

Nederlandse Zorgautoriteit
Secretariaat Directie Ontwikkeling
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Postbus 1539
3500 BM Utrecht

Churchillaan 11
3527 GV Utrecht

Telefoon
030 297 03 03

Fax
030 297 06 06

E-mail
npcf@npcf.nl

Website
www.npcf.nl

Postbank
370907

K.v.K.
40482340

datum Utrecht, 27 mei 2009
ons kenmerk 2009-366/DSB/01.01.01/fv/tk
voor informatie F. Vogelzang
uw kenmerk --
onderwerp **Reactie visiedocument 'Functionele
bekostiging vier niet-complexe chronische
aandoening'**

Geachte heer, mevrouw,

In uw brief van 17 april j.l. nodigt u de NPCF uit om te reageren op uw visiedocument 'Functionele bekostiging vier niet-complexe chronische aandoening'. Hierbij maken we graag gebruik van de mogelijkheid om onze zienswijze op de functionele bekostiging van de zorg voor chronische aandoeningen bij u onder de aandacht te brengen. En passant zullen we in onze reactie het merendeel van uw consultatievragen bij het visiedocument beantwoorden. (Het nummer van de betreffende consultatievragen is telkens 'tussen haakjes' weergegeven).

Functionele bekostiging: het best passende antwoord op een zorgvraag (vraag 1)

In ons visiedocument 'Eerstelijnszorg voorop!'¹ staat de mens in haar sociale context met al haar zorgvragen, wensen en behoeften centraal. De organisatie, inrichting en financiering van de eerstelijnszorg moeten hierop aansluiten. Functionele bekostiging lijkt hiervoor een passende benadering, omdat daarbij wordt gezocht naar het best passende antwoord op een zorgvraag. Wie welk onderdeel van de zorg levert, is voor de bekostigingssystematiek niet van belang.

De NPCF verwacht dat de functionele bekostiging van chronische aandoeningen een positieve bijdrage zal leveren aan de samenhangende zorg voor mensen met een chronische aandoening. De programmatische aanpak van chronische aandoeningen die door de functionele bekostiging wordt gestimuleerd levert naar verwachting een belangrijke bijdrage aan het voeren van regie op de eigen aandoening door de patiënt en zorg op maat volgens een persoonlijk zorgplan. Ook de betrokkenheid van (categorale) patiëntenorganisaties bij de ontwikkeling van zorgstandaarden, als grondslag voor de functionele bekostiging, biedt onze achterban mogelijkheden om inhoudelijke inbreng vanuit patiëntenperspectief te leveren.

Gedeelde conclusies in beide visies

In het verlengde van onze visie op de eerstelijnszorg herkennen we ons in een aantal conclusies

¹ NPCF (2006). Eerstelijnszorg voorop! Op weg naar een geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit patiëntenperspectief.

uit uw visiedocument over de functionele bekostiging. Onze gedeelde opvattingen hebben onder meer betrekking op:

een functionele benadering van de regierol in het zorgproces;
het verbreden en verfijnen van de functionele bekostiging.
de ontwikkeling van ketenindicatoren;

In het vervolg van deze brief zullen we onze opvattingen over deze thema's nader toelichten.

Een functionele benadering van de regierol in het zorgproces (vraag 2)

Vooral bij complexe en meervoudige zorgvragen zijn er vaak meerdere zorgverleners bij de zorg voor een patiënt betrokken. Door de toename aan zorgverleners ontstaat er meer behoefte aan coördinatie en regie. Het aanwijzen van een bestaande zorgverlener als casemanager kan dan uitkomst bieden. De casemanager is als eerstverantwoordelijke zorgverlener het aanspreekpunt voor vragen van de zorggebruiker of zijn familie. Bij het kiezen van een casemanager zou de voorkeur van een patiënt een belangrijke rol moeten spelen.

Op grond van hun competenties kunnen verpleegkundigen naar verwachting een belangrijke bijdrage leveren aan het beantwoorden van de zorgvragen in de eerste lijn. Zorggebruikers en patiënten zijn over het algemeen zeer positief over hun ervaringen met wijk –en praktijkverpleegkundigen. Ze besteden veel tijd en aandacht aan de patiënt en beschikken over specifieke kennis en vaardigheden. Wat ons betreft zouden verpleegkundigen juist bij chronische aandoeningen ook een belangrijke rol kunnen vervullen bij de coördinatie van de zorg. Een gelijkwaardige positie van verpleegkundigen en andere zorgverleners bij eerstelijnszorgaanbieders (m.n. zorggroepen) is daarvoor een belangrijke voorwaarde.

