



Nederlandse Zorgautoriteit
Directie Ontwikkeling
T.a.v. de heer M. Lugt
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Bureau NIV
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
Postadres:
Postbus 20066
3502 LB Utrecht
Telefoon: 030 - 2823229
Faxnummer: 030 2823225
E-mail adres: secr@niv.knmg.nl
Website: www.internisten.nl
BTW nr.: NL 8059.43.079.B.01
KvK nr.: 40479055

Utrecht, 7 juli 2009

Onze ref.: NIV/MV/343
Betreft: reactie op visiedocument functionele bekostiging

Geachte heer Lugt,

De Nederlandsche Internisten Vereeniging (NIV) heeft in een brief met kenmerk NIV/MV/281 op 18 mei 2009 aantal vragen aan u voorgelegd, waarop u op 29 mei 2009 per mail een antwoord heeft geformuleerd. Hoewel tijdens de voorbereidingen van het visiedocument de tweede lijn niet is betrokken en het visiedocument met name gericht is op de eerste lijn, vindt de NIV het van belang om toch een korte inhoudelijke reactie te geven.

Onze reactie zullen wij nader toelichten aan de hand van het geformuleerde uitgangspunt, dat het invoeren van functionele bekostiging een bijdrage zou moeten leveren aan de (1) toegankelijkheid, (2) kwaliteit en (3) betaalbaarheid van de zorg. Op grond van dit uitgangspunt ziet de NIV bij de toegankelijkheid van de zorg het beperken van de keuzevrijheid van de patiënt als grootste risico. In het kader van kwaliteit ziet de NIV de nog niet voldoende gedefinieerde bevoegdheid en bekwaamheid van de regisseur als grootste risico en bij de betaalbaarheid is het grootste risico dat niet voldoende tijd wordt genomen om de totale impact van de maatregel in kaart te brengen.

Toegankelijkheid

In de brief van 12 september 2008 geeft de minister aan dat zijn beleid gericht is op het vergroten van de keuzevrijheid van de patiënt en deze optimaal te betrekken bij zijn eigen zorg. Door het invoeren van functionele bekostiging wordt ons inziens de keuzevrijheid van de patiënt juist verminderd. Ook in uw visiedocument geeft u beperking van de keuzevrijheid voor de patiënt als risico aan. Het is de mening van de NIV dat aan dit risico te snel voorbij wordt gegaan. Graag vernemen wij welke maatregelen de NZa daadwerkelijk gaat nemen om de keuzevrijheid van de patiënt te garanderen. Aanvullend vraagt de NIV zich af hoe de toegankelijkheid en afstemming wordt geborgd op het moment dat meerdere regisseurs betrokken zijn bij het behandelen van een zelfde patiënt in geval van multimorbiditeit.

Substitutie van de eerste naar de tweede lijn is geen doel op zich. De zorg moet daar geleverd worden waar voldoende specifieke deskundigheid aanwezig is. Hierbij moet in het oog gehouden worden dat in de tweede lijn fundamenteel andere zorg wordt geleverd dan in de eerste lijn. De toegankelijkheid voor deze medisch specialistische zorg moet geborgd blijven en zijn. Door het invoeren van functionele bekostiging bestaat het risico dat door het geven van negatieve financiële prikkels de toegankelijkheid tot de tweede lijn wordt beperkt. Functionele bekostiging mag niet bijdragen aan onverantwoorde drempelverhoging naar de tweede lijn.

Kwaliteit

In uw visiedocument kondigt u aan de toetredingsdrempels te verlagen om te stimuleren dat ook andere zorgaanbieders dan huisartsen de rol van regisseur op zich kunnen gaan nemen. In de zorgstandaard Vasculair Risicomanagement en in de NDF-zorgstandaard wordt niet nader omschreven welke kwalificaties de centrale zorgverlener moet bezitten om bekwaam en bevoegd te zijn om de zorgverlening te kunnen regisseren. De DiHAG pleit er bijvoorbeeld voor om alleen huisartsen die ten minste 10 patiënten per jaar op insuline omzetten dit zelfstandig te laten doen. In Deel III onder punt 1.2 sub 9 van de zorgstandaard Vasculair Risicomanagement staat dat de centrale zorgverlener moet beschikken over een aanvullende specifieke opleiding in VRM. Hoe wordt bepaald welke zorgverleners beschikken over de juiste kwalificaties om de regierol op zich te nemen?

