornissen, niet gebaat is bij alleen een risico inventarisatie. Daar is meer hulp nodig dan alleen geruststelling. Dit type zorg is bij uitstek huisartsgeneeskunde met naast een somatische ook een psychosomatische visie, een mensbeeld waarbij lichaam en psyche in samenhang beschouwd worden.

3 De grote groep chronisch zieken met co-morbiditeit.

In uw advies schrijft u op pagina 69 dat er bij 8% van alle Nederlanders sprake is van co-morbiditeit. Dit betekent voor een normpraktijk van 2350 mensen dat er bij ongeveer 200 van hen sprake is van co-morbiditeit. Deze groep mensen verdient en behoeft over het algemeen veel aandacht en zorg van de eerste lijn, met name wanneer de morbiditeit tot veel handicaps en verdriet om verloren functies leidt. Daarvoor zorg in laten kopen door de verzekeraars in de vorm van pakketten bij verschillende zorgaanbieders, in verschillende en variërende combinaties wordt voor de afstemming van zorg een haast onuitvoerbaar taak.

We mogen en moeten hopen dat de zorgverzekeraars zelf ook tot dit inzicht komen, maar het ware beter dat bij de vormgeving van de nieuwe financieringsafspraken daartoe beperkingen en voorwaarden worden aangebracht in de regels die voor de zorginkoop gaan gelden.

Geachte meneer Vlucht en mevrouw Rooseboom, hopende hiermede een bijdrage te hebben kunnen leveren aan de verdere uitwerking van het visie document en aan de omschrijving van de prestaties, die begin juli aangekondigd werd door u.

Wanneer deze reactie u aanleiding geeft om verder met ons in overleg te willen treden kunt u ons bereiken via: joke@lanphen.nl of 06 50515483.

Met vriendelijke groet,
Joke Lanphen.

NB Deze brief is alleen per mail verzonden.