We onderschrijven het voornemen van de NZa om de onderhandelingspositie van zorgverleners binnen zorggroepen en de inkoopmacht van deze eerstelijnszorgaanbieders nauwlettend in de gaten te houden, zodat er een gezonde basis voor samenwerking ontstaat tussen zorgverleners onderling en met zorgverzekeraars. Patiënten en verzekerden met een chronische aandoening zijn immers afhankelijk van een gezamenlijke aanpak.

Het verbreden en verfijnen van de functionele bekostiging (vragen 7 en 8)

De NPCF pleit voor een systeem waarbij het geld de patiënt volgt. Voor de zorggebruiker is het onderscheid tussen de cure en care, eerstelijnszorg en tweedelijnszorg niet van belang. Schotten in de zorg zouden moeten verdwijnen door verbreding van programmatische aanpak richting tweedelijnszorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en AWBZ.

We stellen voor om spoedig te beginnen met het opheffen van financieringsschotten tussen eerste- en tweedelijnszorg. We moeten voorkomen dat patiënten vanuit financiële motieven te lang worden vastgehouden in de eerste lijn. Het risico van het te lang vasthouden in de eerste lijn blijft aanwezig zolang de overheveling van specialistische zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn niet of nog onvoldoende is gerealiseerd (zie bijvoorbeeld het recente onderzoek naar de poliklinische zorg voor mensen met hartfalen). Vooral bij chronische aandoeningen met een recidiverend karakter, zoals decompensatie bij hartfalen of exacerbaties bij COPD zou de financiering voldoende mogelijkheden moeten bieden voor het bieden van specialistische zorg in de tweede lijn.

Er moet een passende financieringsstructuur gevonden worden die aansluit bij het soms grillige verloop van chronische aandoeningen en waarborgt dat de patiënt altijd bij de juiste zorgaanbieder terecht komt (ongeacht of deze zich in de eerste of tweede lijn bevindt). Dit betekent dat de functionele bekostiging van de programmatische zorg voor mensen met een chronische aandoening verbreed zou moeten worden 'tot en met' de tweede lijn. Wellicht kan de introductie van een zorgzwaarte-indeling bij de ontwikkeling van zorgstandaarden (bijvoorbeeld een onderscheid in hartfalen klasse I-IV) onbedoeld en ongewenst gedrag van zorgaanbieders voorkomen. De onderscheiden zorgzwaartecategorieën zouden daartoe verdisconteerd moeten worden in de functionele bekostiging van de zorg voor de betreffende subgroepen van chronische aandoeningen (bijvoorbeeld hartfalen klasse III).

De ontwikkeling van ketenindicatoren (consultatievraag 4 en 5)

De NPCF onderschrijft het belang van het ontwikkelen van prestatie-indicatoren voor de functionele bekostiging van eerstelijnszorg. De prestatie-indicatoren moeten inzicht geven in de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg voor mensen met een chronische aandoening. Volgens de NPCF zouden de beoogde indicatoren zowel betrekking moeten hebben op aandoeningsspecifieke indicatoren, als op de generalistische geïntegreerde eerstelijnszorg. De uitkomsten van diseasemanagement programma's in het buitenland bieden mogelijk een goede basis voor het meten van de uitkomsten van ketenzorg, bijvoorbeeld het aantal ziekenhuisopnames en het voorkomen van complicaties en vervolgaandoeningen (bijvoorbeeld voetamputaties bij diabetes en cardiovasculaire accidenten bij cardiovasculair risicomanagement). Voor het verantwoord leveren van ketenzorg zal de zorgaanbieder daarbij aan een aantal randvoorwaarden moeten voldoen, zoals het beschikken over een elektronisch patiëntendossier, doelmatig voorschrijven en een eenduidig aanspreekpunt etc. De basisset die op verzoek van Zorgverzekeraars Nederland door Plexus werd ontwikkeld biedt aanknopingspunten om deze basiseisen in kaart te brengen.

Door in eerste instantie gebruik te maken van bestaande indicatorensets moet het mogelijk zijn om op korte termijn een eerste basisset op te leveren. Deze basisset zou in elk geval moeten bestaan uit proces- en structuurindicatoren. Tegelijkertijd willen we afspraken maken over een minimale informatieset met uitkomstindicatoren vastgelegd met een tijdslijn waarin duidelijk is aangegeven wanneer de data beschikbaar zijn. Net als in andere Zichtbare Zorgtrajecten zou hierbij sprake moeten zijn van een combinatie van medisch-inhoudelijke indicatoren, patiëntervaringen en etalageplus informatie (feitelijke informatie over het zorgaanbod die patiënten kunnen betrekken bij het keuzeprocess).

