



Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie

BESTUUR

voorzitter

Dr. M.C.G. Daniëls

vice-voorzitter

Prof. dr. M.J. Schalijs

secretaris

Dr. P.R.M. van Dijkman

thesaurier

T. Slagboom

bestuurslid

Dr. R.J.M. van Geuns

Nederlandse Zorgautoriteit

Directie Ontwikkeling

T.a.v. de heer M. Lugt

Postbus 3017

3502 GA UTRECHT

Ons kenmerk: NVVC/0092.09/MD/EK/me

Betreft: reactie op uw visiedocument bekostiging niet-complexe chronische zorgvormen

Utrecht, 29 mei 2009

Geachte heer Lugt,

Hierbij de reactie van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie op uw visiedocument functionele bekostiging niet-complexe chronische zorgvormen.

INLEIDING:

De Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) deelt met de minister en andere partijen de zorg dat door de vergrijzing van de bevolking en schaarste in personeel doelmatige begeleiding van mensen met chronische aandoeningen in de knel kan komen. De NVVC is van mening dat te allen tijde een kwalitatief goede inrichting van die begeleiding prioriteit heeft, uiteraard met oog voor de economische aspecten en is zeker bereid mee te denken over vormen van inrichting van zorg die voorbij gaan aan de traditionele indelingen teneinde dit te effectueren. In dit kader heeft zij kennis genomen van de documenten met betrekking tot functionele bekostiging van een aantal niet-complex geachte chronische zorgvormen, inclusief het visiedocument van de NZa, en grijpt de geboden mogelijkheid hierop te reageren graag aan.

Wel wil de NVVC enkele kanttekeningen plaatsen bij de procedure zoals door de NZa is gevolgd. Wij betreuren het nu pas betrokken te worden bij de ontwikkeling van een document met deze importantie, terwijl de cardiologische aspecten toch een wezenlijk onderdeel hiervan vormen. Ook andere medisch-specialistische zorgaanbieders zijn in de consultatieronde, voor zover wij begrijpen, niet betrokken.

Naar onze mening past dit niet bij een poging om vraagstukken in de overlap van 1e en 2e lijn gezondheidszorg zorgvuldig op te lossen. De ontwikkelde visie kent daardoor in belangrijke mate een bestuurlijk-theoretische basis, waarbij toetsing door en vanuit de praktijk van de 2e lijn ontbreekt. Bovendien vreest de NVVC dat de opgelegde tijds- én economische druk voor zowel NZa als veldpartijen tot concessies kunnen leiden aan de kwaliteit van zorg; dat is niet een weg welke wij menen te moeten gaan.

Onze inhoudelijke reactie bestaat uit een algemeen commentaar op het visiedocument met enkele specifieke commentaren, en de beantwoording van de door u gestelde consultatievragen.

ALGEMEEN COMMENTAAR:

De NVVC mist in het document een inhoudelijke onderbouwing van de verwachting dat verschuiving van zorg van 2^e naar 1^e lijn binnen de genoemde zorgvormen goedkoper kan tegen dezelfde of zelfs hogere kwaliteit. Het document ademt daardoor vooral een sfeer van hoop en verwachting uit, maar niet een die gestoeld is op onderzoek en 'bewijs'.

NVVC-BUREAU

Postbus 19192
3501 DD Utrecht
tel. 030 - 234 50 00
fax. 030 - 234 50 02
e-mail: bureau@nvvc.nl
website: www.nvvc.nl



Is het niet juist zo dat door toenemende specialisatie in de 2^e lijn het gat met 'basiszorg' in de 1^e lijn in medisch inhoudelijke termen toeneemt? Is dit niet een van de aspecten waar we ons in Nederland op moeten bezinnen? Naar onze mening zal functionele bekostiging als systeem de aansluiting in deze tussen 1e en 2e lijn niet persé verbeteren, met name niet als het primaat als het ware bij één van die partijen wordt gelegd. Op dit moment zijn er in vrijwel heel Nederland transmurale projecten operationeel die de gewenste effecten al in een belangrijke mate bewerkstelligen. Zit de invoering van keten-DBC's dergelijke projecten niet in de weg? Is ten aanzien van de vermeende handhaving c.q. verbetering van kwaliteit van medisch zorg voorzien in een nulmeting en vervolgmetingen om dit te monitoren?

