

Antwoorden op consultatievragen NZa van Univé-VGZ-IZA-Trias

Consultatievragen visie

1 Hoe beoordeelt u de resultaten van de economische analyse in hoofdstuk 5 van de visie, en de bredere toepasbaarheid daarvan op geïntegreerde eerstelijnszorg in zijn algemeenheid

In de ogen van Univé-VGZ-IZA-Trias (UVIT) schuilt er, naast een aantal voordelen, inderdaad ook een risico in de marktmacht die de geïntegreerde eerstelijnszorg krijgt.

De voordelen van de geïntegreerde eerstelijnszorg op basis van functionele bekostiging zijn:

1. De coördinatie is beter. Dit leidt tot een betere zorgcoördinatie en substitutie van de 2 naar de 1^{ste} en zelfs de 0^{de} lijn. In de toekomst zal het steeds vaker voorkomen dat de patiënt zelf zijn waardes meet en deze doorstuurt via mobile/internet naar de zorgaanbieder die feedback en advies geeft.
2. De zorgstandaarden zorgen ervoor dat de kwaliteit verhoogd wordt. Zorgaanbieders krijgen meer ervaring met de te leveren zorg en doelmatigheidswinst doordat tijdig de juiste zorg wordt geleverd en de zorg niet meer dubbel (door verschillende aanbieders) geleverd wordt.
3. Prestaties van de behandeling worden eenduidig te meten.
4. De dubbele bekostiging wordt verminderd.

Risico's en nadelen van geïntegreerde eerstelijnszorg op basis van de functionele bekostiging zijn:

- De kosten in de eerstelijns zullen toenemen doordat structureel gewerkt wordt met zorgstandaarden en daarmee ook meer nieuwe gevallen ontdekt worden.
- Er ontstaat marktmacht, met name bij huisartsen. Dit wordt veroorzaakt door te weinig keuzemogelijkheden (alternatieven) en het effect van het inschrijftarief op de keuzevrijheid van de patiënt. Patiënt zal in principe keuzevrijheid behouden, maar de huisarts zal actief sturen naar zorggroep waarin hij of zij participeert waardoor de keuzevrijheid van de patiënt wordt beïnvloed.
- Er ontstaat niet alleen een probleem in marktmacht naar de zorgverzekeraars, maar ook naar de niet-huisartsen, die geïntegreerde zorg aanbieden. Deze geluiden horen we in de praktijk al. Door functionele bekostiging wordt er een totaalbedrag afgesproken, wat onderling verdeeld moet worden. Over het algemeen wordt de zorggroep, bestaande uit huisartsen, gecontracteerd als hoofdaannemer. Deze moeten een verdeling maken over de deelnemende zorgaanbieders. Nu horen we al dat met name de paramedici er soms wat schamel vanaf komen. Daarnaast horen we vanuit het veld nu al geluiden dat onderaannemers uitgesloten worden (veroorzaakt door te lage tarieven of voldoende onderaannemers). Dit betekent afname van concurrentie en daarmee de een mogelijke beperking in de toegankelijkheid en keuzevrijheid bij de patiënt.
- Marktmacht leidt ook tot excessief hoge tarieven.
- Keuzevrijheid van de patiënt wordt beperkt doordat de patiënt niet kan gaan naar een zorgaanbieder die niet aangesloten is bij een zorggroep. Of dat het (financiële) gevolgen heeft.

Om de marktmacht te verkleinen/voorkomen zouden volgende maatregelen los of in combinatie met elkaar genomen kunnen worden:

- o De zorggroepen zouden niet te groot moeten zijn. Nu ligt het gemiddelde op circa 80 deelnemende huisartsen per zorggroep, als een lokaal/ regionaal monopolie. Door een optimum te kiezen als zorgverzekeraar en / of als NZa (te denken valt aan minimaal 20? En maximaal 50), zijn er meer zorggroepen, dus wordt het monopolie kleiner. Dreiging blijft nog steeds dat - ook al bestaat de groep uit 50 huisartsen - er hierdoor wel een lokaal monopolie wordt gecreëerd. Vanuit zorginhoudelijk perspectief zijn grote groepen toe te juichen, ook om de

overheadkosten te minimaliseren/ optimaliseren, maar vanuit marktmacht ontstaat er een probleem.

