

**Nederlandse Zorgautoriteit**

Secretariaat directie Ontwikkeling

T.a.v. mw. drs. C.C. van Beek MCM, Voorziter a.i.

Postbus 3017

3502 GA Utrecht.

Nijmegen, woensdag 13 mei 2009.

Betreft: Reactie betreffende de consultatie visie “Functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen” van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG)

Zeer geachte Mevrouw van Beek,

Bij deze wil het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) zijn waardering uitspreken voor het feit dat ons de gelegenheid wordt geboden om te reageren op dit document, al was het ons liever geweest in een eerder stadium hierbij betrokken te zijn. Van de gelegenheid voor de consultatieronde hebben we dan ook graag gebruik gemaakt. Graag willen wij dit ook schriftelijk bij u neerleggen waarbij enkele aspecten toegelicht worden.

Op uw verzoek hebben wij ons antwoord op uw consultatievragen als bijlage opgenomen.

Betreffende uw visiedocument:

Van de vier niet complexe chronische zorgvormen genoemd in dit rapport hebben oogartsen voornamelijk te maken met patiënten met diabetes mellitus (DM) en diabetische retinopathie (DRP). Daarom zullen wij ons wat onze opmerkingen betreft hiertoe beperken.

Een viertal aspecten willen wij nader belichten.

**1. De in het rapport vermelde beschikbare gegevens over oogheelkundige ketenzorg.**

Het verbaasde ons dat wij in het visierapport geen verwijzing vonden naar de evidence-based “**Richtlijn Diabetische Retinopathie: Screening, diagnostiek en behandeling**”. Dit is een multidisciplinaire richtlijn, ontwikkeld door een projectgroep waarin niet alleen de behandelaars, zoals huisartsen, internisten en oogartsen vertegenwoordigd waren, maar ook ondersteunende beroepen zoals diabetesverpleegkundigen en optometristen en last but not least de patiënten, via de Diabetesvereniging Nederland. Het bevat de heldere afspraken die nodig voor ketenzorg om blindheid te voorkomen. De richtlijn dateert uit 2006 en werd recent herzien. De richtlijn is in te zien en te downloaden via [www.oogheelkunde.org](http://www.oogheelkunde.org) onder het kopje ‘voorlichting’.

Screening en daardoor tijdige opsporing en behandeling van diabetische netvliesafwijkingen is reeds bewezen kosten-effectief te zijn. In deze richtlijn staat tevens precies omschreven welke patiënten wel en welke niet in de 2e lijn thuishoren.

Het is dan ook zeer de vraag of functionele bekostiging een extra noodzakelijke prikkel is.

Wij gaan ervan uit dat deze richtlijn zal worden gehanteerd bij het omschrijven van de te leveren prestatie bij de functionele bekostiging van oogzorg bij diabetes mellitus.

## **2. Kostenbesparing**

In deze richtlijn wordt duidelijk onderscheid gemaakt tussen screening (grotendeels in de eerste lijn) enerzijds, en diagnostiek en behandeling (tweede lijn) anderzijds. Screening en daardoor tijdige opsporing en behandeling van diabetische retinopathie (DRP) is bewezen kosten-effectief te zijn. In uw document wordt nadrukkelijk gesteld dat functionele bekostiging een totale besparing zal opleveren. Echter, daarbij wordt uitgegaan van een gelijk patiënten volume. Juist nu is er een groot potentieel aantal patiënten dat nu nog niet onderzocht is en dus extra kosten met zich meebrengt en daarnaast is informatie beschikbaar dat het absoluut aantal diabeten nog eens zeer fors zal toenemen en daardoor lijkt beeldvorming van kosten neutraliteit of kosten reductie dus op dit onderdeel niet juist.