In financiële zin valt te vrezen dat er een aanzienlijke overlap zal ontstaan tussen prestaties die nu binnen DBC's vallen en in uw visie straks binnen functionele bekostiging. De NVVC treft in het visiedocument geen aanwijzing aan hoe hiermee om te gaan; in de optiek van de NVVC vormen de DBC's op dit moment een geïntegreerd diagnose-behandelpakket, en zij meent dat DBC's niet 'geschoond' kunnen worden voor onderdelen die in dat pakket wel thuishoren, maar ook onderdeel zouden kunnen zijn van een ketenbekostiging (zie ook de opmerkingen onder het stukje over cardiovasculair risicomanagement). Verschuiving van zorg van de 2e lijn naar de 1e hoeft in het geheel van de gezondheidszorg niet zonder meer goedkoper te zijn: eisen die gesteld moeten worden aan de kwaliteit van zorg spelen hier een grote rol. Als laatste, en hieraan rakend, ziet de NVVC graag een onderbouwde raming van mogelijke verschuivingen in het macro-economische budget van medisch specialistische zorg in het algemeen en die van de cardiologische in het bijzonder die het gevolg zouden kunnen zijn van invoering van systemen als functionele bekostiging alvorens een gewogen oordeel te kunnen geven op de strategische visie zoals neergelegd in het NZa document.

De NVVC is van mening dat als keten-DBC's ingericht worden er een duidelijke gepredefinieerde betrokkenheid van de cardioloog moet worden opgesteld, beperkt tot niet-invasief functie-onderzoek, telefonische consulten, bezoeken aan de huisartsenpraktijk en telemonitoring. Elk bezoek van een patiënt aan een tweedelijnsvoorziening hoort echter tot de reguliere intramurale zorg en dient opgenomen te worden in de huidige DBC systematiek, ongeacht de diagnose en ongeacht de status van een eventuele keten-DBC (geopend of gesloten). Een belemmering in de financiering zou tot onverantwoorde drempelverhoging in de toegang tot de 2e lijn kunnen leiden.

Het moge duidelijk zijn dat de NVVC zich met name betrokken voelt bij de voorstellen die gedaan zijn met betrekking tot het cardiovasculair risicomanagement en hartfalen. Hieronder willen wij apart ingaan op beide zorgvragen die inderdaad een chronisch karakter kennen; de NVVC deelt echter niet de visie dat beiden vallen onder niet-complexe zorg (waarvan in het document overigens een definitie ontbreekt).

CARDIOVASCULAIR RISICOMANAGEMENT:

Cardiovasculair risicomanagement hoort een integraal onderdeel te zijn van gezondheidsdenken binnen onze samenleving, en omvat zowel primaire als secundaire preventie. De NVVC is van mening dat hier een belangrijke taak is weggelegd voor de 1e lijn, zowel in voorlichting als begeleiding. Er is een zorgstandaard cardiovasculair risicomanagement voor handen, evenals adequaat materiaal gericht op de bevolking en de patiënt met hart- en vaatziekten, met daarin scherp omschreven streefwaarden voor het beheersen van de nu bekende risicofactoren. De NVVC deelt de visie dat het hier een in essentie niet-complexe zorgvorm betreft, althans daar waar het gaat om de primaire preventie van atherosclerotisch vaatlijden.