- Minimum aantal zorggroepen in een regio
- Duidelijke balans tussen kwaliteit (prestaties) en vergoedingen. De prikkel tot onderbehandeling wordt hiermee weggenomen
- Rol en betrokkenheid van de patiënt vergroten: meer betrekken in het realiseren van goede resultaten in de behandeling en ook zeker het financieel belang daarin vergroten voor de patiënt (dus bv eigen bijdragen of delen in gerealiseerde winst bij behalen van de goede resultaten op gezondheidswinst). Daarmee verhoog je de regierol van de patiënt en wordt de keuze van de patiënt voor de zorgaanbieder/zorggroep steeds meer van belang. Wanneer de patiënt niet tevreden is over een zorggroep dan wordt gekozen voor een andere zorggroep
- Tevens is het van belang om patiënten/verzekerden transparant te informeren en bewust te maken van de geconsumeerde zorg en de kosten die daarmee zijn gemoeid. Wellicht leidt deze stimulering van dit kostenbewustzijn, tot een bewust prikkel bij de patiënt in het keuze en consumptiegedrag;
- Om ervoor te zorgen dat onderaannemers niet uitgeknepen worden en de kwaliteit gewaarborgd kan worden, is het belangrijk om goede resultaatsindicatoren te benoemen en de financiering hieraan te koppelen. Een goed resultaat kan alleen gehaald worden bij voldoende (optimale) inzet van alle betrokken disciplines, met daarbij de juiste honorering.
- Loskoppelen van het verlenen van geïntegreerde eerstelijnszorg met basis huisartsenzorg. Deze koppeling wordt nu heel sterk gelegd, in de brief van de minister, en in het stuk van de NZa. Argumentatie voor: huisarts is verwijzer, komt in hetzelfde circuit terecht. Argumentatie tegen: hierdoor wordt de mogelijke marktwerking - bijvoorbeeld ook in de vorming van de samenwerkingsverbanden - direct alweer verkleind. De huisartsen zullen namelijk verwijzen naar zorggroep waarin zij participeren.
- Loslaten inschrijftarief/verplicht inschrijven patiënten in huisartsenpraktijk. Naast voordelen zitten hier ook nadelen aan (zie analyse van CVZ? naar verschillende bekostigingssystematieken: alleen verrichtingenfinanciering (= outputfinanciering), alleen abonnementsfinanciering of combinatie van die twee. Laatste financieringswijze heeft de voorkeur). Analyse op voor- en nadelen van loslaten inschrijftarief en evt. alternatieven zou bekeken moeten worden.

Vergelijking tabellen geïntegreerde 1stelijns zorg en functionele bekostiging

In algemene zin is ons niet duidelijk wat het verschil is tussen geïntegreerde 1stelijnszorg en functionele bekostiging. In onze ogen is functionele bekostiging een basis om tot goede geïntegreerde zorg te komen.

De voor- en nadelen in de tabellen die geïntegreerde 1^e lijns zorg vergelijken met functionele bekostiging gaan daarom niet altijd op:

- De meeste voor- en nadelen gelden voor beide zorgvormen. B.v. potentiële medisch-inhoudelijke meerwaarde wordt alleen genoemd bij geïntegreerde 1^e lijns zorg, maar dit geldt ook voor functionele bekostiging.
- Genoemd wordt als nadeel/risico van geïntegreerde 1^e lijns zorg dat patiënten te lang in de 1^e lijn gehouden worden. Is in het geval van functionele bekostiging geen sprake van het omgekeerde risico? Zware patiënten eerder naar de 2^e lijn sturen om te voorkomen dat men zelf veel zorg moet leveren aan deze patiënten en dus minder verdient aan deze patiënten?

Conclusie: UVIT is voorstander van keuzevrijheid voor de patiënt, het verkleinen van de machtspositie van de zorggroep en het meten op basis van prestaties (resultaten)

2 Hoe beoordeelt u de analyse van de invulling van de regierol in paragraaf 6.3 van de visie en de bredere toepasbaarheid daarvan op geïntegreerde eerstelijnszorg in zijn algemeenheid?

Het risico is dat de huisarts de spil in het geheel blijft en de patiënt terecht zal komen bij de zorgaanbieders waar zijn huisarts mee samenwerkt. Ketens kunnen en hoeven daardoor nauwelijks te concurreren met elkaar. De zorgverzekeraar wil door de prijs en prestatie-indicatoren het concurreren op kwaliteit moeten bevorderen. De patiënt zal echter door koppeling met de eigen huisarts (verplicht inschrijven) niet snel naar een andere aanbieder hiervoor gaan.

UVIT is daarom voorstander van het verleggen van die regierol. Uiteindelijk is natuurlijk de patiënt zelf de regisseur van zijn eigen gezondheid en zorg. Reden om dit meer en meer vorm te geven. Om ook de rol en positie van de huisartsen te veranderen moet het EPD volledig worden ingevoerd., waarbij de patiënt eigenaar is van de gegevens. Hij moet aangeven wie er inzage mag hebben en hij is 'in control'. De rol van zelfmanagement is hierbij ook heel belangrijk.