Aanvullingen op het visiedocument

Naast de gedeelde conclusies blijft in uw visiedocument vanuit patiëntenperspectief een aantal zaken onderbelicht. Wij vragen uw aandacht voor:
het belang van verzekerde aanspraken op de zorg volgens zorgstandaarden;
de inbedding van ketenzorg in de geïntegreerde generalistische eerstelijnszorg.

Deze aspecten staan hieronder nader omschreven.

Het belang van verzekerde aanspraken op de zorg volgens zorgstandaarden (vraag 6)

De zorgstandaarden beschrijven waar goede zorg voor mensen met een chronische aandoening minimaal aan moet voldoen. Als zodanig zou de zorg volgens zorgstandaarden aangemerkt kunnen worden als 'noodzakelijke zorg' en daarmee de grondslag moeten vormen voor

verzekerde aanspraken. Dit betekent dat zorg volgens de zorgstandaard, inclusief zelfmanagement en alles wat er bij hoort (interventies, begeleiding, centrale zorgverlener en zelfzorgdossier), tot het verzekerde pakket zouden moeten behoren. De aanspraken van verzekerden gaan dus verder dan een enkelvoudige beweegkuur of een cursus stoppen met roken.

De NPCF pleit er voor om de zorg volgens de zorgstandaarden, waaronder zelfmanagement, op te nemen in het verzekerde aanspraken. We roepen u op ons pleidooi voor verzekerde zorg volgens de zorgstandaarden in uw contacten met het Ministerie van VWS en het College voor Zorgverzekeringen onder de aandacht te brengen, zodat uw prestatiebeschrijvingen hierop kunnen worden afgestemd.

De onlosmakelijke koppeling tussen ketenzorg en generalistische eerstelijnszorg

In haar visie op de eerstelijnszorg gaat de NPCF een stap verder dan de huidige samenwerking bij de zorg rond chronische aandoeningen. Mensen hebben behoefte aan zorg die niet alleen gericht is op hun aandoening, maar vooral op hun persoonlijke situatie. Dit onderscheid heeft belangrijke gevolgen voor de organisatie van de eerstelijnszorg. De zorg moet samenhangend rond zorggebruikers worden georganiseerd in geïntegreerde samenwerkingsverbanden, dichtbij in de eigen woonomgeving en het liefst onder één dak. De voorgenomen programmatische aanpak van chronische aandoeningen² zou daarom onlosmakelijk verbonden moeten zijn met de geïntegreerde generalistische eerstelijnszorg. Alleen door de programmatische aanpak goed in te bedden in de geïntegreerde generalistische eerstelijnszorg, weten mensen zich verzekerd van een goede afstemming tussen de zorg voor verschillende chronische aandoeningen en aanvullende zorgvragen.

Door de scores op prestatie-indicatoren met betrekking tot geïntegreerde generalistische eerstelijnszorg te beschouwen als een noodzakelijke voorwaarde voor het leveren van multidisciplinaire zorgprogramma's op basis van zorgstandaarden, kan de koppeling tussen beide volgens een functioneel ordeningsprincipe tot stand worden gebracht. De samenhang zou wat ons betreft in nieuwe beleidsregels voor de vier zorgketens tot uitdrukking moeten komen³.

² Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Programmatische aanpak chronische aandoeningen d.d. 13 juni 2008

³ Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging d.d. 22 december 2008

Afsluitend dilemma: keuzevrijheid versus kwaliteit

Onze reactie op uw visiedocument willen we afsluiten met een dilemma waarvoor we de oplossing nog niet hebben gevonden. In uw visie op de functionele bekostiging gaat u uitvoerig in op de gevolgen van een programmatische aanpak van chronische aandoeningen voor de keuzevrijheid van patiënten en zorgconsumenten. U constateert terecht dat de sturing binnen zorgprogramma's kan leiden tot een beperking van de keuzevrijheid. Ook binnen de patiëntenbeweging is de keuzevrijheid van patiënten van oudsher een belangrijk issue. Anderzijds biedt de programmatische aanpak van chronische aandoening kansen voor kwaliteitsverbetering, zoals meer samenhangende zorg voor chronisch zieken en ruimte voor de eigen regierol van de patiënt. De kansen voor betere kwaliteit van de zorg en de mogelijke beperkingen van de keuzevrijheid lijken met elkaar op gespannen voet te staan.

Graag blijven we met u in gesprek over dit dilemma en de overige aandachtspunten die in onze reactie op uw visiedocument de revue passeren.

Vertrouwende u hiermee van dienst te zijn geweest.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie



Mw. A.L. Schipaanboord
Directeur Beleid & Innovatie

cc: VWS, M. Berg en N. Schell
CvZ, C. Mastenbroek
LVG, L. Kliphuis
ZN, M. Bouwmans en T. Lamping)