Risicomanagement in families met plotse dood, genetisch bepaalde aandoeningen, of anderszins specifiekere aandoeningen vraagt om een andere aanpak, maar de voorstellen zoals gedaan in het visiedocument van de NZa lijken hier voldoende garanties voor te bieden, en in die gevallen kan het cardiovasculair risicomanagement in engere zin losgekoppeld worden van de 'keten-DBC'.

Vrijwel alle patiënten met een doorgemaakt acuut vasculair incident worden in de fase dat zij hiervoor behandeld worden in de 2e lijn al op het spoor van cardiovasculair risicomanagement gezet. Is het de bedoeling dit los te gaan koppelen van de primaire zorgvraag, met andere woorden: dient de cardioloog zich te onthouden van onderzoek en behandeling naar risicofactoren als verwacht wordt dat dit in een structuur van functionele bekostiging komt? Het antwoord hierop kan naar onze mening geen "ja" zijn; daarmee valt een deel van de kosten vervolgens toch binnen de DBC structuur en kan 'overpricing' van de keten-DBC ontstaan als een deel van het werk immers al verricht is. Een praktisch probleem ziet de NVVC bovendien in de voorstellen met betrekking tot functionele bekostiging als het gaat om de controle op al dan niet geopende 'keten-DBC's'. Zij vreest hierin - meer dan de NZa - een bureaucratische rompslomp.

Tenslotte wil de NVVC erop wijzen dat de 1^e lijn een breed takenpakket beheert. Daarmee is het naar onze mening niet vanzelfsprekend dat kennis op het gebied van specifieke zorgvormen (zoals cardiovasculair risicomanagement) als vanzelf vergaard en onderhouden kan worden. Ondanks het bestaan van een zorgstandaard is ook het gebied van primaire en secundaire preventie in beweging, en de NVVC pleit er dan ook sterk voor dat adequate systemen worden ontwikkeld om de prestaties van zorgaanbieders te blijven monitoren, in zowel de 1^e als 2^e lijn; continue scholing is wat haar betreft een vereiste om adequate zorg te kunnen bieden, waarbij zorgverleners op de hoogte horen te zijn van alle vragen die spelen rondom o.a. nieuwe methodieken om naar vaatlijden te zoeken (o.a. CT/MRI) en nieuwe therapeutische opties.

HARTFALEN:

Hoewel in het visiedocument van de NZa op dit moment een functionele bekostiging van de zorg rond hartfalen nog niet wordt geadviseerd (met name door het ontbreken van een zorgstandaard) wil de NVVC graag op dit punt ingaan als onderlegger voor een eventueel toekomstige discussie.

In tegenstelling tot het cardiovasculaire risicomanagement kan hartfalen in de optiek van de NVVC niet gezien worden als een niet-complexe zorgvorm, óók niet als een zorgstandaard beschikbaar is. Hartfalen is niet een ziekte op zich, maar een symptoom, en gelet op de omvang van de morbiditeit en mortaliteit van de aandoening alsmede de prognose is adequate diagnostiek naar de onderliggende oorzaak en daarop gespitste behandeling een vereiste. Alleen al de diagnostiek, en met name de interpretatie van de uit diagnostisch onderzoek verkregen gegevens in relatie tot de individuele patiënt (zeker die met comorbiditeit als COPD en diabetes mellitus!), vraagt om vergaande kennis en ervaring welke in de meeste gevallen de patiënt in de 2e lijn zal brengen (zelfs in de voorhangbrief van de minister van april 2009 wordt erkend dat de diagnostiek van hartfalen vaak tekort schiet). Ook gedurende het ziekteproces zullen zich met regelmaat momenten voordoen waarop bezinning op de ingestelde therapie en aanvullingen op diagnostiek nodig zijn. Verder zijn er patiënten die voorzien zijn van een device als pacemaker of ICD, die een bijkomend cardiaal probleem hebben (angina pectoris, hartritmestoornissen), of die wachten op complexe therapie. De medisch inhoudelijke aspecten (inclusief behandeling) rondom hartfalen zijn nog altijd dusdanig in beweging, dat van de 1e lijn niet verwacht kan worden op de hoogte te blijven van alle ontwikkelingen dienaangaande.