In onze ogen hoeft niet de huisarts de casemanager te zijn. Afhankelijk van de problematiek kan dit bijvoorbeeld ook de PO-er/verpleegkundige zijn. De huisarts blijft hierin wel een speler, maar is niet per definitie de casemanager. De NZa schat de kansen voor alternatieven wel iets te positief in.

Mogelijk zou het wenselijk zijn om de zorgregiefunctie als apart onderdeel van de omschrijving (en bekostiging) te benoemen .

3 Welke maatregelen acht u van belang om toetredingsdrempels tot de markt voor geïntegreerde eerstelijnszorg te verlagen, indien functionele bekostiging daar geïntroduceerd wordt? Zie paragraaf 6.3

UVIT is het eens met de beschreven maatregelen zoals deze beschreven staan, namelijk geen verplichte verwijzing binnen de eerste lijn en het effect van de verplichte inschrijving bij een huisarts. Er kan dan overgegaan worden op prestatietarieven.

Ook het loskoppelen van chronische zorg en basis huisartsenzorg kan eraan marktwerking bijdragen, waarbij de keuze bij de patiënt blijft waar de zorg (horizontaal/chronisch en verticaal/basaal) geconsumeerd wordt. Er moet echter wel rekening mee gehouden worden dat de huisarts een belangrijke persoon blijft voor de patiënt. In het visiedocument staat bijvoorbeeld op bladzijde 68 dat een COPD patiënt 12,7 keer per jaar de huisarts consulteert waarvan maar 2,7 keer voor COPD. Het lijkt ons dat een patiënt het prettiger vindt om dan ook de COPD zorg via deze huisarts te ontvangen en niet naar nog een andere aanbieder hiervoor hoeft.

Verder zijn er nog mogelijkheden zijn om marktmacht te verkleinen. Deze staan beschreven in het antwoord op vraag 1

4 Welke maatregelen acht u van belang om de transparantie van de markt voor geïntegreerde eerstelijnszorg te verhogen, indien functionele bekostiging daar geïntroduceerd wordt? Zie paragraaf 6.3.

UVIT is er voorstander van om landelijk een basisset prestatie-indicatoren te ontwikkelen om kwaliteit te meten, die niet alleen gericht is op procesindicatoren maar met name op resultaatsindicatoren. De resultaten kunnen teruggekoppeld worden aan de patiënt. Er moet echter ruimte blijven voor de verzekeraars voor eigen indicatoren.

De betrouwbaarheid van de door de zorgaanbieders aangeleverde prestaties is niet duidelijk (mogelijkheden tot window-dressing). Er moeten maatregelen worden genomen om de betrouwbaarheid te controleren. Tevens is het noodzakelijk dat de basisset prestatie-indicatoren betrouwbaar, valide en onafhankelijk van de zorgaanbieders worden verzameld (bijvoorbeeld via de CQ).

5 Welke gegevens zouden voor u van belang zijn voor het verhogen van de transparantie van de markt? Bijvoorbeeld gegevens ten aanzien van kwaliteit, prijs of aangeboden diensten?

Ten aanzien van de kwaliteit:

Nadruk moet liggen op prestatie-indicatoren met betrekking tot gerealiseerde gezondheidswinst. De effectiviteit van de behandeling (via resultaat zorgaanbieders) en de ervaren zorg door de klant (via CQ). Prestatie-indicatoren met betrekking tot proces - en bedrijfsvoering zijn minder van belang.

Ten aanzien van de prijs:

Transparantie van de tariefopbouw. Duidelijkheid moet er bestaan welke kosten gerelateerd zijn aan als overhead voor de totale zorggroep, welke overhead gerelateerd is aan een zorgprogramma en hoe de kosten van het zorgprogramma is opgebouwd. De ervaring is dat de zorggroepen deze transparantie niet willen bieden.

In totaliteit gaat het om doelmatigheid. De prijs is daar één aspect van. Doelmatigheid kan ook doelmatigheid betekenen in de sociale hoek (geen of minder verzuim) dan alleen sec zorgkosten.

Ten aanzien van de aangeboden diensten:

De aangeboden diensten zijn slechts een middel om het doel (gezondheidswinst) te bereiken en zijn daarom niet zo belangrijk.

Consultatievragen prestaties

6 Hoe beoordeelt u de conclusie van de NZa in paragraaf 7.1 van de visie dat de huidige grenzen van de aanspraken in termen van basisverzekering/aanvullende verzekering een potentiële belemmering vormen bij het opstellen van prestaties van chronische zorgvormen?