Implementatie van de richtlijn zal echter aanvankelijk kostenstijging geven, aangezien ook hier de kost voor de baat uitgaat: meer mensen (namelijk alle diabeten) screenen zal meer kosten in de eerste lijn genereren en ook meer verwijzingen naar de tweede lijn, waar vervolgens meer mensen behandeld zullen worden in vroegere stadia van diabetische retinopathie. De winst ligt vooral in het vermijden van slechtziendheid en blindheid in een later stadium, wat hoge kosten voor de maatschappij en het individu met zich meebrengt. Bovendien worden duurdere oogheelkundige behandelingen, zoals operaties in tertiaire centra, door vroegtijdiger opsporing minder frequent noodzakelijk. Door een grote absolute stijging van het aantal diabetespatiënten in de toekomst zal het absolute aantal van dit soort behandelingen naar verwachting toch stijgen, omdat de ontwikkeling van ernstige diabetische retinopathie helaas lang niet in alle gevallen kan worden voorkomen door vroegtijdige opsporing en behandeling.

In uw document wordt nadrukkelijk gesteld (pag 8.) dat functionele bekostiging een besparing zal opleveren. Echter, daarbij wordt uitgegaan van een gelijk patiënten volume.

Er is nog een groot potentieel aantal patiënten dat nu nog niet in de keten is opgenomen en dus in de nabije toekomst extra kosten met zich mee zal brengen. Zoals u weet zijn nieuwe recente cijfers beschikbaar waaruit blijkt dat het absoluut aantal diabeten nog eens zeer fors gaat toenemen en dus de kosten ook.

Beeldvorming van kostenneutraliteit of kostenreductie is dus op dit onderdeel niet correct. Tekstaanpassing lijkt ons wenselijk.

## **3. Co-morbiditeit.**

Screening vindt nu al grotendeels plaats in de eerste lijn. In de bovengenoemde richtlijn staat beschreven welke patiënten voor screening desondanks toch naar de oogarts moeten en niet in de eerste lijn gescreend moeten worden. Hierbij is belangrijk dat onder andere mensen met oogheelkundige co-morbiditeit niet in de eerste lijn gescreend worden, maar bij de oogarts (blijven) komen. Het is de vraag hoe een andere aanbieder dan de huisarts op de hoogte gesteld moet worden van de aanwezigheid van co-morbiditeit, zoals bijvoorbeeld glaucoom en maculadegeneratie. Uit onze ervaring blijkt dat dit helaas niet aan de patiënten zelf overgelaten kan worden. Met name kwetsbare ouderen kunnen dit niet goed naar voren brengen, of denken ten onrechte bijvoorbeeld dat bij diabetesscreening ook hun glaucoom is gecontroleerd.

Verder vragen wij ons af, of een functionele bekostiging met daarin een financiële prikkel voor de eerstelijns aanbieder van zorg om doorverwijzingen naar de tweede lijn te voorkomen, in het kader van oogheelkundige screening bij diabeten wel raadzaam is. Er is immers in de richtlijn precies beschreven in welke gevallen screening in de eerste lijn plaats dient te vinden, en in welke gevallen in de tweede lijn. Ons inziens zou eerst onderzoek beschikbaar moeten zijn, welk percentage diabetes

patiënten op basis van de richtlijn in de eerste lijn gescreend zou moeten worden, en welk percentage doorverwezen naar de tweede lijn. Pas als dit bekend is, zou een financiële prikkel toegepast kunnen worden, wellicht na correctie van het percentage voor de betreffende populatie op leeftijd of herkomst.

Als iedere verwijzing naar de tweedelijns zorg financieel ‘bestraft’ wordt, zal de kwaliteit van zorg in gevaar komen.

Er is nog zeer weinig kennis bij de bevolking over de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende beroepsgroepen in de oogzorg: opticiens, optometristen, orthoptisten, oogartsen en straks ook nog screeners. Wij ervaren dit als een fors probleem, omdat het zowel onderconsumptie van zorg (glaucomapatiënten komen niet meer bij de oogarts doordat ze denken dat screenen voldoende is) als overconsumptie (diabetespatiënten met co-morbiditeit worden al gescreend op DRP bij de oogarts maar er worden ook nog fundusfoto’s gemaakt in de eerste lijn) tot gevolg kan hebben.