Daar komt bij dat naar onze mening de cardiologische scholing in de opleiding tot huisarts in Nederland (te) beperkt is. De suggestie welke in het NZa visierapport gewekt wordt dat substitutie van 2e lijnszorg naar de 1e lijn zonder verlies aan kwaliteit kan plaatsvinden gaat naar de mening van de NVVC zeker voor hartfalen dan ook niet zonder meer op.

Hartfalen wordt bovendien gekenmerkt door frequent optredende 'exacerbaties' welke ook in de 2e lijn behandeld zullen worden. De NVVC concludeert dan ook dat de 2e lijn onontkoombaar onderdeel uitmaakt van de zorg aan de patiënt met hartfalen. Functionele bekostiging met de bedoeling om zorgaanbieders te stimuleren de zorg buiten de muren van het ziekenhuis op zich te nemen kan ons inziens dan ook alleen maar gezien worden vanuit een economisch perspectief, en niet een welke is gebaseerd op de wens te komen tot een kwalitatief optimale zorg.

Dat neemt niet weg dat de NVVC erkent dat de patiënt met hartfalen (wat dan ook de onderliggende oorzaak is) voor diens begeleiding gebaat is bij een betere samenwerking tussen 1e en 2e lijn. Een bekostigingsstructuur waarin de 1e lijns zorgaanbieder 'hoofdaannemer' en de werker in de 2e lijn 'subcontractant' is, past echter niet in de visie van deze gezamenlijke inzet. Binnen deze vorm van bekostiging bestaat immers het risico dat een financiële drempel wordt opgeworpen voor verwijzing naar de 2e lijn, dat een 'subcontractant' wordt aangenomen welke niet persé de keus van de patiënt is, noch in de nabijheid van de patiënt hoeft te zijn gesitueerd. Dit laatste werkt versnippering van de zorg en dubbele verrichtingen juist in de hand als bij exacerbaties of anderszins electieve verwijzing naar de 2e lijn een andere instelling wordt benaderd dan die waarin de - om wellicht economische redenen gekozen-subcontractant werkzaam is.

De NVVC is voorstander van vaste en aantoonbare samenwerkingsverbanden die aangegaan worden tussen 1e en 2e lijn op het gebied van hartfalen, voor alle praktijken in zowel de 1e als 2e lijn en geografisch voor de patiënt logisch geordend. Hierbij horen afspraken met betrekking tot beoordeling van patiënten in het diagnostische traject, en zorgverlening in stabiele fasen, gebruik makend van de expertise die inmiddels is opgebouwd in hartfalenpoliklinieken met specifieke verpleegkundigen (die veelal ook thuisbezoeken afleggen) waarover alle ziekenhuizen beschikken (en wat immers een prestatie-indicator was). De door de NVVC opgestelde praktijkrichtlijn hartfalenpolikliniek kan in dit opzicht middels op te stellen prestatie-indicatoren wellicht een leidraad bieden om deze samenwerking vorm te geven en meer dwingend op te leggen. Aan de hand van dergelijke opgestelde samenwerkingsverbanden die in de eerste plaats zijn ingegeven door kwaliteitsoverwegingen kan vervolgens in samenspraak met de zorgverzekeraar een bekostigingsstructuur worden opgezet die recht doet aan de inzet van alle partijen.

CONSULTATIEVRAGEN

Hoewel wij uw verzoek om beantwoording van de consultatievragen kunnen begrijpen, constateren wij dat u om een dusdanige diepgang met onderbouwing vraagt dat deze in de korte tijd welke u ons gunt niet adequaat te geven valt. De NVVC wil nogmaals benadrukken dat de kwaliteit van medische zorg op de eerste plaats hoort te blijven staan bij de wens tot herinrichting van het zorgproces.