UVIT is van mening dat als zo duidelijk naar de zorgstandaard van een chronische aandoening als het uitgangspunt van de benodigde zorg wordt gekeken (zie ook brief Klink, zie ook analyse NZa), dat deze zorg dan in zijn geheel onderdeel van de aanspraken moet uitmaken. Het liefst ook nog inclusief de AWBZ. Er mogen geen drempels worden opgeworpen en daarbij patiënten confronteren met verschillende eigen bijdragen/ eigen risico/ eigen betalingssystemen. De motivatie van de patiënt zal daardoor zeker niet toenemen om ketenzorg te stimuleren en zorg zoveel mogelijk te verplaatsen richting 1^e en nulde lijn. Voor eventuele extra producten/diensten waarmee de zorgverzekeraar zich zou kunnen onderscheiden zouden eventueel wel eigen bijdrage gevraagd kunnen worden.

7 Hoe wordt in uw ervaring tot dusver omgegaan met situaties waarin de inhoud van een zorgprogramma over de schotten van de aanspraak heen reikt?

Tot nu toe is het altijd erg moeizaam hoe omgegaan wordt met schotten in de financiering.

Daar waar de zorgverzekeraar ook nog zelf zorgkantoor is in de betreffende regio gaat het met AWBZ nog redelijk, maar ten aanzien van zorg die nu nog niet onder de aanspraken valt (bijvoorbeeld fysiotherapie en podotherapie), blijft het altijd moeilijk.

Bijvoorbeeld de fysiotherapie binnen het zorgprogramma Diabetes wordt nu niet in 'DBC afspraken' meegenomen maar wordt apart gefinancierd, omdat de andere zorg uit de DBC wel een aanspraak is. Hierdoor ligt het bedrag voor fysiotherapie relatief hoog, omdat het als losse verrichtingen wordt gezien en betaald.

8 Hoe beoordeelt u de conclusie van de NZa paragraaf 7.1 van de visie dat de huidige grenzen van de aanspraak van schotten tussen de eerste en tweede lijn een potentiële belemmering vormen bij het opstellen van prestaties van chronische zorgvormen?

UVIT is het ermee eens dat zorgverzekeraars volledig risicodragend moeten zijn voor de bedoelde aandoeningen met betrekking tot ziekenhuiszorg, anders is het minder interessant om

in de 1e lijn te investeren. Verder vindt er vaak automatisch dubbeling van kosten en behandeling plaats, doordat het ziekenhuis ook een deel van de zorg levert.

9 Hoe wordt in uw ervaring tot dusver omgegaan met situaties waarin de inhoud van een zorgprogramma over de schotten van de eerstelijns reikt?

Zie de antwoorden op vraag 7 en 8. Zolang dat de (huidige) schotten blijven bestaan hebben we te maken met het leveren van dubbele zorg, dubbele betalingen, verschillen in risicodragendheid van de verzekeraars en belangen van zorgaanbieders (bijvoorbeeld eerste lijn versus 2^{de} lijn) om patiënten naar zich toe te trekken. Op dit moment wordt vaker de juiste zorg niet geleverd omdat een patiënt geen aanvullende verzekering heeft of de zorg wordt wel geleverd en de verzekeraar betaalt dit zelf.

10 Hoe beoordeelt u de conclusie van de NZa in paragraaf 7.2 van de visie dat voor de uitwerking van de prestatie gekozen zou kunnen worden voor een tussenvorm van een algemene en een strikt omschreven prestatie?

De door NZa omschreven "tussenvorm" waarbij we als zorgverzekeraar natuurlijk wel voldoende bewegingsvrijheid moeten hebben lijkt UVIT wenselijk.

Naar onze mening zou de NZa zich moeten beperken tot een algemene prestatieomschrijving, die in de overeenkomsten tussen geïntegreerde eerstelijns en zorgverzekeraars wel voldoende exact moet worden omschreven. UVIT zou graag zien dat de NZa het veld helpt hoe dat zou kunnen - lerende van de huidige situatie-, maar niet op voorhand weer helemaal dichtregelen. Sommige regio's zijn gewoon anders dan andere.

Aanvullende vragen:

1. In hoeverre acht u de aanwezigheid van zorgstandaarden een noodzakelijke voorwaarde voor de introductie van functionele bekostiging van geïntegreerde eerstelijnszorg met het oog op het borgen van de kwaliteit van de zorg? Zijn er andere middelen om de kwaliteit te borgen?

Er hoeft niet persé al een zorgstandaard aanwezig te zijn. Er moet ook landelijk/ regionaal een 'zorgstandaard' af te spreken zijn (zie Statement). Nu gaat het vaak ook op basis van bestaande richtlijnen van bijvoorbeeld het CBO en de NHG. Belangrijk is dat er vanuit (multi)disciplinaire richtlijnen voldoende houvast is en dat eenieder beseft dat er sprake is van een voortdurende groei naar beter.