Wij vragen ons dus af, op welke wijze informatieoverdracht van de huisarts naar de andere zorgaanbieders van diabeteszorg wordt gewaarborgd.

#### **4. Tot slot twee algemene punten**

Allereerst: om keuze vrijheid bij patiënten te waarborgen, dient er een zekere overcapaciteit te zijn, en dat is op zich kostenverhogend, zowel in opleidings- als beschikbaarheidskosten.

Immers, indien een patiënt kiest voor een andere zorgverlener moet er elders ook wel capaciteit zijn om dit waar te kunnen maken; de patiënt moet niet overal te horen krijgen dat men ‘al vol zit’.

Bijvoorbeeld: een patiënt is niet tevreden over de diabeteszorg bij zijn huisarts, gaat daarom voor zijn diabetes naar een zorgcentrum van bijvoorbeeld de verzekeraar, maar wil ook een andere huisarts. Die moet er dan wel zijn en hem direct als patiënt willen accepteren. Vooral bij een patiënt met veel en gecompliceerde pathologie naast bijvoorbeeld zijn diabetes zal dit niet eenvoudig te realiseren zijn, omdat risicoselectie dreigt.

Ten tweede: de patient die het in dit rapport betreft is veelal een oudere patient met grote kans dat deze betrokken is bij meerdere niet-complexe chronische zorgvormen. Als je dan met veel versnipperde zorg voor die misschien wel alle 4 afzonderlijke trajecten te maken krijgt, raak je de weg kwijt, en haak je af. Dan is de patient de dupe ....ook al heeft u misschien kosten bespaard.

#### **Resumerend:**

Het NOG is van mening, dat functionele bekostiging voor DM type II patiënten ten aanzien van oogheelkundige zorg geen extra financiële winst oplevert. Kwaliteitsverlies en kosten verhoging liggen juist op de loer. Versnippering van zorg is ongewenst voor de patient met meerdere aandoeningen. Gezamenlijk zouden we willen insteken op een duidelijke instructie in de keten van DM patiënten over het naleven van de richtlijn. Daarbij is zeer belangrijk dat voor de patient en zijn omgeving bekend is bij welke zorgaanbieder welke competenties behoren.

In de bijlage komen wij terug op uw consultatievragen.

Hoogachtend,  
namens het NOG,

Mevr. Dr. M.Th.P. Odenthal, oogarts voorzitter BBC  
Dhr. H.A.L.F. Hoogstede, oogarts, secretaris BBC.

Bijgaand: Bijlage 1

## Bijlage 1

Over uw consultatie vragen: Vanuit oogheelkundig perspectief tav de diabetes patient:

Uw consultatievragen 1 tot en met 5 kunnen nagenoeg geheel beantwoord worden vanuit de richtlijn als voornoemd in onze reactie.

- Ten aanzien van consultatie vraag 6:

Screening, in de enge zin van onderzoek op het al dan niet aanwezig zijn van diabetische netvlies afwijkingen bij diabetes patiënten is wellicht geen verzekerde zorg. Dit zou wel moeten. In de praktijk wordt dit echter aan de diabetes patient kosteloos aangeboden in de 1<sup>e</sup> lijn.

- Ten aanzien van consultatie vraag 7:

In de praktijk is dit een lastig probleem. Soms wordt in lokaal overleg een praktische tijdelijke oplossing gevonden. Al dan niet onder voorwaarden.

- 

Ten aanzien van consultatie vraag 8:

Het is afhankelijk of men schotten formeel in stand wil houden of informeel wil slechten. In de praktijk is de aanwezigheid van schotten soms ook gewenst om competenties te onderscheiden.

- Ten aanzien van consultatie vraag 9:

Zorg die over schotten heengaat wordt onbelemmerd aangeboden.

- Ten aanzien van consultatie vraag 10:

Voorop moet duidelijkheid staan, voorts moet men pragmatische oplossingen kunnen kiezen die voor de betreffende patiënten groep in die locale situatie een flexibele oplossing biedt.