Consultatievraag 1:

De NVVC kan zich slechts ten dele vinden in de in hoofdstuk 5 geboden analyse. Zoals eerder door ons aangegeven is de economische analyse beperkt tot een risico analyse en ontbreekt een financieel-economische analyse. In zijn algemeenheid heeft de economische analyse een sterk beheersmatige insteek.



Het document spreekt over regulering van tarieven, het vast maken van programma-onderdelen, beperken van marktmacht, beperken van inkoopmacht, beperking van uitsluiting, contracteerverplichting, regulering van de voorwaarden en functionele omschrijvingen in de contracten, effectief toezicht op (nog te definiëren) kwaliteitseisen en verantwoording aan de hand van indicatoren. Het is de vraag of met deze uitgangspunten en de hoge mate van bureaucrativering die het met zich meebrengt überhaupt nog van marktwerking gesproken kan worden en of daardoor de kansen op succes niet zullen worden verkleind.

Verder zijn wij van mening dat de risico-analyse te eenzijdig is, omdat alleen de marktmacht van de zorgaanbieder wordt besproken en een analyse van de marktmacht van de zorgverzekeraar in het geheel niet aan de orde komt. Een verzekeraar die monopolist is in een regio kan excessief lage prijzen afdwingen, waardoor zorgaanbieders in de problemen komen. Is in de thuiszorg niet hetzelfde gebeurd? Het risico van uitsluiting wordt in het rapport zwaar belicht. Bij de fysiotherapeuten is dat echter nooit een belangrijk issue geweest, waarom zou dat bij diëtisten nu wel het geval zijn?

Vanuit patiëntenperspectief wordt slechts één nadeel genoemd, namelijk minder keuzevrijheid voor patiënten. Dit is naar onze mening echter wel een zeer zwaarwegende factor. Wie verplicht de patiënt om deel te nemen aan geïntegreerde eerstelijnszorg als zijn/haar eigen huisarts niet tot de deelnemers behoort? En wat als de patiënt voor een ander probleem (aan hetzelfde orgaan) bij zijn huisarts of specialist onder behandeling is? Ook in deze lijkt ons de werkelijkheid over het algemeen weerbarstiger dan de tekentafel van plannersmakers.

De NVVC schat het risico van ontoegankelijkheid tot adequate zorg hoog in voor met name de patiënt met hartfalen, al dan niet met bestaande comorbiditeit. Dat geldt niet alleen het kostenrisico van een ingewikkelde patiënt voor de voorgestelde hoofdcontractant. Binnen het systeem van functionele bekostiging ziet de NVVC met name een risico in de toegankelijkheid tot 2e lijnszorg, doordat een drempel wordt opgeworpen voor de hoofdcontractant tot verwijzing. Zoals eerder opgemerkt is de NVVC van mening dat vrijwel elke patiënt met vermeend hartfalen mede beoordeeld hoort te worden in de 2e lijn c.q. daar ooit in terecht komt. Substitutie van zorg van 2e naar 1e lijn dient bij de complexe vorm van zorg welke hartfalen is niet een doel op zicht te zijn! Bundeling van kennis en kunde opgebouwd rondom de patiënt wél.

Consultatievraag 2:

De NVVC is van mening dat de huisarts de centrale regierol hoort te hebben voor elke individuele patiënt die zich in het gezondheidszorg systeem bevindt; met name het bewaken van dwarsverbanden en de communicatie met alle betrokken zorgverleners speelt hierin een rol. Als deze rol wordt uitgelegd als die van de 'hoofdcontractant' kan de NVVC zich hierin vinden. De NVVC is tegenstander van een regierol die buiten een arts wordt neergelegd zonder directe supervisie of verantwoordelijkheid van een arts. De visie van een hoofdcontractant met subcontractanten als economische invulling van de regierol lijkt niet ingegeven door aspecten die kwaliteit van zorg aangaan. Deze invulling heeft intrinsieke risico's daar er drempels zouden kunnen optreden om patiënten te verwijzen naar subcontractanten. Veeleer ziet de NVVC hier een mogelijkheid om middels prestatie-indicatoren gericht op procesinrichting (en dus niet op getalsmatige uitkomst) te sturen. Overigens geeft de NZa naar de mening van de NVVC met het uitgebreide pakket aan beheersmatige maatregelen en de nadruk op risico's de indruk op voorhand al niet veel vertrouwen te hebben in de huisarts als regiehouder.