In paragraaf 4.1 van het visiedocument wordt geconcludeerd dat samenwerking zal leiden tot meerwaarde voor de patiënt zowel in kosten als kwaliteit van zorg. De NIV ziet echter niet hoe door functionele bekostiging de samenwerking tussen de zorgaanbieders wordt gefaciliteerd. In de brieven van de minister en in de visie van de NZa lijkt het alsof het in de eerste lijn houden van de patiënt de oplossing is. Het organiseren van de zorg rondom de patiënt vergt juist een multidisciplinaire aanpak van de zorg. Een multidisciplinaire benadering van de zorg met korte lijnen tussen de eerste en de tweede lijn komt de patiënttevredenheid en de kwaliteit van de zorg ten goede. Slechts het wijzigen van de bekostiging van de zorg zal hier niet aan bijdragen. Een betere door- en terugverwijzing en betere onderlinge communicatie en het faciliteren van de zorgverleners hierin zal bijdragen aan doelmatige zorgverlening.

De NIV concludeert dat in het hele proces te weinig focus wordt gelegd op het kwaliteitsaspect en te veel op het kostenaspect. Voorafgaand aan de besluitvorming over functionele bekostiging zal opheldering gegeven moeten worden over hoe de kwaliteit wordt geborgd. Daarnaast deelt u onze angst dat door verkeerde financiële prikkels de kwaliteit van de geboden zorg zal verschromelen. Kunt u aangeven welke maatregelen u gaat nemen om dit risico af te wenden?

Betaalbaarheid

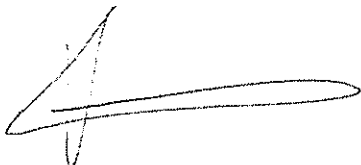
De minister geeft tevens in zijn brief van 12 september 2008 aan dat het niet mogelijk is de totale financiële effecten van substitutie in kaart te brengen. Kostenbesparing door afname van het aantal patiënten naar de tweede lijn als argument voor het invoeren van de functionele bekostiging, kan niet worden bewezen. In het monitoren van het kosteneffect van substitutie moet ook ruimte zijn om het kwaliteitsaspect mee te nemen. Welke maatregelen gaat u nemen om de veronderstelde kosteneffecten te monitoren?

Uit uw visiedocument "Functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen" en uw antwoorden op onze vragen wordt helaas niet duidelijk wat de impact van functionele bekostiging zal zijn voor de medisch specialist. Het is voor de NIV dan ook niet mogelijk de gevolgen voor de internist te overzien. Het bevreemdt ons dan ook dat de uitvoeringstoets pas eind dit jaar wordt opgeleverd, terwijl de invoering van de maatregel voor 1 januari 2010 staat gepland. Daarnaast is niet duidelijk welke gevolgen functionele bekostiging voor onderdelen binnen het DOT-traject zal hebben. De invoering van het DOT-traject staat pas gepland voor 1 januari 2011. De NIV acht het niet raadzaam, mede gezien de heersende onduidelijkheid omtrent de impact voor de internist, om deze twee trajecten los van elkaar in de tijd in te voeren. De NIV is de mening toegedaan dat het hele proces met een te grote voortvarendheid wordt doorgevoerd zonder dat de gevolgen voor de patiënt en de zorgverleners goed in kaart zijn gebracht.

Conclusie

De NIV is voorstander van het organiseren van de zorg rond de patiënt. Uw visiedocument gaat over geïntegreerde eerstelijnszorg en is niet vanuit een multidisciplinaire aanpak van de zorg geschreven. In onze reactie hebben wij ons beperkt tot het benoemen van de grootste risico's van het invoeren van functionele bekostiging. De NIV wenst eerst meer duidelijkheid over bovengenoemde risico's voordat onderbouwd een standpunt kan worden geformuleerd over het invoeren van functionele bekostiging.

Met vriendelijke groet,
namens de Nederlandsche Internisten Vereeniging,



dr. P.H.L.M. Geelhoed-Duijvestijn, voorzitter

cc.:

- Orde van Medisch Specialisten
- Nederlands Huisartsen Genootschap