Consultatievraag 3:

De NVVC heeft hierover geen andere mening dan dat toetreding altijd gebaseerd dient te zijn op kwaliteit van geboden zorg. De NVVC constateert dat de keuze voor marktwerking zich hier wreekt: er wordt gezocht naar mogelijkheden om marktwerking te sturen.

Consultatievraag 4:

Transparantie van zorg kent vele aspecten; meten van zorguitkomsten in de zin van 'harde' maten als opname en overlijden als maat voor kwaliteit is met name in het geval van hartfalen een utopie gezien de complexiteit van de aandoening. Transparantie kan wél geboden worden met betrekking tot het zorgtraject wat geboden wordt, en wellicht met betrekking tot percentage van patiënten welke ingesteld zijn op optimale evidence-based medicatie. Prestatie-indicatoren kunnen hierbij een rol spelen, maar meer dan dat zal de intrinsieke motivatie van zorgverleners tot het verschaffen van transparantie moeten worden aangewakkerd, waarbij vormen van ondersteuning bij het verzamelen van gegevens onderdeel zou kunnen zijn in de afspraken tussen zorgverlener en zorgverzekeraar.

Consultatievraag 5:

Voor wat betreft de zorg voor patiënten met hartfalen levert de beschrijving van de inrichting van de zorg, met meetpunten aangaande percentage patiënten ingesteld op optimale medicatie, naar de mening van de NVVC de beste transparantie. Prijs geeft géén inzicht in de kwaliteit van medisch inhoudelijk handelen. Ook voor cardiovasculair risicomanagement leveren kwalitatieve aspecten de beste transparantie; hierbij zou het percentage behandelenden die niet (meer) roken, die een gewenst gewicht, die een 'on target' bloeddruk of cholesterol hebben etc. inzicht kunnen bieden.

Consultatievraag 6 en 7:

Voor zover de NVVC kan overzien vallen de meeste activiteiten bij cardiovasculair risicomanagement en hartfalen binnen de verzekerde zorg. De inzet van fysiotherapie beperkt zich waarschijnlijk tot hartrevalidatie, en dat is een tweede compartimentszorg. Wij kunnen geen uitspraak doen over de wijze waarop omgegaan moet worden met zorgaanspraak die over de schotten binnen de eerste lijn reikt.

De NVVC kan zich vinden in de visie dat een bekostiging in een keten op zich wenselijker is, mits duidelijk verwoord is hoe de verdeling ligt tussen 1e en 2e lijn en mits toegankelijkheid tot de 2e lijn geborgd is daar waar de zorgvraag dit noodzakelijk maakt zonder dat de verwijzer hiertoe een financiële drempel voelt.

Consultatievraag 8 en 9:

In de gevallen die bij de NVVC bekend zijn (en dit betreft met name programma's gericht op hartfalen) is er in de praktijk altijd overeenstemming tussen 1e en 2e lijn, én tussen zorgverleners en zorgverzekeraar.

Consultatievraag 10:

De NVVC kan zich in de analyse en conclusie vinden, waarbij wij echter graag de opmerking plaatsen dat ruimte moet worden geboden voor afwijkingen in de afspraken tussen partijen als de lokale inrichting van de zorg (bijvoorbeeld op plattelandsgebieden) daar om vraagt.

Met vriendelijke groet,
Namens de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie

Dr. M.C.G. Daniëls,
voorzitter NVVC-bestuur